

Titel:

Kostenerstattung für Hilfsmittel und Physiotherapie in der privaten Krankenversicherung

Normenketten:

VVG § 192 Abs. 1

MB/KK 2009 § 4 Abs. 1

BGB § 307, § 612 Abs. 2

Leitsätze:

1. Ein Hilfsmittelkatalog in den Tarifbedingungen einer privaten Krankenversicherung, der die einzelnen Hilfsmittel "ausschließlich" aufführt, schließt einen Erstattungsanspruch für ein dort nicht aufgeführtes Hilfsmittel aus. (Rn. 34) (redaktioneller Leitsatz)

2. Die Verwendung eines abschließenden Hilfsmittelkatalogs begegnet keinen Wirksamkeitsbedenken (Anschluss an BGH BeckRS 2017, 118356). (Rn. 36) (redaktioneller Leitsatz)

3. Ein Kostenerstattungsanspruch besteht nur für tatsächlich angeschaffte Hilfsmittel. (Rn. 44) (redaktioneller Leitsatz)

4. Bei der Bestimmung der ortsüblichen Vergütung für eine Physiotherapie bilden die beihilfefähigen Höchstsätze die Obergrenze der erstattungsfähigen Kosten. (Rn. 69) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

private Krankenversicherung, Hilfsmittelkatalog, Kostenerstattung, Rollstuhl, Physiotherapie, ortsübliche Vergütung

Rechtsmittelinstanz:

OLG München, Endurteil vom 16.11.2023 – 25 U 8934/21

Tenor

1. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 2.860,13 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz, aus 121,80 € seit 01.01.2017, aus 978,93 € seit 01.01.2018, aus 559,60 € seit 01.01.2019, aus 520,30 € seit 01.01.2020 und aus 679,50 € seit 04.01.2020 zu zahlen.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

2. Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

3. Das Urteil ist für beide Parteien gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrags vorläufig vollstreckbar.

Beschluss

Der Streitwert wird bis 23.10.2017 auf 45.601,85 €, danach bis 22.11.2017 auf 49.936,97 €, danach bis 22.01.2020 auf 19.384,03 € und ab 23.01.2020 auf 32.755,65 € festgesetzt.

Tatbestand

1

Die Parteien streiten um Ansprüche aus einer privaten Krankenversicherung.

2

Der Kläger unterhält bei der Beklagten, die die vorher als ... firmierte, einen privaten Krankenversicherungsvertrag, in dem unter anderem seine am 19.10.2010 geborene Tochter ... als versicherte Person in den Tarifen EKN250 und PVN versichert ist. Auf den Nachtrag zum Versicherungsschein in Anlage ... 2 wird Bezug genommen.

3

Die mitversicherte Tochter des Klägers ist seit ihrer Geburt durch eine genetisch bedingte Anlagenanomalie schwerstbehindert. Aufgrund der genetisch bedingten Anlagenanomalien von Niere, Herz und

Zentralnervensystem besteht bei der Tochter des Klägers eine komplexe Mehrfachbehinderung mit zerebralen Bewegungsstörungen, Beeinträchtigung von Hören und Sehen sowie einer Intelligenzminderung. Die Tochter kam als Frühgeborenes (29+5 SSW) mit peripartaler Asphyxie auf die Welt. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: Cri du Chat Syndrom, VDS Verschluss (minimaler hämodynamisch nicht relevanter Rest-VSD), ASD Verschluss, Pulmonalarterienbanding und De-Banding, multizystisch-dysplastische Niere links, funktionelle Einzelniere rechts mit V.a. Ureteropelivine Stenose, Hydrocephalus internus und externus, megacisterna cerebelomedullaris, Balkerhypoplasie, IVH I bds, ROP II rechts, PEG Sonde/Button, rezidivierenden pulmonalen Verschlechterung, rezidivierenden Aspirationspneumonien.

4

Mit Schreiben vom 19.11.2015 beehrte der Kläger die Übernahme der Kosten für physiotherapeutische Behandlungen sowie die Übernahme der Anschaffungskosten für einen Aktivrollstuhl, einer Gehhilfe und einer Stehorthese (Anlage K 1). Die Beklagte lehnte eine Leistung mit Schreiben vom 05.01.2016 ab (Anlage K 2), zahlte jedoch auf den angeschafften Aktivrollstuhl mit Leistungsabrechnung vom 01.11.2016 (Anlage ... 6) einen Betrag in Höhe von 500,00 €.

5

In Bezug auf die begehrten physiotherapeutischen Behandlungen erfolgte eine Leistungszusage mit Schreiben vom 01.10.2015 (Anlage ... 3) im Zeitraum 05.10.2015 bis 04.10.2016 für 3× pro Woche Krankengymnastik, 1× pro Woche Ergotherapie sowie 1× pro Woche Logopädie (jeweils in Einzelbehandlung vor 45 Minuten zum Preis von 34,30 €). Auch für den Zeitraum 28.10.2016 bis 31.12.2017 erfolgte mit Schreiben vom 01.02.2017 (Anlage K 24) eine weitere Kostenzusage für 5× pro Woche Krankengymnastik, 1× pro Woche Ergotherapie sowie 1× pro Woche Logopädie befristet bis 31.12.2017. Zuletzt wurde mit Schreiben vom 26.06.2019 (Anlage K 26) für den Zeitraum 28.06.2019 bis 27.06.2021 4× pro Woche Krankengymnastik, 1× pro Woche Ergotherapie sowie 1× pro Woche Logopädie zugesagt.

6

Von den begehrten Hilfsmitteln hat der Kläger lediglich den Aktiv-Rollstuhl zu einem Preis von 5.176,62 € angeschafft. Die anderen Hilfsmittel werden auf Grundlage eines Kostenvoranschlags geltend gemacht.

7

Der Kläger trägt vor, dass dem Versicherungsverhältnis die AVB 2013 in Verbindung mit den Tarifen EKN 250 und PVN zugrunde lägen. Entscheidend seien die im Zeitpunkt der Entstehung der Versicherungsleistung aktuellsten Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Das bedeute im vorliegenden Fall, dass nicht die AVB 2009, sondern die AVB 2013 anzuwenden seien. Mit Schreiben vom 16.06.2017 sei dem Kläger eine Änderung der Tarifbedingungen mitgeteilt worden (Anlage K 20).

8

Der Kläger trägt weiter vor, dass die von Frau ... verordneten Therapiemaßnahmen in der bisherigen Frequenz erforderlich seien. Der Umstand, dass die Therapiemaßnahmen zu erfreulichen Fortschritten geführt hätten, rechtfertige die Fortführung der Therapiemaßnahmen in der bisherigen Form und Frequenz. Der Kläger habe daher grundsätzlich einen Anspruch auf Erstattung von 45 Einheiten Krankengymnastik auf neurologischer Grundlage nach Bobarth, Atemtherapie, neurologische Krankengymnastik (KG ZNS) durch Hausbesuch in Doppelstunden sowie 12 Einheiten logopädische Übungsbehandlungen von je 60 Minuten und 12 Einheiten ergotherapeutische Übungsbehandlungen in Doppelstunden von je 60 Minuten zur Behandlung von Wahrnehmungsstörungen im Hausbesuch pro Quartal. Die Therapiestunden seien dabei als Doppelstunden anzusetzen, um das Verhältnis von An- und Abreisezeiten zur eigentlichen therapeutischen Arbeit zu optimieren Außerdem müsse ... zunächst in einer „Aufwärmphase“ zur Mitwirkung motiviert werden.

9

Der Kläger ist zudem der Ansicht, dass eine Begrenzung der Physiotherapieleistung auf diverse Höchstsätze nicht erfolgen könne. Für den Beruf des Physiotherapeuten gäbe es keine gesetzliche Gebührenordnung, sodass gemäß § 611 BGB die angemessene und ortsübliche Vergütung zu zahlen sei. Die hier geltend gemachten Kosten würden dem entsprechen. Auch müsse die Beklagte die Kosten für die Hausbesuche, die Teamgespräche und das Kilometergeld ersetzen. Ein Ausschluss dieser Ansprüche seien den Versicherungsbedingungen nicht zu erkennen. Die Hausbesuche seien zudem ärztliche verordnet gewesen.

10

Für die Jahre 2016-2019 ergäbe sich daher ein noch offener, nicht erstatteter Differenzbetrag in Höhe von insgesamt 22.009,17 €. Da die seitens der Beklagten vorgenommen Kürzungen unberechtigt seien, habe die Beklagte dem Kläger für das Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 2.088,27 €, für das Jahr 2017 einen Betrag in Höhe von 4.703,45 €, für das Jahr 2018 einen Betrag in Höhe von 8.623,75 € sowie für das Jahr 2019 einen Betrag in Höhe von 6.593,70 € zu erstatten.

11

Der Kläger weiter trägt vor, dass der begehrte Aktivrollstuhl von den aktuellen AVB 2013 umfasst sei. Ein handbetriebener Standardkrankenfahrstuhl, wie er in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB 2009 vorgesehen ist, sei für seine Tochter völlig unbrauchbar und daher auch nicht medizinisch notwendig. Die in den Versicherungsbedingungen vorgesehene Leistungseinschränkung sei nur dann gerechtfertigt, wenn sich der Versicherer durch das Übermaßverbot erkennbar vor einer unnötigen Kostenbelastung durch aus medizinischer Sicht nicht notwendigen Maßnahmen schützen will. Der Versicherer, der seine Leistungen wegen einer Übermaßbehandlung kürzen will, müsse daher darlegen und beweisen, dass bei einem an sich notwendigen Hilfsmittel bestimmte Funktionen oder Ausstattungsmerkmale medizinisch nicht notwendig seien. Nach Auffassung des Klägers bestehe daher kein Versicherungsschutz für den Standardkrankenfahrstuhl, hingegen sehr wohl für den angeschafften Aktivrollstuhl. Im Übrigen richte sich die Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen für Hilfsmittel nach den aktuellen AVB 2013. In diesen sei eine Beschränkung auf Standardkrankenfahrstuhl nicht vorhanden. Entscheidend sei daher, dass lediglich der Aktivrollstuhl geeignet sei, die Behinderungen seiner Tochter zu mildern und auf Aktivierung des Bewegungsapparates gerichteten physiotherapeutischen Maßnahmen zu unterstützen. Im Übrigen ergäbe sich nach Ansicht des Klägers auch für den Fall, dass die AVB 2009 anzuwenden wären, ein Erstattungsanspruch hinsichtlich des Aktivrollstuhls. Da für die Tochter des Klägers lediglich der aktive Rollstuhl infrage käme, sei dieser als erstattungsfähiger Standardrollstuhl im Sinne der Versicherungsbedingungen (§ 5 Abs. 4 TB/KK 2009) anzusehen. Der Standard müsse sich jeweils nach der gesundheitlichen Lage und dem Alter der mitversicherten Personen richten. Darüber hinaus ist der Kläger der Ansicht, dass Ausschlussklauseln in Versicherungsbedingungen für den Versicherungsnehmer erkennbar nachvollziehbar sein müssten. Im vorliegenden Fall sei allerdings für den Versicherungsnehmer nicht nachvollziehbar, dass Anschaffungskosten für ein ungeeignetes und medizinisch nicht notwendiges Hilfsmittel erstattungsfähig sein sollen, während das medizinisch geeignete, ärztlich verordnete Hilfsmittel nicht versichert sei.

12

Auch die von Frau ... verordnete Gehhilfe zur Mobilisierung der Tochter sei nicht nur unbedingt medizinisch notwendig, sondern vor allem auch vom versicherten Leistungsumfang umfasst. Die Ausgrenzung bestimmter ärztlich verordneter Hilfsmittel, die zur Erreichung des therapeutischen Zweckes medizinisch alternativlos sind und nicht durch ein anderes Hilfsmittel ersetzt werden können, gefährde den Vertragszweck im Sinne von § 9 Abs. 2 Satz 2 AVB. Auch müsse der Versicherungsnehmer nicht mit einem derartigen Leistungsausschluss rechnen. Zudem sei die Walk Star Laufhilfe als erstattungsfähiges orthopädisches Hilfsmittel nach B 10.2 der AVB 2013 anzusehen und damit vom Versicherungsvertrag umfasst. Zumindest müsse diese aber den in § 5 Abs. 4 TB/KK aufgeführten Unterarmgestützen und Gehstöcken gleichgesetzt werden, da diese bei Erwachsenen erstattungsfähigen Hilfsmittel der Walkstar Laufhilfe bei der Tochter des Klägers entsprechen würde.

13

Der Kläger meint darüber hinaus, dass er einen Anspruch auf Kostenerstattung einer Stehorthese habe. Diese sei insbesondere medizinisch notwendig, da sie der Verbesserung der Rumpfaufrichtung während des Stehens diene. Auch seien diese im Hilfsmittelkatalog aufgeführt, da es sich hierbei um orthopädische Stützapparate handeln würde.

14

Die mit Klageschrift vom 29.03.2016 gestellten Anträge wurden im Verlauf des Rechtsstreits mehrfach geändert. So begehrte der Kläger in Hauptsache ursprünglich die Kostenübernahme für den Aktiv Rollstuhl, die Walkstar Laufhilfe und die Stehorthese sowie die Verpflichtung zur Erstattung von Physiotherapie-, Logopädie- und Ergotherapiebehandlungen. Im Rahmen der letzten Klageänderung vom 15.05.2020 (Bl. 171/190 d.A.) machte der Kläger deutlich, dass er die Erstattung der begehrten Hilfsmittel (Aktiv Rollstuhl,

Walkstar Laufhilfe und Stehorthese) sowie die Erstattung von Heilmittelleistungen der Jahre 2016-2019 begehrt.

15

Der Kläger beantragt zuletzt:

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 30.834,28 € nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz aus 8.825,11 € seit Rechtshängigkeit, aus 2.088,27 € seit dem 01.01.2017, aus 4.703,45 € seit dorr 01.01.2018, aus 8.623,75 € seit dem 01.01.2019 sowie aus 6.583,70 € seit dem 01.31.2020 zu bezahlen.

16

Die Beklagte beantragt.

Klageabweisung.

17

Die Beklagte trägt vor, dass dem Versicherungsvertrag die AVB 2009 zugrunde lägen. Eine Anpassung auf die AVB 2013 habe nicht stattgefunden. Im Übrigen würden die seitens des Klägers vorgelegten Versicherungsbedingungen den Tarif ... betreffen, den der Kläger weder für sich, noch für seine Tochter ... versichert habe. Auch seien im Rahmen der Änderungsmitteilung vom 16.06.2017 nicht die als Anlage K1 vorgelegten Bedingungen übersandt worden.

18

Die Beklagte ist der Ansicht, dass in Bezug auf die geltend gemachten Hilfsmittel eine Kostenerstattung mangels Fälligkeit nicht möglich sei. Aufgrund der Rechtsnatur der Krankenkostenversicherung als Passivversicherung bestehe eine Leistungspflicht des Versicherers nur für den Fall, dass ein wirksamer und fälliger Vergütungsanspruch eines Dritten gegen den Versicherungsnehmer besteht. Da bisher weder die begehrte Walk Star Laufhilfe noch die Stehorthese angeschafft wurden, scheide insoweit ein Leistungsanspruch von vornherein aus.

19

Die Beklagte meint zudem, dass eine Leistungspflicht hinsichtlich des Aktivrollstuhls und der Walkstar Laufhilfe bereits deshalb nicht bestehe, weil diese nicht im abschließenden Hilfsmittelkatalog des Teil II § 5 Abs. 4 TB/KK 2009 erwähnt seien. Entsprechend den Versicherungsbedingungen bestehe nur ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für einen handbetriebenen Standardkrankenfahrstuhl. Ein Aktivrollstuhl unterscheide sich jedoch erheblich von dem versicherten Rollstuhl. Auch die Laufhilfe sei nicht unter den Begriff „orthopädischer Stützapparat“ oder „Unterarm-Gehstützen bzw.-Gehstöcke“ zu subsumieren, sodass auch diesbezüglich ein Leistungsanspruch ausscheide.

20

Im Gegensatz hierzu sei eine Stehorthese zwar grundsätzlich unter den Begriff der orthopädischen Stützapparate zu fassen. In Bezug auf die sensomotorische Fußbettung fehle es jedoch an einer medizinischen Notwendigkeit, da hierfür keine Wirksamkeitsnachweise vorliegen würden. Es sei lediglich eine Unterschenkelorthese medizinisch notwendig.

21

Die Beklagte trägt weiter vor, dass zwar grundsätzlich eine medizinische Notwendigkeit ambulanter physiotherapeutische Behandlungen bei der Tochter des Klägers vorliege, dies jedoch nur in der zugesagten Frequenz. Daneben müsse auch eine Kürzung aufgrund der Überschreitung der Höchstsätze gemäß Teil II § 5 Abs. 3 AVB erfolgen. Der Anspruch der Klagepartei auf Erstattung der geltend gemachten Therapiekosten scheitere neben der medizinischen Notwendigkeit und der Überschreitung der Höchstsätze auch aufgrund der fehlenden Erstattungsfähigkeit von Teamgesprächen, Hausbesucher und Kilometergeld. Letztere seien im Zusammenhang mit der Erbringung von physiotherapeutischen Leistungen abgerechnet worden, sodass entscheidend sei, ob diese als Heilmittel im Gebührenverzeichnis der GOÄ unter Abschnitt E „Physikalisch-medizinische Leistungen“ aufgeführt seien. Da diese dort jedoch nicht aufgeführt seien, bestünde auch kein Anspruch auf Erstattung.

22

Darüber hinaus müssten die Leistungen auf die in der GOÄ festgeschriebenen Heilmittelbeträge beschränkt werden, soweit die Beklagte nicht freiwillig mehr erstatten würde, wie in der Anlage ... 8 aufgelistet. Da für die Leistungserbringung von Physiotherapeuten keine Gebührenordnung besteht, müsse auf die übliche

Vergütung in § 612 Abs. 2 BGB abgestellt werden. Entscheidend sei daher die gewöhnliche, durchschnittlich gewährte Vergütung. Auf die ortsübliche Vergütung komme es nicht an. Bei der Ermittlung der durchschnittlichen Honorare für Heilmittelbehandlungen richte sich die Beklagte allgemein nach den beihilfefähigen Höchstsätzen.

23

Mit Schriftsatz vom 22.01.2020 begehrte der Kläger zuerst die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von insgesamt 32.755,35 € (10.746,48 € Hilfsmittel + 22.009,17 € Heilmittel) nebst Zinsen. Im Rahmen der letzten Klageänderung vom 15.05.2020 begehrte der Kläger nur noch einen Betrag in Höhe von insgesamt 30.834,28 € nebst Zinsen (8.825,11 € Hilfsmittel + 22.009,17 € Heilmittel). Die Beklagte verweigerte mit Schriftsatz vom 01.07.2020 die Zustimmung zur teilweisen Klagerücknahme.

24

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Gutachtens des Sachverständigen ... vom 24.06.2019 (Bl. 124/136 d.A.) nebst Anhörung in der mündlichen Verhandlung vom 22.01.2020 sowie durch weiteres Gutachten vom 06.02.2021 (Bl. 226/251 d.A.) nebst ergänzender Stellungnahme vom 28.07.2021 (Bl. 263/267 d.A.). Auf die Gutachten und die Stellungnahme sowie das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 22.01.2020 (Bl. 154/159) wird Bezug genommen.

25

Mit Zustimmung der Parteien ist durch Beschluss vom 29.09.2021 eine Entscheidung im schriftlichen Verfahren angeordnet und als Termin, der dem Schluss der mündlichen Verhandlung entspricht, auf 27.10.2021 bestimmt worden.

26

Zur Ergänzung des Sach- und Streitstandes wird auf sämtliche Schriftsätze der Parteien sowie den sonstigen Akteninhalt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

27

Die zulässige Klage ist nur teilweise begründet.

A.

28

Der Kläger hat gegen die Beklagte lediglich einen Anspruch auf Begleichung weiterer 2.860,13 € in Bezug auf die Therapieleistungen in den Jahren 2016-2019. Im Übrigen war die Klage abzuweisen.

29

1. Verfahrensgegenstand zum Schluss der mündlichen Verhandlung war die Erstattung offener Heilmittel der Jahre 2016-2019 sowie Hilfsmittel in Höhe von insgesamt 10.746,48 €. Zwar begehrte der Kläger zuletzt die Erstattung von Hilfsmitteln in Höhe von lediglich 8.825,11 €. Die Beklagte erklärte jedoch mit Schriftsatz vom 01.07.2020, dass sie der darin enthaltenen Teilklagerücknahme nur dann zustimmen werde, wenn zuvor ein materieller Anspruchsverzicht erklärt werden würde. Letzteres ist jedoch nicht erfolgt. Da die Klagerücknahme jedoch erklärt wurde, nachdem zur Sache bereits mündlich verhandelt wurde, ist die Teilklagerücknahme ohne Einwilligung der Beklagten unwirksam, § 269 Abs. 1 ZPO. Maßgebend ist daher in Bezug auf die Hilfsmittel der Schriftsatz der Klagepartei vom 22.01.2020. Dort wird ein Betrag von 10.746,48 € geltend gemacht und zur Berechnung auf Seite 5 des Schriftsatzes vom 22.11.2017 verwiesen. Aus letzterem ergibt sich dann wiederum, dass der Betrag aus dem Schriftsatz vom 20.09.2017 maßgebend ist und lediglich ein paar Abzüge vorgenommen wurden. Gemäß Schriftsatz vom 20.09.2017 werden die Hilfsmittelkosten für einen Aktivrollstuhl, eine Laufhilfe, eine Fußorthese und eine Stehorthese geltend gemacht. Dies zugrunde gelegt, enthält der Schriftsatz der Klagepartei vom 15.05.2020 nicht nur eine (unwirksame) Teilklagerücknahme hinsichtlich der Kosten für den Rollstuhl und die Fußorthese, sondern in Bezug auf die Laufhilfe und die Stehorthese zugleich eine Klageerweiterung.

30

2. Der Kläger kann von der Beklagten die Kosten für die geltend gemachten Hilfsmittel (Aktivrollstuhl, Walkstar Laufhilfe, Stehorthese, Fußorthese) nicht verlangen.

31

2.1. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, die aufgewendeten restlichen Kosten für einen Aktivrollstuhl zu erstatten, da dieser nicht vom Versicherungsschutz umfasst ist.

32

2.1.1. Dem Versicherungsverhältnis der Parteien liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I Rahmenbedingungen 2009 (RB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009) zugrunde. Eine Änderungsmitteilung unter Übersendung neuer Allgemeiner Versicherungsbedingungen ist nicht erfolgt. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Schreiben der Beklagten vom 16.06.2017, da nicht ersichtlich ist, welche Änderungen mitgeteilt wurden. Dies hat auch der Kläger während des Verfahrens trotz Hinweises der Beklagten nicht vortragen.

33

2.1.2. Der Umfang der Leistungspflicht der Beklagten ergibt sich gemäß § 4 Abs. 1 RB/KK 2009 aus dem Tarif, den Rahmenbedingungen und den Tarifbedingungen. Nach § 5 Abs. 4 lit. a) TB/KK 2009 sind bei medizinischer Notwendigkeit ausschließlich die Aufwendungen für Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Kunstaugen, künstliche Kehlköpfe, orthopädische Stützapparate, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, Beinprothesen, Armprothesen, Insulinpumpen, Unterarmgehstützen, Gehstöcke, Stoma-Versorgungsartikel, Hörgeräte und handbetriebene Standardkrankenfahrstühle erstattungsfähig.

34

Aufgrund des Begriffes „ausschließlich“ handelt es sich dabei aus der maßgeblichen Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers um einen abschließenden Hilfsmittelkatalog. Es sind lediglich die in der Aufzählung genannten Hilfsmittel erstattungsfähig. Der seitens des Klägers begehrte Aktivrollstuhl für seine Tochter ist darin allerdings nicht enthalten. Ausweislich des Kataloges umfasst die Leistungspflicht der Beklagten nur die Erstattung der aufgewendeten Kosten für handbetriebene Standardkrankenfahrstühle. Zwischen den Parteien ist jedoch unstreitig, dass zwischen einem Aktivrollstuhl und einem Standardkrankenfahrstuhl ein erheblicher Unterschied besteht. Ein Standardkrankenfahrstuhl besteht aus einem faltbaren Rohrrahmen, zwei großen Rädern hinten, zwei kleinen Rädern vorne, festen Armlehnen und Fußstützen sowie einer nicht verstellbaren Rückenlehne. Der Aktivrollstuhl zeichnet sich hingegen durch anpassbare Sitzneigung und Sitzhöhe sowie einer verstellbaren Rückenlehne aus. Darüber hinaus ist er bezüglich seiner Rücken- und Seitenteile, Fußstützen, Schwenkrollen und Antriebsräder vielfältig anpassbar. Auch für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer ist aufgrund des Begriffes „Standard“ erkennbar, dass nicht jeder Krankenfahrstuhl erstattet wird, da der Begriff ansonsten überflüssig wäre. Entgegen der Ansicht des Klägers bezieht sich die Einschränkung allerdings lediglich auf die Standardkrankenfahrstühle per se und nicht auf eine bestimmte Altersgruppe, sodass auch Kinder-Standardkrankenfahrstühle vom Versicherungsschutz umfasst sind. Die Tatsache, dass der Aktivrollstuhl das bessere Hilfsmittel für die Tochter des Klägers wäre, kann dabei nicht berücksichtigt werden. Entscheidend ist, was die Parteien im Rahmen ihres Versicherungsverhältnisses vereinbart haben. Nicht alles was medizinisch notwendig ist, ist im Tarif der Tochter des Klägers auch versichert.

35

2.1.3. Die Verwendung eines solchen abschließenden Hilfsmittelkataloges ist auch grundsätzlich nicht zu beanstanden. Nach Auffassung des BGH (Urt. v. 19.05.2004 – VI ZR 29/03) ist für einen verständigen Versicherungsnehmer das Anliegen des Versicherers erkennbar und nachvollziehbar, durch eine abschließende Auflistung der erstattungsfähigen Hilfsmittel eine sonst nicht mehr überschaubare steuerbare Ausuferung des Hilfsmittelersatzes zu verhindern. Bei einer nicht abschließenden Aufzählung liefe das für diesen Leistungsbereich des Hilfsmittelersatzes typischerweise gewählte Kostensteuerungskonzept weitgehend leer. Der n der Versicherer hätte für jedwede – einschließlich derzeit nicht einmal auf dem Markt befindlicher oder entwickelter – Hilfsmittel Ersatz ohne jegliche Kostenbegrenzung zu erbringen und damit gegenüber den benannten, bei den Erstattungskosten gedeckelten Hilfsmitteln sogar relativ mehr zu leisten. Das hat der Versicherer – für den Versicherungsnehmer erkennbar – gerade ausschließen wollen, um so eine auch im Interesse des einzelnen Versicherungsnehmers liegende verlässliche, annehmbare moderate Prämienkalkulation zu ermöglichen, die sonst nicht mehr zu erreichen wäre. Ein Verständnis, Versicherungsnehmer erhielten die Kosten für alle nicht genannten Hilfsmittel in voller Höhe und unabhängig von der Häufigkeit ihres Erwerbs ersetzt, findet in dieser Tarifgestaltung bei unbefangener Betrachtung keine Grundlage. Dem Versicherungsnehmer wird dies mit der Fassung der Klausel deutlich vor Augen geführt.

2.1.4. Wirksamkeitsbedenken gegen abschließende Hilfsmittelkataloge in dieser Auslegung bestehen in Anwendung der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nicht (BGH, Urt. v. 19.05.2004 – IV ZR 176/03; BGH, Urt. v. 19.05.2004 – IV ZR 29/03; BGH, Beschl. v. 05.07.2017 – IV ZR 116/15).

2.1.5. Eine abschließende Auflistung der erstattungsfähigen Hilfsmittel in den Tarifbedingungen ist auch nicht überraschend. Ein den überraschenden Klauseln innewohnender Überrumpelungseffekt scheidet aus, weil keine Regelungen enthalten sind, die von den Erwartungen des Vertragspartners deutlich abweichen und mit denen er nach den Umständen vernünftigerweise rechnet zu rechnen brauchte. Gerade in Anbetracht des mit dem Hauptleistungsversprechen in § 1 Abs. 1 lit. a) TB/KK 2009 weit gesteckten Leistungsrahmens, in der Krankheitskostenversicherung alle mit der Heilbehandlung und zusammenhängenden Aufwendungen und sonst vereinbarten Leistungen zu übernehmen, wird der Versicherungsnehmer davon ausgehen, dass dieses Leistungsversprechen näherer Ausgestaltung bedarf, die auch Einschränkungen nicht ausschließt. Der Versicherungsnehmer wird zudem direkt in § 4 Abs. 1 TB/KK 2009 darauf hingewiesen, dass sich Art und Höhe der Versicherungsleistungen aus dem Tarif, den Rahmenbedingungen und den Tarifbedingungen ergeben. Für den Versicherungsnehmer ist bereits mit dieser Klausel ersichtlich, dass die Leistungspflicht des Versicherers weiter konkretisiert werden wird. Eine Erwartungshaltung, ihm werde jedes auch erst neu auf den Markt kommende Hilfsmittel – zumindest aber bei starker medizinischer Indikation – bezahlt, kann er danach vernünftigerweise nicht entwickeln. Sie fände in der Vertragsgestaltung keinen Anhalt (BGH, Urt. 19.05.2004 – IV ZR 29/03).

2.1.6. Die Begrenzung der Hilfsmittel stellt zudem entgegen der Ansicht der Klagepartei keine Gefährdung des Vertragszwecks i.S.v. § 307 Abs. 2 Nr. 2 BGB dar. Eine Leistungsbegrenzung bedeutet für sich genommen noch keine Vertragszweckgefährdung, sondern bleibt zunächst grundsätzlich der freien unternehmerischen Entscheidung des Versicherers überlassen, soweit er nicht mit der Beschreibung der Hauptleistung beim Versicherungsnehmer falsche Vorstellungen erweckt. Eine Gefährdung des Vertragszwecks ist erst anzunehmen, wenn mit der Einschränkung der Leistung der Vertrag ausgehöhlt werden kann und damit in Bezug auf das zu versichernde Risiko zwecklos wird (BGH, Urt. 18.02.2009 – IV ZR 11/07).

Davon kann hier aber nicht ausgegangen werden: Mit dem Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages bezweckt der Versicherungsnehmer eine Abdeckung des Kostenrisikos, das ihm durch die notwendige Behandlung von Krankheiten entsteht. Dieser Vertragszweck wird aber nicht gefährdet, wenn das Leistungsversprechen der Kostenübernahme für die medizinisch notwendige ärztliche Heilbehandlung unangetastet bleibt und eine Beschränkung nur hinsichtlich der sonstigen Leistungen wie z.B. der Hilfsmittel erfolgt (vgl. BGH, Urt. v. 19.05.2004 – IV ZR 29/03; BGH, Urt. v. 19.05.2004 – IV ZR 176/03).

2.1.7. Eine entsprechende Beschränkung der Erstattung von Hilfsmitteln bedeutet auch keine unangemessene Benachteiligung des Versicherungsnehmers entgegen Treu und Glauben nach § 307 Absatz 1 S. 1 BGB (OLG Köln, Urt. v. 12.06.2015 – I-20 U 220/14). Der Versicherer versucht hier nicht treuwidrig, einseitig eigene Interessen auf Kosten des Vertragspartners durchzusetzen, ohne von vornherein auch dessen Belange hinreichend zu berücksichtigen. Zweck der abschließenden Aufzählung der Leistungspflichten bei den zum Teil kostenintensiven und vor allem angesichts der ständig fortschreitenden medizinisch-technischer Entwicklung kaum zu kalkulierenden Hilfsmitteln ist es vielmehr, die Kosten überschaubar halten. Für eine Tarifikalkulation mit vertretbarer Prämiengestaltung würde es sonst an den erforderlichen zuverlässigen Grundlagen fehlen. Eine solche liegt aber auch im Interesse des einzelnen Versicherungsnehmers (BGH, Urt. v. 19.05.2004 – IV ZR 176/03; OLG Köln, Urt. v. 12.06.2015 – I-20 U 220/14).

2.2. Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Erstattung der geltend gemachten für eine Walk Star Laufhilfe.

2.2.1. Die Erstattungsfähigkeit der begehrten Laufhilfe scheitert bereits daran, dass diese als Gehhilfe zu qualifizieren ist und im abschließenden Hilfsmittelkatalog nicht aufgeführt ist. Auch kann der Versicherungsschutz für die Laufhilfe nicht unter dem Gesichtspunkt bejaht werden, dass die Walk Star Laufhilfe den erstattungsfähigen Unterarmgehstützen und Gehstöcken bei Erwachsenen entspreche. Dies muss bereits deshalb verneint werden, weil Unterarmgehstützen und Gehstöcke nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern eingesetzt werden. Eine Subsumtion der Laufhilfe unter den Begriff der „orthopädischen Stützapparaten“ ist ebenfalls nicht möglich. Ein Stützapparat ist nach dem Sprachgebrauch des täglichen Lebens ein mechanisches Gerät, das infolge seiner eigenen Stabilität in der Lage ist, Gewichte oder Kräfte aufzunehmen, um so Körperteile oder Gliedmaßen, die damit überfordert sind, zu unterstützen, zu entlasten und/oder zu ersetzen (BGH, Beschl. v. 05.07.2017 – IV ZR 116/15; OLG Köln r+s 2016, 248). Die seitens des Klägers geltend gemachte Walk Star Laufhilfe geht jedoch über die reine Stützfunktion hinaus. Sie dient nicht lediglich der Unterstützung, Entlastung oder Ersetzung von Körperteilen, sondern fördert darüber hinaus die Mobilität und eigenständige Gehfähigkeit des Verwenders. Aufgrund des abschließenden (zulässigen) Hilfsmittelkatalog besteht für die begehrte Walk Star Laufhilfe als Gehhilfe daher kein Versicherungsschutz.

43

In Bezug auf die Zulässigkeit des abschließenden Katalogs sowie der Gefährdung des Vertragszwecks wird auf die obigen Ausführungen verwiesen.

44

2.2.2. Darüber hinaus ist die Beklagte auch deshalb nicht zur Leistung verpflichtet, da die beanspruchte Walk Star Laufhilfe bisher nicht angeschafft wurde. Nach § 1 Abs. 1 lit. a) TB/KK 2009 gewährt der Versicherer in der Krankheitskostenversicherung Ersatz der Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen. Aufwendungen entstehen durch das Eingehen von Verbindlichkeiten. Der Rechtsnatur der Krankheitskostenversicherung als Passivversicherung entspricht es, dass der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer nur zum Ersatz derjenigen Aufwendungen verpflichtet ist, die in Bezug auf das versicherte Risiko zur Ablösung von Verpflichtungen aus berechtigten Ansprüchen eines Dritten erwachsen sind. Die Leistungspflicht des Versicherers setzt folglich immer einen entsprechenden wirksamen und fälligen Vergütungsanspruch voraus (BGH, NJW 2003, 1596; BGH NJW-RR 2006, 678; OLG Düsseldorf, NJW 2020, 1077). Zwar hat der Kläger eine gebrauchte Laufhilfe für 565,00 € angeschafft. Mit der Klage begehrt er aber die Kosten für eine neue Walkstar Laufhilfe gemäß Kostenvoranschlag vom 23.10.2013 (Anlage K13) in Höhe von 1.712,41 €. Die begehrte Laufhilfe wurde jedoch nicht angeschafft.

45

2.3. Aus den gleichen Gründen kann der Kläger auch nicht den Ersatz der Kosten verlangen, die für die Anschaffung einer Stehorthese entstehen würden. Obwohl die Stehorthese unter den Begriff der „orthopädischen Stützapparate“ zu subsumieren wäre, kann der Kläger die hypothetischen Kosten mangels Anschaffung der Stehorthese nicht verlangen.

46

Selbst bei einer Umdeutung der Leistungsklage in eine Feststellungsklage ergebe sich kein Anspruch des Klägers. Die Feststellungsklage wäre bereits wegen fehlendem Feststellungsinteresse (§ 256 Abs. 1 ZPO) als unzulässig zu verwerfen, da die Beklagte mittlerweile nicht nur den Versicherungsschutz, sondern auch die medizinische Notwendigkeit der Stehorthese bejaht hat. Die Versagung der Leistung erfolgt allein aus dem Grund, dass die Kosten bisher nicht aufgewendet wurden.

47

2.4. Zuletzt können auch die Kosten für die Fußorthese nicht verlangt werden. Insoweit gelten die gleichen Ausführungen wie bei der Stehorthese. Mangels Anschaffung besteht kein Zahlungsanspruch. Die medizinische Notwendigkeit und der Versicherungsschutz stehen auch hier außer Streit.

48

3. Der Kläger kann jedoch von der Beklagten in Bezug auf die abgerechneten Therapiebehandlungen in den Jahren 2016-2019 einen weiteren Betrag in Höhe von 2.860,13 € fordern.

49

3.1. Nach § 1 Abs. 1 lit. a) TB/KK 2009 erbringt der Versicherer im Versicherungsfall in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte

Leistungen. In § 1 Abs. 2 TB/KK 2009 wird der Versicherungsfall im Sinne der Versicherungsbedingungen definiert. Danach ist Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfall folgen. Voraussetzung für eine Leistungspflicht der Beklagten in Bezug auf die geltend gemachten Therapieleistungen ist daher, dass diese im beanspruchten Umfang auch medizinisch notwendig waren.

50

3.2. Zur Überzeugung des Gerichts steht im vorliegenden Fall fest, dass im Zeitraum 01.01.2016-31.12.2019 für die Tochter des Klägers pro Quartal 45 Einzeleinheiten Physiotherapie (eine Einheit Krankengymnastik à 45 min, Atemtherapie à 60 min), 12 Einheiten Logopädie und 12 Einheiten Ergotherapie medizinisch notwendig waren.

51

Dies steht fest aufgrund der Sachverständigengutachten des Sachverständigen ... Der Sachverständige hat sich in seinen schriftlichen Gutachten vom 24.06.2019 (Bl. 129/136) und 06.02.2021 (Bl. 226/251 d.A.) sowie im Rahmen der ergänzenden Stellungnahme vom 28.07.2021 (Bl. 263/267 d.A.) ausführlich mit dem Gesundheitszustand der Tochter des Klägers durch Auswertung der medizinischen Dokumentation und Unterlagen sowie des Akteninhalts befasst. Der Sachverständige führt in seinen Gutachten aus, dass die Tochter des Klägers an einem sehr komplexen und schweren Krankheitsbild eines Cri-du-chat-Syndroms erkrankt sei. Es bestehe deshalb bei der Patientin ein Bedarf an Heilmittel-Therapien. Im Rahmen der Erläuterung seines schriftlichen Gutachtens vom 24.06.2019 in der mündlichen Verhandlung am 22.01.2020 erklärt der Sachverständige, dass die Erkrankung der Tochter des Klägers (Zerebralparese) dazu führe, dass die Muskeln nicht adäquat vom Gehirn versorgt werden würden. Die Muskeln würden schlecht oder fehl angeleitet werden. Dies führe dazu, dass sich die betroffenen Kinder häufig in einer permanenten Fehllage befinden würden, was wiederum zur Folge habe, dass die Muskeln sich entsprechend anpassen würden. Dem müsse durch Krankengymnastik ständig entgegengewirkt werden.

52

In seinem Gutachten vom 06.02.2021 – welches sich speziell mit den Rechnungen aus den Jahren 2016-2019 befasst – führt der Sachverständige aus, dass aufgrund des schweren Krankheitsbildes der Patientin 1 TE pro Woche zu wenig und zudem eine Langfristverordnung gerechtfertigt sei. Nach Auswertung der seitens des Klägers vorgelegten Anlage K 30 habe die Patientin in den Jahren 2016-2019 pro Woche 4,3 bis 6,9 TE Physiotherapie erhalten. Dies ergäbe mindestens 1 TE täglich. Die regelmäßige Physiotherapie sei zwar notwendig, um die Auswirkungen des komplexen Krankheitsbildes zu lindern und eine Verschlechterung motorischer Funktionen zu vermeiden. Dies betreffe insbesondere die Verbesserung der Vertikalisierung/Rumpfaufrichtung, die Unterstützung von Eigenaktivität wie beispielsweise die Fortbewegung mit dem Posterior-Walker oder Aktivrollstuhl und die Vermeidung von Gelenkskontrakturen. Allerdings bestehe eine medizinische Indikation lediglich für 45 Einzeleinheiten pro Quartal, wobei 1 TE Krankengymnastik mit 45 Minuten und 1 TE Atemgymnastik mit 60 Minuten anzusetzen sei. Dabei führte der Sachverständige in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28.07.2021 aus, dass dies auch dann gelte, wenn davon auszugehen sei, dass ... 45 Behandlungstermine mit jeweils 2 TE verordnet habe. Wenn die Therapiestunden in Doppelstunden abgehalten werden, ergäben sich lediglich 22,5 medizinisch notwendige Behandlungstermine. Der Sachverständige stellte zudem fest, dass die Physiotherapie durch drei verschiedene Therapeuten aus drei verschiedenen Einrichtungen durchgeführt werde. Warum die Patientin an drei verschiedenen Stellen mit der gleichen Methodik therapiert werde, sei aus den Unterlagen nicht erkennbar. Darüber hinaus führt der Gutachter aus, dass sich in den Jahren 2016 und 2017 eine erhebliche Differenz zwischen den verordneten und den abgerechneten Therapieeinheiten ergäbe. Hingegen die Einheiten im Jahr 2018 und 2019 nicht voll ausgeschöpft worden seien.

53

In Bezug auf die erfolgte Ergotherapie und Logopädie erklärt der Sachverständige, dass aufgrund der Diagnose der Patientin eine medizinische Indikation bestehe. Die Analyse der vorgelegten Anlage K 30 ergebe wöchentliche Therapiefrequenzen im Zeitraum 01.01.2016-31.12.2019 von 0,2-0,8 TE pro Woche für Ergotherapie und 0,6-1,2 TE pro Woche für Logopädie. Die Therapiebehandlungen seien im erbrachten Umfang sowohl in Bezug auf die Ergotherapie als auch in Bezug auf die Logopädie medizinisch notwendig gewesen. Mit der Ergotherapie sollen allgemeine Körperwahrnehmung und selbstinitiierte Handlungen für Selbstständigkeit und Alltagsfertigkeit, mit der Logopädie die nonverbale Kommunikation und orofaziale

Funktion (Mundfunktionen) gefördert werden. Auch seien alle durchgeführten Therapien ärztlich verordnet gewesen und die Verordnungsmenge in keinem Quartal überschritten worden.

54

Das Gericht folgt den Ausführungen des Sachverständigen. Die schriftlichen Gutachten sind klar, logisch und verständlich. Der Sachverständige hat seine Gutachten nach ersichtlich gründlicher Auswertung der Unterlagen uneingeschränkt fundiert, sachlich und nachvollziehbar erstattet. In seiner mündlichen Anhörung konnte der Sachverständige die getroffenen Feststellungen erläutern und alle Fragen überzeugend beantworten.

55

3.3. Aufgrund der Ausführungen des Sachverständigen steht zur Überzeugung des Gerichts weiter fest, dass für die seitens der Physiotherapeutinnen ... und ... abgerechneten Hausbesuche keine medizinische Notwendigkeit bestand. Insoweit führte der Sachverständige aus, dass er keine medizinischen Gründe dafür sehe, dass die Behandlungen im Rahmen eines Hausbesuches erfolgen müssten. Dies ergebe sich insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Patientin seit Herbst 2014 von 08:00 bis 16:00 Uhr die Tagesstätte ...suche. Dort fänden auch Therapien statt, die nicht als Hausbesuche abgerechnet werden würden. Für den Gutachter ergäben sich keine medizinischen Gründe, warum der Patientin der tägliche Besuch der Tagesstätte, jedoch nicht der Besuch der Physiotherapeutin möglich sei. Zwar führt der Sachverständige in seiner ergänzenden Stellungnahme aus, dass es fachlich völlig korrekt sei, dass die Therapien in der betreuenden Einrichtung stattfinden würden. Die Klagepartei hat insoweit jedoch lediglich vorgetragen, dass die Tochter des Klägers die Therapien zum einen je nach Verfügbarkeit der Therapeuten in der Einrichtung und zum anderen (überwiegend) an Wochenende zu Hause erhalte. Für die Hausbesuche am Wochenende ergeben sich in Bezug auf die medizinische Notwendigkeit keine Änderungen zu den Ausführungen des Sachverständigen. Hinsichtlich der Angabe, dass die Therapien in den Tagesablauf der Einrichtungen integriert werden würden, vermag auch der Sachverständige eine medizinische Notwendigkeit zu erkennen. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Einrichtung ... die Therapien selbst ausführen und hierfür auch keine extra Kosten für „Hausbesuche“ berechnen. Sofern auswärtige Therapeuten zur Behandlung der Tochter des Klägers in die Einrichtung kommen sollten, ergibt sich hierfür aber keine Notwendigkeit. Insoweit hat auch der Sachverständige bereits ausgeführt, dass es für ihn nicht nachvollziehbar sei, warum die Patientin von drei verschiedenen Therapeuten mit der gleichen Methode behandelt werde. Die „Hausbesuche“ der externen Therapeuten wären folglich auch nicht zu ersetzen. Im Übrigen fehlt es seitens des Klägers an einem Vortrag, welche Hausbesuche in der Einrichtung und welche Hausbesuche zu Hause erfolgten.

56

Da es bereits an einer medizinischen Indikation der Hausbesuche fehlt, kann die Frage, ob diese überhaupt vom Versicherungsschutz umfasst gewesen wären, im vorliegenden Fall dahingestellt bleiben.

57

Vor dem Hintergrund der fehlenden medizinischen Notwendigkeit der Hausbesuche besteht auch kein Anspruch auf Erstattung des abgerechneten Kilometergeldes.

58

3.4. Auch für die Kosten der Teamgespräche kann der Kläger keine Erstattung verlangen. Insoweit erklärt der Sachverständige zwar, dass ein interdisziplinärer Austausch aus fachlicher Sicht ausgesprochen wichtig sei. Es sollte jedoch auch eine entsprechende Dokumentation der Teamgespräche stattfinden. Nach den Ausführungen des Sachverständigen würde sich in keinem Physiotherapiebericht Angaben über einen fachlichen Austausch der drei Physiotherapeuten finden lassen. Auch die Therapieberichte der Einrichtung ... ließen keine Dokumentation eines Teamgesprächs erkennen. Mangels entsprechender Dokumentation kann weder nachvollzogen werden, zwischen wem ein entsprechender Austausch stattgefunden hat noch, ob es überhaupt zu einem solchen Austausch gekommen ist. Eine medizinische Notwendigkeit kann daher nicht nachgewiesen werden.

59

Darüber hinaus sind die abgerechneten Teamgespräche nicht vom vereinbarten Versicherungsschutz umfasst. Nach § 4 Abs. 1 AVB 2009 ergibt sich die Art und Höhe der Versicherungsleistung aus dem Tarif, diesen Rahmenbedingungen und den Tarifbedingungen. Unter Teil II § 5 Abs. 3 zu § 4 (3) RB/KK 2009 Heilmittel haben die Parteien vereinbart, dass als Heilmittel die im Gebührenverzeichnis der geltenden

Gebührenordnung für Ärzte unter Abschnitt E „physikalisch-medizinische Leistungen“ aufgeführten Leistungen gelten, soweit sie von einem der unter § 4 (2) RB/KK 2009 aufgeführten Therapeuten oder von einem staatlich geprüften Masseure oder von einem staatlich geprüften medizinischen Bademeister erbracht werden. Die Kosten für Teamgespräche sind jedoch nicht Teil des Abschnitts E der GOÄ. Eine Erstattung ist damit bereits aus diesem Grund ausgeschlossen.

60

3.5. In Bezug auf die medizinisch notwendigen Heilbehandlungen (Krankengymnastik mit Atemtherapie, Ergotherapie und Logopädie) war die seitens der Beklagten vorgenommene Begrenzung auf die beihilfefähigen Höchstsätze entsprechend Anlage ... 8 lediglich teilweise für das Jahr 2018 und 2019 berechtigt. Die abgerechneten Leistungen für das Jahr 2016 und 2017 sind der Höhe nach nicht zu beanstanden.

61

3.5.1. Für den Zeitraum 01.01.2016 bis 31.12.2017 halten sich die abgerechneten Leistungen innerhalb der eigens vorgelegten beihilfefähigen Höchstsätze gemäß Anlage ... 8. diesbezüglich kann folglich dahingestellt bleiben, ob diese Begrenzung auf die genannten Höchstsätze zulässig ist, da die abgerechneten Leistungen die genannten Beträge zumindest nicht übersteigen.

62

Denn wie auch der Sachverständige in seinem Gutachten vom 06.02.2021 zutreffend ausführt, ist in Bezug auf die abgerechnete Krankengymnastik die Ziffer 2.4. der Anlage 8 („Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologische Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten“) maßgebend. Pro Einheit Krankengymnastik kann daher nach eigenem Vortrag der Beklagten ein Betrag in Höhe von 45,30 € abgerechnet werden. Wie sich aus der Anlage K 31 und der Seite 16 des Gutachtens vom 06.02.2021 ergibt, haben alle Physiotherapeuten im Jahr 2016 und 2017 maximal 35,00 € angesetzt. Eine Kürzung auf die Höchstsätze war daher nicht möglich, da die Höchstsätze eingehalten werden.

63

Nichts anderes ergibt sich hinsichtlich der abgerechneten Kosten für die durchgeführte Logopädie. Diesbezüglich erklärte der Sachverständige zurecht, dass für die Logopädie die Ziffer 9.6. der Anlage ... 8 („Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten“) zugrunde zu legen ist. Im Ergebnis kann daher ein Betrag pro 60 Minuten Einheit Logopädie von 68,90 € angesetzt werden. Aus der Anlage K 31 und der Seite 16 des Gutachtens vom 06.02.2021 ergibt sich wiederum, da sich die abgerechneten Beträge für das Jahr 2016-2017 in diesem vorgegebenen Rahmen halten. Eine Kürzung war diesbezüglich daher unzulässig.

64

Dies gilt ebenfalls in Bezug auf die geltend gemachten Kosten der Ergotherapie. Nach den Ausführungen des Sachverständigen bildet diesbezüglich die Ziffer 10.4. der Anlage ... 8 („Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten“) den Ausgangspunkt der Berechnungen. Die dort angegebenen 54,80 € pro Einheit werden in den Jahren 2016-2017 vollständig eingehalten.

65

3.5.2. Für den Zeitraum 01.01.2018-31.12.2019 waren die seitens der Beklagten vorgenommenen Kürzungen nur teilweise berechtigt.

66

Während im Jahr 2018 die abgerechneten Leistungen für Ergotherapie und Logotherapie sowie für Physiotherapie der Tageseinrichtung ... nach den Ausführungen unter 2.5.1. nicht zu beanstanden sind, hat die Beklagte die Beträge im Jahr 2018 in Bezug auf die Leistungen der Therapeuten ... und ... sowie im Jahr 2019 für alle abgerechneten Leistungen (Physio-, Ergo- und Logopädie) – auch die der Tagesstätte ... berechtigterweise gekürzt.

67

Nach Teil II § 5 zu § 4 (1-5) RB/KK 2009 sind nur Gebühren erstattungsfähig, die den jeweils geltenden Gebührenordnungen entsprechen. Wenn die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnungen überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungsfähigkeit. Eine Gebührenordnung für Physiotherapeuten,

Ergotherapeuten oder Logopäden existiert jedoch nicht. Maßgebend für die Höhe des Leistungsanspruchs des Versicherungsnehmers ist daher § 192 Abs. 1 VVG. Danach ist der Versicherer verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen unter anderem für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen zu erstatten. Durch die Krankheitskostenversicherung erhält der Versicherte danach einen Aufwendungsersatzanspruch. Aufwendungen sind dabei Entgelte, die der Versicherungsnehmer aufgrund von Verträgen zu bezahlen hat, die im Hinblick auf die Heilbehandlung geschlossen wurden (BGHZ 70, 158; BGH NJW 2001, 3406). Sofern der Versicherungsnehmer mit dem Behandler keine Vergütungsvereinbarung getroffen hat, bestimmt sich der Vergütungsanspruch des Behandlers gegenüber dem Versicherungsnehmer, und damit wiederum der Aufwendungsersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer, nach § 612 Abs. 2 BGB. Entscheidend ist daher die übliche Vergütung.

68

Zur Bestimmung der üblichen Vergütung ist aber nach Ansicht des Gerichts der Kreis aller Versicherten, also auch die Gruppe der gesetzlich versicherten zu berücksichtigen (vgl. auch LG Nürnberg-Fürth, VersR 2010, 623; LG Duisburg, Urt. v. 29.02.2016-3 O 426/14; LG Berlin, VersR 2001, 223; AG Halle, Urt. v. 09.06.2017-2 C 136/17). Grund hierfür ist, dass im Rahmen des § 612 Abs. 2 BGB die übliche Vergütung für die konkrete Dienstleistung maßgebend ist. Diese Dienstleistungen werden aber in der gleichen Art und Weise sowohl bei den privat Versicherten als auch bei den gesetzlich Versicherten durchgeführt. Ein Unterschied in der Behandlung ist weder erkennbar, noch wird ein solcher vorgetragen. Für eine Differenzierung der beiden Lerngruppen ist daher kein sachlicher Grund erkennbar, zumal die einzige Unterscheidung in der rechtlichen Ausgestaltung ihrer Versicherungsverhältnisse besteht. Unterschiede im zu erbringenden Leistungsumfang, die eine gesonderte Betrachtung einer Vergleichsgruppe begründen könnte, bestehen nicht.

69

Bei Zugrundelegung aller Versicherten als Vergleichsgruppe, müssen die beihilfefähigen Höchstsätze, die deutlich über den Sätzen der gesetzlichen Krankenversicherung liegen, die Obergrenze der erstattungsfähigen Kosten bilden. Dies vor dem Hintergrund, dass ca. 90 % der Patienten gesetzlich versichert sind und über die Hälfte der verbleibenden ca. 10 % Beihilfe berechtigt sind.

70

Nur ergänzend ist insoweit darauf hinzuweisen, dass auch der Sachverständige in seinem Gutachten festgestellt hat, dass die abgerechneten Kostensätze lediglich bis zum Jahr 2018 der Höhe nach angemessen sein. Insoweit führte der Sachverständige aus, dass die Kostensätze ab dem Jahr 2018 deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Therapeuten aufweisen würden, die aus Sicht des Gutachters aufgrund der gleichbleibenden Methodik nicht begründbar seien. Auch die erheblichen Erhöhungen der Beiträge in der Tagesstätte ... im Jahr 2019 sei für den Gutachter nicht nachvollziehbar.

71

3.6. Vor diesem Hintergrund hat der Kläger für das Jahr 2016 einen Anspruch auf Zahlung eines Betrages in Höhe von 151,83 €, für das Jahr 2017 in Höhe von 991,80 €, für das Jahr 2018 in Höhe von 538,70 € sowie für das Jahr 2019 in Höhe von 1.177,80 €.

72

3.6.1. Ausweislich der Ausführungen der Beklagtenpartei im Schriftsatz vom 01.07.2020 (Bl. 192/198 d.A.) werden im Jahr 2016 die abgerechneten Physiotherapieeinheiten vollständig ausgeglichen. Die Beklagte hat die Erstattung lediglich insoweit verweigert, als die abgerechneten Einheiten auf den beihilfefähigen Höchstsatz beschränkt oder die Erstattung der Kosten für Hausbesuche, Kilometergeld und Teamgespräche verweigert wurden. Wie oben bereits ausgeführt, kann der Kläger die Kosten für Hausbesuche, das Kilometergeld und die Kosten für die Teamgespräche nicht verlangen. Der Kläger kann jedoch die Restbeträge der gekürzten Therapieeinheiten verlangen. Zwar kann die Beklagte die Leistungen grundsätzlich auf die beihilfefähigen Höchstsätze reduzieren, im Jahr 2016 haben jedoch alle Therapeuten die gemäß Anlage ... 8 vorgegebenen Höchstsätze eingehalten. Andere Höchstsätze wurden dem Gericht nicht vorgelegt. Der jeweilige Differenzbetrag ist daher wie folgt zu erstatten:

- 16,80 € aus der Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 20.04.2016 (16031)

- 13,23 € aus der Rechnung der Tagesstätte ... vom 31.12.2016 (20786/1)
- 21,00 € aus der Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 08.05.2016 (0516/03)
- 21,00 € aus der Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 15.05.2016 (0516/08)
- 16,80 € aus der Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 25.07.2016 (16051)
- 21,00 € aus der Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 08.08.2016 (0816/13)
- 21,00 € aus der Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 09.09.2016 (0916/15)
- 21,00 € aus der Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 01.11.2016 (1116/17)

73

Damit ergibt sich für das Jahr 2016 ein noch offener Gesamtbetrag in Höhe von 151,83 €.

74

3.6.2. Für das Behandlungsjahr 2017 ergibt sich, dass die Beklagte die abgerechneten Leistungen um die Kosten für Hausbesuche, das Kilometergeld und die Kosten der Teamgespräche gekürzt sowie auf die beihilfefähigen Höchstsätze begrenzt hat. Darüber hinaus hat die Beklagte eine Begrenzung im Rahmen der begehrten Anzahl an Einheiten vorgenommen. Da sich auch im Jahr 2017 alle abgerechneten Therapieleistungen im Rahmen der beihilfefähigen Höchstsätze gemäß Anlage ... 8 gehalten haben, war eine Begrenzung bei den erstatteten Therapieeinheiten dahingehend nicht möglich. Der entsprechende Restbetrag ist daher zu ersetzen. Des Weiteren hat die Beklagte im Behandlungsjahr 2017 weniger Einheiten an Physiotherapie erstattet, als der Gutachter für medizinisch notwendig erachtet hat.

75

Für das Jahr 2017 kommt der Gutachter nach Auswertung der vorgelegten Rechnungen zu dem Ergebnis, dass insgesamt 314 TE Physiotherapie abgerechnet worden seien. Nach Auswertung der vorgelegten Anlage K 31 und unter Berücksichtigung der Ausführungen der Beklagtenpartei im Schriftsatz vom 01.07.2020 sowie der Angaben des Sachverständigen ergibt sich, dass die Beklagte für das Jahr 2017 164 TE an Einheiten Physiotherapie erstattet hat. Die Anzahl ergibt sich dabei entweder aus den konkreten Angaben der Beklagten (bspw: „12 × Einzel KG gezahlt“) oder anhand einer Berechnung und Berücksichtigung der auf Seite 16 des Gutachtens vom 06.02.2021 aufgeführten Beträge der jeweiligen Physiotherapeuten. Letzteres wie folgt: Dividiert man den im Schriftsatz der Beklagtenpartei vom 01.07.2020 und in der Anlage K31 angegebenen Erstattungsbetrag an Physiotherapie durch die genannten Preise der jeweiligen Physiotherapeuten, ergibt sich die jeweilige Anzahl an erstatteten Einheiten. Daneben war zu berücksichtigen, dass im Jahr 2017 teilweise auch Leistungen des Jahres 2016 abgerechnet wurden. So wurde beispielsweise mit Rechnung vom 06.03.2017 der Physiotherapeutin ... 24 TE in Rechnung gestellt, wobei lediglich 2 TE im Jahr 2017 erfolgt sind (Vgl. Anlage 3 zum Gutachten vom 06.02.2021). Da die Beklagte auf die Rechnung 12 TE bezahlt hat, ergibt sich, dass auf diese Rechnung für das Jahr 2017 nur 1 TE erstattet wurde. Führt man diese nunmehr bei allen vorgelegten Rechnungen durch, ergibt sich, dass insgesamt ca. 164 TE gezahlt wurden. Da der Sachverständige allerdings festgestellt hat, dass im Jahr 180 TE erforderlich seien, hat die Beklagte noch 16 TE zu erstatten. Aufgrund der Tatsache, dass die Beklagte die Rechnungen grundsätzlich so lange zu begleichen hat, bis die medizinisch notwendige Anzahl erreicht wurde, sind die Rechnungen auch in dieser Reihenfolge zu begleichen. Die Rechnungen sind daher wie folgt noch auszugleichen:

- 43,40 € (1 TE × 35,00 € + 8,40 € wegen unberechtigter Kürzung auf Höchstsätze) auf die Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 06.03.2017 (17012)
- 10,50 € auf die Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 26.07.2017 (0717/3)
- 884,50 € (15 TE × 34,30 € + 370,00 € wegen unberechtigter Kürzung auf Höchstsätze) auf die Rechnung der Tagesstätte ... vom 30.06.2017 (24182/1)

- 10,50 € auf die Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 26.07.2017 (0717/4)
- 8,40 € auf die Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 28.04.2018 (18027)
- 10,50 € auf die Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 30.05.2018 (0518/10)
- 10,50 € auf die Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 30.05.2018 (0518/11)
- 13,50 € aus der Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 30.05.2018 (0518/12)

76

Für das Behandlungsjahr 2017 ergibt sich ein Gesamtbetrag in Höhe von 991,80 €.

77

3.6.3. Im Behandlungsjahr 2018 hat die Beklagte wie im Jahr 2017 die abgerechneten Leistungen um die Kosten für Hausbesuche, das Kilometergeld und die Kosten der Teamgespräche gekürzt sowie auf die beihilfefähigen Höchstsätze begrenzt. Darüber hinaus hat die Beklagte eine Begrenzung im Rahmen der begehrten Anzahl an Einheiten vorgenommen. Nach den Ausführungen des Sachverständigen wurden im Behandlungsjahr 2018 insgesamt 255 Einheiten Physiotherapie abgerechnet. Wertet man nun auch in Bezug auf das Jahr 2018 die Anlage K 31, die Ausführungen der Beklagtenpartei im Schriftsatz vom 01.07.2020 und die Ausführungen des Sachverständigen aus, ergibt sich, dass die Beklagte im Jahr 2018 ca. 185 TE gezahlt hat. Hierbei war allerdings der erstattete Betrag der Beklagte durch den beihilfefähigen Höchstsatz zu teilen, sofern ein Therapeut den Höchstsatz überschritten hat. Letzteres galt für die Abrechnungen der Physiotherapeuten ... und Dies gilt nur dann nicht, wenn die Beklagte zudem eine Kürzung auf Einzelstunden vorgenommen bzw. selbst angegeben hat, wie viele Einheiten bezahlt wurden. Auch hier war wieder zu berücksichtigen, dass sich Abrechnungen aus dem Jahr 2018 zum Teil auf das Jahr 2017 beziehen. So ergab sich in Bezug auf die Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 15.06.2018 (18028), dass die Beklagte statt Doppelstunden Einzelstunden beglichen hat. Daraus ergibt sich, dass die Beklagte für das Jahr 2017 3 TE und für das Jahr 2018 9 TE erstattet hat. Auf diese Weise wurde auch die Anzahl im Rahmen der Rechnung der Therapeutin ... vom 30.05.2018 vorgegangen. Diese Berechnung zugrunde gelegt ergibt sich folglich, dass die Beklagte für das Jahr 2018 bereits ausreichend Therapieeinheiten erstattet hat. Ein Anspruch auf die Begleichung weiterer Einheiten bestand daher nicht. Da die Therapeuten ... und ... die beihilfefähigen Höchstsätze aber überschritten haben, war diesbezüglich auch eine Begrenzung auf die Höchstsätze berechtigt. Allerdings lediglich auf einen Betrag von 45,30 €. Insoweit stehen dem Kläger noch folgende Beträge zu:

- 101,10 € auf die Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 15.06.2018 (18028)
- 82,60 € auf die Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 30.05.2018 (0518/13)
- 165,00 € auf die Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 30.05.2018 (0518/14)
- 168,00 € auf die Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 18.06.2018 (0518/16)
- 22,00 € auf die Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 02.02.2019 (19008)

78

Für das Behandlungsjahr 2018 stehen dem Kläger daher noch 538,70 € zu.

79

3.6.4. Auch im Behandlungsjahr 2019 hat die Beklagte die gleichen Kürzungen wie bereits in den Jahren 2017 und 2018 vorgenommen. Da die Beklagte bei Begrenzung auf die beihilfefähigen Höchstsätze diesmal von einem zutreffenden Betrag in Höhe von 45,30 € ausgegangen ist, ist die Begrenzung der Höhe nach nicht zu beanstanden. Gleiches gilt wiederum für die Leistungsablehnung in Bezug auf die Hausbesuche und das Kilometergeld.

80

Für das Jahr 2019 stellte der Sachverständige fest, dass insgesamt bis zum Behandlungsjahr Zeitraum 31.12.2019 167 TE abgerechnet worden seien. Die letzte immer Gutachten aufgeführte Rechnung der Tagesstätte ... vom 13.12.2019 liegt dem Gericht nicht vor. Insoweit wird auch keine Erstattung verlangt. Die Beklagte hat immer geltend gemachten Behandlungszeitraum bis zum 06.10.2019 insgesamt 112 TE erstattet. Da im streitgegenständlichen Verfahren lediglich Rechnungen betreffend den Zeitraum 01.01.2019-06.10.2019 vorgelegt wurden, bestand insoweit ein Anspruch auf insgesamt 138 TE (9 Monate $\times$ 15 TE + 3 TE für die erste Woche im Oktober). Zugrunde gelegt werden muss daher die Differenz, der 138 TE zu den bezahlten 112 TE. Dies ergibt eine Differenz von 26 TE, mithin einen Zahlungsanspruch in Höhe von 1.177,80 € (26 TE $\times$ 45,30 €). Da im Jahr 2019 alle Physiotherapeuten die beihilfefähigen Höchstsätze überschritten haben, erübrigt sich eine Zuordnung zu den einzelnen Rechnungen. Bei der Zuordnung zu konkreten Rechnungen, wäre dabei wieder nach Behandlungszeitraum vorzugehen, sodass sich folgende Begleichung ergibt:

- 679,50 € auf die Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 01.12.2019 (1219/09)
- 498,30 € auf die Rechnung der Physiotherapeutin ... vom 31.10.2019 (19063)

81

Für das Jahr 2013 kann der Kläger daher weitere 1.177,80 € verlangen.

82

3.7. Der Zinsanspruch folgt aus §§ 286 Abs. 2 Nr. 3, 288 BGB. Während bei der Frage danach, ob die Anzahl an medizinisch notwendigen Therapiemaßnahmen bereits erbracht wurde (Ziffer 2.6.), das jeweilige Behandlungsjahr entscheidend war, ist bei Bestimmung der Zinsen entscheidend, wann die jeweilige Rechnung erstellt wurde und wann die Beklagte die jeweilige Leistung abgerechnet hat. In der Leistungsabrechnung ist in Bezug auf den nicht erstatteten Betrag eine ernsthafte und endgültige Leistungsverweigerung zu betrachten.

B.

83

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 92 Abs. 2 Nr. 1, 296 Abs. 3 S. 2 ZPO. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit ergibt sich aus § 709 S. 1, S. 2 ZPO.

C.

84

Der Streitwert war gemäß §§ 3, 9 ZPO, § 48 Abs. 1 GKG festzusetzen.

85

1. Ausgehend von der Klageschrift vom 29.03.2016 war der Feststellungsantrag in Ziffer 1 mit insgesamt 35.672,00 € zu bewerten. Der Kläger begehrte die Feststellung, dass die Beklagte verpflichtet ist, die Kosten von 10 krankengymnastischen Behandlungen pro Woche zu erstatten. Ausgehend von einem damaligen Rechnungsbetrag von 35,00 € pro krankengymnastische Behandlung, ergibt sich ein Betrag in Höhe von 350,00 € pro Woche. Im Jahr ergibt dies einen Betrag in Höhe von 18.200,00 €. Die Beklagte hatte zu diesem Zeitpunkt die Übernahme der Kosten für dreimal Physiotherapie die Woche (= 105,00 € die Woche, 5.460,00 € im Jahr) zugesagt. Auf das Jahr gerechnet ergibt sich daher ein Differenzbetrag von 12.740,00 €. Da es sich hierbei um eine wiederkehrende Leistung im Sinne des § 9 ZPO handelt, ist der dreieinhalbfache Wert des einjährigen Betrages maßgebend. Dies ergibt den Gesamtbetrag in Höhe von 44.590,00 €. Nach einem Abschlag von 20 % errechnet sich ein Streitwert von 35.672,00 €.

86

Für die Ziffer 2. der ursprünglichen Klageschrift ergibt sich ein Streitwert in Höhe von 9.929,85 €. Die vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten waren als Nebenkosten für die Streitwertfestsetzung nicht zu berücksichtigen.

87

Damit ergibt sich ein Gesamtstreitwert von 45.601,85 €.

88

2. Mit der ersten Klageerweiterung vom 23.10.2017 (Bl. 67 d.A.) ergab sich ein neuer Streitwert in Höhe von insgesamt 49.936,97 € (Ziffer 1 : 14.264,97 € + Ziffer 2; 35.672,00 €).

89

3. Aufgrund der zweiten Klageänderung vom 22.11.2017 (Bl. 85/86 d.A.) ergibt sich ein neuer Streitwert in Höhe von insgesamt 19.384,03 €. Dabei war der Feststellungsantrag in Ziffer 3.2.2. mit 1.948,86 € und der Feststellungsantrag in Ziffer 3.2.3 mit 5.300,29 € zu beziffern. Im Rahmen des Feststellungsantrags in Ziffer 3.2.3 war zugrunde zu legen, dass der Kläger die Erstattung von 45 TE Krankengymnastik, 25 TE Ergotherapie und 25 TE Logopädie im Quartal begehrt. Die Beklagte mit Schreiben vom 01.02.2017 (Anlage K 24) eine Kostenzusage für 5× pro Woche Krankengymnastik, 1× pro Woche Ergotherapie sowie 1× pro Woche Logopädie befristet bis 31.12.2017 für den Zeitraum 28.10.2016 bis 31.12.2017 getätigt. Damit ergibt sich ein Differenzbetrag in Höhe von jährlich 1.892,96 €, wobei wieder die abgerechneten Beträge gemäß S. 16 des Gutachtens vom 06.02.2021 berücksichtigt wurden. Diesen Betrag mal 3,5 abzügl. 20 % ergibt 5.300,29 €.

90

4. Die dritte Klageänderung vom 22.01.2020 (Bl. 150/153 d.A.) ergab einen Streitwert von 32.755,65 €.

91

5. Mit Schriftsatz vom 15.05.2020 (Bl. 171/190 d.A.) wurde die Klage zwar teilweise zurückgenommen. Dies war jedoch unwirksam, sodass sich zuletzt weiterhin ein Streitwert in Höhe von 32.755,65 € ergab.