

---

**Datum:** 15.07.2015  
**Gericht:** Oberlandesgericht Hamm  
**Spruchkörper:** 20. Zivilsenat  
**Entscheidungsart:** Urteil  
**Aktenzeichen:** 20 U 234/14  
**ECLI:** ECLI:DE:OLGHAM:2015:0715.20U234.14.00

---

**Vorinstanz:** Landgericht Münster, 115 O 180/13

---

**Tenor:**

Die Berufung des Beklagten gegen das am 23.10.2014 verkündete Urteil der 15. Zivilkammer des Landgerichts Münster wird zurückgewiesen.

Der Beklagte trägt die Kosten der Berufung.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

---

- I. 1
- Die Klägerin nimmt den Beklagten aus einer zum 31.12.2012 beendeten privaten Krankheitskostenvollversicherung auf Zahlung rückständiger Prämien für den Zeitraum Mai 2010 bis einschließlich November 2012 zuzüglich Säumniszuschlägen in Anspruch, welche der Beklagte mit Blick auf das am 13.04.2010 über sein Vermögen eröffnete Insolvenzverfahren sowie wegen der von ihm im Jahr 2010 – nach Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung - erklärten Kündigung der Krankenversicherung verweigert. Wegen des Sach- und Streitstandes in erster Instanz wird auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils verwiesen. 2
- Das Landgericht hat der Klage im Wesentlichen stattgegeben. Die Prämienzahlungspflicht unterfalle nicht dem Insolvenzbeschluss und treffe damit den Beklagten persönlich. Eine - nachträgliche - Berechnung der Prämien nach dem sog. Notlagentarif komme nicht in Betracht, weil § 12 h VAG nur für Versicherungsverhältnisse greife, die zum 01.08.2013 ruhend gestellt und noch nicht beendet waren. Der Anspruch scheitere auch nicht an der Verletzung von Hinweispflichten seitens der Klägerin, weil diese den Beklagten mit Schreiben vom 07.01.2011 hinreichend auf die Nachweispflicht zur Folgeversicherung hingewiesen 3

habe.

Mit seiner Berufung hält der Beklagte daran fest, dass er aufgrund des schwebenden Insolvenzverfahrens im Hinblick auf die rückständigen Versicherungsprämien nicht passivlegitimiert sei. § 850 b Abs. 1 Ziffer 4 ZPO werde vom Verweis in § 36 Abs. 1 Satz 2 InsO nicht erfasst und treffe nur *Bezüge* aus gesetzlichen Krankenkassen, nicht aber *Beiträge* zu einer privaten Krankenversicherung. § 36 Abs. 1 Satz 2 InsO diene dem Schutz des Insolvenzschuldners zur Erlangung von bestimmten Leistungen, die ansonsten vom Staat erbracht werden müssten, nicht aber umgekehrt dem Interesse des Versicherers an der Zahlung von Versicherungsprämien. Ebenso diene § 850 b Abs. 1 Ziffer 4 ZPO dem Interesse des Insolvenzschuldners an der Aufrechterhaltung seines Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes, nicht aber dem Schutz der Prämienansprüche eines privaten Versicherers. Beide Vorschriften hätten nicht den Zweck, den privaten Versicherer an den anderen Gläubigern des Insolvenzschuldners vorbeiziehen zu lassen, um sich außerhalb der Masse befriedigen zu können. 4

Im Übrigen sei die Klägerin dem Beklagten wegen Verletzung ihrer Aufklärungs- und Beratungspflichten zum Ersatz des Schadens verpflichtet, der ihm dadurch entstanden sei, dass er den Nachweis der Anschlussversicherung nicht binnen zwei Monaten erbrachte. Sie hätte den Beklagten gem. § 6 Abs. 1 VVG darauf hinweisen müssen, dass seine Kündigung ansonsten nicht wirksam wurde. Deshalb habe sie den Kläger so zu stellen, als hätte er den Nachweis rechtzeitig erbracht und könne keine rückständigen Prämien von ihm verlangen. 5

Der Beklagte beantragt, 6

unter Abänderung des am 23.10.2014 verkündeten Urteils des Landgerichts Münster die Klage abzuweisen. 7

Die Klägerin beantragt, 8

die Berufung zurückzuweisen. 9

Sie verteidigt das angefochtene Urteil. § 103 InsO stehe der Durchsetzung der Prämienforderung nicht entgegen, weil die Prämienzahlungspflicht dem Insolvenzbeschluss nicht unterfalle. Aufklärungs- und Beratungspflichten habe sie nicht verletzt. Erst im Dezember 2012 habe sie mit Sicherheit von der gesetzlichen Krankenversicherung des Klägers erfahren, bis zu diesem Zeitpunkt sei sie verpflichtet gewesen, den Krankenversicherungsvertrag aufrecht zu erhalten. Sie habe den Kläger mit Schreiben vom 07.01.2011 auch hinreichend darüber aufgeklärt, dass seine Kündigung noch nicht wirksam war. 10

**II.** 11

Die zulässige Berufung des Beklagten ist nicht begründet. Das Landgericht hat ihn zu Recht zur Zahlung der rückständigen Prämien nebst Säumniszuschlägen verurteilt. 12

**1.** 13

Die Prämienhöhe ergibt sich aus den von der Klägerin zur Akte gereichten Versicherungsscheinen. Danach beliefen sich die Prämien für den – mit Wirkung zum 23.03.2009 gem. § 193 Abs. 6 VVG aF wegen Prämienrückstands ruhend gestellten, Bl. 168 - Krankenversicherungsvertrag (ohne Beitrag zur Pflegeversicherung) ab dem 01.05.2010 auf 327,19 Euro (Bl. 47), ab dem 01.05.2011 auf 439,91 Euro (Bl. 48) und ab dem 14

01.05.2012 auf 537,34 Euro (Bl. 49).

Entgegen der vom Beklagten erstinstanzlich vertretenen Ansicht sind die Prämien nicht gem. Art. 7 Satz 2 EGVVG iVm § 193 Abs. 7 VVG rückwirkend nach dem Notlagentarif zu berechnen. Eine Rückwirkung des Notlagentarifs auf Verträge, die bei Inkrafttreten des § 193 Abs. 7 VVG bereits beendet waren, kommt nicht in Betracht. Zwar setzt Art. 7 Satz 2 EGVVG nach seinem Wortlaut lediglich voraus, dass die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag ruhend gestellt waren und die monatliche Prämie des Notlagentarifs niedriger ist als die in diesem Zeitpunkt geschuldete Prämie; dies lässt beide Auslegungen zu. Auch entspräche es Zielrichtung einer Entlastung finanziell schwacher Beitragsschuldner, die Rückwirkungsfiktion auch auf Altverträge anzuwenden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens von § 193 Abs. 4 VVG nicht mehr ruhend gestellt waren (so KG, Urteil vom 07.11.2014 – Az-6 U 194/11 – Rn. 30 ff, juris, zu einem am 01.08.2013 fortbestehenden, aber nicht mehr ruhend gestellten Vertrag). 15

Jedoch ergibt sich aus der Gesetzesbegründung zur Neufassung von Art. 7 EGVVG und den dort angesprochenen Gesamtumständen, dass der Gesetzgeber nur die Beitragsschuldner im Blick hatte, deren Verträge bei Inkrafttreten der Regelung noch fortbestanden / (LG Dortmund, Urteil vom 19.12.2013 – Az. 2 O 315/13 – Rn. 12, juris; LG Berlin, Urteil vom 15.01.2015 - 23 S 2/14, r + s 2015, 202). Für beendete Verträge besteht für die Versichertengemeinschaft nicht die in der Gesetzesbegründung benannte Gefahr, für die Krankenversicherung der säumigen Versicherungsnehmer aufkommen zu müssen, die wegen ihrer hohen Beitragsschulden nicht zahlungsfähig sind. 16

Auch verringert die rückwirkende Geltung des Notlagentarifs nur für fortbestehende Verträge den Wertberichtigungsbedarf der Versicherungsunternehmen, weil die Beitragsforderungen und damit die Abschreibungen nur für die (weiterhin) ruhend gestellten Verträge ständig ansteigen, nicht aber für beendete Verträge, aus denen noch Forderungen offen sind. Ebenso trägt die kostendeckende Kalkulation des Notlagentarifs nur für laufende Verträge zur Entlastung der Versichertengemeinschaft bei, nicht aber für beendete Verträge, aus denen keine Leistungen mehr geltend gemacht werden. Auch die Entlastung der Versicherungsunternehmen durch den Verzicht auf Altersrückstellungen im Notlagentarif bzw. das Widerspruchsrecht des Versicherungsnehmers werden nur bei fortbestehenden Verträgen relevant (vgl. dazu BT-Drs. 17/13947 S.31, BT-Drucksache 17/13079, S. 10). 17

Zutreffend hat das Landgericht Dortmund auch darauf hingewiesen, dass die Bundesregierung das Problem der Ungleichbehandlung von Alt- und Neuschuldnern gesehen, insoweit aber nur eine weitere Prüfung angekündigt hat (BT-Drucksache 17/13402, S. 11). Auch der Verweis auf die „Fortsetzung der Versicherung“ im ursprünglichen Tarif, die dem Versicherungsnehmer dann möglich ist, wenn er keine „weiteren Beitragsrückstände“ aufbaut, deutet darauf hin, dass der Gesetzgeber nicht die Beitragsschuldner im Blick hatte, deren Verträge nicht fortbestehen und lediglich in der Vergangenheit ruhend gestellt waren (BT-Drucksache 17/13402, S. 11). 18

**2.** 19

Der Beklagte ist im Hinblick auf die rückständigen Prämien auch passivlegitimiert. Nicht die Insolvenzmasse, sondern er persönlich hat für die Beitragsschulden aus der Zeit nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens einzustehen. 20

Die Insolvenzmasse haftet nur für Forderungen der Insolvenzgläubiger und für Masseverbindlichkeiten. 21

Die Klägerin ist nicht Insolvenzgläubigerin iSd § 87 InsO. Insolvenzgläubiger ist gem. § 38 InsO, wer einen zur Zeit der Eröffnung des Insolvenzverfahrens begründeten Vermögensanspruch gegen den Schuldner hat. Die hier streitgegenständlichen Prämien sind erst nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens fällig geworden und waren noch nicht in diesem Sinne begründet. Begründet ist ein Anspruch zwar nicht erst mit seiner Fälligkeit, sondern dann, wenn der Rechtsgrund der Entstehung der Forderung im Augenblick vor Verfahrenseröffnung bereits gelegt war. Dies setzt aber voraus, dass der anspruchsbegründende Tatbestand vor der Verfahrenseröffnung materiell-rechtlich abgeschlossen war (vgl. MünchKomm/Ehricke, InsO 3. Aufl. 2013, § 38, Rn. 16). Bei wiederkehrenden Ansprüchen aus Dauerschuldverhältnissen ist dies etwa dann zu bejahen, wenn die Ansprüche aus einem einheitlichen Stammrecht folgen. Wenn aber der Grund der Forderung als Gegenleistung für künftige Leistungen des anderen Teils stets von neuem zur Entstehung gelangt, so sind nur die Ansprüche begründet, deren Gegenleistung vor Verfahrenseröffnung schon erbracht ist (MünchKomm aaO, Rn. 19). Rückständige Versicherungsprämien sind deshalb nur dann Insolvenzforderungen, wenn sie als Entgelt für die Gefahrtragung vor Insolvenzeröffnung geschuldet waren (MünchKomm/Ehricke aaO, Rn. 105). Hier aber geht es um die Prämien, die als Gegenleistung für die Gefahrtragung nach Insolvenzeröffnung geschuldet waren. Diese stellen keine Insolvenzforderungen dar (ebenso OLG Frankfurt, Urteil vom 24.04.2013 – 7 U 142/13 – Rn. 22, juris).

Ebenso wenig sind die Prämienforderungen als Masseverbindlichkeiten anzusehen. Masseverbindlichkeiten liegen nach § 55 Abs. 1 Nr. 2 InsO vor, wenn der Verwalter die Erfüllung zur Insolvenzmasse verlangt hat oder wenn es sich um eine sog. oktroyierte Masseschuld handelt, also um einen Vertrag, dessen Erfüllung für die Zeit nach der Insolvenzeröffnung erfolgen muss (OLG Frankfurt, Urteil vom 24. April 2013 – 7 U 142/12 –, Rn. 23, juris).

Dass der Insolvenzverwalter hier Erfüllung zur Masse verlangt hätte, ist weder vom Beklagten vorgetragen noch anderweitig ersichtlich. Deshalb kommt es hier auch nicht auf die vom Beklagten angesprochene Frage an, ob das Versicherungsverhältnis als sog. insolvenzfreies Schuldverhältnis einzuordnen ist, für welches § 103 InsO keine Geltung hat (so OLG Frankfurt aaO, Rn. 26 ff; ebenso BGH, Urteil vom 19.02.2014 – IV ZR 163/13 – Rn. 14 ff, juris, weil der Insolvenzverwalter die Forderungen des Versicherungsnehmers wegen § 850 b nicht zur Masse ziehen kann). Ebenso wenig kommt es darauf an, dass der Beklagte ab Oktober 2010 über die gesetzliche Krankenversicherung abgesichert war (BGH aaO, Rn. 21).

Die Verbindlichkeiten aus dem Krankenversicherungsvertrag gehören auch nicht zu den oktroyierten Verbindlichkeiten. Dazu gehören nur Ansprüche aus den in § 108 InsO genannten Dauerschuldverhältnissen, nicht aber aus einem Krankenversicherungsvertrag (vgl. OLG Frankfurt, aaO, Rn. 29).

Nach alledem kann der Beklagte persönlich auf Zahlung der ausstehenden Prämien in Anspruch genommen werden.

**3.**

Die Prämienzahlungspflicht des Beklagten ist auch nicht infolge der am 30.12.2010 erklärten Kündigung erloschen, weil die Kündigung mangels rechtzeitigen Nachweises einer Anschlussversicherung gem. § 205 Abs. 6 Satz 2 VVG erst zum 31.12.2012 wirksam geworden ist.

Der Klägerin ist es nicht nach Treu und Glauben versagt, sich auf den fehlenden Nachweis der Anschlussversicherung zu berufen. Sie hat den Beklagten hinreichend über die Nachweispflicht und die Folgen des fehlenden Nachweises nach § 205 Abs. 6 Satz 2 VVG belehrt.

Unstreitig hat der Beklagte nach Ausspruch seiner Kündigung das Schreiben der Klägerin vom 07.01.2011 erhalten, in dem sie ihn auf die Notwendigkeit eines „Nachweises der gesetzlichen Krankenkasse über den Beginn der Mitgliedschaft“ und die Gefahr einer ansonsten bestehenden Doppelversicherung mit „doppelter Beitragszahlung“ hingewiesen hat. Dies genügt für die auf der Treuepflicht des Versicherers begründeten Verpflichtung zur Belehrung des Versicherungsnehmers (vgl. BGH, Urteil vom 14.01.2015 – IV ZR 43/14 – Rn. 11, juris). Das Schreiben vom 07.01.2011 ist klar und verständlich formuliert und führt dem betroffenen Versicherungsnehmer so unmissverständlich vor Augen, was er zu tun hat, um einen beitragspflichtigen Fortbestand des gekündigten Vertrages zu verhindern. 30

Zu einer wiederholten und so im Sinne des Beklagten „mit Nachdruck“ ausgesprochenen Belehrung ist der Versicherer nicht verpflichtet. Eine Belehrung muss im Regelfall genügen, um dem Versicherungsnehmer seine Verpflichtung und die Folgen eines nicht beigebrachten Nachweises zu erklären. Der Versicherungsnehmer ist als Vertragspartner ein mündiges Gegenüber, von dem der Versicherer erwarten darf, dass er seine Vertragsangelegenheiten eigenverantwortlich regelt. Sobald ein etwaig bestehendes Informationsdefizit auf Seiten des Versicherungsnehmers behoben ist, trifft den Versicherer auch dann keine Pflicht zur wiederholten Belehrung mehr, wenn der Versicherungsnehmer gar nicht auf den Hinweis reagiert und den Vertrag einfach fortlaufen lässt. Dem Versicherer, der seiner Hinweispflicht Genüge getan hat und der keine sichere Kenntnis von einer anderen Versicherung hat, ist dann weder ein Verstoß gegen Rechtspflichten vorzuwerfen noch hat er für den Versicherungsnehmer mit der Entgegennahme der Kündigung einen Vertrauenstatbestand im Hinblick auf die Vertragsbeendigung entstehen lassen, weil er gerade darauf hingewiesen hat, dass die Kündigung nur unter einer bestimmten Bedingung wirksam wird und als solche nicht genügt, um den Vertrag zu beenden. Dies gilt auch ohne Mahnung der Prämienzahlungen. Bloßes Untätigbleiben (des Versicherers) rechtfertigt ohne weitere Umstände nicht den Einwand der Treuwidrigkeit – vielmehr ist es der Versicherungsnehmer, dem seine Untätigkeit zum Nachteil gereicht. Erst dann, wenn aufgrund eines langen Zeitablaufs der Einwand der Verwirkung gerechtfertigt wäre, kann die Untätigkeit des Versicherers zum Rechtsverlust führen. Hier aber geht es um einen Zeitraum von knapp zwei Jahren, in dem eine Verwirkung noch nicht in Betracht kommt. 31

Ob der Beklagte zudem durch die Zusendung von Nachträgen zum Versicherungsschein auf die weitere Zahlungspflicht hingewiesen wurde, kann dahinstehen. 32

**4.** 33

Die Verpflichtung zur Zahlung von Säumniszuschlägen für die streitgegenständliche Zeit ergibt sich aus § 8 Ziffer I Abs. 6 Satz 4 AVB/KK. 34

**III.** 35

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf §§ 708 Nr. 10, 709, 711, 713 ZPO. 36

---

