

Richtungsweisende Entscheidung des Landgerichts Frankfurt zur Höhe der Vergütung bei der Behandlung von Privatpatienten

Das Landgericht Frankfurt hatte über die Frage zu entscheiden, ob es zulässig ist, dass der Versicherer die Erstattungssätze für die Behandlung mit Heilmitteln auf die Höhe der Vergütung gemäß der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ), bzw. kulanzweise auf die Höhe beihilfefähigen Höchstbeträge begrenzt.

Dem Krankenversicherungsvertrag zwischen Versicherer und dem Versicherten lag folgende vertragliche Vereinbarung zugrunde (Krankenversicherungsvertrag auf der Grundlage der MB/KK, ergänzt durch "Tarifbedingungen (TB/KK)". Darin heißt es in Teil II (TB/KK) zu § 4 (1) MB/KK, lit. a):

Gebühren und Kosten sind im tariflichen Umfang bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen amtlichen ärztlichen Gebührenordnungen [...] erstattungsfähig. Keine Leistungspflicht besteht für die Teile einer Liquidation, die diese Höchstsätze überschreiten [...].

Der Versicherer vertrat die Auffassung, dass die Höhe der Erstattungssätze damit auf die Höhe der Vergütung gemäß GOÄ begrenzt wäre. Kulanzweise erstattete man dem Versicherten die Kosten bis zur Höhe der beihilfefähigen Höchstbeträge. Darüber hinaus wurde eine Kostenerstattung jedoch abgelehnt.

Das Gericht entschied wie folgt:

Das Landgericht Frankfurt stellte fest, dass die vertragliche Begrenzung der Leistungen der Beklagten in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil II (TB/KK) zu § 4 (1) MB/KK, lit. a) Satz 1 auf die Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen ärztlichen Gebührenordnungen nicht besagt, dass die Beklagte ihre Leistungen bei ärztlich verordneten Heilmitteln, die nicht durch Ärzte oder unter ärztlicher Aufsicht erbracht werden, auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzen darf.

Zur Begründung führte das Gericht aus:

Die Leistungspflicht der Beklagten ist hinsichtlich der physiotherapeutischen Leistungen nicht auf die Sätze der GOÄ beschränkt. Es kann dahinstehen, ob und unter welchen Voraussetzungen die Beklagte eine Regelung dieses Inhalts in Allgemeinen Geschäftsbedingungen hätte treffen können (vgl. für den dortigen Fall verneinend LG Coburg NJW-RR 2015, 658). Vorliegend hat sie eine solche Regelung jedenfalls nicht getroffen. Die Klausel in Teil II (TB/KK) zu § 4 (1) MB/KK, lit. a) kann nicht so

verstanden werden, dass die Sätze der GOÄ auch dann Anwendung finden sollen, wenn sie auf das Verhältnis zu dem jeweiligen Leistungserbringer gerade keine Anwendung finden. Gemäß § 1 Abs. 1 GOÄ regelt die GOÄ die Vergütungen für die beruflichen Leistungen (nur) der Ärzte, sie findet auf Physiotherapeuten keine Anwendung. Der Verweis auf die „jeweils gültigen ... Gebührenordnungen“ impliziert, dass auch der Verweis nur innerhalb des jeweiligen Anwendungsbereichs gelten soll (so im Ergebnis auch LG Köln v. 17.06.2009 – 23 O 380/08, Juris).

Die Meinung der Beklagten, Physiotherapeuten dürften nicht höher abrechnen als Ärzte, ist haltlos. Die GOÄ gilt gerade nicht für Physiotherapeuten, folglich sind sie auch nicht an deren Sätze gebunden. Unerheblich ist, ob die Behandlungssätze des Physiotherapeuten ortsüblich sind. Die Leistungspflicht der Beklagten beschränkt sich nicht auf die Erstattung ortsüblicher Kosten. Gemäß § 192 Abs. 2 VVG, entsprechend § 5 Teil I (MB/KK) Abs. 2 Satz 2, entfällt die Leistungspflicht der Beklagten erst bei Aufwendungen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen. Dazu trägt die Beklagte nichts vor, der Vortrag, die Kosten seien "unangemessen" überhöht, ist gänzlich substanzlos. Auch eine Begrenzung der Leistungspflicht auf beihilfefähige Höchstsätze ist den Vertragsbedingungen nicht zu entnehmen.