

**Landgericht Köln, 23 O 424/08**

---

**Datum:** 14.10.2009  
**Gericht:** Landgericht Köln  
**Spruchkörper:** 23. Zivillkammer  
**Entscheidungsart:** Urteil  
**Aktenzeichen:** 23 O 424/08

---

**Tenor:**

1) Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 2.796 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 963 € seit dem 04.07.2007 sowie Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 1.833 € seit dem 28.11.2008 zu zahlen.

2) Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger weitere 428 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 19.03.2009 zu zahlen.

3) Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger vorgerichtliche Kosten in Höhe von 155,30 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 28.11.2008 zu zahlen.

Im übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits tragen der Kläger zu 38 % und die Beklagte zu 62 % mit Ausnahme der durch die Anrufung des unzuständigen Gerichts verursachten Kosten. Diese trägt der Kläger.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar, für den Kläger jedoch nur gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages. Der Kläger kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

---

**Tatbestand**

1

Der Kläger unterhält bei der Beklagten eine private Krankheitskostenversicherung, in deren Rahmen für ambulante Behandlungen Versicherungsschutz nach dem Tarif A 0 besteht. Dem Versicherungsverhältnis liegen die aus der Akte ersichtlichen Versicherungs- und Tarifbedingungen zugrunde.

2

Der Kläger leidet unter einer Halswirbelsäulen-Lendenwirbelsäulen Seitverbiegung, einem Beckenschiefstand, einer Lumboischialgie rechts, einem Bandscheibenprolaps L5/S1, einer Wurzelreizsymptomatik L5/S1 rechts, einem sensiblen Wurzelschaden L5/S1 rechts, einer Fußhebeschwäche rechts sowie einer muskulären Dysbalance des Schulter- und Beckengürtels. Er nimmt aufgrund dieser Erkrankungen seit dem Jahr 2005 regelmäßig manuelle Physiotherapie in Anspruch und reicht bei der Beklagten Physiotherapierechnungen ein, in denen je Behandlungseinheit für manuelle Therapie 33,20 € berechnet werden. Auf diese Rechnungen erbrachte die Beklagte jeweils nur Leistungen in Höhe von 22,50 € je Behandlungseinheit. Dieser Betrag entspricht dem Heilmittelverzeichnis LEVP07/03 der Beklagten sowie den beihilfefähigen Höchstsätzen. Die Beklagte lehnte die Erstattung über die beihilfefähigen Höchstsätze hinaus mit Schreiben vom 26.09.2006 ab. Sie wurde durch anwaltliches Schreiben vom 20.06.2007 aufgefordert, einen Betrag in Höhe von 963 € an den Kläger zu zahlen. Der Kläger reichte bei der Beklagten des weiteren die Rechnung der Frau Dr. E vom 18.12.2006 ein, mit der diese eine MedX-Therapie abrechnete. Die Beklagte lehnte die Erstattung dieser Rechnung ab. Die Gründe hierfür erläuterte sie dem Kläger mit Schreiben vom 05.02.2007, 04.04.2007 und 03.07.2007.

3

Mit den Klageanträgen zu 1) und 3) verlangt der Kläger die vollumfängliche Erstattung der streitgegenständlichen Physiotherapierechnungen. Wegen der Einzelheiten der Rechnungsdaten wird auf die Klageschrift sowie den klageändernden Schriftsatz Bezug genommen. Er ist der Ansicht, die Höhe der üblichen Vergütung für die Kosten einer Physiotherapie könnten nicht an den beihilfefähigen Höchstsätzen orientiert werden. Physiotherapeuten seien vielmehr berechtigt, für ihre Leistungen eine Vergütung bis zum 2,3fachen Satz der Kassengebühren in Rechnung zu stellen. Mit dem Klageantrag zu 2) verlangt der Kläger die Erstattung der Rechnung von Dr. E vom 18.12.2006. Er ist der Auffassung, die Ärztin sei zur Abrechnung berechtigt gewesen. Er hat schriftsätzlich behauptet, zu Beginn eines jeden MedX-Termines sei jeweils eine computergesteuerte Messung des Kraftzuwachses erfolgt, dessen Ergebnisse mit der behandelnden Ärztin erörtert worden seien. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse seien eine Anpassung bzw. die Aufstellung eines Trainingsplanes für den jeweiligen Behandlungstag erfolgt. Danach seien die angeordneten Übungen unter der Anleitung der behandelnden Ärztin erfolgt. Darüber hinaus habe ein umfangreiches Abschlussgespräch stattgefunden. Es habe sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung gehandelt. Mit den Klageanträgen zu 4) und 5) begehrt der Kläger die Erstattung vorgerichtlicher Anwaltskosten.

4

Der Kläger hat ursprünglich beantragt, 1) die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 2.796 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 963 € seit dem 04.07.2007 sowie 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 1.369,60 € seit dem 01.11.2008 sowie Zinsen in Höhe von 5

5

Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 463,40 € seit dem 28.11.2008 zu zahlen, 2) die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 689,60 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 04.07.2007 zu zahlen, 3) festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, auch künftige manuelle Therapie – sofern diese ärztlich verordnet ist – mit einem Einzelpreis von 33,20 € pro Sitzung zu zahlen, 4) die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger vorgerichtliche Kosten in Höhe von 272,87 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 01.11.2008 zu zahlen, 5) die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger vorgerichtliche Kosten in Höhe von 120,67 € nebst 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 05.07.2007 zu zahlen. Er hat sodann den Klageantrag zu 3) abgeändert.

Der Kläger beantragt nunmehr,

6

1) die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 2.796 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 963 € seit dem 04.07.2007 sowie 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 1.369,60 € seit dem 01.11.2008 sowie Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 463,40 € seit dem 28.11.2008 zu zahlen.

7

2) die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 689,60 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 04.07.2007 zu zahlen.

8

3) die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 428 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 19.03.2009 zu zahlen.

9

4) die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger vorgerichtliche Kosten in Höhe von 272,87 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 01.11.2008 zu zahlen.

10

5) die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger vorgerichtliche Kosten in Höhe von 120,67 € nebst 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 05.07.2007 zu zahlen.

11

Die Beklagte beantragt,

12

die Klage abzuweisen.

13

Die Beklagte hält sich für berechtigt, physiotherapeutische Behandlungen auf die beihilfefähigen Höchstsätze zu kürzen. Insoweit behauptet sie, diese stellten die übliche Vergütung dar, in deren Höhe Leistungen nach den vertraglichen Vereinbarungen der Parteien allein geschuldet seien. Insoweit legt sie auch Vergleichsrechnungen vor. Hinsichtlich der MedX-Therapie ist die Beklagte der Auffassung, die behandelnde Ärztin sei nicht zur Abrechnung der Kräftigungstherapie als ärztliche Leistung berechtigt. Insoweit bestreitet die Beklagte, dass die abrechnende Ärztin persönliche Leistungen erbracht hat, die

14

eine eigene Abrechnungsbefugnis begründeten. Hilfsweise bestreitet sie die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme und behauptet, es handele sich um eine rein präventive Maßnahmen im Sinne eines gesundheitsorientierten Krafttrainings. Die Beklagte bestreitet ferner mit Blick auf eine möglicherweise hinter dem Kläger stehende Rechtsschutzversicherung die vorgerichtlichen Anwaltskosten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze sowie die zu den Akten gereichten Urkunden Bezug genommen. 15

Die Kammer hat Beweis erhoben gemäß dem Beweisbeschluss vom 27.05.2009 durch Zeugenvernehmung. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll vom 23.09.2009 Bezug genommen. 16

**Entscheidungsgründe** 17

Die Klage ist zulässig und mit den zuletzt gestellten Klageanträgen überwiegend begründet. 18

Die Klage ist insgesamt zulässig, insbesondere ist die erfolgte Klageänderung, sofern sie nicht bereits gemäß § 264 ZPO zulässig ist, sachdienlich und damit zulässig, § 263 ZPO. 19

Die Klage ist auch überwiegend begründet. Der Kläger hat einen Anspruch gegen die Beklagte auf vollständige Erstattung der streitgegenständlichen Physiotherapierechnungen in der zu Ziffer 1) und 2) tenorierten Höhe aus dem zwischen den Parteien abgeschlossenen Krankheitskostenversicherungsvertrag in Verbindung mit §§ 1, 49 VVG a.F., 1 I, II, III AVB. 20

Nach Maßgabe des § 1 I, II, III AVB der Beklagten gewährt die Beklagte dem Kläger im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Dass es sich bei den vom Kläger seit März 2005 durchgeführten physiotherapeutischen Behandlungen in Form der "manuellen Therapie" um medizinisch notwendige Heilbehandlungen des Klägers handelt, steht zwischen den Parteien nicht in Streit. Dass der Kläger für jede Behandlungseinheit manuelle Therapie einen Betrag in Höhe von 33,20 € aufgewendet hat, ist zwischen den Parteien ebenfalls nicht streitig. Die Beklagte kann sich auch nicht darauf berufen, zur Kürzung der zu erstattenden Beträge berechtigt zu sein. Eine Kürzung auf der Grundlage des Heilmittelverzeichnisses LEVP07/03 der Beklagten kommt nicht in Betracht. Denn es ist weder vorgetragen noch ersichtlich, dass diese wirksam in den Versicherungsvertrag einbezogen worden wäre. Auch eine Kürzung auf die beihilfefähigen Höchstsätze, die den Sätzen des Heilmittelverzeichnisses entsprechen, unter dem Gesichtspunkt der üblichen Vergütung gemäß § 612 II BGB kommt nicht in Betracht (vgl. insoweit auch LG Köln 23 O 380/08 – Urteil vom 17.06.2009 n.v.). Denn die beihilfefähigen Höchstsätze stellen keinen Anhaltspunkt für die übliche Vergütung physiotherapeutischer Behandlungen 21

dar. Aufgrund einer Anfrage der Kammer hat das Bundesministerium des Innern am 03.05.2007 auf die Frage, ob der Maßstab der durchschnittlich für derartige Leistungen in Deutschland geforderten Vergütung für die Bemessung der beihilfefähigen Höchstsätze eine Rolle spielt, mitgeteilt, Anhaltspunkt für die Höhe der Sätze des Leistungsverzeichnisses seien die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlten Vergütungen. 1992 sei die Ausgangsbasis der Berechnung der beihilfefähigen Höchstbeträge 160 % der GKV-Sätze gewesen. Die letzte Anhebung der Höchstsätze sei zum 01.03.2001 erfolgt, aufgrund der dadurch entstehenden Mehrbelastung der öffentlichen Haushalte habe bei dieser Anhebung die Grenze von 160 % nicht beibehalten werden können, so dass die Höchstsätze seit dieser Zeit teilweise unterhalb der vorbezeichneten Grenze lägen. Diese Auskunft des Bundesministeriums des Innern offenbart, dass die Bemessung der beihilfefähigen Höchstsätze sich in keiner Weise an den durchschnittlich für physiotherapeutische Leistungen in Rechnung gestellten Vergütungen orientiert, die im übrigen auch erst nach Durchführung von – zudem zeitnah aktualisierten – repräsentativen Erhebungen festgestellt werden könnten. Vielmehr bilden die Tarife der gesetzlichen Krankenkassen den Ausgangspunkt der Bemessung der beihilfefähigen Höchstsätze. Die Tarife der gesetzlichen Krankenkassen beruhen jedoch auf Gesichtspunkten, die mit den Maßstäben der Privatversicherung nicht einschränkungslos vereinbar sind und damit keinen Anhaltspunkt für die Bestimmung der üblichen Vergütungen sein können. Auch den vorliegend vereinbarten Tarifbedingungen ist für einen durchschnittlichen Versicherungsnehmer einer Privatversicherung nicht ohne weiteres zu entnehmen, dass lediglich das bei gesetzlichen Krankenversicherungen geltende Preisniveau bei physiotherapeutischen Leistungen gelten soll. Dies gilt um so mehr, als Privatversicherer, wie auch die Beklagte, in der Öffentlichkeit damit werben, dass sie eine bessere Versorgung als die der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen. Es kommt hinzu, dass die beihilfefähigen Höchstsätze bundeseinheitlich gelten und örtliche Abweichungen aufgrund kalkulatorischer Besonderheiten der Physiotherapiepraxen nicht berücksichtigt werden. Die Auskunft des Bundesministeriums des Innern zeigt weiterhin, dass auch die übrigen Bemessungsgrundlagen für die beihilfefähigen Höchstsätze in keiner Weise die übliche Vergütung berücksichtigen oder zugrunde legen. Der zunächst gewählte Ansatz der beihilfefähigen Höchstbeträge mit 160 % der Sätze der gesetzlichen Krankenkassen ist ebenso willkürlich wie die mit der letztmalig 2001 (!) erfolgten Anhebung erfolgte Herabsetzung dieses Prozentsatzes, die sich in den vergangenen 8 Jahren, in denen eine weitere Anhebung nicht erfolgt ist, weiter gesteigert haben dürfte. Sie beruht allein auf fiskalischen Erwägungen, nämlich der mit einer Anhebung der Sätze verbundenen Belastung der öffentlichen Haushalte.

Der Beklagtenvortrag gab auch keine Veranlassung, in eine Beweisaufnahme zur Höhe der üblichen Vergütungen im streitgegenständlichen Zeitraum im Großraum Köln einzusteigen. Denn die Beklagte hat nicht hinreichend substantiiert dargetan, dass für die hier allein streitgegenständliche manuelle Therapie eine namhafte und repräsentative Anzahl von Physiotherapiepraxen nur die beihilfefähigen Höchstsätze in Rechnung stellt, so dass es sich dabei um die "übliche" Vergütung handelt. Zu einer solchen Darlegung ist die Vorlage von Rechnungen aus dem Großraum München von vorneherein nicht geeignet. Die

22

aus dem Großraum Köln von der Beklagten vorgelegten Vergleichsrechnungen beziehen sich auf eine – gemessen an der Anzahl existierender Praxen für Physiotherapie - verschwindend geringe Anzahl von Physiotherapiepraxen. Gegenstand der vorgelegten Rechnungen ist zudem nur in 5 Fällen überhaupt die hier vorliegend streitgegenständliche manuelle Therapie.

Der Zinsanspruch beruht in Höhe von 963 € auf dem Gesichtspunkt des Verzuges, §§ 284 ff. BGB. Die Beklagte wurde mit anwaltlichem Schreiben vom 20.06.2007 unter Fristsetzung auf den 04.07.2007 zur Zahlung eines Teilbetrages von 963 € gemahnt. Eine Zahlung erfolgte nicht. Im übrigen beruht der Zinsanspruch auf § 291 BGB. Ein darüber hinausgehender Verzug ab dem 01.11.2008 ist seitens des Klägers nicht substantiiert dargetan worden. Die Klageschrift ist der Beklagten am 28.11.2008 zugestellt worden, der klageändernde Schriftsatz des Klägers vom 04.03.2009 am 19.03.2009. Die Zinshöhe ergibt sich aus dem Gesetz, § 288 I BGB.

23

Der Kläger hat ferner einen Anspruch auf Erstattung der vorgerichtlichen Anwaltskosten entsprechend dem Klageantrag zu 4), jedoch nur in dem tenorierten Umfang. Dieser entspricht einer 1,3 Geschäftsgebühr aus einem Streitwert von 963 € nebst Auslagenpauschale und Mehrwertsteuer. Nur in diesem Umfang hat der Kläger eine vorgerichtliche anwaltliche Tätigkeit in Form des Schreibens vom 20.06.2007 schlüssig vorgetragen. Dass zu einem späteren Zeitpunkt eine weitere anwaltliche Tätigkeit bezüglich eines höheren Betrages erfolgt wäre, ist weder schlüssig vorgetragen noch aus der Akte ersichtlich. Die Beklagte befand sich zu diesem Zeitpunkt in Verzug, da sie mit Schreiben vom 26.09.2006 die Erbringung von Zahlungen in Abrede gestellt hatte, §§ 284 ff. BGB. Der Kläger ist auch aktivlegitimiert. Zwar ist sein Rechtsschutzversicherer eingetreten und hat die vorgerichtlichen Anwaltskosten beglichen mit der Folge eines Forderungsübergangs auf diesen, § 67 VVG, jedoch ist nach dem unwidersprochenen Klägervortrag eine Rückabtretung des Anspruches auf den Kläger erfolgt, durch die der Kläger Anspruchsinhaber geworden ist.

24

Unbegründet ist die Klage hingegen, soweit der Kläger mit dem Klageantrag zu 2) die Erstattung der Rechnung Dr. E vom 18.12.2006 von der Beklagten begehrt. Insoweit besteht ein Anspruch des Klägers gemäß §§ 1, 49 VVG a.F., 1 AVB nicht.

25

Ein Anspruch gegen die Beklagte bestünde nur dann, wenn die erfolgte Abrechnung gemäß der Rechnung vom 18.12.2006 ordnungsgemäß und in Übereinstimmung mit der GOÄ erfolgt wäre. Denn nur dann besteht ein fälliger Anspruch der abrechnenden Ärztin gegenüber dem Kläger. Dies ist indes nicht der Fall. Der erfolgten Abrechnung steht § 4 II GOÄ entgegen. Nach dieser Vorschrift kann der Arzt nur Gebühren für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden. Das schließt nicht aus, dass einzelne Leistungen an Hilfspersonal delegiert werden können. Der Arzt selbst muss jedoch die grundlegenden Entscheidungen über Eingriffe und Therapien treffen, den Leistungen sein persönliches Gepräge geben und darüber hinaus die Leistungserbringung eigenverantwortlich überwachen. Der Arzt muss Aufsicht und Weisung so ausüben, dass er seiner Verantwortlichkeit für die Durchführung

26

delegierter Leistungen im Einzelfall auch tatsächlich und fachlich gerecht werden kann. Das schließt zwar nicht aus, dass sich der Arzt bei der Erbringung physikalisch-medizinischer Leistungen dritter Hilfspersonen bedient. Die Abrechenbarkeit solcher Leistungen als eigene ärztliche Leistung setzt auch nicht voraus, dass der Arzt bei der Durchführung der physikalischen Maßnahmen durchgängig und lückenlos überwacht und insoweit während der gesamten Dauer der Durchführung der Maßnahmen anwesend ist. Nicht ausreichend ist jedoch, dass der behandelnde Arzt – wie vorliegend – lediglich die Therapieart und –dauer durch seine Verordnung festlegt und die Durchführung der Therapie ansonsten Hilfskräften wie den vorliegend tätig gewordenen Physiotherapeuten und Diplom-Sportlehrern überlässt, dies selbst dann, wenn die Behandlung in den Praxisräumlichkeiten des Arztes durchgeführt wird und dieser hin und wieder stichprobenartig den Trainingsraum betritt und bei Auftreten von Schwierigkeiten und Schmerzen eine Veränderung des ansonsten durch das Trainingsprogramm und die erzielten Fortschritte festgelegten Therapieplanes vornimmt. Dass im vorliegenden Fall nur eine Tätigkeit der Zeugin Dr. E in dem vorbezeichneten Umfang vorliegt, steht nach dem Ergebnis der durchgeführten Beweisaufnahme zur Überzeugung der Kammer fest. Der Kläger hat im Rahmen seiner informatorischen Anhörung glaubhaft und überzeugend geschildert, zu Beginn jeder Trainingseinheit sei durch ein Computermessgerät eine Auswertung seiner Fortschritte erfolgt. Auf der Grundlage und abhängig vom Ergebnis dieser Auswertung, zu der die Zeugin nicht hinzugerufen worden sei, sei an den vorhandenen Geräten unter Aufsicht der anwesenden Hilfspersonen das konkrete Trainingsprogramm absolviert worden. Zwischendurch sei die Zeugin hin und wieder in den Trainingsraum gekommen und habe kurz mit den Hilfspersonen sowie mit den anwesenden Patienten gesprochen, sich insbesondere nach deren Wohlbefinden dem Auftreten von Schmerzen etc. erkundigt. Eingehende Gespräche seien mit der Zeugin im Rahmen der in aller Regel dem Training vorangehenden bzw. nachfolgenden ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, die auch gesondert abgerechnet worden seien, erfolgt. Auch die Zeugin Dr. E hat keineswegs bekundet, bei jeder Trainingseinheit maßgebliche eigene Leistungen erbracht zu haben oder auch nur bei jeder zu Beginn der Trainingseinheiten erfolgenden Auswertung der Fortschritte des Patienten, die den konkreten Ablauf der jeweiligen Trainingseinheit bestimmt hat, persönlich anwesend gewesen zu sein und dort die maßgeblichen Entscheidungen persönlich getroffen zu haben. Vielmehr hat sich ihre Mitwirkung an der Durchführung der MedX-Therapie auch nach ihrer eigenen Darstellung darauf beschränkt, diese zu verordnen und Dauer bzw. Anzahl der Therapieeinheiten festzulegen und im Verlauf der Therapie stichprobenartig den Trainingsraum aufzusuchen; darüber hinaus darin, entsprechend der Berichte der Hilfspersonen und der Auswertungen der Computerprogramme ggf. Modifikationen des ansonsten vorgegebenen und klaren Vorgaben folgenden Trainingsprogrammes anzuordnen, so etwa im Programm vorgesehene Steigerungen der Widerstände auszusetzen oder sogar Widerstände zurückzufahren. Dies reicht indes nicht, um die MedX-Therapie als eigenständige ärztliche Leistung anzusehen und abzurechnen.

Hat der Kläger keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der MedX-Therapie, besteht auch kein Anspruch gegen die Beklagte auf Erstattung der insoweit

27

angefallenen vorgerichtlichen Anwaltskosten.

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 92, 281 III 2, 269 III 2, 708 Nr. 11, 709, 711 ZPO. 28

Streitwert: 29

Bis zum 5.885,60 € 30

Seither 3.913,60 € 31

---

## Landgericht Köln, 23 O 380/08

---

**Datum:** 17.06.2009  
**Gericht:** Landgericht Köln  
**Spruchkörper:** 23. Zivilkammer  
**Entscheidungsart:** Urteil  
**Aktenzeichen:** 23 O 380/08

---

**Tenor:** Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 1.212,00 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 07.11.2008 zu bezahlen.

Es wird festgestellt, dass die Beklagte nicht berechtigt ist, gegenüber dem Kläger bei der Kostenerstattung für ärztlich verordnete Lymphdrainagen die beihilfefähigen Höchstbeträge als Berechnungsgrundlage heranzuziehen.

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger die vorgerichtlichen Anwaltskosten in Höhe von 461,12 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 03.06.2008 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

---

### Tatbestand:

Die Parteien streiten um die Erstattungsfähigkeit der Kosten von Lymphdrainagen.

Der Kläger unterhält bei der Beklagten eine Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif EKN. Die RB/KK 94 und TB/KK 99 sind Gegenstand des Vertrages. Im Juni 2006 verunglückte der Kläger und ist seitdem querschnittsgelähmt. Aufgrund der Querschnittslähmung wurden dem Kläger mehrfach Heilmittel in Form von sogenannten großen Lymphdrainagen ärztlich verordnet. Zwischen dem Kläger und dem Physiotherapeuten besteht eine Vereinbarung über die Höhe der Kosten für die große Lymphdrainage von 45-minütiger Dauer. Bis Mitte

1

2

3

2007 erstattete die Beklagte die hierfür vom Physiotherapeuten des Klägers in Rechnung gestellten Kosten in Höhe von jeweils 59,50 € in voller Höhe. Mit Schreiben vom 30.10.2007 kündigte die Beklagte an, in Zukunft die beihilfefähigen Höchstbeträge als Bemessungsgrundlage für die Heilmittelerstattung heranzuziehen. Dementsprechend erstattete die Beklagte mit Leistungsabrechnung vom 25.02.2008 nur noch 19,50 € pro Lymphdrainage anstatt den vollen Betrag, korrigierte dies jedoch nach Schreiben des Klägers vom 03.03.2008 für die vor dem 30.10.2007 angefallenen Beträge. Mit Schreiben vom 24.04.2008 blieb sie im Übrigen bei ihrer Auffassung der Erstattungsbegrenzung. Auch nach Aufforderung durch die Prozessbevollmächtigte des Klägers vom 02.06.2008 blieb die Beklagte bei ihrer Ansicht. Mit dem Antrag zu 1) begehrt der Kläger Erstattung der nicht ausgeglichenen Beträge aus den Rechnungen vom 16.04.2008 und vom 01.09.2008 über jeweils 20 große Lymphdrainagen à 59,50 €, insgesamt 2.380,00 €, auf die die Beklagte jeweils 29,20 €, also insgesamt 1.168 € leistete.

Der Kläger ist der Ansicht, die Beklagte sei gemäß dem Versicherungsvertrag in voller Höhe zur Erstattung verpflichtet. Hilfsweise behauptet er, dass ein Behandlungspreis für eine Lymphdrainage von 45-minütiger Dauer in Höhe von 59,50 € angemessen und üblich sei. 4

Der Kläger beantragt, 5

1. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger EUR 1.212,00 nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu bezahlen, 6

2. festzustellen, dass die Beklagte nicht berechtigt ist, gegenüber dem Kläger bei der Kostenerstattung für ärztlich verordnete Lymphdrainagen die beihilfefähigen Höchstbeträge als Berechnungsgrundlage heranzuziehen, 7

3. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger die nicht anrechenbaren vorgerichtlichen Anwaltskosten i. H. v. EUR 461,12 zzgl. Verzugszinsen hieraus i. H. v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 03.06.2008 zu bezahlen. 8

Die Beklagte beantragt, 9

die Klage abzuweisen. 10

Die Beklagte behauptet, eine Behandlungseinheit manuelle Lymphdrainage von 45-minütiger Dauer sei mit dem Betrag von 29,20 € abgegolten, weil ein Arzt gemäß Ziffer 523 GOÄ lediglich 6,82 € liquidieren könne. Dies belege, dass die beihilfefähigen Höchstsätze in Höhe von 29,20 € angemessen, üblich und auskömmlich seien. 11

Hinsichtlich des weiteren Parteivortrages wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlage Bezug genommen. 12

Die Klage ist der Beklagten am 06.11.2008 zugestellt worden. 13

**Entscheidungsgründe:** 14

Die Klage ist zulässig. Insbesondere besteht für den Klageantrag zu 2) das gemäß § 256 I ZPO erforderliche Feststellungsinteresse, da sich der Antrag auf ein gegenwärtiges Rechtsverhältnis zwischen den Parteien bezieht, dessen Unsicherheiten mit dem Klageantrag zu 1) nicht abschließend geklärt werden können. Zwar ist die Erstattungsbegrenzung auf die beihilfefähigen Höchstsätze eine für den Leistungsantrag vorgreifliche Frage, doch es besteht ein Interesse des Klägers, dies auch für zukünftige Behandlungen abschließend zu klären. 15

Der Klageantrag zu 2) ist begründet. Die Beklagte ist nicht berechtigt, gegenüber dem Kläger bei der Kostenerstattung für ärztlich verordnete Lymphdrainagen die beihilfefähigen Höchstbeträge als Berechnungsgrundlage heranzuziehen. Denn diese sind nunmehr von Kostenerwägungen beeinflusst und nicht mehr zur Bestimmung einer ortsüblichen Vergütung geeignet. 16

Auch der Klageantrag zu 1) ist begründet. Der Kläger hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Ersatz der Kosten der Lymphdrainagen in Höhe von jeweils 59,50 €. Dies ergibt sich aus Ziffer 1.1 e) i. V. m. Ziffer 2.1 des Tarifs EKN, § 5 Abs. 3 TB/KK 99 i. V. m. § 1 Abs. 1 a), 4 Abs. 3 RB/KK 94. Danach werden bei ambulanter Heilbehandlung Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilmittel grundsätzlich zu 100 % erstattet. Eine Beschränkung greift in diesem Fall nicht, insbesondere nicht aus § 5 Absatz 1 TB/KK 99 zu § 4 RB/KK 94. Danach sind bei Heilbehandlungen nur Gebühren erstattungsfähig, die den jeweils geltenden Gebührenordnungen entsprechen. Wenn die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnungen überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungsfähigkeit. Die bei dem Kläger erfolgten großen Lymphdrainagen stellen unstreitig Heilbehandlungen im Sinne der genannten Vorschriften dar. Diese wurden beim Kläger von einem Physiotherapeuten erbracht, für die es jedoch keine Gebührenordnung gibt. Die Beklagte ist daher der Ansicht, dass sie unter Anwendung des § 612 Abs. 2 BGB nur zur Zahlung einer üblichen Vergütung verpflichtet sei. Selbst wenn dies zutreffen würde, hat sie nicht hinreichend dargelegt, in welcher Höhe eine Vergütung eines Physiotherapeuten für die Leistung einer großen Lymphdrainage von 45-minütiger Dauer üblich und angemessen wäre. Soweit sich die Beklagte auf die erstattungsfähigen Beträge für Ärzte gemäß Ziffer 523 GOÄ beruft, ist dies für die Beurteilung der üblichen und angemessenen Vergütung von Physiotherapeuten nicht geeignet. Der Zinsanspruch des Antrags zu 1) ergibt sich aus §§ 280 I, II, 286 I, 291, 288 Abs. 1 Satz 2 BGB i. V. m. § 187 I BGB analog. 17

Außerdem hat der Kläger einen Anspruch auf Ersatz der außergerichtlichen Rechtsanwaltskosten nebst Zinsen aus §§ 280 I, II, 286 I Nr. 3 BGB. Dadurch, dass die Beklagte die Kosten der Lymphdrainagen nicht in voller Höhe erstattete, obwohl sie hierzu verpflichtet war, hat sie eine Pflicht aus dem Krankheitskostenversicherungsvertrag verletzt. 18

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 91 Abs. 1 Satz 1, 708  
Nr. 11, 713 ZPO. 19

20

---

---