
Datum: 05.05.2009
Gericht: Amtsgericht Köln
Spruchkörper: Abteilung 146
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 146 C 79/07
ECLI: ECLI:DE:AGK:2009:0505.146C79.07.00

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreites trägt der Kläger.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Dem Kläger wird gestattet, die Zwangsvollstreckung durch die Beklagte durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120% des vollstreckungsfähigen Betrages abzuwenden, soweit nicht die Beklagte ihrerseits Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Tatbestand

1

Zugunsten des Klägers bestand bei der Beklagten im streitgegenständlichen Zeitraum im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages eine private Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif AMO. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbedingungen waren vereinbart. Der Kläger ließ sich im Jahre 2005 mehrfach bei dem Hautarzt und Allergologen Dr. med. N. behandeln. Am 19.4.2005 entfernte dieser 4 Pigmentmale, am 31.5.2005 weitere 4 Pigmentmale, am 8.6.2005 drei kleinere Tumore mit verrucöser Oberfläche, am 7.12.2005 fünf weitere Pigmentmale und am 9.12.2005 die Neubildung von Gefäßgewebe auf dem Nasenrücken. Seine Tätigkeiten berechnete er durch Rechnung vom 23.5.2005 mit einem Betrag in Höhe von 536,76 €, mit Rechnung vom 20.6.2005 mit 536,76 €, mit Rechnung vom 20.7.2005 mit 140,76 €, mit Rechnung vom 14.12.2005 mit 982,30 € und mit Rechnung vom 670,95 €. Die Beklagte erstattete teilweise Beträge, so dass von der Rechnung vom 23.5.2005 ein Betrag in Höhe von 420,40 €, aus der Rechnung vom 20.7.2005 53,47 €, aus der Rechnung vom 14.12.2005 ein Betrag in Höhe von 343,37 € und aus der Rechnung vom 30.12.2005 noch ein Betrag in Höhe von 525,45 € geltend gemacht

2

wird. Ursprünglich hatte der Kläger noch den gesamten Rechnungsbetrag aus der Rechnung vom 20.6.2005 begehrt. Da die Beklagte diesen Betrag jedoch mit Leistungsabrechnung vom 30.6.2005 im gesamten Umfang erstattet hatte, hat der Kläger die Klage im Hinblick auf diesen Betrag zurückgenommen.

Mit der vorliegenden Klage begehrt er den Restbetrag in Höhe von 1326,60 €. 3

Der Kläger trägt vor, dass es sich bei einem Angiom um eine behandlungsbedürftige Erkrankung handele. Die von Herrn Dr. med. N. durchgeführte Laserbehandlung sei medizinisch notwendig gewesen. Sämtliche Leistungen des Herrn Dr. med. N. seien ordnungsgemäß abgerechnet worden. 4

Nach Klagerücknahme in Höhe eines Betrages von 536,76 € beantragt der Kläger, 5

die Beklagte zu verurteilen, an ihn 1326,60 € nebst Zinsen in Höhe von 5%-Punkten über dem Basiszinssatz seit dem 24.4.2007 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, 7

die Klage abzuweisen. 8

Die Beklagte trägt vor, dass die Therapie von Angiomen grundsätzlich nicht medizinisch notwendig sei. Die Laserbehandlung habe nur aus ästhetischen/kosmetischen Gründen stattgefunden. Die Beklagte erhebt weiter gebührenrechtliche Einwendungen im Hinblick auf die durchgeführten und berechneten Behandlungen. Insoweit wird auf die Ausführungen der Beklagten in dem Schriftsatz vom 8.8.2007 Bezug genommen. 9

Durch die Beweisbeschlüsse vom 25.9.2007, 19.5.2008 und 9.12.2008 hat das Gericht Beweis erhoben. 10

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. U. vom 28.3.2008, die Ergänzung vom 21.10.2008 und die weitere Ergänzung vom 6.2.2009 Bezug genommen. 11

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den übrigen Akteninhalt verwiesen. 12

Entscheidungsgründe 13

Die Klage ist nicht begründet. 14

Dem Kläger steht aus dem zwischen den Parteien bestehenden privaten Krankheitskostenversicherungsvertrag kein Anspruch auf Erstattung der restlichen Kosten aus der Behandlung des Dr. med. N. aus dem Jahre 2005 zu. Denn der Kläger hat nicht beweisen können, dass ein Versicherungsfall vorlag. Gem. § 3 Abs. 2 AVB ist Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Dabei ist eine Behandlungsmaßnahme dann medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. (BGH VersR 96,1224 ff.) Die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung ist zentrale Leistungsvoraussetzung und deshalb vom Versicherungsnehmer zu beweisen. Zweifel gehen zu seinen Lasten. (BGH aaO) Vom behandelnden Arzt ist eine objektive Beurteilung nicht zu verlangen, da davon ausgegangen wird, dass er von der medizinischen Notwendigkeit seiner 15

Behandlung überzeugt ist. Den erforderlichen Beweis kann der Versicherungsnehmer deshalb in der Regel nur durch ein gerichtlich eingeholtes Gutachten eines neutralen Sachverständigen unter Zugrundelegung der Krankenunterlagen, in denen die seinerzeitigen objektiven Befunde enthalten sind, führen. (BGH aaO., OLG Köln r+s, 97,123 u.a.) Vorliegend hat der Kläger nicht den Beweis erbringen können, dass die Behandlungen des Herrn Dr. med. N. medizinisch notwendig waren. Zwar hat der Sachverständige Prof. Dr. U. in seinem Gutachten zunächst ausgeführt, dass es sich im Allgemeinen bei Angiomen häufig um pathologische Veränderungen handele, die je nach Einzelfall behandlungsbedürftig sein können. Dabei stelle bei der vom Kläger vorgetragenen Befundkonstellation die Lasertherapie eine hervorragend geeignete Behandlungsmethode dar. Ferner hat der Sachverständige zu den Abrechnungsfragen bei der Entfernung der Pigmenttumore allgemein ausgeführt, dass grundsätzlich eine histopathologische Diagnostik zu empfehlen sei. Jedoch richte sich die Auswahl der Aufarbeitungstechnik und die begleitende Anforderung von Sonderfärbungen jeweils nach dem klinischen Erscheinungsbild. Bereits in der ersten Ergänzung des Gutachtens vom 21.10.2008 hat der Sachverständige jedoch ausgeführt, dass er in Unkenntnis des klinischen Bildes, welches vorgelegen hätte, keine verlässlichen Angaben dazu machen könne, wie man anstelle des behandelnden Arztes vorgegangen wäre. Diese Angaben hat der Sachverständige Prof. Dr. U. in seiner zweiten Ergänzung noch dahingehend präzisiert, dass er nur aufgrund der Angaben des behandelnden Arztes in den Behandlungsunterlagen keine Einschätzung des klinischen Befundes vornehmen könne. Dadurch könne er auch keine Angaben dazu machen, ob die Behandlungsschritte in der Weise hätten vorgenommen werden müssen, wie es im konkreten Fall geschehen sei. Da die jeweiligen Befunde operiert worden seien, sei eine nachträgliche Überprüfung ebenfalls nicht möglich. Da ein klinisches Bild bzw. eine detaillierte Befundbeschreibung nicht vorliege, sei eine nachträgliche Prüfung nicht möglich. Weiter hat der Sachverständige ausgeführt, dass es sicherlich ungewöhnlich sei, dass bei einer derart großen Anzahl von Pigmenttumoren Auffälligkeiten bestanden hätten. Jedoch kommt der Sachverständige am Ende seiner Begutachtung zu dem Schluss, dass so wenig eine Behandlungsnotwendigkeit nachweisbar sei, so wenig sei auch die fehlende Behandlungsnotwendigkeit nachweisbar. Hierdurch wird jedoch noch einmal klargestellt, dass der Kläger beweisfällig geblieben ist. Die Einwendungen des Klägers vermochten an dem Ergebnis nichts zu ändern. Es bedurfte nicht der Vernehmung des behandelnden Arztes. Denn anhand der Krankenakten muss sich der Nachweis der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung führen lassen (KG NVersZ 00,25 ff). Dokumentiert werden müssen die für Diagnose und Therapie wesentlichen medizinischen Fakten. Der Sachverständige hat zu diesem Punkt ausgeführt, dass aus den Unterlagen nicht der Nachweis der medizinischen Notwendigkeit der Behandlungen erbracht werden könne. Nach alledem war die Klage abzuweisen.

Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 91,269,708 Nr. 11, 71 ZPO.

16