



# BUNDESGERICHTSHOF

## IM NAMEN DES VOLKES

### URTEIL

IV ZR 176/03

Verkündet am:  
19. Mai 2004  
Heinekamp  
Justizobersekretär  
als Urkundsbeamter  
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Nachschlagewerk: ja

BGHZ:                nein

---

AGBG §§ 3, 5, 9 Bk, Cl; TB/KK Nr. 2 d zu MB/KK § 4 Abs. 3; TB/KK Nr. 1 zu MB/KK § 5

- a) Schlafapnoegeräte sind Hilfsmittel i.S. von Nr. 2 d TB/KK zu § 4 Abs. 3 MB/KK und keine Heilapparate i.S. von Nr. 1 TB/KK zu § 5 MB/KK.
- b) Die abschließende Aufzählung erstattungsfähiger Hilfsmittel in Nr. 2 d TB/KK zu § 4 Abs. 3 MB/KK ist wirksam (§§ 3, 5, 9 AGBG).

BGH, Urteil vom 19. Mai 2004 - IV ZR 176/03 - LG Bückeburg  
AG Rinteln

Der IV. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes hat durch die Richter Seiffert, Dr. Schlichting, Wendt, die Richterin Dr. Kessal-Wulf und den Richter Felsch auf die mündliche Verhandlung vom 19. Mai 2004

für Recht erkannt:

Auf die Revision des Beklagten wird das Urteil der 1. Zivilkammer des Landgerichts Bückeburg vom 26. Juni 2003 aufgehoben.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Amtsgerichts Rinteln vom 16. Oktober 2002 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungs- und des Revisionsverfahrens.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

Die Parteien streiten darüber, ob der Beklagte als privater Krankenversicherer des unter einem Schlafapnoe-Syndrom leidenden Klägers die Anschaffungskosten für ein Nachtbeatmungsgerät (CPAP-Gerät) erstatten muß.

Dem zwischen den Parteien bestehenden Krankheitskostenversicherungsvertrag liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK) sowie die Tarifbedingungen (TB/KK) des Beklagten zugrunde. Vereinbart waren die Tarife 170/182, die eine 50%ige Erstattung vorsehen. Mit Wirkung zum 1. Januar 2000 fügte der Beklagte seiner Tarifbestimmung Nr. 2 d TB/KK zu § 4 Abs. 3 MB/KK das Wort "ausschließlich" hinzu, so daß diese Klausel nunmehr lautet:

"Soweit tariflich vorgesehen, werden die Kosten für medizinische Hilfsmittel und deren Reparaturen erstattet; als solche gelten ausschließlich: Brillengläser, Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 215,15 DM (110 €), Kontaktlinsen, Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronische Kehlköpfe), Arm- und Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, orthopädische Schuhe (abzüglich einer Selbstbeteiligung von 195,58 DM (100 €)), Krankenfahrstühle bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.564,66 DM (800 €) sowie in einfacher Ausführung Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe und Einlagen. Leistungen für jedes Hilfsmittel werden nur einmal im Kalenderjahr gewährt."

Weiter enthalten die TB/KK u. a. folgende Regelungen:

Nr. 2 c zu § 4 Abs. 3 MB/KK:

"Als Heilmittel gelten ausschließlich: Medizinische Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Inhalationen, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Heilgymnastik."

Nr. 1 zu § 5 MB/KK:

"Nicht erstattungsfähig sind auch bei ärztlicher Verordnung: Kosten für die Beschaffung von Heilapparaten (Massagegeräte, Heizkissen, Bestrahlungslampen, Fieberthermometer u.ä.)..."

Eine ärztliche Untersuchung 2001 ergab bei dem Kläger ein schweres Schlafapnoe-Syndrom mit Atempausen im Schlaf bis zu

42 Sekunden und dadurch bedingten erheblich erhöhten Gesundheitsrisiken durch Herzinfarkt, Bluthochdruck und Schlaganfall. Ihm wurde ein CPAP-Gerät verordnet, das er für 4.733,50 DM erwarb.

Der Beklagte verweigert eine Kostenerstattung, weil es sich bei dem CPAP-Gerät um einen Heilapparat handele und im übrigen auch die Aufzählung der Hilfsmittel abschließend sei.

Die Parteien gehen übereinstimmend davon aus, daß für die Regulierung dieses Versicherungsfalls die Hilfsmittelklausel in der ursprünglichen Fassung ohne das Wort "ausschließlich" zugrunde zu legen ist.

Das Amtsgericht hat die auf Zahlung von 1.210,10 € nebst Zinsen gerichtete Klage abgewiesen, das Berufungsgericht hat ihr bis auf einen Teil der Zinsen stattgegeben. Mit der Revision begehrt der Beklagte Wiederherstellung des amtsgerichtlichen Urteils.

#### Entscheidungsgründe:

Die Revision hat Erfolg. Die vom Kläger genommene Versicherung sieht nach den zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen eine Kostenerstattung für das Nachtbeatmungsgerät nicht vor. Sein Zahlungsbegehren ist daher nicht begründet.

I. Das Berufungsgericht hat ausgeführt: Bei dem CPAP-Gerät handle sich nicht um einen Heilapparat, sondern um ein Hilfsmittel. Heilapparate seien nur die erforderlichen Geräte für bestimmte Behandlungsformen, die mit dem unter Nr. 2 c TB/KK zu § 4 Abs. 3 MB/KK aufgeführten Heilmitteln gemeint seien, sowie Diagnosegeräte. Das CPAP-Gerät diene hingegen dazu, die Funktionsbeeinträchtigung der Atmungsorgane durch Sicherstellung der Sauerstoffversorgung auszugleichen, ohne die körperliche Behinderung zu heilen, und sei mithin ein medizinisches Hilfsmittel im Sinne der Nr. 2 d TB/KK zu § 4 Abs. 3 MB/KK.

Dieser Klausel fehle es allerdings an einer sprachlich eindeutigen Formulierung, der entnommen werden könne, daß die Hilfsmittelaufzählung abschließend sei, weitere auch medizinisch notwendige Hilfsmittel also nicht erstattet würden. Ob die nachträgliche Einfügung des Wortes "ausschließlich" dazu ausreiche, könne dahingestellt bleiben. Angesichts der Leistungszusage für andere medizinische Hilfsmittel, die weniger lebensbedrohliche Erscheinungen lindern sollten, dürfe der rechtsunkundige Durchschnittsbürger nach der Lektüre der Versicherungsbedingungen davon ausgehen, daß das CPAP-Gerät erstattet werde. Im übrigen komme die Anschaffung dieses Gerätes unter Umständen auch dem Beklagten zugute, da möglicherweise höhere Folgekosten vermieden würden.

II. Das hält rechtlicher Nachprüfung in einem entscheidenden Punkt nicht stand.

1. Der Umfang des dem Kläger in der Krankheitskostenversicherung zu gewährenden Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem mit dem Beklagten geschlossenen Versicherungsvertrag, den zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen, den diese ergänzenden Tarife mit Tarifbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften (§ 1 Abs. 3 MB/KK). Daraus folgt hier: Nach § 1 Abs. 1 a MB/KK gewährt der Versicherer im Versicherungsfall ("medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen"; § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK) Ersatz von Aufwendungen für die Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich nach § 4 Abs. 1 MB/KK aus dem vereinbarten Tarif mit seinen Tarifbedingungen (vgl. Senatsurteil vom 17. März 1999 - IV ZR 137/98 - VersR 1999, 745 unter II 1 a).

Was verordnete medizinische Geräte und nicht ärztliche Anwendungen anlangt, differenzieren die TB/KK zwischen Hilfsmitteln (Nr. 2 d zu § 4 Abs. 3 MB/KK) einerseits und Heilmitteln (Nr. 2 c zu § 4 Abs. 3 MB/KK) und Heilapparaten (Nr. 1 zu § 5 MB/KK) andererseits. Für Heilapparate ist die Erstattung von Anschaffungskosten ausgeschlossen, für Hilfs- und Heilmittel - die nicht abstrakt, sondern über Aufzählungen definiert werden - ist eine Kostenerstattung nach entsprechender Verordnung (§ 4 Abs. 3 MB/KK) vorgesehen.

2. Zutreffend hat das Berufungsgericht das CPAP-Gerät nicht als Heilapparat, sondern als Hilfsmittel im Sinne der Tarifbedingungen eingestuft. Verkannt hat es dagegen, daß die Aufzählung der Hilfsmittel, für die Erstattungsleistungen zugesagt sind, abschließend ist. Das ergibt die Auslegung der Tarifklauseln Nr. 2 c und d TB/KK zu § 4 Abs. 3 MB/KK

sowie Nr. 1 TB/KK zu § 5 MB/KK. Nach gefestigter Rechtsprechung des Senats sind Allgemeine Versicherungsbedingungen - und dazu rechnen auch die Tarifbedingungen - so auszulegen, wie sie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer bei aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstehen muß; dabei kommt es auf die Verständnismöglichkeiten eines Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse und damit - auch - auf seine Interessen an (BGHZ 84, 268, 272; 123, 83, 85 und ständig).

a) Der Regelungszusammenhang der §§ 1 Abs. 1 a, 1 Abs. 3 und 4 Abs. 1 MB/KK lenkt den Blick des Versicherungsnehmers gerade auch bei der Frage der Erstattungsfähigkeit von Gerätekosten deutlich und unmißverständlich auf die Tarifbedingungen des von ihm genommenen Tarifs (vgl. Senatsurteil vom 14. Dezember 1994, 328 unter II 3 a), denn dieser Leistungsbereich wird sonst lediglich in § 4 Abs. 3 MB/KK unter den Gesichtspunkten des Verordnungserfordernisses angesprochen. Bei aufmerksamer Durchsicht dieser Bedingungen wird ihm zunächst klar, daß das CPAP-Gerät nicht bei den Heilmitteln unterzubringen ist, weil in Nr. 2 c TB/KK zu § 4 Abs. 3 MB/KK nur Anwendungen aufgeführt sind. Bei den in Nr. 1 TB/KK zu § 5 MB/KK aufgezählten Heilapparaten fällt ihm der Zusammenhang mit den Heilmitteln auf und daß sie vor allem Geräte bezeichnen, die zur Durchführung der darüber erfaßten Anwendungen verwendet werden können (z.B. Massagegeräte/Massagen; Bestrahlungslampen/Bestrahlungen). Diese Beziehung zwischen Heilmitteln und Heilapparaten drängt sich ihm bereits nach der von dem Beklagten gewählten Terminologie ("Heil-") auf. Bestärkt wird er in diesem Eindruck durch die unmittelbare Entsprechung, die diese Geräte bei den Heilmitteln finden. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer darf und wird

daher unter Heilapparaten nach Umschreibung und Bezug in den Tarifbedingungen Geräte verstehen, die bei Heilmitteln zum Einsatz kommen können, erweitert um Diagnosegeräte (z.B. Fieberthermometer). Dazu gehören Nachtbeatmungsgeräte nicht; insbesondere fehlt bei ihnen eine korrespondierende Anwendung im Sinne der Heilmittelbeschreibung. Die Heilapparateklausel ist daher nicht einschlägig.

b) Daß es sich um ein Hilfsmittel im Sinne der Tarifbedingungen handelt, erhellt sich dem Versicherungsnehmer sodann vor allem, wenn er sich Wirkungsweise und Einsatzmodalitäten des CPAP-Gerätes vor Augen führt. Der ihm im Schlaf über eine dicht schließende Maske zugeführte kontinuierliche Luftstrom erzeugt im Nasenrachenraum einen Überdruck, der in der Art einer (pneumatischen) Schienung die Atemwege offenhält und so einen temporären Kollaps mit Atemaussetzungen im Gefolge verhindert. Zwar mögen dem durchschnittlichen Versicherungsnehmer im Einzelfall die medizinisch-organischen Wirkungszusammenhänge nicht stets und umfassend geläufig sein, zumal für nächtliche Atemaussetzungen auch unterschiedliche körperliche Ursachen in Betracht kommen können. Er erkennt jedoch, daß darüber wie bei den in Nr. 2 d TB/KK zu § 4 Abs. 3 MB/KK aufgelisteten Hilfsmitteln (z.B. Brillen, Hör- und Sprechgeräte) körperliche Defekte über einen längeren Zeitraum und nicht wie bei den Heilapparaten auf die Dauer einer medizinischen Anwendung begrenzt ausgeglichen werden. Mit dem Gerät wird - für den Einsatz von Hilfsmitteln kennzeichnend - unmittelbar eine Ersatzfunktion für ein krankes Organ wahrgenommen, ohne dessen Funktionsfähigkeit wieder herzustellen (vgl. Senatsurteil vom 17. Dezember 1986 - IVa ZR 78/85 - VersR 1987, 278 unter II 5; OLG Köln VersR 1989, 1142). Eine etwaige darüber hinausgehende positive Beeinflus-

sung der Grunderkrankung durch den Einsatz des CPAP-Gerätes steht - wiederum für den Versicherungsnehmer erkennbar - nach den TB/KK der Einordnung als Hilfsmittel nicht entgegen, denn darin werden auch solche aufgeführt, denen zusätzlich Linderungs- und auch gewisse Heilwirkungen zukommen können (z.B. Bruchbänder, orthopädische Schuhe, Gummistrümpfe, Einlagen).

c) Entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts (in Anlehnung an OLG Frankfurt VersR 1997, 1473) kommt der Hilfsmittelaufzählung - unabhängig von der späteren Einfügung des Wortes "ausschließlich" - enumerativer Charakter zu. Das wird dem um Verständnis bemühten Versicherungsnehmer bereits durch den Vergleich mit der Aufzählung der Heilapparate in Nr. 1 TB/KK zu § 5 MB/KK deutlich vor Augen geführt. Dort wird die beispielhafte Auflistung durch den Zusatz "u.ä." kenntlich gemacht, während es bei den Hilfsmitteln an diesem Zusatz gerade fehlt. Die sprachliche Gestaltung dieser Liste mit der Verknüpfung des letzten genannten Gegenstandes mit einem "und" verdeutlicht den endgültigen Abschluß der Aufzählung und weist damit zusätzlich auf ihren abschließenden Charakter hin.

Für den verständigen Versicherungsnehmer ist das Anliegen des Versicherers, auf diese Weise eine sonst nicht mehr überschaubare und steuerbare Ausuferung des Hilfsmittlersatzes zu verhindern, durchaus erkennbar und nachvollziehbar. Das zeigt ihm allein schon die bei den aufgeführten Hilfsmitteln ausnahmslos vorgesehene Deckelung durch Betragsbegrenzungen, Selbstbeteiligungsbeträge und Beschränkungen auf einfache Ausführungen sowie durch jeweils einmalige Leistung pro Kalenderjahr. Bei einer nicht abschließenden Aufzählung liefe das für

diesen Leistungsbereich des Hilfsmittelersatzes typischerweise gewählte Kostensteuerungskonzept (vgl. Senatsurteil vom 17. Dezember 1986 aaO) weitgehend leer. Denn 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 er - 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 das mit der Klauselfassung deutlich vor Augen geführt; unklar (§ 5 AGBG) bleibt - entgegen der Auffassung der Revisionserwiderung - insoweit nichts.

3. In dieser Auslegung verstößt Nr. 2 d TB/KK zu § 4 Abs. 3 MB/KK nicht gegen § 3 AGBG; sie hält auch einer Inhaltskontrolle nach § 9 AGBG stand.

a) Ein überraschenden Klauseln im Sinne von § 3 AGBG innewohnender Überraschungseffekt scheidet aus, weil keine Regelungen enthalten sind, die von den Erwartungen des Vertragspartners deutlich abweichen und mit denen er nach den Umständen vernünftigerweise nicht zu rechnen brauchte. Gerade in Anbetracht des mit dem Hauptleistungsverprechen in § 1 Abs. 1 a MB/KK weit gesteckten Leistungsrahmens,

alle mit der Heilbehandlung zusammenhängenden Aufwendungen zu übernehmen, wird der Versicherungsnehmer davon ausgehen, daß dieses Leistungsversprechen näherer Ausgestaltung bedarf, die auch Einschränkungen nicht ausschließt (vgl. Senatsurteil vom 17. März 1999 aaO unter II 3 a, 4 a). Darauf wird er - wie vorstehend ausgeführt - auch ausdrücklich hingewiesen, § 4 Abs. 1 MB/KK. 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.

b) Die Tarifbedingung ist als eine das Hauptleistungsversprechen einschränkende Regelung inhaltlich zu kontrollieren. Der Überprüfung ist gemäß § 8 AGBG nur der enge Bereich von Leistungsbezeichnungen entzogen, ohne deren Vorliegen mangels Bestimmtheit oder Bestimmbarkeit des wesentlichen Vertragsinhalts ein wirksamer Vertrag nicht mehr angenommen werden kann (BGHZ 123, 83 f. und ständig). Mit § 1 Abs. 1 a MB/KK ist das Hauptleistungsversprechen in der Krankheitskostenversicherung indes hinreichend bestimmbar beschrieben (vgl. Senatsurteil vom 17. März 1999 aaO unter II 2 c).

aa) Die Ausgrenzung nicht benannter Hilfsmittel und damit im vorliegenden Fall des CPAP-Gerätes gefährdet nicht den Vertragszweck im Sinne von § 9 Abs. 2 Satz 2 AGBG. 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 (BGHZ 141,

137, 143). 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 (BGHZ 137, 174, 176 und ständig).

Das ist hier nicht der Fall. Mit dem Abschluß eines Krankenversicherungsvertrages bezweckt der Versicherungsnehmer - soweit es die Krankheitskosten anlangt - eine Abdeckung seines Kostenrisikos, das ihm durch die notwendige Behandlung von Krankheiten entsteht (Senatsurteil vom 17. März 1999 aaO unter II 4 b bb). Dem wird die vom Kläger bei dem Beklagten genommene Krankenversicherung in ihrer tariflichen Ausgestaltung gerecht. Der Bereich der Heilbehandlung als jegliche ärztliche Tätigkeit, die durch die entsprechende Krankheit verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt und auf Heilung, Besserung oder auch nur Linderung der Krankheit abzielt (BGHZ 133, 208, 211), bleibt vollständig abgedeckt; er wird insbesondere durch Nr. 2 TB/KK zu § 4 Abs. 3 MB/KK nicht beschränkt. Das primäre Leistungsversprechen der Kostenübernahme für die medizinisch notwendige ärztliche Heilbehandlung bleibt unangetastet. Soweit es die nicht ärztlichen sonstigen Leistungen wie z.B. die Hilfsmittel anlangt, steht die Leistungszusage ohnehin unter dem Vorbehalt des entsprechend Vereinbarten. Schon deshalb ist für eine Vertragszweckgefährdung im Sinne einer Aushöhlung des Krankenversicherungsvertrages bei einer abschließenden Hilfsmittelregelung der vorliegenden Art regelmäßig kein Raum.

Der Zweck einer solchen Versicherung wird nicht bereits dann maßgeblich in Frage gestellt, wenn der Versicherungsnehmer nach dem

zugrunde gelegten Tarif im Rahmen eines ärztlich behandelten Befundes die Kosten für ein ihm verordnetes Hilfsmittel, das im täglichen Einsatz Ausgleich für die ausgefallene Körperfunktion schaffen soll, selbst zu tragen hat. Das gilt grundsätzlich auch, wenn diese die Heilbehandlung begleitende Maßnahme als notwendig anzusehen ist, um der Möglichkeit sonst entstehender auch schwerwiegender Gesundheitsrisiken vorzubeugen. Dem Versicherungsnehmer wird damit auch nicht der zunächst zugesagte effektive Versicherungsschutz über die tariflich geregelte Erstattungsfähigkeit sonstiger Leistungen für bestimmte Erkrankungen oder Behandlungsarten sofort wieder entzogen (vgl. Senatsurteil vom 17. März 1999 aaO unter II 4 b bb). Ihm wird nur zugemutet, einen Kostenbeitrag zu im übrigen abgesicherten Behandlungen bei dem Einsatz von Hilfsmitteln zu leisten. Der generelle Versicherungsschutz bei Erkrankungen wird durch solche Kostenbeteiligungen - selbst wenn sie im Einzelfall nicht unerheblich sind - nicht derart verkürzt, daß er in bezug auf das versicherte Krankheitsrisiko seinen Zweck verlöre. So bleibt bei dem in Rede stehenden Schlafapnoe-Syndrom insbesondere die ärztliche Versorgung einschließlich verhaltensberatender und medikamentöser Therapie in dem vertraglich vorgesehenen Umfang weiterhin abgesichert. Es handelt sich mithin um bloße Leistungsbeschränkungen auf der Ebene unterhalb der (ärztlichen) Heilbehandlung, die nach den jeweiligen vom Versicherer angebotenen und vom Versicherungsnehmer gewählten Tarifen unter dem Gesichtspunkt der Vertragszweckgefährdung nicht zu beanstanden sind.

bb) Daraus folgt zugleich, daß die fragliche Klausel den Versicherungsnehmer nicht entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen benachteiligt, § 9 Abs. 1 AGBG. Denn die Versicherer als

Verwender dieser Allgemeinen Geschäftsbedingungen suchen damit nicht treuwidrig einseitig eigene Interessen auf Kosten des Vertragspartners durchzusetzen, ohne von vornherein auch dessen Belange hinreichend zu berücksichtigen (vgl. BGHZ 141, 137, 147). Sie wollen - wie bereits vorstehend bei der Klauselauslegung dargelegt - mit der abschließenden Aufzählung die Leistungspflichten bei den zum Teil kostenintensiven und vor allem angesichts der ständig fortschreitenden medizinisch-technischen Entwicklung kaum zu kalkulierenden Hilfsmitteln überschaubar halten. Für eine Tarifikkulation mit vertretbarer Prämiengestaltung fehlte es sonst an den erforderlichen zuverlässigen Grundlagen. Das liegt aber auch im Interesse des einzelnen Versicherungsnehmers. Die erforderliche Abwägung der zu beachtenden Interessen läßt eine unzulässige Einschränkung der Rechte des Versicherungsnehmers durch die Hilfsmittelklausel, an deren Transparenz keine Zweifel angemeldet werden und auch sonst nicht ersichtlich sind, nicht erkennen.

4. Ob im Einzelfall nach den Grundsätzen von Treu und Glauben gemäß § 242 BGB eine Erstattungspflicht für an sich nicht vorgesehene

Hilfsmittel geboten sein kann, um einen Leistungsanspruch des Versicherungsnehmers zu begründen, kann offenbleiben. Der Vortrag der insoweit darlegungs- und beweispflichtigen Klägerseite genügt dafür nicht.

Seiffert

Dr. Schlichting

Wendt

Dr. Kessal-Wulf

Felsch