
Datum: 10.10.2006
Gericht: Amtsgericht Köln
Spruchkörper: Abteilung 146
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 146 C 100/06
ECLI: ECLI:DE:AGK:2006:1010.146C100.06.00

Tenor:

Die Klage wird im Hinblick auf den Klageantrag zu 2. als unzulässig,

im Übrigen als unbegründet abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits trägt die Klägerin.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Klägerin wird gestattet, die Zwangsvollstreckung durch die Beklagte

durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des vollstreckungsfähigen

Betrages abzuwenden, sofern nicht die Beklagte ihrerseits Sicherheit in

gleicher Höhe leistet.

TATBESTAND:

Zugunsten der Klägerin besteht bei der Beklagten im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages nach dem Tarif GST eine private Krankheitskostenversicherung. Die allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbedingungen waren vereinbart. Gemäss § 6 AVB gehören physikalisch-medizinische Leistungen unter den dort genannten Voraussetzungen zu erstattungsfähigen

1

2

Aufwendungen. Im Tarif ist unter Ziffer 2.1 geregelt, dass die Leistungen des Masseurs, des Krankengymnasten und des Physiotherapeuten erstattet werden, soweit "die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind." Die Klägerin nahm mehrfach physiotherapeutische Behandlungen in Anspruch. Von den Rechnungsbeträgen wurden von der Beklagten nur Teilbeträge erstattet. Es stehen noch folgende Restbeträge offen: aus der Rechnung vom 12.12.2004 der Praxis für Physiotherapie B. 18,40 Euro, aus der Rechnung der Reha C vom 27.12.2004 387,00 Euro, aus der Rechnung vom 02.05.2005 der Reha C. 180,00 Euro und aus der Rechnung vom 07.03.2005 der Reha C. ein Betrag von 295,00 Euro. Da die Beklagte die weitere Erstattung in Höhe von insgesamt 880,40 Euro ablehnt, begehrt die Klägerin diese mit der vorliegenden Klage. Sie trägt vor, dass die für die physiotherapeutischen Leistungen abgerechneten Sätze ortsüblich und angemessen seien. Eine Begrenzung auf die beihilfefähigen Höchstsätze sei unzulässig. Im Übrigen wäre eine auf bestimmte Stundensätze beschränkte Erstattung unvereinbar mit der in § 4 Abs. 2 AVB enthaltenen Zusage der freien Therapeutenwahl, die nicht unter dem Vorbehalt eines bestimmten Abrechnungsmodus steht. Sie benenne alle in Deutschland niedergelassenen Physiotherapeuten als Zeugen hinsichtlich der Frage, ob die dem Kläger im vorliegenden Fall berechneten Preise im Rahmen der in Deutschland berechneten Preise für die hier beschriebenen Leistungen liegen.

Die Klägerin beantragt, 3

1. die Beklagte zu verurteilen, an sie 880,40 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 4
Prozentpunkten über dem Basiszins aus 18,40 Euro seit dem 26.12.2004,

aus weiteren 387,00 Euro seit dem 11.01.2005, aus weiteren 180,00 Euro 5

seit dem 17.05.2005 und aus weiteren 295,00 Euro seit dem 22.03.2005 zu zahlen, 6

2. festzustellen, dass die Beklagte zukünftig verpflichtet ist, für die Dauer des Bestehens 7
des Versicherungsverhältnisses die anfallenden Kosten für physiotherapeutische
Heilbehandlungen in Höhe von 100 % nach Abzug der jeweils vertraglich vereinbarten
Selbstbeteiligung zu erstatten, soweit diese Behandlungen ärztlich verordnet und medizinisch
notwendig sind und die Vergütung üblich ist.

Die Beklagte beantragt, 8

die Klage abzuweisen. 9

Die Beklagte rügt die Zulässigkeit des Feststellungsantrages. Im Übrigen ist sie der Ansicht, 10
dass sie durch die Zahlung ihre vertragliche Leistungspflicht erfüllt habe. Sie trägt vor, dass
die Klägerin keine Individualvereinbarung über die Höhe der Vergütung vorgetragen habe. Im
Übrigen sei die Erstattung hinsichtlich physikalisch-medizinischer Maßnahmen nur insoweit
begründet, soweit die Leistungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet
würden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den übrigen 11
Akteninhalt Bezug genommen.

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE: 12

Die Klage ist im Hinblick auf den Feststellungsantrag unzulässig, im Übrigen unbegründet. 13

14

Bezüglich der Feststellungsklage war die Klage mangels Vorliegens eines Feststellungsinteresses unzulässig. Der Charakter der Krankheitskostenversicherung als Passivenversicherung schließt einen Anspruch auf Freistellung von erst noch anfallenden Kosten ebenso wie eine entsprechende Feststellungsklage grundsätzlich aus. Das gilt für die Frage der stets zu prüfenden medizinischen Notwendigkeit auch deshalb, weil die organischen Abläufe im menschlichen Körper sich ständig ändern und eine etwaige Beurteilung zwischen der Beendigung des Rechtsstreits und dem Beginn der Behandlungsmaßnahme bereits überholt sein kann (LG Gießen rs 00.475 ff). Im Übrigen ist auch die ständig fortschreitende medizinische Entwicklung einer dauerhaften Feststellung wenig zugänglich. Was heute medizinisch notwendig ist, ist möglicherweise am Schluss der letzten mündlichen Verhandlung nicht mehr medizinisch notwendig. Ferner wäre eine weitere Prüfung der Leistungspflicht neben der Frage der medizinischen Notwendigkeit nicht mehr möglich, wenn bereits durch die Feststellungsklage die Leistungspflicht der Beklagten bejaht würde. Das gilt auch im vorliegenden Fall, in dem die Klägerin im Antrag einzelne weitere Prüfungsgesichtspunkte genannt hat. Die Erstattung ist jedoch noch von übrigen Voraussetzungen abhängig, die in diesem Antrag nicht genannt sind. Mithin war der Feststellungsantrag unzulässig.

15

Der Klägerin steht auch kein Anspruch auf Erstattung der restlichen Kosten betreffend die physiotherapeutischen Leistungen in Höhe des beantragten Betrages aus dem zwischen den Parteien bestehenden Versicherungsverhältnis zu.

16

Zwar besteht aus dem Versicherungsvertrag grundsätzlich ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für Krankengymnastik. Für Masseure, Bademeister und Krankengymnasten gibt es keine Gebührenordnung wie für die Ärzte. Das bedeutet aber nicht, dass die Beklagte deren Leistungen in unbegrenzter Höhe zu erstatten hat. Die Leistungspflicht findet schon dort ihre Grenze, wo der Anspruch gegenüber der Klägerin endet. Die Klägerin hat mit dem Krankengymnasten einen Dienstvertrag nach § 611 BGB geschlossen. Eine Vergütungsvereinbarung ist nicht vorgetragen worden. Üblicherweise wird bei einer derartigen Behandlung die zu zahlende Vergütung nicht bereits bei Vertragsschluss vereinbart. Deshalb ist im vorliegenden Fall die übliche Vergütung gem. § 612 Abs. 2 BGB als vereinbart anzusehen. Unter der üblichen Vergütung ist die für gleiche oder ähnliche Dienstleistungen an dem betreffenden Ort mit Rücksicht auf die persönlichen Verhältnisse gewöhnlich gewährte Vergütung zu verstehen (vgl. Palandt, § 612 Rdn. 8). In gleicher Weise hat die Beklagte in ihren Tarifbedingungen ihre Erstattungspflicht auf die in Deutschland üblichen Preise begrenzt. Damit ist nicht auf die örtlichen Verhältnisse abzustellen, sondern auf die in der Bundesrepublik gewöhnlich zu zahlende Vergütung. Als üblicher Preis kann nicht die Vergütung angesehen werden, die die gesetzliche Krankenversicherung durch Vereinbarungen nach § 125 SGB V mit den Berufsverbänden der Physiotherapeuten geregelt haben. Zwischen den gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung bestehen grundsätzliche Unterschiede wie z. B. die Voraussetzungen für die Beitragspflicht, die Höhe der Beiträge bei nicht berufstätigen Familienangehörigen. Die Beiträge der Privatversicherten, die diese Verträge freiwillig abschließen, hängen vom Eintrittsalter und den Versicherungsleistungen ab. Die privaten Krankenversicherer haben keinen Einfluss auf die Höhe der berechneten Vergütung, soweit sie nicht gesetzlich festgelegt ist. Aus diesem Grunde sind die beiden Systeme nicht vergleichbar.

17

Die Beklagte kann ihre Leistungspflicht auf die Vergütungen begrenzen, die als Höchstsätze im Rahmen der Beihilfe für Beamte und Angestellte festgelegt sind. Unter den Privatversicherten stellen die öffentlich Bediensteten neben den freiberuflich Tätigen und den über der Versicherungspflichtgrenze liegenden privaten Angestellten einen erheblichen Anteil

dar. Sie sind sämtlich "Selbstzahler", die die Rechnungen der Ärzte und Behandler selbst begleichen und dann zur Erstattung den Versicherungen vorlegen. Die beihilfefähigen Höchstsätze hat der Bundesminister des Inneren festgelegt, so dass für die Beihilfestellen des Bundes und der Länder Bemessungskriterien vorliegen, um Honorare als noch angemessen und damit beihilfefähig anerkennen zu können. Es begegnet mithin keinen Bedenken, wenn die Beklagte anhand dieser Höchstsätze die Erstattung vornimmt, die unstreitig über den Sätzen der gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Es bedurfte mithin nicht der Beweisaufnahme sämtlicher in Köln ansässiger Physiotherapeuten zur Höhe der dort üblichen Vergütung.

Das Urteil des BGH vom 12.03.2003 vermag an dem Ergebnis auch nichts zu ändern. 18
Danach findet die Leistungspflicht ihre Grenze, wo der Anspruch des Behandlers gegenüber dem Patienten endet. Entsprechend der Rechtsnatur eines Krankenversicherungsvertrages als passiven Versicherung ist der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer nur zum Ersatz derjenigen Aufwendungen verpflichtet, die in Bezug auf das versicherte Risiko zur Ablösung von Verpflichtungen aus berechtigten Ansprüchen des Arztes oder Krankengymnasten erwachsen sind. Insoweit ist auf die obigen Ausführungen der Ortsüblichkeit der Vergütung zu verweisen.

Nach alledem war die Klage abzuweisen. 19

Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 91, 708 Nr. 11, 711 ZPO. 20