OLG München, Beschluss v. 08.03.2022 – 25 U 8734/21

Titel:

Krankenversicherung, Versicherungsnehmer, Leistungen, Versicherungsschutz, Krankheit, Frist, Versicherung, Pflichtversicherung, Auslegung, Versicherer, Krankenversicherungspflicht, Unfallversicherung, Gesundheitszustand, Nachweis, gesetzlichen Krankenversicherung, Treu und Glauben, unangemessene Benachteiligung

Schlagworte:

Krankenversicherung, Versicherungsnehmer, Leistungen, Versicherungsschutz, Krankheit, Frist, Versicherung, Pflichtversicherung, Auslegung, Versicherer, Krankenversicherungspflicht, Unfallversicherung, Gesundheitszustand, Nachweis, gesetzlichen Krankenversicherung, Treu und Glauben, unangemessene Benachteiligung

Vorinstanz:

LG München II, Endurteil vom 26.11.2021 – 10 O 1252/21

Tenor

1. Der Senat beabsichtigt, die Berufung gegen das Urteil des Landgerichts München II vom 26.11.2021, Az. 10 O 1252/21 Ver, gemäß § 522 Abs. 2 ZPO zurückzuweisen.

2. Hierzu besteht Gelegenheit zur Stellungnahme binnen zwei Wochen nach Zustellung dieses Beschlusses.

Gründe

1
Nach einstimmiger Auffassung des Senats hat das Landgericht die Klage – auch unter Berücksichtigung der Ausführungen in der Berufungsbegründung – zu Recht abgewiesen.

2
Die Klägerin, die im Merkblatt zur Anwartschaftsversicherung (Anlage B 8) deutlich und hervorgehoben (Fettdruck und Unterstreichung) auf die in den wirksamen Versicherungsbedingungen (§ 4 Nr. 1 und 6 der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung – fortan: AWG) wirksam vereinbarte 3 – Monatsfrist hingewiesen wurde (auf das Erfordernis einer fristgerechten Anzeige wurde die Klägerin zusätzlich im Antragsformular Anlage B 1 aufmerksam gemacht), hat diese Frist versäumt, so dass weder von einem automatischen Wiederaufleben des Versicherungsschutzes auszugehen ist noch die Beklagte verpflichtet ist, die Krankheitskostenvollversicherung und die Krankentagegeldversicherung ohne Risikozuschlag fortzuführen.

Im Einzelnen:

3
1. Vorliegend ist es nicht zu einem automatischen Wiederaufleben des Versicherungsschutzes (§ 4 Nr. 1, 2.Satz AWG) gekommen, da die Klägerin den Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenkasse nicht innerhalb von 3 Monaten angezeigt hat. Für ein solches automatisches Wiederaufleben des Versicherungsschutzes ist die Anzeige in der Dreimonatsfrist Tatbestandsvoraussetzung.

4
Die Frist hat am 01.04.2019 begonnen, nachdem am 31.03.2019 die gesetzliche Krankenversicherungspflicht geendet hatte.

5
Allgemeine Versicherungsbedingungen sind grundsätzlich so auszulegen, wie sie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstehen muss. Dabei kommt es auf die Verständnismöglichkeit eines Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse und auf seine Interessen an. Allgemeine Versicherungsbedingungen sind aus sich heraus zu interpretieren. In erster Linie ist dabei vom

Wortlaut auszugehen. Der verfolgte Zweck und der Sinnzusammenhang sind zusätzlich zu berücksichtigen, soweit sie für den Versicherungsnehmer erkennbar sind (BGH, Urteil vom 06. März 2019 – IV ZR 72/18; BGH, Urteil vom 18.10.2017 – IV ZR 188/16, VersR 2017, 1386; BGH, Urteil vom 14.06.2017 – IV ZR 161/16, VersR 2017, 1012, 1013; BGH, Urteil vom 01.04.2015 – IV ZR 104/13, NJW-RR 2015, 1442; BGH, Urteil vom 16.07.2014 – IV ZR 88/13; BGH, Urteil vom 23.06.1993 – IV ZR 135/92; Römer in Römer/ Langheid 4. Auflage 2014 VVG vor § 1 Rn. 20).

6
Bei Durchsicht der Regelung in § 4 Nr. 1 AWG erkennt der Versicherungsnehmer zunächst, dass es eine Frist für die Anzeige des Wegfalls der Voraussetzungen für die große Anwartschaftsversicherung („große AW“) gibt und dass diese Frist 3 Monate beträgt. Weiter erkennt der Versicherungsnehmer, dass nur bei Einhaltung der Frist der Versicherungsschutz des als Anwartschaftsversicherung geführten Tarifs automatisch auflebt. Fragt sich der Versicherungsnehmer, wann die Frist zu laufen beginnt, so entnimmt er § 4 Nr. 1 AWG, dass der Fristbeginn an den Wegfall der Voraussetzungen der großen Anwartschaftsversicherung anknüpft. Ausgehend davon, wird er nach einer Regelung über die Voraussetzungen suchen und auf § 2 AWG stoßen. Dort erkennt er, dass unter Nr. 2a geregelt ist, dass der Abschluss der großen Anwartschaftsversicherung möglich ist für die Dauer einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht. Ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer wird sich nun mit dem Begriff „gesetzliche Krankenversicherungspflicht“ befassen. Schon der Wortlaut legt nahe, dass die große Anwartschaftsversicherung in dieser Alternative eine gesetzliche Krankenversicherungspflicht voraussetzt und bei einer freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung nicht in Betracht kommt. Dafür spricht auch der erkennbare Sinn und Zweck der Regelung, dem Versicherungsnehmer, der vorübergehend in die gesetzliche Krankenversicherung eintreten muss, zu ermöglichen nach Ende der Pflichtversicherung ohne Nachteile wieder in die private Versicherung aufgenommen zu werden. Weiter erkennt der Versicherungsnehmer, dass die Pflicht, sich in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern, nur so lange fortbesteht, wie diese Versicherung für ihn alternativlos ist. Diese Alternativlosigkeit endet erkennbar zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer in die Privatversicherung zurückkehren kann (im vorliegenden Fall: 01.04.2019). Zu Recht weist das Landgericht auch darauf hin, dass in der von der Klägerin gewünschten Auslegung die Fristenregelung ins Leere laufen würde; die Fristenregelung bestärkt daher einen um Verständnis bemühten Versicherungsnehmer in der Annahme, dass die Frist nicht erst dann zu laufen beginnt, wenn der Versicherungsnehmer sich zum Wechsel der Versicherung entschließt und dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachweist, sondern schon dann, wenn er die Möglichkeit zum Wechsel und damit zum Nachweis hat.

7
Ein um Verständnis bemühter Versicherungsnehmer entnimmt der Regelung daher, dass die Dreimonatsfrist zu dem Zeitpunkt zu laufen beginnt, in der er nicht mehr zwingend gesetzlich versichert sein muss, also für ihn die Möglichkeit besteht, sich wieder privat versichern zu lassen.

8
Vorliegend hatte die Klägerin die Möglichkeit zum Wechsel zum 31.03.2019 bzw. 01.04.2019 schon aufgrund ihrer Anwartschaftsversicherung.

9
Aus § 188 IV SBG V ergibt sich entgegen der Auffassung der Klägerin nur eine Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall, nicht aber eine Pflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu sein. Die Vorschrift ist auch überschrieben mit „Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft“.

10
2. Die Klägerin hat auch keinen Anspruch gegen die Beklagte, vollen Versicherungsschutz in den vereinbarten Tarifen zu erhalten.

11
Nach § 3 AWG erwirbt der Versicherungsnehmer das Recht (einen Anspruch gegen den Versicher), nach Wegfall der Voraussetzung unter der die Anwartschaftsversicherung beantragt wurde (hier Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung), vollen Versicherungsschutz im entsprechenden Tarif zu erhalten. Dieser Anspruch der Klägerin ist jedoch durch § 4 Nr. 6 AWG eingeschränkt.

12
Nach § 4 Nr. 6 AWG kann der Versicherer das Wiederaufleben des Versicherungsschutzes von weiteren Voraussetzungen abhängig machen. Das ist vorliegend geschehen (B 7); zu einer Einigung ist es jedoch nicht gekommen.

13
§ 4 Nr. 6 AWG ist wirksam.

14
2.1. Durch die Regelung wird ein Versicherungsnehmer nicht unangemessen benachteiligt. Nach § 307 Abs. 1 S. 1 BGB sind Bestimmungen in Allgemeinen Geschäftsbedingungen unwirksam, wenn sie den Vertragspartner des Verwenders entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen benachteiligen. Hiernach ist eine formularmäßige Vertragsbestimmung dann unangemessen, wenn der Verwender durch einseitige Vertragsgestaltung missbräuchlich eigene Interessen auf Kosten seines Vertragspartners durchzusetzen versucht, ohne von vornherein auch dessen Belange hinreichend zu berücksichtigen (BGH, Urteil vom 04.04.2018 – Az. IV ZR 104/17, VersR 2018, 532). Eine unangemessene Benachteiligung ist gemäß § 307 Abs. 2 BGB im Zweifel anzunehmen, wenn eine Bestimmung mit wesentlichen Grundgedanken der gesetzlichen Regelung, von der abgewichen wird, nicht zu vereinbaren ist (Abs. 2 Nr. 1) oder wesentliche Rechte oder Pflichten, die sich aus der Natur des Vertrags ergeben, so einschränkt, dass die Erreichung des Vertragszwecks gefährdet ist (Abs. 2 Nr. 2). § 307 Abs. 2 Nr. 2 BGB erfasst nicht jede Leistungsbegrenzung. Unzulässig ist die Begrenzung erst dann, wenn sie den Vertrag seinem Gegenstand nach aushöhlt und in Bezug auf das zu versichernde Risiko zwecklos macht (BGH, Urteil vom 12.07.2017 – IV ZR 151/15, NJW 2017, 2831; BGH, Beschluss vom 15.02.2017 – Az. IV ZR 202/16).

15
Die Fristenregelung höhlt den Anwartschaftsvertrag seinem Gegenstand nach nicht aus und macht ihn in Bezug auf das zu versichernde Risiko auch nicht zwecklos. Der Versicherungsnehmer hat nach Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht eine ausreichende Frist, um frei entscheiden zu können, ob er zu den ursprünglich vereinbarten Bedingungen ohne neue Gesundheitsprüfung seine private Krankenversicherung fortführen will.

16
Das Interesse der Beklagten an der Frist ist offensichtlich. Die Beklagte hat – auch mit Blick auf die Versichertengemeinschaft – ein Interesse, dass zwischen Beiträgen und Leistungen eine Äquivalenz besteht. Durch die zeitliche Beschränkung der Rückkehrmöglichkeit wird vermieden, dass Versicherungsnehmer frei bestimmen können, wann sie von der kostengünstigen Anwartschaftsversicherung in die Vollversicherung wechseln und ein Wechsel (ohne Prüfung der Äquivalenz Beitrag/Risikokalkulation) dann stattfindet, wenn hohe Versicherungsleistungen (etwa wegen Alter oder absehbarer Krankheit) zu erwarten sind. Die Möglichkeit und die Dauer der Anwartschaftsversicherung wurden im Interesse der Versicherungsnehmer geschaffen und beziehen ihre Rechtfertigung daraus, dass es unzumutbar für Versicherungsnehmer ist, während der Zeit der gesetzlichen Pflichtversicherung die vollen Beiträge für ihre private Versicherung zu bezahlen, um weiter (zu den ursprünglich vereinbarten Bedingungen) in der privaten Versicherung versichert sein zu können; es ist daher angemessen, wenn sich der jeweilige Versicherungsnehmer nach Wegfall der gesetzlichen Pflichtversicherung in einer angemessenen Frist entscheiden muss, ob er wechselt oder nicht.

17
2.2. § 4 Nr. 6 AWG ist auch ausreichend transparent. Zwar eröffnet die Regelung dem Versicherer ein Ermessen. Das kann aber unter Transparenzgesichtspunkten noch hingenommen werden.

18
Bestimmungen in Allgemeinen Geschäftsbedingungen sind nach § 307 Abs. 1 BGB unwirksam, wenn sie den Vertragspartner des Verwenders entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen benachteiligen. Eine unangemessene Benachteiligung kann sich auch daraus ergeben, dass die Bestimmung nicht klar und verständlich ist.

19

2.2.1. Das Transparenzgebot verlangt vom Verwender Allgemeiner Versicherungsbedingungen, Rechte und Pflichten seines Vertragspartners möglichst klar und durchschaubar darzustellen. Eine Klausel muss nicht nur in ihrer Formulierung für den durchschnittlichen Vertragspartner verständlich sein, sondern darüber hinaus die wirtschaftlichen Nachteile und Belastungen so weit erkennen lassen, wie dies nach den Umständen gefordert werden kann. Das Transparenzgebot verlangt ferner, dass Allgemeine Versicherungsbedingungen dem Versicherungsnehmer bereits im Zeitpunkt des Vertragsschlusses vor Augen führen, in welchem Umfang er Versicherungsschutz erlangt und welche Umstände seinen Versicherungsschutz gefährden. Nur dann kann er die Entscheidung treffen, ob er den angebotenen Versicherungsschutz nimmt oder nicht (BGH, Urteil vom 04.04.2018 – IV ZR 104/17, VersR 2018, 532; BGH Urteil vom 13.09.2017 – IV ZR 302/16, BeckRS 2017, 126331; BGH, Urteile vom 15.02.2017 – IV ZR 91/16 und Az. IV ZR 202/16; BGH, Urteil vom 06.07.2016 – IV ZR 44/15 Rn. 30; BGH, Urteil vom 14.03.2012 – Az. VIII ZR 202/11, NJW-RR 2012, 1333; BGH, Urteil vom 09.05.2001 – Az. IV ZR 121/00; OLG Düsseldorf, Urteil vom 22.09.2017 – I-4 U 90/16; OLG Köln, Urteil vom 15.08.2017 – 9 U 12/17, NJW-RR 2017, 1502). Diese Anforderungen an die Transparenz sind vorliegend ohne weiteres erfüllt. Die Beklagte führt ihren Versicherungsnehmern deutlich vor Augen, dass nur bei Anzeige in der Dreimonatsfrist der Versicherungsschutz wiederauflebt und dass nach Ablauf der Frist das Wiederaufleben von weiteren Voraussetzungen abhängt.

20
2.2.2. Der Verwender muss die tatbestandlichen Voraussetzungen und Rechtsfolgen so genau beschreiben, dass für ihn kein ungerechtfertigter Beurteilungsspielraum entsteht (OLG Köln, Urteil vom 15.08.2017 – Az. 9 U 12/17, NJW-RR 2017, 1502). Die Verpflichtung, den Klauselinhalt klar und verständlich zu formulieren, besteht nur im Rahmen des Möglichen. Weder bedarf es eines solchen Grades an Konkretisierung, dass alle Eventualitäten erfasst sind und im Einzelfall keinerlei Zweifelsfragen auftreten können, noch ist ein Verstoß gegen das Transparenzgebot schon dann zu bejahen, wenn Bedingungen noch klarer und verständlicher hätten formuliert werden können (BGH, Urteil vom 20.11.2019 – IV ZR 159/18, Rn. 15).

21
Die vorliegend zu beurteilende Regelung genügt diesen Anforderungen an die Transparenz. Sie ist so zu verstehen, dass der Versicherer – wenn der Versicherungsnehmer nicht in der Dreimonatsfrist angezeigt hat, dass die Voraussetzungen der Anwartschaftsversicherung weggefallen sind – eine neue Risikoprüfung durchführen darf und dann nach pflichtgemäßen Ermessen zu entscheiden hat, ob Risikozuschläge, Wartezeiten oder Leistungsausschlüsse zu vereinbaren sind. Einem um Verständnis bemühten Versicherungsnehmer leuchtet ein, dass die Beklagte sich hier nicht eine beliebige und völlig freie Entscheidung vorbehalten wollte; das folgt aus dem Verweis auf Risikozuschläge, Wartezeiten und Leistungsausschlüsse, die vereinbart werden können. Das berechtigte Interesse des Versicherers an der Ermessensregelung ergibt sich aus der Vielzahl der im Einzelfall zu berücksichtigenden Umstände; so richtet sich z.B. die Beitragshöhe nach dem Risiko; dafür ist der – sich häufig auch erheblich verändernde – Gesundheitszustand entscheidend; weiter können auch andere Umstände eine Rolle spielen, wie die Versicherungsdauer oder die Dauer der Anwartschaftsversicherung (vgl. etwa zur Wirksamkeit von § 4 MB/KK, der nach BGH, Urteil vom 29. Januar 2003 – IV ZR 257/01, r+s 2003, 204, 205 auch eine Ermessensregel enthält: OLG Frankfurt, OLGR 1998, 116; r+s 2007, 68 mwN; OLG Hamm, VersR 2012, 1290; Bach/Moser/Kalis, PKV, 5. Aufl., § 4 MB/KK Rn. 160; Senat, Urteil vom 10.08.2021 – 25 U 2785/20; Senat – Beschluss vom 04.09.2018 – Az. 25 U 1802/18).

22
3. Ergänzend ist auf folgendes hinzuweisen: §§ 3, 4 AWG enthalten (ähnlich wie z.B. in der Unfallversicherung die Frist zur ärztlichen Feststellung einer unfallbedingten Invalidität, vgl. BGH, Urteil vom 7. 3. 2007 – Az. IV ZR 137/06), keine Obliegenheiten im Sinne des § 28 VVG. Dort sind vertragliche Obliegenheiten, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen sind und zur Kündigung des Vertrags führen können, geregelt (§ 28 Abs. 1) und Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls, deren Verletzung zur Leistungsfreiheit führen kann, geregelt (§ 28 Abs. 2). Die 2. Alternative kommt hier schon deshalb nicht in Betracht, weil die Fristversäumnis nicht in Zusammenhang mit einem Versicherungsfall steht (und eine Leistungsfreiheit auch keine denkbare Rechtsfolge ist). Es handelt sich auch nicht um eine Obliegenheit nach § 28 Abs. 1 VVG, weil dort zwar Obliegenheiten geregelt sind, die vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen sind, es sich aber um Obliegenheiten in Bezug auf den Vertragsschluss als solchen handeln muss und die Folge einer

Verletzung eine Kündigungsmöglichkeit ist. Darum geht es hier jedoch nicht: In §§ 3, 4 AWG sind die Voraussetzungen geregelt, unter denen der Versicherungsschutz automatisch wiederauflebt und unter welchen Umständen der Versicherungsnehmer sonst vollen Versicherungsschutz im entsprechenden Tarif erhalten kann.

23
Da die Berufung keine Aussicht auf Erfolg hat, legt der Senat aus Kostengründen die Rücknahme der Berufung nahe. Im Falle der Berufungsrücknahme ermäßigen sich vorliegend die Gerichtsgebühren von 4,0 auf 2,0 Gebühren (vgl. Nr. 1222 des Kostenverzeichnisses zum GKG).