

Anlage 2

17a C 187/03
Verkündet am: 18.03.2004

Krüger, Justizangestellte
als Urkundsbeamtin der
Geschäftsstelle



AMTSGERICHT BAD SEGEBERG

URTEIL

IM NAMEN DES VOLKES

Kopie der Akte Stückzahl	WV:
EINGEGANGEN	
24. März 2004	
Gerhard Neumann Rechtsanwalt und Notar	
AJ EBH	YK

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]

- Kläger -

Prozessbevollmächtigt: Rechtsanwalt Gerhard Neumann
Markt 9, 23812 Wahlstedt
AZ: 90/03 AN/GN

gegen

[REDACTED]

- Beklagte -

Prozessbevollmächtigt: [REDACTED]

hat das Amtsgericht Bad Segeberg
im schriftlichen Verfahren gem. § 128 Abs. 2 ZPO
mit Schriftsatzfrist bis zum 01.03.2004
durch Richterin Blasel
für **Recht** erkannt:

- 1) Die Klage wird abgewiesen.
- 2) Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.
- 3) Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.
Der Kläger kann die Vollstreckung der Beklagten bezüglich der Kosten durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages oder durch Hinterlegung abwenden, wenn nicht zuvor die Beklagte Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Tatbestand

Die Parteien streiten um Erstattungsansprüche des Klägers aus einem privaten Krankenversicherungsvertrag.

Der Kläger ist gemeinsam mit seinem Sohn [REDACTED] geboren am 28. Juli 1996, bei der Beklagten über einen Gruppenversicherungsvertrag des Schleswig-Holsteinischen Journalistenverbandes e.V. privat krankenversichert. Der Kläger verlangt auf Grundlage dessen von der Beklagten den Ersatz für die ergotherapeutischen Behandlungen seines Sohnes, die ihm die Ergotherapeutin [REDACTED] am 22. August 2002 und 20. Dezember 2002 jeweils in Höhe von 460,00 € in Rechnung stellte (vgl. Blatt 10 und Blatt 16 d.A.).

Aus dem Versicherungsausweis des Klägers vom 15. Dezember 1999 ergibt sich, dass der Sohn des Klägers ab dem 1. Januar 2000 bei der Beklagten mit dem Tarif AD1 versichert ist. Nach diesem Tarif sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen, häusliche Behandlungspflege, häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, Arznei- und Verbandmittel, Leistungen des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten, Leistungen des Logopäden, Leistungen der Hebamme/ des Entbindungspflegers, Hilfsmittel, Brillenfassungen, Transport zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus und Leistungen des Heilpraktikers im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes erstattungsfähig. Zum weiteren Inhalt des Tarifs wird auf das Formular G (DKV-Tarife 80, Anlage B2, Blatt 52 ff. d.A.) Bezug genommen.

Dem Vertrag zwischen den Parteien liegen zudem die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G) der Beklagten zugrunde. Nach § 6 Abs. 2 der AVB-G der Beklagten steht dem Versicherten bzw. Mitversicherten die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Zusätzlich regelt § 6 Abs. 3 die Erstattungsfähigkeit von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Dieser lautet wie folgt:

„Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden...Als Heilmittel gelten:

a) physikalisch-medizinische Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses der amtlichen Deutschen Gebührenordnung für Ärzte und medizinische Bäder, wenn sie vom in eigener Praxis tätigen Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt worden sind.

b) Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlung, wenn sie vom Logopäden ausgeführt worden ist.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sonstige Leistungen, wie z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder, sowie Mehraufwendungen für Behandlung in der Wohnung des Versicherten bzw. Mitversicherten.

Als Hilfsmittel gelten, soweit im Tarif nichts anderes geregelt:

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel, z.B. Heizkissen, Massagegeräte, sowie für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.“

§ 6 Abs. 6 AVB-G bestimmt ferner, dass der Versicherer im vereinbarten Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin

überwiegend anerkannt sind, leistet. § 6 Abs. 7 AVB-G regelt die Einstandspflicht der Beklagten bei einer psychotherapeutischen Behandlung.

Auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Gruppenversicherung der Beklagten (AVB-G) (Bl. 26 ff., 26 R f. d. A.) wird im Übrigen Bezug genommen.

Die Beklagte wies mit Schreiben vom 3. April 2003 die Erstattungsfähigkeit der streitigen Rechnungen zurück (Anlage K1, Blatt 7 d.A.). Der Kläger forderte die Beklagte nochmals mit Schreiben vom 8. Juli 2003 auf, die Rechnungen zu begleichen (Anlage K4, Blatt 11 d.A.). Daraufhin wies die Beklagte die Ansprüche mit Schreiben vom 17. Juli 2003 erneut zurück. Die Beklagte verwies dabei darauf, dass sie, um Härtefälle zu vermeiden, mit Kulanzleistungen eintrete, wenn eindeutig nachgewiesen sei, dass eine „echte Krankheitsbehandlung im Vordergrund der Behandlung steht“ (Anlage K5, Blatt 13 d.A.). Die Beklagte holte daraufhin eine ärztliche Stellungnahme vom 10. Dezember 2003 von [REDACTED] ein (vgl. Anlage B8, Blatt 96 ff. d.A.).

Der Kläger meint, dass die Beklagte aus ihren AVB-G heraus verpflichtet sei, die Kosten für die ergotherapeutische Behandlung seines Sohnes [REDACTED] zu begleichen. Er behauptet zudem, dass die Behandlung seines Sohnes medizinisch notwendig gewesen sei, und verweist dazu auf die ärztliche Stellungnahme des Kinderarztes von [REDACTED] - des Zeugen [REDACTED] - vom 11. Juni 2003 (Anlage K2, Blatt 9 d.A.).

Der Kläger beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 920,00 € nebst 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszins der Europäischen Zentralbank seit dem 17. Juli 2003 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, dass die Ergotherapie tariflich nicht erstattungsfähig sei. Auch außervertraglich lasse sich die Erstattungsfähigkeit mangels medizinischer Notwendigkeit nicht vertreten. Dazu behauptet sie, dass die Testergebnisse des Sohnes des Klägers im Normbereich gelegen hätten, und verweist auf die ärztliche Stellungnahme von [REDACTED]. Sie behauptet ferner, dass offenbar vor Behandlungsbeginn keine ärztliche Verordnung vorgelegen habe und die Heilmittelverordnung vom 8. September 2002 nachträglich auf den 29. August 2002 (Beginn der Behandlung) zurückdatiert worden sei.

Das Gericht hat mit Beschluss vom 29. Januar 2002 gem. § 128 Abs. 2 ZPO nach Zustimmung beider Parteien das schriftliche Verfahren angeordnet. Dabei hat es den Zeitpunkt, der dem Schluss der mündlichen Verhandlung entspricht, festgesetzt auf den 1. März 2004.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet.

Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Ersatz der durch die Ergotherapie seines Sohnes [REDACTED] entstandenen Kosten in Höhe von 920,00 € aus den Rechnungen der Ergotherapeutin [REDACTED] vom 22. August 2002 und 20. Dezember 2002 aus dem Versicherungsvertrag zwischen den Parteien, weil die abgerechnete Ergotherapie nicht vom vertraglich vereinbarten Leistungsumfang umfasst ist.

Dabei kann dahinstehen, ob die ergotherapeutische Behandlung des Sohnes des Klägers medizinisch notwendig gewesen ist.

Unerheblich ist auch, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen Kosten für vergleichbare Ergotherapiemaßnahmen nach den Voraussetzungen des SGB V möglicherweise ersetzen. Denn der Umfang der Leistungen einer privaten Krankenversicherung richtet sich allein nach den jeweils vereinbarten tariflichen Bedingungen. (vgl. Landgericht Wiesbaden, Urteil v. 20.03.2002, Az.: 1 S 48/01; AG Wiesbaden, Urteil vom 20.07.2001, Az.: 92 C 1332/01; AG Aschaffenburg, Urteil vom 09.10.2002, Az.: 16 C 475/02).

Unstreitig lagen dem Versicherungsvertrag der Parteien bezüglich des Sohnes des Klägers der Tarif AD1 und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G) der Beklagten zugrunde. Diese vertraglichen Regelungen sind nicht auslegungsfähig gemäß §§ 133, 157 BGB, da sie nach ihren Wortlaut und Zweck einen eindeutigen Inhalt haben (vgl. Palandt-Heinrichs, 63. Auflage, § 133 BGB RN 6).

Bei der Behandlung durch einen Ergotherapeuten handelt es sich nämlich weder um Aufwendungen i.S.d. Tarifes AD1 noch um eine Behandlung durch einen niedergelassenen und approbierten Arzt oder Zahnarzt i.S.v. § 6 Abs. 2 AVB-G. Ebenso wenig stellt die Ergotherapie ein Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel i.S.v. § 6 Abs. 3 AVB-G dar.

Denn in Betracht kommt allenfalls, dass die Ergotherapie unter dem Begriff „Heilmittel“ zu fassen ist. Dies scheidet jedoch - nach nochmaliger Überprüfung der Sach- und Rechtslage aus -, da in § 6 Abs. 3 AVB-G nach den Buchstaben a) und b) zwischen den Vertragsparteien verbindlich definiert wurde, was als Heilmittel gelten soll - nämlich nur physikalisch-medizinische Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses (GV) der amtlichen Deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und medizinische Bäder sowie Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen, wenn sie vom Logopäden ausgeführt worden sind. Ergotherapeutische Behandlungen sind im Abschnitt E des GV der GOÄ indes nicht geregelt, sondern lediglich physikalisch-medizinische Leistungen wie Krankengymnastik oder die Lichttherapie.

§ 6 Abs. 3 AVB-G schreibt außerdem fest, dass Aufwendungen für sonstige Leistungen nicht erstattungsfähig sind. Dabei wird die ergotherapeutische Behandlung zwar nicht ausdrücklich als Beispiel für nicht erstattungsfähige Leistungen genannt. Aus dem Vorgenannten ergibt sich aber auch, dass sowohl die erstattungsfähigen als auch die nicht erstattungsfähigen Heilmittel nicht nur beispielhaft aufgezählt sind, weil Formulierungen wie „insbesondere“ fehlen. Vielmehr werden klare Formulierungen, wie „Als Heilmittel gelten.“, „Nicht erstattungsfähig sind.“, verwendet.

Für eine abschließende Aufzählung spricht auch der Zweck der privaten Krankenversicherung, der auf eine schnelle und wirksame Beseitigung akuter Krankheitszustände zielt. Nur die Methode der vollständigen und abschließenden Aufzählung der versicherten Leistungen ist geeignet, im Einzelfall einen Auslegungstreit zu vermeiden und dadurch diesem Ziel Rechnung zu tragen. Auch spricht die genaue Beschreibung der einzelnen Heilmittel für den abschließenden Charakter der Aufzählung, da diese genaue Aufzählung bei einer lediglich beispielhaften Auflistung überflüssig wäre (vgl. AG Wiesbaden, Urteil vom 20.07.2001, Az.: 92 C 1332/01).

Es kann deshalb auch dahinstehen, ob die Ergotherapie tatsächlich im Sinne von § 6 Abs. 3 Satz 1 AVB-G von einem in Abs. 2 genannten Behandler, nämlich dem Kinderarzt des Sohnes des Klägers, dem Zeugen [REDACTED] noch vor Beginn der ergotherapeutischen Behandlung verordnet worden ist.

Selbst wenn man davon ausgeht, dass die Ergotherapie typischerweise eine Behandlungsform innerhalb der Psychotherapie darstellt, so wäre sie nach § 6 Abs. 7 AVB-G nur erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat. Dies ist hier nicht der Fall. Eine Erstattungsfähigkeit nach § 6 Abs. 6 AVB-G scheidet ebenfalls aus, da es sich bei der Ergotherapie nach den bisherigen Ausführungen gerade nicht um eine Behandlungsmethode handelt, welche zum vereinbarten Vertragsumfang im Sinne dieser Vertragsbedingung gehört.

Die AVB-G der Beklagten fallen auch nicht unter die Inhaltskontrolle gem. §§ 8 ff. AGB-Gesetz (entspricht §§ 307 ff. BGB n.F.). Dies folgt aus § 8 AGBG (entspr. § 307 Abs. 3 S.1 BGB n.F.), wonach eine Inhaltskontrolle nur insoweit stattfindet, als von Rechtsvorschriften abweichende oder ergänzende Regelungen getroffen werden. Dies ist naturgemäß bei primären Leistungsversprechen, wie dem von der Beklagten festgesetzten Leistungskatalog nicht der Fall (vgl. LG Köln in VersR 2002, 225 ff.; Palandt-Heinrichs aaO. § 307 BGB RN 57; BGH in NJW 2001, 2014 ff., 2016). Der Tarif AD1 und AVB-G der Beklagten legen lediglich die Art, Güte und den Umfang der Hauptleistung unmittelbar fest. Dies ist nicht mit einer Ausschlussklausel vergleichbar, welche der Inhaltskontrolle unterliegt, da sie das Deckungsversprechen weder einschränken, noch verändern, ausgestalten oder modifizieren (vgl. Palandt-Heinrichs ebda., BGH ebda.).

Die Ergotherapie außerhalb von Rehabilitationsmaßnahmen gehört auch nicht zum Kernbereich der Gesundheitsfürsorge, so dass sie nicht selbstverständlich von einer privaten Krankenversicherung umfasst ist (vgl. Landgericht Wiesbaden, Urteil v. 20.03.2002, Az.: 1 S 48/01). Denn allein mit einer möglicherweise vorhandenen medizinischen Notwendigkeit einer Behandlungsmaßnahme kann der vereinbarte Leistungskatalog nicht erweitert werden (vgl. AG Köln, Urteil vom 04.04.2003, Az.: 123 C 212/02).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 91 ZPO.

Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit hat ihre Rechtsgrundlage in den §§ 708 Ziffer 11, 711 ZPO.


Blasel
Richterin

