


<b>Anmerkung zu:</b>	LG Nürnberg-Fürth 2. Zivilkammer, Beschluss vom 25.11.2009 - 2 S 8270/09	<b>Quelle:</b>	
<b>Autor:</b>	Dr. Markus Jacob, RA und Lehrbeauftragter für Versicherungsrecht	<b>Normen:</b>	§ 192 VVG, § 612 BGB
<b>Erscheinungsdatum:</b>	13.07.2010	<b>Fundstelle:</b>	jurisPR-VersR 7/2010 Anm. 3
		<b>Herausgeber:</b>	Prof. Dr. Peter Schimikowski, Fachhochschule Köln

## Die übliche Vergütung in der privaten Krankenversicherung

### Orientierungssatz zur Anmerkung

**Die beihilfefähigen Höchstsätze bilden die Obergrenze der erstattbaren Kosten.**

#### A. Problemstellung

Der Vergütungsanspruch der Ärzte und Zahnärzte gegenüber Privatpatienten richtet sich nach der GOÄ bzw. GOZ, welche die angemessene Vergütung des Mediziners definieren. Unter der Prämisse des dem Behandlungsumfang entsprechenden Steigerungssatzes schuldet der Patient die sich hieraus ergebende Vergütung und – bei medizinischer Notwendigkeit der Maßnahme – der private Krankenversicherer seinerseits die tarifliche Erstattung.

Schwierig wird es, wenn der GOÄ bzw. GOZ entsprechende Rahmenbedingungen fehlen, wie dies insbesondere bei physiotherapeutischen Behandlungen der Fall ist. Sofern der Physiotherapeut mit seinem Patienten keine ausdrückliche Entgeltabrede trifft, kann er die „übliche Vergütung“ verlangen (§ 612 Abs. 2 BGB). Berechnet der Behandler ein höheres Entgelt, ist der Patient hinsichtlich des Differenzbetrags nicht zahlungspflichtig, und es besteht auch kein entsprechender Erstattungsanspruch gegenüber seiner privaten Krankenversicherung. Letztere ist nämlich nur in dem Umfang einstandspflichtig, in dem der Versicherungsnehmer für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zur Zahlung des Behandlungshonorars verpflichtet ist.

Trifft der medizinische Behandler mit seinem Patienten eine (wirksame) Vergütungsvereinbarung, so ist Letzterer zum Ausgleich verpflichtet, unabhängig von der Frage der „üblichen Vergütung“. Dies ist allerdings nicht gleichbedeutend damit, dass er nunmehr vor diesem Hintergrund volle Erstattung der Behandlungskosten von seinem privaten Krankenversicherer verlangen kann. Dieser kann vielmehr gem. § 192 Abs. 2 VVG, § 5 Abs. 2 Satz 2 MB/KK einwenden, Leistung und Gegenleistung stünden in einem auffälligen Missverhältnis zueinander.

#### B. Inhalt und Gegenstand der Entscheidung

Der Versicherungsnehmer hatte bei seinem privaten Krankenversicherer eine Rechnung für von seinem Orthopäden verordnete Krankengymnastik und manuelle Therapie eingereicht. Das berechnete Entgelt lag oberhalb der beihilfefähigen Höchstsätze, auf welche der Versicherer den Erstattungsbetrag kürzte. Hiergegen hatte sich der Versicherungsnehmer gewandt und volle Erstattung begehrt.

Das AG Erlangen (Urt. v. 20.08.2009 - 6 C 649/09 - VersR 2010, 623) hat die Klage abgewiesen mit der Begründung, bei Krankengymnastik und manueller Therapie handele es sich um allgemein übliche und standardisierte Behandlungsmaßnahmen, so dass sich die übliche Vergütung i.S.v. § 612 Abs. 2 BGB nach dem Kreis aller – also sowohl der gesetzlich als auch privat krankenversicherten – Patienten richte. Die Vergütung für gesetzlich Versicherte – die mit ca. 90 % aller Patienten die deutliche Mehrheit bilde – liege deutlich unterhalb der beihilfefähigen Höchstsätze. Daher sei es gerechtfertigt, diese als Obergrenze der erstattbaren Kosten anzusehen.

Das LG Nürnberg-Fürth hat das vorstehende Urteil bestätigt und die Berufung zurückgewiesen.

#### C. Kontext der Entscheidung

Im Mittelpunkt steht die Frage, welches Entgelt der Behandler seinem Patienten berechnen darf, wenn keine taxmäßige Vergütung vorgegeben ist. In diesem Fall kann er in Anwendung des § 612 Abs. 2 BGB die auf dem Markt üblicherweise für vergleichbare Leistungen gezahlte Vergütung verlangen, wobei sich in Rechtsprechung und Literatur bereits seit vielen Jahren die Geister scheiden, ob der maßgebliche

„Markt“ sich aus dem Kreis aller Patienten, also einschließlich der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, zusammensetzt, oder ob ausschließlich auf die privat Versicherten abzustellen ist. Nach wohl h.M. ist Bezugspunkt der Kreis aller Patienten (LG Heidelberg, Urt. v. 25.01.2008 - 7 O 303/05 - VersR 2008, 911; LG Wiesbaden, Urt. v. 15.03.2006 - 9 O 243/03 - VersR 2007, 387; LG Gießen, Urt. v. 16.02.2005 - 1 S 223/03 - VersR 2005, 777, LG Berlin, Urt. v. 07.12.2004 - 7 S 52/04 - RuS 2005, 295; Kalis in: Bach/Moser, Private Krankenversicherung, 4. Aufl. 2009, § 4 MB/KK Rn. 4, m.w.N.; vgl. auch OLG Köln, Urt. v. 30.09.1998 - 5 U 168/96 - VersR 1999, 302). Nach a.A. ist zwischen der Behandlung von gesetzlich Versicherten einerseits und privat krankenversicherter Personen andererseits zu unterscheiden, da bei Privatpatienten das ortsübliche Entgelt in der Regel höher sei (OLG Karlsruhe, Urt. v. 06.12.1995 - 13 U 281/93 - VersR 1996, 960; LG Frankfurt/M., Urt. v. 20.03.2002 - 2/1 S 124/01 - VersR 2003, 232; in Abkehr von seiner früheren Auffassung nunmehr auch LG Köln, Urt. v. 14.10.2009 - 23 O 424/08 - VersR 2010, 333).

Dieser Streit ist im Kern nicht juristischer, sondern sozialwissenschaftlicher Natur: Das insbesondere von der Politik gern bemühte Bild der „Gleichheit vor dem Arzt“ mit gleichem Anspruch auf medizinische Behandlung unabhängig von der Ausgestaltung der Krankenversicherung führt zwangsläufig zu dem Schluss, dass für gleiche Leistung gleiches Entgelt zu zahlen ist, mithin der Vergleichsmaßstab im Rahmen des § 612 Abs. 2 BGB der Gesamtbestand aller Versicherten sein muss. Sieht man demgegenüber den Realitäten ins Auge, so zeigt sich in mehreren Bereichen eine „Zwei-Klassen-Medizin“, im Rahmen derer privat Versicherte eine bessere Behandlung erhalten als gesetzlich Krankenversicherte. So hat eine nicht wirklich überraschende Studie gezeigt, dass private Versicherte in medizinischen Praxen regelmäßig deutlich schneller Termine erhalten als Mitglieder von gesetzlichen Krankenkassen. Die Budgetierung zwingt viele Mediziner, gegenüber gesetzlich Versicherten restriktiver bei der Verschreibung von Medikamenten vorzugehen als gegenüber privat Krankenversicherten. In den Genuss von – häufig hoch spezialisierten – Ärzten ohne Kassenzulassung kommen per se nur privat Versicherte. Nicht unberücksichtigt gelassen werden kann auch der Aspekt, dass Ärzte mit Kassenzulassung mit der Behandlung ausschließlich gesetzlich Versicherter kaum ihre Kosten decken können und zur „Querfinanzierung“ einen gewissen Stamm privat Versicherter benötigen, eben weil diesen gegenüber nach anderen – höheren – Maßstäben abgerechnet werden kann als gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen.

Unter Berücksichtigung dieser Umstände erscheint es zwar wünschenswert, unter dem Postulat des gleichen Behandlungsanspruchs aller Patienten deren Gesamtheit als Vergleichsmaßstab auch für die Abrechnungspraxis heranzuziehen. Die tatsächlichen Gegebenheiten sind jedoch andere. Da Ärzte und Zahnärzte auf der Grundlage von GOÄ bzw. GOZ gegenüber privat Versicherten höher abrechnen können als gegenüber den Kassen, ist nicht einsehbar, wieso dies nicht auch für solche Behandlungsmaßnahmen gelten soll, für die entsprechende Taxen nicht bestehen.

#### **D. Auswirkungen für die Praxis**

Solange faktisch eine Zwei-Klassen-Gesellschaft von gesetzlich und privat Versicherten besteht, wird der vorbeschriebene Streit weiterwogen. Da eine gesetzgeberische Lösung nicht erwartet werden kann, wird allein eine höchstrichterliche Entscheidung für entsprechende Rechtssicherheit sorgen können.