

Michael Rauscher, München\*

# Hilfsmittel in der privaten Krankenversicherung

## I. Einleitung

Die Leistungsausgaben der privaten Krankenversicherer für Hilfsmittel bewegen sich seit Jahren auf konstantem und – im Verhältnis zu den Gesamtausgaben – geringem Niveau, wenn man den Anteil dieser Kosten an den Versicherungsleistungen für ambulante Heilbehandlung betrachtet (ca. 8 %) – im Jahr 2019 beliefen sich diese auf 1071,3 Mio. €. <sup>1</sup> Größere Bedeutung hat die Erstattung von Hilfsmitteln in den vergangenen Jahren in der Rechtsprechung des IV. Zivilsenats des BGH eingenommen, <sup>2</sup> mit der in vielerlei Hinsicht Rechtsklarheit geschaffen wurde. Dieser Beitrag soll einen Überblick über die aktuelle Rechtsprechung bieten und zudem einige rechtliche Aspekte darstellen, die höchstrichterlich noch nicht geklärt sind.

## II. Rechtliche Grundlagen

1. Der Umfang des Versicherungsschutzes in der privaten Krankenversicherung ergibt sich aus § 192 Abs. 1 VVG i.V.m. jeweils in den Versicherungsvertrag einbezogenen Versicherungs- und Tarifbedingungen sowie ggf. aus individuellen Ergänzungen im Versicherungsschein. Soweit es sich um eine Krankheitskostenversicherung <sup>3</sup> handelt, die der Erfüllung der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 VVG dient (sog. substitutive Krankenversicherung), ist die Versorgung mit Hilfsmitteln regelmäßig fester Leistungsbestandteil.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln gehört nach § 33 SGB V zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Danach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Konkretisierung erfährt dieser Anspruch durch ein systematisch strukturiertes und regelmäßig aktualisiertes Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbands (§ 139 SGB V). Zwar ist das Hilfsmittelverzeichnis nicht bindend im rechtlichen Sinne, allerdings entfaltet es eine steuernde Wirkung. Es liefert umfassende Informationen zur Leistungspflicht der Krankenkassen sowie über die Art und Qualität der am Markt erhältlichen Produkte, unterteilt in Produktgruppen. <sup>4</sup>

Im Vergleich zur GKV finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) <sup>5</sup> der privaten Krankenversicherer kaum Regelungen zur Erstattung von Hilfsmitteln. § 4 Abs. 3 MBKK 09 schreibt als Anspruchsvoraussetzung vor, dass Hilfsmittel von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet werden müssen. Dies bedeutet aber nicht, dass sämtliche verfügbaren Hilfsmittel ohne weitere Voraussetzungen erstattet werden. Entscheidend ist nach § 4 Abs. 1 MBKK 09 der jeweils gewählte Tarif mit Tarifbedingungen. Darin finden sich unternehmenseigene Ergänzungen der AVB, die den vom Ge-

setzgeber vorgegebenen Rahmen für den Krankenversicherungsschutz im Rahmen der Vertragsfreiheit ausfüllen.

2. Als Hilfsmittel werden technische Mittel betrachtet, die körperliche Behinderungen unmittelbar ausgleichen oder mildern. <sup>6</sup> Darunter fallen z.B. Bandagen, Brillengläser und -fassungen, Bruchbänder, Gehstützen, Hörgeräte, Blindenstock, Kunstglieder, Krankenfahrräder und Beatmungsgeräte. <sup>7</sup> Entscheidend ist die konkrete (tarifliche) Ausgestaltung des Leistungsversprechens, auf die später noch genauer eingegangen werden soll.

Versichert ist grundsätzlich der erstmalige Erwerb eines Hilfsmittels sowie der Ersatz nach Beschädigung oder Verlust. <sup>8</sup> Dabei kommt es auf die genaue Formulierung in den Tarifbedingungen an. Bereits im Jahr 2009 hatte der BGH zutreffend darauf hingewiesen, dass Kosten für die Energieversorgung eines technischen Gerätes (hier: Batterien für ein Hörgerät), um dessen Betriebsbereitschaft sicherzustellen, offensichtlich keine Aufwendungen für ein ärztliches Handeln seien. <sup>9</sup> In den Tarifbedingungen, die diesem Rechtsstreit zugrunde lagen, waren Energiekosten nicht genannt. Auch Reparaturkosten waren übrigens nicht aufgeführt – gleichwohl stellte der BGH hilfsweise fest, dass bereits kein reparaturfähiger Defekt vorliege. Die Ausgrenzung der Betriebskosten gefährde weder den Vertrags-

\* Der Autor ist Fachanwalt für Versicherungsrecht und Fachanwalt für Medizinrecht sowie Rechtsanwalt in der Sozietät BLD Bach Langheid Dallmayr Rechtsanwälte Partnerschaftsgesellschaft mbB, Büro München.

- 1 Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2019, S. 47, abrufbar unter [https://www.pkv.de/fileadmin/user\\_upload/PKV/c\\_Verband/PDF/2020-12\\_PKV-Zahlenbericht\\_2019.pdf](https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/c_Verband/PDF/2020-12_PKV-Zahlenbericht_2019.pdf) (zuletzt abgerufen am: 24.2.2021).
- 2 Vgl. BGH v. 22.4.2015 – IV ZR 419/13, VersR 2015, 706 (Hörgeräte, Überversorgung); BGH v. 24.6.2015 – IV ZR 181/14, VersR 2015, 1119 (Hilfsmittel gleicher Art); BGH v. 5.7.2017 – IV ZR 116/15, r+s 2017, 488 (Elektrostimulationsgerät); BGH v. 5.7.2017 – IV ZR 116/15, NJW-RR 2017, 1064 (Walk Aide); BGH v. 7.11.2018 – IV ZR 14/17, VersR 2018, 1498 (Wartungskosten); zuvor auch BGH v. 13.5.2009 – IV ZR 217/08, VersR 2009, 1106 (Batteriekosten).
- 3 Auf Besonderheiten im Basistarif nach §§ 193 Abs. 5 VVG, 152 VAG sowie im Notlagentarif nach §§ 193 Abs. 7 VVG, 153 VAG, die brancheneinheitlich kalkuliert und angeboten werden und einen gewissen Mindestschutz gewähren, soll in diesem Beitrag nicht näher eingegangen werden.
- 4 Weitere Informationen unter <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/hilfsmittelverzeichnis.jsp> (zuletzt abgerufen am: 11.2.2021).
- 5 Vgl. Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung (MBKK 09), abrufbar unter <https://www.pkv.de/wissen/private-krankenversicherung/#c650> (zuletzt abgerufen am: 24.2.2021).
- 6 Voit in Prölls/Martin, VVG, 30. Aufl. 2018, § 4 MB/KK 2009 Rz. 37.
- 7 Kalis in Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 5. Aufl. 2015, § 1 MB/KK Rz. 99.
- 8 Vgl. Weidensteiner in Boetius/Rogler/Schäfer, Rechtshandbuch Private Krankenversicherung, 1. Aufl. 2020, § 38 Rz. 41.
- 9 BGH v. 13.5.2009 – IV ZR 217/08, VersR 2009, 1106; zustimmend AG Ludwigslust v. 2.5.2019 – 44 C 274/18, für die Stromkosten zum Betrieb eines Atemtherapiegeräts.

zweck, noch benachteilige sie den VN entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen. Durch diese Einschränkung werde der Versicherungsvertrag nicht in dem Sinne ausgehöhlt, dass er in Bezug auf das zu versichernde Risiko zwecklos würde. Eine Tarifikalkulation mit vertretbarer Prämiengestaltung, der solche Begrenzungen dienen sollen, liege auch im Interesse des einzelnen VN.<sup>10</sup>

Nach einer jüngeren Entscheidung des BGH aus dem Jahr 2018 sollen auch Wartungs- und Reparaturkosten vom Leistungsversprechen des Versicherers umfasst sein.<sup>11</sup> In den Tarifbedingungen war formuliert worden, dass „Kosten für technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen [...]“ erstattet werden. Es ging um Leistungen für eine Beinprothese, die der Versicherte nach einer Oberschenkelamputation bezogen hatte. Beinprothesen waren in der tariflichen Klausel ausdrücklich genannt, so dass der BGH „nur“ zu prüfen hatte, ob Reparaturkosten erstattungsfähig sind.

Als Ausgangspunkt wählte der BGH die Frage, ob ein Versicherungsfall vorliegt und führte aus, dass dieser mit der Erstversorgung durch die Prothese noch nicht beendet sei. Nach Amputation des linken Beins am Oberschenkel bestehe ein irreparabler Beinverlust, so dass nicht nur für die Anschaffungskosten der Beinprothese, sondern auch für Kosten, die für die Aufrechterhaltung der bestimmungsgemäßen Funktion und den sicheren Gebrauch des Hilfsmittels erforderlich und daher zu erstatten sind, mithin Wartungs- und Reparaturkosten sowie Kosten für den Austausch von Verschleißteilen eine Leistungspflicht des Versicherers besteht.<sup>12</sup> Diese Einschätzung ist insoweit nachvollziehbar, als die tarifliche Regelung zur Erstattung von Hilfsmitteln sehr weitgehend formuliert wurde, wenn von „technischen Mitteln“ gesprochen wird. Darin lag ein wesentlicher Unterschied zur Entscheidung über die Erstattung von Batteriekosten.

### III. Medizinische Notwendigkeit

1. Nach § 1 Abs. 1 a MBKK 09 erbringt der Versicherer im Versicherungsfall in der Krankheitskostenversicherung den Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (§ 1 Abs. 2 MBKK 09). Medizinisch notwendig ist eine Heilbehandlung, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen im Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Vertretbar ist die medizinische Notwendigkeit einer Heilbehandlung, wenn sie sowohl in begründeter und nachvollziehbarer wie fundierter Vorgehensweise das zugrunde liegende Leiden diagnostisch hinreichend erfasst und eine ihm adäquate, geeignete Therapie anbietet.<sup>13</sup>

2. Als Grundvoraussetzung muss die medizinische Notwendigkeit also immer vorliegen – und im Prozess vom VN bewiesen werden –, auch bei der Versorgung mit Hilfsmitteln. In diesem Zusammenhang ist die sog. Übermaßbehandlung zu beachten. Nach § 5 Abs. 2 S. 1 MBKK 09 kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt.

Dabei geht es um eine medizinische und nicht um eine wirtschaftliche Betrachtungsweise,<sup>14</sup> gleichwohl dient die Regelung im Interesse einer sachgerechten Beitragskalkulation dem Schutz vor einer unnötigen Kostenbelastung der Versicherten-gemeinschaft.<sup>15</sup>

Seit der Hörgeräte-Entscheidung des BGH aus dem Jahr 2015 ist geklärt, dass § 5 Abs. 2 MBKK 09 auch bei der Versorgung eines Versicherten mit einem Hilfsmittel, wie z.B. mit Hörgeräten, anwendbar ist.<sup>16</sup> Dem Wortlaut der Regelung könne der VN entnehmen, dass die Leistungseinschränkung für Heilbehandlungen und sonstige Maßnahmen gelten soll. Als Heilbehandlung sei jegliche ärztliche Tätigkeit anzusehen, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt und auf Heilung, Besserung oder auch Linderung der Krankheit abzielt. Eine solche Heilbehandlung liegt hier nach Ansicht des BGH nicht vor.<sup>17</sup> Eine „sonstige Maßnahme“ entspreche der Regelung in § 1 Abs. 1 a MBKK 09 dazu, welche Leistungen der Versicherer erbringt. Dies verdeutliche dem verständigen VN, dass der Versicherer alle von ihm im Versicherungsfall geschuldeten, aber nicht unter den Begriff der Heilbehandlung zu subsumierenden Leistungen unter dem einheitlichen Oberbegriff „sonstige Leistungen“ zusammenfassen will. Weiter könne der VN als Ziel der Übermaßregelung erkennen, dass der Versicherer sich vor einer unnötigen Kostenbelastung durch aus medizinischer Sicht nicht notwendige „Maßnahmen“ schützen will.<sup>18</sup> Dies gelte aber für Hilfsmittel ebenso wie für Heilbehandlungsmaßnahmen. Im Gegenteil bestehe die Gefahr einer Überversorgung, der die Regelung erkennbar vorbeugen will, gerade dann, wenn die Auswahl des konkreten Hilfsmittels von einer Willensentscheidung des VN abhängt. Die Übermaßregelung diene dazu, dass bei der Auswahl unter mehreren, den medizinischen Zweck in gleicher Weise und ausreichend erfüllenden Hilfsmitteln kostenschonend vorgegangen und die Wahl auf das medizinisch Notwendige beschränkt wird.<sup>19</sup>

In der gerichtlichen Praxis ist der häufigste Anwendungsfall für eine Leistungskürzung wegen einer Übermaßbehandlung die Versorgung eines Versicherten mit Hörgeräten.<sup>20</sup> Wie bereits erwähnt hat der BGH sich im Rahmen dieser Thematik näher zu den Einzelheiten von § 5 Abs. 2 MBKK 09 geäußert, insbesondere zur Frage, was der Versicherer im Prozess konkret

10 BGH v. 13.5.2009 – IV ZR 217/08, VersR 2009, 1106.

11 BGH v. 7.11.2018 – IV ZR 14/17, VersR 2018, 1498.

12 BGH v. 7.11.2018 – IV ZR 14/17, VersR 2018, 1498.

13 *Kalis* in Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 5. Aufl. 2015, § 1 MB/KK Rz. 90 m.w.N.

14 BGH v. 12.3.2003 – IV ZR 278/01, VersR 2003, 581 (Alpha-Klinik); BGH v. 28.4.2004 – IV ZR 42/03, NJW-RR 2004, 1399.

15 Vgl. LG Düsseldorf v. 22.3.2013 – 20 S 27/11, VersR 2013, 1255.

16 BGH v. 22.4.2015 – IV ZR 419/13, VersR 2015, 706.

17 BGH v. 22.4.2015 – IV ZR 419/13, VersR 2015, 706.

18 BGH v. 22.4.2015 – IV ZR 419/13, VersR 2015, 706.

19 BGH v. 22.4.2015 – IV ZR 419/13, VersR 2015, 706.

20 Andere Beispiele sind eine zu häufige Anwendung von Maßnahmen, zu umfangreiche Untersuchungen oder die Durchführung einer aufwendigen Behandlung, die zum gleichen Erfolg führt wie eine andere, ebenfalls geeignete Maßnahme (*Kalis* in Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 5. Aufl. 2015, § 5 MB/KK Rz. 118).

darlegen und beweisen muss.<sup>21</sup> Danach übersteigen die Aufwendungen für ein vom Arzt verordnetes und vom VN erworbenes Hilfsmittel das medizinisch notwendige Maß i.S.v. § 5 Abs. 2 MBKK 09 dann, wenn einerseits das Hilfsmittel zusätzliche, nicht benötigte Funktionen oder Ausstattungsmerkmale aufweist, und andererseits zugleich preiswertere, den notwendigen medizinischen Anforderungen für den jeweiligen VN entsprechende Hilfsmittel ohne diese zusätzlichen Funktionen oder Ausstattungsmerkmale zur Verfügung stehen.<sup>22</sup> Bei entsprechendem Vortrag des Versicherers im Prozess kann diese Frage nur durch Einholung eines Sachverständigengutachtens geklärt werden. In der Praxis wurden hierzu meist medizinische Gutachten, in der Regel eines Facharztes für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, eingeholt. Dies ist aber nicht erforderlich, wenn die medizinische Notwendigkeit der Hörgeräteversorgung dem Grunde nach unstrittig ist. Dann hat die Erfahrung gezeigt, dass es sinnvoller ist, einen Hörgeräteakustiker zu beauftragen. Dieser kann die technischen Aspekte der Versorgung besser beurteilen und hat meist auch einen besseren Überblick über die am Markt verfügbaren Hörgeräte.

Das Problem bei der Hörgeräteversorgung ist, dass es auf dem Markt eine große Auswahl an modernen Hörgeräten mit zahlreichen technischen Funktionen und Ausstattungsmerkmalen gibt, deren möglicher (medizinischer) Zusatznutzen für den unkundigen VN selten auf den ersten Blick erkennbar ist, sondern der Vorteil für den Versicherten meist in einem höheren Bedienungskomfort („High-end“) mit einem entsprechend hohen Preis besteht. Nach dem Versicherungsvertrag schuldet der Versicherer aber nicht die bestmögliche, sondern eine aus medizinischer Sicht angemessene Versorgung, die eine bestehende Hörstörung ausgleicht. Soweit mit bestimmten Funktionen also keine Verbesserung der Hörfähigkeit erreicht ist, ist der Versicherer nicht leistungspflichtig.<sup>23</sup>

3. Regelmäßig verweisen Versicherte auch auf ihre beruflichen und privaten Anforderungen, die die Anschaffung eines Hörgeräts mit medizinisch nicht notwendigen Ausstattungsmerkmalen rechtfertigen sollen. Höchstrichterlich ist das noch nicht geklärt. Soweit ersichtlich hat sich erstmals mit dem LG Düsseldorf im Jahr 2013 ein Gericht zu der Frage geäußert, ob persönliche Lebensumstände bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit zu berücksichtigen sind.<sup>24</sup> Nach der ausführlichen Entscheidung sei erkennbar von einem objektiven, vom jeweiligen Vertrag zwischen Arzt und Patient unabhängigen Maßstab auszugehen. Daher könne es nach der Rechtsprechung des BGH für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht auf die Auffassung des VN und auch nicht allein auf die seines behandelnden Arztes ankommen, sondern seien deren Einschätzungen im Streitfall an objektiven medizinischen Gesichtspunkten zu messen und insoweit einer sachverständigen Nachprüfung zu unterziehen.

Im Anschluss daran sei § 5 Abs. 2 MBKK so auszulegen, dass die medizinische Notwendigkeit einzelner Behandlungskomponenten an den tatsächlichen Belangen eines durchschnittlichen VN zu messen ist und insoweit individuelle Besonderheiten bestehender Lebensverhältnisse des VN, beispielsweise die Berufswahl, nicht zu berücksichtigen sind. Die Regelung diene dem Versicherer ersichtlich dazu, sich vor einer unnötigen Kostenbelastung zu schützen. Diese Zielsetzung gehe einher mit dem Interesse des Versicherers, das mit der Versiche-

rung verbundene Kostenrisiko kalkulieren zu können. Beiden Interessen liefe ersichtlich zuwider, wenn der Versicherer einer privaten Krankenversicherung auch solche Risiken abdecken müsste, die allein in der individuellen Lebensführung des VN begründet sind. Es sei für den Versicherer nämlich schon nicht nachzuvollziehen, welchen Anforderungen jeder einzelne VN ausgesetzt ist, zumal sich diese ständig ändern können. Ein durchschnittlicher VN werde daher unter Beachtung dieser Grundsätze davon ausgehen, dass der Versicherer nur solche Risiken übernehmen will, die kalkulierbar sind, und sich deshalb bei der Frage der Übermaßbehandlung an den Bedürfnissen des durchschnittlichen VN orientieren. Hierfür sprechen auch der hinter einer Versicherung stehende Solidaritätsgedanke sowie der Grundsatz der Gleichbehandlung aller VN. Letzterer würde durchbrochen, wenn einzelne VN eine Sonderbehandlung erfahren würden. Dies gelte insbesondere auch für die Frage der Einbeziehung der Anforderungen des vom VN ausgeübten Berufs. Die private Krankenversicherung diene nach ihrem Sinn und Zweck nicht dazu, die Fähigkeit des VN zur Ausübung eines bestimmten Berufs zu erhalten, sondern bezwecke die Kostendeckung von Behandlungsmaßnahmen/-komponenten, die aus Sicht eines durchschnittlichen VN notwendig sind, um dessen Erkrankung zu heilen.<sup>25</sup>

Der Entscheidung des LG Düsseldorf verdient klare Zustimmung. Ihr haben sich zahlreiche Gerichte angeschlossen.<sup>26</sup> Die gegenteilige Auffassung wird maßgeblich von Rogler vertreten, der die Entscheidung des LG Düsseldorf kommentiert hat.<sup>27</sup> Das LG Göttingen schloss sich dem ohne nähere Begründung im Jahr 2014 an. Für das Maß der „medizinisch notwendigen Versorgung“ sei bei einer Hörgeräteversorgung die berufliche Situation des Versicherten zu berücksichtigen.<sup>28</sup> Inhaltlich weitergehend und ebenfalls unter Verweis auf Rogler nahm das AG Kleve an, dass es keinen „durchschnittlichen VN“ gebe. Man könne die medizinische Notwendigkeit einzelner Behandlungskomponenten nicht an den tatsächlichen Belangen eines durchschnittlichen VN messen. Für einen „durchschnittlichen Patienten“ finde sich in den Grundlagen des Krankenversicherungsvertrags keine Grundlage.<sup>29</sup> Individuelle Besonderheiten bestehender Lebensverhältnisse des Versicherten (z.B. Raucher oder ausgeübter Beruf) seien bei der Frage nach dem medizinisch Notwendigen zu berücksichtigen.<sup>30</sup>

Die von Rogler begründete Auffassung ist abzulehnen. Sie beruht womöglich auf einem falschen Verständnis der Entschei-

21 BGH v. 22.4.2015 – IV ZR 419/13, VersR 2015, 706.

22 BGH v. 22.4.2015 – IV ZR 419/13, VersR 2015, 706.

23 Kalis in Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 5. Aufl. 2015, § 5 MB/KK Rz. 120.

24 LG Düsseldorf v. 22.3.2013 – 20 S 27/11, VersR 2013, 1255.

25 LG Düsseldorf v. 22.3.2013 – 20 S 27/11, VersR 2013, 1255.

26 Vgl. LG Dresden v. 21.7.2017 – 8 S 55/17; AG Starnberg v. 5.9.2018 – 2 C 667/18, r+s 2019, 340 (zur Arbeitsplatzbrille); AG Düren v. 25.10.2018 – 13 C 36/13; AG Köln v. 27.11.2018 – 146 C 73/17; AG Mettmann v. 4.2.2019 – 22 C 340/17.

27 Rogler, jurisPR-VersR 1/2014 Anm. 3.

28 LG Göttingen v. 20.11.2014 – 9 S 16/11, VersR 2015, 969; zustimmend auch Voit in Prölss/Martin, VVG, 30. Aufl. 2018, § 5 MB/KK Rz. 29, Brand in Bruck/Möller, VVG, 9. Aufl. 2020, § 5 MB/KK 2009 Rz. 35, jeweils ohne Begründung.

29 AG Kleve v. 10.2.2017 – 35 C 335/15.

30 Rogler in Anm. zu AG Starnberg, r+s 2019, 340, 341.

derung des LG Düsseldorf und einer ungeschickten Formulierung des Gerichts, wenn dieses einen „durchschnittlichen Patienten“ erwähnt, um den es bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit gehen soll. Nachdem die medizinische Notwendigkeit nach der Rechtsprechung des BGH aber an einem objektiven Maßstab zu überprüfen ist – und daran lässt das LG Düsseldorf keinen Zweifel –, kann es dabei nur auf medizinische Aspekte im jeweiligen Einzelfall ankommen. Eine generalisierende Betrachtung anhand eines „durchschnittlichen Patienten“ findet gerade nicht statt. Es ist auch unklar, wie genau Rogler die individuellen Besonderheiten berücksichtigen will. Erwähnt wird das Beispiel eines Rauchers. Ein Raucher leidet früher oder später an Erkrankungen der Atemwege bis hin zum Lungenkrebs. Ist zu seiner Behandlung eine bestimmte Therapie erforderlich, so wird diese regelmäßig medizinisch notwendig sein. Um eine Übermaßbehandlung geht es dann ebenso wenig, wie um die Ursachen der Behandlungsbedürftigkeit. Weshalb ein Versicherter krank und behandlungsbedürftig geworden ist, spielt regelmäßig keine Rolle.

Ein anschauliches Beispiel ist ein Versicherter, der wegen Fehlsichtigkeit auf das Tragen einer Brille angewiesen ist. Kann dieser verlangen, dass ihm für die Ausübung seiner Hobbies wie z.B. Tauchen oder Skifahren vom privaten Krankenversicherer Tauch- oder Skibrillen mit geschliffenen Gläsern erstattet werden? Würde man diese Frage bejahen, müssten die Versicherer zukünftig alle möglichen privaten wie beruflichen „Besonderheiten“, möglicherweise schon bei Antragstellung, abfragen, um die Prämien ggf. neu zu kalkulieren, damit möglichst viele Aspekte bei der Erstattung berücksichtigt werden können. Abgesehen davon, dass dies die Leistungsprüfung erheblich verzögern bis fast unmöglich machen würde, da in jedem Versicherungsfall ggf. die „Besonderheiten“ abgefragt werden müssten, wären die Prämien dann möglicherweise nicht mehr bezahlbar. Das LG Düsseldorf hat zutreffend auf den objektiven Maßstab bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit und das Ziel der Versicherer, die Kosten kalkulierbar zu halten, abgestellt.

4. Abzulehnen ist auch ein zusätzliches Argument aus der Entscheidung des AG Kleve, in der die Besonderheit bestand, dass der VN in einem sog. Ärzte-Tarif versichert war. Nach Ansicht des Gerichts könne der Arzt, der sich für eine Versicherung in diesem Tarif entschieden hat, daher erwarten, dass seine individuellen Bedürfnisse der Versorgung speziell dann, wenn es um die Versorgung zur Durchführung dieses Berufs ging, berücksichtigt werden.<sup>31</sup> Mit diesem Argument hatte sich schon das LG Düsseldorf auseinanderzusetzen. Zutreffend hat es dargestellt, weshalb spezielle Tarife nicht zu einer anderen Bewertung führen. Auch wenn solche Tarife nur den Angehörigen der genannten Berufsgruppe zugänglich sind, könne nicht auf ein erweitertes Leistungsversprechen geschlossen werden. Dagegen spreche, dass sich die Tarifbedingungen an keiner Stelle mit den Anforderungen an ärztliche Tätigkeiten befassen und mit Ausnahme der Tarifbezeichnung auch keinen weiteren Hinweis auf die vom Tarif erfasste Berufsgruppe enthalten. Bei verständiger Würdigung der Tarifbedingungen gebe die besondere Tarifbezeichnung für den durchschnittlichen VN daher keinen Hinweis auf einen im Vergleich zum „normalen VN“ größeren Umfang der zu beanspruchenden Versicherungsleistungen.<sup>32</sup>

## IV. Tarifliche Einschränkungen

1. Steht ein Anspruch des VN auf Kostenerstattung für die Versorgung mit Hilfsmitteln dem Grunde nach fest, weil sie u.a. medizinisch notwendig ist, sind im zweiten Schritt stets die einschlägigen Tarifbedingungen heranzuziehen, da sich Art und Höhe der Versicherungsleistungen nach § 4 Abs. 1 MBKK 09 letztlich nur daraus ergeben.

Die Versicherer haben im Rahmen der Vertragsfreiheit die Möglichkeit, ihre Leistungspflicht zu begrenzen. Solche Einschränkungen sind nach ständiger Rechtsprechung des BGH grundsätzlich nicht überraschend, da der Versicherte gerade in Anbetracht eines mit dem Hauptleistungsversprechen weit gesteckten Leistungsrahmens, alle mit der Heilbehandlung zusammenhängenden Aufwendungen zu übernehmen, davon ausgehen wird, dass dieses Leistungsversprechen näherer Ausgestaltung bedarf, die auch Einschränkungen nicht ausschließt.<sup>33</sup> Dabei hat der BGH auch mehrfach darauf hingewiesen, dass der Versicherungsschutz in der privaten Krankheitskostenvollversicherung trotz Versicherungspflicht und Substitutionsfunktion nicht an den Leistungen der GKV zu messen ist. Schon wegen der Strukturunterschiede beider Systeme können Versicherte einer privaten Krankenversicherung nicht erwarten, in gleicher Weise versichert zu sein wie Mitglieder der GKV.<sup>34</sup>

2. In den meisten Tarifbedingungen finden sich genaue Vorgaben, was unter einem Hilfsmittel im Sinne des Versicherungsvertrags zu verstehen ist und/oder welche Mittel darunterfallen. Oft werden bestimmte Hilfsmittel als erstattungsfähig aufgezählt. Ist die Aufzählung erkennbar nicht abschließend – das ist insbesondere der Fall, wenn lediglich eine beispielhafte Aufzählung vorgenommen wird –, kann der Versicherer auch zur Erstattung solcher Hilfsmittel verpflichtet sein, die in den Tarifbedingungen nicht aufgeführt sind.<sup>35</sup> Stellen die Tarifbedingungen dagegen ausdrücklich klar, dass andere als die genannten Hilfsmittel nicht erstattungsfähig sind, handelt es sich um eine zulässige Risikobegrenzung.<sup>36</sup>

Bereits im Jahr 2004 hat sich der BGH<sup>37</sup> klar zu sog. Hilfsmittelverzeichnissen positioniert. Für den verständigen VN sei das Anliegen des Versicherers, auf diese Weise eine sonst nicht mehr überschaubare und steuerbare Ausuferung des Hilfsmittel-

31 AG Kleve v. 10.2.2017 – 35 C 335/15.

32 LG Düsseldorf v. 22.3.2013 – 20 S 27/11, VersR 2013, 1255.

33 Zuletzt BGH v. 6.3.2019 – IV ZR 108/18, VersR 2019, 806.

34 BGH v. 5.7.2017 – IV ZR 116/15, r+s 2017, 488; auch LG Dortmund v. 16.2.2017 – 2 O 469/15.

35 BGH v. 27.10.2004 – IV ZR 141/03, VersR 2005, 64; BGH v. 19.5.2004 – IV ZR 29/03, VersR 2004, 1035; OLG Frankfurt v. 18.9.1996 – 7 U 249/95, VersR 1997, 1473.

36 BGH v. 17.12.1986 – IVa ZR 78/85, VersR 1987, 278; AG Meldorf v. 20.8.2013 – 84 C 675/13, VersR 2014, 489; so hat z.B. das AG Köln mit Ur. v. 23.10.2019 – 118 C 229/19, einen fahrbaren Toilettenstuhl wegen fehlender Nennung für nicht erstattungsfähig gehalten.

37 BGH v. 19.5.2004 – IV ZR 29/03, VersR 2004, 1035; kritisch Voit in Prölss/Martin, VVG, 30. Aufl. 2018, § 4 MB/KK Rz. 41 zur wirksamen Beschränkung der Leistungspflicht, wenn eine Aushöhlung des Versicherungsschutzes droht; die Ansicht von Voit ablehnend Schäfer in Boetius/Rogler/Schäfer, Rechtshandbuch Private Krankenversicherung, 1. Aufl. 2020, § 50 Rz. 55, da auch die aufsichtsrechtlichen Vorgaben zur Pflichtversicherung durch Hilfsmittelverzeichnisse regelmäßig nicht überschritten werden.

telersatzes zu verhindern, durchaus erkennbar und nachvollziehbar. Bei einer nicht abschließenden Aufzählung liefe das für diesen Leistungsbereich des Hilfsmittlersatzes typischerweise gewählte Kostensteuerungskonzept weitgehend leer. Denn der Versicherer hätte für jedwede – einschließlich derzeit nicht einmal auf dem Markt befindlicher oder entwickelter – Hilfsmittel Ersatz ohne jegliche Kostenbegrenzung zu erbringen und damit gegenüber den benannten, bei den Erstattungskosten gedeckelten Hilfsmitteln sogar relativ mehr zu leisten. Das habe der Versicherer gerade ausschließen wollen, um so eine auch im Interesse des einzelnen VN liegende verlässliche, annehmbare und moderate Prämienkalkulation zu ermöglichen, die sonst nicht mehr zu erreichen wäre. Ein Verständnis, VN erhielten die Kosten für alle nicht genannten Hilfsmittel in voller Höhe und unabhängig von der Häufigkeit ihres Erwerbs ersetzt, finde in dieser Tarifgestaltung bei unbefangener Betrachtung keine Grundlage.<sup>38</sup> Eine Ausweitung des Katalogs verbiete sich dann schon in Hinblick auf die konkrete Prämienkalkulation.<sup>39</sup>

Im Prozess kann der Streit dann regelmäßig nur noch darum gehen, ob das bezogene Hilfsmittel begrifflich, ggf. durch Auslegung und unter sachverständiger Mithilfe, unter eines der aufgeführten Hilfsmittel zu fassen ist.<sup>40</sup> Beispiele aus der Praxis sind:

- Eine Kompressionsjacke wegen Lymphödemen unterfällt dem in den Tarifbedingungen verwendeten Begriff eines Wechseldrucksystems.<sup>41</sup>
- Sensoren für ein Glucose-Messsystem dienen nur dazu, den Blutzuckerspiegel zu messen und die Daten an ein Gerät zu übertragen. Sie dienen somit der Vorbereitung einer Injektion von Insulin und mildern nicht unmittelbar Krankheitsfolgen<sup>42</sup>
- Ein Treppenlift ist kein Hilfsmittel und auch kein orthopädischer Bedarfsartikel, da dieser nicht unmittelbar Ersatzfunktion für ein krankes Organ wahrnimmt, ohne dessen Funktionsfähigkeit wiederherzustellen.<sup>43</sup>
- Ein Therapiedreirad bzw. Stufentandem soll überwiegend die motorischen Fähigkeiten seines Verwenders verbessern. Auf einen positiven Effekt wie Steigerung der Muskelkraft und Ausdauer kommt es nicht an, da das Therapiefahrrad keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Behinderung des Verwenders hat.<sup>44</sup>
- Eine Brems- und Schiebehilfe, mit der Dritte einen versicherten Rollstuhlpflichtigen bewegen, ist ein versichertes Hilfsmittel, wenn der Versicherte den Rollstuhl selbst nicht bedienen kann.<sup>45</sup>

3. Hinsichtlich der Höhe der vom Versicherer zu erbringenden Leistung kommt es erneut auf die vertraglichen bzw. tariflichen Besonderheiten an. In manchen Bedingungswerken finden sich Leistungsbeschränkungen z.B. auf „Hilfsmittel in einfacher Ausführung“. Dies muss dann nicht immer das kostengünstigste Hilfsmittel sein, der Verweis auf eine einfache oder Standardausführung legt aber nahe, dass eine besondere Ausführung dann vorliegen dürfte, wenn das Hilfsmittel in seiner Gesamtbetrachtung bestimmte Merkmale enthält, die nicht zwingend erforderlich sind, um eine angemessene Versorgung des Versicherten zu ermöglichen. Thematisch geht dies zwar in Richtung einer Übermaßbehandlung i.S.v. § 5 Abs. 2 MBKK

09, da letztlich auch medizinische bzw. medizinisch-technische Gesichtspunkte darüber entscheiden werden, welche Art der Ausführung vorliegt. Darin ist aber kein „Unterlaufen“ der Regelungen zur Übermaßbehandlung zu erkennen. In zulässiger Weise wird der Versicherungsschutz dabei auf eine bestimmte, den medizinischen Erfordernissen gerecht werdende Ausführung beschränkt, da auch nur diese versicherungsvertraglich geschuldet ist.<sup>46</sup> Die Beweislast dafür, dass das Hilfsmittel in einfacher Ausführung bezogen wurde, trägt der VN, da es sich dabei um eine objektive Anspruchsvoraussetzung handelt.

Mit einer ähnlichen Formulierung hatte sich der BGH im Jahr 2015 zu befassen. Dort ging es um die Anschaffung einer (zusätzlichen) Badeprothese. In den Tarifbedingungen wurden zunächst verschiedene technische Mittel aufgezählt und hieß es weiter, dass Leistungen für Hilfsmittel gleicher Art einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattungsfähig sind. Aus Sicht des BGH werde der durchschnittliche VN die Formulierung „Hilfsmittel gleicher Art“ nicht dahin verstehen, dass damit die bloße Einordnung in die Begriffe des voranstehenden Hilfsmittelkatalogs angesprochen wäre, mit der Folge, dass binnen drei Jahren lediglich Anspruch auf Kostenerstattung für eine Bein- oder Armprothese, ein Hörgerät usw. bestünde. Stattdessen werde er annehmen, dass mit „gleicher Art“ der konkrete Verwendungszweck des betreffenden Hilfsmittels, insbesondere bezogen auf das jeweils geschädigte Körperteil gemeint sei, so dass die Klausel im Ergebnis lediglich auf eine Begrenzung sog. Zweitversorgung oder auf Ersatzbeschaffung ziele.<sup>47</sup>

In der bereits erwähnten Entscheidung zu den Wartungskosten aus dem Jahr 2018 hatte sich der BGH erneut mit einer identischen Tarifklausel zu beschäftigen. Dabei ging es nicht um eine weitere Beschaffung, sondern um Aufwendungen für die bereits vorhandene Beinprothese. Die Dreijahresregelung greife daher schon gar nicht. Ein weiter gehendes Verständnis der Klausel verbiete sich, weil bei Risikoausschlussklauseln das Interesse des VN in der Regel dahin geht, dass der Versicherungsschutz nicht weiter verkürzt wird, als der erkennbare

38 BGH v. 19.5.2004 – IV ZR 29/03, VersR 2004, 1035.

39 *Kalis* in Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 5. Aufl. 2015, § 4 MB/KK Rz. 101.

40 Vgl. BGH v. 5.7.2017 – IV ZR 116/15, r+s 2017, 488 zur Frage, ob ein Elektrostimulationsgerät („WalkAide“) bei Fußheberschwäche ein orthopädischer Stützapparat ist (verneint).

41 OLG Hamm v. 20.6.2018 – 20 U 37/17.

42 LG München II v. 20.12.2019 – 10 O 1612/19 Ver; zum Glucose-Messsystem als solches vgl. OLG Dresden v. 9.4.2014 – 4 U 1722/13 (kein Hilfsmittel).

43 OLG Rostock v. 25.2.2019 – 4 U 156/18, VersR 2019, 1277.

44 LG Weiden/Opf. v. 11.12.2015 – 22 S 60/15; ebenfalls als Hilfsmittel abgelehnt von LG Mönchengladbach v. 13.9.2018 – 1 O 281/17.

45 AG Passau v. 21.6.2017 – 11 C 100/17, a.A. AG Fürth v. 3.3.2016 – 1 C 614/15 (11), für eine elektrische Schiebehilfe, die auch kein Krankenfahrstuhl ist.

46 AG München v. 27.10.2017 – 142 C 31420/15; vgl. LG Osnabrück v. 30.5.2017 – 9 S 45/17, zur wirksamen tariflichen Begrenzung des Erstattungsumfangs bei Brillen in „Luxusausführung“; LG Wiesbaden, r+s 2014, 136 zur wirksamen Formulierung „Brillengestell(e) in einfacher Ausführung“; a.A. LG Dortmund v. 18.11.2010 – 2 S 39/10, NJW-RR 2011, 903; Egger, r+s 2011, 704.

47 BGH v. 24.6.2015 – IV ZR 181/14, VersR 2015, 1119 – in der Sache wurde der Rechtsstreit an die zweite Instanz zurückverwiesen, um das Vorliegen einer Übermaßversorgung zu prüfen.

Zweck der Klausel dies gebietet. Der durchschnittliche VN brauche nicht damit zu rechnen, dass er Lücken im Versicherungsschutz hat, ohne dass die Klausel ihm dies hinreichend verdeutlicht. Deshalb seien Risikoausschlussklauseln eng und nicht weiter auszulegen, als es ihr Sinn unter Beachtung ihres wirtschaftlichen Zwecks und der gewählten Ausdrucksweise erfordert. Für die zeitliche Beschränkung der Erstattung von Hilfsmittelkosten werde der durchschnittliche VN erkennen, dass es dem Versicherer im Interesse der Versichertengemeinschaft und angesichts der schwer kalkulierbaren Kostenentwicklung für Hilfsmittel ähnlich wie bei der sachlichen Begrenzung der Hilfsmittelliste darum geht, einer sonst nicht mehr steuer- und kalkulierbaren Ausuferung der Kosten des Hilfsmittelersatzes entgegenzuwirken. Die Kostenerstattung solle deshalb an zeitliche Mindestintervalle für die Beschaffung gleicher Hilfsmittel gebunden werden. Dem VN werde durch die Regelung aber nicht ausreichend verdeutlicht, dass sich daraus auch weitere Einschränkungen mit Blick auf Wartungs- und Reparaturkosten für ein Hilfsmittel ergeben sollen, mit dem er bereits versorgt ist.<sup>48</sup>

4. Die Entscheidung des BGH zur Formulierung „Hilfsmittel gleicher Art“ ist nachvollziehbar und zeigt auf, dass Leistungsbegrenzungen möglichst klar und eindeutig formuliert sein sollten. Eine andere Möglichkeit, die Leistungen für Hilfsmittel zu begrenzen, sind prozentuale Einschränkungen, z.B. auf 80 % der Kosten und ggf. höhere Erstattung bei Bezug über einen Kooperationspartner des Versicherers, summenmäßige Beschränkungen auf einen bestimmten Betrag pro Kalenderjahr (z.B. 2.000 € pro Kalenderjahr), zeitliche Grenzen, wonach eine Erstattung nur nach wiederkehrendem Ablauf eines bestimmten Zeitraums erfolgt, oder eine Kombination der Einschränkungen, z.B. 80 % Kosten für Sehhilfen, höchstens jedoch 500 € einmal innerhalb von drei Kalenderjahren. Dies ist aus rechtlicher Sicht nicht zu beanstanden, da der Versicherungsschutz damit nicht ausgehöhlt wird.

Ausdrücklich hatte der BGH bereits im Jahr 2004 bei der Prüfung der Wirksamkeit eines Hilfsmittelkatalogs ausgeführt,

dass der verständige VN erkennen und nachvollziehen könne, dass Hilfsmittel nicht grenzenlos erstattet werden müssen. Dies zeige ihm allein schon die bei den aufgeführten Hilfsmitteln ausnahmslos vorgesehene Deckelung durch Betragsbegrenzungen, Selbstbeteiligungsbeiträge und Beschränkungen auf einfache Ausführungen sowie durch jeweils einmalige Leistung pro Kalenderjahr. Nicht jede Leistungsbegrenzung bedeute schon eine Vertragszweckgefährdung, sondern sei zunächst grundsätzlich der freien unternehmerischen Entscheidung des Versicherers überlassen, soweit er nicht mit der Beschreibung der Hauptleistung beim VN falsche Vorstellungen erweckt. Das primäre Leistungsversprechen der Kostenübernahme für die medizinisch notwendige ärztliche Heilbehandlung bleibe unangetastet. Soweit es die nicht ärztlichen sonstigen Leistungen wie z.B. die Hilfsmittel anlangt, stehe die Leistungszusage ohnehin unter dem Vorbehalt des entsprechend Vereinbarten. Schon deshalb sei für eine Vertragszweckgefährdung im Sinne einer Aushöhlung des Krankenversicherungsvertrags bei einer abschließenden Hilfsmittelregelung der vorliegenden Art regelmäßig kein Raum.<sup>49</sup>

## V. Zusammenfassung

Die Erstattung von Hilfsmitteln in der privaten Krankenversicherung hängt im Wesentlichen von der tariflichen Ausgestaltung des Leistungsversprechens ab. Die medizinische Notwendigkeit muss immer gegeben sein. Eine Übermaßbehandlung muss der Versicherer beweisen – berufliche und private Anforderungen an das medizinisch notwendige Maß sind aber nicht zu berücksichtigen. Mit einem abschließenden Hilfsmittelkatalog kann der Versicherungsschutz wirksam auf die genannten Hilfsmittel begrenzt werden. Weitere Begrenzungen sind der Höhe nach, prozentual oder durch Selbstbehalte möglich.

48 BGH v. 7.11.2018 – IV ZR 14/17, VersR 2018, 1498.

49 BGH v. 19.5.2004 – IV ZR 29/03, VersR 2004, 1035.

# Rechtsprechung

## Versicherungsaufsichtsrecht

### Provisionsabgabeverbot

#### Zulässige Provisionsabgabe muss im Versicherungsvertrag vereinbart werden

GG Art. 12 Abs. 1, Art. 14 Abs. 1; VAG §§ 48b, 48c, 294, 298

Eine nach § 48b Abs. 4 S. 1 VAG erlaubte Provisionsabgabe durch eine Prämienreduzierung setzt voraus, dass die Prämienreduzierung im Versicherungsvertrag zwischen Versicherungsunternehmen und VN vereinbart und dokumentiert wird. *(nicht amtl.)*

VG Frankfurt/M., Urt. v. 5.11.2020 – 7 K 2581/17.F, n.rk.

Die Beteiligten streiten um die Folgen zweier Musterschreiben der Bekl. vom 6.8.2018 und 22.10.2018.

Die Kl. ist ein Versicherungsmaklerunternehmen mit Erlaubnis nach § 34d GewO und wird von der Industrie- und Handelskammer (IHK) E. beaufsichtigt. Die Kl. betreibt seit Mitte 2017 auf der Webseite [www.xxx.de](http://www.xxx.de) ein Vergleichsportal für Versicherungstarife. Zugleich haben Kunden die Möglichkeit, über die Kl. einen neuen Versicherungsvertrag mit einem Versicherungsunternehmen abzuschließen oder bereits abgeschlossene Versicherungsverträge an die Kl. zur aktiven Betreuung zu übertragen. In beiden Fällen wird zwischen dem VN und der Kl. ein Versicherungsmaklervertrag geschlossen und vereinbart, dass die Kl. dem Kunden etwaige Abschlussprovisionen – für den Fall der Neuvermittlung von Versicherungsverträgen mit Bruttotarifen –, bzw. Bestandsprovisionen, die sie von den Versicherungsunternehmen als Versicherungsvermittlerin erhält, weiterleitet. Im Gegenzug hierzu erhält die Kl. nach dem