Ausfertigung

Aktenzeichen:
7 C 223/10

Verkündet am
08.03.2011

Bischoff, JFAng'e
Urkundsbeamtin der
Geschäftsstelle

# Amtsgericht Baden-Baden

## Im Namen des Volkes

## Urteil

In dem Rechtsstreit

[redacted]

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwälte **Spaetgens/Schmitt-Fassbinder/Witzel**, Dietrichstraße 18, 54290 Trier, Gz.: 1180/10MS45

gegen

[redacted]

- Beklagter -

Prozessbevollmächtigter:
[redacted]

Streithelfer:
[redacted]

Prozessbevollmächtigte:
[redacted]

wegen Forderung

hat das Amtsgericht Baden-Baden
durch den Richter am Amtsgericht Jung
am 08.03.2011 auf die mündliche Verhandlung vom 25.01.2011

für **Recht** erkannt:

1. Das Versäumnisurteil vom 19.10.2010 - 7 C 223/10 - wird aufrecht erhalten.

2. Der Beklagte hat die weiteren Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

3. Die Vollstreckung aus dem Versäumnisurteil vom 19.10.2010 darf nur gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrags fortgesetzt werden.

# Beschluss

Der Streitwert wird auf 3.196 € festgesetzt.

# Tatbestand

Die Klägerin, die eine konzessionierte private Krankenanstalt betreibt, verlangt vom Beklagten, der bei der Streitverkündeten privat krankenversichert ist, die Vergütung in Höhe von 2.764,65 € für den Klinikaufenthalt vom 23.07.2007 bis 27.08.2007, bei dem verschiedene ärztliche und physikalisch-therapeutische Leistungen im Wege von Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund eines vorhergehenden Schlaganfalls des Beklagten, durchgeführt wurden. Die Klägerin stellte dem Beklagten die Leistungen in Rechnung und forderte auf, die Rechnungsbeträge bis zum 22.11.2007 zu begleichen, was jedoch nicht erfolgte. Der Beklagte reichte die Rechnungen der Klägerin bei seiner Krankenversicherung ein, die Erstattung der Kosten blieb jedoch aus, da es sich hierbei um „nicht erstattungsfähige" Leistungen gehandelt habe.

Die Klägerin behauptet, der Beklagte unterliege einem Rechtsirrtum, indem er davon ausgehe, dass das Verhältnis zwischen ihm und seinem privaten Krankenversicherer unmittelbar Einfluss auf die Vertragsbeziehung zwischen der Klägerin und dem Beklagten habe. Der Beklagte sei in einem Schreiben der Klägerin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass sowohl die ärztlichen Leistungen nach den Vorgaben der GOÄ wie auch die physikalisch-therapeutischen Leistungen entsprechend dem Haustarif unmittelbar gegenüber dem Patienten abgerechnet werden.

Es ist antragsgemäß das Versäumnisurteil vom 19.10.2010 ergangen, gegen das der Beklagte fristgemäß am 18.11.2010 Einspruch eingelegt hat (AS 61).

**Die Klägerin beantragt :**

**Das Versäumnisurteil vom 19.10.2010 unter dem Aktenzeichen 7 C 223/10 wird aufrechterhalten.**

**Der Beklagte beantragt,**

**das Versäumnisurteil vom 19.10.2010 unter dem Aktenzeichen 7 C 223/10 wird aufgehoben und die Klage abgewiesen.**

Der Beklagte wendet ein, er habe darauf Wert gelegt, lediglich Regelleistungen in Anspruch zu nehmen und Wahlleistungen nur, wenn unbedingt therapeutisch notwendig und nach Absprache. Bei den durch die Klägerin in Rechnung gestellten Leistungen handele es sich zweifelsfrei um wahlärztliche Leistungen, die zuvor mit dem Beklagten hätten abgeklärt werden müssen. Es könne wohl nicht angehen, dass die Klägerin Leistungen einseitig festlegt, die von der Krankenversicherung nicht übernommen werden und dann beim Beklagten direkt abrechnet, ohne ihm die Möglichkeit einzuräumen, diese Leistung abzulehnen und dadurch eine Kostentragung zu vermeiden. Die Klägerin sei verpflichtet gewesen, den Beklagten über die geplanten Maßnahmen und die hierzu anfallenden Kosten zu informieren und über die wahrscheinliche Nichterstattung durch den Krankenversicherer aufzuklären.

# Entscheidungsgründe

Das Versäumnisurteil vom 19.10.2010 unter dem Aktenzeichen 7 C 223/10 war aufrechtzuerhalten. Der Klägerin steht der geltend gemachte Vergütungsanspruch für die erbrachten ärztlichen und physikalisch-therapeutischen Leistungen zu.

Der Vergütungsanspruch der Klägerin ist gerechtfertigt durch die vorgelegten Urkunden (Reservierungsbestätigung AS 111/113 und AGB der Klinik AS 181/183).

Der Beklagte kann die durch die Klägerin unterlassene Aufklärung über die voraussichtliche Nichtanerkennung der Kosten durch die private Krankenversicherung als Argument nicht entgegen halten, da er in den oben genannten Urkunden darüber aufgeklärt wurde, dass die ärztlichen Leistungen im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die physikalisch-therapeutischen Leistungen nach Haustarifberechnet und direkt dem Patienten in Rechnung gestellt werden (AS 181). Diese Vereinbarung wurde durch den Beklagten unterzeichnet und genügt der Aufklärungspflicht. Im Bestätigungsschreiben der Klägerin an den Beklagten vom 17.07.2007 (AS 113) für den Aufenthalt in der Klinikwurde der Beklagte als Privatversicherter ebenfalls darauf hingewiesen, dass vor Aufnahme einer stationären Behandlung in der Klinik der Klägerin eine schriftliche Kostenerstattungszusage bei der privaten Krankenversicherung eingeholt werden muss.
Des Weiteren spielt die unterlassene Aufklärung über eventuelle Schwierigkeiten bei der Kostenerstattung durch die Krankenversicherung lediglich bei der Frage eines Schadenseratzanspruchs im Wege einer Arzthaftungsklage eine Rolle und nicht bei dem klägerischen Vergütungsanspruch (siehe Urteil des LG Karlsruhe vom 15.07.2005, 5 S 124/04).
Die Klägerin wurde zwar von der Privatversicherung des Beklagten im Schreiben vom 28.06.2007 (AS 123) darauf hingewiesen, dass Wahlleistungen wie die Unterbringung im Einbett- und Zweibett-Zimmer sowie eine privatärztliche Behandlung nicht im Versicherungsschutz enthalten sind. So hätte die Klägerin davon ausgehen können, dass die entsprechenden geplanten Leistungen von der Versicherung des Beklagten nicht erstattet werden und sie hätte den Beklagten darüber informieren müssen.

Hiergegen einzuwenden ist die Tatsache, dass nach Angaben des Versicherers die Unterbringung in einem Einbett- oder Zweibett – Zimmer unter die Wahlleistungen fällt. Die Pflegesatzrechnung für das Einbett-Zimmer wurde von der Versicherung anstandslos beglichen, was zu einem Widerspruch der Aussagen des Versicherers führt, worauf sich der Beklagte in einem gesonderten Verfahren gegen seinen Versicherer berufen könnte. Auch hatte die Klägerin mit Schreiben vom 07.08.2007 (AS 129) beim Privatversicherer die Kostenübernahme beantragt. Hierbei wurde der genaue Krankheitsverlauf geschildert, ebenso die geplanten Maßnahmen, die noch durchzuführen waren. Die Kostenzusage des Versicherers erfolgte mit Schreiben vom 08.08.2007 (AS 135). Somit konnte die Klägerin davon ausgehen, dass die Kosten übernommen werden würden und war erst recht zu diesem Zeitpunkt nicht veranlasst, den Beklagten über die eventuelle Nichtübernahme der Behandlungskosten durch den Versicherer zu informieren.

Im Urteil des BGH vom 01.02.1983 - VI ZR 104/81 - wurde die Problematik behandelt, wenn eine Therapie auch in ambulanter Behandlung medizinisch sinnvoll und praktikabel ist, dann hat der Arzt den Patienten darüber wie über alle ernsthaft in Betracht kommenden Behandlungsalternativen, sofern diese den Patienten unterschiedlich belasten, aufzuklären. Das ist schon deswegen erforderlich, um dem Patienten eine eigene Entscheidung darüber zu ermöglichen, ob er sich einem in seine körperlichen und seelischen Belange in der Regel viel tiefer einschneidenden Krankenhausaufenthalt unterziehen oder eine ambulante Behandlung vorziehen will, die für ihn mit ganz anderen Belastungen verbunden ist. Dass dabei für den Patienten auch die voraussichtlich von ihm zu tragenden Kosten der Behandlungsalternativen eine Rolle spielen, liegt auf der Hand und ist für beide Vertragspartner erkennbar. Auch insoweit ist der Arzt der Fachmann, der dem Patienten Entscheidungshilfen geben kann und muss. Hat er einen Privatpatienten vor sich, muss er nach der Lebenserfahrung davon ausgehen, dass dieser eine private Krankenversicherung eingegangen ist, häufig unter Vereinbarung eines bestimmten Selbstbehalts. Der Arzt weiß - und auch der Beklagte dieses Rechtsstreits stellt das für sich gar nicht in Abrede -, dass der Krankenversicherer nur die Kosten für notwendige Behandlungen im Rahmen des Versicherungsvertrages erstatten wird.

Darüber, ob eine Behandlung - insbesondere eine stationäre - notwendig ist, können im Einzelfall die Ansichten des Arztes und des Versicherers freilich auseinander gehen. Das ändert nichts daran, dass der Arzt, wenn er eine stationäre Behandlung vorschlägt, sich Gedanken darüber zu machen hat, ob diese nicht nur wünschenswert und überhaupt sinnvoll erscheint, sondern ob es auch aus ärztlicher Sicht vertretbar ist, deren Notwendigkeit anzunehmen. Ist das für den Arzt erkennbar zweifelhaft, muss er nach Treu und Glauben den Patienten darauf hinweisen, dass ein von ihm vorgeschlagener Krankenhausaufenthalt möglicherweise von dem Krankenversicherer nach dessen Versicherungsbedingungen nicht als notwendig anerkannt werden könnte und der Versicherer dementsprechend auf die Kosten der stationären Behandlung nichts leisten werde. Der Arzt, der das finanzielle Risiko für den Patienten im Gegensatz zu diesem erkennt oder jedenfalls erkennen kann, andererseits wiederum anders als der Patient übersieht, dass auch andere, weniger aufwendige Therapien zum Ziele führen, darf dem Patienten nicht ohne weiteren Hinweis auf die unter Umständen diesem entstehenden und bei ihm verbleibenden hohen Kosten eine stationäre Behandlung vorschlagen. Anderenfalls würde er dem ahnungslosen und ihm vertrauenden Patienten in rechtlich nicht zu billigender Art und Weise finanzielle Aufwendungen aufbürden, die dieser, hätte er den Kenntnisstand des Arztes unter Abwägung des Für und Wider nicht tragen will.

Die durchgeführten Leistungen der Klägerin waren jedoch vorliegend zweifelsfrei notwendig und medizinisch sinnvoll. Eine Alternative und damit die Überweisung in ein anderes Krankenhaus oder lediglich eine ambulante Behandlung, welche von dem Versicherer eventuell übernommen werden würden, waren vorliegend nicht geboten. Eine Aufklärungspflicht der Beklagten ist auch diesen Ausführungen folgend, nicht erforderlich gewesen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 91 Abs. 1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf den § 709 Satz 3 ZPO.

Jung
Richter am Amtsgericht

Ausgefertigt

Baden-Baden, 09.03.2011

Bischoff
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

AMTSGERICHT BADEN-BADEN