

Titel:

Versicherungsschein

Schlagwort:

Versicherungsschein

Fundstellen:

VersR 2026, 212

LSK 2024, 52171

Tenor

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Klägerin hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.
3. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Die Klägerin 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 6.750,00 € festgesetzt.

Tatbestand

1

Die Parteien streiten um Ansprüche aus einer Krankentagesgeldversicherung.

2

Mit Antrag vom 06.09.2018 beantragte die Klägerin bei der Beklagten eine Krankentagesgeldversicherung nach dem Tarif KombiMed Tagesgeld ohne Gesundheitsprüfung KTOG mit einem Versicherungsbeginn zum 01.09.2018, einem Krankentagesgeld von 30,00 € und einem Gesamtmonatsbeitrag von 20,40 €. Die Beklagte stellte daraufhin den Versicherungsschein vom 14.09.2018 mit „Vertragsstand ab: 01.09.2018“ aus. Dem Vertragsverhältnis lagen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Tarifbestimmungen nebst Informationsblatt zugrunde.

3

Im Versicherungsschein vom 04.04.2019 war unter „Tarif, zu zahlender Beitrag und Kurzerläuterung“ folgender Text enthalten:

KombiMed Tagesgeld ohne Gesundheitsprüfung KTOG 20,40 EUR

30,00 EUR Krankentagesgeld ab dem 43. Tag.

Die Leistungsdauer wegen derselben Krankheit ist auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren befristet.

Für Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfällen, wegen derer die versicherte Person in den letzten 24 Monaten vor Stellung des Antrags auf Abschluss dieser Versicherung insgesamt mindestens 21 Tage arbeitsunfähig war, besteht kein Versicherungsschutz. Diese Einschränkung gilt nur, wenn die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: Der Versicherungsfall tritt innerhalb von 24 Monaten seit Versicherungsbeginn ein. Zudem steht er mit den Krankheiten oder Unfällen, wegen derer die versicherte Person insgesamt mindestens 21 Tage arbeitsunfähig war, in ursächlichem Zusammenhang.

Der Versicherungsvertrag ist auf 60 Monate befristet.

4

Am 02.04.2019 schloss die Klägerin zusätzlich eine stationäre Zusatzversicherung nach dem Tarif UZ1 zum 01.05.2019 mit der Beklagten ab. Infolgedessen stellte die Beklagte der Klägerin einen neuen Versicherungsschein vom 04.04.2019 mit „Vertragsstand ab 01.05.2019“ aus.

5

Der bereits im Versicherungsschein vom 18.09.2018 enthaltene Text zum Tarif KTOG wurde im Versicherungsschein vom 04.04.2019 wortgleich übernommen.

6

In einem weiteren Versicherungsschein vom 08.06.2023 mit „Vertragsstand ab: 01.09.2023“ wurde hinter KombiMed Tagegeld ohne Gesundheitsprüfung KTOG anstatt 20,40 EUR nunmehr beendet aufgeführt.

7

Auf Monierung der Klägerin teilte die Beklagte mit Schreiben vom 26.09.2023 mit, dass die vertraglich vereinbarte maximale Laufzeit von 60 Monaten erreicht sei und es bei der Beendigung verbleibe. Weiter forderte der Klägersvertreter mit Schreiben vom 04.10.2024 zur Zahlung der Versicherungsleistung über den 31.08.2023 hinaus auf.

8

Wegen klägerseits behaupteter Arbeitsunfähigkeit seit 08.05.2023 leistete die Beklagte für den Zeitraum 03.08.2023 bis 31.08.2023 für weitere 29 Tage Krankentagegeld in Höhe von 30,00 € pro Tag und für den Zeitraum 01.09.2023 bis 30.09.2023 30 Tage Nachleistung bis zum 30. Tag nach einer angenommenen Vertragsbeendigung, mithin: 1.770,00 €.

9

Die Klägerin behauptet von 08.05.2023 bis 13.05.2024 arbeitsunfähig erkrankt zu sein und verlangt über den 31.08.2023 hinaus für weitere 256 Tage Leistungen aus dem Versicherungsvertrag á 30,00 €.

10

Die Klägerin meint, dass aufgrund Versicherungsschein vom 04.04.2019 Leistungen auf 60 Monate ab Vertragsstand ab 01.05.2019 mithin bis 30.04.2024 vereinbart worden wären. Der Vertrag sei auch nicht anders auslegbar, da innerhalb des Versicherungsscheins explizit auf die 60 Monate Bezug genommen werde. Anderenfalls hätte man die Ergänzung vornehmen müssen, dass der Baustein „KombiMed Tagegeld ohne Gesundheitsprüfung“ bereits seit dem 01.09.2018 läuft bzw. die Vertragslaufzeit nur 53 Monate beträgt.

11

Weiter ist die Klägerin der Auffassung, die Beklagte schulde ihr die Erstattung von vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten, deren Höhe sie bei einem Gegenstandswert von 5.000,00 € auf Basis einer 1,3-Geschäftsgebühr zuzüglich Auslagenpauschale und Mehrwertsteuer errechnet und im Hinblick auf die Anrechnungsvorschrift des § 15 a RVG nur hälftig klageweise geltend macht.

12

Die Klägerin hat mit Klageschrift vom 12.04.2024 beantragt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag i.H.v. 4.590,00 € nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5-Prozentpunkten über den Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

2. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag i.H.v. 282,15 € (vorgerichtliche Anwaltsgebühren) nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5-Prozentpunkten über den Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

3. Es wird festgestellt, dass der Versicherungstarif/Baustein im Versicherungsschein KV330594212 „KombiMed Tagegeld ohne Gesundheitsprüfung KTOG“ am 30.04.2024 endet.

13

Die Klageschrift ist der Beklagten am 21.05.2024 zugestellt worden. Mit Klägerschriftsatz vom 08.08.2024 wurden die Klageanträge zu Ziffer 1 und 3 geändert und fortan nur noch der neue Klageantrag Ziffer 1 gestellt. Die Nachhaftungsleistung von 30,00 Tagen á 30,00 €, mithin 900,00 € und den monatlichen Versicherungsbeitrag i.H.v. insgesamt 38,21 € für September 2023 bis April 2024, mithin 305,68 €, lies sich die Klägerin nun erstmals anrechnen.

14

Die Klägerin beantragt zuletzt zu erkennen:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag i.H.v. 6.474,32 € nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5-Prozentpunkten über den Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

2. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag i.H.v. 282,15 € (vorgerichtliche Anwaltsgebühren) nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5 – Prozentpunkten über den Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

15

Die Beklagte beantragt,

die Klage kostenpflichtig abzuweisen und Kostenauflegung, soweit die Klage in Klageantrag Ziffer 3 zurückgenommen worden ist.

16

Die Beklagte meint, dass der Vertrag mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit zum 31.08.2023 beendet wurde und keine Leistung mehr geschuldet sei. Die Laufzeitangabe von 60 Monaten sei Tarifbestandteil und auch als solcher sowohl im Versicherungsschein vom 18.09.2018 als auch in den AVB KTOG erkennbar dargestellt. Auch wurde in den AVB KTOG und dem Informationsblatt ausgeführt, dass eine Verlängerung nicht möglich sei. Die Police vom 04.04.2020 habe den Tarif KTOG nicht „neu beginnen“ lassen. Hilfsweise bestreitet die Beklagte die vollständige Arbeitsunfähigkeit der Klägerin im streitbefangenen Zeitraum.

17

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 28.08.2024 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

18

Die Klage ist zulässig, bleibt in der Sache aber ohne Erfolg.

I.

19

Die Klage ist zulässig.

20

1. Das Landgericht Coburg ist sachlich und örtlich zuständig, §§ 71 Abs. 1, 23 Nr. 1 GVG, § 215 Abs. 1 Satz 1 VVG i.V.m. §§ 12, 13 ZPO. Die Klägerin hat ihren Wohnsitz in ..., mithin im hiesigen Landgerichtsbezirk.

21

2. Die Klageänderung (Klageantrag Ziffer 1) und teilweise Klagerücknahme (Klageantrag Ziffer 3) mit Schriftsatz vom 08.08.2024 waren gem. §§ 263, 264 Nr. 2, § 269 Abs. 1 ZPO zulässig. Soweit die Klägerin erstmals mit Klägerschriftsatz vom 08.08.2024 die Nachhaftungsleistung in Höhe von 900,00 € für September 2023 und die monatlichen Versicherungsbeiträge i.H.v. 305,68 € für September 2023 bis April 2024 in Abzug gebracht hatte, handelte es sich um eine teilweise Klagerücknahme.

II.

22

Die Klage ist unbegründet.

23

1. Der Klägerin steht gegenüber der Beklagten aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag kein Anspruch auf Zahlung weiterer 6.474,32 € zu.

24

Der Vertrag wurde mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit zum 31.08.2023 beendet. Eine weitere Leistung der Beklagten über den 31.08.2023 hinaus ist unter Berücksichtigung der erbrachten Nachhaftungsleistung bis zum 30. Tag nach der Vertragsbeendigung für den Zeitraum 01.09.2023 bis 30.09.2023 nicht geschuldet.

25

a. Auf Grundlage des Antrages der Klägerin vom 06.09.2018 ist zwischen den Parteien ein Vertrag über eine Krankentagegeldversicherung nach dem Tarif KombiMed Tagegeld ohne Gesundheitsprüfung KTOG mit einem Versicherungsbeginn zum 01.09.2018, einem Krankentagegeld von 30,00 € und einem Gesamtmonatsbeitrag von 20,40 € zustande gekommen. Ein Vertrag kommt zustande durch zwei sich inhaltlich deckende Willenserklärungen in Form von Antrag und Annahme. Vorliegend ist das Angebot der Klägerin in dem Antragsschreiben vom 06.09.2018 zu sehen. Die Annahme der Beklagten erfolgte spätestens durch Zusendung und Erteilung des Versicherungsscheins vom 18.09.2018.

26

Dabei wurde für die Klägerin erkennbar eine Laufzeitbefristung von 60 Monate ab Vertragsbeginn: 01.09.2018 bis 31.08.2023 vereinbart.

27

Die Laufzeitangabe von 60 Monaten wurde als solche sowohl im Versicherungsschein vom 18.09.2018 als auch in den AVB KTOG erkennbar dargestellt. In der Leistungsbeschreibung im Versicherungsschein vom 18.09.2018, Seite 1 am Ende des Absatzes heißt es ausdrücklich: „Der Versicherungsvertrag ist auf 60 Monate befristet“. Zudem wird auf Seite 1 der AVB KTOG (rechtes Kästchen) ausgeführt: „Der Versicherungsvertrag wird für 60 Monate (Monat des Versicherungsbeginns und die nachfolgenden 59 Kalendermonate) abgeschlossen.“ Weiter wurde in Teil 2 § 7 AVB KTOG (unter: Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?) nochmals die Laufzeit dargestellt und dass eine Verlängerung nicht möglich ist: „Wie lange läuft der Versicherungsvertrag? Der Versicherungsvertrag wird für 60 Monate (Monat des Versicherungsbeginns und die nachfolgenden 59 Kalendermonate) abgeschlossen. Die Versicherung beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Sie endet mit Ablauf des 59. Kalendermonats, der auf den Monat des Versicherungsbeginns folgt. Eine Verlängerung ist nicht möglich.“ Weiter wurde im Informationsblatt, Seite 2 unter: Wann beginnt und wann endet die Deckung?) unmissverständlich genannt: „Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bzw. -ausweis angegebenen Zeitpunkt. Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, bei der Gruppenversicherung nicht vor Zugang der Beitrittserklärung und vor Beginn des Gruppenversicherungsvertrages. Außerdem beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Ablauf der Wartezeit. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Versicherung. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist. Die Versicherung endet u.a. – mit Ablauf des 59. Kalendermonats, der auf den Monat des Versicherungsbeginns folgt. Eine Verlängerung ist nicht möglich (...).“

28

Im Antrag der Klägerin vom 06.09.2018 wurde als Vertragsbeginn: 01.09.2018 angegeben. Dieser Vertragsbeginn wurde im Versicherungsschein vom 14.09.2018 nicht geändert. Es wurde vielmehr antragsgemäß der Versicherungsumfang mit „Vertragsstand ab: 01.09.2018“ ausgewiesen. Darüber hinaus wurde die Klägerin über den maßgeblichen Vertragsbeginn: 01.09.2018 auch unmissverständlich durch die benannten Unterlagen informiert. Darin steht: „Die Versicherung endet mit Ablauf des 59. Kalendermonats, der auf den Monat des Versicherungsbeginns folgt (Informationsblatt). Der Versicherungsvertrag wird für 60 Monate geschlossen (Monat des Versicherungsbeginns und die nachfolgenden 59 Kalendermonate) (Teil 2 § 7 AVB KTOG). Die Versicherung endet mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer von 60 Monaten (Teil 1 § 4.3 AVB KTOG).“

29

Allgemeine Versicherungsbedingungen sind so auszulegen, wie ein durchschnittlicher, um Verständnis bemühter Versicherungsnehmer sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und unter Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs versteht (BGH, Urteil vom 26.1.2022 – IV ZR 144/21; BGH, Urteil vom 18.11.2020 – IV ZR 217/19). Dabei kommt es auf die Verständnismöglichkeiten eines Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse und damit auch auf seine Interessen an. In erster Linie ist vom Bedingungswordlaut auszugehen. Der mit dem Bedingungsmerk verfolgte Zweck und der Sinnzusammenhang der Klauseln sind zusätzlich zu berücksichtigen, soweit sie für den Versicherungsnehmer erkennbar sind. (BGH, Urteil vom 26.1.2022 – IV ZR 144/21; BGH, Urteil vom 18.11.2020 – IV ZR 217/19).

30

(aa) Von dem durchschnittlichen Versicherungsnehmer kann erwartet werden, dass er sich die zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen aufmerksam durchliest und sich mit deren Inhalt vertraut macht. So würde er zuallererst Seite 1 der AVB KTOG entnehmen, dass sich der vereinbarte Versicherungsschutz aus den AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften ergibt. Zusätzlich zieht der durchschnittliche Versicherungsnehmer den Versicherungsschein und die dort ausgeführte Beschreibung hinzu.

31

(bb) Der Tarifbeschreibung im Versicherungsschein vom 18.09.2018 kann entnommen werden, dass der Versicherungsvertrag auf 60 Monate befristet ist. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer kann anhand der Stellung der Laufzeitbegrenzung im Anschluss an die restliche Leistungsbeschreibung hinsichtlich Leistungsdauer, Ausschlusskriterien und nicht zuletzt der notwendigen Voraussetzungen für den Leistungsanspruch erkennen, dass es sich bei der Begrenzung auf 60 Monate nicht um eine konkrete Bezugnahme auf das Ausstelldatum oder den Vertragsstand handeln kann, weil sämtliche unmittelbar voranstehenden Beschreibungen abstrakt formuliert sind und sich auch sprachlich kein einheitliches sinnhaftes Bild abzeichnen würde. Sonst wären allgemeine Leistungsbestimmungen mit konkret berechneten auf den individuellen Vertrag angepassten Informationen vermischt. Insbesondere auf Seite 2 der Versicherungsurkunde vom 18.09.2018 findet sich auch ein „Hinweis zu den Kurzerläuterungen“, dem der Versicherungsnehmer entnehmen kann, dass es sich um eine allgemeine bzw. abstrakte Beschreibung handelt.

32

(cc) Zusätzlich kann erwartet werden, dass der Versicherungsnehmer in Kenntnis des unter (aa) erörterten, gegenseitigen Ergänzens von AVB und Versicherungsschein die Passagen auf Seite 1 AVB KTOG (rechtes Kästchen), Teil 1 § 4.3 AVB KTOG und Teil 2 § 7. AVB KTOG im Zusammenhang liest. An diesen Stellen kann der durchschnittliche Versicherungsnehmer der Präzisierung der allgemeinen Leistungsbegrenzung entnehmen, dass es für die Befristung der Laufzeit auf den Monat des Versicherungsbeginns und die nachfolgenden 59 Kalendermonate ankommt und eine Verlängerung nicht möglich ist. Dabei darf erwartet werden, dass er zu dem Schluss kommt, dass es diesbezüglich nicht allein auf den aktuell datierten Versicherungsschein ankommt. Insofern weiß ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer, dass dieser zum Nachweis der bestehenden Versicherung dient und Folge des geschlossenen Versicherungsvertrags ist, aber nicht etwa den konkreten Versicherungsvertrag hinsichtlich der einzelnen Tarife darstellt. Vielmehr stellt er, gerade bei mehreren abgeschlossenen Tarifen bei einem Versicherungsgeber, überblicksartig und rechtssicher den bestehenden Versicherungsschutz fest und kann sich aber jederzeit – wie im vorliegenden Fall mit Versicherungsschein vom 04.04.2019 zum 01.05.2019 – insbesondere bei Abschluss weiterer Versicherungstarife aktualisieren und verändern.

33

(dd) Der durchschnittliche Versicherungsnehmer kann auch durch den Ausschluss der Verlängerung in Teil 2 § 7 AVB zusammen mit dem Tarifnamen „ohne Gesundheitsprüfung“ erkennen, dass der Versicherungsgeber bezweckt, sich aufgrund der nicht erfolgenden Gesundheitsprüfung in Verbindung mit der Unwägbarkeit der gesundheitlichen Entwicklung nicht länger als 60 Monate ab Vertragsschluss binden zu wollen. Ein Verständnis dahingehend, dass ein aktualisierter Versicherungsschein den Neustart der Befristung zur Folge hat, würde dem Verständnis des durchschnittlichen Versicherungsnehmers entgegenlaufen.

34

(ee) Hinsichtlich des Beginns des Versicherungsschutzes muss Teil 1 § 4.1 AVB KTOG von dem durchschnittlichen Versicherungsnehmer so verstanden werden, dass mit der Formulierung „Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt“ gemeint ist, dass es auf das Datum des erstmalig für den Tarif ausgestellten Versicherungsscheins ankommt. Bei mehreren Tarifen muss der Versicherungsnehmer es also so verstehen, dass der jeweilige Versicherungsschein, auf dem ein Tarif erstmals aufgeführt ist, dessen Startzeitpunkt festlegt. Dieses Verständnis muss sich dem durchschnittlichen Versicherungsnehmer gerade auch in Zusammenhang mit dem im Besitz verbleibenden ersten Versicherungsschein hinsichtlich des jeweiligen Tarifs aufdrängen. Nach anderem Verständnis könnte sonst eine befristete Versicherung durch Kündigen und erneuten Abschluss anderer Zusatztarife „unbefristet“ gehalten werden.

35

(ff) Im Übrigen ergibt sich auch unmissverständlich aus dem „Informationsblatt“, dass es für den Leistungsinhalt auch auf den Inhalt des Antrags ankommt. Der Antrag beinhaltet nämlich insofern ebenfalls den relevanten Zeitpunkt für den Versicherungsbeginn.

36

b. Die bei Vertragsschluss vertraglich vereinbarte Laufzeitbegrenzung für den Tarif KombiMed Tagegeld ohne Gesundheitsprüfung KTOG wurde in der Folge nicht geändert. Die Police vom 04.04.202019 hat den Tarif KTOG auch nicht „neu beginnen“ lassen.

37

Dafür fehlt es an zwei sich inhaltlich deckende Willenserklärungen in Form von Antrag und Annahme. Am 02.04.2019 schloss die Klägerin zusätzlich eine stationäre Zusatzversicherung nach dem Tarif UZ1 zum 01.05.2019 mit der Beklagten ab. Ein Vertragsangebot auf Änderung des Laufzeitbeginns bezüglich des bereits bestehenden Versicherungstarifs KTOG und Vereinbarung eines „Neustarts“ der im Tarif KTOG enthaltenen tariflichen Laufzeitbefristung von 60 Monaten hat die Klägerin, wie sie weiß, dabei nicht abgegeben. Auch in der Zusendung und Erteilung des Versicherungsscheins vom 04.04.2019, was, wie die Klägerin weiß, einzig durch den Abschluss einer stationären Zusatzversicherung nach dem Tarif UZ1 zum 01.05.2019 seitens der Klägerin veranlasst wurde, kann nach objektivem Empfängerhorizont § 133, 157 BGB keine Willenserklärung der Beklagten dahingehend gesehen werden, dass mit Annahme des Antrags auf Abschluss der Zusatzversicherung zugleich ein Angebot auf Änderung des Laufzeitbeginns oder Vereinbarung eines Neubeginns bezüglich des bereits bestehenden Versicherungstarifs erfolgt wäre. Einen solcher objektiver Erklärungsgehalt ist der Zusendung und Erteilung des Versicherungsscheins vom 04.04.2019 hier nicht zu entnehmen und eine entsprechende Argumentation der Klägerseite abwegig. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer, auf den es einzig entscheidend ankommt, würde dies niemals im Sinne der Klägerin interpretieren. Dafür spricht nichts. Änderungen zum bestehenden Tarif KTOG sind nicht erfolgt. Es wurde hier lediglich der bereits im Versicherungsschein vom 18.09.2018 enthaltene Text zum Tarif KTOG wortgleich übernommen.

38

Konkret berechnete auf den individuellen Vertrag angepasste Informationen waren an dieser Stelle nicht zu erwarten. Dass es sich bei der Begrenzung auf 60 Monate nicht um eine konkrete Bezugnahme auf das Ausstelldatum oder den Vertragsstand handeln kann, kann der durchschnittliche Versicherungsnehmer, wie bereits ausgeführt, anhand der Stellung der Laufzeitbegrenzung im Anschluss an die restliche abstrakt formulierte Leistungsbeschreibung hinsichtlich Leistungsdauer, Ausschlusskriterien und nicht zuletzt der notwendigen Voraussetzungen für den Leistungsanspruch erkennen. Weiter findet sich erneut auch auf Seite 2 der Versicherungsurkunde vom 04.04.2019 ein „Hinweis zu den Kurzerläuterungen“, dem der Versicherungsnehmer entnehmen kann, dass es sich um eine allgemeine bzw. abstrakte Beschreibung handelt.

39

Vor diesem Hintergrund bedurfte es hier auch keiner (klarstellenden) Ergänzung, dass der Baustein „KombiMed Tagegeld ohne Gesundheitsprüfung“ gemäß Versicherungsschein vom 14.09.2018 mit „Vertragsstand ab: 01.09.2018“ antragsgemäß wie im dazugehörigen Antrag der Klägerin vom 06.09.2018 den Tarif KombiMed Tagegeld ohne Gesundheitsprüfung KTOG betreffend bereits seit dem 01.09.2018 läuft und die Vertragslaufzeit nunmehr mit Vertragsstand ab 01.05.2019 nur noch (rechnerisch richtig) 52 Monate beträgt.

40

Anders als in dem Fall, welcher der Entscheidung des BGH, Urteil vom 22.6.2016 – IV ZR 431/14, NJW 2016, 2808, zugrunde lag, liegt hier auch keine Abweichung des Versicherungsscheins vom zugrundeliegenden Versicherungsantrags vor. Es gibt keinen Antrag auf Änderung des Laufzeitbeginns oder Vereinbarung eines Neubeginns bezüglich des bereits bestehenden Versicherungstarifs KombiMed Tagegeld ohne Gesundheitsprüfung KTOG.

41

2. Mangels Hauptanspruch besteht weder ein Anspruch auf Erstattung vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten noch auf Zahlung von Rechtshängigkeitszinsen. Da der Anspruch nicht besteht, kann

hier schließlich dahinstehen, ob die Klägerin infolge des § 86 Abs. 1 VVG noch aktivlegitimiert ist und eine etwaige Rechtsschutzversicherung die Forderung nach § 398 BGB rückabgetreten hat.

42

Die Klage war damit insgesamt abzuweisen.

III.

43

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 91 Abs. 1, 269 Abs. 3, S. 2 ZPO. Der Ausspruch zur vorläufigen Vollstreckbarkeit folgt aus § 708 Nr. 11, 711 ZPO.

IV.

44

Die Streitwertfestsetzung beruht auf §§ 3 ZPO, 63 Abs. 2 GKG.