

**Abschrift**

27 C 11833/14



Verkündet am 21.01.2016

als Urkundsbeamtin/Urkundsbeamter  
der Geschäftsstelle

**Amtsgericht Düsseldorf**  
**IM NAMEN DES VOLKES**

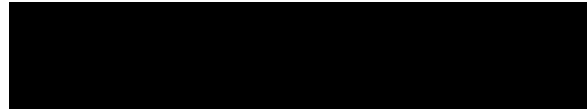
**Urteil**

In dem Rechtsstreit

des Herrn M [REDACTED] K [REDACTED], 40212 Düsseldorf,

Klägers,

Prozessbevollmächtigte:

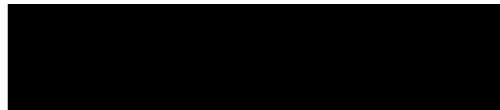


gegen



Beklagte,

Prozessbevollmächtigte:



hat das Amtsgericht Düsseldorf  
auf die mündliche Verhandlung vom 27.08.2015  
durch den Richter Feldmann

für Recht erkannt:

Die Beklagte die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 1.139,11 EUR  
nebst Verzugszinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz p.  
a. seit dem 26.03.2014 zu zahlen.

Die Kosten des Rechtsstreits trägt die Beklagte.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

## **I. Tatbestand**

Die Parteien streiten um die Zahlung der restlichen Vergütung für eine erfolgte zahnärztliche Behandlung.

Der Kläger ist, ebenso wie sein minderjähriger Sohn Maximilian , bei der Beklagten privat krankenversichert und macht gegen diese den Ausgleich seiner Kosten für eine zahnärztliche Behandlung seines Sohnes geltend.

Der Kläger ist bei der Beklagten unter der Versicherungsnummer [REDACTED] privat krankenversichert. Zunächst war der Kläger über seinen Vater, Herrn familienversichert. Ausweislich eines Versicherungsscheines aus dem Jahre 1971 war zwischen den Parteien insoweit der Tarif 740 vereinbart. Insoweit wird auf die Anl. B 1 Bezug genommen.

Der Kläger beantragte bei der Rechtsvorgängerin der Beklagten am 20.10.1986, eingegangen am 04.11.1986, unter anderem den Tarif 741. In dem Antrag ist ausgeführt, dass vom 01.11.1983 bis zum 15.11.1986 der Kläger bei der BEK krankenversichert war. Für die Einzelheiten wird auf die Anl. B 2 Bezug genommen.

Die Rechtsvorgängerin der Beklagten erstellte am 3.12.1986 einen Versicherungsschein (Nr. [REDACTED]) mit Änderungsbeginn 1.11.1986, in dem ausgeführt ist:

### **„Versicherungsumfang**

[...]

Übernahme aus Vertrag 6063360

[...]

unverändert Krankheitsk. Zahntarif 740 [...]

Vertragsbestandteil

Es gelten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), gesetzliche Vorschriften und gegebenenfalls schriftliche Vereinbarung [...]"

Für die Einzelheiten wird auf die Anl. K 22 verwiesen.

Zwischen den Parteien ist unstreitig, dass in dem Zeitraum, in dem die streitgegenständliche Behandlung des Sohnes des Klägers erfolgte, der Tarif 741 vereinbart war. Die Parteien streiten über den Inhalt der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, namentlich, ob die AVB aus dem Jahre 1970 oder dem Jahre 1986 oder 1998 gelten, also darüber, welche Leistungen des Zahnarztes zu 100 % und 75 % von der Beklagten zu erstatten sind.

Am 11.07.2013 begab sich der Kläger gemeinsam mit seinem Sohn Maximilian \_\_\_\_\_ für dessen zahnärztliche Behandlung in die Praxis des Zeugen Dr. \_\_\_\_\_ Zuvor war dieser Besuch telefonisch vereinbart worden, weil der Sohn des Klägers unter Zahnschmerzen litt. Am selben Tage schloss der Kläger mit dem Zeugen Dr. \_\_\_\_\_ eine Gebührenvereinbarung (Anl. K 2) gemäß §§ 1,2 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), wobei die Einzelheiten hinsichtlich des Abschlusses dieser Vereinbarung zwischen den Parteien streitig sind.

Auf Grundlage dieser Vereinbarung führte der Zeuge Dr. \_\_\_\_\_ bei dem Sohn des Klägers in dem Zeitraum vom 11.07.2013 bis zum 29.07.2013 eine medizinisch notwendige, aus mehreren Behandlungsschritten bestehende zahnärztliche Behandlung durch.

Unter dem 06.03.2014 stellte der Zeuge Dr. \_\_\_\_\_ dem Beklagten für die Behandlung seines Sohnes mit Rechnung Nr. \_\_\_\_\_ einen Betrag in Höhe von insgesamt 1.874,85 EUR in Rechnung, wobei ein Teilbetrag in Höhe von 38,49 EUR auf die Kosten für Auslagen nach den §§ 3, 5 GOZ und § 10 GOÄ sowie ein Teilbetrag in Höhe von 253,01 EUR auf die Auslagen nach § 9 GOZ gemäß Praxislaborbeleg entfielen. Für die Einzelheiten der Rechnung wird auf die Anl. K 3 verwiesen.

Die Beklagte glich die Rechnung nicht vollständig aus. Sie erstattete lediglich einen Teilbetrag in Höhe von 735,74 EUR. Einen Betrag in Höhe von 1.019,06 EUR zog sie als Korrektur und einen weiteren Betrag in Höhe von 120,05 EUR als Selbstbeteiligung ab (Anl. K 4).

Mit der Klage begehrt der Kläger die Restzahlung aus der Rechnung vom

06.03.2014.

Der Kläger behauptet, dass die hinsichtlich der Behandlung seines Sohnes geschlossene Gebührenvereinbarung nach einer persönlichen Absprache mit dem Zeugen Dr. [redacted] getroffen worden sei und meint, dass die Beklagte infolge dieser wirksamen Gebührenvereinbarung, nachdem die medizinische Notwendigkeit der Behandlung nicht in Abrede gestellt worden sei, zum vollständigen Ausgleich der Rechnung verpflichtet sei. Die streitigen Aufwendungen für die zahnärztliche Behandlung seines Sohnes ständen auch nicht in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen. Ein Verstoß gegen § 192 Abs. 2 VVG liege ebenso wenig vor wie ein Verstoß gegen § 138 BGB.

Darüber hinaus ist der Kläger der Ansicht, dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen aus dem Jahr 1970 (Anl. K 1) maßgeblich seien. Eine Änderung dieser AVB sei niemals vereinbart worden. Eine schriftliche Zustimmung existiere nicht. Ferner sei auch der Antrag vom 20.10.1986 (Anl. B 2) von der Beklagten mit dem Tarif 741 nicht angenommen worden, was sich aus dem zur Akte gereichten Versicherungsschein vom 3.12.1986 ergäbe (Anl. K 22), der den Tarif 740 vorsähe. Der Tarif 741 sei später vereinbart worden.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an ihn 1.139,11 EUR nebst Verzugszinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz p. a. seit dem 26.03.2014 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte ist der Auffassung, dass die getroffene Honorarvereinbarung nicht rechtswirksam vereinbart worden sei. Eine persönliche Absprache im Sinne einer persönlichen Erörterung und Erläuterung der Honorarvereinbarung vom 11.07.2013 zwischen dem Zeugen Dr. [redacted] und dem Kläger sei nicht erfolgt. Da die Individualabsprache zwischen den Parteien unwirksam sei, seien die zu erstattenden Leistungen nach GOZ zu beurteilen. Die in der Abrechnung genannten Gebührensätze liegen jedoch über dem nach der GOZ festgelegten Höchstsatz von 3,5. Die von dem Zeugen Dr. [redacted] verlangten Gebührensätze seien auch nicht angemessen. Es liege ein Verstoß gegen § 192 Abs. 2 VVG vor, weil die Aufwendungen für die Heilbehandlung in einem auffälligen Missverhältnis zu den



erbrachten Leistungen ständen. Das auffällige Missverhältnis ergäbe sich aus einem Vergleich von bei ihr eingereichter zahnärztlichen Behandlungsrechnungen bezogen auf das Bundesgebiet und das Gebiet der Landeshauptstadt Düsseldorf und der streitgegenständlichen Gebührenvereinbarung (Anl. B 21). Ferner sei die Vergütung auch nicht fällig nach § 10 Abs. 1 GOZ.

Die Rechnungspositionen Nr. 6010 GOZ und die weiteren Positionen Nr. 5170, 0060, 8010, 8020 und 8080 sowie das Abformungsmaterial in Höhe von 11,24 EUR und Auslagen in Höhe von 253,01 EUR gehören nicht zu einer Zahnbehandlung, sondern mit Ausnahme der Nr. 6010 (Kieferorthopädie) zu den sogenannten funktionsanalytisch und –therapeutischen Leistungen (FAL). Beides sei als Zahnersatz zu qualifizieren und falle nicht unter den Begriff „Zahnbehandlung“, so dass nur 75 % zu erstatten seien.

Die Beklagte ist ferner der Ansicht, dass die AVB aus dem Jahr 1970 nicht maßgeblich seien, sondern die AVB mit den Tarifbedingungen von Mai 1986. Diese seien zwischen den Parteien vereinbart worden. Wären die Tarifbedingungen aus dem Jahr 1970 gültig, so wäre die funktionelle Gebissanalyse bzw. funktionsanalytische und –therapeutischen Leistungen nicht zu erstatten, da diese dort nicht aufgeführt sind.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einvernahme des Zeugen Dr. gemäß Beweisbeschluss vom 10.03.2015. Für das Ergebnis der Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll vom 27.08.2015 Bezug genommen.

Wegen des sonstigen Sach- und Streitstandes wird auf die wechselseitigen Schriftsätze der Parteien nebst Anlagen verwiesen.

## **II. Entscheidungsgründe**

Die zulässige Klage ist begründet.

Dem Kläger steht gegenüber der Beklagten ein weiterer Zahlungsanspruch in Höhe von 1.139,11 EUR aus dem zwischen den Parteien vereinbarten Versicherungsvertrag zu.

Die Erstattungspflicht der Beklagten hinsichtlich zahnärztlicher Behandlungen des Sohnes richtet sich nach Tarif 741, wobei die Allgemeinen Versicherungsbedingung

aus dem Jahre 1970 gelten. Dieser für den Kläger selbst bestehende Versicherungsschutz gilt auch für die Behandlung seines Sohnes.

Unstreitig bestand der Krankenversicherungsvertrag zunächst zwischen dem Vater des zu diesem Zeitpunkt noch minderjährigen Klägers und der Rechtsvorgängerin der Beklagten. Der Kläger selbst und die Rechtsvorgängerin sind erst zum 1.11.1986 Versicherungsvertragspartner geworden, was sich aus dem in der Anl. K 22 zur Akte gereichten Versicherungsschein ergibt.

Dabei hat der Kläger den Versicherungsvertrag seines Vaters übernommen, und zwar mit den AVB, die auch in dem Vorvertrag des Vaters Geltung hatten, was unstreitig die AVB aus dem Jahre 1970 waren. Dies ergibt sich aus einer am objektiven Empfängerhorizont orientierten Auslegung des vorgenannten Versicherungsscheins gemäß §§ 133, 157 ZPO. Darin heißt es nämlich hinsichtlich des Versicherungsumfangs, dass dieser aus dem Vertrag [REDACTED] dem Vertrag des Vaters des Klägers übernommen werde („Übernahme aus Vertrag [REDACTED]“). Dies kann bei verständiger Bewertung nur so ausgelegt werden, dass der nunmehrige Versicherungsnehmer die erworbenen Rechte in seinen eigenen Vertrag übernehme, sie also eins zu eins auch für ihn Wirkung entfalten würden. Ausweislich einer am objektiven Empfängerhorizont orientierten Auslegung des vorgenannten Versicherungsscheins gemäß §§ 133, 157 ZPO ergibt sich auch entgegen der Ansicht der Beklagten nicht, dass dabei die AVB aus dem Jahre 1986 vereinbart wurden. Insoweit heißt es nämlich in dem Versicherungsschein, dass die „jeweiligen“ Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten. In dem Wort „jeweilig“ kommt eine Bezugnahme auf den Vertrag zum Ausdruck, aus dem der Versicherungsumfang übernommen wurde, also den Versicherungsvertrag des Vaters des Klägers, so dass die Erklärung so zu verstehen ist, dass auch die für den Vater geltenden AVB Geltung behalten sollten. Hätten die Parteien die Geltung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der zu diesem Zeitpunkt aktuellen Version vereinbaren wollen, hätten sie dies ausdrücklich tun müssen, so beispielsweise durch die Formulierung „in der jetzigen Form“ oder durch Nennung einer konkreten Zahl (so auch AG Düsseldorf, Urt. vom 23.07.2014 – 25 C 6132/12).

Dass in der Folgezeit durch die Vereinbarung des Tarifs 741 auch andere Allgemeine Versicherungsbedingungen vereinbart worden wären, hat die Beklagte nicht substantiiert vorgetragen, wofür sie aber darlegungs- und beweisbelastet ist. Eine nachträgliche Änderung ist nach jetzigem Sach- und Streitstand nicht erfolgt. Für laufende Verträge könne die AVB grundsätzlich nur mit Zustimmung des Versicherungsnehmers geändert werden. Eine konkludente Zustimmung zu einer Änderung kann nur dann angenommen werden, wenn die Änderung für den



Versicherungsnehmer vorteilhaft ist, was vorliegend nicht der Fall ist (vgl. LG Münster, Urteil vom 03.04.2012 – AZ 115 O 66/09).

Im Übrigen ist auch der behauptete Umstand, dass in den 70iger Jahren die von dem Zeugen Dr. im Rahmen der streitgegenständlichen Behandlung des Sohnes des Klägers durchgeführten Leistungen noch nicht existierten, irrelevant. Denn in den Versicherungsbedingungen aus dem 1970er Jahren ist der Zahnersatz definiert mit (Prothesen, Kronen, Stifzähne, Brücken). Wenn der Versicherer nicht einmal ausdrücklich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen erklärt, dass er sich vorbehält, bei Einführung von neuen Behandlungsmethoden die entsprechenden Kosten nicht zu erstatten, so erklärt der Versicherer, er zahle alle zahnärztlichen Behandlungen, die medizinisch notwendig sind – entsprechend den Tarifbedingungen. Sind in den Tarifbedingungen aber zu der Definition „Zahnersatz“ nur Beispiele genannt, so ist die Definition unklar, was zu Lasten des Versicherers geht. Zahn- und Kieferregulierung wird gar nicht definiert.

Dem Kläger kann auch nicht zum Vorwurf gemacht werden, dass er nach einer „Rosinentheorie“ vorgehe, wenn er sich einerseits auf die günstige weil offenere Definition der beiden Erstattungskategorie aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aus dem Jahre 1970 beruft (Zahnbehandlung und Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung) andererseits aber gemäß des Tarifes 741 die Erstattungshöchstgrenze von 100 % für die Zahnbehandlung verlangt, denn dies beruht nach dem Vorstehenden auf den vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Parteien bzw. zwischen dem Kläger und der Rechtsvorgängerin der Beklagten und ist die Folge der Tatsache, dass diese es dem Kläger ermöglicht hat, seine Versicherung für die Zeit ruhend zu stellen, in der er aus beruflichen Gründen keine private Krankenversicherung unterhalten konnte.

Die danach bestehende Erstattungspflicht greift auch für die Behandlung des Sohnes des Klägers und führt aufgrund der folgenden Ausführungen dazu, dass die Beklagte wie tenorisiert zur Zahlung verpflichtet ist.

Die zwischen den Parteien am 11.07.2013 getroffene Gebührenvereinbarung ist nach Auffassung des Gerichts wirksam. Die Individualvereinbarung entspricht den Anforderungen des § 2 Abs. 2 GOZ.

Das Gericht ist nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme auch davon überzeugt, dass die Gebührenvereinbarung erst nach einer persönlichen Absprache zwischen dem Kläger und dem Zeugen Dr. getroffen worden ist. Nach dem in §

286 Abs. 1 Satz 1 ZPO normierten Grundsatz der freien Beweiswürdigung ist ein Beweis erbracht, wenn das Gericht unter Berücksichtigung des gesamten Ergebnisses der Beweisaufnahme und der sonstigen Wahrnehmungen in der mündlichen Verhandlung von der Richtigkeit einer Tatsachenbehauptung überzeugt ist. Die danach erforderliche Überzeugung des Richters gebietet keine absolute oder unumstößliche Gewissheit und auch keine an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, es reicht vielmehr ein für das praktische Leben brauchbarer Grad an Gewissheit aus, der Zweifeln Schweigen gebietet. Dieses Maß an Überzeugung ist erreicht.

Insoweit hat nämlich der Kläger im Rahmen seiner informatorischen Anhörung in Übereinstimmung mit dem im Anschluss vernommenen Zeugen Dr. [Name] bekundet, dass er, der Kläger, gemeinsam mit seinem Sohn im Wartezimmer Platz genommen habe, wo er dann von einer Dame des Sekretariates die Gebührenvereinbarung erhalten habe, um diese durch zu lesen, was nach der Erinnerung des Klägers etwa 15 bis 20 Minuten gedauert habe. Insbesondere äußerte sich der Kläger so, dass unabhängig von einer genauen Minutenangabe jedenfalls ausreichend Zeit gewesen sei, die Vereinbarung zu lesen. Im Anschluss daran habe der Zeuge Dr. [Name] ihm und seinem Sohn die Gebührenvereinbarung erläutert, wobei der Zeuge Dr. [Name] insbesondere darauf hingewiesen habe, dass auch höhere Gebühren anfallen könnten. Das Gericht hat sieht keinen vernünftigen Grund, an dem wesentlichen Inhalt dieser Angaben des Klägers zu Zweifeln, insbesondere deswegen, weil er unumwunden einräumte, dass er aufgrund der Tatsache, dass zwischenzeitlich eine lange Zeit vergangen sei und zum Zeitpunkt der Erörterung die Schmerzen seines Sohnes für ihn wichtiger gewesen seien, an den genauen Inhalt des Gesprächs und dessen Detailreichtum hinsichtlich einzelner Gebühren keine Erinnerung mehr habe.

Diese Angaben konnte der Zeuge Dr. [Name] im Rahmen seiner weiteren Vernehmung bestätigen. Der Zeuge gab an, wobei er sich auch auf von ihm mitgeführte Auszüge seiner Patientenakte stützte, dass er die Gebührenvereinbarung mit dem Kläger und dessen Sohn, nachdem diese bereits im Wartezimmer Zeit gehabt hätten, die Vereinbarung mitsamt Erläuterungen zu lesen, besprochen habe, wobei der Kläger aber schnell erklärt habe, dass er die Gebührenvereinbarung ja bereits anlässlich seiner eigenen Behandlung kenne und die vorliegende Vereinbarung bezüglich der Behandlung seines Sohnes daher ohne weitere Erläuterung unterschreiben werde. Im Anschluss an die Leistung der Unterschriften habe der Kläger sodann das Erläuterungsblatt mitsamt Kopie der Vereinbarung mitbekommen. Diese Angaben sind nicht nur deswegen glaubhaft, weil der Zeuge angab, im Rahmen des Abschlusses einer Gebührenvereinbarung stets nach einem strukturierten Vorgehen vorzugehen, er die diesbezüglichen Abläufe also

automatisiert habe. Der Zeuge stützte sich nämlich auch, wie bereits dargelegt, auf entsprechende eigene Behandlungsunterlagen und Mitschriften, die während des Gespräches von einer seiner Mitarbeiterinnen angefertigt worden sind. Letztlich gab der Zeuge auch an, darauf hingewiesen zu haben, dass unter Umständen keine volle Erstattung seitens der Krankenkasse stattfindet, was sich im Übrigen auch aus einem Passus in der Vereinbarung selbst unmittelbar über den Unterschriften ergibt.

Die Gebührenvereinbarung wurde auch im Einzelfall i.S.d. § 2 Abs. 1 Satz 1 GOZ getroffen. Sie wurde nämlich, was zwischen den Parteien unstreitig ist, anlässlich der streitgegenständlichen Behandlung des Sohnes des Klägers getroffen. Für das Vorliegen eines Einzelfalles ist auch unerheblich, dass und ob der behandelnde Zahnarzt Dr. \_\_\_\_\_ mit all seinen Patienten Gebührenvereinbarungen abschließt, denn Bezugspunkt der Prüfung, ob ein Einzelfall im Sinne der Norm vorliegt, ist ausschließlich die Vereinbarung selbst. Es ist nicht erkennbar, dass der Normgeber die Möglichkeit, eine solche Vereinbarung zu treffen, für Zahnärzte dahin begrenzen wollte, dass diese nur mit einigen ihrer Patienten entsprechende Vereinbarung schließen können.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht daraus, dass in der streitgegenständlichen Gebührenvereinbarung auch Gebührensatzungen für Leistungen aufgeführt sind, die im Rahmen der streitgegenständlichen Behandlung nicht durchgeführt worden sind. Der Zeuge Dr. \_\_\_\_\_ hat insoweit nämlich nachvollziehbar bekundet, dass im Vorfeld einer Behandlung eine Vereinbarung nur in groben Umrissen eingegrenzt werden könne, beispielsweise in Bezug auf Eigenschaften der Patienten wie das Alter. So könne im Vorfeld hinsichtlich potentiell notwendiger Leistungen zwischen der bevorstehenden Behandlung eines Kindes von bis zu 10 Jahren und der eines Erwachsenen differenziert werden, so dass auch eine andere Gebührenvereinbarung geschlossen werden könnte. Ferner ergibt sich eine mögliche Differenzierung aus der Art der zu erwartenden zahnärztlichen Behandlung, so beispielsweise, wenn im Vorfeld bekannt ist, dass ein Patient keine Zähne mehr hat. In anderen Fällen ist nach den plausiblen Bekundungen des Zeugen Dr. \_\_\_\_\_ nicht möglich, im Vorfeld näher einzugrenzen, welche Leistungen notwendig und welche Gebührensatzungen damit ausgelöst werden würden, da der Umfang der Behandlung noch nicht erkennbar gewesen ist.

Dieses Vorgehen und das Verständnis dieses Vorgehens als Vereinbarung im Einzelfall ist von der GOZ gedeckt, denn diese sieht in § 2 Abs. 1 Satz 1 ausdrücklich als zwingende Wirksamkeitsvoraussetzung vor, dass die Vereinbarung vor der Erbringung der Leistung durch den Zahnarzt getroffen werden muss, normiert also ausdrücklich einen Zeitpunkt, zu dem das genaue Leistungsspektrum noch nicht in allen Einzelheiten absehbar ist. Ein anderes Verständnis der Vorschrift würde zu dem Ergebnis führen, dass für den Fall, dass während der Behandlung eine im Vorfeld



nicht vorausgesehene, unvorhergesehene Leistung notwendig wird, der Zahnarzt die Behandlung unterbrechen müsste, um mit dem - ggf. betäubten Patienten nachzuverhandeln - was, abgesehen von der problematischen zivilrechtlichen Wirksamkeit einer Einigung unter derartigen Voraussetzungen, vom Normgeber nicht gewünscht sein kann. Der Abschluss einer Vereinbarung im Einzelfall liegt also auch vor, wenn die Gebührenvereinbarung zunächst alle denkbaren zahnärztlichen Leistungen mitsamt der entsprechenden Gebührensätzen erfasst, im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung aber nicht alle dieser Leistungen erbracht werden.

Die Beklagte kann sich auch nicht auf die Nichtigkeit der Vereinbarung nach § 138 BGB wegen unangemessener Steigerung der Gebührensätze bzw. auf § 192 Abs. 2 VVG wegen eines auffälligen Missverhältnisses von erbrachten Leistungen berufen, wofür sie die Darlegungs- und Beweislast trägt worauf das Gericht in der mündlichen Verhandlung vom 27.08.2015 hingewiesen hat. Die Beklagte hat auch mit Schriftsatz vom 17.11.2015 auf auffälliges Missverhältnis im Sinne der vorgenannten Vorschrift nicht hinreichend substantiiert dargelegt. Voraussetzung für einen Leistungsausschluss nach den vorgenannten Vorschriften ist ein auffälliges Missverhältnis von Aufwendungen und den jeweiligen Leistungen. An diesbezüglichen Vortrag mangelt es hier.

Dabei mag dahinstehen, ob es dem Gericht und dem Kläger zuzumuten ist, sich den entsprechenden Sachvortrag hinsichtlich der Höhe einzelner Gebühren aus den zur Akte gereichten Anlagen herauszusuchen, worauf die Beklagte hinzuweisen gewesen wäre. Die in der Anlage B 21 zur Akte gereichte Auswertung der der Beklagten zur Erstattung eingereichten zahnärztlichen Behandlungsrechnungen, aufgeschlüsselt nach dem Bundesgebiet und der Landeshauptstadt Düsseldorf, ist nämlich nicht geeignet, ein auffälliges Missverhältnis darzulegen. So ergibt sich aus der bloßen Angabe von Durchschnittswerten bereits nicht, aus welcher Spanne sich diese Durchschnittswerte ergeben. Insbesondere lässt sich nicht ermitteln, welche Höchstwerte in welchem Verhältnis in die Auswertung eingeflossen sind. Ferner wird aus der Auswertung nicht deutlich, ob und inwieweit die ausgewerteten Behandlungsrechnungen mit den jeweils enthaltenen Steigerungssätzen wie hier auf einer Gebührenvereinbarung fußen oder nicht. Ferner fehlt es an der Angabe eines durchschnittlichen Steigerungssatzes bei Gebührenvereinbarungen gegenüber sonstigen Abrechnungen. Die Auswertung gibt auch keine Auskunft darüber, ob nicht beispielsweise für besonders aufwendige Leistungen auch Gebührensätze abgerechnet wurden, die denen des Zeugen Dr. entsprechen oder nahe kommen, da die Auswertung sich auf die Nennung der Gebührensätze und Steigerungssätze beschränkt. Aus der Auswertung ergibt sich zwar ein behaupteter durchschnittlicher Steigerungssatz, nicht aber, welche Leistung bzw. welcher Qualität und Güte die mit diesem durchschnittlichen Steigerungssatz abgegoltene

Leistung ist und nicht, ob die Auswertung auch Gebührenvereinbarungen erfasst oder diese ausspart.

Es fehlt daher an hinreichendem Vortrag zu dem durchschnittlichen Wert der konkreten Leistung als Ausgangspunkt für die Bewertung eines auffälligen Missverhältnisses bzw. einer Sittenwidrigkeit, dazu, inwieweit eine Diskrepanz zwischen den ärztlichen Leistungen und dem abgerechneten Honorar bestand und ob der Kläger bzw. dessen Sohn nicht möglicherweise in den Genuss einer überdurchschnittlichen Qualität und Präzision der zahnärztlichen Leistung und eines hochwertigen Praxisaufwandes gekommen ist.

Mangels eines hinreichend konkreten erforderlichen Sachvortrages der Beklagten war insoweit auch weder Beweis über die Richtigkeit der vorgelegten Auswertung zu erheben noch das beklagtenseits angebotene Sachverständigengutachten einzuholen.

Die Vergütung des Zahnarztes des Klägers ist auch fällig, § 10 Abs. 1 GOZ.

Einer schriftlichen Begründung nach § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ bedurfte es nicht, da eine schriftliche Begründung für den Zahnarzt im Hinblick auf die von ihm in Ansatz gebrachten Steigerungssätze nach § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ nur dann besteht, wenn keine Gebührenvereinbarung nach § 2 GOZ getroffen wird. Wie oben festgestellt, ist jedoch eine wirksame Gebührenvereinbarung zwischen den Parteien getroffen worden.

Einwendungen gegen die medizinische Notwendigkeit der einzelnen Leistungen hat die insoweit darlegungs- und beweisbelastete Beklagte nicht erhoben.

Sofern die Beklagte geltend macht, dass die Position Nr. 6010 GOZ und die weiteren Positionen Nr. 5170, 0060, 8010, 8020 und 8080 sowie das Abformungsmaterial in Höhe von 11,24 EUR und Auslagen in Höhe von 253,01 EUR nicht zu erstatten sei, weil sie nicht zu einer Zahnbehandlung gehören, sondern mit Ausnahme der Nr. 6010 (Kieferorthopädie) zur sogenannten funktionsanalytisch und -therapeutischen Leistungen (FAL), so dass nur 75 % zu erstatten seien verfährt dies nicht.

Soweit die Beklagte nämlich meint, die mit Nr. 6010 berechneten Gebühren seien kieferorthopädische Leistungen, so ist dies irrelevant, da die Allgemeinen Versicherungsbedingungen aus dem Jahr 1970 hierzu keine Einschränkungen enthalten. Diese erfassen unter § 4 Abs. II, (3) b) jedoch nur Zahn- und Kieferregulierung, nicht jedoch die Kieferorthopädie. Mithin sind kieferorthopädischen Leistungen als Leistungen der Zahnbehandlung anzusehen und mithin zu 100 % zu erstatten.



Dasselbe gilt auch für Leistungen, die die Beklagte den sogenannten funktionsanalytisch und –therapeutischen Leistungen (FAL) zuordnet. Auch diese sind mangels konkreter Regelungen im Zweifel als Leistungen der Zahnbehandlung auszulegen und infolge dessen zu 100 % zu erstatten (so auch AG Düsseldorf, Ur. vom 23.07.2014 – 25 C 6132/12).

Beweis hat die Beklagte insoweit nicht angeboten.

Nach alledem kann der Kläger die weitere Zahlung beanspruchen.

Der Zinsanspruch ist begründet nach §§ 286 Abs. 1, 288 Abs. 1 BGB.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 91 Abs. 1 ZPO.

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf § 708 Nr. 11 ZPO.

Der Streitwert wird auf 1.139,11 EUR festgesetzt.

#### **Rechtsbehelfsbelehrung:**

Gegen dieses Urteil ist das Rechtsmittel der Berufung für jeden zulässig, der durch dieses Urteil in seinen Rechten benachteiligt ist,

1. wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes 600,00 EUR übersteigt oder
2. wenn die Berufung in dem Urteil durch das Amtsgericht zugelassen worden ist.

Die Berufung muss **innerhalb einer Notfrist von einem Monat nach Zustellung** dieses Urteils schriftlich bei dem Landgericht Düsseldorf, Werdener Straße 1, eingegangen sein. Die Berufungsschrift muss die Bezeichnung des Urteils, gegen das die Berufung gerichtet wird, sowie die Erklärung, dass gegen dieses Urteil Berufung eingelegt werde, enthalten.

Die Berufung ist, sofern nicht bereits in der Berufungsschrift erfolgt, binnen zwei Monaten nach Zustellung dieses Urteils schriftlich gegenüber dem Landgericht Düsseldorf zu begründen.

Die Parteien müssen sich vor dem Landgericht Düsseldorf durch einen Rechtsanwalt vertreten lassen, insbesondere müssen die Berufungs- und die Berufungsbegründungsschrift von einem solchen unterzeichnet sein.



Mit der Berufungsschrift soll eine Ausfertigung oder beglaubigte Abschrift des angefochtenen Urteils vorgelegt werden.

Feldmann

# Gebührenvereinbarung

Zwischen

Herrn \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_,

(Patient/Zahlungspflichtiger)

und

Herrn \_\_\_\_\_

(Zahnarzt)

wird gemäß § 2 Absatz 1 und 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) für die in Aussicht genommene privat Zahnärztliche Behandlung von M\_\_\_\_\_ K\_\_\_\_\_ folgende Gebührenvereinbarung getroffen:

Nr.	Bezeichnung der Leistung	Steigerungssatz	vereinbarter Betrag
0010	Eingehende Untersuchung	8,2	46,08 €
0030	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans	5,9	66,38 €
0040	Aufstellg. schriftl. Heil- und Kostenplan, Kieferorthopädie	5,9	82,95 €
0050	Planungsmodell eines Kiefers	5,9	39,83 €
0060	Planungsmodelle	5,9	86,26 €
0070	Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne	5,9	16,58 €
0080	Intraorale Oberflächenanästhesie	5,9	9,97 €
0090	Intraorale Infiltrationsanästhesie	5,9	19,88 €
0100	Intraorale Leitungsanästhesie	5,9	23,25 €
1000	Mundhygienestatus und Unterweisung zur Vorbeugung	5,9	66,38 €
1010	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich Unterweisung	5,9	33,16 €
1020	Lokale Fluoridierung zur Verbesserg. d. Zahnhartsubstanz	5,9	16,58 €
1040	Professionelle Zahnreinigung, je Zahn	4,0	6,28 €
2000	Versiegelung v. kariesfreien Zahnfissuren o. Glattflächen	5,9	29,85 €
2010	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	5,9	16,58 €
2020	temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität	5,9	32,51 €
2030	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen	5,9	21,59 €
2040	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte o. Frontzahnber.	5,9	21,59 €
2060	Restauration mit Kompositmaterialien, einflächig	3,6	106,70 €
2080	Restauration mit Kompositmaterialien, zweiflächig	3,8	118,83 €
2100	Restauration mit Kompositmaterialien, dreiflächig	5,0	180,55 €
2120	Restauration mit Kompositmaterialien, mehr als dreiflächig	6,0	259,62 €
2130	Kontrolle, Finieren/Polieren e. Restauration. in sep. Sitzg.	5,9	34,52 €
2150	Einlagefüllung, einflächig	8,2	526,19 €
2160	Einlagefüllung, zweiflächig	8,2	625,33 €
2170	Einlagefüllung, mehr als zweiflächig	8,2	788,18 €
2180	Vorbereitung e. zerstörten Zahnes m. plast. Aufbaumat.	8,2	69,21 €
2190	gegossener Aufbau mit Stiftverankerung	8,2	207,54 €
2195	Schraubenaufbau oder Glasfaserstift	8,2	138,33 €
2197	Adhäsive Befestigung	5,9	43,13 €
2210	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone	8,2	773,83 €

Nr.	Bezeichnung der Leistung	Steigerungssatz	vereinbarer Betrag
2220	Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone	8,2	953,25 €
2270	Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung	5,9	89,62 €
2290	Entfernung Einlagefüllung/Krone/Brückenanker o.Ä.	8,2	82,98 €
2300	Entfernung eines Wurzelstiftes	8,2	124,56 €
2310	Wiedereingliederung Einlagefüllung/Teilkrone/Krone o.Ä.	5,9	48,14 €
2320	Wiederherstellung einer Krone o.ä.	7,0	137,76 €
2330	Maßnahmen bei Caries profunda	8,2	50,76 €
2340	Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa	8,2	92,25 €
2360	Exstirpation der vitalen Pulpa, je Kanal	5,9	36,52 €
2390	Trepanation eines Zahnes	8,2	30,01 €
2400	Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals	5,9	23,25 €
2410	Aufbereitung eines Wurzelkanals, je Kanal	8,2	180,81 €
2420	Elektrophysikalisch-chemische Methode, je Kanal	7,0	27,58 €
2430	Medikamentöse Einlage, je Zahn	8,2	94,05 €
2440	Füllung eines Wurzelkanals	8,2	118,98 €
3000	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder Implantats	7,0	27,58 €
3010	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	7,0	43,33 €
3020	Entfernung eines tief frakturierten / tief zerstörten Zahnes	7,0	106,33 €
3030	Entfernung eines Zahnes durch Osteotomie	7,0	137,76 €
3040	Entfernung eines retinierten oder verlagerten Zahnes	7,0	212,59 €
3045	Entfernung eines extrem retinierten/verlagerten Zahnes	7,0	301,98 €
3070	Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe	5,9	14,93 €
3250	Tuberplastik, einseitig	7,0	106,33 €
3290	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff	7,0	21,63 €
3300	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	7,0	25,62 €
3310	Chirurgische Wundrevision	7,0	39,34 €
4000	Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus	7,0	63,00 €
4005	Erhebung eines Gingivalindex/Parodontalindex	5,9	26,55 €
4020	Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen	7,0	17,71 €
4025	Subgingivale medikamentöse Lokalapplikation, je Zahn	5,9	4,96 €
4030	Beseitigung von scharfen Kanten/Fremdreizen	7,0	13,79 €
4040	Beseitigung grobe Vorkontakte durch Einschleifen	8,2	20,75 €
4050	Entfernung harter/weicher Zahnbeläge, einwurzeliger Zahn	8,2	4,59 €
4055	Entfernung harter/weicher Zahnbeläge, mehrwurzeliger Zahn	8,2	5,99 €
4060	Kontrolle nach Zahnbelagentfernung, je Zahn	8,2	3,20 €
4070	Subgingivale Konkremententfernung, einwurzeliger Zahn	7,0	39,34 €
4075	Subgingivale Konkremententfernung, mehrwurzeliger Zahn	7,0	51,17 €
4080	Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium	7,0	17,71 €
4090	offene Kürettage, Frontzahn	7,0	70,84 €
4100	offene Kürettage, Seitenzahn	7,0	108,29 €
4130	Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut	7,0	70,84 €
4133	Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe	7,0	346,43 €
4150	Nachbehandlung nach Parodontalchirurgie, je Zahn	8,2	3,20 €
5110	Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke	5,9	119,48 €
5120	provisorische Brücke, direktes Verfahren mit Abf., je Zahn	7,0	94,50 €
5140	provisorische Brücke, direktes Verfahren mit Abf., je Spanne	7,0	31,50 €
5170	Anatomische Abformung des Kiefers mit individuellem Löffel	5,9	82,95 €

Nr.	Bezeichnung der Leistung	Steigerungssatz	vereinbarer Betrag
6000	Profil- oder Enfacefotografie einschließlich Auswertung	5,9	26,55 €
6010	Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen	5,9	59,71 €
6020	Untersuchung des Gesichtsschädels (Kephalometrie)	5,9	119,48 €
7010	Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	5,9	265,44 €
7030	Wiederherstellung der Funktion eines Aufbissbehelfs	5,9	122,78 €
7040	Kontrolle eines Aufbissbehelfs	5,9	21,59 €
7050	Subtraktive Maßnahmen am Aufbissbehelf	5,9	59,71 €
7060	Additive Maßnahmen am Aufbissbehelf	5,9	136,05 €
7070	Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik	5,9	29,85 €
7080	Langzeitprovisorium je Zahn	5,9	199,13 €
7090	Langzeitprovisorium je Brückenglied	5,9	89,62 €
7100	Wiederherstellung Langzeitprovisorium je Krone/Spanne	5,9	66,38 €
8000	Klinische Funktionsanalyse	5,9	165,91 €
8010	Registrieren gelenkbezügliche Zentrallage des Unterkiefers	5,9	59,71 €
8020	Arbiträre Scharnierachsenbestimmung	5,9	99,53 €
8080	Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator	5,9	82,95 €
8090	Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen	5,9	82,95 €
8100	Subtraktive Maßnahmen am Gebiss/Zahnersatz	5,9	6,61 €
Ä1	Beratung, gegebenenfalls telefonisch	8,2	38,21 €
Ä3	eingehende Beratung, gegebenenfalls telefonisch	8,2	71,67 €
Ä5	symptombezogene Untersuchung	8,2	38,21 €
Ä6	Untersuchung des stomatognathen Systems	8,2	47,81 €
Ä34	Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit	8,2	143,42 €

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

M.07.13

Datum



Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Unterschrift des Zahnarztes