BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

IV ZR 28/12

Verkündet am:
12. September 2012
Heinekamp
Justizhauptsekretär
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

BGHR: ja

VVG § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1

Macht der Versicherungsnehmer einer privaten Krankenversicherung von seinem Recht Gebrauch, innerhalb eines bestehenden Versicherungsverhältnisses von dem bisherigen Tarif ("Herkunftstarif") mit einem absoluten jährlichen Selbstbehalt in einen neuen Tarif ("Zieltarif") mit behandlungsbezogenem Selbstbehalt zu wechseln, kann der Versicherer gemäß § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 VVG einen Leistungsausschluss nur verlangen, soweit der behandlungsbezogene Selbstbehalt den absoluten Selbstbehalt nicht ausschöpft. Der kumulative Ansatz sowohl des absoluten als auch des behandlungsbezogenen Selbstbehalts ist unzulässig.

BGH, Urteil vom 12. September 2012 - IV ZR 28/12 - LG München I
AG München

Der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat durch die Vorsitzende Richterin Mayen, die Richter Wendt, Felsch, die Richterin Harsdorf-Gebhardt und den Richter Dr. Karczewski auf die mündliche Verhandlung vom 12. September 2012

für Recht erkannt:

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Landgerichts München I - 6. Zivilkammer - vom 12. Januar 2012 aufgehoben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Amtsgerichts München vom 13. Dezember 2010 zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

1 Der Kläger begehrt die Feststellung der Unwirksamkeit eines Leistungsausschlusses im Rahmen eines Krankenversicherungsvertrages. Er unterhielt bei der Beklagten zunächst einen privaten Krankenversicherungsvertrag, der unter anderem für den Tarif "SB 2300" einen jährlichen Selbstbehalt von 2.300 € für ambulante Leistungen vorsah. Der monatliche Gesamtbeitrag für den Krankenversicherungsvertrag lag zuletzt bei 349,51 €. Am 25. März 2009 beantragte der Kläger einen Wechsel in den Tarif "ECONOMY" der Beklagten. Dieser sieht einen monatlichen Gesamtbeitrag von 163,92 € und verschiedene behandlungsbezogene

Selbstbehalte, im Wesentlichen 10 € je Behandlungstag und Behandler, Arznei- und Verbandmittel bzw. sonstiger Leistungsinanspruchnahme vor. Dem Antrag war eine vom Kläger unter dem 25. April 2009 unterzeichnete "Erklärung zum Umtarifierungsantrag in den Tarif ECONOMY" beigefügt, in der es unter anderem heißt:

> "Bei einem Wechsel in andere Tarife kann der Versicherer einen Leistungsausschluss für Mehrleistungen verlangen, soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif (vgl. § 178 f. VVG, § 204 VVG neu). Der Wegfall einer Selbstbeteiligung stellt eine solche Mehrleistung dar.
>
> Ich bin damit einverstanden, dass für Josef H. bei der Umtarifierung in den Tarif ECONOMY ein Leistungsausschluss in Höhe von 2.300 € pro Kalenderjahr (dies entspricht der absoluten jährlichen Selbstbeteiligung des bisherigen Tarifs SB 2300) besteht.
>
> Mir ist bekannt, dass dieser Leistungsausschluss pro Kalenderjahr gilt und weiterhin bei den Leistungsposition(en), für die die bisherige absolute jährliche Selbstbeteiligung galt, angerechnet wird.
>
> Die tarifliche Erstattung des Tarifs ECONOMY wird um den betragsmäßigen Leistungsausschluss pro Kalenderjahr und pro Person gekürzt. ..."

2 Der Kläger unterschrieb diese Erklärung mit dem Zusatz "Akzeptiert unter dem Vorbehalt der Rechtmäßigkeit des doppelten Ansatzes eines Selbstbehaltes".

3 Das Amtsgericht hat der Klage, mit der der Kläger die Feststellung begehrt, dass im Rahmen des Versicherungsverhältnisses zwischen den Parteien im Tarif "ECONOMY" ein Leistungsausschluss in Form einer absoluten jährlichen Selbstbeteiligung in Höhe von 2.300 € pro Kalender-

jahr unwirksam ist, stattgegeben. Auf die Berufung der Beklagten hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Mit seiner Revision erstrebt der Kläger die Wiederherstellung des amtsgerichtlichen Urteils.

Entscheidungsgründe:

4 Das Rechtsmittel hat Erfolg.

5 I. Das Berufungsgericht meint, die Beklagte sei berechtigt, im Rahmen des Tarifwechsels den absoluten Selbstbehalt aus dem bisherigen Tarif als Leistungsausschluss in den Zieltarif zu übernehmen. Der Wegfall eines absoluten Selbstbehalts stelle eine Mehrleistung i.S. von § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 VVG dar, weil die Verpflichtung des Versicherers zur Erstattung von Leistungen erweitert werde. Hierbei sei ein genereller Leistungsausschluss und nicht - wie es der Auffassung des Amtsgerichts entsprochen hat - nur ein Leistungsausschluss für bestimmte Krankheiten zulässig. Eine Umgehung des Gesetzeszwecks sei mit der Fortführung des bisherigen Selbstbehalts ohne Beschränkung auf bestimmte Erkrankungen nicht verbunden. Mit der Vorschrift des § 204 VVG solle Versicherungsnehmern der Wechsel in einen für sie günstigeren Tarif desselben Versicherers ermöglicht werden, ohne dass es zu einem Verlust ihrer im Laufe des Versicherungsverhältnisses erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen komme. Ein Recht auf eine Mehrleistung in Form des Wegfalls eines Selbstbehalts lasse sich hieraus jedoch nicht ableiten. Dementsprechend erfordere es auch der Gesetzeszweck nicht, dass der Versicherungsnehmer zusätzlich zu den günstigeren Konditionen des Zieltarifs unabhängig vom Versicherungsrisiko in

den Genuss des Wegfalls des bisherigen Selbstbehalts komme. Zum Schutz des Versicherungsnehmers sei es jedoch geboten, dass das Verlangen eines Leistungsausschlusses in Form des bisherigen Selbstbehalts ein entsprechendes Versicherungsrisiko in der Person des Versicherten voraussetze. Dies sei bei dem Kläger nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme der Fall. Aufgrund der Vielzahl und der Schwere der Erkrankungen und vorhandenen Diagnosen hätte die Beklagte den Kläger als Neukunden nicht versichert.

6 II. Das hält rechtlicher Nachprüfung nicht stand. Zwischen den Parteien ist im Rahmen des Tarifs "ECONOMY" kein Leistungsausschluss in Höhe von 2.300 € wirksam vereinbart worden.

7 1. Dem Kläger steht gegen die Beklagte ein Anspruch auf Tarifwechsel gemäß § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 1 VVG zu. Hiernach kann der Versicherungsnehmer bei einem bestehenden unbefristeten Versicherungsverhältnis vom Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Mit diesem Tarifwechselrecht wird bezweckt, insbesondere älteren Versicherungsnehmern bei Schließung ihres Tarifs ("Herkunftstarif") die Möglichkeit zu eröffnen, eingetretene Kostensteigerungen durch einen Wechsel in einen anderen Tarif des Versicherers ("Zieltarif") zu vermeiden (BVerwG VersR 2010, 1345 Rn. 27; LG Hildesheim VersR 2010, 753, 754; MünchKomm-VVG/Boetius, § 204 Rn. 7, 16; Reinhard in Looschelders/Pohlmann, VVG § 204 Rn. 1; HK-VVG/Marko, 2. Aufl. § 204 Rn. 1; Wandt, VersR 5. Aufl. Rn. 1356). Dieser Tarifwechselanspruch ist ein Optionsrecht des Versicherungsnehmers im Rahmen

des den Versicherer treffenden Kontrahierungszwangs auf Inhaltsänderung des bestehenden Krankenversicherungsvertrages (BVerwG aaO Rn. 30; MünchKomm-VVG/Boetius aaO Rn. 13; Wandt aaO Rn. 1357). Die Voraussetzungen dieses Tarifwechselanspruchs sind gegeben. Insbesondere liegt ein gleichartiger Versicherungsschutz i.S. von § 12 der "Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung" (KalV) vor, da der Kläger bei der Beklagten sowohl im Herkunfts- als auch im Zieltarif Krankenversicherungsschutz für ambulante und stationäre Behandlung sowie für Zahnbehandlung und Zahnersatz erhält. Auf dieselbe Höhe der Prämie kommt es für die Gleichartigkeit demgegenüber nicht an (BVerwG VersR 2007, 1253 unter 2 b aa).

8 2. Besteht ein Anspruch des Versicherungsnehmers auf einen Tarifwechsel, so kann der Versicherer, soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen (§ 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 VVG). Zutreffend ist das Berufungsgericht davon ausgegangen, dass der Wegfall eines absoluten Selbstbehalts eine Mehrleistung im Sinne dieser Vorschrift darstellt (so auch LG Hildesheim VersR 2010, 753, 754; MünchKomm-VVG/Boetius aaO Rn. 211, 322 f.; ders. in Private Krankenversicherung § 204 Rn. 104; Looschelders/Pohlmann aaO Rn. 15). Durch die Reduzierung oder den Wegfall eines Selbstbehalts steigt der Leistungsaufwand des Versicherers. Er ist daher berechtigt, von seinen gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten Gebrauch zu machen, zu denen auch der hier verlangte Leistungsausschluss zählt. Eine Abwendungsbe-

fugnis steht dem Kläger nicht zu, da diese nur für den Fall einer Vereinbarung eines Risikozuschlags und einer Wartezeit seitens des Versicherers vorgesehen ist (§ 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 3 VVG). Der Versicherer ist in diesem Zusammenhang befugt, einen generellen Leistungsausschluss in Form des bisherigen Selbstbehalts zu verlangen, und nicht darauf verwiesen, den Leistungsausschluss nur für bestimmte Krankheiten aufzunehmen, für die der Versicherungsnehmer nach dem Ergebnis einer erneuten Gesundheitsprüfung in dem Zieltarif nicht ohne Zuschlag bzw. gar nicht versicherbar wäre.

9 3. Nicht hinreichend beachtet hat das Berufungsgericht demgegenüber, dass der Versicherer nach dem Gesetz für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss nur verlangen kann, wenn und soweit die Leistungen in dem Zieltarif höher oder umfassender sind als in dem Herkunftstarif. Der Leistungsausschluss ist auf die konkrete Form der Mehrleistung beschränkt (vgl. Voit in Prölss/Martin, VVG 28. Aufl. § 204 Rn. 30). Hier war für den Kläger in dem bisherigen Krankenversicherungstarif für ambulante Leistungen eine absolute jährliche Selbstbeteiligung von 2.300 € vereinbart. Eine Zahlungspflicht der Beklagten bestand erst dann, wenn die erstattungsfähigen Leistungen oberhalb jener Grenze lagen. Weitere Abzüge oder Selbstbehalte für die über dem Sockelbetrag von 2.300 € liegenden Beträge sah der Tarif demgegenüber nicht vor. Der Tarif "ECONOMY" sieht zwar keinen absoluten jährlichen Selbstbehalt mehr vor. Er enthält aber für sämtliche Formen der ambulanten Heilbehandlung, insbesondere ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel, Psychotherapie, Heilpraktiker etc. eine Selbstbeteiligung von 10 € je Behandlungstag und Behandler, Arznei- und Verbandmittel bzw. sonstiger Leistungsinanspruchnahme. Die jährliche Selbstbeteiligung in Höhe eines absoluten Betrages wurde er-

setzt durch eine behandlungsabhängige Selbstbeteiligung. Eine Höhenbegrenzung sieht Buchstabe "F" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif "ECONOMY" lediglich dergestalt vor, dass der Tarif die geltenden Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG erfüllt. Hiernach beträgt für Krankheitskostenversicherungsverträge, die der Versicherungspflicht unterliegen, die Selbstbeteiligung höchstens 5.000 € kalenderjährlich (§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG).

10 Auch wenn die Selbstbeteiligung in Form eines absoluten jährlichen Betrages sowie die behandlungsbezogene Selbstbeteiligung mit einem bestimmten Betrag pro in Anspruch genommener ärztlicher Leistung unterschiedlich ausgestaltet sind, stellen beide doch Formen der Selbstbeteiligung des Klägers an den angefallenen Kosten und den zu ersetzenden Versicherungsleistungen dar. Die Selbstbeteiligung des Klägers ist im Tarif "ECONOMY" daher nicht vollständig gegenüber der bisherigen jährlichen Selbstbeteiligung von 2.300 € entfallen, so dass in vollem Umfang eine Mehrleistung i.S. von § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 VVG vorläge. Vielmehr kommt allenfalls eine teilweise Mehrleistung in Betracht, soweit die Summe der behandlungsbezogenen Selbstbeteiligungen pro Kalenderjahr nicht den Betrag von 2.300 € erreicht. Nur "soweit" sind die Leistungen in dem Zieltarif "ECONOMY" höher oder umfassender als in dem bisherigen Tarif des Klägers. Nur bezüglich dieser Mehrleistung kann die Beklagte daher einen Leistungsausschluss vereinbaren. Eine derartige Begrenzung enthält die vom Kläger unterzeichnete "Erklärung zum Umtarifierungsantrag in den Tarif ECONOMY" gerade nicht. Sie zielt vielmehr darauf ab, dass der Kläger bei der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen zunächst den absoluten jährlichen

Selbstbehalt von 2.300 € in Form eines Leistungsausschlusses zu erbringen hat, und die Beklagte bei darüber hinausgehenden Leistungen zusätzlich berechtigt ist, den behandlungsbezogenen Selbstbehalt in Abzug zu bringen. Ein derartiger doppelter Abzug beim Selbstbehalt, der zu einer Schlechterstellung des Klägers gegenüber anderen Versicherungsnehmern sowohl im Herkunfts- als auch im Zieltarif führt, ist unzulässig.

11 Dem steht nicht entgegen, dass der Wechsel in einen Zieltarif sowohl mit Mehr- als auch mit Minderleistungen verbunden sein kann und in einem solchen Fall die einzelnen Leistungsbereiche hinsichtlich der Mehr- und Minderleistung gesondert zu betrachten sind (vgl. MünchKomm-VVG/Boetius, § 204 Rn. 330-333; ders. in Private Krankenversicherung § 204 Rn. 106). Während Leistungsbereiche mit Minderleistungen nach § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 1 VVG zu beurteilen sind, gelten für Leistungsbereiche mit Mehrleistungen die Einschränkungen nach § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 und 3 VVG. Es findet kein umfassender Vergleich sämtlicher tariflicher Leistungen und Selbstbehalte des Herkunfts- und des Zieltarifs im Sinne einer Saldierung statt (so auch LG Hildesheim VersR 2010, 753). Vielmehr kommt es für die Frage, ob und inwieweit eine Mehrleistung vorliegt, allein auf den Vergleich der Selbstbeteiligungen in den beiden Tarifen an.

12 Nicht zulässig ist es allerdings, hinsichtlich der Position Selbstbeteiligung eine künstliche Aufspaltung in Mehr- und Minderleistungen im Herkunfts- sowie im Zieltarif des Inhalts vorzunehmen, dass der Wegfall der bisherigen absoluten jährlichen Selbstbeteiligung von 2.300 € isoliert als eine Mehrleistung i.S. von § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 VVG angesehen wird, die erstmalige Einführung des behandlungsabhängigen Selbstbehalts im Zieltarif dagegen als allein am Maßstab des § 204

Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 1 VVG zu beurteilende Minderleistung. Es bestehen auch keine Anhaltspunkte dafür, dass die geringere monatliche Prämie im Tarif "ECONOMY" gegenüber dem Herkunftstarif des Klägers allein auf die Einführung der behandlungsabhängigen Selbstbeteiligung zurückzuführen wäre. Die Beklagte hat selbst vorgetragen, die behandlungsbezogenen Eigenbeteiligungen stellten nur eine von mehreren Minderleistungen des Tarifs "ECONOMY" dar. Dessen günstiger Beitrag werde auch durch andere Leistungsbegrenzungen erreicht, z.B. durch die begrenzten Erstattungshöhen bei ärztlichen Leistungen und durch Leistungseinschränkungen bei Arzneimitteln und bei Psychotherapie. Ferner kommt ein günstiger Beitrag auch durch eine andere Struktur der im jeweiligen Tarif Versicherten in Betracht.

13 4. Die Vereinbarung eines pauschalen Leistungsausschlusses in Höhe von 2.300 € im Zieltarif ist mithin neben dem zusätzlich vereinbarten behandlungsbezogenen Selbstbehalt unzulässig. Vielmehr muss die Beklagte, wenn sie von den verschiedenen ihr in § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 VVG eingeräumten Rechten von der Befugnis zum Leistungsausschluss Gebrauch macht, sicherstellen, dass die behandlungs-

bezogenen Selbstbeteiligungen aus dem Tarif "ECONOMY" auf den absoluten jährlichen Selbstbehalt von 2.300 € angerechnet werden, dieser also nur für den nicht ausgeschöpften Differenzbetrag zur Anwendung gelangt.

Mayen Wendt Felsch

Harsdorf-Gebhardt Dr. Karczewski

Vorinstanzen:

AG München, Entscheidung vom 13.12.2010 - 233 C 20697/10 -
LG München I, Entscheidung vom 12.01.2012 - 6 S 742/11 -