

Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung

Aktuelle Fragen der Leistungs- und Rechtspraxis

Bearbeitet von
Axel Fortmann

5. Auflage 2014. Buch. 248 S. Kartoniert
ISBN 978 3 89952 824 4

[Recht > Sozialrecht > SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

I. Einleitung

1. Vorbemerkung

Die vorliegende Fassung bringt die erstmals 1993 erstellte Übersicht über die zu den MB/KK ergangene Rechtsprechung auf den Stand vom 1. März 2014. Veränderungen gegenüber der Voraufgabe sind wiederum durch einen Balken am Seitenrand hervorgehoben, um Ergänzungen schneller erkennen zu können.

Der an dieser Stelle in der Voraufgabe anhand eines Beispiels („Alles, was über 10.000 Euro liegt, bringen die zum Prozess“ – so *Die Zeit* vom 3.1.2013) erwähnte Streit über die Frage, ob Versicherer aus strategischen Gründen Zahlungen verzögern oder gar verweigern, wurde seither unvermindert fortgeführt. Hatte im Juli 2013 eine Umfrage des Bundesjustizministeriums unter den Landesjustizverwaltungen das Ergebnis, dass die Richterschaft keine Verzögerungstaktik der Versicherer erkennen konnte, kam kurz darauf eine von der Arbeitsgemeinschaft Versicherungsrecht im Deutschen Anwaltverein durchgeführte Umfrage unter ihren Mitgliedern zum gegenteiligen Ergebnis. Bei einem Versuch, den Streitstand aufzuarbeiten, stellt das *Handelsblatt* in seiner Ausgabe vom 14.2.2014 immerhin fest, es sei „unangemessen, die Versicherungsbranche mit einem Generalverdacht zu belegen.“ Die Auseinandersetzung zeigt, **wie wichtig es ist, dass Versicherer zügig und nachvollziehbar entscheiden, wofür sie zahlen und wofür nicht.**

Es ist die Aufgabe jedes Versicherers, geltend gemachte Ansprüche auf ihre Begründetheit zu prüfen. Wenn die Versicherer ständig daran arbeiten, den Prozess der Leistungspflichtprüfung effizienter zu gestalten, handeln sie im ureigensten Interesse ihrer Versicherten. **Unbegründete Forderungen müssen so kostengünstig und vollständig wie möglich als solche erkannt werden.** Rechtsgrundlose Zahlungen zu vermeiden, ist deshalb kein *Geiz*, also eine Übertreibung von Sparsamkeit als Verfallsform, sondern der der Versichertengemeinschaft *rechtlich geschuldete* (OLG Oldenburg VersR 2010, 471, 473; OLG München VersR 2013, 169) Umgang mit den von ihr aufgebrauchten Geldern.

Das Tagesseminar und dieses Buch wollen Hilfestellung bieten, in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung aus der bishe-

rigen Rechtsprechung bei der **kritischen Leistungspflichtprüfung** die richtigen Schlüsse zu ziehen:

Einerseits wird in etlichen Entscheidungen bestätigt, dass ein für alle Versicherten bezahlbarer Versicherungsschutz **„Grenzen nach oben“** braucht. Niemand darf erwarten, dass „automatisch“ alles, was der boomende Gesundheitsmarkt zu bieten hat, solidarisch zu finanzieren ist.

Andererseits gilt es, berechnigte Erwartungen der Versicherten zu erfüllen, also auch **„Grenzen nach unten“** zu beachten. Hier hat die Branche in 2012 ein deutliches Zeichen gesetzt, indem der PKV-Verband seinen Mitgliedsunternehmen empfohlen hat, in der neuen Unisextariffwelt ab 21.12.2012 öffentlich diskutierte Leistungslücken durch Mindestleistungen bei der Suchtentwöhnung, der Psychotherapie und den Hilfsmitteln zu schließen. Aber auch die Rechtsprechung achtet darauf, ob der zu entscheidende Fall Besonderheiten aufweist, die es nach der **Generalklausel von Treu und Glauben** gebieten, den Versicherungsnehmer als Verbraucher zu schützen. Die Versicherer sind deshalb gut beraten, **auf Einzelfälle Rücksicht zu nehmen und Härten zu vermeiden**.

Etliche der im Skript enthaltenen Rechtsprechungs zitrate zeichnen sich durch auch für einen versicherungsrechtlichen Laien verständliche Begründungen der Gerichte aus und sind deshalb für eine Verwendung in der Korrespondenz mit dem Versicherungsnehmer geeignet. Andere bleiben der Auseinandersetzung unter Juristen vorbehalten. In jedem Fall gilt es, zweierlei zu beachten:

- a) Wenn es überhaupt eine richtige Verallgemeinerung in der Juristerei gibt, dann ist es der Satz: **„Jeder Fall ist anders.“** Vor jedem Verweis auf das Urteil eines Gerichts ist deshalb sehr sorgfältig zu prüfen, ob der betreffende Fall der seinerzeit entschiedenen wirklich vergleichbar ist. Es ist verfehlt, Urteile zu zitieren, die nur „ungefähr passen“.
- b) Zivilgerichtliche Entscheidungen entfalten **Rechtswirkungen grundsätzlich nur zwischen den am Prozess beteiligten Parteien**. Ein anderer Richter ist deshalb nicht gehindert, anders zu urteilen. Das „Privatklinikerurteil“ des BGH vom 12.3.2003 zeigt, dass auch eine konstante höchstrichterliche Rechtsprechung sich „von heute auf morgen“ ändern kann. Wie der BGH mit Urteil vom 12.12.2007 (VersR 2008, 246) ent-

schieden hat, berechtigt eine solche neue, für den Versicherer ungünstige Auslegung durch die Rechtsprechung nicht zu einer Änderung der Versicherungsbedingungen unter Berufung auf eine Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen. Im Skriptum finden sich im Übrigen etliche Beispiele für unterschiedliche Ansichten in der Rechtsprechung.

In die Neuauflage wurden wieder bedeutende Entscheidungen eingearbeitet, die in den letzten zwölf Monaten verkündet und/oder veröffentlicht wurden. Das OLG Köln hält Klagen gegen private Krankenversicherer auf Zahlung von Schmerzensgeld allein schon deshalb für aussichtslos, weil Gegenstand der Versicherung nur der Schutz vor finanziellen Folgen sei, nicht aber vor Schäden an der körperlichen Unversehrtheit. Bemerkenswert ist ein Beschluss des LG Köln, wonach sich ein Versicherter nach Anforderung der Krankengeschichte durch seinen Versicherer gegenüber seinem Arzt auf fehlende Fälligkeit der Vergütung berufen kann, bis der Arzt die vom Versicherer verlangten Unterlagen herausgegeben hat. Mehrere Entscheidungen befassen sich mit Kinderwunschbehandlungen, so eine des LG Köln zur Polkörperdiagnostik und eine des OLG Düsseldorf zur gemischten Paarsterilität; dabei grenzt das OLG auch nochmals die Begriffe Notwendigkeit und Geeignetheit einer Behandlungsmaßnahme prägnant voneinander ab. Das OLG Karlsruhe bekräftigt in einer Entscheidung die ständige Rechtsprechung zum Eintritt des Versicherungsfalls bei Zahnbehandlungen und äußert sich in einem weiteren Urteil zur Beendigung des Versicherungsfalls, wenn der Verzicht auf die Fortführung einer möglichen Zahnbehandlung vertretbar ist. Bemerkenswert ist ein Beschluss des OLG Bamberg, wonach die Üblichkeit von Heilmittelpreisen mittels einer von einem Marktforschungsinstitut durchgeführten Befragung zu beweisen ist. Einen Schwerpunkt in der Rechtsprechung des letzten Jahres bilden Urteile zu Übermaßversorgungen bei Hörgeräten (AG und LG Düsseldorf, LG Hagen, Amtsgerichte Geldern, Wolfsburg und Hamburg-Barmbeck). Mit der Zurückweisung mehrerer Verfassungsbeschwerden gegen § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG durch das BVerfG wurde der Streit um die Berechenbarkeit von Investitionskostenzuschlägen durch mit Plankrankenhäusern verbundene Einrichtungen (sog. ausgegründete Privatpatientenkliniken) dergestalt beendet, dass diese nicht verlangt werden können. Das OLG Köln bestätigt, dass die ältere BGH-Rechtsprechung zur Unterscheidung zwischen Krankenhausbehandlung einerseits sowie Kur- und Sanatoriumsbehand-

lung andererseits, unverändert fortgilt. Last but not least sind drei BGH-Entscheidungen zu erwähnen, in denen die Anforderungen an die Erfolgsaussichten einer alternativen Behandlung beschrieben werden, eine Pflicht des Versicherers zur Zurückweisung einer unwirksamen Kündigung durch den VN verneint wird und für die Wirksamkeit einer Kündigung der Versicherung für ein volljährig gewordenes Kind der Nachweis einer Anschlussversicherung als nicht erforderlich angesehen wird.

2. Auslegung von AVB

Allgemeine Versicherungsbedingungen werden für eine Vielzahl von Verträgen vorformuliert und vom Versicherer „der anderen Vertragspartei“ bei Abschluss des Vertrages gestellt. Sie sind daher gemäß § 305 Abs. 1 BGB **allgemeine Geschäftsbedingungen**. Allerdings hat der BGH für ihre **Auslegung** einige Besonderheiten entwickelt:

„Maßgebend für die Auslegung der AVB ist nach ständiger Rechtsprechung des Senats, wie ein **durchschnittlicher VN** bei aufmerksamer Durchsicht und bei **verständiger Würdigung** die jeweils gewählte **(Wort-) Fassung** der AVB unter Berücksichtigung des dabei **erkennbar werden den Sinnzusammenhangs** verstehen muss.

Einem vom Versicherer verfolgten **Regelungszweck** kommt demnach nur dann Bedeutung bei der Auslegung zu, wenn er in den verwendeten Formulierungen erkennbar wird.“

(BGH, 14.6.1989, VersR 1989, 903; ebenso BGH VersR 1992, 349 unter 3a m.w.N.)

„Dieser Grundsatz erfährt jedoch eine **Ausnahme**, wenn die Rechtssprache mit dem verwendeten Ausdruck einen **fest umrissenen Begriff** verbindet. Trifft dies zu, so ist im Zweifel anzunehmen, dass auch die AVB darunter nichts anderes verstehen wollen. Gleichwohl kann der in den AVB verwendete Begriff in Grenzfällen in einem von der genauen gesetzlichen Definition abweichenden Sinne zu verstehen sein, etwa wenn der **Sinnzusammenhang** der Versicherungsbedingungen etwas anderes ergibt.“

(BGH, 18.3.1992, r+s 1992, 168 „Bestandteil“; ebenso OLG Hamm VersR 1993, 427 „Niederlassung“)

3. Kontrolle von AVB

Allgemeine Versicherungsbedingungen dürfen **nicht**

- **überraschend** sein, sonst werden sie nicht Vertragsbestandteil (§ 305 Abs. 1 BGB),
- **unklar** sein, denn Zweifel bei der Auslegung gehen zu Lasten des Versicherers (§ 305 Abs. 2 BGB),
- den Versicherten entgegen den Geboten von Treu und Glauben **unangemessen benachteiligen**, denn sonst sind sie unwirksam (§ 307 BGB). Dies ist anzunehmen bei
 - wegen **mangelnder Klarheit und Verständlichkeit intransparenten** Bedingungen (Abs. 1 Satz 2),
 - einem **Abweichen von wesentlichen Grundgedanken** der gesetzlichen Regelung (Abs. 2 Nr. 1),
 - einer so starken **Einschränkung von wesentlichen Rechten und Pflichten**, die sich aus der Natur des Vertrages ergeben, dass die Erreichung des Vertragszweckes gefährdet ist (Abs. 2 Nr. 2).

Insoweit kommt es auf die **Erkenntnismöglichkeiten an, die sich einem „durchschnittlichen, um Verständnis bemühten Versicherungsnehmer bei aufmerksamer Durchsicht“** erschließen.

„Ein VN wird in Anbetracht des durch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen grundsätzlich weitgesteckten Leistungsrahmens der Krankheitskostenversicherung davon ausgehen, dass das allgemeine Leistungsversprechen näherer Ausgestaltung bedarf, **die auch Einschränkungen nicht ausschließt.**“

(BGH, 18.1.2006, VersR 2006, 497)

Das Urteil des BGH vom 18.1.2006 betrifft eine im Tarif enthaltene Sachkostenliste des Versicherers, die die erstattungsfähigen zahntechnischen Laborarbeiten und die dafür berechnungsfähigen Höchstpreise abschließend auflistet. Die Entscheidung des BGH kann dahingehend zusammengefasst werden, dass der Versicherungsnehmer für sich **keine „Vollkasko-Erwartung“** reklamieren kann. Es ist deshalb nicht überraschend, dass der Versicherungsvertrag Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse enthält; wenn diese klar formuliert sind und nicht so weit gehen, dass der Vertrag ausgehöhlt wird, sind diese wirksam.

„Nicht jede **Schmälerung des Versicherungsschutzes** bedeutet zugleich eine unangemessene Benachteiligung des VN, sie muss vielmehr im Vergleich zu den berechtigten Interessen des Versicherers von einigem Gewicht sein.“

(BGH, 21.2.2001, VersR 2001, 576 verneinend für die „Verwandtenklausel“)

„**Jeder durchschnittliche VN weiß**, dass der Versicherer Erstattungen grundsätzlich nur in einem bestimmten, vertraglich vereinbarten Umfang leistet. Es dürfte keine Versicherung geben, die nicht Ausschlüsse und Einschränkungen der Leistungspflicht enthält. Das kann als bekannt vorausgesetzt werden. Erst recht kann es für den durchschnittlichen VN nach von ihm zu fordernder (vgl. BGH VersR 1993, 957, 958) Durchsicht der dem Krankenversicherungsvertrag hier zugrundeliegenden AVB und unter Berücksichtigung des daraus erkennbaren Sinnzusammenhangs nicht überraschend sein, dass in den Tarifbedingungen eine Leistungseinschränkung für die ambulante psychotherapeutische Behandlung statuiert ist.“

(OLG Köln, 26.2.2003, VersR 2003, 899)

„Auch die Tatsache, dass es sich bei dem Kläger um einen Verbraucher im Sinne des § 13 BGB handelt, führt zu keiner anderen Beurteilung. Nach der EG-Richtlinie 93/13 über missbräuchliche Klauseln in Verbraucherverträgen bedarf der Verbraucher keines besonderen Schutzes, wenn die Regelungen klar und verständlich sind.... Ein Verbraucher, der sich in Kenntnis eines klaren Leistungsausschlusses für den Abschluss eines Vertrages entscheidet, dürfte dies in der Regel **wegen einer geringeren Prämie** tun und ist deshalb **nicht schutzbedürftig**.“

(AG Köln, 12.2.2006 – 146 C 140/06)

Die einseitige Änderung von Versicherungsbedingungen mit Zustimmung des Treuhänders durch den Versicherer kann im Verbandsklageverfahren überprüft werden (BGH VersR 2008, 246 ff. und 386 ff.). In den konkreten Fällen ging es um die nachträgliche Einfügung leistungseinschränkender Klauseln, mit denen die Versicherer die Folgen des sog. Privatklinik-Urteils vom 12.3.2003 (BGHZ 154, 154 ff.) heilen wollten. Mit dieser Entscheidung hatte der BGH eine jahrzehntelange ständige Rechtsprechung „gekippt“, wonach die Übermaßklausel in § 5 Abs. 2 MB/KK auch zur Kürzung der Versicherungsleistung bei übermäßigen Honoraren berechtigte.

„Vor diesem Hintergrund gilt ..., dass eine erhebliche, die Anpassung geschlossener Verträge rechtfertigende Störung des Äquivalenzverhältnisses nicht vorliegt, soweit Veränderungen in die Risikosphäre einer Vertragspartei fallen. ... **Die Formulierung von Versicherungsbedingungen durch den Versicherer und deren ihm nachteilige Auslegung durch die höchstrichterliche Rechtsprechung gehören aber, auch**

wenn die Klausel hier ... früher anders verstanden worden ist, zur Risikosphäre allein des Verwenders. Die richterliche Auslegung bringt lediglich zur Geltung, was nach Treu und Glauben und insbesondere aus der maßgeblichen Sicht des verständigen VN Inhalt des geschlossenen Vertrages ist; sie verändert die Verhältnisse mithin nicht. Über die nach § 178 g Abs. 3 VVG gezogenen Grenzen hinaus kann der Versicherer seine Krankenversicherungsbedingungen nicht wirksam zum Nachteil des VN ändern (§178 o VVG).“

(BGH, Urteile vom 12.12.2007, VersR 2008, 246, 247 und 386, 387)

4. Rechtsnatur von Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung

Die MB/KK beginnen (§ 1 Abs. 1) mit einer **generalklauselartigen allgemeinen Produktbeschreibung**, die dem Versicherungsnehmer auf den ersten Blick den Gegenstand des Versicherungsschutzes erklären soll. Bevor in Satz 3 die Hauptleistungen im Versicherungsfall beschrieben werden, erwähnt Satz 2 **damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen**, die erbracht werden, sofern sie vereinbart sind.

4.1. Zusätzliche Dienstleistungen

Welche dies sein können, wird in den MB/KK nicht näher beschrieben; nach § 192 Abs. 3 VVG kommen „**insbesondere**“ in Betracht:

- die Beratung über Behandlungs- und sonstige Leistungen und deren Anbieter,
- die Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Erbringer von Behandlungs- und sonstigen Leistungen,
- die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche der Erbringer von Behandlungs- und sonstigen Leistungen,
- die Unterstützung der versicherten Person bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Behandlungen und der sich hieraus ergebenden Folgen,
- die unmittelbare Abrechnung von Behandlungs- und sonstigen Leistungen.

4.1.1. Beratung über Behandlungs- und sonstige Leistungen

Mit seiner **beispielhaften** Aufzählung hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die privaten Krankenversicherer nicht bloße Zahlstellen sind, sondern auch darüber hinaus gehende Services anbieten dürfen, die häufig als Gesundheits-, Leistungs-, Versorgungs-, Fall-, Diseasemanagement oder ähnlich bezeichnet werden. Was alles an mit der Krankenversicherung in unmittelbarem Zusammenhang stehenden zusätzlichen Dienstleistungen möglich ist, war bisher – soweit ersichtlich – noch nicht Gegenstand gerichtlicher Entscheidungen.

Einige der in Betracht kommenden Aktivitäten werden auch an anderen Rechtsvorschriften zu messen sein. Deshalb verdienen an dieser Stelle die Entscheidungen des BGH (MedR 2011, 641 mit Anmerkung Mand) und des Bundesverfassungsgerichts (NJW 2011, 665) Erwähnung, die sich mit der Frage der **Zulässigkeit von Zahnarzt Preisvergleichen im Internet** beschäftigt haben. Hierbei stellt der Behandlung suchende Patient den Heil- und Kostenplan seines Zahnarztes ins Internet, woraufhin sich andere Zahnärzte melden können, die bereit sind, zu geringeren Kosten zu behandeln.

Nach Ansicht der Gerichte ist es **nicht berufsrechtswidrig**, einen von einem Zahnarzt erstellten Heil- und Kostenplan daraufhin zu prüfen, ob die Behandlung kostengünstiger durchgeführt werden kann. Das Interesse des anfragenden Patienten, die Behandlung zu einem möglichst günstigen Preis zu erhalten, sei höher zu bewerten als das des zunächst aufgesuchten Zahnarztes, nicht aus seiner Behandlungstätigkeit verdrängt zu werden. Aus dem Berufsrecht könne kein Verbot hergeleitet werden, Kostenvoranschläge zu erstellen, ohne den Patienten untersucht zu haben. Die Nutzung des Internets sei insoweit nicht geeignet, Gemeinwohlbelange zu gefährden, die eine Beschränkung der Berufsausübungsfreiheit rechtfertigen könnten.

Die gleichen Erwägungen müssen gelten, wenn ein Versicherer nach Vorlage eines Heil- und Kostenplans seinem Versicherten andere Zahnärzte benennt für die Einholung einer Zweitmeinung.

„Zum anderen ist das Verhalten ... nicht darauf gerichtet, anderen Zahnärzten Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Vielmehr handelt die Beklagte, wenn sie ihre Versicherungsnehmer zwecks Einholung einer Zweitmeinung anspricht, im Rahmen ihrer ureigensten Aufgaben als

Krankenversicherung und in eigenem Interesse, die Kosten zu reduzieren und letztlich auch im Interesse ihres Versicherungsnehmers, dessen Eigenanteil im Falle einer kostengünstigeren Behandlung sinkt.“

(LG Köln, Urteil vom 4.4.2012 – 84 O 188/11)

4.1.2. Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen und die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche

Nunmehr ist erfreulicherweise gesetzlich klargestellt, dass die auch schon zuvor von vielen Versicherern praktizierte Empfehlung zulässig ist, Rechnungen **zunächst** unbezahlt zur Prüfung einzureichen, um die Berechtigung der Forderung des Leistungserbringers prüfen und das Ergebnis dem Versicherungsnehmer mitteilen zu können, damit dieser Ansprüche, soweit diese unberechtigt sind, gar nicht erst erfüllt. Hierin liegt kein rechtswidriger Eingriff in den eingerichteten und ausgeübten Praxisbetrieb des Arztes, so dass dieser dies hinnehmen muss.

„Mit ihrem Schreiben an Patienten des Klägers kommt die Beklagte ihrer **Verpflichtung** nach, die Versicherungsnehmer über den Umfang der zu erwartenden Kostenerstattungen aufzuklären und diesbezügliche Hinweise zu geben. Würde die Beklagte trotz des bei ihr bestehenden Klärungsbedarfs bezüglich der Rechnungshöhe die Versicherungsnehmer hierüber im Unklaren lassen, wäre sie dem Vorwurf ausgesetzt, dafür verantwortlich zu sein, dass diese die Rechnungsbeträge im vollen Umfang an den Kläger bezahlen, ohne eine entsprechende Versicherungsleistung verlangen zu können.“

(OLG München, 9.9.2002, r + s 2003, 164)

Auch **Beanstandungen einzelner GOÄ-Ziffern** durch den Versicherer sind zulässig.

„Ein Unterlassungsanspruch nach § 823 i.V.m. § 1004 BGB wegen unerlaubten Eingriffs in die Orthopädie-Praxis des Klägers ist nicht gegeben. Der Krankenversicherer ist grundsätzlich berechtigt, seinen Versicherungsnehmern Empfehlungen und Hinweise zu Arztrechnungen zu geben. ... Gegenüber ihren Versicherungsnehmern obliegen der Beklagten **Aufklärungs- und Beratungspflichten als vertragliche Verpflichtung aus dem Versicherungsvertrag**. ...

Der vom Kläger behauptete Vertrauensmangel kann ebenso darauf beruhen, dass der Kläger selbst falsch abgerechnet hat, wie unwidersprochen geblieben ist.“

(LG München I, 9.6.2005 – 34 O 1795/05, bestätigt durch OLG München, 23.1.2006, 8 U 4256/05)

Der Versicherungsnehmer sollte deshalb so früh wie möglich auf eventuelle **Probleme mit überhöhten Rechnungen hingewiesen** werden (so auch der Ombudsmann in seinem Rundschreiben vom 12.5.2003). Im Rundschreiben vom 19.11.2004 und bei seinen Ausführungen in der Konferenz am 25.4.2008 geht der Ombudsmann sogar noch weiter und plädiert dafür, der Versicherer solle bei der Leistungsabrechnung gegenüber dem Versicherungsnehmer das Angebot machen, nach Vollmachtserteilung und ggf. Abtretung unmittelbar mit dem Rechnungsaussteller über die Berechtigung der Forderung zu verhandeln. Der Versicherungsnehmer gewänne dadurch den Eindruck, dass sein Versicherer ihn betreut, berät und sich um ihn kümmert.

Hat die versicherte Person unberechtigte Entgeltansprüche in Unkenntnis der Rechtslage bereits erfüllt, gehen **Bereicherungsansprüche** kraft Gesetzes nach § 194 Abs. 2 i.V.m. § 86 Abs. 1 VVG, also ohne dass es einer Abtretung bedarf, auf den Versicherer über, wenn er in Höhe dieses Teils der Forderung Erstattungsleistungen erbracht hat (LG Köln VersR 2012, 710).

„Nach dem klaren Wortlaut der Vorschrift erfasst die cessio legis Bereicherungsansprüche, die dem Versicherungsnehmer zustehen, wenn der Versicherungsnehmer die Entgelte ohne rechtlichen Grund gezahlt hat. Der Forderungsübergang wird vollzogen – auch dies ist dem Wortlaut zu entnehmen – wenn der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat. ...

Der Beklagte will den Regelungsgehalt des § 194 II VVG dahin verstehen, dass der Versicherer nur solche Erstattungsleistungen ‚auf Grund des Versicherungsvertrags‘ erbringe, die er nach Prüfung der Leistungspflicht als berechtigt ansehe. Entgeltansprüche von Leistungserbringern, die er als unberechtigt betrachte, könne er nicht auf Grund des Versicherungsvertrages zum Ausgleich bringen, da er ‚auf Grund des Versicherungsvertrags‘ nicht verpflichtet sei, unberechtigte Entgeltforderungen zu erstatten. Diese Sichtweise vermag nicht zu überzeugen.

Die Vorschrift des § 194 II VVG besäße keinen Anwendungsbereich, wenn sich die Legalzession nur auf solche Entgeltansprüche bezöge, deren Ausgleich die Versicherung im Innenverhältnis zu ihren Versicherungsnehmern schuldet. Denn solche Entgelte werden mit Regelmäßigkeit auch im Rechtsverhältnis zwischen Versicherungsnehmer und Leistungserbringer wirksam angefallen sein. Erfüllt der Versicherungsnehmer diese Ansprüche, wird die Leistung nicht i.S.d. § 194 II VVG ‚ohne rechtlichen Grund‘ erbracht. **Demnach zeigt Sinn und Zweck der**

Vorschrift, dass die Abtretung nur solche Entgeltansprüche erfassen kann, auf deren Übernahme der Versicherte keinen klagbaren Anspruch besitzt.“

(OLG Saarbrücken, 26.6.2012, VersR 2013, 223 mit Anm. Köther)

Außerdem sieht § 11 MB/KK eine **Verpflichtung zur Abtretung** solcher Ansprüche vor. Um bei einem Bestreiten der Zahlung durch den Beklagten eine Beweisaufnahme über die tatsächliche Versicherungsleistung zu vermeiden, ist aus prozesstaktischen Gründen auch bei gesetzlichem Forderungsübergang eine Abtretungsvereinbarung hilfreich.

„Die Abtretungen etwaiger Rückforderungsansprüche durch die Versicherungsnehmer sind ... nicht wegen eines Verstoßes gegen das Rechtsdienstleistungsgesetz nichtig (§ 134 BGBG). ...

Die Abtretung verfolgt erkennbar den Zweck, den schwer erkrankten Versicherungsnehmern eine gerichtliche Auseinandersetzung mit dem Leistungserbringer und mit dem Versicherer und den Streit über die rechtswirksam geleisteten Entgelte zwischen Versicherer und Leistungserbringer zu ermöglichen. **Die Abtretung läuft daher keinen nach dem RDG zu schützenden Interessen zuwider.** Dem kann nicht entgegnet werden, es handele sich bei der privaten Krankenversicherung nicht um eine den gesetzlichen Krankenkassen vergleichbare Einrichtung mit Fürsorgefunktion. Die private Krankenversicherung tritt für den Versicherungsnehmer an die Stelle der gesetzlichen. **Dem Versicherungsvertrag sind Fürsorgeelemente nicht fremd.** Davon abgesehen lässt sich kein sachlicher Grund aufzeigen, den privat versicherten Patienten schlechter zu stellen als den gesetzlich Versicherten, der eine Auseinandersetzung mit den Leistungserbringern von Beginn an nicht führen muss, weil die gesetzliche Krankenkasse die Aufwendungen des Leistungserbringers in der Regel direkt erstattet. Auch der Empfänger von rechtsgrundlos gezahlten Leistungsentgelten in der Krankenversicherung kann kein rechtlich geschütztes Interesse daran geltend machen, dass die Geltendmachung von Herausgabeansprüchen unverrückbar davon abhängen soll, welche Art der Versicherung des Patienten vorlag oder wie im Falle der privaten Krankenversicherung der Abrechnungsmodus (direkte Abrechnung oder Erstattungsprinzip) ausgestaltet war.“

(LG Saarbrücken, 26.1.2011 – 9 O 146/10)

4.2. Krankheitskostenversicherung

Ein privater Krankenversicherungsvertrag ist nach Ansicht des OLG Köln (Urteil vom 21.6.2013 – 20 U 12/13 im Anschluss an NJW-RR 2003, 1609) **nicht** darauf gerichtet, den Versicherungsnehmer vor Schäden an der körperlichen Unversehrtheit zu bewahren, sondern alleine darauf, ihn vor den finanziellen Folgen der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu sichern. Charakteristisch für die Krankheitskostenversicherung ist die grundlegende rechtliche Festlegung auf den **Ersatz von Aufwendungen.**

„Aus der Rechtsnatur der Krankheitskostenversicherung als **Passiven-Versicherung** ergibt sich, dass der Versicherer gegenüber dem VN nur zum Ersatz derjenigen Aufwendungen verpflichtet ist, die diesem in Bezug auf das versicherte Risiko zur Erfüllung von Verpflichtungen aus berechtigten Ansprüchen Dritter erwachsen sind (BGH VersR 2003, 581; VersR 1998, 350; VersR 2001, 576; OLG Düsseldorf VersR 2003, 986).“

(OLG Karlsruhe, 21.11.2006, VersR 2007, 679; ebenso LG Hamburg, VersR 1988, 30)

Ein Arzt kann seinem Patienten auch nicht „durch einen Trick“ zu höheren Versicherungsleistungen verhelfen, indem er mit seinem Patienten verabredet, dass mit Weiterleitung der prozentualen Erstattung die Honorarforderung in voller Höhe erledigt ist.

„Ausgangspunkt für die Leistungspflicht der Klägerin ist nach § 1 Nr. 1 a der unstreitig dem Versicherungsverhältnis der Parteien zugrunde liegenden AVB der Klägerin der im Versicherungsfall vereinbarte Ersatz von Aufwendungen des VN für Heilbehandlungen. Hierunter fallen bei der Art der vorliegenden Versicherung als einer **echten Schadenversicherung** nur die tatsächlich vom VN getätigten Aufwendungen, d. h. nur die an den behandelnden Arzt gezahlten Kosten, da dem VN nur in dieser Höhe aus der Heilbehandlung ein Schaden entstanden ist. Dabei spielt es für den **Begriff der Aufwendungen** im Sinne eines Schadens des VN keine Rolle, ob der Arzt von vornherein seinem Patienten gegenüber auf einen Teil seiner Gebühren verzichtet oder dieser Erlass, wie im vorliegenden Fall, in der Form der nachträglichen schenkweisen Zuwendung geschieht. Denn in keinem dieser Fälle hat der VN in Höhe der erlassenen Honorarteile Aufwendungen getätigt. Mangels eines tatsächlichen konkreten Bedarfs fehlt für den Versicherungsanspruch der Rechtsgrund. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, dem VN mehr als dessen **tatsächliche Aufwendungen** zu ersetzen. Ein überzahlter Betrag ist nach § 812 Abs. 1 Satz 1 BGB wegen fehlenden Rechtsgrunds für die Leistung des Versicherers zurückzuzahlen.

Zum gleichen Ergebnis führt die auch für die Krankenversicherung geltende unabdingbare Bestimmung des § **55 VVG**. Nach dieser ein **allgemeines Bereicherungsverbot** des VN enthaltenden Vorschrift ist die Leistungspflicht des Versicherers durch den Schaden des VN begrenzt. Der Versicherer ist danach nicht verpflichtet, mehr als den **Betrag des tatsächlichen Schadens** des VN aufgrund des abgeschlossenen Versicherungsvertrages auszugleichen. Fehlt es am Schaden, entbehrt der Versicherungsanspruch der Causa. Ein überzahlter Betrag ist gemäß § 812 Abs. 1 Satz 1 BGB wegen ungerechtfertigter Bereicherung zurückzuzahlen.“

(OLG Nürnberg, 9.4.1987, VersR 1988, 1262)

Weitere Voraussetzung ist die **Fälligkeit des ärztlichen Vergütungsanspruchs**.

„Leistungsgrenze des Versicherers ist auch bei notwendigen Heilbehandlungen die Angemessenheit des Honorars, wobei die GOÄ/GOZ zuverlässige Anhaltspunkte für dessen Höhe bietet (BGH VersR 78, 267, 270). **Das bedeutet zwar nicht, dass der Versicherer zu einer eigenen eingehenden Prüfung und Beurteilung der Arztrechnung nach der GOÄ/GOZ berechtigt wäre**, da die Bestimmung der Angemessenheit einer Rechnung zuweilen schwierig ist und eine umfassende Prüfung der Arztrechnung im Deckungsprozess den VN dem Risiko aussetzen würde, dass er nach rechtskräftiger Abweisung seines Erstattungsanspruchs gegenüber dem Versicherer vom behandelnden Arzt in Anspruch genommen werden und in diesem Prozess unterliegen könnte, was mit dem Sinn und Zweck der Krankenkostenversicherung nicht vereinbar wäre. Aufgrund des in der Schadensversicherung geltenden allgemeinen versicherungsrechtlichen Bereicherungsverbots ist der Versicherer aber nicht zu höheren Leistungen verpflichtet, als der Patient gegenüber dem Arzt. **Dementsprechend ist der Versicherer nicht verpflichtet, Rechnungen zu erstatten, die im Verhältnis zwischen dem Patienten und dem Arzt nicht fällig geworden sind.**“

(OLG Hamm, 23.11.1994, VersR 1995, 652; ebenso OLG Karlsruhe VersR 2008, 339; LG Kempten VersR 2013, 571)

4.2.1. Exkurs: Fälligkeit des ärztlichen Vergütungsanspruchs

Die früher umstrittene Frage, unter welchen Voraussetzungen der **Vergütungsanspruch des Arztes** fällig wird, wurde inzwischen vom BGH wie folgt beantwortet:

„Nach Auffassung des Senats hängt die **Fälligkeit der Vergütung** davon ab, dass die Rechnung die **formellen Voraussetzungen in § 12 Abs. 2 bis 4 GOÄ** erfüllt. ...

Steht die Prüffähigkeit einer in Rechnung gestellten ärztlichen Leistung im Vordergrund, kommt es für die Fälligkeit der Forderung nicht darauf an, ob sich der vom Arzt in Anspruch genommene Gebührentatbestand als berechtigt erweist. Wie bei jeder Prüfung, die durch die Bestimmung in § 12 Abs. 2 bis 4 GOÄ ermöglicht werden soll, ist es zunächst einmal offen, zu welchem Ergebnis sie führt. Hält der Zahlungspflichtige die Berechnung für nicht begründet, besteht kein Anlass, die Durchsetzung der Forderung im Rechtsweg etwa mit der Überlegung zu verzögern oder zu erschweren, der Arzt müsse zur Herbeiführung der Fälligkeit seinerseits die Berechtigung des in Anspruch genommenen Gebührentatbestands überprüfen und ggf. einen anderen (neu) in Rechnung stellen. Die Fälligkeit, die auch für den Beginn des Laufs der Verjährungsfrist für den Honoraranspruch von Bedeutung ist, setzt deswegen **nicht** voraus, dass die Rechnung (in dem fraglichen Punkt) mit dem **materiellen Gebührenrecht** übereinstimmt.“

(BGH, 21.12.2006, MedR 2007, 172)

Das bedeutet, dass Aufwendungen insoweit nicht entstehen können, wie eine Arztrechnung den formellen Voraussetzungen der GOÄ nicht genügt. **Soweit** dies der Fall und die Rechnung auch materiell richtig ist, ist sie allerdings vom Patienten zu zahlen. Bestreitet der Patient die materielle Richtigkeit einer formell ordnungsgemäßen Rechnung, **kann er nur die Bezahlung der seiner Ansicht nach materiell unberechtigten Positionen verweigern**. Der Arzt kann allerdings auf Basis der ursprünglichen Rechnung seine Forderung gerichtlich geltend machen. Soweit sich dann im Prozess herausstellt, welche GOÄ-Position materiell richtig ist, kann der Patient zur Bezahlung dieser Position verurteilt werden. Der Patient wird dadurch geschützt, dass er bis zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung Gelegenheit hat, die Forderung des Arztes, soweit sie sich im Prozess als materiell berechtigt erwiesen hat, unter Verwahrung gegen die Kostenlast anzuerkennen.

Auch wenn eine Rechnung alle formalen Voraussetzungen erfüllt, wird der Vergütungsanspruch des Arztes nicht fällig, solange er die vom Versicherer zur Prüfung seiner Leistungspflicht angeforderten Krankenunterlagen nicht herausgibt.

„Dem Patient ist es nicht zuzumuten, ohne Handhabe gegen den Arzt die Rechnung zu bezahlen und den Arzt danach auf Herausgabe der Krankenunterlagen oder Erteilung von näheren Auskünften verklagen zu müssen. Ebenfalls muss sich der Beklagte hier nicht erst auf ein Zurückbehaltungsrecht berufen, welches nach § 274 BGB lediglich zu einer Zug-um-Zug-Verurteilung führt, die dem Beklagten im Falle der Herausgabe der Behandlungsunterlagen unbeschadet einer dann erfolgenden Prüfung der Rechnung zur Zahlung verpflichtet. ...

Der Arzt ist verpflichtet, seinem Patienten, sofern dieser ein berechtigtes Interesse hat, Einsicht in alle Krankenunterlagen dadurch zu gewähren, dass er Fotokopien sämtlicher Krankenunterlagen fertigt und diese mit der schriftlichen Bestätigung der Vollständigkeit und Richtigkeit gegen Erstattung der Fotokopierkosten dem Patienten aushändigt (OLG Köln vom 12.22.1981 – 7 U 96/81).

Aus den vorstehenden Gründen ist der Honoraranspruch des Klägers nicht fällig.“

(LG Köln, Beschluss vom 18.9.2013 – 3 S 18/13)

4.2.2. Prüfungsmöglichkeiten des Versicherers

Sind die formellen Fälligkeitsvoraussetzungen erfüllt und auch materiell die in Ansatz gebrachten Gebührenpositionen berechtigt, stellt sich schließlich die Frage, inwieweit vom Krankenversicherer der **Ansatz der Steigerungsfaktoren** hinterfragt werden darf. In einem Urteil vom 8.11.2007 hat der BGH klargestellt, dass die gängige Praxis, durchschnittlich schwierige Leistungen stets mit dem jeweiligen Regelhöchstsatz abzurechnen, nicht zu beanstanden sei.

„Dabei ist die Annahme nicht von der Hand zu weisen, dass die Abrechnung mit dem 2,3fachen vielfach schematisch vorgenommen wird und damit sowohl Abrechnungen unter als auch – offensichtlich aus Gründen einer leichteren Durchsetzung – über diesem Wert verdrängt. ... Diese Entwicklung wird dadurch begünstigt, dass der Arzt durch seine Ermessensausübung den ‚ersten Zugriff‘ hat und der Ordnungsgeber davon abgesehen hat, dem Arzt für Liquidationen bis zum Höchstsatz der Regelspanne eine Begründung seiner Einordnung abzuverlangen. Darüber hinaus wären vor diesem Hintergrund die Arbeit der Abrechnungsstellen, vor allem der privaten Krankenversicherer und der Beihilfestellen, und deren Verlässlichkeit für die Betroffenen erheblich erschwert, wenn sie im Einzelnen zu prüfen hätten, ob die Leistungen des Arztes auch mit einem unter dem 2,3fachen gegen den Faktor des Gebührensatzes ausreichend entgolten wären. Der Senat vermag aus diesen Gründen **keinen Ermessensmissbrauch** darin zu sehen, **wenn persönlich-ärztliche Leistungen, die sich in einem Bereich durchschnittlicher Schwierigkeit befinden, zum Schwellenwert abgerechnet werden.**“

(BGH, Urteil vom 8.11.2007, VersR 2008, 406)

Praktisch bedeutet dies, dass gegen den Ansatz des Regelhöchstsatzes keine Einwände möglich sind und darüber hinaus nur geprüft werden kann, ob die besonderen Umstände für das Überschreiten formal korrekt in der Rechnung dargetan sind (auf die einzelne Leistung bezogen verständlich und nachvollziehbar begründet) und sich die objektive Richtigkeit (Wahrheit) der Angaben nachweisen lässt. Die Ermessensausübung im Bereich zwischen Regelhöchstsatz und Höchstsatz ist dann nicht nachprüfbar.

Stellt sich erst später heraus, dass der Arzt in der Rechnung unwahre Angaben gemacht hat, kann der Versicherer die Versicherungsleistungen vom VN zurückverlangen (AG München, Urteil vom 4.7.2013 – 282 C 28161/12). Im entschiedenen Fall hatte der Versicherer erst im April 2012 erfahren, dass im Jahr 2013 nicht – wie abgerechnet – eine Akupunkturbehandlung sondern tatsächlich eine Bioresonanztherapie

durchgeführt worden war. **Der Versicherungsnehmer müsse als Nebenpflicht aus dem Versicherungsvertrag Rechnungen auf Plausibilität prüfen und den Versicherer auf Ungereimtheiten hinweisen.** Dies gilt auch, wenn der VN erkennen kann, dass die Begründung für einen erhöhten Steigerungsfaktor nicht zutrifft.

4.2.3. Keine hypothetische Betrachtungsweise

Lehnt der Versicherer Leistungen als nicht versichert ab, wird von Versicherungsnehmerseite vielfach argumentiert, bei einem anderen Verhalten wären versicherte Aufwendungen entstanden; deshalb solle zumindest Aufwendungsersatz in Höhe dieser **hypothetischen Kosten** geleistet werden.

„Schließlich besteht ein Zahlungsanspruch auch nicht hinsichtlich solcher Kosten, die bei einer Behandlung des Klägers in Italien entstanden wären, wenn er nicht nach Hamburg zurückgekehrt wäre, sondern sich in Italien hätte weiterbehandeln lassen. Eine derartige **hypothetische Betrachtungsweise widerspricht** schon dem Charakter der Krankheitskostenversicherung als **Schadenversicherung** (vgl. dazu Prölss-Martin, VVG 24. Auflage, Anm. 1 B zu § 1 MB/KK), die auf den Ersatz des ‚Schadens‘, d. h. der Differenz zwischen dem wirklichen Vermögensstand infolge des Versicherungsfalles und dem hypothetischen Vermögensstand ohne den Versicherungsfall, gerichtet ist.“

(OLG Köln, 9.11.1989, VersR 1990, 37; ebenso OLG Karlsruhe NJW-RR 2007, 178; LG Heidelberg VersR 2010, 1170; LG Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.10.2013 – 4 O 866/12)

Die gleiche Problematik kann sich stellen, wenn der Versicherer die Notwendigkeit einer **stationären Behandlung** verneint. Hier wird argumentiert, es sei mindestens ein **fiktiver Ausgleichsbetrag** auf die angefallenen Kosten der stationären Behandlung zu zahlen, **der den Kosten entspricht, die bei ambulanter Behandlung entstanden wären.** Für eine solche Betrachtungsweise bekundet auch der Ombudsmann Sympathie (Rundschreiben vom 12. Mai 2003). Hier gilt es deshalb, im Einzelfall genau zu prüfen, welche Behandlungen unter ambulanten Bedingungen denn überhaupt durchgeführt worden wären und inwieweit dafür Versicherungsschutz aus einem Ambulanttarif bestanden hätte.

Ist die **Behandlung in der eigenen Praxis des VN** durchgeführt worden, sind keine Aufwendungen im Rechtssinne entstanden.

„Die Leistungspflicht des Versicherers setzt also immer einen entsprechenden Vergütungsanspruch des Behandlers voraus. Die Erstreckung des Aufwendungsbegriffs auch auf eigene, keine besonderen Kosten verursachende Eigenleistungen widerspräche dem Wesen der Krankheitskostenversicherung, mag die Eigenbehandlung entsprechend geldwert gewesen sein.

...

Hypothetische Betrachtungen, welche Kosten entstanden wären, wenn sich der Kläger woanders hätte behandeln lassen, widersprechen dem Charakter der Krankheitskostenversicherung als Schadenversicherung."

(LG Baden-Baden, 21.11.2000, r + s 2001, 342)

Vergleiche hierzu auch VII. 6. (Verwandtenklausel)

4.3. Krankenhaustagegeldversicherung

Diese ist **reine Summenversicherung**.

„Das Berufungsgericht führt zutreffend aus, dass die Krankenhaustagegeldversicherung auf eine **abstrakte Bedarfsdeckung** abzielt, dass also die Versicherungsleistung keinen Kostennachweis des VN voraussetzt. ... Nach der im Schrifttum vorherrschenden Ansicht soll die Krankenhaustagegeldversicherung vornehmlich die mit einem Krankenhausaufenthalt vielfach indirekt verbundenen Kosten decken, etwa zusätzliche Aufwendungen für die Betreuung der Familie, für Besuche und die damit verbundenen Fahrtkosten oder für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus.“

(BGH, 11.4.1984, VersR 1984, 675)