LG Coburg, Endurteil v. 27.06.2025 – 24 O 267/22

Titel:

Erstattungsfähigkeit einer medizinisch notwendigen Intensivbehandlung im Notlagentarif

Normenketten:

ZPO § 80 S. 1, § 86, § 239 Abs. 1, § 250
AVB/NLT § 1 Abs. 2 lit. e, § 4 Abs. 1
MB/PPV § 4 Abs. 1
SGB V § 37 Abs. 2, § 37c
VAG § 153 Abs. 1 S. 2
SGB XI § 17 Abs. 1b, § 36

Leitsätze:

1. Die wirksame Bevollmächtigung durch den eine Klage erhebenden Erblasser wirkt nach dessen Tod auch ohne Vorlage von Originalvollmachten der Erben fort. (Rn. 31 – 32) (redaktioneller Leitsatz)
2. Eine chronische Erkrankung, die eine medizinische Heilbehandlung notwendig macht, liegt vor, wenn bei dem Versicherten ein Körper- oder Geisteszustand über eine Dauer von mindestens acht Wochen vorliegt, sich wiederholt oder fortentwickelt, der regelmäßiger ärztlicher Behandlung auch ohne Aussicht auf endgültige Heilung bedarf und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. (Rn. 37) (redaktioneller Leitsatz)
3. Die Überwachung eines Patienten zur Vermeidung der Verschlimmerung einer Krankheit stellt eine im Notlagentarif versicherte Heilbehandlung dar. (Rn. 38) (redaktioneller Leitsatz)
4. Bedarf es bei einem nicht beatmungspflichtigen Versicherten der ständigen Beobachtung und Umlagerung zur Gewährleistung seiner Vitalfunktionen und Verhinderung von Sauerstoffunterversorgung, Aspiration und Pneumonie, die stellt der Einsatz einer medizinische Fachkraft eine medizinisch notwendige Heilbehandlung dar. (Rn. 38 – 40) (redaktioneller Leitsatz)
5. Die Versagung der Erstattungsfähigkeit eines 24-Stunden-Pflegdienstes in solchen Fällen höhlt den Vertragszweck aus und ist daher unwirksam. (Rn. 42 – 44) (redaktioneller Leitsatz)
6. Klammern die Bedingungen des Notlagentarifs solche existentiell notwendigen Leistungen aus, so ist das unwirksam. (Rn. 46) (redaktioneller Leitsatz)
7. Bei gleichzeitiger Erbringung von Grundpflege und Behandlungspflege im häuslichen Bereich sind die auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung entfallenden Kosten von der Erstattungsfähigkeit durch die private Krankenversicherung auszunehmen. (Rn. 60 – 66) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Erbfolge, Prozessvollmacht, Krankenversicherungsvertrag, medizinische Notwendigkeit, Behandlungspflege, Leistungsabgrenzung, Freistellungsanspruch, Krankheitskostenversicherungsvertrag, private Pflegeversicherung, medizinisch notwendige Heilbehandlung, Intensivpflege, Notlagentarif, Überwachung des Patienten, Vitalfunktionen, Grundpflege, chronische Erkrankung

Rechtsmittelinstanzen:

OLG Bamberg, Hinweisbeschluss vom 28.04.2026 – 1 U 116/25 e
OLG Bamberg, Beschluss vom 11.08.2026 – 1 U 116/25 e

Tenor

1. Die Beklagte wird verurteilt, die Kläger als Erben des verstorbenen … M… für den Zeitraum vom 01.01.2022 bis 30.04.2024 von Forderungen des Pflegedienstes H GmbH,, in Höhe von 576.008,10 € freizustellen.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

2. Die Kosten des Rechtsstreits haben die Kläger zu 56% und die Beklagte zu 44% zu tragen. Die Kosten der Nebenintervention haben die Kläger zu 56% und die Streithelferin zu 44% zu tragen.

3. Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110% des jeweils zu vollstreckenden Betrags vorläufig vollstreckbar.

Beschluss

Der Streitwert wird auf 1.299.088,00 € festgesetzt.

Tatbestand

1
Die Parteien streiten um die Leistungen aus einer privaten Krankenversicherung für eine Intensivbehandlungspflege aus übergegangenem Recht.

2
Der vormalige Kläger … M… war bis zu seinem Tod bei der Beklagten privat kranken- und pflegeversichert. Auf die dem Vertrag zugrundeliegenden Musterbedingungen MB/KK 2009 und die Taribedingungen der … Krankenversicherung wird wegen insoweit verwiesen (Anlage … 1a).

3
M… verunglückte bei einem Motorradunfall am 04.06.2010 und erlitt hierbei ein Polytrauma, unter anderem mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma und überdauernden Gesundheitsschäden. Es bestand der Pflegegrad 5.

4
Die Streithelferin ist der Haftpflichtversicherer des Unfallgegners. Sie erkannte nach dem Unfall eine Haftung dem Grunde nach über 70% an.

5
Der Kläger wurde nach stationärer neurologischfrührehabilitativen Behandlung im April 2014 in die häusliche Umgebung entlassen, wo seine Ehefrau und der 24-Stunden-Intensivpflegedienst ..., später die Firma … , seine Versorgung übernahmen. Die Beklagte übernahm zunächst die Kosten hierfür.

6
Mit Schreiben vom 07.10.2020 (Anlage K 2) teilte die Beklagte … M… mit, sie habe die Kosten der Intensivbehandlungspflege bislang als „freiwillige Leistung“ erstattet. Aufgrund einer medizinischen Begutachtung gehe sie nunmehr davon aus, dass die Voraussetzungen der intensivmedizinischen Betreuung nicht mehr vorlägen und diese nicht mehr weiter finanziert werde. Die Leistungen aus der Pflegeversicherung würden aber weiterhin erbracht. Die Kostenerstattung für die Intensivbehandlungspflege stellte die Beklagte mit Ablauf des 30.11.2020 ein.

7
Die Betreuung von … M… durch den bisherigen Intensivpflegedienst konnte aufgrund der Leistungseinstellung durch die Beklagte nicht weiter aufrechterhalten werden, sodass die Versorgung zunächst von seiner Ehefrau und seiner Mutter geleistet wurde.

8
Seit 01.10.2021 wurde der Krankenversicherungsvertrag wegen Prämienrückstands im Notlagentarif geführt. Auf die hier zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif wird verwiesen (Anlage … 1b).

9
Am 26.04.2024 ist der vormalige Kläger … M… verstorben. Den Rechtsstreit haben die jetzigen Kläger aufgenommen.

10
Die Kläger behaupten, die Versorgung von … M… sei ab 01.10.2021 neu organisiert worden.

11
Im Namen dessen Namen sei fortan der Pflegedienst H… GmbH mit Sitz in der Schweiz beauftragt worden. Dieser habe die Intensivbehandlungspflege in Form einer 24-Stun-den-Bereitschaft übernommen. Dabei seien die mit den monatlichen Rechnungen im Zeitraum von 02.11.2021 bis 30.04.2024 abgerechneten Behandlungsleistungen tatsächlich zugunsten von

12
M erbracht worden. Dessen Ehefrau, die Klägerin zu 1, sei bei der H GmbH angestellt und habe die Versorgung zusammen mit weiteren Mitarbeitern geleistet. Die Intensivbehandlungspflege sei auch erforderlich gewesen, um auf Probleme des Patienten bei der Atmung reagieren zu können. Bei diesem seien aufgrund der erlittenen Gesundheitsbeeinträchtigungen Aspirationen aufgetreten, die bei Bedarf zur Vermeidung des Erstickens hätten abgesaugt werden müssen. Zudem sei es wiederholt zu Pneumonien gekommen, die ein sofortiges und fachgerechtes Vorgehen erfordert hätten. Es sei eine ständige Überwachung der Atemsituation, der Vitalparameter und des Gesundheitszustandes des Patienten über 24 Stunden erforderlich gewesen.

13
Bei der täglichen Versorgung des Patienten seien auf dessen Grundpflege (insbesondere Körperpflege, Ernährung, Lagerungen) 145 Minuten täglich entfallen und auf die hauswirtschaftliche Versorgung täglich zwei bis drei Stunden; die übrige Versorgung betreffe die Behandlungspflege.

14
Die Streithelferin habe an … M… frei verrechenbare Vorschüsse in Höhe von 75.000 € geleistet, diese dann aber konkret auf die Pflegekosten verrechnet. Die Vorschüsse seien von der H… … GmbH auf die Rechnungen Oktober 2021 bis Januar 2022 verrechnet worden. Die übrigen Rechnungen seien noch unbezahlt.

15
Die Kläger seien Erben des … M… kraft gesetzlicher Erbfolge.

16
Der vormalige Kläger … M… hat zunächst beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an ihn 179.578 € zu zahlen und die ab 01.05.2022 anfallenden Kosten für die häusliche Intensivbehandlungspflege durch den Pflegedienst H… … GmbH bis zu einem Betrag von monatlich 26.655 € gegen Vorlage der Rechnung zu erstatten.

17
Später hat er beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an ihn 75.000 € zu zahlen und sie weiter zu verurteilen, ihn von Kosten des Pflegedienstes H… … GmbH für den Zeitraum 01.10.2021 bis 30.04.2022 in Höhe von 104.578 €, für den Zeitraum 01.05.2022 bis 31.08.2023 in Höhe von 433.588 € und für die ab 01.09.2023 anfallenden Koten der häuslichen Behandlungspflege freizustellen.

18
Mit Schriftsatz vom 17.11.2023 hat der vormalige Kläger den Rechtsstreit in der Hauptsache in Höhe eines Teilbetrages von 75.000 € für erledigt erklärt.

19
Die Kläger beantragen zuletzt,

1. Die Beklagte wird verurteilt, die Kläger als Erben des verstorbenen … M… für den Zeitraum vom 01.10.2021 bis 30.04.2022 von Kosten des Pflegedienstes H GmbH,, in Höhe von 104.578,00 € freizustellen.

2. Die Beklagte wird weiter verurteilt, die Kläger als Erben des verstorbenen M für den Zeitraum vom 01.05.2022 bis 31.08.2023 von Kosten des Pflegedienstes H GmbH,, in Höhe von 433.588,00 € freizustellen.

3. Die Beklagte wird weiter verurteilt, die Kläger als Erben des verstorbenen M für den Zeitraum vom 01.09.2023 bis 30.04.2024 von Kosten des Pflegedienstes H GmbH, in Höhe von 199.183,00 € freizustellen.

4. Es wird festgestellt, dass sich die Klage in der Hauptsache in Höhe eines Teilbetrages von 75.000 € erledigt hat.

5. Die Beklagte wird verurteilt, die Kläger als Erben des verstorbenen … M… von Rechtsanwaltsgebühren der Anwaltskanzlei ... , für die außergerichtliche Tätigkeit in Höhe von 10.043,01 € freizuhalten.

20
Die Beklagte beantragt die Klage abzuweisen.

21
Die Beklagte bestreitet, dass die medizinische Intensivbehandlungspflege nach dem 30.11.2020 erforderlich war, namentlich dass eine ständige Beobachtung des Patienten durch eine medizinische Fachkraft notwendig gewesen sei, insbesondere um die Vitalfunktionen aufrechtzuerhalten. Diese Aufgaben hätten von einem Sauerstoffsensor und einem Hustenassistent wahrgenommen werden können. Eine respiratorische Insuffizienz sei nicht gegeben gewesen. Die Beklagte bestreitet, dass … M… überhaupt Aufwendungen aus der Intensivpflege entstanden seien, weil die Rechnungen der H… GmbH zunächst an die Streithelferin adressiert worden seien. Sie bestreitet, dass der Pflegedienst überhaupt Leistungen gegenüber … M… erbracht habe.

22
Die Beklagte ist der Ansicht, es bestehe keinerlei Anspruch auf die Übernahme der Kosten für die Intensivpflege. Die Klage sei schon überwiegend unsubstantiiert, soweit die Streithelferin zu 70% für die Folgen des Verkehrsunfalls eintrittspflichtig sei. Es erschließe sich nicht, weshalb mit der Klage 100% Kostenerstattung aus der Krankenversicherung verlangt würden. Zudem seien die Leistungen aus der bestehenden Pflegeversicherung nicht berücksichtigt worden. Pflegedienstaufwendungen gehörten in der Krankheitskostenversicherung nicht zum versicherten Leistungsumfang. Eine medizinisch notwendige Heilbehandlung setze zudem eine ärztliche Tätigkeit voraus.

23
Die Beklagte widerspricht der Teilerledigungserklärung des vormaligen Klägers. Sie rügt die wirksame Bevollmächtigung der klägerischen Prozessbevollmächtigten durch die Kläger.

24
Die Streithelferin beantragt die Klage abzuweisen.

25
Sie behauptet, sie habe an … M… zwar Zahlungen in Höhe von insgesamt 119.000 € für Pflegeaufwendungen von Dezember 2020 bis April 2022 geleistet, nicht aber auf eine 24-Stun-den-Pflege. Sie bestreitet, dass die H… … GmbH die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht habe. Bei diesem Unternehmen handele es sich um eine Briefkastenfirma. Es sei nicht erkennbar, dass tatsächlich ein Geschäftsbetrieb dort stattfinde. Im Übrigen schließt sie sich dem Vorbringen der Beklagten an.

26
Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens des Sachverständigen W. M… gemäß Beweisbeschluss vom 10.11.2022. Auf dessen schriftliches Gutachten vom 20.03.2023 nebst ergänzende Anhörung im Termin (Sitzungsprotokoll vom 14.09.2023) wird verwiesen. Des Weiteren hat das Gericht den Zeugen R. M… gemäß Beweisbeschluss vom 11.04.2024 vernommen. Diesbezüglich wird auf das Sitzungsprotokoll vom 11.04.2024 Bezug genommen.

27
Im Übrigen wird auf sämtliche gewechselten Schriftsätze der Parteien und der Streithelferin nebst Anlagen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

28
Die zulässige Klage ist zum Teil begründet.

A.

29
Die Kläger haben den Rechtsstreit wirksam mit Schriftsatz vom 23.12.2024 gemäß §§ 239 Abs. 1, 250 ZPO aufgenommen.

30
I. Die Kläger sind als Erben Rechtsnachfolger des am 26.04.2024 verstorbenen vormaligen Klägers … M… und damit befugt gewesen, den Rechtsstreit gemäß § 239 Abs. 1 ZPO aufzunehmen. Die Stellung der Kläger als Erben wird durch den vorgelegten Erbschein (Anlage zum Schriftsatz vom 29.01.2025) gemäß § 2365 BGB vermutet. Anhaltspunkte für dessen Unrichtigkeit wurden nicht vorgetragen.

31
II. Des Weiteren sind die klägerischen Prozessbevollmächtigten wirksam zur Aufnahme und Fortführung des Rechtsstreits für die Kläger bevollmächtigt. Die Beklagte und die Streithelferin haben die wirksame Bevollmächtigung zwar bestritten, ohne dass die Kläger die insoweit die gemäß § 80 Satz 1 ZPO notwendigen Originalvollmachten vorgelegt hätte (vgl. Althammer in: Zöller, ZPO, 35. Aufl., § 80 Rn. 8 m.w.N.).

32
Eine Auswirkung auf die wirksame Aufnahme des Rechtsstreits und die nachfolgenden Prozesshandlungen durch die klägerischen Prozessbevollmächtigten ist hierdurch aber nicht gegeben. Denn da die durch den vormaligen Kläger … M… erteilte Prozessvollmacht aus nach Aussetzung des Rechtsstreits fortwirkt (§ 86, 1. Hs. ZPO), schadet der unzureichende Nachweis der Vollmacht durch die jetzigen Kläger nicht (vgl. Toussaint in: Münchener Kommentar zur ZPO, 7. Aufl., § 86 Rn. 13).

B.

33
Die Klage ist teilweise begründet.

34
I. Die Kläger können die Freistellung von den Forderungen der H… GmbH über einen Betrag von 576.008,10 € für die Behandlungspflege des … M… im nach teilweiser Erledigungserklärung noch streitgegenständlichen Zeitraum 01.01.2022 bis 30.04.2024 verlangen (Klageanträge zu 1 bis 3).

35
1. Ein entsprechender Anspruch folgt dem Grunde nach aus dem zwischen … M… und der Beklagten geschlossen Krankenversicherungsvertrag gemäß § 192 Abs. 1 VVG, § 1922 Abs. 1 BGB. Der vertraglich vereinbarte Versicherungsfall ist gegeben wie auch der tariflich bestimmte Umfang der Leistungspflicht den Anspruch trägt.

36
a) Der vertraglich vereinbarte Versicherungsfall gemäß § 1 Abs. 2 AVB/NLT ist vorliegend erfüllt. Nach dieser Vorschrift ist Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung oder eines Schmerzzustands. In Erweiterung hierzu bestimmt § 1 Abs. 2 Buchst. e AVB/NLT, dass als Versicherungsfall auch die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person gilt wegen chronischer Erkrankung, deren Nichtbehandlung nach medizinischem Befund in einem absehbaren Zeitraum zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands und damit zu einer akuten Erkrankung führt.

37
aa) Dieser Fall liegt hier vor. Unter einer chronischen Erkrankung in diesem Sinne ist ein über einen Zeitraum von mindestens acht Wochen anhaltender, wiederkehrender oder sich fortentwickelnder regelwidriger Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der regelmäßig einer ärztlichen Behandlung bedarf und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat und für den nach derzeitigem medizinischem Wissensstand nicht ausgeschlossen werden kann, dass eine endgültige Heilung ausbleibt (Wiemer in: Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 6. Aufl., Teil G Rn. 17). Erforderlich ist die überwiegende Wahrscheinlichkeit einer Verschlimmerung des Krankheitsbildes im Falle der Nichtbehandlung (Wiemer, a.a.O.).

38
Dass … M… nach seinem Verkehrsunfall 2010 schwer und dauerhaft an der Gesundheit geschädigt war, ist zwischen den Parteien nicht umstritten. Der Sachverständige M… hat des Weiteren festgestellt, dass die Heilbehandlung des Versicherten medizinisch notwendig gewesen sei. Aufgrund rezidivierender Sättigungsabfälle in unregelmäßigen Abständen und einer Aspirationsgefahr durch Speichel, Nahrung oder Flüssigkeit bestehe das dauernde Risiko einer unzureichenden Sauerstoffsättigung und einer Pneumonie.

Dieser Gefahr müsse durch Interventionsbereitschaft begegnet werden (Gutachten vom 20.03.2023, S. 13). Damit steht eine Verschlimmerung des Krankheitsbildes bei Nichtbehandlung fest. Den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen schließt sich die Kammer an. Einwände haben die Parteien insoweit nicht geltend gemacht. Die Überwachung eines Patienten zur Vermeidung der Verschlimmerung einer Krankheit stellt eine Heilbehandlung im Sinne von § 1 Abs. 2 AVB/NLT dar (vgl. OLG Saarbrücken, Urteil vom 04.03.1998 – 5 U 773/97, NJW-RR 1999, 970, 971; OLG Hamm, Beschluss vom 12.10.2011 – 20 W 29/11, NJW 2012, 321; vgl. auch BSG, Urteil vom 10.11.2005 – B 3 KR 38/04 R Rn. 14, juris).

39
bb) Die Behandlung von … M… in der hier erfolgten Weise war auch medizinisch notwendig. Medizinisch notwendig ist eine Behandlung, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung vertretbar ist, die Heilbehandlung als notwendig anzusehen (BGH, Urteil vom 29.03.2017 – IV ZR 533/15, NJW 2017, 2408 Rn. 28 m.w.N.). Das ist für den vorliegenden Fall anzunehmen. Der Sachverständige M… hat die ständige Beobachtung des Versicherten durch eine medizinische Fachkraft zu jeder Tageszeit bejaht, um auf Sättigungsabfälle oder Aspirationen sofort reagieren zu können (Gutachten vom 20.03.2023, S. 13). Auch mehrfache Umlagerungen seien notwendig. Er hat dabei klargestellt, dass eine Intensiv-Behandlungspflege zwar nicht geboten sei. Darunter verstehe man eine Beatmungspflege des Patienten durch speziell ausgebildete Fachkräfte (Protokoll vom 14.09.2023, S. 6). Um eine solche gehe es vorliegend aber nicht. … M… werde nicht beatmet, insbesondere sei kein Tracheostoma bei ihm vorhanden (Gutachten vom 20.03.2023, S. 13). Die ständige Beobachtung sei aber gleichwohl geboten. Diese könne nur durch eine medizinische Fachkraft geleistet werden, die unter anderem die Vitalfunktionen zu überwachen und Atemsekret abzusaugen im Stande sei. Ein Laie sei hierzu nicht in der Lage (Protokoll vom 14.09.2023, S. 6).

40
Dieser Einschätzung schließt sich die Kammer nach eigener Würdigung an. Die Behauptung der Beklagten, die ständige Überwachung des Patienten sei deshalb nicht erforderlich, weil dieser sich mit einem Sauerstoffsättigungssensor und einem Hustenassistent selbst versorgen könne, ist unzutreffend. Diesbezüglich hat der Sachverständige aufgezeigt, dass ein Sauerstoffsättigungssensor die zügig gebotene Reaktion im Falle eines Sättigungsabfalls nicht herbeiführen könne, sondern nur eine Fachkraft (Gutachten vom 20.03.2023, S. 13). Auch ein Hustenassistent ersetze die Beobachtung nicht. Dies setze voraus, dass der Patient mitarbeiten könne und wolle. Zudem könne die Atemnot nicht damit behandelt werden (Gutachten vom 20.03.2023, S. 12, 13).

41
Gegen diese überzeugenden Darlegungen haben die Parteien keine Einwände erhoben.

42
b) Auch der konkrete Versicherungsumfang ist auf die Deckung von Aufwendungen für die hier erfolgte 24-Stunden-Beobachtung gerichtet. Gemäß § 1 Abs. 3 AVB/NLT ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Dazu dient insbesondere der Tarif (§ 4 Abs. 1 AVB/NLT). Der Umfang der Versicherungsleistungen ist grundsätzlich abschließend im Tarif geregelt (Wiemer in: Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 6. Aufl., Teil G. Rn. 34). Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif, Teil II: Tarif NLT aufgeführt. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um dort näher bezeichnete ambulante Heilbehandlungen, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung für Kinder und Jugendliche und stationäre Heilbehandlungen. Die häusliche 24-Stunden-Beobachtung durch einen Pflegedienst enthält die tarifliche Aufzählung nicht.

43
Dem gegenüber ist anerkannt, dass in Ausnahmefällen die Beschränkung des Versicherungsschutzes unwirksam sein kann, wenn der Vertragszweck hierdurch gefährdet würde. Denn Tarifbedingungen sind als eine das Hauptleistungsversprechen einschränkende Regelung gemäß § 307 Abs. 2 Nr. 2 BGB inhaltlich zu kontrollieren. Da der Versicherungsnehmer mit dem Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages eine Abdeckung seines Kostenrisikos bezweckt, das ihm durch die notwendige Behandlung von Krankheiten entsteht, sind entsprechende Einschränkungen daran zu messen, ob das primäre Leistungsversprechen unangetastet bleibt oder eine Vertragszweckgefährdung im Sinne einer Aushöhlung des

Krankenversicherungsvertrages erfolgt (BGH, Urteil vom 19.05.2004 – IV ZR 29/03, VersR 2004, 1035). Eine solche Vertragszweckgefährdung ist anzunehmen, wenn die in Frage stehende Heilbehandlung notwendig ist, um die grundlegenden Vitalfunktionen des Versicherungsnehmers zu erhalten. Denn in diesem Fall ist der Kernbereich des versicherten Risikos betroffen, das der Versicherungsnehmer in der Krankheitskostenversicherung typischerweise durch den Versicherungsvertrag gedeckt wissen möchte und dessen Ausgrenzung durch Tarifbedingungen den Zweck der Versicherung insgesamt in Frage stellt (OLG Hamm, Beschluss vom 12.10.2011 – 20 W 29/11, NJW 2012, 321, 322; LG Köln, Urteil vom 06.07.2011 – 23 O 295/10 Rn. 20; LG Bonn, Urteil vom 26.11.2009 – 9 O 230/09 Rn. 27; LG Dortmund, Urteil vom 12.07.2007 – 2 O 323/06 Rn. 23, jeweils juris; Weidensteiner in: Boetius/Rogler/Schäfer, Rechtshandbuch Private Krankenversicherung, § 41 Rn. 69; ders. in: Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 6. Aufl. § 5 MB/KK Rn. 110; a.A. Schäfer in: Boetius/Rogler/Schäfer, Rechtshandbuch Private Krankenversicherung, § 50 Rn. 18).

44
Ein solcher Fall ist vorliegend gegeben. Der Sachverständige M… hat die ständige Überwachung des Patienten als zwingend notwendig zu Sicherstellung von dessen Vitalfunktionen beschrieben (Gutachten vom 20.03.2023, S. 13). Die bei ihm auftretenden Aspirationen seien lebensbedrohlich. Wenn man nicht umgehend eingreife, könne der Patient versterben (Protokoll vom 14.09.2023, S. 5). Damit ist der Kernbereich des versicherten Risikos betroffen, da ohne Inanspruchnahme der 24-Stunden-Beobachtung alsbaldige schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen des Versicherungnehmers bis zum Ableben wahrscheinlich seien.

45
Die von der Beklagten zitierten Entscheidungen des OLG Schleswig (Urteil vom 24.11.2011 – 16 U 43/11) und des LG Gießen (Urteil vom 12.08.2014 – 2 O 210/14) betreffen ersichtlich andere Sachverhalte, in denen es nicht um die Erhaltung von Vitalfunktionen ging.

46
Besonderheiten ergeben sich vorliegend auch nicht daraus, dass der Versicherte im Notlagentarif versichert war. Das Leistungsversprechen des Versicherers ist auch in diesem Tarif auf die Erstattung von erforderlichen Aufwendungen zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie von chronischen Erkrankungen zur Vermeidung erheblicher Verschlechterungen des Gesundheitszustandes gerichtet (vgl. auch § 153 Abs. 1 Satz 2 VAG). Das medizinische Existenzminimum dürfen die Ausgestaltungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif nicht unterschreiten. Klammern die AVB/NLT dennoch Leistungen aus, auf die ein grundrechtlich verbürgter Anspruch besteht, so sind Leistungsausschlüsse insofern nichtig und es besteht gleichwohl ein Anspruch (Mandler in: Boetius/Rogler/Schäfer, Rechtshandbuch Private Krankenversicherung, § 60 Rn. 18). So verhält es sich hier. Da der Versicherte ohne die Inanspruchnahme der 24-Stunden-Beobachtung existenziell bedroht worden wäre, ist die Behandlung auch vom Notlagentarif gedeckt. Die hohen Kosten dafür sind hinzunehmen.

47
2. Zur Überzeugung der Kammer (§ 286 ZPO) sind die Aufwendungen des Versicherten M… durch Erbringung der abgerechneten Leistungen der H… GmbH auch tatsächlich erfolgt.

48
a) Dies folgt zunächst aus der Aussage des Zeugen Mü… Der Zeuge wurde in der Verhandlung am 11.04.2024 intensiv zur Geschäftstätigkeit der H… … GmbH und zum Vertragsverhältnis mit … M… befragt. Danach ist entgegen der Behauptung der Beklagten und der Streithelferin nicht davon auszugehen, dass es sich bei der H… … GmbH um eine Briefkastenfirma handelt. Der Zeuge M… hat umfassend und ohne Widersprüche die Fragen der Kammer zur Tätigkeit des Unternehmens beantwortet. Danach verhält es sich so, dass dieses unter anderem Assistenzleistungen insbesondere von Unfallopfern erbringt, derzeit beschränkt auf den deutschen Markt. Das Unternehmen verfüge über 34 Angestellte, für deren Beschäftigung der Zeuge eine Betriebsnummer und eine Steuernummer vorgelegt hat. Es gebe in Deutschland 15 andere Patienten, die vom Unternehmen betreut würden.

49
Der Zeuge hat auch überzeugend bekundet, dass die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht wurden. Der Zeuge war mit der Versorgungssituation des Patienten vertraut. Ein deutliches Indiz für die

tatsächliche Erbringung der Leistungen ist der vorgelegte Mietvertrag für eine Wohnung in unmittelbarer Nachbarschaft zur Wohnung des Patienten, in der Mitarbeiter untergebracht wurde sowie die vorgelegten Stromverbrauchsrechnungen des Energieversorgers über die konkrete Verbrauchsstelle.

50
Die Leistungserbringung wird zudem nachgewiesen anhand der vorgelegten Leistungsnachweise für den Zeitraum Oktober 2021 bis Oktober 2023 (Anlagen K 12 bis K 14). Der Zeuge M… hat diesbezüglich glaubhaft ausgesagt, mit den Mitarbeitern sei vereinbart worden, dass jeder sein Namenskürzel für den jeweiligen Dienst eintrage. Er selbst komme einmal im Monat vorbei und hole die Leistungsnachweise ab (Protokoll vom 11.04.2026, S. 11 f.).

51
Der Zeuge konnte die Namenskürzel den einzelnen Mitarbeitern zuordnen. Die Nachweise stimmen inhaltlich mit dem Vortrag der Kläger überein, dass die Klägerinnen zu 1 und zu 2 im Wesentlichen die Nachtdienste abgedeckt haben und die anderen Mitarbeiter die Tagdienste.

52
Wesentliches Indiz für die Leistungserbringung ist zudem die schlichte Notwendigkeit der 24-Stunden-Beobachtung, wie sie der Sachverständige festgestellt hat. Es war mithin nicht möglich, … M… ohne Aufsicht durch eine medizinische Fachkraft zu lassen, weil die ständige Möglichkeit des sofortigen Eingriffs erforderlich war. Dass die Klägerinnen zu 1 und zu 2 diese Art von Betreuung über Jahre ohne Hilfe Dritter übernommen haben, ist nicht denkbar.

53
Die Tatsache, dass die H… … GmbH unstreitig bis zuletzt mit der Erbringung der Pflegeleistungen in erheblichem Umfang in Vorleistung getreten ist und mit bislang nur 75.000 € lediglich einen Bruchteil der Leistung vergütet erhielt, spricht bei Gesamtschau der Umstände nicht gegen die Durchführung des Vertrages, wie Beklagte und Streithelferin meinen. Der Zeuge M hat dies mit einer Absprache mit dem klägerischen Prozessbevollmächtigten erklärt, die er auch in seinen Geschäftsunterlagen vermerkt habe (Protokoll vom 11.04.2024, S. 10, 14). Das Unternehmen könne dies durch die Gelder aus anderen Patientenverträgen auffangen.

54
Die Kammer hält diese Erklärung für plausibel. Zwar dürfte es den Regelfall darstellen, dass ein Pflegedienst erst bei Nachweis einer Kostenzusage tätig wird. Vorliegend besteht aber die Besonderheit, dass diese Kostenzusage von der Beklagten im Jahr 2020 gerade entzogen wurde und die Klägerin zu 1 nach ihren Angaben über ihren Anwalt und einen Gutachter in Kontakt mit dem Zeugen M… kam, gerade weil eine Lösung ohne feste Kostenzusage gefunden werden musste (Protokoll vom 11.04.2024, S. 4 f.), anderenfalls eine Versorgung von … M… nicht mehr gesichert gewesen wäre.

55
Die Tatsache, dass Rechnungen der H… … GmbH zunächst an die Streithelferin gerichtet waren (vgl. Anlage K 3), spricht nicht gegen die Erbringung der Leistungen. Der Zeuge M… -… hat dies damit begründet, dass die Rechnungen zunächst an die „Zahlstelle“ gerichtet wurden (Protokoll vom 11.04.2024, S. 13).

56
Die Kammer verkennt nicht, dass der Zeuge M… durchaus ein Eigeninteresse am Ausgang des Rechtsstreits hat, da die Begleichung der Rechnungen durch die Kläger selbst fraglich ist. Aufgrund der Gesamtbetrachtung der oben genannten Umstände ist aber von der tatsächlichen Erbringung der Behandlungsleistungen wie abgerechnet auszugehen.

57
b) Auch in der Höhe sind dem Versicherten … M… die Aufwendungen entstanden. Im vorgelegten Vertrag mit der H… … GmbH vom 15.09.2021 (Anlage K 11) ist zwar ein Stundensatz nicht festgelegt worden. Der Zeuge M… hat diesbezüglich jedoch ausgesagt, mit der Klägerin zu 1 sei als Betreuerin ihres Ehemannes der Stundensatz abgesprochen gewesen, ebenso die spätere Erhöhung.

58

3. Die abgerechneten Leistungen der H… sind jedoch im Rahmen des Krankenversicherungsvertrages nur teilweise erstattungsfähig.

59
a) Dabei sind die abgerechneten Stundensätze erstattungsfähig. Mangels tariflicher Regelung zu erstattungsfähigen Höchstbeträgen sind die angemessenen und üblichen Stundensätze vergleichbarer Pflegeleistungen erstattungsfähig (vgl. LG Köln, Urteil vom 06.07.2011 – 23 O 295/10 Rn. 25). Dass die Vergütung überhöht ist, ist nicht ersichtlich und wurde von der Beklagten auch nicht eingewandt.

60
b) In Abzug zu bringen sind aber die auf die Grundpflege des Versicherten entfallenden Leistungen. Unstreitig wurden bei diesem durch die H… … GmbH Grundpflegeleistungen im Rahmen der 24-Stunden-Überwachung erbracht. Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen bei häuslicher Pflege unterfallen der privaten Pflegeversicherung gemäß § 4 A. Abs. 1 MB/PPV und sind daher von der privaten Krankenkostenversicherung nicht zu tragen. … M… -… erhielt unstreitig Leistungen aus seiner privaten Pflegeversicherung für die häusliche Pflege und solche sind von der Beklagten als Krankenversicherer nicht zu tragen, sodass sie herausgerechnet werden müssen (vgl. LG Köln, Urteil vom 21.01.2015 – 23 O 178/13 Rn. 31, juris).

61
aa) Im System der gesetzlichen Sozialversicherung ist bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege und von Pflegesachleistungen durch dieselbe Pflegeperson eine Leistungsabgrenzung zwischen der häuslichen Krankenpflege in Form der 24-stündigen Krankenbeobachtung und den Pflegesachleistungen vorzunehmen. Diese erfolgt durch Abzug des hälftigen Zeitumfangs der reinen Grundpflege von der rund um die Uhr erforderlichen Behandlungspflege. Aus der Differenz zwischen dem verordneten zeitlichen Umfang der häuslichen Krankenpflege und der Hälfte des zeitlichen Umfangs der „reinen“ Grundpflege ergibt sich demnach der zeitliche Umfang der häuslichen Krankenpflege, für den die Krankenkasse einzutreten hat (BSG, Urteil vom 17.06.2010 – B 3 KR 7/09 R Rn. 28 ff., juris). Hintergrund ist, dass der Anspruch auf Sachleistungen für häusliche Krankenpflege durch den Anspruch auf Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI nicht überlagert oder verdrängt werden soll. Durch den Abzug der reinen Grundpflege wird somit dem Grundsatz der Parallelität und Gleichrangigkeit beider Ansprüche Rechnung getragen (BSG, a.a.O. Rn. 25). Zugleich wird damit berücksichtigt, dass während der Durchführung der Grundpflege weiterhin Behandlungspflege in Gestalt der Krankenbeobachtung stattfindet.

62
Gemäß der gesetzlichen Regelung in § 17 Abs. 1b SGB XI erlässt der Medizinische Dienst im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Die entsprechende Kostenabgrenzungsrichtlinie ist am 16.12.2016 erlassen worden und von den Klägern in der Anlage K 10 vorgelegt worden. Diese enthält für die Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung die Kosten zu tragen hat, pauschale Minutenwerte, gestaffelt nach Pflegegraden. Für den Pflegegrad 5, in den M eingeordnet war, beträgt dieser Zeitanteil 141 Minuten (= 2,35 Stunden) am Tag.

63
bb) Für das System der privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist die Kostenabgrenzung ebenfalls durch Abzug der auf die reine Grundpflege entfallenden Kosten vorzunehmen, wobei offenbleiben kann, inwieweit § 17 Abs. 1b SGB XI bzw. die hierzu ergangene Richtlinie aufgrund des Verweises auf die Vorschriften des SGB XI in § 1 Abs. 12 MB/PVV auch hier gilt. Denn die Richlinien gemäß § 17 SGB XI stellen Verwaltungsbinnenrecht dar. Sie bilden Orientierungswerte, die die Gerichte nicht binden, aber im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigungsregel, die im Einzelfall widerlegbar ist, anwendbar sind (LSG Bayern, Urteil vom 25.06.2014 – L 2 P 81/12 Rn. 46; SG Augsburg, Urteil vom 09.02.2023 – S 6 SO 153/21 Rn. 32, jeweils juris). Zivilprozessual ist der Kammer dabei die Möglichkeit der Schätzung eröffnet (§ 287 Abs. 2 ZPO), wobei die in die Kostenabgrenzungsrichtlinie eingeflossenen Erfahrungswerte herangezogen werden können.

64
Nach diesem Maßstab sind für die Grundpflege des Versicherten täglich 2,35 Stunden in Abzug zu bringen und für die hauswirtschaftliche Versorgung weitere 2,5 Stunden.

65
(1) Die Kläger haben vorgetragen, auf die Grundpflege seien täglich ca. 145 Minuten entfallen. Umstände, die eine Abweichung vom Minutenwert der Kostenabgrenzungsrichtlinie als erforderlich erscheinen lassen, haben die Parteien nicht vorgetragen. Eine lediglich hälftige Teilung des Minutenwertes gemäß der oben dargestellten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bedarf es nicht, weil es sich bei den Werten in der Kostenabgrenzungsrichtlinie um Hälfte des Zeitaufwands der „reinen“ Grundpflege handelt (SG Augsburg, Urteil vom 09.02.2023 – S 6 SO 153/21, BeckRS 2023, 1767 Rn. 27).

66
(2) Der Zeitaufwand für die hauswirtschaftliche Versorgung ist hingegen voll anzurechnen. Dabei ist zunächst davon auszugehen, dass dieser Aufwand nicht in den Minutenwerten der Kostenabgrenzungsrichtlinie enthalten ist. Denn gemäß § 17 Abs. 1b Satz 2 SGB XI sind bei der Feststellung des Zeitanteils in der Richtlinie von den Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI nur die Maßnahmen der körperlichen Pflege zu berücksichtigen, mithin nicht Hilfen bei der Haushaltsführung. Die hierauf entfallenden Kosten stellen keine Behandlungsmaßnahmen dar. Sie sind vollständig von der Pflegeversicherung zu tragen (SG Berlin, Beschluss vom 19.01.2023 – S 212 SO 1435/22 Rn. 31; Manthey, ASR 2021, 9, 14). Die unterschiedliche Behandlung der Maßnahmen der hauswirtschaftlichen Versorgung mit der Grundpflege ist sachlich gerechtfertigt. Denn während bei der Grundpflege Fachkräfte mit entsprechender Ausbildung tätig sind, bedarf es entsprechender Kenntnisse bei der hauswirtschaftlichen Versorgung nicht. Ob die Überschneidung mit der Krankenbeobachtung genauso gegeben ist wie bei der Grundpflege, erscheint darüber hinaus zweifelhaft. Die Kläger haben vorgetragen, auf die hauswirtschaftliche Versorgung des Versicherten seien täglich zwei bis drei Stunden entfallen. Zum Zwecke der Anrechnung von der Behandlungspflege hält die Kammer den Mittelwert von 2,5 Stunden für angemessen. Insgesamt beträgt der von der Behandlungspflege abzuziehende Zeitaufwand täglich somit (2,35 + 2,5 Stunden) 4,85 Stunden.

67
Da die vorgelegten Rechnungen der H… … GmbH je nach Tageszeit unterschiedliche Stundensätze enthalten, ist zu bestimmen, mit welchem Stundensatz der abzuziehende Zeitaufwand zu multiplizieren ist. Nach Ansicht der Kammer ist dies der Stundensatz für den Tagesdienst, weil sowohl die Maßnahme der Grundpflege als auch der hauswirtschaftlichen Versorgung in der Regel am Tage erbracht werden dürften.

68
Reicht der Höchstbetrag in der Pflegeversicherung zur Abdeckung dieser Kosten nicht aus, hat der Versicherte den verbleibenden Rest aus eigenen Mitteln aufzubringen (BSG, Urteil vom 17.06.2010 – B 3 KR 7/09 R Rn. 28, juris). Denn mit einem höheren monetären Anteil zulasten der Krankenversicherung würde das auf einer Eigenbeteiligung basierende Konzept der Pflegeversicherung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung umgangen (SG Augsburg, Urteil vom 09.02.2023 – S 6 SO 153/21, BeckRS 2023, 1767 Rn. 27).

69
(3) Somit ergibt sich folgende Rechnung:

Leistungsmonat	Rechnungsbe-trag	Stundensatz Ta-gesdienst	Abzugsbetrag für 4,85 Stunden pro Monat	Erstattungsfähi-ger Betrag in der Krankenver-sicherung
Oktober 2021	23.079,50 €			für erledigt erklärt
November 2021	22.335,00 €			für erledigt erklärt
Dezember 2021	27.543,50 €			für erledigt erklärt
Januar 2022	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €, abzgl. 2.042 € Teilerledigung: 20.389,60 €
Februar 2022	24.878,00 €	34 €	4.617,20 €	20.260,80 €
März 2022	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
April 2022	26.655,00 €	34 €	4.947,00 €	21.708,00 €
Mai 2022	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
Juni 2022	26.655,00 €	34 €	4.947,00 €	21.708,00 €

Juli 2022	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
August 2022	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
September 2022	26.655,00 €	34 €	4.947,00 €	21.708,00 €
Oktober 2022	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
November 2022	26.655,00 €	34 €	4.947,00 €	21.708,00 €
Dezember 2022	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
Januar 2023	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
Februar 2023	24.878,00 €	34 €	4.617,20 €	20.260,80 €
März 2023	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
April 2023	26.655,00 €	34 €	4.947,00 €	21.708,00 €
Mai 2023	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
Juni 2023	26.655,00 €	34 €	4.947,00 €	21.708,00 €
Juli 2023	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
August 2023	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
September 2023	26.655,00 €	34 €	4.947,00 €	21.708,00 €
Oktober 2023	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
November 2023	26.655,00 €	34 €	4.947,00 €	21.708,00 €
Dezember 2023	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
Januar 2024	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
Februar 2024	25.766,50 €	34 €	4.782,10 €	20.984,40 €
März 2024	27.543,50 €	34 €	5.111,90 €	22.431,60 €
April 2024	9.932,50 €	34 €		9.932,50 €
Gesamt				601.966,10 €

70
Da im April 2024 keine Versorgung von … M… mehr zu Hause stattfand, sondern in der Klinik, entfallen die Pflegeleistungen für die häusliche Versorgung und damit auch der Abzug.

71
c) Von der Gesamtsumme sind Zahlungen der Streithelferin an … M… abzuziehen. Unstreitig hat die Streithelferin Vorschüsse an … M… geleistet, die nachträglich auf die „Pflegekosten“ verrechnet wurden. Insoweit ergibt sich bereits aus dem von Klägerseite vorgelegten Schreiben der Streithelferin vom 13.05.2022 (Anlage K 15), dass es sich nicht lediglich um Gesamtzahlungen in Höhe von 75.000 € handelte, sondern in Höhe von 119.000 €. Ferner ergibt sich hieraus eine konkrete Tilgungsbestimmung der Streithelferin gemäß § 366 Abs. 1 BGB, an die die Kläger gebunden sind. Die Streithelferin hat insoweit bestimmt, dass die Zahlungen für Pflegekosten im Zeitraum Dezember 2020 bis einschließlich April 2022 geleistet werden, und zwar monatlich zu 7.000 €. Somit sind jeweils 7.000 € monatlich für den hier nicht streitgegenständlichen Zeitraum Dezember 2020 bis September 2021 (7.000 € x 10 = 70.000 €) geleistet worden und spielen vorliegend keine Rolle.

72
Hinsichtlich des übrigen Teilbetrages in Höhe von 49.000 € ist wiederum zu differenzieren. Soweit Leistungen auf den Zeitraum Oktober 2021 bis Dezember 2021 erbracht wurden (7.000 € x 3 = 21.000 €), spielen diese vorliegend ebenfalls keine Rolle, weil die Kläger nach erfolgter Teilerledigungserklärung insoweit keine Ansprüche mehr geltend machen. Von den Restbetrag (28.000 €) sind jeweils 7.000 € auf die Rechnungen Januar 2022 bis April 2022 zu verrechnen, wobei die Klageforderung für Januar 2022 bereits um 2.042 € aufgrund der Zahlung teilweise für erledigt erklärt wurde (vgl. Protokoll vom 11.04.2024, S. 3), sodass hier nur noch die Differenz in Höhe von (7.000 € – 2.042 €) 4.958 € in Abzug zu bringen ist.

73
Vom dem geschuldeten Gesamtbetrag in Höhe von 601.966,10 € sind somit (4.958 € + 3 x 7.000 €) 25.958 € in Abzug zu bringen. Der von der Beklagten geschuldete Betrag beläuft sich daher auf 576.008,10 €.

74
4. Die übrigen Einwendungen der Beklagten greifen nicht durch.

75
a) Die Kläger sind nicht gehalten, den streitgegenständlichen Anspruch vorrangig bei der Streithelferin geltend zu machen. Die Beklagte schuldet Leistungen aus der Krankenversicherung aus Vertrag. Ein

Grundsatz, dass sich der Versicherungsnehmer vorrangig an den Unfallschädiger zu halten hat, existiert nicht.

76
b) Entgegen der Ansicht der Beklagten können die Kläger auch die Freistellung von den Forderungen der H… … GmbH verlangen und müssen ihre Klageanträge nicht auf Zahlung der erstattungsfähigen Beträge richten. Gemäß § 1 Abs. 1 Satz 2a MB/KK 2009 bzw. § 1 Abs. 1 AVB/NLT 2013 leistet der Versicherer für Aufwendungen, die für Heilbehandlungen entstehen. Unter Aufwendungen in diesem Sinne fallen nicht nur Zahlungsvorgänge aus dem Vermögen des Versicherungsnehmers. Vielmehr entstehen Aufwendungen dem Versicherungsnehmer bereits durch das Eingehen von Verbindlichkeiten gegenüber einem Leistungserbringer (BGH, Urteil vom 12.03.2003 – IV ZR 278/01, NJW 2003, 1596; Wiemer in: Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 6. Aufl., § 1 MB/KK Rn. 16). Soweit in der Rechtsprechung ein Freistellungsanspruch in der privante Krankenversicherung verneint wird, betrifft dies die Situation, dass entsprechende Kosten erst noch zukünftig anfallen (OLG Koblenz, Beschluss vom 21.06.2007 – 10 U 1143/06 Rn. 5; OLG Karlsruhe, Urteil vom 24.05.2007 – 19 U 88/06 Rn. 29, jeweils juris). Denn bei der privaten Krankenversicherung handelt es sich um eine Passivenversicherung. Das bedeutet aber nicht, dass der Versicherungsnehmer bei Vorliegen einer entsprechenden Rechnung die Leistung nicht auch direkt an den Gläubiger der Forderung verlangen kann (OLG Celle, Urteil vom 28.02.2019 – 8 U 178/18 Rn. 154, juris). Das ist vorliegend der Fall, weil die H… GmbH ihre Leistungen gegenüber … M… für den streitgegenständlichen Zeitraum im Einzelnen abgerechnet hat.

77
II. Der auf Feststellung der teilweisen Erledigung des Rechtsstreits gerichtete Klageantrag zu 4 ist unbegründet.

78
Bei einer einseitigen Erledigungserklärung des Klägers ist zu prüfen, ob die Klage bis zum geltend gemachten erledigenden Ereignis zulässig und begründet war und – wenn das der Fall ist – ob sie durch dieses Ereignis unzulässig oder unbegründet geworden ist. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, ist die Erledigung der Hauptsache festzustellen (BGH, Urteil vom 28.6.2018 – I ZR 257/16, NJW-RR 2019, 61 Rn. 11 m.w.N.).

79
Vorliegend sind diese Voraussetzungen nicht gegeben. Durch die Zahlungen der Streithelferin in Höhe von 119.000 € – von denen die Kläger nur in Höhe eines Teilbetrages in Höhe von 75.000 € bezüglich der Rechnungsbeträge für Oktober 2021 bis Januar 2022 erklärt haben (vgl. Protokoll vom 11.04.2024, S. 2 f.) – ist keine Teilerledigung des Rechtsstreits eingetreten. Wie oben dargestellt, hat die Streithelferin ihre Teilzahlungen mit einer Tilgungsbestimmung in der Weise versehen, dass monatlich 7.000 € auf die Pflegekosten geleistet werden sollen. Nur insoweit ist Erfüllung eingetreten. Soweit die Kläger den Klageanspruch für den Zeitraum Oktober 2021 bis Januar 2022 über diese Erfüllungswirkung hinaus für erledigt erklärt haben, liegt bereits kein erledigendes Ereignis vor, da der Gläubiger von – hier nicht vorliegenden – Ausnahmen abgesehen kein Tilgungsbestimmungsrecht hat (vgl. Fetzer in: Münchener Kommentar zum BGB, 9. Aufl., § 366 Rn. 10).

80
Aber auch in Bezug auf die tatsächlich mit Erfüllungswirkung geleisteten Zahlungen der Streithelferin liegt kein erledigendes Ereignis vor, weil die Klage diesbezüglich von Beginn an unbegründet war. Die Streithelferin hat ihre Tilgungsbestimmung zu den vorangegangenen Vorschussleistungen mit Schreiben vom 13.05.2022 abgegeben, weshalb (teilweise) Erfüllungswirkung zu diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Die Klage wurde hingegen erst am 31.05.2022 bei Gericht eingereicht und der Beklagten erst am 13.07.2022 zugestellt. Mithin ist die Klage nicht nach ihrer Erhebung teilweise unbegründet geworden.

81
III. Der Klageantrag auf Freistellung von vorgerichtlichen Rechtsverfolgungskosten ist ebenfalls unbegründet. Die Voraussetzungen eines entsprechenden Anspruchs aus Verzug gemäß § 280 Abs. 1, Abs. 2, §§ 286, 249 BGB haben die Kläger nicht schlüssig dargelegt. Es fehlt bereits an der Darlegung eines Verzugsschadens. Die Kosten der verzugsbegründenden Mahnung können nicht verlangt werden (Dornis in: BeckOGK, § 286 BGB, Stand: 01.06.2024 Rn. 323). Das ist aber vorliegend der Fall. Die Kläger haben dargelegt, der Verzug der Beklagten sei mit erfolgloser Mahnung durch das anwaltliche Schreiben

vom 10.08.2021 eingetreten (Schriftsatz vom 15.03.2024, S. 4). Da die Rechtsanwaltskosten somit bereits vor Eintritt des Verzugs angefallen sind, handelt es sich nicht um einen ersatzfähigen Verzugsschaden.

82
Selbst wenn man bereits die Ankündigung der Einstellung der Kostentragung durch die Beklagte im Schreiben vom 07.10.2020 (Anlage … 5) als ernsthafte und endgültige Erfüllungsverweigerung bewerten wollte, wäre ein anschließender durch Inanspruchnahme anwaltlicher Hilfe entstandener Verzugsschaden nicht schlüssig dargelegt. Denn nach der ernsthaften und endgültigen Erfüllungsverweigerung des Schuldners können außergerichtliche Zahlungsaufforderungen durch den Rechtsanwalt als nicht erfolgversprechend und daher als nicht zweckmäßig anzusehen sein, weil dann eine sofortige Titulierung der Forderung in Betracht kommt (BGH, Urteil vom 17.09.2015 – IX ZR 280/14, NJW 2015, 3793 Rn. 11). Weshalb vorliegend gleichwohl Auftrag zur außergerichtlichen Mahnung der Forderungen geboten und zweckmäßig war, legen die Kläger nicht dar.

C.

83
Die Kostenentscheidung beruht auf § 92 Abs. 1 Satz 1, § 101 Abs. 1, § 269 Abs. 3 Satz 2 ZPO. Die Kostenquote war anhand des Verhältnisses des ausgeurteilten Klagebetrags im Vergleich zum Gesamtstreitwert zu bilden. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf § 709 ZPO.

84
Die Streitwertentscheidung findet ihre Rechtsgrundlage in §§ 3, 5 ZPO i.V.m § 48 GKG.