

***Von Kopf bis Fuß - LASIK,
Brustimplantate, IVF, Pes equinovarus:
Aktuelle Leistungsfragen der privaten
Krankheitskostenversicherung***

**Richter am Oberlandesgericht
Sascha Piontek,
zzt. Bundesgerichtshof (IV. Zivilsenat)**

Der Versicherungsfall in der privaten Krankheitskostenversicherung

- **§ 192 Abs. 1 VVG:**
„Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen ... zu erstatten.“

- **Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK):**
 - **§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**
„(2) ¹Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen ...“

 - **§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht**
„(2) ¹Übersteigt eine Heilbehandlung ... das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.“

***BGH, Urteil vom 12. Februar 2003 – IV ZR 278/01,
BGHZ 154, 154 = NJW 2003, 1596 („Alpha-Klinik“)***

➤ **Sachverhalt:**

Der beihilfeberechtigte VN unterhält bei dem VR eine Krankheitskostenvollversicherung unter Geltung der MB/KK 76. Er begehrt Erstattung von Kosten aus Anlass seiner Behandlung in einer Privatklinik.

Der VN unterzog sich dreier minimal-invasiver Bandscheibenoperationen, aus Anlass derer der Klinikträger mit dem VN vereinbarte „selbstdefinierte Fallpauschalen“ berechnete. Die Gesamtkosten beliefen sich auf rund 46.000 DM, von denen knapp 19.000 DM zwischen den Parteien im Streit stehen. VR beruft sich darauf, die Kosten der Behandlung in der Privatklinik seien gegenüber den Pflegesätzen anderer Krankenhäuser um etwa 900 % - sittenwidrig - überhöht.

***BGH, Urteil vom 12. Februar 2003 – IV ZR 278/01,
BGHZ 154, 154 = NJW 2003, 1596 („Alpha-Klinik“)***

➤ **Bislang h.M. in Rspr. und Lit.:**

- Zu § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 76: Heilbehandlung muss (auch) unter Kostenaspekten vertretbar sein. Sind zwei medizinisch gleichwertige, kostenmäßig aber um ein Vielfaches auseinanderliegende Möglichkeiten der Behandlung gegeben, besteht eine Leistungspflicht nur für die kostengünstigere. Eine zum gleichen Behandlungserfolg führende, erheblich teurere Heilbehandlung ist Luxus und keine notwendige Heilmaßnahme. Der Versichertengemeinschaft ist die Übernahme luxuriöser Behandlungen nicht zumutbar. Anderenfalls werden die versicherungstechnischen Kalkulationsgrundlagen gesprengt (vgl. OLG Köln VersR 1995, 1177 [1178]; r+s 1998, 34; r+s 1999, 82 [83]; OLG Düsseldorf VersR 1997, 217 [218]).

***BGH, Urteil vom 12. Februar 2003 – IV ZR 278/01,
BGHZ 154, 154 = NJW 2003, 1596 („Alpha-Klinik“)***

➤ **Bislang h.M. in Rspr. und Lit.:**

- Zu § 5 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 76: Übermaßregelung erstreckt sich auch auf einen im Verhältnis zum medizinisch notwendigen Behandlungsumfang überhöhten Vergütungsansatz des Arztes bzw. Krankenhausträgers (OLG Köln VersR 1986, 378; OLG Düsseldorf VersR 1997, 217 [218]; OLG Hamm r+s 1999, 429).
- Diese Ausdehnung der Kürzungsbefugnis geht zurück auf die Rspr. des BGH, nach der es bei einer Übermaßvergütung ebenso wie bei der von § 5 Abs. 2 MB/KK 76 unmittelbar geregelten Übermaßbehandlung darum geht, die durch den Versicherungsfall verursachte Kostenbelastung in vertretbaren Grenzen zu halten (BGH VersR 1978, 267 unter II 3 f bb).

***BGH, Urteil vom 12. Februar 2003 – IV ZR 278/01,
BGHZ 154, 154 = NJW 2003, 1596 („Alpha-Klinik“)***

➤ **Entscheidung des BGH:**

- Zu § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 76:
 - Die Einbeziehung von Kostengesichtspunkten lässt sich § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 76 nicht im Wege der Auslegung entnehmen.
 - Ein durchschnittlicher VN kann aus dem Wortlaut der Klausel nicht ersehen, dass auch finanzielle Aspekte bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung eine Rolle spielen sollen. § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 76 stellt nur auf die „medizinisch notwendige“ und nicht auf die „medizinisch nur notwendige“, die „notwendige medizinische“, die „medizinisch nur notwendige“ oder gar auf die „medizinisch und wirtschaftlich notwendige“ Heilbehandlung ab (juris Rn. 30).

***BGH, Urteil vom 12. Februar 2003 – IV ZR 278/01,
BGHZ 154, 154 = NJW 2003, 1596 („Alpha-Klinik“)***

➤ **Entscheidung des BGH:**

- Zu § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 76:
 - „Auch nach dem ihm erkennbaren Sinnzusammenhang wird [der VN] in [die AVB] diese **Kostengesichtspunkte** nicht hineinlesen ...
Dass ... der VR seine Leistungspflicht nur auf die billigste Behandlungsmethode beschränken will, erschließt sich [dem VN] nicht. Aus seiner Sicht verliert eine medizinisch anerkannte Heilbehandlung das qualifizierende Merkmal „notwendig“ im Einzelfall nicht deshalb, weil sie teurer ist als eine nach Einschätzung des VR gleichwertige, aber kostengünstigere Behandlung.“
(juris Rn. 30)

***BGH, Urteil vom 12. Februar 2003 – IV ZR 278/01,
BGHZ 154, 154 = NJW 2003, 1596 („Alpha-Klinik“)***

➤ **Entscheidung des BGH:**

- Zu § 5 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 76 :
 - „Der durchschnittliche VN kann schon dem Wortlaut ... nicht entnehmen, dass mit der Überschreitung des medizinisch notwendigen Maßes auch ein wirtschaftliches Übermaß gemeint ist. Ebenso wie bei § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 76 sind die Begriffe „medizinisch“ und „notwendig“ miteinander verbunden ... Auch wenn er als Ziel der **Übermaßregelung** erkennen kann, dass der VR sich vor einer unnötigen Kostenbelastung schützen will, bezieht er die Kürzungsbefugnis auf Heilbehandlungsmaßnahmen, die aus medizinischer Sicht nicht mehr oder nicht in dem abgerechneten Umfang notwendig waren.“ (juris Rn. 34)

***BGH, Urteil vom 29. März 2017 – IV ZR 533/15,
r+s 2017, 252 = VersR 2017, 608 (LASIK)***

➤ **Sachverhalt:**

Die privat krankenversicherte VN leidet unter beidseitiger Kurzsichtigkeit mit Astigmatismus. Sie unterzieht sich 2013 einer Femto-Lasik-Operation an den Augen und begehrt vom VR Erstattung der hierfür angefallenen Operationskosten in Höhe von rund 3.500 €.

Die Parteien streiten darüber, ob die bei der VN vor der Operation vorhandene Fehlsichtigkeit (von -3 und -2,75 Dioptrien) eine bedingungsgemäße Krankheit und ob die zu deren Beseitigung durchgeführte Operation medizinisch notwendig gewesen ist.

***BGH, Urteil vom 29. März 2017 – IV ZR 533/15,
r+s 2017, 252 = VersR 2017, 608 (LASIK)***

➤ **Meinungsstand:**

- Nach dem **Prinzip der Nachrangigkeit** ist eine Maßnahme nur dann medizinisch notwendig, wenn nicht andere Erfolg versprechende und/oder gefahrlose geeignete Methoden zur Wahl stehen. Daher keine Leistungspflicht für LASIK-Behandlungen. VN muss sich auf einen Ausgleich der Sehschwäche durch Brille und/oder Kontaktlinsen verweisen lassen.
- LG Köln VersR 2007, 1402; LG München I VersR 2005, 394; VersR 2007, 1073; LG Mannheim VersR 2008, 1200; LG Hannover, Urteil vom 10.8.2009 – 2 S 85/08, juris; AG München NJOZ 2010, 158; vgl. auch LG Köln VersR 2009, 535.

***BGH, Urteil vom 29. März 2017 – IV ZR 533/15,
r+s 2017, 252 = VersR 2017, 608 (LASIK)***

➤ **Meinungsstand:**

- Die Kosten einer LASIK-Operation sind erstattungsfähig. Ein Prinzip der Nachrangigkeit kann der durchschnittliche VN den MB/KK nicht entnehmen. Während Brille oder Kontaktlinsen die Fehlsichtigkeit lediglich korrigieren ohne das Leiden selbst zu beheben, beseitigt die LASIK-Operation das körperliche Leiden und bietet damit die Möglichkeit, dem natürlichen Zustand des Auges am nächsten zu kommen.
- LG Dortmund VersR 2007, 1401; LG Münster VersR 2009, 536; LG Göttingen, Beschluss vom 8.7.2008 – 2 S 4/08, juris; LG Frankfurt (Oder) r+s 2013, 29; LG Köln, Urteil vom 24.4.2013 – 23 S 27/12, BeckRS 2016, 03932.
- Vgl. auch *Kessal-Wulf*, r+s 2010, 353 (359 f.).

***BGH, Urteil vom 29. März 2017 – IV ZR 533/15,
r+s 2017, 252 = VersR 2017, 608 (LASIK)***

➤ **Entscheidung des BGH:**

- Für die Frage, ob eine bedingungsgemäße **Krankheit** vorliegt, kann es weder auf die vom Sachverständigen seiner Beurteilung zugrunde gelegte Einschätzung, in Fachkreisen werde von einer pathologischen Myopie nach internationalen medizinischen Standards erst ab -6 Dioptrien gesprochen, ankommen noch auf seine weiteren Ausführungen, ein Refraktionsfehler, der zu einer Fehlsichtigkeit führe, wie sie bei 30-40 % der Menschen im mittleren Alter auftrete, habe noch keinen Krankheitswert. [Rn. 14]
- Ein durchschnittlicher VN wird davon ausgehen, zum Normalzustand der Sehfähigkeit gehöre ein beschwerdefreies Lesen und eine gefahrenfreie Teilnahme am Straßenverkehr; er wird das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Krankheit annehmen, wenn bei ihm eine nicht nur ganz geringfügige Beeinträchtigung dieser körperlichen Normalfunktion vorliegt, die ohne Korrektur ein beschwerdefreies Sehen nicht ermöglicht. [Rn. 15]

***BGH, Urteil vom 29. März 2017 – IV ZR 533/15,
r+s 2017, 252 = VersR 2017, 608 (LASIK)***

➤ **Entscheidung des BGH:**

- Die **medizinische Notwendigkeit** der Operation kann nicht bereits mit Hinweis auf die Üblichkeit des Tragens einer Brille oder von Kontaktlinsen verneint werden. [Rn. 22]
- Das Tragen einer Sehhilfe stellt in Bezug auf die Fehlsichtigkeit der Klägerin keine Heilbehandlung dar. Brillen und Kontaktlinsen sind lediglich Hilfsmittel, mit denen körperliche Defekte über einen längeren Zeitraum ausgeglichen werden. Mit der Sehhilfe wird demnach – für den Einsatz von Hilfsmitteln kennzeichnend – unmittelbar eine Ersatzfunktion für ein krankes Organ wahrgenommen, ohne dessen Funktionsfähigkeit wieder herzustellen. [Rn. 23]

***BGH, Urteil vom 29. März 2017 – IV ZR 533/15,
r+s 2017, 252 = VersR 2017, 608 (LASIK)***

➤ **Entscheidung des BGH:**

- Der durchschnittliche VN kann aus § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK nicht ersehen, dass die Erstattungsfähigkeit der Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung grundsätzlich davon abhängen soll, ob er (dauerhaft) auf ein Hilfsmittel zurückgreifen kann, das den bei ihm bestehenden anormalen Körperzustand auszugleichen oder abzuschwächen geeignet ist, ohne am eigentlichen Leiden etwas zu ändern. Für eine solche generelle **Subsidiarität** der Heilbehandlung gegenüber dem Hilfsmittel geben die Versicherungsbedingungen nichts her. Ihnen ist auch sonst nicht zu entnehmen, dass außer der medizinischen Notwendigkeit andere (finanzielle) Aspekte bei der Beurteilung der Erstattungsfähigkeit der Kosten einer Heilbehandlung eine Rolle spielen sollen. § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK stellt ausdrücklich auf die „medizinisch notwendige“ Heilbehandlung ab, wobei sich „medizinisch“ gerade auf „notwendig“ bezieht. Dieser sprachliche Zusammenhang macht ... deutlich, dass die Notwendigkeit der Heilbehandlung allein aus (rein) medizinischer Sicht zu beurteilen ist [Rn. 24]

*BGH, Urteil vom 22. April 2015 – IV ZR 419/13,
r+s 2015, 297 = VersR 2015, 706 (Übermaßversorgung)*

➤ Leitsatz:

„Die Aufwendungen für ein Hilfsmittel übersteigen das medizinisch notwendige Maß i. S. v. § 5 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 2009, wenn einerseits das Hilfsmittel zusätzliche, nicht benötigte Funktionen oder Ausstattungsmerkmale aufweist, und andererseits zugleich preiswertere, den notwendigen medizinischen Anforderungen für den jeweiligen Versicherungsnehmer entsprechende Hilfsmittel ohne diese zusätzlichen Funktionen oder Ausstattungsmerkmale zur Verfügung stehen.“

***BGH, Beschluss vom 5. Juli 2017 – IV ZR 116/15,
r+s 2017, 488 = NJW-RR 2017, 1064***

- Die Kosten für ein Elektrostimulationsgerät, das über eine Manschette elektrische Signale an den Peronealnerv sendet und so die Steuerung des Fußes und Fußgelenks ermöglicht, sind bei einem abgeschlossenen Hilfsmittelkatalog nicht erstattungsfähig (vgl. auch BGH r+s 2004, 423, 424 f.; OLG Köln r+s 2016, 248; OLG Hamm VersR 2017, 681).
- Der Versicherte der privaten Krankenversicherung kann aufgrund der Strukturunterschiede zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung nicht erwarten, in gleicher Weise versichert zu sein wie Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Weder aus § 193 Abs. 3 VVG noch aus der Substitutionsfunktion der privaten Krankenversicherung folgt, dass der Leistungsumfang der privaten Krankenversicherung den der gesetzlichen Krankenversicherung nicht unterschreiten darf (vgl. schon BGH r+s 2015, 405 Rn. 22).

***BGH, Urteil vom 17. Februar 2016 – IV ZR 353/14,
r+s 2016, 303 = VersR 2016, 720 (Brustimplantate)***

➤ **Sachverhalt:**

VN unterhält bei VR eine private Krankheitskostenversicherung, in der seine Ehefrau mitversichert ist. Die Versicherte hatte sich 2004 (vor Abschluss des Vertrags) aus kosmetischen Gründen mittels Implantaten beide Brüste vergrößern lassen.

Ende 2011 bildet sich bei der Versicherten in der rechten Brust ausgelöst durch das Implantat eine schmerzhaft Kapselfibrose; in ihrer linken Brust war es zu einer Implantatdislokation gekommen. Anfang 2012 lässt die Versicherte daher einen beidseitigen Implantatwechsel vornehmen. Der VN verlangt die Kosten in Höhe von rund 4.600 € vom VR erstattet, der sich auf den Leistungsausschluss in § 5 Abs. 1 Buchst. b MB/KK beruft.

***BGH, Urteil vom 17. Februar 2016 – IV ZR 353/14,
r+s 2016, 303 = VersR 2016, 720 (Brustimplantate)***

➤ **Bedingung- und Gesetzeslage:**

- **MB/KK § 5 Einschränkung der Leistungspflicht**
„(1) Keine Leistungspflicht besteht
...
b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle
einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen
einschließlich Entziehungskuren; ...“
- **§ 201 VVG Herbeiführung des Versicherungsfalles**
„Der Versicherer ist nicht zur Leistung verpflichtet, wenn
der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person
vorsätzlich die Krankheit oder den Unfall bei sich selbst
herbeiführt.“

***BGH, Urteil vom 17. Februar 2016 – IV ZR 353/14,
r+s 2016, 303 = VersR 2016, 720 (Brustimplantate)***

➤ **Entscheidung des BGH:**

- Berufungsgericht hat zu Unrecht angenommen, bereits die 2004 herbeigeführte Brustvergrößerung habe bei der Versicherten zu einer Krankheit i.S.v. § 201 VVG bzw. § 5 Abs. 1 Buchst. b MB/KK geführt.
- Eine **Krankheit** ist nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch ... dadurch gekennzeichnet, dass sie eine nicht ganz unerhebliche Störung körperlicher oder geistiger Funktionen mit sich bringt und deshalb die Notwendigkeit einer Heilbehandlung begründet.
[Rn. 17]

***BGH, Urteil vom 17. Februar 2016 – IV ZR 353/14,
r+s 2016, 303 = VersR 2016, 720 (Brustimplantate)***

➤ **Entscheidung des BGH:**

- Danach führt eine mittels ärztlichen Eingriffs vorgenommene Brustvergrößerung nach allgemeinem Sprachgebrauch zu keiner Krankheit ... Zwar mag die Implantation eines Fremdkörpers ... einen biologisch anormalen Körperzustand bewirken, medizinisch regelwidrig ist dieser ... aber schon deshalb nicht, weil – wenngleich nicht medizinisch geboten – er von einem Arzt unter Beachtung medizinischer Regeln und Sorgfaltsanforderungen herbeigeführt wird und bei normalem, komplikationsfreiem Verlauf auch nicht zur Störung körperlicher oder geistiger Funktionen führt und keinen Behandlungsbedarf begründet. [Rn. 18]
- Lässt eine versicherte Person bewusst und gewollt einen ärztlichen Eingriff aus kosmetischen Gründen vornehmen, so wird auch der dadurch geschaffene Zustand ... weder von der Rechtsgemeinschaft noch von einem durchschnittlichen VN als „krankhaft“ angesehen. [Rn. 19]

***BGH, Urteil vom 17. Februar 2016 – IV ZR 353/14,
r+s 2016, 303 = VersR 2016, 720 (Brustimplantate)***

➤ **Entscheidung des BGH:**

➤ **(Bedingter) Vorsatz bzgl. Kapselprothese und Implantatdislokation?**

- Ein Erfahrungssatz, wonach sich die versicherte Person mit allen ihr durch ärztliche Aufklärung bekannten möglichen Krankheitsfolgen eines geplanten ärztlichen Eingriffs, die mit einer gewissen Häufigkeit beobachtet werden, im Sinne einer billigen Inkaufnahme abfindet, besteht nicht. Einer solchen generalisierenden Betrachtung steht bereits die Erwägung entgegen, dass sich Patienten einem ärztlichen Eingriff in aller Regel in der Hoffnung unterziehen, dieser werde erfolgreich und komplikationsfrei verlaufen. [Rn. 27]
- Wäre es richtig, dass bereits das Wissen um mögliche Operationsfolgen bedingten Vorsatz begründet, hätte die aus Haftungsgründen regelmäßig extensive medizinische Aufklärung über die mit einer gewissen Häufigkeit möglichen Folgen geplanter ärztlicher Eingriffe nach § 201 VVG den weitgehenden Verlust des Krankenversicherungsschutzes für danach eintretende Komplikationen zur Folge. [Rn. 25]

***AG München, Urteil vom 10. Oktober 2014 – 111 C 19551/12,
NJOZ 2015, 1094 („Pes equinovarus“)***

- **Dient ein ärztlicher Eingriff der Rekonstruktion einer durch eine Erkrankung degenerierten Körperform (Muskelatrophie und Lipodystrophie als Folge einer angeborenen Fehlstellung des Fußes), liegt eine medizinisch notwendige Heilbehandlung im Sinne von § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK vor.**
- **Für die Frage der medizinischen Notwendigkeit einer ärztlichen Heilmaßnahme kommt es nicht darauf an, ob sie auf eine funktionale Verbesserung von Körperfunktionen zielt.**

***OLG Hamm, Urteil vom 11. November 2016 – 20 U 119/16,
NJW-RR 2017, 284 (Künstliche Befruchtung bei nicht verheirateten
Paaren)***

➤ **Rechtsprechungsentwicklung:**

- **BGHZ 99, 228:** Die sog. homologe In-vitro-Fertilisation (extrakorporale Befruchtung) dient der Linderung der Krankheit „Sterilität“, auch wenn mit ihr nicht bezweckt wird, ihre Ursachen zu beseitigen.
- **BGHZ 158, 166:** Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen in der privaten Krankenversicherung gehören auch die Kosten einer wegen der Unfruchtbarkeit des versicherten Mannes vorgenommenen homologen IVF.
- **BGH r+s 1998, 75:** Die Kosten der bei der versicherten Frau vorgenommenen IVF muss der VR dann nicht erstatten, wenn die Frau selbst gesund ist. Sie ist nicht schon deshalb krank i.S.v. § 1 Abs. 2 MB/KK, weil ein gemeinsamer Kinderwunsch infolge der Fortpflanzungsfähigkeit ihres Partners nicht verwirklicht werden kann.

***OLG Hamm, Urteil vom 11. November 2016 – 20 U 119/16,
NJW-RR 2017, 284 (Künstliche Befruchtung bei nicht verheirateten
Paaren)***

➤ **Rechtsprechungsentwicklung:**

- **BGHZ 164, 122:** Erstattungsfähig sind auch die Kosten einer auf die Geburt eines zweiten Kindes abzielenden homologen IVF mit intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI).
- **BGH VersR 2006, 1673:** Treffen die Fertilitätseinschränkungen von Mann und Frau zusammen, muss geklärt werden, ob einzelne Behandlungsschritte ausschließlich durch die Erkrankung des einen oder anderen Partners geboten sind. Durch eine Behandlung, die notwendig ist, um die bedingte Unfruchtbarkeit beider Partner zu überwinden, erwerben die beiden privat krankenversicherten Eheleute jeweils einen **Kostenerstattungsanspruch gegen ihren VR.**

***OLG Hamm, Urteil vom 11. November 2016 – 20 U 119/16,
NJW-RR 2017, 284 (Künstliche Befruchtung bei nicht verheirateten
Paaren)***

- **Gilt das alles auch bei nicht verheirateten Paaren?**
- **Keine § 27a Abs. 1 Nr. 3 SGB V entsprechende Klausel.**
 - **Überwiegende Auffassung: Bedingungsgemäße Krankheit ist Sterilität. Diese ist vom Bestehen einer Ehe unabhängig. Eine Differenzierung nach dem Familienstand lässt sich den MB/KK nicht entnehmen (LG Dortmund VersR 2008, 1484; LG Berlin r+s 2004, 203; Voit in Prölss/Martin, VVG 29. Aufl. § 192 Rn. 36 m.w.N.; nunmehr auch Kalis in Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 5. Aufl. § 1 MB/KK Rn. 57 [„Ablehnung ... nicht mehr zeitgemäß“]).**
 - **So nunmehr auch OLG Hamm aaO Rn. 56.**
 - **Anders noch: LG Köln VersR 2001, 1373; AG Köln r+s 2004, 284.**

***BGH, Urteil vom 14. Juni 2017 – IV ZR 141/16,
r+s 2017, 423 = VersR 2017, 941 (Eizellspende im Ausland)***

➤ **Sachverhalt:**

Die kinderlose VN begibt sich – nach fünf erfolglosen Befruchtungsversuchen mittels IVF in Deutschland – 2011 in die Behandlung eines tschechischen IVF-Zentrums. Dort werden drei Versuche einer – nach tschechischem Recht erlaubten und nach deutschem Recht strafbaren – Eizellspende mit IVF-Behandlung sowie verlängerter Embryonenkultivierung (Blastozystentransfer) durchgeführt. Den Spenderinnen werden jeweils Eizellen entnommen, von denen einige befruchtet werden können. Es kommt zum Transfer von Blastozysten. Der letzte Versuch ist erfolgreich und führt zu einer Zwillingschwangerschaft der VN, die 2013 zwei Jungen zur Welt bringt. Der VR verweigert eine Übernahme der Kosten in Höhe von rund 11.000 €.

***BGH, Urteil vom 14. Juni 2017 – IV ZR 141/16,
r+s 2017, 423 = VersR 2017, 941 (Eizellspende im Ausland)***

➤ **Bedingungslage:**

- **MB/KK § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**
„(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen ...
(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingung mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Europa ...“

***BGH, Urteil vom 14. Juni 2017 – IV ZR 141/16,
r+s 2017, 423 = VersR 2017, 941 (Eizellspende im Ausland)***

➤ **Bedingungslage:**

- **TB 2009 Nr. 19a Auslandsaufenthalt zum Zwecke der Heilbehandlung**
„(1) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland außerhalb der EU bzw. des EWR, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist.
...
(3) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre, findet Abs. (1) keine Anwendung.“

***BGH, Urteil vom 14. Juni 2017 – IV ZR 141/16,
r+s 2017, 423 = VersR 2017, 941 (Eizellspende im Ausland)***

➤ **Entscheidung des BGH:**

- Ein durchschnittlicher VN wird ... § 1 Abs. 3 MB/KK dahingehend verstehen, dass der VR lediglich Aufwendungen für solche Heilbehandlungen ersetzt, die nach deutschem Recht in Deutschland erlaubt sind. [Rn. 14]
- Dass der Umfang des Versicherungsschutzes – auch – durch die gesetzlichen Vorschriften des deutschen Rechts bestimmt wird, entnimmt der durchschnittliche VN **§ 1 Abs. 3 Satz 2 MB/KK**. Darin wird er nicht allein eine Regelung der auf den Versicherungsvertrag anwendbaren Rechtsordnung, sondern auch eine nähere Beschreibung der im vorangehenden Satz genannten, den Umfang des Versicherungsschutzes festlegenden Vorschriften sehen. [Rn. 16]

***BGH, Urteil vom 14. Juni 2017 – IV ZR 141/16,
r+s 2017, 423 = VersR 2017, 941 (Eizellspende im Ausland)***

➤ **Entscheidung des BGH:**

- Demgegenüber wird ein durchschnittlicher VN **§ 1 Abs. 4 Satz 1 MB/KK** nicht dahingehend verstehen, dass der nach dieser Bestimmung auf Heilbehandlung in Europa erstreckte Versicherungsschutz auch den Ersatz von Aufwendungen für solche Behandlungen umfassen soll, die zwar in Deutschland verboten, in anderen europäischen Staaten aber erlaubt sind ... Ein durchschnittlicher VN wird ... die Stellung von § 1 Abs. 4 Satz 1 MB/KK im Bedingungsnetzwerk in den Blick nehmen und danach in dieser Vorschrift eine Regelung über den räumlichen Geltungsbereich des Versicherungsschutzes erkennen. Er wird nicht davon ausgehen, dass § 1 Abs. 4 Satz 1 MB/KK darüber hinaus den Umfang des Leistungsversprechens auf nach dem Recht des jeweiligen europäischen Landes zulässige Heilbehandlungen ausdehnt. [Rn. 17]

***BGH, Urteil vom 14. Juni 2017 – IV ZR 141/16,
r+s 2017, 423 = VersR 2017, 941 (Eizellspende im Ausland)***

➤ **Entscheidung des BGH:**

- Zwar wird er angesichts der die Leistungshöhe betreffenden Bestimmung in **Nr. 19a Abs. 3 TB 2009** davon ausgehen, dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes unter den dortigen Voraussetzungen auf in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbare Behandlungen erstrecken soll. Dem Abstellen auf die Durchführbarkeit der Behandlung wird er aber zugleich entnehmen, dass lediglich eine medizinisch notwendige Behandlung im Ausland erfasst sein soll, die in Deutschland nicht oder nicht in ausreichendem Umfang angeboten wird. Der dahinter stehende Zweck, etwaige Defizite der medizinischen Versorgung im Inland auszugleichen, erfasst demgegenüber keine Behandlungen, zu denen sich der Versicherte in das Ausland begeben hat, weil sie in Deutschland zwar medizinisch durchführbar wären, aber verboten sind. [Rn. 19]

***BGH, Urteil vom 14. Juni 2017 – IV ZR 141/16,
r+s 2017, 423 = VersR 2017, 941 (Eizellspende im Ausland)***

➤ **Entscheidung des BGH:**

- Die fehlende Erstattungspflicht für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung mittels Eizellspende in Tschechien verstößt nicht gegen **Unionsrecht**.
[Rn. 25 ff.]
- Es liegt weder ein Verstoß gegen die **Richtlinie 2006/123/EG** (Dienstleistungsrichtlinie) noch eine unzulässige Beschränkung der Dienstleistungsfreiheit nach **Art. 56 Abs. 1 AEUV** vor.

***OLG Hamm, Urteil vom 11. September 2015 – 20 U 211/14,
r+s 2016, 247 = VersR 2017, 220
(Beginn des Versicherungsfalls bei zahnärztlicher Behandlung)***

➤ **Sachverhalt:**

VN beantragt im September 2009 u.a. für seine Ehefrau eine Zahnersatz-Zusatzversicherung. 2012 reicht er beim VR zwei Rechnungen betreffend die Behandlung von Zähnen im OK/UK seiner Ehefrau zur Erstattung ein. VR tritt in Leistungsprüfung ein und erhält vom früheren Zahnarzt der Ehefrau des VN folgende Auskunft:

„Der Pat. wurden über die ganzen Jahre hinweg ZE-Vorschläge gemacht, für den OK eine Kombivers. 1.ne Variante mit Impl. Pat. war auch schon 2x beim Gutachter. Eine Teilversorgung des UK wurde 2005 angefertigt. Begründet wurde die Ablehnung des ZE mit, kein Geld, möchten erst Zusatzversicherung abschließen.“

***OLG Hamm, Urteil vom 11. September 2015 – 20 U 211/14,
r+s 2016, 247 = VersR 2017, 220
(Beginn des Versicherungsfalls bei zahnärztlicher Behandlung)***

➤ **Sachverhalt:**

VR lehnt Leistungen ab. Versicherungsfall habe sich vor Vertragsschluss ereignet, weil bereits bei Antragstellung Behandlungsbedürftigkeit „des kompletten Oberkiefers“ bestanden habe.

***OLG Hamm, Urteil vom 11. September 2015 – 20 U 211/14,
r+s 2016, 247 = VersR 2017, 220
(Beginn des Versicherungsfalls bei zahnärztlicher Behandlung)***

➤ **Bedingungslage:**

- **MB/KK § 1 Abs. 2:**
„¹Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. ²Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht ...“
- **MB/KK § 2 Abs. 1:**
„... ²Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet ...“

***OLG Hamm, Urteil vom 11. September 2015 – 20 U 211/14,
r+s 2016, 247 = VersR 2017, 220
(Beginn des Versicherungsfalls bei zahnärztlicher Behandlung)***

- **Entscheidung des LG: Zahlungsklage des VN hat keinen Erfolg. VR ist gem. § 2 Abs. 1 Satz 2 MB/KK leistungsfrei.**
- **Berufung des VN beschränkt auf Behandlungskosten für den UK, da insoweit keine Vorvertraglichkeit.**
- **Entscheidung des OLG:**
 - VR ist für die von ihm behauptete fortbestehende Behandlungsbedürftigkeit des UK und damit für im Zeitpunkt der Antragstellung „schwebenden“ Versicherungsfall beweisbelastet. Denn § 2 Abs. 1 MB/KK trifft die Regelung, dass solche „Versicherungsfälle“ vom Deckungsschutz ausgenommen werden. Damit legt sich der VR selbst die Beweislast auf.

***OLG Hamm, Urteil vom 11. September 2015 – 20 U 211/14,
r+s 2016, 247 = VersR 2017, 220
(Beginn des Versicherungsfalls bei zahnärztlicher Behandlung)***

➤ **Entscheidung des OLG:**

- Beweis ist nicht erbracht. Beweisaufnahme hat ergeben, dass nach Behandlung des UK kein Bedürfnis einer weiteren Versorgung bestand.
- „Soweit die Beklagte die Auffassung vertritt, dass ein schwebender Versicherungsfall in der Zahnersatz-Zusatzversicherung bereits wegen der Behandlungsbedürftigkeit des Oberkiefers bei Versicherungsbeginn bestanden habe, da das menschliche Gebiss insoweit als **funktionale Einheit** zu bewerten sei, findet dies in den Versicherungsbedingungen keine Grundlage.“

***OLG Hamm, Urteil vom 11. September 2015 – 20 U 211/14,
r+s 2016, 247 = VersR 2017, 220
(Beginn des Versicherungsfalls bei zahnärztlicher Behandlung)***

➤ **Leitsätze:**

- 1. Der Versicherungsfall in der privaten Krankenversicherung beginnt mit der ersten Inanspruchnahme einer ärztlichen Tätigkeit, die durch die betroffene Krankheit verursacht worden ist. Zur "Behandlung" einer Krankheit gehört 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 und richtige Diagnose gestellt und mit den eigentlichen Heilmaßnahmen begonnen worden ist.**

***OLG Hamm, Urteil vom 11. September 2015 – 20 U 211/14,
r+s 2016, 247 = VersR 2017, 220
(Beginn des Versicherungsfalls bei zahnärztlicher Behandlung)***

➤ **Leitsätze:**

2. Wenn im Rahmen der Zahnzusatzversicherung in Ansehung der Behandlung einzelner Zähne (hier: Oberkiefer) Vorvertraglichkeit im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 2 MB/KK 2009 vorliegt, kann dennoch eine Leistungspflicht des Versicherers für andere Bereiche des Gebisses (hier: Unterkiefer) bestehen.
3. Mit der Regelung in § 2 Abs. 1 MB/KK 2009, dass solche "Versicherungsfälle", die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, vom Deckungsschutz ausgenommen werden, erlegt sich der Versicherer selbst die Beweislast dafür auf, dass der Versicherungsfall schon vor Eintritt des Versicherungsschutzes begonnen hat.