
Datum: 02.06.2009
Gericht: Amtsgericht Köln
Spruchkörper: Abteilung 146
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 146 C 62/09
ECLI: ECLI:DE:AGK:2009:0602.146C62.09.00

Tenor:

- 1.) Die Klage wird als unzulässig abgewiesen.
- 2.) Die Kosten des Rechtsstreits trägt die Klägerin.
- 3.) Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Klägerin wird gestattet, die Zwangsvollstreckung durch die Beklagte durch Sicherheitsleistung i. H. v. 120 % des vollstreckungsfähigen Betrages abzuwenden, sofern nicht die Beklagte ihrerseits Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Tatbestand:

Zugunsten der Klägerin besteht bei der Beklagten eine private Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif AD 1. Die allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbedingungen waren vereinbart. Die Klägerin befand sich aufgrund ärztlicher Verordnung nach einer Schulterverletzung in ambulanter Behandlung im Zentrum für private Therapie in Frankfurt. In der Zeit vom 24. Oktober bis zum 28. November 2007 fanden zwölf Behandlungen statt, die mit Rechnung vom 17. Januar 2008 mit einem Betrag von 973,02 € in Rechnung gestellt wurden. Durchgeführt wurden Lymphdrainagen, manuelle Therapien, Wärmepackungen und Krankengymnastik an Geräten. Da die Beklagte die Erstattung der Rechnung ablehnte, begehrt die Klägerin mit der vorliegenden Klage die Feststellung, dass die Beklagte verpflichtet sei, sie von den Kosten für die Heilbehandlungen bei der Praxis für Physiotherapie freizustellen.

Die Klägerin ist der Ansicht, dass die vorliegende Feststellungsklage zulässig sei. Ein Anspruch ergebe sich vorliegend aus § 4 Nr. 3.2 a der AVB. Diese Klausel sei mehrdeutig. Da es sich um eine Risikobeschränkungsklausel handele, sei sie eng auszulegen, so dass

1

2

3

sie zu Lasten des Klauselverwenders anzuwenden sei. Aus diesem Grund sei davon auszugehen, dass sich das Erfordernis der eigenen Praxis gemäß § 4 Nr. 3.2 a AVB lediglich auf die medizinischen Bäder beziehe. Ansonsten würde dies eine weitere Einschränkung des Leistungsumfangs und Verwirklichung des Schutzes der Versichertengemeinschaft bedeuten, wenn der Zusatz in § 4 sich auf alle dort genannten Heilbehandler beziehen würde. Hilfsweise wendet die Klägerin ein, dass die Klausel § 4 Nr. 3.2 a AVB unwirksam sei. Diese Klausel verstoße gegen § 307 Abs. 2 Nr. 2 BGB, weil sie wesentliche Pflichten der Beklagten, die sich aus der Natur des Vertrages ergeben, gefährden würde, in dem sie fordere, dass der jeweilige Physiotherapeut seine Praxis alleine führe.

Die Klägerin beantragt

4

1. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet sei, die Klägerin von den Kosten für die Heilbehandlungen bei der Praxis für Physiotherapie freizustellen, 5
2. die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin die im außergerichtlichen Verfahren entstandene Geschäftsgebühr i. H. v. 155,20 € zuzüglich Zinsen i. H. v. 5 Prozent über dem Basiszinssatz seit dem 31. Januar 2009 zu zahlen, soweit diese nicht auf die Verfahrensgebühr angerechnet wird.

Die Beklagte beantragt,

6

die Klage abzuweisen.

7

Die Beklagte rügt die Zulässigkeit der Klage.

8

Die Beklagte stützt ihre Leistungsablehnung auf § 4 Abs. 3.2 AVB. Die Voraussetzungen seien vorliegend in dem Zentrum für private Therapie nicht gegeben. Geschäftsgegenstand dieser GmbH seien Angebote zur körperlichen Ertüchtigung und ganz allgemeine Freizeitangebote. Die Regelung des § 4 Abs. 3.2 AVB sei auch wirksam. Es solle durch sie sichergestellt werden, dass ein Mindeststandard an technischen Voraussetzungen zugunsten des Versicherungsnehmers ebenso wie die medizinischen Leistungen durch entsprechendes Personal sach- und fachgerecht sichergestellt werden. Im Übrigen bestehe kein Anspruch auf Erstattung, da nach Ziffer 2.1 der vereinbarten Tarifbedingungen nur ein Erstattungsanspruch hinsichtlich physikalisch-medizinischer Maßnahmen bestehe, soweit die Leistungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werde. Da es an einer amtlichen Taxe für die Leistungen der Physiotherapeuten fehle, sei die übliche Vergütung anhand der beihilfefähigen Höchstsätze vorzunehmen. Insoweit sei vorliegend allenfalls ein Betrag von 745,90 € erstattungsfähig.

9

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

10

Entscheidungsgründe:

11

Die Klage ist nicht zulässig.

12

Denn es fehlt vorliegend das Feststellungsinteresse. Ein solches muss verneint werden, wenn das Urteil nicht zu einer abschließenden Klarstellung des Streits führen würde und praktisch nichts mehr regeln könnte. Vorliegend hätte die Klägerin im Hinblick auf die Rechnung vom 17. Januar 2008 positive Leistungsklage erheben können. In einem solchen Fall fehlt das Feststellungsinteresse für die positive Feststellungsklage, da dem Kläger die Klage auf fällige Leistung, insbesondere Bezifferung möglich und zumutbar ist (BGH, NJW

13

Die Klage wäre jedoch auch unbegründet.	14
Denn im vorliegenden Fall ist ein Anspruch der Klägerin im Hinblick auf § 4 Abs. 3.2 AVB ausgeschlossen. Zwar handelte es sich bei den Behandlungen der Klägerin um physikalisch-medizinische Leistungen nach Abschnitt E der GOÄ, die grundsätzlich erstattungsfähig sind. Jedoch wurden diese Leistungen nach dem unwidersprochenen Vortrag der Beklagten in einem Zentrum für private Therapie, dem sogenannten Medical Department der Venture Lease Deutschland GmbH durchgeführt. Neben physiotherapeutischen Maßnahmen bietet dieses Institut auch Leistungen zur körperlichen Ertüchtigung und allgemeine Freizeitangebote an. Für eine solche Institution besteht vorliegend gemäß § 4 Abs. 3.2 AVB ein Leistungsausschluss, da die physikalisch-medizinischen Leistungen nicht von einem in eigener Praxis tätigen Masseur, Bademeister, Krankengymnast oder Physiotherapeuten ausgeführt werden. Entgegen der Ansicht der Klägerin ist diese Klausel aufgrund des Wortlautes und des Satzbaus eindeutig so auszulegen, dass die physiotherapeutischen Maßnahmen nur dann erstattet werden, wenn sie durch einen in eigener Praxis tätigen Physiotherapeuten erbracht werden. Denn durch die Aufzählung der einzelnen Berufsgruppen im physikalisch-medizinischen Bereich wird deutlich, dass sämtliche Behandlungen der dort aufgezählten Berufsgruppen nur dann erstattungsfähig sind, wenn sie in eigener Praxis durchgeführt werden. Es ist nicht ersichtlich, aus welchem Grund sich dieser Zusatz "in eigener Praxis" allein auf den medizinischen Bademeister beziehen soll.	15
Die Klausel des § 4 Nr. 3.2 AVB ist auch nicht unwirksam. Durch diese Klausel soll sichergestellt werden, dass bei der Behandlung des Versicherungsnehmers ein Mindeststandard an technischen und hygienischen Voraussetzungen sichergestellt werden, ferner soll dafür Sorge getragen werden, dass die medizinischen Leistungen durch entsprechendes Personal sach- und fachgerecht erbracht werden. Wenn man weiter berücksichtigt, dass nach dem unwidersprochenen Vortrag der Beklagten in dem Zentrum für private Therapie auch Angebote zur körperlichen Ertüchtigung und ganz allgemeine Freizeitangebote Geschäftsgegenstand sind, so wird durch die Anwendung dieser Klausel im Übrigen verhindert, dass neben den Heilmitteln auch noch darüber hinaus allgemeine Gesundheitsleistungen als Heilmittel abgerechnet werden. Mithin besteht nur eine Erstattungspflicht der Beklagten, wenn die Behandlung der Klägerin von einem Physiotherapeuten in eigener Praxis durchgeführt worden wäre. Dem widerspricht auch nicht die Argumentation der Klägerin, dass damit der größte Teil der physiotherapeutischen Praxen aus dem Leistungsbereich des Versicherers herausgenommen würden, da überwiegend diese Praxen als Gemeinschaftspraxen geführt würde. Bei einer Gemeinschaftspraxis sind jedoch mehrere Physiotherapeuten in eigener Praxis tätig, nämlich in Gemeinschaft, so dass der Leistungsausschluss in diesem Fall keine Anwendung finden würde.	16
Mithin war davon auszugehen, dass die Beklagte zu Recht im vorliegenden Fall die Erstattung der Rechnung vom 17. Januar 2008 abgelehnt hat. Daher war die Klage abzuweisen.	17
Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 91, 708 Nr. 11, 711 ZPO.	18

