



# BUNDESGERICHTSHOF

## IM NAMEN DES VOLKES

### URTEIL

IV ZR 212/07

Verkündet am:  
24. Juni 2009  
Heinekamp  
Justizhauptsekretär  
als Urkundsbeamter  
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

BGHR: ja

---

MB/KK 94 § 4 (4)

Zur Wirksamkeit einer Tarifbedingung in der privaten Krankheitskostenversicherung, die die Erstattung von Kosten privater Krankenhäuser auf höchstens 150% der durch die Bundespflegesatzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz für öffentlich geförderte Kliniken vorgegebenen Entgelte beschränkt.

BGH, Urteil vom 24. Juni 2009 - IV ZR 212/07 - LG Köln  
AG Köln

Der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes hat durch den Vorsitzenden Richter Terno, die Richter Dr. Schlichting, Wendt, Felsch und die Richterin Harsdorf-Gebhardt auf die mündliche Verhandlung vom 24. Juni 2009

für Recht erkannt:

Die Revision gegen das Urteil der 23. Zivilkammer des Landgerichts Köln vom 27. Juni 2007 wird auf Kosten des Klägers zurückgewiesen.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

- 1 Der Kläger, der Erstattung restlicher Krankenhauskosten verlangt, unterhält seit Oktober 2004 bei der Beklagten eine private Krankheitskostenversicherung. Dem Vertrag liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten zugrunde, deren Teil I den §§ 1 bis 19 MB/KK 94 entspricht (vgl. Prölss/Martin, VVG 27. Aufl. S. 1805 ff.). Teil II enthält die Tarifbedingungen (im Folgenden: TB), die jeweils einzelnen Vorschriften der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugeordnet sind.
  
- 2 Sie ergänzen die Bestimmung in § 1 (1) Buchst. a MB/KK 94 über den in der Krankheitskostenversicherung zugesagten Versicherungsschutz wie folgt:

#### Nr. 1 Preisliche Angemessenheit

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden - soweit sich aus § 4 MB/KK 94 einschließlich der Nummern 9 bis 13 TB nichts anderes ergibt - bis zu angemessenen Beträgen anerkannt.

- 3 Zu der Bestimmung über die freie Wahl unter öffentlichen und privaten Krankenhäusern in § 4 (4) MB/KK 94 heißt es in der sich anschließenden Tarifbedingung:

#### Nr. 12 Angemessene Entgelte

(1) Für Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, bestimmt sich die Angemessenheit des Entgelts durch die genannten Rechtsgrundlagen in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Entgelte, die nicht nach Abs. 1 zu berechnen sind, gelten als angemessen, sofern sie die im Vergleich zu dem durch die Bundespflegesatzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten.

- 4 Schließlich bestimmt ein Krankheitskostentarif, der als Teil III in Verbindung mit den Teilen I und II gültig ist, dass die Kosten einer stationären Behandlung zwar zu 100% erstattet werden, aber begrenzt auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.

- 5 Der Kläger wurde am 8./9. August 2005 in einer Sportklinik, die nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt, wegen eines Knorpel- und Innenmeniskusschadens am linken Knie stationär behandelt. Die Rechnung belief sich auf 4.081,20 €. Im Hinblick auf die Obergrenze von 150% des durchschnittlichen, nach

der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz zu berechnenden Entgelts erstattete die Beklagte 2.615,68 €.

6 Das Amtsgericht hat dem Kläger nach Abzug eines Selbstbehalts weitere 1.395,08 € zugesprochen. Auf die Berufung der Beklagten hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Mit der Revision begehrt der Kläger die Wiederherstellung des amtsgerichtlichen Urteils.

#### Entscheidungsgründe:

7 Das Rechtsmittel bleibt ohne Erfolg.

8 I. Das Berufungsgericht hält die Vorschrift der Nr. 12 (2) TB im Gegensatz zum Amtsgericht nicht für intransparent (§ 307 Abs. 1 Satz 2 BGB). Vielmehr werde dem durchschnittlichen Versicherungsnehmer hinreichend klar und deutlich, wie sich der Erstattungsbetrag bei einer stationären Heilbehandlung errechne. Er müsse den exakten Betrag nicht selbst aus dem Bedingungsmerk herauslesen können. Ohne eine bestimmte Abstraktion sei eine über den Einzelfall hinausgehende Regelung nicht möglich. Wenn der Versicherungsnehmer wissen wolle, wie sich die ausbedungene Leistungsbegrenzung konkret auswirke, müsse er sich durch Nachfragen sachkundig machen.

9 II. Das hält im Ergebnis rechtlicher Nachprüfung stand.

- 10           1. § 307 Abs. 3 BGB steht einer Kontrolle der streitigen Klausel nicht entgegen. Nr. 12 TB gestaltet das in § 1 (1) Buchst. a MB/KK 94 gegebene Hauptleistungsversprechen näher aus im Sinne der schon in Nr. 1 TB vorgesehenen Beschränkung der zu erstattenden Aufwendungen auf angemessene Beträge. Solche Klauseln sind kontrollfähig (vgl. BGHZ 152, 262, 265).
- 11           2. Soweit das Amtsgericht angenommen hat, die Klausel verstoße schon deshalb gegen das Transparenzgebot (§ 307 Abs. 1 Satz 2 BGB), weil dem Versicherungsnehmer die mit ihr bestimmte Einschränkung der Leistungspflicht des Versicherers im Rahmen des Gesamtklauselwerks nicht hinreichend deutlich werde, ist dem nicht zu folgen. Auf die Beschränkung des Versicherungsschutzes "bis zu angemessenen Beträgen" wird schon in der Tarifbedingung Nr. 1 zu § 1 (1) Buchst. a MB/KK 94 hingewiesen. Diese Tarifbedingung enthält zudem einen ausdrücklichen Hinweis auf § 4 MB/KK und die dazu vereinbarten Tarifbedingungen unter Nr. 9 bis 13, also auch auf die Nr. 12 TB. Letztere lässt den durchschnittlichen, um Verständnis bemühten Versicherungsnehmer mit hinreichender Deutlichkeit erkennen, welche von Krankenhäusern geforderte Entgelte vom Versicherer noch als angemessen und daher erstattungsfähig angesehen werden. Die Klausel findet sich nicht an versteckter Stelle, sondern im Anschluss an die in § 4 (4) MB/KK 94 geregelte freie Wahl des Versicherungsnehmers unter öffentlichen und privaten Krankenhäusern, für die sie Bedeutung haben kann. Sie steht auch nicht in Widerspruch mit der in Teil III der Tarifbedingungen unter A vorgesehenen Erstattung von Kosten einer stationären Behandlung in Höhe von 100% (statt nur 90% der Kosten etwa einer Psychotherapie oder von Heilmitteln). Denn diese Prozentsätze beziehen sich nach der Bestimmung zu C des Teils III der Tarifbedingungen stets auf den erstattungs-

fähigen Rechnungsbetrag. Teil III verweist abschließend auf die Teile I und II und damit auch auf die Beschränkung der Erstattungsfähigkeit von Krankenhauskosten in Nr. 12 TB.

12            Allein aus der in Nr. 12 TB vorgesehenen Beschränkung der Leistungspflicht bei Behandlungen in privaten Krankenhäusern an sich ergibt sich auch kein Verstoß gegen § 305c Abs. 1 BGB. Der Versicherungsnehmer wird in Anbetracht des durch die Versicherungsbedingungen grundsätzlich weit gesteckten Leistungsrahmens der Krankheitskostenversicherung davon ausgehen, dass das allgemeine Leistungsversprechen näherer Ausgestaltung bedarf, die auch Einschränkungen nicht ausschließt (vgl. Senatsurteile vom 19. Mai 2004 - IV ZR 29/03 - VersR 2004, 1035 unter II 3 a; vom 18. Januar 2006 - IV ZR 244/04 - VersR 2006, 497 Tz. 15). Darauf wird der Versicherungsnehmer - wie dargelegt - auch ausreichend hingewiesen.

13            3. a) Die Revision beanstandet zwar nicht, dass sich allein aus Nr. 12 TB ohne Rückfrage beim Versicherer der exakte Erstattungsbeitrag nicht entnehmen lässt. Eine Klausel, die von den Erwartungen des Versicherungsnehmers deutlich abweiche und mit der er nicht zu rechnen brauche, sei jedoch überraschend i.S. von § 305c Abs. 1 BGB (vgl. Senatsurteil vom 19. Mai 2004 aaO), zumindest aber intransparent und deshalb unwirksam. Das treffe hier für die Kappungsgrenze zu, weil sie auf 150% der durch die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz vorgegebenen Entgelte bezogen sei. Dieser Referenzrahmen sei für eine Privatklinik weder "vorgegeben" noch überhaupt maßgebend. Privatkliniken orientierten sich vielmehr an Marktpreisen. Es sei willkürlich, stattdessen auf die für öffentliche Krankenhäuser geltenden Regelungen zurückzugreifen. Angemessene Fallpauschalen privater

Krankenhäuser könnten um 900% über den Preisen öffentlich geförderter Häuser liegen (BGHZ 154, 154, 156). In Wahrheit bewirke Nr. 12 (2) TB nicht eine Beschränkung auf angemessene Preise, sondern der Sache nach eine von Teil III der Tarifbedingungen abweichende, von vornherein auf einen Bruchteil der Kosten beschränkte Erstattung, die aber nicht offen gelegt, sondern verschleiert werde. Damit werde die freie Klinikwahl wesentlich stärker eingeschränkt, als dem durchschnittlich aufmerksamen Leser der Bedingungen erkennbar werde.

14            b) Auch unter diesem Blickwinkel lässt sich indessen weder ein Verstoß gegen § 305c Abs. 1 BGB, noch ein solcher gegen das Transparenzgebot oder eine unangemessene Benachteiligung des Versicherungsnehmers feststellen.

15            aa) Dass die Beschreibung der Kappungsgrenze, die als Basis auf die Krankenhausentgelte nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz zurückgreift, für sich genommen gegen das Überraschungsverbot des § 305c Abs. 1 BGB verstößt, ist nicht ersichtlich. Denn eine Beschränkung des Leistungsrahmens, mit der der Versicherungsnehmer - wie dargestellt - rechnen muss, bedarf einer Anknüpfungsgröße; wenn diese dem Bereich gesetzlich geregelter Entgelte entnommen wird, ist das für sich genommen weder überraschend i.S. von § 305c Abs. 1 BGB noch intransparent i.S. von § 307 Abs. 1 Satz 2 BGB. Dass sich die Intransparenz nicht schon daraus herleiten lässt, dass der Versicherungsnehmer die konkrete Leistungspflicht der Höhe nach nicht ohne weitere Nachfrage ermitteln kann, räumt die Revision selbst ein. Die Klarheit und Durchschaubarkeit der Versicherungsbedingungen würde dadurch, dass ihnen die in Bezug genommene Bundespflegesatzverordnung sowie das Krankenhausentgeltgesetz im Wortlaut

beigefügt würden, nicht verbessert. Das Transparenzgebot verlangt eine dem Versicherungsnehmer verständliche Darstellung insbesondere der von ihm hinzunehmenden Nachteile und Belastungen nur soweit, wie dies den Umständen nach gefordert werden kann (BGHZ 147, 354, 372; 141, 137, 143; Römer in Römer/Langheid, VVG 2. Aufl. Vorbem. zu § 1 Rdn. 14). Diesen Anforderungen wird § 12 TB gerecht.

16           bb) Bedenken gegen die Wirksamkeit der Klausel könnten sich allerdings unter dem Gesichtspunkt der Transparenz oder jedenfalls einer unangemessenen Benachteiligung ergeben, wenn die geregelte Beschränkung der Leistungspflicht für Privatkrankenhäuser dazu führt, dass deren geforderte Entgelte regelmäßig nicht abgedeckt werden; damit würde zugleich die versprochene (§ 4 Abs. 4 MB/KK) freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern eingeschränkt.

17           (1) Die Kosten für private Kliniken sind grundsätzlich höher als die in der Bundespflegesatzverordnung und dem Krankenhausentgeltgesetz berücksichtigten Kosten, zu denen insbesondere wesentliche Investitionskosten nicht gehören (vgl. BGHZ 154, 154, 160 ff.). Reine Privatkliniken sind daher in der Regel nicht in der Lage, ihre Preise so günstig zu gestalten wie in den Krankenhausplan aufgenommene Häuser. Dem kann der Krankenversicherer, auch wenn er aus Gründen der Kostendämpfung an die Entgelte öffentlich geförderter Krankenhäuser anknüpft, grundsätzlich dadurch angemessen Rechnung tragen, dass er seine Obergrenze deutlich über 100% der von öffentlichen Häusern geforderten Preise zieht. Auf diese Weise können allerdings nur gleichartig gebildete Preise verglichen werden. In der von der Revision angesprochenen Entscheidung ging es dagegen um einen Vergleich zwischen Fallpauschalen einerseits und tagesgleichen Pflegesätzen andererseits (BGHZ

154, 154, 156). Daraus ergab sich der Eindruck, die Fallpauschale des privaten Krankenhauses liege neunmal höher als die Preise öffentlich geförderter Krankenhäuser.

- 18 (2) Der Kläger hat nicht behauptet, dass auch andere Privatkliniken für die bei ihm durchgeführte Operation oder andere ärztliche Leistungen Entgelte berechnen, die die Kappungsgrenze des § 12 Abs. 2 TB überschreiten. Demgegenüber hat die Beklagte in den Tatsacheninstanzen darauf hingewiesen, dass sich die durchschnittlichen Entgelte öffentlich geförderter Krankenhäuser heute ebenfalls nach Fallpauschalen (Diagnosebezogenen Fallgruppen) bestimmen, die zwischen den Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgehandelt würden. Die Beklagte hat behauptet, der ganz überwiegende Teil der Privatkliniken rechne anhand von Sätzen ab, die unterhalb der hier vereinbarten Kappungsgrenze lägen. Diesem Vorbringen hat der Kläger nicht widersprochen und insbesondere keine Beweisanträge etwa dahin gestellt, dass die Preise privater Kliniken ganz allgemein und insbesondere für die bei ihm durchgeführte Meniskusoperation in der Regel wesentlich über den in Nr. 12 (2) TB vorgesehenen 150% lägen. Der Kläger ist aber für die Tatsachen beweispflichtig, aus denen er eine Unwirksamkeit von Vertragsklauseln nach §§ 305c, 307 BGB herleitet (vgl. BGH, Urteil vom 21. November 1995 - XI ZR 255/94 - NJW 1996, 388 unter II 2 b bb m.w.N.).

- 19                    Deshalb kann nicht festgestellt werden, dass die hier in Nr. 12 (2) TB gezogene Obergrenze für Entgelte privater Kliniken den Versicherungsnehmer unangemessen benachteiligt oder seine Wahlfreiheit zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern beeinträchtigt.

Terno

Dr. Schlichting

Wendt

Felsch

Harsdorf-Gebhardt

Vorinstanzen:

AG Köln, Entscheidung vom 10.10.2006 - 146 C 119/06 -

LG Köln, Entscheidung vom 27.06.2007 - 23 S 69/06 -