

Information betreffend Urteil des Amtsgericht Berlin-Köpenick vom 10.05.2012

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)