AG Neustadt a.d. Aisch, Endurteil v. 24.07.2024 – 2 C 52/24

Titel:

Beschränkung der Erstattungspflicht des Krankenversicherers für physiotherapeutische Behandlungen

Normenketten:

VVG § 192 Abs. 1

BGB § 305c, § 307

AVB Krankheitskostenversicherung (hier: Tarifbedingungen zu § 4 Abs. 1 MB/KK 2009)

Leitsatz:

Eine Klausel in den Tarifbedingungen einer Krankheitskostenversicherung, die die Erstattungsfähigkeit von Heilmitteln (hier: physiotherapeutische Leistungen) auf solche beschränkt, die "in der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind und deren Höchstsätze nicht überschreiten", ist nicht überraschend und/oder unklar und hält einer Inhaltskontrolle gem. § 307 BGB stand. Ihrer Wirksamkeit steht es insbesondere nicht entgegen, dass der nicht-ärztliche Therapeut nicht nach der GoÄ abrechnen darf, da diese nur für Ärzte die geltende und bindende Gebührenordnung darstellt (vgl. BGH BeckRS 2019, 4864; Abgrenzung zu LG Frankfurt a.M. BeckRS 2016, 138380). (Rn. 17 – 33) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Krankenversicherung, Krankheitskostenversicherung, Physiotherapie, Heilmittel, Kostenbegrenzungsklausel, Inhaltskontrolle, Einbeziehungskontrolle

Fundstelle:

BeckRS 2024, 27648

Tenor

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

3. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Kläger kann die Vollstreckung der Beklagten durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des aufgrund des Urteils vollstreckbaren Betrags abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrags leistet.

Beschluss

Der Streitwert wird auf 1.285,28 € festgesetzt.

Tatbestand

1

Der Kläger begehrt die vollständige Erstattung von Rechnungen wegen physiotherapeutischen Behandlungen aus dem zwischen den Parteien bestehenden privaten Krankenversicherungsvertrag.

2

Der Kläger ist seit 1.08.1992 bei der Beklagten privat krankenversichert, seit 2000 ist er in den Tarifen E1AN, E1ZN und E1SN versichert. Aufgrund medizinischer Verordnung nahm der Kläger im Zeitraum vom 29.06.2022 bis 30.01.2023 physiotherapeutische Behandlungen in Anspruch. Die hierzu vom Physiotherapeuten gestellten Rechnungen vom 19.07.2022 bis 27.02.2023 reichte der Kläger sodann bei der Beklagten ein und verlangte Erstattung im Rahmen des Versicherungsverhältnisses. Die Beklagte erstattete mit dem Hinweis auf die Beschränkung der Erstattung für Heilmittel auf die Höchstsätze der GoÄ in Ziffer 2 b2) Teil III der Krankenkostenversicherung Tarif E der allgemeinen Versicherungsbedingungen einen Teilbetrag des Rechnungsbetrages.

3

Der Kläger trägt vor, die Beklagte habe für die durchgeführten Doppelbehandlungen lediglich den einfachen Gebührensatz erstattet. Bezugnehmend auf das Urteil des Landgerichts Frankfurt am Main vom 17.11.[xxx]20216, Az.: 2-23 O 71/16 führt der Kläger weiter an, die Begrenzung der Erstattung der Heilmittel auf die Höchstsätze der GoÄ sei nicht zulässig. Die Klausel zur Begrenzung der Erstattung der Heilmittel sei nicht wirksam, da sie überraschend sei und den Versicherungsnehmer unangemessen benachteilige.

4
Auf Antrag des Klägers erging zunächst am 17.11.2023 ein Mahnbescheid durch das Amtsgericht C… Gegen den Mahnbescheid erhob die Beklagte am 28.11.2023 form- und fristgerecht Einspruch, weshalb das Verfahren sodann ans Amtsgericht Neustadt a.d. Aisch abgegeben wurde.

5
Der Kläger beantragt zuletzt,

die Beklagten zur Zahlung von 1.285,28 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 3.11.2023 nebst vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten von 367,23 Euro an den Kläger zu verurteilen und der Beklagten die Kosten des Verfahrens aufzuerlegen.

6
Die Beklagte beantragt

zuletzt Klageabweisung und Kostentragung durch den Kläger.

7
Die, Beklagte trägt vor, das Doppelbehandlungen auch mit den doppelten Gebührensätzen abgerechnet wurden. Die Beschränkung der Erstattung für physiotherapeutischen Behandlungen auf die Höchstsätze der GoÄ sei wirksam.

Entscheidungsgründe

8
Die Klage ist zulässig, aber unbegründet.

I.

9
Das Gericht ist gemäß §§ 1 ZPO, 23, 71 Abs. 1 GVG sachlich und gemäß § 29 ZPO örtlich zuständig, da der Streitwert 5.000,00 EUR nicht übersteigt und der Sitz des Versicherungsnehmers und Wohnort des Klägers als Erfüllungsort für den Rückgriff aus dem Krankenversicherungsvertrag im Zuständigkeitsbereich des Amtsgerichts Neustadt a.d. Aisch liegt.

II.

10
Die Klage ist jedoch unbegründet.

11
1. Die Beklagte hat dem Kläger aus den Rechnungen vom 19.07.2022 bis 27.02.2023 jeweils mindestens die Höchstsätze der GoÄ erstattet. Dabei hat sie, wie im Schreiben an die Klägerin vom 11.08.2022 angekündigt, mindestens den Betrag von 17,48 Euro für eine Krankengymnastik und eine manuelle Therapie, sowie für einen Hausbesuch 10,23 Euro erstattet. Doppelstunden wurden mit den doppelten Höchstsätzen erstattet. Aus Schriftsätzen der Parteien sowie der Anlagen ergibt sich, dass die Beklagte dem Kläger einen Betrag von 2.509,61 Euro für die eingereichten Rechnungen vom 19.07.2022 bis 27.02.2023 mit einem Rechnungsgesamtbetrag von 3.810,00 Euro erstattet hat. Ausweislich der einzelnen Leistungen ergibt sich ein von der Beklagten zu erstattender Betrag in Höhe von 2.244,84 Euro. Die darüber hinaus geleistete Erstattung durch die Beklagte ist als Kulanz anzusehen.

12
2. Die Beklagte verweigert zu Recht die vollständige Erstattung der Rechnungen. Der Kläger hat aus dem Versicherungsvertrag keinen Anspruch auf vollständige Erstattung der Rechnungsbeträge aus den physiotherapeutischen Behandlungen. Nach § 192 Abs. 1 VVG besteht der Erstattungsanspruch nur im vereinbarten Umfang, womit die Vereinbarung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer

und nicht diejenige zwischen dem Versicherungsnehmer und seinem Behandler gemeint ist. (BGH NJW-RR 2019, 605, 606) Ausfluss der Privatautonomie ist, dass die Vertragsparteien im Versicherungsvertragsrecht den Inhalt des Versicherungsvertrags selbst bestimmen. Soweit der Versicherer verschiedene Tarife mit unterschiedlichen Leistungsinhalten vorhält, kann der potenzielle Versicherungsnehmer auswählen, welche Leistungen er zu welchen Konditionen benötigt. (NJW-RR 2005, 175)

13
a. In Teil II der Tarifbedingungen der H… O… Krankenversicherung, wird in § 4 klargestellt, dass Art und Höhe der Versicherungsleistungen sich aus dem jeweiligen Tarif mit Tarifbedingungen ergeben. Die Tarifbedingungen sind damit wirksam in den Versicherungsvertrag einbezogen. Maßgeblich gelten zwischen dem Kläger und der Beklagten die Bedingungen der Krankheitskostenversicherung des Tarif E. Unter Ziffer 1. wird ausgeführt, dass „erstattungsfähig sind die Aufwendungen, für medizinisch notwendige Heilbehandlung nach den nachstehend aufgeführten tariflichen Sätzen“. In Ziffer 2 b) ist ausdrücklich ein Selbstbehalt für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel bis zu einem jährlichen Rechnungsbetrag von 2.500,00 Euro geregelt. In Ziffer 2 b) b2) werden Heilmittel als „die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen und Behandlungen wie Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie und Lichttherapie“ definiert. Die streitgegenständlichen physiotherapeutischen Behandlungen sind als Heilmittel zu subsumieren.

14
Weiter folgt in Ziffer 2b) b2) folgende wirksame Beschränkung: „Heilmittel sind erstattungsfähig, sofern sie in der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind und deren Höchstsätze nicht überschreiten“.

15
Es ist zudem allgemein bekannt, dass die aufgeführten Heilmittel in der Regel durch Therapeuten und nicht durch Ärzte ausgeführt werden.

16
Allgemeine Versicherungsbedingungen sind so auszulegen, wie ein durchschnittlicher, um Verständnis bemühter Versicherungsnehmer sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und unter Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs versteht (Senat, NJW-RR 2016, 1505 = VersR 2016, 1184 Rn. 22; BGHZ 123, 83 [85] = NJW 1993, 2369).

17
Der Wortlaut der Klausel beschränkt die Kostenbegrenzung nicht auf von Ärzten erbrachte Leistungen, sondern erfasst alle Gebühren und Kosten unabhängig von der Person des konkreten Behandlers und regelt insoweit allgemein eine Obergrenze der Erstattungspflicht. Voraussetzung für diese Obergrenze ist danach lediglich, dass es sich um Leistungen handelt, die der Sache nach in der GoÄ geregelt sind.

18
Der Kläger kann sich auch nicht auf das Urteil des Landgerichts Frankfurt am Main vom 8.09.2016, 2-23 O 71/1 berufen. Hier wurde über eine andere Klausel entschieden. Die dort zu überprüfende Klausel, die die vertraglichen Leistungen des Versicherungsgebers auf die Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen ärztlichen Gebührenordnungen beschränkte, wurde dahingehend ausgelegt, dass der Versicherungsgeber seine Leistungen bei ärztlich verordneten Heilmitteln, die nicht durch Ärzte erbracht werden, nicht auf die Höchstsätze der GoÄ beschränken darf. Es wurde im genannten Urteil keine Aussage getroffen, ob der Versicherungsgeber eine Regelung zur Beschränkung der Erstattung der physiotherapeutischen Leistungen auf die Sätze der GoÄ in den allgemeinen Geschäftsbedingungen hätte treffen können.

19
b. Die streitgegenständliche Klausel hält einer AGB Kontrolle gem. §§ 305-307 BGB stand. Die Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen der Beklagten stellen allgemeine Geschäftsbedingungen gem. §§ 305 Abs. 1 BGB dar, da sie vorformuliert, für eine Vielzahl von Verträgen und vom Verwender, hier die Beklagte, einseitig erstellt wurden. Unstreitig wurden die Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen wirksam in den Versicherungsvertrag zwischen dem Kläger und der Beklagten gem. § 305 Abs. 2 BGB einbezogen. Vorrangige Individualabreden gem. § 305 b BGB wurden zwischen den Parteien nicht getroffen.

20

aa. Die Klausel ist für den Kläger nicht überraschend im Sinne des § 305 c BGB. Der Versicherungsnehmer muss gerade im Hinblick auf das Hauptleistungsversprechen, „alle Aufwendungen, für medizinisch notwendige Heilbehandlung nach den nachstehend aufgeführten tariflichen Sätzen zu erstatten“ davon ausgehen, dass dieses Leistungsversprechen näherer Ausgestaltung bedarf und auch Einschränkungen nicht ausschließt. (Senat, NJW-RR 2005, 175 = VersR 2005, 64 unter II 2 a; NJW-RR 2004, 1397 = VersR 2004, 1035 unter II 3 a; NJW 1999, 3411 = VersR 1999, 745 unter II 3 a).

21
Der Versicherungsnehmer kann nicht davon ausgehen, dass jedes beliebige mit einem Behandler vereinbarte Honorar erstattungspflichtig ist, sondern damit rechnen, dass diesbezügliche Einzelheiten, insbesondere etwaige Begrenzungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt sind. Ein überraschenden Klauseln innewohnender Überrumpelungseffekt (vgl. Senat NJW-RR 2005, 175 = VersR 2005, 64 unter II 2 a; NJW-RR 2004, 1397 = VersR 2004, 1035 unter II 3 a; NJW 1999, 3411 = VersR 1999, 745 unter II 3 a) scheidet damit aus.

22
Abweichendes ergibt sich nicht aus dem Sinn und Zweck streitgegenständlichen Klausel. Dieser besteht darin, im Interesse einer Kostenbegrenzung die Erstattungspflicht der Höhe nach auch dann auf die Vergütung zu begrenzen, die ein Arzt für dieselbe Leistung von seinem Patienten verlangen könnte, wenn sie durch einen sonstigen Behandler – hier einen Physiotherapeuten – erbracht wird. Damit wird gerade für den Fall, dass dieser Behandler nicht an amtliche Gebührenordnuhgen gebunden ist, einem Erstattungsanspruch in beliebiger Höhe zulasten der Versichertengemeinschaft vorgebeugt. Dieser Sinn und Zweck ist für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer auch ohne ein bei ihm nicht vorauszusetzendes Wissen über Einzelheiten des Inhalts der GOÄ erkennbar. Auch insoweit ist der Inhalt der Klausel deshalb für den Versicherungsnehmer nicht überraschend. (BGH Hinweisbeschluss vom 6.3.2019 – IV ZR 108/18)

23
In Versicherungsverträgen überrascht es nicht, wenn zu einzelnen Leistungsbereichen, Beschränkungen der Erstattung vereinbart werden. So gibt es die Möglichkeit durch Selbstbehalte, prozentualer pauschaler Erstattung, oder Beschränkung auf Höchstsätze auf geltende Gebührenverzeichnisse, Ausschluss einzelner Leistungen oder Arznei- und Hilfs- oder Heilmittel den individuellen Bedürfnissen des Versicherungsnehmers Rechnung zu tragen, und durch die Versicherungsgeber auch verschiedene Tarife zu unterschiedlichen Konditionen anzubieten.

24
bb. Die in Ziffer 2 b) b2) der Krankheitskostenversicherung Tarif E enthaltene Beschränkung der Kostenerstattung hält der Inhaltskontrolle gem. §§ 307 ff. BGB stand. Die Klausel fällt weder unter die abschließend aufgezählten Klauselverbote gem. § 309 BGB, noch unter die Klauselverbote gem. § 308 BGB.

25
aaa. Die Klausel ist gem. § 307 Abs. 1 S. 2 ausreichend transparent. Maßstab für die Transparenz sind die Verständnismöglichkeiten eines durchschnittlichen Vertreters der angesprochenen Kundenkreise sind, wobei allerdings „nicht auf den flüchtigen, sondern den aufmerksamen und sorgfältigen Betrachter abzustellen“ ist (MüKoBGB/Wurmnest BGB § 307 Rn. 69).

26
Das Gebot der Transparenz betrifft zunächst einmal die äußere Gestaltung der allgemeinen Geschäftsbedingungen. Unübersichtlichkeit, Verstecken nachteiliger Klauseln oder Aufspaltung des Regelungsgehalts auf mehrere Klauseln, können zur Intransparenz führen. Zusammengehörende Bestimmungen müssen daher im Zusammenhang aufgeführt oder es muss ein bestehender Konnex in anderer Weise verdeutlicht werden, namentlich durch Verweise (MüKoBGB/Wurmnest BGB § 307 Rn. 62) Hierzu wird auf die bereits erfolgten Ausführungen unter a. verwiesen.

27
Das Transparenzgebot enthält weiter das Gebot, den Klauselinhalt möglichst bestimmt zu formulieren, so dass der Vertragspartner seine Rechte und Pflichten dem Vertragstext entnehmen kann, die Klausel ist klar und deutlich ohne Auslegungsspielräume formuliert.

28
Die Klausel ist zudem für den Versicherungsnehmer verständlich. Der Wortlaut „Erstattung ist auf die Höchstsätze der GoÄ beschränkt“, lässt wirtschaftliche Belastungen, die aus der Bestimmung resultieren, erkennen. Der Versicherungsnehmer kann deutlich erkennen, unter welchen Voraussetzungen ein Erstattungsanspruch gegen den Versicherungsgeber besteht. (MüKoBGB/Wurmnest BGB § 307 Rn. 63-67)

29
Es ist dem verständigen Versicherungsnehmer durchaus bekannt, dass Heilmittel in der Regel durch medizinische Assistenzberufe und nicht den Arzt selbst ausgeführt werden. Der Therapeut kann im Verhältnis zum Versicherungsnehmer aufgrund eigener Gebührenverzeichnisse abrechnen.

30
Der Wirksamkeit der Klausel steht auch nicht entgegen, dass der Therapeut gar nicht nach der GoÄ abrechnen darf, da diese nur für Ärzte die geltende und bindende Gebührenordnung darstellt.

31
Die Klausel ist auch nicht im Zusammenspiel mit der Formulierung des Selbstbehalts unter Ziffer 2 b) intransparent. Hier wird pauschal für Arznei, Heil- und Hilfsmittel ein Selbstbehalt vereinbart. Durch die weitergehende Differenzierung zwischen den genannten Leistungen und der expliziten Regelung unter Ziffer 2 b) b2) wird auch nicht der Anschein erweckt, Heilmittel würden stets zu 100 % zu erstatten sein. Im Zusammenspiel beider Regelungen wird deutlich, dass ein Heilmittel zunächst in der Gebührenordnung der Ärzte aufgeführt sein muss um erstattungsfähig zu sein. Erstattbar sind lediglich die Höchstsätze der GoÄ, und davon entweder 80 % oder 100 % unter Berücksichtigung des Selbstbehalts.

32
bbb. Die Klausel benachteiligt den Kläger auch nicht entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen gem, § 307 Abs. 1 S. 1. BGB. Die regelmäßig in Versicherungsverträgen enthaltenen Leistungsausschlüsse werden im Grundsatz als die Ergebnisse der freien unternehmerischen Entscheidung des Versicherers akzeptiert, solange nicht in der Hauptleistungsbeschreibung beim Versicherungsnehmer falsche Vorstellungen über Umfang und Reichweite der Versicherung erweckt (BGH r+s 2017, 478 Rn. 15). Vorliegend wurde bereits in Teil II Tarifbedingungen ausgeführt, dass sich der Umfang der Versicherungsleistungen nach den einzelnen Tarifen richtet.

33
Das Vorbringen des Klägers, er werde durch die Klausel schlechter gestellt als Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen führt nicht zu Unangemessenheit der Klausel. Letztlich gibt es keinen Rechtsanspruch für privat Krankenversicherte, mindestens dieselbe Erstattung zu erhalten wie gesetzlich versicherte Personen. Letztlich ist es auch das Risiko ihrer Vertragsfreiheit, Verträge zu schlechteren Konditionen, aber besseren Tarifen abzuschließen. Verbleibt die Leistung der privaten Krankenversicherung aufgrund ihrer tariflichen Bestimmungen hinter denen der gesetzlichen Krankenkassen zurück, kann sich der Versicherungsnehmer nicht auf die Unangemessenheit der Klausel berufen.

III.

34
Mangels Hauptanspruchs steht dem Kläger gegen die Beklagte auch kein Anspruch auf Erstattung der außergerichtlich angefallenen Rechtsanwaltskosten zu und der diesbezügliche Klageantrag war daher abzuweisen.

IV.

35
Der Zinsanspruch teilt das Schicksal der Hauptforderung und war daher ebenso abzuweisen. Die Kostenentscheidung beruht auf § 91 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf §§ 708 Ziff. 11, 711 ZPO.

36
Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 3 ZPO, § 63 Abs. 2 GKG.