



OBERLANDESGERICHT MÜNCHEN

PRIELMAYERSTRASSE 5 • 80097 MÜNCHEN • TELEFON (089) 5597-02

Aktenzeichen: 25 W 1742/11
23 O 7849/11 Landgericht München I

In Sachen

...
- Antragsteller und Beschwerdeführer -

Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwälte ...

gegen

...
- Antragsgegnerin und Beschwerdegegnerin -

Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwälte ...

wegen Forderung
hier: PKH-Beschwerde

erlässt das Oberlandesgericht München -25. Zivilsenat- durch den Vorsitzenden Richter am Oberlandesgericht ..., den Richter am Oberlandesgericht ... und den Richter am Oberlandesgericht ... am 28.10.2011 folgenden

Beschluss:

Die sofortige Beschwerde des Antragstellers gegen den Beschluss des Landgerichts München I vom 20.07.2011 wird zurückgewiesen.

Gründe:

I.

Der Antragsteller und Beschwerdeführer wendet sich gegen die Versagung von Prozesskostenhilfe für eine von ihm beabsichtigte Leistungsklage gegen die Antragsgegnerin als Krankenversicherer. Am 03.01.2011 musste der Antragsteller wegen einer schweren lebensbedrohlichen Erkrankung stationär im Krankenhaus aufgenommen und auch nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts kostenintensiv medizinisch betreut werden. Hierfür entstanden im Januar 2011 Kosten in Höhe von insgesamt € 8.595,66. Am selben Tag stellte der bis zu diesem Zeitpunkt weder gesetzlich noch privat krankenversicherte Antragsteller durch seinen Verfahrensbevollmächtigten bei der Beklagten einen Antrag auf Abschluss einer Krankenversicherung im Basistarif nach § 12 VAG und § 193 VVG. Die Antragsgegnerin hat den Antrag mit Schreiben vom 03.02.2011 zum 01.02.2011 angenommen. Die Erstattung der vor Versicherungsbeginn angefallenen Kosten hat die Antragsgegnerin abgelehnt. Sie sind Gegenstand der beabsichtigten Leistungsklage. Der Antragsteller ist der Ansicht, dass er ab Antragstellung bei der Beklagten Krankenversicherungsschutz genieße, nachdem die Antragsgegnerin wegen des in § 193 Abs. 5 Nr.1 VVG normierten Kontrahierungszwanges den Antrag annehmen musste. Insoweit seien die § 19 SGB IV und § 9 SGB X entsprechend anwendbar.

Die Antragsgegnerin ist der Ansicht, Leistungen erst ab Versicherungsbeginn (01.02.2011) erbringen zu müssen. Der Antragsteller verkenne das Wesen des Kontrahierungszwanges gemäß § 193 Abs. 5 Nr.1 VVG. Auch bei diesem kommt ein Vertrag erst durch die Annahme des Antrages zustande. Eine schuldhaftige Verzögerung bei der Bearbeitung des Antrages durch die Antragsgegnerin liege nicht vor. Auch bei bestehendem Kontrahierungszwang komme ein Versicherungsvertrag erst mit der Annahme des Antrages zustande.

Das Landgericht hat den Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe durch Beschluss vom 20.07.2011 (Bl. 10/14 d.A.) zurückgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die beabsichtigte Rechtsverfolgung biete keine hinreichende Aussicht auf Erfolg. Der Antragssteller habe gegen die Antragsgegnerin keinen Anspruch auf Erstattung der durch seine medizinische Versorgung vor dem 01.02.2011 entstandenen Kosten in Höhe von € 8.595,66. Aus dem Kontrahierungszwang folge nicht, dass ein Versicherungsvertrag schon durch den Zugang des Angebots zustande komme. Nach Auffassung der Kammer habe der Antragsteller durch das Ausfüllen des „AngebotsServiceFormulars“ der Antragsgegnerin ein Angebot auf Abschluss eines Versicherungsvertrages abgegeben. Dieses Angebot habe die Antragsgegnerin durch Übersendung des Versicherungsscheins vom 03.02.2011 zum 01.02.2011 angenommen. Eine analoge Anwendung der §§ 19 SGB IV, 9 SGB X scheidet bereits mangels Regelungslücke aus. Die private Krankheitskostenversicherung beruhe nun einmal auf einem privatrechtlichen Vertrag zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer. Ob und zu welchen Bedingungen ein Vertrag zustande gekommen sei, beurteile sich allein nach den § 145 ff BGB.

Gegen diesen, dem Prozessbevollmächtigten des Antragstellers am 01.08.2011 zugestellten Beschluss hat dieser mit Schriftsatz vom 15.08.2011, eingegangen per Fax am selben Tag, sofortige Beschwerde eingelegt. Zur Begründung führt er unter Wiederholung und Vertiefung seiner Antragsbegründung aus, das Landgericht habe die Erfolgsaussichten der beabsichtigten Klage zu Unrecht verneint. Aus Sinn und Zweck des in § 12 Abs. 1 a VAG und § 193 VVG geregelten Basistarifs ergebe sich, dass der Antragsteller ab Stellung seines formlosen Antrags vom 03.01.2011 Krankenversicherungsschutz genieße. Die Voraussetzungen nach diesen Vorschriften habe der Kläger erfüllt. Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung auch habe der Antrag eine anspruchsauslösende Funktion. Wenn die Ansicht des Landgerichts richtig sei, läge es letztlich im Belieben des privaten Krankenversicherers, seine Leistungspflicht hinauszuschieben. Dies würde gerade im Falle des Vorliegens einer lebensbedrohenden Erkrankung zu vom Gesetzgeber nicht gewollten Ergebnissen führen. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten der Begründung wird auf Bl. 16/17 d.A. Bezug genommen.

Die Antragsgegnerin verteidigt die angefochtene Entscheidung, ebenfalls unter Wiederholung und Vertiefung ihres bisherigen Vorbringens, als zutreffend. Auch für Versicherungsverträge im Bereich der Pflichtversicherung gelte die allgemeine Rechtsgeschäftslehre. Entgegen dem Beschwerdevorbringen verweise der Wortlaut des § 193 Abs. 5 S. 4 VVG keineswegs ins „Sozialverwaltungsrecht“ sondern verdeutliche nur die Richtigkeit des Vorbringens der Antragsgegnerin, wonach Versicherungsschutz vom Zustandekommen eines entsprechenden Versicherungsvertrages abhängig sei.

Das Landgericht hat der Beschwerde durch Beschluss vom 19.09. 2011 (Bl. 21/22 d.A.) nicht abgeholfen.

II.

Die zulässige Beschwerde ist unbegründet. Das Landgericht hat die Erfolgsaussicht der beabsichtigten Klage zu Recht verneint. Der Senat nimmt zunächst auf die zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Beschluss vom 20.07.2011 Bezug. Ergänzend ist folgendes anzumerken:

1. In der Kommentarliteratur zu § 193 VVG wird ernsthaft nur die Frage diskutiert, ob Versicherte ab Vertragsbeginn Versicherungsschutz auch für vorvertragliche Versicherungsfälle erhalten. Dies wird für die ab Vertragsbeginn entstandenen Kosten bejaht (vgl. Marlow/Spuhl, Das neue VVG kompakt, 4. A. 2010, S. 597, Rn. 1353; Prölss/Martin/Voit, VVG, 28. A. 2010, § 193 VVG Rn. 22). Für vor Vertragsbeginn entstandene Kosten kommt eine Erstattungspflicht des Krankenversicherers im Basistarif auch nach Ansicht des Senats nicht in Betracht. Eine Ausnahme hiervon kann nur in den Fällen ernsthaft in Betracht gezogen werden, in denen der Versicherer die Annahme des Antrages schuldhaft verzögert, was im vorliegenden Fall weder behauptet noch ersichtlich ist. Das Landgericht ist zu Recht davon ausgegangen, dass Grundlage für einen Erstattungsanspruch gegen den Krankenversicherer ein bestehender Versicherungsvertrag ist. Abweichungen hiervon wollte der Gesetzgeber nicht anordnen. Das Bundesverfassungsgericht hat in der Entscheidung vom 10. 6. 2009 (Az. 1 BvR 706/08 u.a.; NJW 2009, 2033 ff) zur Zulässigkeit der Einführung des Basistarifs durch die Gesundheitsreform 2007 insoweit ausgeführt:

„Die Regelungen über den Basistarif bringen keine grundlegende Neugestaltung des Rechts der privaten Krankenversicherung, sondern beschränken sich auf die Einführung eines einzelnen, staatlich regulierten Tarifs in ein ansonsten unverändertes Versicherungsrecht der privaten Krankenversicherung; die Unternehmen können ihre Normaltarife weiterhin in vollem Umfang anbieten. Die Versicherung im Basistarif erfolgt durch einen privatrechtlichen Vertrag zwischen einem Versicherten und einem privaten Unternehmen, welches mit anderen Unternehmen im Wettbewerb steht.“ (vgl. BVerfG, a.a.O., Rn. 156).

2. Soweit der Gesetzgeber eine Notversorgungspflicht des Versicherers in § 193 Abs. 6 S. 6 VVG angeordnet hat, setzt eine solche Pflicht das Bestehen eines Versicherungsvertrages voraus. Eine entsprechende Regelung für die Zeit zwischen Antrag und Antragsannahme hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen. Eine planwidrige, durch analoge Anwendung der § 19 SGB IV und § 9 SGB X aufzufüllende Lücke hat das Landgericht daher zu Recht verneint.

3. Dieses Ergebnis ist auch mit der Intention des Gesetzgebers vereinbar. Dieser hat ab dem 01.01.2009 gemäß § 193 Abs. 3 S. 1 VVG eine Pflicht zum Abschluss einer Krankheitskostenversicherung normiert. Dieser Pflicht ist der Antragsteller jedenfalls bis zum Januar 2011 unstreitig nicht nachgekommen (vgl. Klageentwurf vom 14.04.2011, S. 2). Erst als er bedauerlicherweise schwer erkrankte, hat er sich bemüht, Versicherungsschutz zu erlangen und diesen auch ab 01.02.2011 von der Antragsgegnerin erlangt. Für die ab diesem Zeitpunkt entstandenen Krankheitskosten muss die Antragsgegnerin im vereinbarten Umfang aufkommen. Für die zuvor entstandenen Kosten hat sich das Risiko verwirklicht, das der Antragsteller durch den Verstoß gegen die Versicherungspflicht auf sich genommen hatte.

4. Eine abweichende Beurteilung ergibt sich auch nicht aus den von der Antragsgegnerin mit Schriftsatz vom 30.09.2011 (Bl. 25 d.A) als Anlage AG 5 vorgelegten Versicherungsbedingungen MB/BT 2009. Nach § 2 MB/BT 2009 beginnt der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. Vor und nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Leistungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

Daher war die Beschwerde des Antragstellers zurückzuweisen.

Eine Kostenentscheidung war gemäß § 127 Abs. 4 ZPO nicht veranlasst.

...
Vorsitzender Richter	Richter	Richter
	am Oberlandesgericht	