

Titel:

Begrenzung der Kostenerstattung für logopädische Behandlung in der privaten Krankenversicherung

Normenketten:

VVG § 192 Abs. 1

BGB § 305c, § 307 Abs. 1, Abs. 2, § 308 Nr. 4, § 612 Abs. 2

Leitsatz:

Eine Klausel in den Tarifbedingungen einer privaten Krankenversicherung, die die Erstattung von Kosten für eine logopädische Behandlung auf einen dem Beihilfehöchstsatz entsprechenden Betrag begrenzt, hält einer AGB-Kontrolle stand. Sie ist für den Versicherungsnehmer insbesondere weder überraschend noch unangemessen benachteiligend. (Rn. 22 – 34) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

private Krankenversicherung, Erstattung der Aufwendungen, Leistungsbegrenzung, logopädische Behandlung, Heilmittel, überraschende Klausel, unangemessene Benachteiligung, Vertragszweckgefährdung

Tenor

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.
3. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Kläger kann die Vollstreckung der Beklagten durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des aufgrund des Urteils vollstreckbaren Betrags abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrags leistet.

Beschluss

Der Streitwert wird auf 1.752,56 € festgesetzt.

Tatbestand

1

Die Parteien sind durch einen privaten Krankenversicherungsvertrag bezüglich des mitversicherten minderjährigen Kindes des Klägers verbunden. Der Kläger verlangt mit der Klage die ihm entstandenen Kosten für logopädische Behandlungen seines Kindes ersetzt, soweit die Beklagte unter Berufung auf eine Regelung in ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen (im Folgenden: AVB) die Erstattung abgelehnt hat.

2

Der Kläger versicherte seine Tochter J... nach deren Geburt durch Vertrag vom 10.03.2017 (Angebot des Klägers) / 16.03.2017 (Annahme der Beklagten durch Zusendung des Versicherungsscheins) im Tarif „Komfort 1“. Dem ging ein Angebot der Beklagten vom 17.01.2017 unter Zusendung einer Broschüre mit Leistungsübersicht voraus (Anlage K 2).

3

§ 4 Abs. 1 der dem Vertrag zugrunde liegenden AVB lautet: „Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.“ (vgl. Anlage K 10)

4

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Tarifbedingungen „Krankheitskostenvollversicherung Teil III Krankheitskostenvollversicherungstarife: Komfort0, Komfort1, Komfort2, Komfort3 und Studententarife: Komfort0S, Komfort1S und Komfort2S“, welche dem Kläger mit der Versicherungspolice zugesandt wurden führen in Ziffer 2 Folgendes aus (vgl. Anlage K 10):

„e) Heilmittel

Erstattet werden Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilmittel. Als Heilmittel gelten die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen und Behandlungen wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie sowie Lichttherapie, Ergotherapie, Logopädie und manuelle Therapie.

Zusätzlich zu den Heilmittelanwendungen wird bei medizinischer Notwendigkeit eines Hausbesuchs Wegegeld bzw. Reiseentschädigung des nächsterreichbaren Therapeuten erstattet. Medizinisch notwendige Heilmittel sind erstattungsfähig, soweit sie von einem staatlich geprüften Angehörigen der Heil- und Hilfsberufe (z.B. Physiotherapeut, Logopäde) angewandt werden.

Bei der Erstattung dieser Aufwendungen werden maximal die Preise des beigefügten Heilmittel-Preisverzeichnisses zu Grunde gelegt.

Es handelt sich um die beihilfefähigen Höchstsätze des Bundesministeriums des Innern. Soweit sich diese verändern, verändert sich insoweit auch die Höhe der Erstattungshöchstsätze, die der tariflichen Erstattung zugrunde gelegt werden. Das Gleiche gilt, wenn neue Positionen in das Verzeichnis der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundesministeriums des Innern aufgenommen werden. Die jeweils aktuelle Fassung kann auch über www.huk.de abgerufen werden.“

5

Das beigefügte Heilmittelverzeichnis weist dann in Ziffer 48 den Höchstsatz von EUR 63,20 pro Einheit von 45 Minuten Logopädiebehandlung aus (vgl. Anlage K 10).

6

Im Zeitraum zwischen 17.05.2022 und 20.09.2022 nahm der Kläger für seine Tochter entsprechend kinderärztlicher Verordnung vom 30.03.2022 logopädische Behandlungen in Form von 10 Sitzungen in Anspruch. Hierfür wurden ihm unter dem 04.10.2022 für die ersten 10 Behandlungen á 45 min insgesamt 1.559,08 € in Rechnung gestellt, wobei die einzelnen Behandlungen zu einem 2,3-fachen Faktor des Einzelpreises von 63,19 € abgerechnet wurde, letzteres mit Ausnahme von Erstdiagnostik und Bericht (vgl. Anlage K 4). Die Beklagte erstattete davon 682,80 € und lehnte die Erstattung der eingereichten Rechnung mit Leistungsabrechnungsschreiben vom 19.10.2022 zum Teilbetrag von 876,28 € mit der Begründung ab, dass die Kosten die Höchstsätze des Heilmittelverzeichnisses übersteigen würden (vgl. Anlage K 5).

7

Der Kläger forderte die Beklagte mit Schreiben vom 11.12.2022 zur Erstattung des Differenzbetrags unter Fristsetzung bis 24.12.2022 auf (Anlage K 6).

8

Im Zeitraum zwischen 04.10.2022 und 31.01.2023 folgten weitere 6 logopädische Behandlungseinheiten von verordneten 10 Einheiten á 45 min, die dem Kläger vom Behandler unter dem 09.02.2023 mit 872,04 € in Rechnung gestellt wurden (vgl. Anlage K 12). Davon erstattete die Beklagte erneut nur einen Teil unter Bezugnahme auf die Begrenzung der Erstattung auf die beihilfefähigen Höchstsätze, vgl. Abrechnungsschreiben vom 27.02.2023 (Anlage K 13).

9

Der Kläger ist der Meinung, ihm stehe die vollständige Erstattung der in Rechnung gestellten Logopädiebehandlungskosten aus § 192 Abs. 1 VVG i.V.m. dem Versicherungsvertrag zu. Die Klausel zur Begrenzung der Erstattungspflicht auf den beihilfefähigen Höchstsatz erachtet er für überraschend, intransparent sowie unangemessen benachteiligend und damit wegen AGB-Rechtswidrigkeit unwirksam.

10

Der Kläger sei bei Vertragsabschluss davon ausgegangen, dass er der ausgewählte Tarif, da es sich um den teuersten und bezüglich des Leistungsumfangs umfassendsten Tarif handelte, eine Erstattung von ärztlichen Leistungen und Heilmitteln in Höhe von Sätzen ermögliche, die über diejenigen Lagen, die gesetzliche Krankenkassen und Beihilfe erstatte. Dass Teil III Ziffer 2 e) der AVB im Zusammenspiel mit dem Heilmittelpreisverzeichnis eine derart gravierende Herabsetzung der Erstattungen vorsähe, sei überraschend. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Broschüre Anlage K 2 zur Erstattungsfähigkeit von Heilmitteln „100 % nach Heilmittelpreisverzeichnis“ aufführt. Eine Logopädiebehandlung sei zu dem Preis

von 63,20 € in der Region des Klägers bei weitem nicht erreichbar. Die Beklagte habe trotz seiner Aufforderung durch E-Mail vom 31.12.2022 (Anlage K 8) keinen Gesundheitspartner benannt, der zu dem entsprechenden Satz die Leistung erbringe.

11

Weiter bestreitet er, dass die geleistete Erstattungszahlung die beihilfefähigen Höchstsätze ausgeschöpft habe.

12

Der Kläger hat zuletzt beantragt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 876,28 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 24.12.2022 zu zahlen.

2. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 492,84 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit der Klageerweiterung zu zahlen.

3. Es wird festgestellt, dass die Begrenzung der Erstattungen für Heilmittel durch die Beklagte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherungen, Teil III Ziffer 2 e) und dem dazugehörigen Heilmittelverzeichnis auf die beihilfefähigen Höchstsätze der Aufwendung für Heilmittel des Bundesministeriums des Innern unwirksam sind.

13

Die Beklagte beantragte,

Klageabweisung.

14

Der Kläger hat die Klage um den zu Ziffer 2 gestellten Antrag durch Schriftsatz vom 22.05.2023, der Beklagten zugestellt am 25.05.2022, erweitert.

15

Die Beklagte wendet ein, die in Rede stehende Klausel in Teil III Ziffer 2 e) AVB sei wirksam. Im Übrigen stünde dem Kläger auch im Fall deren Nichtanwendbarkeit kein weitergehender Erstattungsanspruch zu, weil sie die übliche Vergütung im Sinn des § 612 Abs. 2 BGB abdecke. Die Sätze der gesetzlichen Krankenkassen und die Höchstsätze der Beihilfe böten sich als Maßstab für die Angemessenheit der Vergütung an. Die Beklagte habe in ihrer Abrechnung die – die Sätze der gesetzlichen Krankenkassen übersteigenden – beihilfefähigen Höchstsätze zuzüglich eines Zuschlags zugrunde gelegt. Zum selben Ergebnis führe die Bestimmung der geschuldeten Vergütung durch den Dienstverpflichteten nach Maßgabe der §§ 315, 316 BGB. Der Kläger habe keine Kooperationspartner benannt haben wollen. Zudem sähen die Versicherungsbedingungen in Teil III Ziffer 1 c) AVB vor, dass sich der Erstattungsanspruch bei deren Inanspruchnahme erhöhen kann.

16

Für die Einzelheiten des beiderseitigen Parteivorbringens wird auf die jeweils gewechselten Schriftsätze samt Anlagen sowie auf das Sitzungsprotokoll vom 14.09.2023 Bezug genommen.

17

Das Gericht hat zur Sache verhandelt im Rahmen der mündlichen Verhandlung vom 14.09.2023, im Zuge derer der beklagten Partei antragsgemäß weiteres schriftsätzliches Vorbringen nachgelassen wurde binnen einer Frist von drei Wochen, die wiederum antragsgemäß bis 19.10.2023 verlängert wurde.

Entscheidungsgründe

I.

18

Die Klage ist zulässig. Das Amtsgericht München ist gemäß §§ 23 Nr. 1, 71 Abs. 1 GVG sachlich und gemäß §§ 215 VVG, 29 ZPO örtlich zuständig. Insbesondere besteht für den Feststellungsantrag das erforderliche besondere Feststellungsinteresse im Sinne des § 256 ZPO vor dem Hintergrund der

fortbestehenden Versicherung und folgender Logopädiebehandlungen. Die Klageerweiterung ist gemäß § 264 Nr. 2 ZPO zulässig.

19

Die Klage ist jedoch unbegründet und war daher abzuweisen. Denn der Anspruch des Klägers auf Erstattung der in Rechnung gestellten Logopädiebehandlungskosten ist unter Berücksichtigung der wirksamen Begrenzung der Leistungspflicht durch Teil III Ziffer 2 e) i.V.m. Heilmittelpreisverzeichnis auf die beihilfefähigen Höchstsätze bereits erfüllt, § 362 Abs. 1 BGB. Ein Anspruch auf Erstattung der streitgegenständlichen Differenzbeträge zwischen den in Rechnung gestellten und den beklagenseits erstatteten Kosten besteht nicht. Zu diesem Ergebnis kommt das Gericht, ohne dass es hierfür streitigen Vortrag der Beklagten aus dem nachgelassenen Schriftsatz vom 11.10.2023 zugrunde zu legen hatte.

1. Begrenzung des Leistungsanspruchs gem. Teil III Ziffer 2 e) AVB i.V.m. Heilmittelpreisverz.

20

Durch die Abrechnung gemäß Schreiben vom 19.10.2022 ist die Beklagte ihrer vertraglich übernommenen Leistungspflicht vollumfänglich nachgekommen, indem sie die Erstattung der einzelnen Logopädiebehandlungs-Einheiten auf einen Betrag, der geringfügig über dem Preis laut Heilmittelpreisverzeichnis von 63,20 € liegt, beschränkt hat. Die Beklagte beruft sich zu Recht auf die Begrenzung der Leistungspflicht gemäß Teil III Ziffer 2 e) AVB i.V.m. Heilmittelpreisverzeichnis, da diese im Wege des Policenmodells wirksam in den Vertrag einbezogen wurde und auch einer Inhaltskontrolle nach § 307 ff BGB stand hält.

a) Einbeziehung nach dem Policenmodell

21

Beim Vertragsschluss im Policenmodell (vgl. § 5 VVG) erhält der Versicherte die erforderlichen Informationen und Unterlagen mit der Vertragsannahmeerklärung der Beklagten durch Zusendung des Versicherungsscheins und hat die Möglichkeit, vom Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch zu machen. Es wäre zumindest als selbstwidersprüchlich im Sinn des § 242 BGB anzusehen, wenn der vollständig informierte Versicherte vom Widerrufsrecht nicht Gebrauch macht und sich später im Prozess über Risikobegrenzungen nach den Versicherungsbestimmungen auf die fehlende Vertragsbestandteileigenschaft angesichts einer Einbeziehung im Rahmen des Policenmodells beruft. Hinzu kommt vorliegend, dass der Kläger vorliegend über die streitgegenständliche Leistungsbegrenzung bereits durch die Übersicht in der vorvertraglich am 17.01.2017 übersandten Informationsbroschüre Anlage K 2 informiert war, indem der tabellarische Leistungsvergleich zwischen den Bisex und Unisex-Tarifen unter der Rubrik „Heilmittel“ deutlich aufzeigt, dass die Erstattung im alternativen Tarif zu „100 %“ erfolgt und im gewählten Tarif zu „100 % nach Heilmittelpreisverzeichnis“.

b) 305 c BGB

22

Der Einbeziehung in den Vertrag steht § 305 c BGB nicht entgegen, denn die Klausel ist nicht überraschend. Eine überraschende Klausel liegt vor, wenn sie eine Regelung enthält, mit der der Versicherungsnehmer nach den Umständen vernünftigerweise nicht zu rechnen braucht. Dies kann auch dadurch der Fall sein, dass die konkret verwendeten AVB die betreffenden Regelungen an einer versteckten Stelle enthalten, oder dadurch, dass sich der eigentliche Inhalt der Regelung erst durch ein Zusammenspiel von AVB-Klauseln ergibt, das für einen durchschnittlichen Versicherungsnehmer bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs der AVB nicht klar wird. Auch branchenübliche Klauseln können überraschend sein. (vgl. Hof, in Boetius/Rogler/Schäfer, Rechtshandbuch Private Krankenversicherung, 1. Aufl. 2020, Teil 1 § 2 Rn. 136).

23

Es handelt sich um eine branchenübliche Klausel, mit der der Kläger bei Vertragsschluss nach den Umständen vernünftigerweise zu rechnen hatte. Der Versicherte muss grundsätzlich davon ausgehen, dass das Leistungsversprechen des Versicherers der näheren Ausgestaltung bedarf, die auch Einschränkungen beinhalten kann (vgl. BGH IV ZR 141/03, NJW-RR 2005, 175, 176; BGH IV ZR 244/04, NJW-RR 2006, 750, 751, Rn. 15 m.w.N.).

24

Etwas anderes gilt auch nicht angesichts der Bewerbung des Tarifs durch die Broschüre K 2. Selbst dem versicherungsbranchenfremden juristischen Laien dürfte bei Lektüre der Aussage „100 % nach Heilmittelpreisverzeichnis“ klar sein, dass die Erstattungsleistung für Heilmittel 100 % eines bestimmten Betrags, der einem gesonderten Preisverzeichnis zu entnehmen ist. Dies bedeutet gerade nicht, dass Heilmittelkosten zu 100 % erstattungsfähig sind. Der Unterschied zwischen beiden Aussagen wird gerade durch die tabellarische Gegenüberstellung der Leistungen im Bisex bzw. Unisex-Tarif hervorgehoben. Liest man zur Rubrik „Heilmittel“ in der Spalte zum Bisex-Tarif eine Erstattung von „100 %“ ab und in der Spalte unmittelbar daneben zum gewählten Unisex-Tarif „100 % nach Heilmittelpreisverzeichnis“, so erschließt sich dadurch zwangsläufig, dass eine 100 %ige Kostenerstattung gerade nicht versprochen wird, sondern sich die Erstattungshöhe nach dem in Bezug genommenen Preisverzeichnis richtet.

25

Der Sachverhalt ist mit demjenigen, welcher der Entscheidung des LG Coburg, NJW-RR 2015, 658 zugrunde lag, damit nicht vergleichbar. Dort hatte der Versicherer in einer Klausel Leistungen von Physiotherapeuten mit einem Erstattungssatz von 100 % wie ärztliche Leistungen angegeben. In der Klausel zu den ärztlichen Leistungen erfolgte aber eine Beschränkung auf Leistungen nach der GOÄ, die aber für physikalische Leistungen nach heutigem Maßstab nur sehr geringe Vergütungen vorsieht. Erst aus diesem Zusammenspiel ergab sich daher eine Leistungsbegrenzung des Versicherers, was für das LG Coburg eine überraschende Klausel darstellte. Daher führte das LG Coburg aus: Nach Auffassung der Kammer wird für einen durchschnittlichen Versicherungsnehmer bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs nicht klar, dass mit der Formulierung „Bei Leistungen von Angehörigen medizinischer Assistenzberufe wird die GOÄ für die Kostenerstattung entsprechend zu Grunde gelegt.“ eine (grundsätzlich zulässige) Leistungseinschränkung vorgenommen wird. Vielmehr erweckt das Zusammenspiel des Wortlauts von Nr. 2.1 i.V.m. Nr. 3 Buchst. d nicht den Eindruck, dass hiermit eine Leistungseinschränkung verbunden ist.

26

Die Tatsache einer Begrenzung auf einen bestimmten Betrag ist vorliegend aber bereits unmittelbar und unmissverständlich aus der Lektüre des Texts aus der Broschüre K 2 ebenso wie aus der Lektüre der einschlägigen Passage in Teil III Ziffer 2 e) AVB ersichtlich.

c) 308 Nr. 4 BGB

27

Ein Verstoß gegen § 308 Nr. 4 BGB scheidet aus, da die dynamische Verweisung auf die jeweils gültigen beihilfefähigen Höchstsätze unter Berücksichtigung der Interessen der Beklagten den Versicherten zumutbar ist. Eine statische Festlegung der erstattungsfähigen Heilmittelanwendungen und Kosten im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt sowie die veränderliche Entwicklung der Marktverhältnisse nicht praktikabel und letztlich nicht im Interesse des Versicherten.

d) 307 Abs. 1 S. 2 BGB

28

Gemäß § 307 BGB sind allgemeine Geschäftsbedingungen unwirksam, wenn sie den Vertragspartner des Verwenders entgegen Treu und Glauben unangemessen benachteiligen. Gemäß § 307 Abs. 1 2 BGB kann sich eine unangemessene Benachteiligung auch daraus ergeben, dass die Bestimmung nicht klar und verständlich ist.

29

Die Bedeutung des Tarifs für die Erstattungsfähigkeit kommt in den AVB klar und verständlich zum Ausdruck, vgl. § 4 Abs. 1 AVB. Ein schlichtes Abgleichen der rasch überschaubaren Auflistung im beigefügten Heilmittelpreisverzeichnis führt dem verständigen Versicherungsnehmer die möglichen wirtschaftlichen Nachteile und Belastungen, die diese Versicherungsbedingungen nach den für ihn erkennbaren Umständen mit sich bringen, deutlich erkennbar vor Augen. (vgl. auch die insoweit vergleichbare Konstellation in BGH IV RZ 244/04, NJW 2006, 750, 751 Rn. 12). Entgegen der Auffassung des Klägers bewirkt auch der Charakter der dynamischen Verweisung auf die Veröffentlichung der beihilfefähigen Höchstsätze durch das Bundesministerium des Inneren keine Intransparenz der Vorschrift.

30

Zum Einen bezieht sich der Verweis in Teil III Ziffer 2 e) AVB in erster Linie auf das beigefügte Heilmittelpreisverzeichnis, welches an die Entscheidung des BMI zu den beihilfefähigen Höchstsätzen angelehnt ist. Weiter verweist die Klausel für den Fall von Änderungen der Veröffentlichungen des BMI auf die Geltung der jeweils aktuellen Fassung (sog. dynamische Verweisung). Die Klausel begegnet insofern keinen Bedenken. Auch vor dem Hintergrund, dass das BMI am 18.03.2018 und 08.12.2021 umbenannt wurde, kann sich keine Intransparenz der Klausel i.S.d. § 307 Abs. 1 S. 2 BGB ergeben. Bei der Beurteilung der Konformität einer Regelung mit § 307 Abs. 1 S. 2 BGB ist selbstverständlich auf die Verständlichkeit im Zeitpunkt des Vertragsschlusses abzustellen, als das Bundesministerium genau so hieß, wie es in Teil III Ziffer 2 e) AVB referenziert wurde. Eine nachträgliche Umbenennung des Ministeriums durch die Regierung, auf die die Beklagte keinerlei Einfluss hat, begründet denklösig keinen tauglichen Umstand, die Regelung im maßgeblichen Zeitpunkt des Vertragsschlusses als intransparent erscheinen zu lassen.

e) 307 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 BGB

31

Die im Streit stehende Klausel erfüllt auch nicht den Tatbestand einer unangemessenen Benachteiligung im Sinn des § 307 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 BGB.

32

Nicht jede Leistungsbegrenzung bedeutet schon eine Vertragszweckgefährdung, sondern ist zunächst grundsätzlich der freien unternehmerischen Entscheidung des Versicherers überlassen, soweit er nicht mit der Beschreibung der Hauptleistung beim Versicherungsnehmer falsche Vorstellungen erweckt. Eine Gefährdung ist daher erst dann anzunehmen, wenn mit der Einschränkung der Leistung der Vertrag ausgehöhlt werden kann und damit der Versicherungsvertrag in Bezug auf das zu versichernde Risiko zwecklos wird (BGH, Urteil vom 19.5.2004 – IV ZR 29/03, R+S 2004. 423, 425 und ständig).

33

Die Begrenzung der Erstattungspflicht im Bereich der Logopädie auf die beihilfefähigen Höchstsätze führt nicht zu einer Aushöhlung des Vertrages und damit dazu, dass der Versicherungsvertrag in Bezug auf das zu versichernde Risiko zwecklos wird (vgl. BGHZ 137, 174, 176). Es wird insbesondere keine bestimmte Behandlungsmethode vom Leistungsumfang ausgenommen, sondern die Erstattungsfähigkeit wird lediglich auf einen bestimmten Höchstbetrag festgelegt. Das primäre Leistungsversprechen der Kostenübernahme für die medizinisch notwendige ärztliche Heilbehandlung bleibt unangetastet. Soweit es die nichtärztlichen sonstigen Leistungen wie z.B. die Heilmittel anlangt, steht die Leistungszusage ohnehin unter dem Vorbehalt des entsprechend Vereinbarten (vgl. BGH, Urteil vom 19.5.2004 – IV ZR 29/03, R+S 2004, 423 unter II 3 b aa). Schon deshalb ist für eine Vertragszweckgefährdung im Sinne einer Aushöhlung des Krankenversicherungsvertrages bei einer abschließenden Regelung der Erstattung von Heilmitteln der vorliegenden Art kein Raum, auch wenn die Regelung auf eine Beteiligung des Versicherungsnehmers an den entstehenden Kosten hinausläuft (vgl. Schäfer, in Boetius/Rogler/Schäfer, Rechtshandbuch Private Krankenversicherung, 1. Aufl. 2020, Teil 4 § 50 Rn. 50). Im Hinblick auf den auch im Interesse des einzelnen Versicherungsnehmers liegenden Zweck des Heilmittelpreisverzeichnisses bzw. jeweils aktuellen beihilfefähigen Höchstsatz, dem Versicherer eine sichere, vertretbare Prämiengestaltung zu ermöglichen und so die Prämie niedrig zu halten, werden die Belange des Versicherungsnehmers hinreichend berücksichtigt (vgl. auch BGH IV ZR 244/04, NJW-RR 2006, 750, 751 Rn 17).

34

In den Grenzen der §§ 307 ff. BGB begegnet eine Beschränkung der Erstattungsfähigkeit auf Aufwendungen für logopädische Behandlungen auf bestimmte Beträge, wie sie der vom Kläger gewählte Tarif vorsieht, keinen rechtlichen Bedenken. Die Vertragsparteien bestimmen – wie allgemein im Vertragsrecht – auch im Versicherungsvertragsrecht den Inhalt des Versicherungsvertrages. Soweit der Versicherer verschiedene Tarife mit unterschiedlichen Leistungsinhalten vorhält, kann der potentielle Versicherungsnehmer auswählen, welche Leistungen zu welchen Konditionen er benötigt. Eine Erwartungshaltung, die Erstattungsleistungen müssten aufgrund des privaten Versicherungscharakters durchweg oberhalb der Sätze der gesetzlichen Krankenkassen und Beihilfe rangieren, entbehrt einer rechtlichen Grundlage.

2. Höhe des Leistungsanspruchs

35

Nach den Tarifbedingungen der Beklagten war somit mit Rücksicht auf die Rechnung vom 04.10.2022 die Erstdiagnostik vom 24.05.2022 mit 103,40 € (2x 51,70 €, vgl. VIII. Nr. 47.1 Heilmittelpreisverzeichnis gem. Anlage K 10) zu liquidieren, die übrigen 9 Behandlungseinheiten mit jeweils 63,20 € (vgl. VIII. Nr. 48 Heilmittelpreisverzeichnis gem. Anlage K 10). Die Berichtskosten sind ebenfalls zum Betrag von 5,80 € erstattungsfähig, sofern der Bericht an die verordnende Person erging (vgl. VIII. Nr. 47.2, 48 Heilmittelpreisverzeichnis gem. Anlage K 10), was zugunsten des Klägers unterstellt wird. Die Erstattungssumme von 682,80 € übersteigt den danach geschuldeten Betrag von 678,00 €.

36

Mit Rücksicht auf die von der Klageerweiterung betroffene Rechnung vom 09.02.2023 waren 6x 63,20 € nach dem Versicherungsvertrag erstattungsfähig, somit 379,20 €, (vgl. VIII. Nr. 48 Heilmittelpreisverzeichnis gem. Anlage K 10). Diesen Betrag legte die Beklagte der Abrechnung vom 27.02.2023 zutreffend zugrunde, wobei das geringere Ausfallen der Erstattungszahlung dem Umstand geschuldet war, dass ein vertraglich vereinbarter Selbstbehalt zu berücksichtigen war. Der vom Kläger geltend gemachte Anspruch auf Erstattung weiterer 492,84 € besteht nicht.

37

Es handelt sich bei dem mit Anlage K 10 vorgelegten, den Versicherungsunterlagen vom 16.03.2017 beigefügten Heilmittelpreisverzeichnis auch um die aktuellen beihilfefähigen Höchstsätze. Diese sind öffentlich einsehbar. Eine Erhöhung der Sätze tritt erst mit Wirkung zum 01.05.2023 ein, betreffen demnach nicht mehr die streitgegenständlichen Abrechnungen, siehe Merkblatt des Dienstleistungszentrums des Bundesverwaltungsamts „Beihilfe – Heilmittel (Stand: Juli 2023)“ und dort „Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel“, abrufbar unter:

https://www.bva.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesbedienstete/Gesundheit-Vorsorge/Beihilfe/Merkblaetter/heilbehandlungen.pdf?__blob=publicationFile&v=22.

38

Ein Anspruch auf Erstattung höherer Sätze ergibt sich auch nicht vor dem Hintergrund eines etwaigen Versprechens der Beklagten über die Vermittlung von Gesundheitspartnern, die zu den tariflichen Höchstsätzen die Leistung erbrächten. Insoweit zielt das klägerische Vorbringen, die Beklagte habe keinen solchen Leistungserbringer benannt, wohl auf einen Schadensersatzanspruch. Ein solcher scheitert aber bereits daran, dass die diesbezügliche Aufforderung des Klägers erst vom 31.12.2022 datiert (vgl. Anlage K 8), sodass die dem Kläger entstandenen Mehrkosten für die Behandlung seiner Tochter durch eine Vermittlung der Beklagten an einen anderen Leistungserbringer bereits nicht mehr hätten vermieden werden können.

3. Feststellungsantrag und Nebenforderungen

39

Mangels begründeter Hauptforderung besteht auch kein Anspruch auf die begehrte Feststellung sowie auf die Zuerkennung der Nebenforderungen.

II.

40

Die Kostenentscheidung beruht auf § 91 Abs. 1 Satz 1 ZPO.

III.

41

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit folgt aus §§ 708 Nr. 11, 711 S. 1, S. 2 i.V.m. 709 S. 2 ZPO.

IV.

42

Die Streitwertfestsetzung beruht auf §§ 3, 5 ZPO. Dabei entfallen bis 22.05.2023 876,28 € auf den Leistungsantrag zu Ziffer 1 der Klageschrift vom 09.02.2023 und der gleiche Betrag auf den Feststellungsantrag zu Ziffer 2 der Klageschrift vom 09.02.2023. Ab 22.05.2023 entfallen 876,28 € auf den Leistungsantrag zu Ziffer 1, weitere 492,84 € auf den Leistungsantrag zu Ziffer 2 des Klageerweiterungsschriftsatzes vom 22.05.2023 und nur mehr 383,44 € auf den Feststellungsantrag.

Hinsichtlich der Bewertung des Feststellungsantrags stützt sich die Festsetzung auf die schriftsätzlich vorgetragene Vorstellung des Klägers von der Größenordnung des wirtschaftlichen Interesses an der Feststellung.