



**Amtsgericht Köpenick**  
**Im Namen des Volkes**  
**Urteil**

Geschäftsnummer 13 C 107/11  
r.

verkündet am : 10. Mai 2012

Justizbeschäftigte als Urkunds-  
beamtin der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

des Herrn,

Berlin,

Klägers,

- Prozessbevollmächtigte:  
Rechtsanwälte Berlin,-

g e g e n

die Krankenversicherung  
vertreten d.d. Vorstand

Beklagte,

- Prozessbevollmächtigte:  
Rechtsanwälte  
Berlin,-

hat das Amtsgericht Köpenick, Zivilprozessabteilung 13, in Berlin-Köpenick,  
Mandrellaplatz 6, 12555 Berlin, auf die mündliche Verhandlung vom 10. Mai 2012 durch  
die Richterin am Amtsgericht Regenhardt **f ü r R e c h t e r k a n n t**:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 3.352,25 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 1.878,00 € seit dem 31. Juli 2011, aus weiteren 229,55 € ab dem 29. Oktober 2011 sowie aus weiteren 1.244,70 € seit dem 28. Dezember 2011 zu zahlen.
2. Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.
3. Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe des jeweils zu vollstreckenden Betrages zuzüglich 10 % vorläufig vollstreckbar.

### Tatbestand

Der Kläger – von Beruf Physiotherapeut- verlangt von der Beklagten die Erstattung der Kosten einer physiotherapeutischen Behandlung. Die Kläger unterhält zur Abdeckung seiner Krankheitskosten eine private Krankheitskostenversicherung bei der Beklagten. In den Versicherungsvertrag einbezogen sind die allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB) Teil I und als Teil II die Tarifbedingungen (TB/KK) sowie als Teil III die Tarife.

Der Kläger begab sich auf ärztliche Anordnungen im Zeitraum 06.11.2010 bis November 2011 in physiotherapeutische Behandlung bei der Zeugin. Der Kläger befand sich dort auch zuvor bereits längere Zeit in der physiotherapeutischen Behandlung.

Mit Rechnungen vom 07.05.2011 und 03.06.2011 stellt die Zeugin dem Kläger für die erbrachten physiotherapeutischen Leistung 8.250 EUR in Rechnung. Die Beklagte erstattete dem Kläger aus diesen Rechnungen lediglich 6.372,00 EUR. Der Kläger forderte die Beklagte mit Schreiben vom 15.07.2011 sowie dem 10.08.2011 jeweils unter 14-tägiger Fristsetzung auf, den restlichen Betrag von 1878,00 Euro an den Kläger zu zahlen. Für physiotherapeutische Leistungen in der Zeit vom 03.06.2011 bis 14.11.2011 stellte die Zeugin dem Kläger die Rechnung vom 18.11.2011 über 288,00 EUR, zwei Rechnungen vom 18.08.2011 über jeweils 924,00 EUR, die Rechnung vom 18.11.2011 über 924,00 EUR, die Rechnung vom 18.11.2011 über 333,60 EUR und die Rechnung vom 18.11.2011 über

450,00 EUR. Hinsichtlich des sich daraus ergebenden Gesamtbetrages von 3843,60 EUR erstattete die Beklagte dem Kläger 2598,90 EUR und legte dabei den einzelnen Rechnungspositionen die von der Beklagten festgesetzten Höchstsätze zu Grunde. Die Restforderung in Höhe von 1244,70 machte der Kläger mit Schreiben vom 19.12.2011 unter Fristsetzung zum 28. 11. 2011 geltend.

Auf das Schreiben der Beklagten vom 01.08.2011 mandatierte der Kläger am 02.08.2011 die jetzigen Prozessbevollmächtigten, welche vorgerichtlich mit Schreiben vom 10.08.2011 gegenüber der Beklagten die zu diesem Zeitpunkt ausstehenden Forderungen vorgerichtlich geltend machten.

Der Kläger trägt vor, dass er mit der Zeugin eine Honorarvereinbarung geschlossen habe wonach die Zeugin entsprechend der Gebührenübersicht für Therapeuten den 2,3 fachen Satz für diese Therapieleistungen abrechnen könne. Die Leistungen der entsprächen der Gebührenübersicht für Therapeuten und seien bei Privatpatienten üblich und

angemessen. Die Beklagte sei nicht berechtigt, die von der Zeugin aufgrund der Honorarvereinbarung angesetzten Preise nicht anzuerkennen und die Leistungen mit anderen –einseitig von der Beklagten festgesetzten - Sätzen zu erstatten. Vielmehr sei die Beklagte aufgrund des geschlossenen Versicherungsvertrages verpflichtet, die dem Kläger entstandenen Kosten für die physiotherapeutischen Behandlung in voller Höhe zu erstatten.

Da die Beklagte sich im Zahlungsverzug befunden habe sei sie darüber hinaus auch verpflichtet die ihm entstandenen Rechtsanwaltskosten für die außergerichtliche Rechtsverfolgung zu ersetzen in Höhe von 229,55 EUR.

**Der Kläger beantragt,**

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger einen Betrag in Höhe von 1878,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 31.07.2011 zu zahlen

**sowie klägerweiternd**

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 229,55 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen

**sowie wiederum klägerweiternd**

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger einen weiteren Betrag in Höhe von 1244,70 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 28.12.2011 zu zahlen.

**Die Beklagte beantragt,**

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte meint sie sei nicht verpflichtet, dem Kläger die für die physiotherapeutischen Behandlungen entstandenen Kosten über die bereits geleisteten Beträge hinaus zu

erstatten. Denn die in den streitgegenständlichen Rechnungen angesetzten Beträge seien weit überhöht.

Da die Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 19.11.2010 darauf hingewiesen habe, welche Höchstsätze für physiotherapeutischen Leistung von ihr für die Zukunft noch anerkannt werden, sei sie nicht verpflichtet, die in der nachfolgenden Zeit darüber hinaus geltend gemachten Kosten zu ersetzen. Die Beklagte meint, dass für die physiotherapeutischen Behandlungsleistungen nur die übliche Vergütung im Sinn des § 612 BGB gefordert werden könne. Eine amtliche Gebührenordnung für physiotherapeutische Leistungen gehe es nicht.

Die von Interessenverbänden herausgegebenen Listen könnten keinerlei Verbindlichkeit begründen. Die vom Kläger behauptete Honorarvereinbarung bestreitet die Beklagte und meint, dass diese auch nicht anzuerkennen sei, da sie zu Lasten der Versichertengemeinschaft gehe.

Die Beklagte macht geltend, mit ihren Erstattungsleistungen habe sie bereits mehr als die übliche Vergütung gezahlt. Die Beklagte orientiere sich bei den von ihr anerkannten Höchstsätzen an den Beihilfesätzen zuzüglich 20%. Der weitaus überwiegende Teil der Physiotherapeuten orientiere sich auch an den Sätzen der Beihilfeverordnung.

### Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist auch begründet.

Der Kläger hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung der aus den streitgegenständlichen Rechnungen gekürzten Beträge in Höhe von insgesamt 3352,25 EUR aus dem zwischen ihnen bestehenden Krankheitskostenversicherungsvertrag. Nach dem zwischen den Parteien bestehenden Versicherungsvertrag hat die Beklagte die Kosten einer Heilbehandlung des Klägers, zu denen nach den Versicherungsbedingungen auch die Kosten einer physiotherapeutischen Behandlung gehören, zu erstatten. Streitig ist zwischen den Parteien allein die Frage, ob die Beklagte berechtigt ist, die auf ärztlichen Verordnungen sowie auf unstreitig erbrachten Behandlungen beruhenden Rechnungen der Physiotherapeutin für die Erstattung der Höhe nach zu kürzen auf der Grundlage der von der Beklagten angenommenen und mit Schreiben vom 19.11.2010 dem Kläger mitgeteilten Höchstsätzen.

Die Beklagte ist nach Ansicht des Gerichts nicht berechtigt, die streitgegenständlichen Rechnungen mit denen die Zeugin dem Kläger für die erbrachten physiotherapeutischen Leistungen die aus den Rechnung ersichtlichen Vergütungen in Rechnung gestellt hat, zu kürzen. Denn die von der Beklagten einseitig festgesetzten Höchstsätze sind nicht Bestandteil des zwischen den Parteien geschlossenen Versicherungsvertrages geworden. Eine Kürzung der Rechnungsbeträge auf die beihilfefähigen Höchstsätze zuzüglich eines Zuschlags war daher unzulässig. Denn aus den zum Verfahren gereichten Versicherungsunterlagen lässt sich aus den dort festgeschriebenen vertraglichen Regelungen der Parteien keine Beschränkung der Versicherungsleistung der Beklagten auf bestimmte Höchstsätze für physiotherapeutische Leistungen entnehmen. Aus Teil III Tarif NO unter Ziffer 2.2 . ergibt sich insoweit, dass physiotherapeutische Leistungen - wie sie den hier streitgegenständlichen Rechnungen zu Grunde liegen - zum Leistungsumfang des Versicherungsvertrages gehören. Eine Einschränkung der insoweit erstattungsfähigen Kosten, wie sie beispielsweise unter Ziffer 2.4 für Hilfsmittel und Sehhilfen und unter Ziffer 2.5 für Krankentransportkosten vereinbart worden ist, findet sich für die physiotherapeutischen Leistungen in den vertraglichen Regelungen der Parteien nicht.

Die nach Vertragsschluss liegende Festsetzung der erstattungsfähigen Höchstsätze wie sie die Beklagte in ihrem Schreiben vom 19.11.2010 vorgenommen hat, vermag die vertraglichen Regelungen der Parteien nicht einseitig zu ändern. Eine einverständliche Vertragsergänzung ist insoweit von der Beklagten nicht vorgetragen worden. Entgegen der Ansicht der Beklagten findet § 612 BGB hier keine Anwendung, so dass es nicht auf die Frage ankommt, ob die hier von der Therapeutin in Ansatz gebrachten Rechnungsbeträge den ortsüblichen Preisen für die entsprechenden physiotherapeutischen Leistungen entsprechen. Denn § 612 BGB fände nur dann Anwendung, wenn das Vergütungshonorar zwischen den Vertragsparteien des Behandlungsvertrages, hier dem Kläger und der Zeugin nicht vertraglich vereinbart worden ist. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht jedoch zur Überzeugung des Gerichts fest, dass der Kläger mit der Zeugin für die hier streitgegenständlichen Leistungen im Jahr 2010 und 2011 im Januar des Jahres 2010 eine Honorarvereinbarung getroffen hat, nach welcher die Zeugin berechtigt gewesen ist, die von ihr erbrachten physiotherapeutischen Leistungen mit dem Gebührensatz 2,3 abzurechnen. Die Zeugin hat insoweit in ihrer Vernehmung bekundet, dass sie Weihnachten 2009 erfahren habe, dass bei Privatpatienten eine Abrechnung nach den 2,3 fachen VDAK-Satz

möglich sei. Daraufhin habe sie den Entschluss gefasst in Zukunft bei Privatpatienten ihre Leistungen nach dem 2,3 fachen VDAK-Satz abzurechnen. Daher habe sie dem Kläger, der sich schon längere Zeit in ihrer Behandlung befunden habe, im Januar 2010 mitgeteilt, dass sie ihre Leistungen zukünftig nach dem 2,3 fachen Satz abrechnen werde. Der Kläger, der sich insoweit ausgekannt habe, da er selber Physiotherapeut ist, sei damit einverstanden gewesen. Eine schriftliche Honorarvereinbarung habe sie mit dem Kläger nicht getroffen, da es sich bei dem Kläger nicht um einen neuen Patienten gehandelt habe sondern sie ihn damals schon lange gekannt habe. Entsprechende Formulare hinsichtlich der Honorarvereinbarung verwende sie nur bei neuen Patienten um sich abzusichern. Das Gericht erachtet die Aussage der Zeugin als glaubhaft. Anhaltspunkte, an der Glaubwürdigkeit der Zeugin zu zweifeln, haben sich für das Gericht während der Vernehmung nicht ergeben. Die Zeugin hat ihre Aussage klar und in sich schlüssig und widerspruchsfrei getätigt und zeigte keinerlei Auffälligkeiten, die darauf hätten hindeuten können, dass die Zeugin nicht die Wahrheit sagt. Auch der Verzicht auf eine schriftliche Fixierung der betroffenen Honorarvereinbarung wurde von der Zeugin glaubhaft dargetan, da der Kläger und die Zeugin Berufskollegen waren, der Kläger somit mit der Thematik der Abrechnungsmodalitäten vertraut war und sich bereits seit längerer Zeit in der Behandlung der Zeugin befunden hat.

Somit steht zur Überzeugung des Gerichts fest, dass die Zeugin mit dem Kläger für die von der Zeugin zu erbringenden physiotherapeutischen Leistungen ab Januar 2010 eine Vereinbarung des Inhalts getroffen hat, dass die Leistungen der Zeugin mit den 2,3 fachen Satz abgerechnet werden. Der Kläger ist somit im Verhältnis zur Zeugin aufgrund des Behandlungsvertrages gemäß § 611 BGB verpflichtet, die in den streitgegenständlichen Rechnungen festgesetzten Rechnungsbeträge aufgrund der Honorarvereinbarung zu bezahlen.

Daraus ergibt sich aus dem versicherungsrechtlichen Verhältnis des Klägers zur Beklagten ein Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Erstattung der ihm insoweit entstandenen Aufwendungen für Heilbehandlung. Da eine ausdrückliche Honorarvereinbarung gemäß

§ 611 BGB vorliegt, kommt es die auf die Regelungen des § 612 BGB und die etwaige Ortsüblichkeit der Preise für die Entscheidung nicht an. Denn da sich aus den Tarifbedingungen des Versicherungsvertrages keine konkrete Leistungsbestimmung hinsichtlich der Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen ergibt und insbesondere keine Beschränkung auf bestimmte Sätze oder eine Ortsüblichkeit, ist die Beklagte aus ihrem

allgemeinen Leistungsversprechen verpflichtet, den den streitgegenständlichen Rechnungen zu Grunde liegenden 2,3 fachen Satz zu erstatten. (vgl. Prölss/Martin Versicherungsvertragsgesetz VVG 28.A.zu § 192 Rn.133,145).

Die Beklagte ist auch nicht berechtigt, den Anspruch gemäß § 192 Abs. 2 VVG zu kürzen, da der Vortrag der Beklagten hinsichtlich eines auffälligen Missverhältnisses der hier streitigen Honorare zu den erbrachten Leistungen auch auf gerichtlichen Hinweis hin nicht substantiiert worden ist.

Die gesetzliche Regelung des § 192 Abs. 2 VVG beschränkt sich auf Fälle eines auffälligen Missverhältnisses, etwa wenn die Vergütung des Doppelte des üblichen Wertes erreicht, welches hier nicht dargetan ist. (vgl. Prölss/Martin Versicherungsvertragsgesetz VVG 28.A.zu § 192 Rn.156). Unterhalb dieser Schwelle besteht keine Anpassungsmöglichkeit der Beklagten (vgl. Prölss/Martin Versicherungsvertragsgesetz VVG 28.A.zu § 192 Rn.131).

Die Klage ist daher begründet.

Die Zinsentscheidung beruht auf den §§ 286, 288, 291 BGB.

Der Kläger hat gemäß § 286 BGB einen Anspruch auf Erstattung der ihm vorgerichtlich entstandenen Rechtsanwaltskosten, die in der Höhe von 229,55 EUR unstreitig geblieben sind. Denn die Beklagte befand sich aufgrund der Zahlungsaufforderung des Klägers vom 15.7.2011 ab dem 31.7.2011 in Verzug (§ 286 BGB). Die am 2.8.2011 vom Kläger in Anspruch genommene rechtsanwaltliche Tätigkeit diente der Rechtsverfolgung, die daraus resultierende Honorarverpflichtung ist als Verzugsschaden insoweit anzuerkennen.

Die Kostenentscheidung stützt sich auf § 91 ZPO.

Der Ausspruch zur vorläufigen Vollstreckbarkeit hat seine Grundlage in § 709 ZPO.

**R e g e n h a r d t**



## **Urteilsmitteilung:**

### **Krankenkassen dürfen Abrechnungen nach dem 2,3 fachen VDAK-Satz für physiotherapeutische Leistungen bei Privatpatienten nicht kürzen**

Das Amtsgericht Köpenick hat mit Urteil vom 10. Mai 2012 (Az.: 13 C 107/11) entschieden, dass eine private Krankenversicherung grundsätzlich nicht berechtigt ist, Abrechnungen für physiotherapeutische Leistungen zu kürzen, wenn zwischen dem Patienten und dem Physiotherapeuten vereinbart wurde, dass diese nach dem 2,3 fachen VDAK-Satz abrechne.

Der Kläger verlangte von seiner Krankenversicherung die Erstattung von Kosten einer physiotherapeutischen Behandlung. Er hatte (mündlich) mit seiner Physiotherapeutin eine Honorarvereinbarung geschlossen, wonach diese entsprechend der Gebührenübersicht für Therapeuten den 2,3 fachen Satz für Therapieleistungen abrechnen kann. Die Versicherungsgesellschaft meinte, die in den Rechnungen angesetzten Beträge seien weit überhöht. Sie teilte dem Kläger selbstdefinierte Höchstsätze für physiotherapeutische Leistungen mit, die sie nur anerkenne. Die Versicherung ist der Auffassung, dass nur die ortsübliche Vergütung im Sinne des § 612 BGB gefordert werden kann, wobei die Ortsüblichkeit zwischen den Parteien streitig ist.

Eine amtliche Gebührenordnung für physiotherapeutische Leistungen gibt es nicht. Nach Ansicht der Krankenversicherung kann eine von Interessenverbänden herausgegebene Liste (Gebührenordnung für Therapeuten) keinerlei Verbindlichkeit begründen.

Das Gericht folgte der Auffassung der Krankenversicherung nicht und gab der Klage des Patienten statt. Nach Ansicht des Gerichts war die Versicherung nicht zur Kürzung der Rechnungen berechtigt. Denn die von der Beklagten einseitig festgesetzten Höchstsätze sind nicht Bestandteil des zwischen den Parteien geschlossenen Versicherungsvertrages geworden. Eine Kürzung der Rechnungsbeträge auf die beihilfefähigen Höchstsätze zusätzlich eines Zuschlags war unzulässig.

Entgegen der Ansicht der Krankenversicherung ist § 612 BGB hier nicht anwendbar. Diese Norm fände nur dann Anwendung, wenn das Vergütungshonorar zwischen den Parteien des Behandlungsvertrages nicht vertraglich vereinbart worden wäre. Da eine ausdrückliche Honorarvereinbarung gemäß § 611 BGB vorliegt, ist die Regelung des § 612 BGB und die etwaige Ortsüblichkeit der Preise für die Entscheidung unerheblich. Denn wenn sich aus den Tarifbedingungen des Versicherungsvertrages keine konkrete Leistungsbestimmung hinsichtlich der Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen ergibt und insbesondere keine Beschränkung auf bestimmte Sätze oder eine Ortsüblichkeit, dann ist die Krankenversicherung aus ihrem allgemeinen Leistungsversprechen verpflichtet, den den Rechnungen zugrundeliegenden 2,3 fachen VDAK-Satz zu erstatten (vgl. Prölss/Martin, Versicherungsvertragsgesetz, 28. Aufl., § 192 Rn. 133, 145).

Das Versicherungsunternehmen ist nach Ansicht des Gerichts auch nicht berechtigt, den Anspruch gemäß § 192 Abs. 2 VVG zu kürzen. Die gesetzliche Regelung des § 192 Abs. 2 VVG beschränkt sich auf Fälle eines auffälligen Missverhältnisses, etwa wenn die Vergütung das Doppelte des üblichen Satzes erreicht. Unterhalb dieser Schwelle besteht keine Anpassungsmöglichkeit der Versicherung (vgl. Prölss/Martin, Versicherungsvertragsgesetz, 28. Aufl., § 192 Rn. 131, 156).

*(Amtsgericht Köpenick, Urteil vom 10. Mai 2012 – 13 C 107/11)*

Mitgeteilt von Rechtsanwalt Dr. Roger Blum (Kanzlei Dr. Blum & Hanke, Berlin) [www.blum-hanke.de](http://www.blum-hanke.de)

Dr. Blum & Hanke Rechtsanwälte Walther-Nernst-Straße 1  
D - 12489 Berlin

Tel.: (030) 46 72 40 57 0 Fax: (030) 46 72 40 57 9

Email: [kanzlei@blum-hanke.de](mailto:kanzlei@blum-hanke.de) Internet: [www.blum-hanke.de](http://www.blum-hanke.de)

Zweigstelle Blankenfelde:

Zossener Damm 52 15827 Blankenfelde