
Datum: 25.05.2010
Gericht: Amtsgericht Köln
Spruchkörper: Abt. 146
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 146 C 257/09
ECLI: ECLI:DE:AGK:2010:0525.146C257.09.00

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreites trägt der Kläger, die Kosten des Nebenintervenienten trägt dieser selber.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Dem Kläger wird gestattet, die Zwangsvollstreckung durch die Beklagte durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des vollstreckungsfähigen Betrages abzuwenden, sofern nicht die Beklagte ihrerseits Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Tatbestand:

1

Der Kläger genießt als Mitarbeiter im Ruhestand der ehemaligen Deutschen Bundesbahn den Krankenversicherungsschutz bei der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB). Art und Umfang der Leistungspflicht der KVB richtet sich nach einer eigenen Satzung und eigenen Tarifbedingungen. Auf diese wird im Einzelnen Bezug genommen. In diesen Tarifbedingungen ist die Höhe der Erstattungsleistungen im Hinblick auf einzelne Behandlungsmaßnahmen im Einzelnen aufgeführt. Kosten für ambulante ärztliche Behandlungsmaßnahmen werden in Höhe von 90 %, Kosten für stationäre Behandlungen zu 100 % erstattet. Der Kläger befindet sich z. Zt. in einem Pflegeheim. Durch Beschluss des Amtsgerichts Siegburg vom 09.01.2009 – 43 XVII H 824 – ist eine Betreuung eingerichtet worden. Da ausweislich des Tarifs der KVB einige Behandlungen nicht zu 100 % bezuschusst werden, gewährt das Sozialamt des Nebenintervenienten dem Kläger seit dem 26.02.2009 Krankenhilfe gemäß § 19 III i. V. mit § 48 SGB XII. Durch Schreiben vom

2

11.05.2009 forderte das Kreissozialamt die Betreuerin auf im Hinblick auf die geänderte Rechtslage, einen Antrag auf Abschluss einer Krankheitskostenversicherung nach dem ergänzenden Basistarif gemäß § 315 IV SGB V i. V. mit § 12 VAG i. v. mit § 193 VVG bei einem entsprechenden Versicherungsunternehmen zu stellen. Die Betreuerin beantragte bei der Beklagten durch Schreiben vom 28.05.2009 die Aufnahme des Klägers in den Basistarif bei der Beklagten. Dieser Antrag wurde von der Beklagten durch Schreiben vom 09.07.2009 zurückgewiesen. Zur Begründung führte die Beklagte aus, dass mit dem bestehenden Krankenversicherungsschutz des Klägers bei der KVB die Voraussetzungen der Pflichtversicherung nach § 193 Abs. 1 VVG erfüllt seien und ein Kontrahierungszwang zu Lasten der Beklagten im vorliegenden Fall nicht bestehe. Mit Bescheid vom 14.09.2009 stellte das Kreissozialamt die Krankenhilfegewährung für den Kläger zum 30.10.2009 ein. Der hiergegen gerichtete Widerspruch ist bisher nicht beschieden worden. Das Sozialamt forderte die Betreuerin jedoch auf, hinsichtlich des Abschlusses der betreffenden Krankenversicherung den Rechtsweg zu beschreiten. Mit Bescheid vom 20.11.2009 stellte dann das Kreissozialamt die übrigen Leistungen gemäß SGB XII ein.

Mit der vorliegenden Klage begehrt der Kläger den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages mit der Beklagten im Umfang der durch die Krankenversorgung der KVB nicht zu erstattenden Krankenkosten. 3

Der Kläger trägt vor, dass er unter den Personenkreis des § 193 Abs. 5 VVG falle, der von Personen spreche, die beihilfeberechtigt seien oder vergleichbare Ansprüche hätten. Die KVB sei ein Mischgebilde, das eben auch Beihilfezahlungen an seine Mitglieder leiste. Der Kläger sei nicht in einer gesetzlichen Krankenkasse versicherungspflichtig und gehöre auch nicht zum Personenkreis der in Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 des § 193 V VVG genannten Personen. Er erhalte ebenso keine Sozialleistungen nach dem dritten, vierten, sechsten und siebten Kapitel des SGB XII, die vor dem 01.01.2009 begonnen habe. 4

Der Nebenintervenient trägt vor, dass dem Kläger durch Abschluss eines den KVB-Anspruch ergänzenden privaten Krankenversicherungsvertrages eine der Sozialhilfe vorrangige Selbsthilfemöglichkeit zur Verfügung stehe. Sein Anspruch gegen die KVB sei ein der Beihilfe vergleichbarer Anspruch. Die KVB erfülle die Fürsorgepflichten in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen, die dem BEV nach § 79 Bundesbeamtengesetz oblägen. Dass die Erstattungssätze der KVB über den beihilferechtlichen Erstattungssätzen lägen und zudem der Höhe nach variierten, sei unerheblich. Die entstehende Deckungslücke durch die Erstattung von ambulanten Heilbehandlungen von 80 – 90 % führe im Falle des Klägers zu einer existentiellen Notlage, da diesem unstreitig jegliche finanziellen Mittel bis auf einen monatlichen Barbetrag von derzeit 96,93 € fehlten. Ziel des Gesetzgebungsverfahrens sei es jedoch gewesen, einen Versicherungsschutz für alle in Deutschland lebenden Menschen zu bezahlbaren Konditionen herzustellen, damit niemand ohne Versicherungsschutz nicht ausreichend versorgt oder auf steuerfinanzierte staatliche Leistungen angewiesen sei. Die Beklagte sei daher verpflichtet, einen Tarif neu zu schaffen und anzubieten, der die Leistungen der KVB ergänze. 5

Der Kläger beantragt, 6

die Beklagte zu verurteilen, mit ihm einen Krankenversicherungsvertrag gemäß § 193 Abs. 5 VVG i. V. mit § 12 Abs. 1 a VAG im Umfang der durch die Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten nicht zu erstattenden Krankenkosten abzuschließen. 7

Der Nebenintervenient schließt sich dem Antrag des Klägers an. 8

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

10

Die Beklagte trägt vor, dass Sinn und Zweck der Pflichtversicherung nach § 193 Abs. 3 VVG die Schaffung eines Krankenversicherungsschutzes für jede Person mit Wohnsitz in Deutschland zur Vermeidung existenzbedrohender Notlagen sei. Der Kläger gehöre nicht zu dem in § 193 Abs. 5 Satz 1 VVG bestimmten Personenkreis. Beihilferechtliche Vorgaben fänden auf das Rechtsverhältnis des Klägers mit der KVB keine Anwendung. Dies zeige sich bereits an den umfassenden Regelungen eigener Art in der Satzung der KVB. Der Anspruch des Klägers gegen die KVB sei auch nicht mit beihilferechtlichen Ansprüchen vergleichbar. Während sich bei beihilfeberechtigten Personen durchaus erhebliche Deckungslücken ergeben könnten, sei dies beim Kläger nicht der Fall. Durch die bestehende Krankenversicherung des Klägers bei der KVB seien die gesetzlichen Vorgaben der Pflichtversicherung erfüllt. Es bestehe auch kein Anspruch auf Abschluss einer Krankenversicherung nach dem Basistarif nach § 193 Abs. 3 VVG. Die Versicherungspflicht umfasse lediglich Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlungsmaßnahmen. Diese vom Gesetzgeber gewollte Absicherung im Krankheitsfall sei im Falle des Klägers bei der KVB in vollem Umfang gegeben. Im Übrigen halte § 193 Abs. 3 VVG einen Selbstbehalt in Höhe von 5.000,00 € pro Kalenderjahr für zulässig. Der Kläger habe nicht vorgetragen, dass er derzeit für ambulante und stationäre Behandlungen einen derartigen Betrag selber tragen müsse. Vorsorglich bestreitet die Beklagte dies mit Nichtwissen. Eine Aufnahme des Klägers in die Tarifestufen BTB (für beihilfeberechtigte Personen) oder BTN (für nicht beihilfeberechtigte Personen) führe vorliegend dazu, dass bei gleichzeitiger Leistung der KVB und der Beklagten dies gegen das gesetzlich normierte Bereicherungsverbot nach § 200 VVG verstoßen würde, da die Erstattung von Aufwendungen in den angebotenen Tarifen sich nach dem jeweiligen starren Beihilfesatz richte, so dass die nicht erstatteten Aufwendungen zu dem korrespondierenden fixen Prozentsatz erstattet würden.

11

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den übrigen Akteninhalt verwiesen.

12

Entscheidungsgründe:

13

Die Klage ist nicht begründet.

14

Dem Kläger steht kein Anspruch gegenüber der Beklagten auf Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages gemäß § 193 Abs. 5 VVG i. V. mit § 12 Abs. 1 a VAG im Umfang der durch die KVB nicht zu erstattenden Krankenkosten zu. Denn es war davon auszugehen, dass der Kläger nicht zu dem in § 193 Abs. 5 VVG aufgezählten Personenkreis zählt. Insbesondere ist er durch die Leistungen der KVB nicht als beihilfeberechtigte Person anzusehen. Entgegen der Ansicht des Klägers und des Nebenintervenienten handelt es sich bei der KVB nicht um eine beihilfeähnliche Einrichtung. Diese erbringt ihre Leistungen aufgrund einer Satzung der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Sie schreibt in § 1 fest, dass es sich bei ihr um eine betriebliche Sozialeinrichtung handele, die zwar ihren Auftrag des BEV gegenüber Beamten des BEV unter den dort genannten Voraussetzungen erfülle. Sie bestimmt weiter, dass sie ihren Mitgliedern Leistungen nach Satzung und Tarif gewähre. Dies unterscheidet sie deutlich von der Beihilfe. Der Bundesminister des Inneren hat für die obersten Bundes- und Landesbehörden ein Leistungsverzeichnis mit den beihilfefähigen Beträgen herausgegeben, die damit amtlichen Charakter haben. Gegen die Eigenschaft der KVB als beihilfeähnliche Einrichtung spricht auch die unterschiedliche Ausgestaltung der Einrichtung. Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass der Tarif der

15

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten erheblich über den Erstattungssätzen der Beihilfe liegt. Die Beihilfesätze liegen im Regelfall bei 50 % für aktive Beamte und bei 70 % für Versorgungsempfänger und Ehepartner. Die KVB erstattet im Gegensatz dazu 90 – 100 % der Aufwendungen betreffend Krankheitskosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung. Dabei ist weiter zu berücksichtigen, dass nach den bei der Beklagten bestehenden Basistarifen BTB und BTN ohnehin lediglich die Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlungsmaßnahmen erfasst werden. Damit besteht für den Kläger ein der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbarer umfassender Versicherungsschutz. Es ist insoweit unerheblich, dass die KVB keine Beiträge von ihren Mitgliedern verlangt. Da es sich gemäß § 1 der Satzung um eine betriebliche Sozialeinrichtung handelt, ist davon auszugehen, dass diese Beiträge durch den Betrieb geleistet und nicht auf die Mitglieder abgewälzt werden.

Ein Anspruch des Klägers scheitert auch an der in § 193 Abs. 3 VVG vorgesehenen Versicherungspflicht. Insoweit erfüllen die Erstattungsleistungen der KVB die Voraussetzungen, die gemäß § 193 Abs. 3 VVG für einen Basistarif begehrt werden. Es soll nämlich eine Krankheitskostenversicherung bestehen, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000,00 € begrenzt ist. Wie bereits zuvor ausgeführt, besteht für den Kläger für ambulante und stationäre Behandlungen ein Deckungsschutz von 90 – 100 %. Es ist auch nicht vorgetragen worden, dass im Fall des Klägers bereits ein Selbstbehalt in Höhe von 5.000,00 € jährlich, wie er in § 193 Abs. 3 VVG vorgesehen ist, überschritten wird. Entgegen der Ansicht des Nebenintervenienten besteht für den Kläger Versicherungsschutz, so dass er im Bedarfsfall ausreichend versorgt werden kann. 16

Im Übrigen bestünden beim Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages nach dem Basistarif Bedenken im Hinblick auf § 200 VVG. Nach dieser Vorschrift darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen, wenn die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete hat. Da unstreitig der für den Kläger bestehende Tarif BTB eine Erstattung von Aufwendungen vorsehen würde, die sich nach dem jeweiligen starren Beihilfesatz richte und die KVB die nicht erstatteten Aufwendungen ebenfalls zu einem bestimmten Prozentsatz erstatten würde, würde dies zu einer Bereicherung des Versicherungsnehmers führen. Entgegen der Ansicht des Nebenintervenienten kann die Beklagte nicht dazu verpflichtet werden, einen Tarif neu zu schaffen, der genau eine Ergänzung der Leistungen der KVB anbietet. Dies ist im Übrigen auch nicht beantragt und widerspricht den Regelungen des § 193 VVG. 17

Sofern der Kläger vorträgt, dass es bei einer anderen Versicherung einen speziellen Versicherungstarif gebe, der gerade als Ergänzungstarif für Versicherte der KVB konzipiert sei, so war dieser Vortrag nicht zu berücksichtigen. Es fehlt insoweit jeglicher konkreter Vortrag, was im Einzelnen Gegenstand dieses Vertrages war und welche Risiken im Einzelnen abgedeckt sind. Im Übrigen bindet eine solche Versicherung eines anderen Unternehmens die Beklagte nicht. 18

Nach alledem war die Klage abzuweisen. 19

Ein Anspruch auf Schriftsatznachlass für die Beklagte im Hinblick auf die Schriftsätze des Klägers vom 20.04.2010 und des Nebenintervenienten vom 23.04.2010 bestand nicht, da 20

diese Schriftsätze keinen entscheidungserheblichen neuen Vortrag enthielten, § 283 ZPO.

Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 91, 708 Nr. 11, 711 ZPO.

21