



# **BUNDESGERICHTSHOF**

## **BESCHLUSS**

IV ZR 116/15

vom

5. Juli 2017

in dem Rechtsstreit

Der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat durch den Richter Felsch, die Richterin Harsdorf-Gebhardt, den Richter Dr. Karczewski, die Richterin Dr. Brockmöller und den Richter Dr. Götz

am 5. Juli 2017

beschlossen:

Der Senat beabsichtigt, die Revision des Klägers gegen das Urteil der 23. Zivilkammer des Landgerichts Köln vom 11. Februar 2015 durch Beschluss nach § 552a Satz 1 ZPO zurückzuweisen.

Die Parteien erhalten Gelegenheit, hierzu binnen

**eines Monats**

Stellung zu nehmen.

Streitwert: 4.829 €

Gründe:

- 1 I. Der Kläger leidet infolge des Ausfalls von Nervenfunktionen an einer Fußhebeschwäche, deretwegen ein Elektrostimulationsgerät "Walk Aide 1000" eingesetzt werden soll, welches über eine Manschette elektrische Signale an den Peronealnerv sendet und so die Steuerung des

Fußes und Fußgelenks ermöglicht. Er streitet mit seinem privaten Krankenversicherer darüber, ob dieser die Kosten für das Gerät in Höhe von 4.829 € erstatten muss.

- 2 Die Versicherungsbedingungen der seit dem 1. Januar 2008 bestehenden Krankheitskostenvollversicherung regeln unter Teil II § 5 Abs. 4 die Erstattung von Hilfsmitteln wie folgt:

"Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit ausschließlich

- a) die Aufwendungen für Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Kunstaugen, künstliche Kehlköpfe, orthopädische Stützapparate, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, Beinprothesen, Armprothesen, Insulinpumpen, Unterarmgehstützen, Gehstöcke, Stoma-Versorgungsartikel, Hörgeräte und handbetriebene Standardkrankenfahrstühle, ...

[es folgen unter b) und c) Regelungen betreffend Sehhilfen und orthopädische Schuhe]

Zusätzlich sind bei medizinischer Notwendigkeit ausschließlich die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel erstattungsfähig, sofern sie nach vorheriger Abstimmung mit ... [dem Versicherer] über das Hilfsmittel-Management ... [des Versicherers] bezogen werden:

Heimmonitore ... zur Vorbeugung gegen plötzlichen Kindstod (SIDS), Sauerstoffgeräte, Ernährungspumpen, Wechseldruckmatratzen/-systeme, Krankenbetten in funktionaler Standardausführung, Schmerzmittelpumpen, Beatmungsgeräte, Schlafapnoegeräte, Motor-Bewegungsschienen und Heimdialysegeräte."

3           Der Kläger meint, das Elektrostimulationsgerät sei ein orthopädischer Stützapparat im Sinne der genannten Bedingungen, die insoweit weit und "zukunftsfähig" ausgelegt werden müssten. Jedenfalls sei das Gerät auch den erstattungsfähigen "Beinprothesen" und/oder "Motor-Bewegungsschienen" zuzuordnen. Im Übrigen sei der beklagte Krankenversicherer verpflichtet, zumindest die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar zuzusichern. In der gesetzlichen Krankenversicherung sei das Elektrostimulationsgerät als medizinisch notwendiges Hilfsmittel erstattungsfähig.

4           II. Die Vorinstanzen haben die Klage abgewiesen.

5           Das Berufungsgericht hat ausgeführt, das Elektrostimulationsgerät sei kein bedingungsgemäßer orthopädischer Stützapparat, es erfülle keine Stützfunktion, sondern stimulierte lediglich Beinnerven. Die Beschränkung der Hilfsmittelkostenerstattung auf einen abschließenden Katalog von Hilfsmitteln sei wirksam. Dem stehe auch die Einführung der Basisstarife in der privaten Krankenversicherung nicht entgegen, denn nur in diesen Basisstarifen sei der private Krankheitskostenversicherer verpflichtet, das Mindestmaß der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu bieten. Bei anderen Tarifen richte sich der Umfang der geschuldeten Versicherungsleistungen in den Grenzen des § 307 BGB allein nach den vereinbarten Versicherungs- und Tarifbedingungen.

6           Das Elektrostimulationsgerät sei auch keine Beinprothese im Sinne von Teil II § 5 Abs. 4 der Bedingungen, weil es kein Körperteil ersetze. Ob das Gerät eine Motor-Bewegungsschiene im Sinne der Klausel sei, könne dahinstehen, weil eine Kostenerstattung insoweit nur nach - hier nicht erfolgter - Abstimmung mit dem Hilfsmittelmanagement des Versi-

cherers in Betracht gekommen wäre. Im Übrigen fehle dem Geräte das "Element des Schienens".

7           Auf die medizinische Notwendigkeit des Hilfsmittels komme es nach allem nicht an. Weiter könne offen bleiben, ob ein Versicherungsnehmer in der privaten Krankenversicherung Anspruch auf eine vorherige Deckungszusage habe.

8           Dagegen richtet sich die vom Berufungsgericht zugelassene Revision des Klägers, mit der er sein Klagebegehren weiterverfolgt.

9           III. Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht mehr vor. Die Revision hat auch keine Aussicht auf Erfolg (§ 552a Satz 1 ZPO).

10           1. Zu Recht hat das Berufungsgericht die Regelungen über die Erstattung der Kosten für Hilfsmittel in Teil II § 5 Abs. 4 der Versicherungsbedingungen dahin ausgelegt, dass dort ein abgeschlossener Katalog erstattungsfähiger Hilfsmittel erstellt ist. Das ergibt schon die zweimalige Verwendung des Wortes "ausschließlich" vor den jeweiligen Aufzählungen von Hilfsmitteln. Dagegen erinnert die Revision auch nichts (zur Wirksamkeit abgeschlossener Hilfsmittelkataloge vgl. Senatsurteile vom 19. Mai 2004 - IV ZR 176/03, juris Rn. 26 ff.; IV ZR 29/03, r+s 2004, 423 unter 3 b; OLG Köln r+s 2016, 248; OLG Hamm VersR 2017, 681).

11           2. Soweit sie beanstandet, das Berufungsgericht habe das Elektrostimulationsgerät zu Unrecht nicht als bedingungsgemäßen Stützapparat eingestuft und verkannt, dass eine "zukunftsfähige" Auslegung der Hilfsmittelliste geboten sei, deckt das weder einen Revisionszulassungsgrund noch einen Rechtsfehler des Berufungsgerichts auf.

- 12 a) Allgemeine Versicherungsbedingungen sind so auszulegen, wie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs versteht. Dabei kommt es auf die Verständnismöglichkeiten eines Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse an (Senatsurteile vom 16. November 2016 - IV ZR 356/15, VersR 2017, 85 Rn. 12; vom 23. Juni 1993 - IV ZR 135/92, BGHZ 123, 83 unter III 1 b; st. Rspr.).
- 13 Ein solcher Versicherungsnehmer wird zunächst vom Wortlaut der Bedingung ausgehen, wobei für ihn der Sprachgebrauch des täglichen Lebens maßgebend ist (Senatsurteil vom 8. Mai 2013 - IV ZR 84/12, VersR 2013, 995 Rn. 21; Senatsbeschluss vom 25. Mai 2011 - IV ZR 17/10, VersR 2011, 1179 Rn. 14 m.w.N.).
- 14 b) Diese Maßstäbe hat das Berufungsgericht beachtet und zu Recht angenommen, für einen orthopädischen Stützapparat sei eine Stützfunktion bezeichnend, die das Stimulationsgerät nicht erfülle. Ein Stützapparat ist nach dem Sprachgebrauch des täglichen Lebens ein mechanisches Gerät, das infolge seiner eigenen Stabilität in der Lage ist, Gewichte oder Kräfte aufzunehmen, um so Körperteile oder Gliedmaßen, die damit überfordert sind, zu unterstützen, zu entlasten und/oder zu ersetzen (vgl. dazu auch OLG Köln r+s 2016, 248 Rn. 27). Ein Gerät, das lediglich elektrische Impulse aussendet, um Muskeln anzuregen, übernimmt deren Stützfunktion nicht. Insoweit zielt der Revisionsangriff auf eine analoge Erweiterung der Hilfsmittelliste, die sich angesichts der oben beschriebenen Regelungstechnik eines abgeschlossenen Hilfsmittelkatalogs verbietet.

- 15                   c) Im Übrigen ist auch nichts dafür ersichtlich, dass insoweit ein grundsätzlicher Klärungsbedarf infolge einer Diskussion in Rechtsprechung und Literatur über die genannte Auslegung bestünde. Auch das Berufungsgericht hat einen solchen Klärungsbedarf nicht angenommen, sondern die Revision allein mit Blick auf die nachfolgende Rechtsfrage zugelassen.
- 16                   3. Die Revision meint, selbst wenn das vom Kläger genutzte Stimulationsgerät nicht unter die Geräte der Hilfsmittelliste zu subsumieren sei, sei die Beklagte zur Kostenerstattung verpflichtet, weil sie - auch unter Zugrundelegung des hier vereinbarten Tarifs - seit Einführung des Basistarifs in der privaten Krankenversicherung nicht mehr hinter den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, welche die Kosten für das Elektrostimulationsgerät erstatte, zurückstehen dürfe. Mit § 193 Abs. 3 VVG sei ein gesetzlicher Mindeststandard für alle nach dem 1. April 2007 (vgl. § 193 Abs. 3 Satz 3 VVG) abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge eingeführt worden. Der von den Versicherern anzubietende Basistarif, dessen Leistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Sozialgesetzbuches V entsprechen müssten, garantiere deshalb einen gesetzlich geregelten Mindestschutz, der auch in anderen Krankenversicherungstarifen zu gewährleisten sei (vgl. dazu OLG Stuttgart, Urteil vom 28. April 2014 - 7 U 224/13 n.v. unter II 6, 7; Prölss/Martin/Voit, VVG 29. Aufl. § 192 Rn. 14; Wandt, Versicherungsrecht 5. Aufl. Rn. 1307; Grote/Bronkars, VersR 2008, 580, 581).
- 17                   a) Das Berufungsgericht hat die Revision zugelassen, weil es anders als das Oberlandesgericht Stuttgart (aaO) angenommen hat, das Gebot, nicht hinter den Leistungen der gesetzlichen Krankenversiche-

zung zurückzubleiben, gelte nur für den - hier nicht vereinbarten - Basis-tarif.

18           b) Der genannte Revisionszulassungsgrund einer Divergenz der Berufungsentscheidung zum Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (aaO) ist jedoch inzwischen entfallen, und die Revision hat auch insoweit keine Aussicht auf Erfolg.

19           Nach Erlass des hier angefochtenen Berufungsurteils hat der Senat aus Anlass der - aus anderen Gründen erfolgten - Aufhebung des genannten Urteils des Oberlandesgerichts Stuttgart ausgesprochen, dass er dessen Auffassung, die Tarifbedingungen in der privaten Krankheitskostenversicherung müssten sich wegen der Versicherungspflicht aus § 193 Abs. 3 VVG und der Substitutionsfunktion der privaten Krankenversicherung in der Weise an den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung messen lassen, dass sie deren Leistungsumfang nicht unterschreiten dürften, nicht teilt (Senatsurteil vom 24. Juni 2015 - IV ZR 181/14, r+s 2015, 405 Rn. 22).

20           Vielmehr hat er wiederholt entschieden, dass schon wegen der Strukturunterschiede beider Systeme Versicherte einer privaten Krankenversicherung nicht erwarten könnten, in gleicher Weise versichert zu sein wie Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. nur Senatsurteil vom 18. Februar 2009 - IV ZR 11/07, r+s 2009, 246 Rn. 16 m.w.N.). Demzufolge kann jedenfalls für Krankheitskostenversicherungen, die - wie hier - nicht im Basistarif abgeschlossen sind, den Vorschriften des Sozialgesetzbuches V, hier insbesondere § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V, kein das Leistungsversprechen des privaten Krankenversicherers bestimmendes gesetzliches Leitbild entnommen werden. Das ergibt sich im Übrigen auch daraus, dass § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG in



anderen Tarifen als dem Basistarif eine Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers von bis zu 5.000 € zulässt, während für den Basistarif niedrigere Obergrenzen für die Selbstbeteiligung gelten (Selbstbeteiligungsstufen bis maximal 1.200 €, vgl. schon § 12 Abs. 1a Satz 3 VAG in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung, jetzt § 152 Abs. 1 Satz 3 VAG).

Felsch

Harsdorf-Gebhardt

Dr. Karczewski

Dr. Brockmüller

Dr. Götz

**Hinweis:** Das Revisionsverfahren ist durch Revisionsrücknahme erledigt worden.

Vorinstanzen:

AG Köln, Entscheidung vom 17.06.2014 - 146 C 29/14 -  
LG Köln, Entscheidung vom 11.02.2015 - 23 S 13/14 -