

Landgericht Bonn

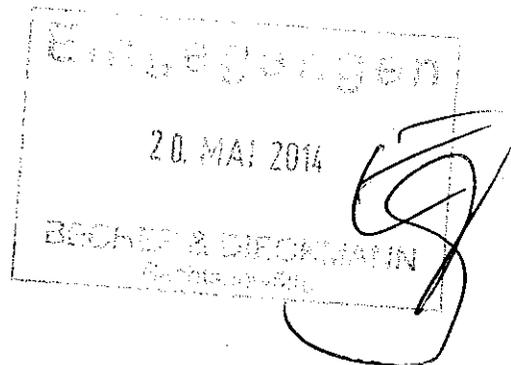
Verkündet am: 14.05.2014
Gibbrich, Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

9 O 390/13



Im Namen des Volkes

Urteil



In dem Rechtsstreit

der Frau [REDACTED], [REDACTED] Bonn,

Klägerin,

– Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte Becher & Dieckmann, Münsterplatz 5,
53111 Bonn –

gegen

HUK Coburg Krankenversicherung AG, vertreten durch den Vorstand, Dr. Wolfgang
Weiler, Wolfgang Flaßhoff, Stefan Gronbach, Klaus-Jürgen Heitmann, Hans Olav
Heroy, Sarah Rössler, Jörn Sandig, Willi-Hussong-Straße 2, 96447 Coburg,

Beklagte,

– Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte Dr. [REDACTED]
[REDACTED]

hat die 9. Zivilkammer

auf die mündliche Verhandlung vom 12. Mai 2014

durch den Vorsitzenden Richter am Landgericht Wagner, den Richter am Landgericht Ehrig und die Richterin Preus

für Recht erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Die Klägerin darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

Tatbestand

Die Klägerin floh im Dezember 2010 von Syrien nach Deutschland. Sie besitzt die syrische Staatsangehörigkeit und eine derzeit bis zum 21. August 2014 befristete Aufenthaltserlaubnis gemäß § 25 Abs. 3 AufenthG. Sie bezieht Leistungen im Rahmen der Grundsicherung (SGB XII) vom Sozialamt der Stadt Bonn. Die Behörde forderte die Klägerin mehrfach zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung im Basistarif auf. Die entsprechenden Versicherungsanträge lehnte die Beklagte ab.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihr Krankenversicherungsschutz im Basistarif gemäß § 193 VVG zu gewähren und außergerichtliche Rechtsanwaltskosten in Höhe von 775,64 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die von den Parteien eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist unbegründet.

Die Beklagte ist nach § 193 Abs. 5 Nr. 2 VVG bzw. § 12 Abs 1b Nr. 2 VAG nicht verpflichtet, die Klägerin im Basistarif zu versichern.

Das Oberlandesgericht Köln hat zu einem unter allen rechtlich relevanten Gesichtspunkten ähnlich gelagerten Fall im Rahmen eines Verfahrens auf Erlass einer einstweiligen Verfügung in einem Urteil vom 26. Juli 2013 (Az. 20 U 62/13, VersR 2014, 454 ff.) ausgeführt:

"Grundsätzlich ist eine Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet, für sich im gesetzlich festgelegten Umfang eine private Krankheitskostenversicherung bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen abzuschließen (§ 193 Abs. 1 Satz 1 VVG). Entsprechend ist der Versicherer gemäß § 195 Abs. 1 Nr. 2 VVG verpflichtet, Versicherungsschutz im Basistarif nach § 12 Abs. 1 a) VAG zu gewähren.

Die Pflicht zum Abschluss einer privaten Krankheitskostenversicherung besteht gemäß dem Ausnahmekatalog des § 193 Abs. 1 Satz 2 VVG u. a. nach dessen Nr. 4 nicht für Personen, die "Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat."

Geht man nach dem reinen Wortlaut dieser Ausnahmeregelung, dann fällt der Verfügungskläger nicht darunter, denn er ist erst seit dem 1. August 2012 Empfänger von Sozialhilfeleistungen. Die daraus scheinbar folgende Konsequenz, dass der Verfügungskläger eine private Krankenversicherung abschließen muss und die Verfügungsbeklagte als Versicherungsunternehmen

Versicherungsschutz im Basistarif zu gewähren hat, ist indes weder mit der Entstehungsgeschichte der Vorschrift noch mit dem erkennbaren Zweck, den der Gesetzgeber mit der Einführung der Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung bezweckt hat, zu vereinbaren.

Die Bestimmungen sind vielmehr dahin auszulegen, dass derjenige Personenkreis, der nicht der privaten Krankenversicherung, sondern der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist, auch dann nach den Regelungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 in Verbindung mit Abs. 8a SGB V zu behandeln ist, wenn er Sozialhilfeleistungen bezieht. Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b) SGB V wäre der Verfügungskläger, würde er keine Sozialhilfeleistungen beziehen, ohne Zweifel gesetzlich krankenversicherungspflichtig, denn er war bislang nicht gesetzlich oder privat krankenversichert und gehört auch nicht zum Personenkreis nach § 5 Abs. 5 SGB XII (hauptberuflich selbständige Erwerbstätige) oder zu den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personenkreisen (vor allem Arbeiter und Angestellte mit höherem Einkommen [Abs. 1 Nr. 1] und Beamte [Abs. 1 Nr. 2]). Gesetzlich krankenversicherungspflichtig ist der Verfügungskläger nur deswegen nicht, weil er Sozialhilfeleistungen bezieht und deswegen einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gemäß der Bestimmung des § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V hat (vgl. dazu BSG, BSGE 107, 26, juris-Rz. 13) Im Verhältnis zur gesetzlichen Krankenversicherung besteht damit eine vorrangige Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers; dieser hat gemäß § 48 SGB XII Hilfe bei Krankheit zu gewähren.

Die mit der Bestimmung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b) SGB V bewirkte Zuordnung bestimmter Personengruppen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Abgrenzung zu dem Personenkreis, der gemäß § 5 Abs. 5 SGB V und § 6 Abs. 1 und 2 SGB V der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht - bei fehlender früherer gesetzlicher Krankenversicherung gemäß Buchst. a) - nicht unterliegt, ist auch maßgebend dafür, welcher Personenkreis der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist und für den deshalb eine Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG besteht. Davon ging der Gesetzgeber ersichtlich aus, der ausgeführt hat (BT-Dr. 16/4247, S. 67): "Der ab dem 1. Januar 2009 von der Pflicht zur Versicherung erfasste Personenkreis ist im Zusammenhang mit den Regelungen der Versicherungspflicht in der

GKV, insbesondere mit der (vorrangigen) Neuregelung in § 5 Abs. 5 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu sehen. Danach sind alle Einwohner, die bisher nicht von der Versicherungspflicht in der GKV erfasst sind und dort auch nicht freiwillig versichert sind, und die auch keine andere Absicherung im Krankheitsfall haben, in die Versicherungspflicht in der GKV einbezogen, wenn sie dort zuletzt versichert waren. Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die zuletzt privat krankenversichert waren, müssen sich bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichern. Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden sie in dem System versichert, dem sie zuzuordnen sind."

Dafür, dass dieses auch der Regelung in § 193 Abs. 3 VVG immanente Zuordnungssystem (vgl. dazu auch BVerfG, VersR 2009, 957, juris-Rz. 187) für den Fall des Bezugs von Sozialhilfeleistungen durchbrochen werden sollte, ist nichts ersichtlich. Die wortgetreue Anwendung von § 193 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 VVG würde auch zu ungereimten Ergebnissen führen. Unterstellt man, der Verfügungskläger hätte - aus welchen Gründen auch immer - für einen Zeitraum von länger als einem Monat keinen Anspruch auf Sozialhilfeleistungen, dann würde er nach der klaren und eindeutigen Regelung in § 5 Abs. 1 Nr. 13 b) mit Abs. 8a Satz 2 und 3 SGB V wegen des Wegfalls der Leistungen zwingend gesetzlich krankenversicherungspflichtig. Den Verfügungskläger nur deswegen der privaten Krankenversicherung zuzuweisen, weil für ihn wegen durchgehenden Bezugs von Sozialhilfeleistungen keine Versicherungspflicht in der ansonsten klar für ihn zuständigen gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat, erscheint widersinnig und war vom Gesetzgeber erkennbar nicht gewollt.

Dahinstehen mag, ob dem Gesetzgeber bei der Formulierung des § 193 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 VVG ein redaktioneller Fehler (so etwa Pabst, NZS 2012, 772, 777) unterlaufen ist. Die Regelung macht durchaus Sinn, wenn man sie als Übergangsbestimmung versteht, wonach derjenige, der bereits vor dem 1. Januar 2009 Sozialhilfeleistungen bezogen hat, nicht verpflichtet ist, nach diesem Stichtag eine private Krankenversicherung abzuschließen, wenn er auch nach dem 1. Januar 2009 weiter Sozialhilfeleistungen erhält. Für einen solchen Regelungsgehalt spricht die Gesetzesbegründung, in der es insoweit heißt: "Wie in der GKV sind Einwohner, die eine andere Absicherung im

Krankheitsfall haben, nicht verpflichtet, einen Vertrag bei einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen ... So sind u. a. Personen, die bei Inkrafttreten der Regelung Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, von der Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrags ausgeschlossen, da sie vorrangig Leistungen des Sozialhilfeträgers erhalten."

Allerdings ist für die Zeit ab dem 1. Januar 2009 der Vorrang der Sozialhilfe für diejenigen, die erst nach dem Stichtag erstmals Sozialhilfeleistungen beziehen, eingeschränkt. Wenn danach grundsätzlich eine Pflicht zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung bestehen soll, dann ist davon nur derjenige Personenkreis betroffen, der nach seinen persönlichen Verhältnissen bislang dem System der privaten Krankenversicherung als Passivenversicherung mit grundsätzlicher Vorleistungspflicht des Versicherungsnehmers zuzuordnen war. Jede andere Sichtweise wäre mit der Regelung in § 5 Abs. 1 Nr. 13 b) SGB V nicht vereinbar: Wer nach dieser Bestimmung der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist - und das ist Verfügungskläger hier ohne jeden Zweifel -, kann nicht alleine deshalb privat krankenversicherungspflichtig werden, weil er Sozialhilfeleistungen bezieht und deshalb für die Zeit des Bezugs nicht gesetzlich krankenversicherungspflichtig ist.

Die Entstehungsgeschichte, die Gesetzessystematik (insbesondere die dem Gesetz immanente Unterscheidung von Personenkreisen, die entweder zur gesetzlichen Krankenversicherung oder zur privaten Krankenversicherung gehören), und der Zweck der privaten Krankenversicherungspflicht im Basistarif (Versicherungspflicht für solche Personen, die der privaten Krankenversicherung zugewiesen sind), führen somit dazu, § 193 Abs. 3 Satz 1 mit Satz 2 Nr. 4 VVG dahin auszulegen, dass auch solche Sozialhilfeempfänger, deren Leistungsbezug erst nach dem 1. Januar 2009 begonnen hat, von der Pflicht zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung ausgeschlossen sind, die - wären sie nicht sozialhilfebezugsberechtigt - der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unterliegen würden (so im Ergebnis auch Pabst, aaO)."

Diesen Ausführungen schließt sich die Kammer an. Der vorliegende Fall weist keine Besonderheiten auf, die eine abweichende Beurteilung rechtfertigen.

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 91, 708 Nr. 11, 709 ZPO.

Streitwert: 10.000 €

Wagner

Preus

Ehrig

Ausgefertigt

Gibbrich, Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

