

L 10 P 44/99

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Pflegeversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 15 (16,25,21) P 2/95
Datum
28.04.1999
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 P 44/99
Datum
15.03.2000
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 28.04.1999 wird zurückgewiesen. Die Kläger tragen die erstattungsfähigen Kosten der Beklagten im zweiten Rechtszug. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Kläger begehren die Feststellung, dass zwischen ihnen und der Beklagten ein Pflegeversicherungsvertrag besteht, und hilfsweise die Verurteilung der Beklagten, mit ihnen einen Pflegeversicherungsvertrag abzuschließen.

Der 1944 geborene Kläger zu 1) ist als Dienststordnungsangestellter bei der Beigeladenen beschäftigt. Zur Ergänzung seines Beihilfeanspruchs ist er bei der Beigeladenen in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert (sog. Teilkostenerstattung).

Die Ehefrau des Klägers - die Klägerin zu 2) - ist als Familienmitglied ebenfalls bei der Beigeladenen krankenversichert.

Bei der Beklagten sind die Kläger nach dem Tarif SB-W 30 versichert. Nach Nummer 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung bei stationärer Heilbehandlung nach den SB-W-Tarifen werden von dieser Versicherung Wahlleistungen bei medizinisch notwendigen stationären oder teilstationären Heilbehandlungen etc. in Form von gesondert berechenbarer Unterkunft im Ein-Bett- oder Zwei-Bett-Zimmer sowie die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen erfasst. Als nicht erstattungsfähig aufgeführt sind die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen sowie für Leistungen von Belegärzten etc. Ferner besteht für die Kläger bei der Beklagten eine Anwartschaftsversicherung. Aufgrund dieser Versicherung sind die Kläger berechtigt, einen Krankenversicherungsvertrag nach dem Tarif SB-R 30, der nach Nummer 11 AVB SB-R-Tarif die Kostenerstattung bei allgemeinen Krankenhausleistungen regelt, bei der Beklagten abzuschließen, ohne dass eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich wird. Eine Leistungspflicht der Beklagten ergibt sich aus der Anwartschaftsversicherung nicht. Für den Kläger zu 1) besteht bei der Beklagten zudem noch eine Krankenhaustagegeldversicherung (Tarif SB-W 20 V), von der die Kosten allgemeiner Krankenhausleistungen ebenfalls nicht erfasst sind.

Hinsichtlich des Risikos der Pflege haben die Kläger Ansprüche gegen die Beihilfe sowie ergänzend gegen die Beigeladene.

Im August 1994 unterrichtet die Beklagte den Kläger zu 1) über eine Änderung der AVB. Gleichzeitig führte sie aus: "Wir bestätigen Ihnen bereits heute, dass Sie ab dem 01.01.1995 bei der SIGNAL Krankenversicherung a.G. ohne Gesundheitsprüfung pflegepflichtversichert werden. Voraussetzung: Sie sind bei uns nach einem der folgenden Tarife versichert: VSG 100, VS 100, SB, SB-R, BSB, BSS, GS." ... "Soweit es die Pflegepflichtversicherung betrifft, erhalten Sie rechtzeitig zum Jahreswechsel einen entsprechenden Nachtrag zum Versicherungsschein und weitere detaillierte Informationen." Mit Schreiben vom 25.11.1994 teilte die Beklagte dem Kläger zu 1) dann mit: "... zum 01.01.1995 trifft die Pflege-Pflichtversicherung in Kraft. Die Versicherungspflicht erstreckt sich auf Mitglieder der privaten Krankenversicherung, die mit Anspruch auf Erstattung allgemeiner Krankenhausleistungen versichert sind. Diese Pflege-Pflichtversicherung ist grundsätzlich bei uns als dem Versicherer abzuschließen, bei dem die Krankenversicherung besteht." ... "Deshalb schlagen wir vor, Ihre private Pflege-Pflichtversicherung bei SIGNAL abzuschließen und fügen einen Versicherungsschein bei, mit dem wir Ihre bei uns ab dem 01. Januar 1995 bestehende Pflege-Pflichtversicherung dokumentieren. Wir gehen davon aus, daß Sie mit diesem Vertrag einverstanden sind, wenn Sie uns innerhalb von 4 Wochen nicht gegenteilig informieren.". Mit dem Schreiben verbunden war ein auf den Kläger zu 1) ausgestellter Versicherungsschein für die Pflegeversicherung vom 25.11.1994.

Im Rahmen einer sog. Bestandsaktion bat die Beklagte den Kläger zu 1) Anfang 1995 um Unterrichtung, falls er anderweitig - etwa über eine

gesetzliche Krankenkasse - pflegeversichert sei. Der Kläger zu 1) hat darauf nicht geantwortet.

Unter dem 04.05.1995 beantragten die Kläger bei der Beklagten Leistungen aus der Pflegeversicherung für die Klägerin zu 2) mit der Begründung, diese sei pflegebedürftig.

Die Beklagte lehnte Leistungen unter Hinweis darauf ab, dass für die Klägerin zu 2) kein Pflegetarif versichert sei. Nachdem der Kläger zu 1) die Beklagte nachfolgend über das Bestehen der freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Beigeladenen unterrichtet hatte, teilte die Beklagte dem Kläger zu 1) mit Schreiben vom 23.06.1995 mit, für ihn und die Klägerin zu 2) bestehe nach [§ 20 Abs. 3](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung. Das Angebot zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung, das ihm in Form des Versicherungsscheines vom 25.11.1994 gemacht worden sei, sei somit unter falschen Voraussetzungen zustandegekommen und nicht gültig. Aus diesem Grund werde die private Pflegeversicherung für den Kläger zu 1) rückwirkend zum 01.01.1995 beendet.

Die Kläger haben am 07.07.1995 Klage erhoben. Sie haben im Wesentlichen die Auffassung vertreten, dass die Versicherungen nach dem Tarif SB-W 30 allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne des [§ 23 Abs. 1 SGB XI](#) umfassten. Darauf deute das gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände der Sozialversicherung vom 20.10.1994 hin, da danach lediglich private Zusatz- und Reisekostenversicherungen oder eine Krankenhaustagegeldversicherung die Versicherungspflicht nach [§ 23 Abs. 1 SGB XI](#) nicht auslösen. Der Tarif SBW 30 erfasse jedoch eine anteilige Kostenerstattung für privatärztliche Leistungen im Krankenhaus sowie eine Teilerstattung für die Mehrkosten im Zwei-Bett-Zimmer. Dabei sei eindeutig jede ärztliche Leistung, also auch die des Stations- oder Oberarztes, von dieser Leistungspflicht der Beklagten erfasst. Es sei auch Absicht des Gesetzgebers, Mitgliedern einer gesetzlichen Pflegeversicherung, die gleichzeitig die Voraussetzungen des [§ 23 Abs. 1 SGB XI](#) erfüllen, eine doppelte Versicherung gegen das Pflegerisiko zu ermöglichen, zumal von der Beihilfe bestimmte Leistungen nach dem SGB XI nicht übernommen werden (z.B. Pflegemittel und technische Hilfen und Leistungen für Kurzzeitpflege).

Die Kläger haben beantragt,

festzustellen, dass zu ihren Gunsten bei der Beklagten eine Pflegeversicherung für die Zeit ab 01.01.1995 mit einer Eintrittspflicht ab 01.04.1995 besteht, hilfsweise, die Beklagte zu verurteilen, einen entsprechenden Pflegeversicherungsvertrag mit dem Kläger zu 1) und der Klägerin zu 2) abzuschließen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die Auffassung vertreten, die Voraussetzungen des [§ 23 Abs. 1 SGB XI](#) seien nicht erfüllt. Nach dem Versichertentarif seien lediglich Wahlleistungen, d.h. gesondert berechenbare Unterkunft im Ein-Bett- oder Zwei-Bett-Zimmer oder gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen erstattungsfähig; ausdrücklich festgehalten sei, dass die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach den SB-W-Tarifen nicht erstattet würden.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Das Sozialgericht (SG) Duisburg hat die Klage mit Urteil vom 28.04.1999 abgewiesen. Zwischen den Beteiligten bestehe kein Pflegeversicherungsvertrag; das Vertragsangebot der Beklagten habe nämlich unter der Bedingung gestanden, dass keine anderweitige Pflegepflichtversicherung bestehe. Aus [§ 23 SGB XI](#) ergebe sich auch kein Anspruch gegen die Beklagte auf Abschluss eines Pflegeversicherungsvertrages, da die Kläger bei der Beklagten nicht gegen das Risiko der Krankheit mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert seien.

Gegen das am 27.05.1999 zugestellte Urteil haben die Kläger am 23.06.1999 Berufung eingelegt, mit der sie ihr Begehren weiterverfolgen. Sie sind der Auffassung, mit der Beklagten sei - schon aufgrund der Abbuchungen der Versicherungsbeiträge - ein Pflegeversicherungsvertrag zustandegekommen. Dem SG könne nicht gefolgt werden, wenn es aus den Umständen auf eine auflösende Bedingung schließe; eine solche Bedingung sei nicht vereinbart worden. Im übrigen sei auch ein Vertrag zwischen Beklagter und Klägerin zu 2) zustandegekommen. Sämtlicher Schriftverkehr mit der Beklagten sei nämlich regelmäßig über den Kläger, der stets für die Klägerin zu 2) gehandelt habe, abgewickelt worden. Im übrigen sei die Beklagte jedenfalls verpflichtet, mit den Klägern einen Pflegeversicherungsvertrag abzuschließen. Mit der Beklagten bestehe ein Krankenversicherungsvertrag über Wahlleistungen. Wahlleistungen seien aber keine Zustzleistungen, sondern Anstattleistungen. Die Voraussetzungen des [§ 23 Abs. 1 SGB XI](#) - Versicherung gegen das Risiko Krankheit - seien damit erfüllt. Darüber hinaus ergebe sich aber auch schon aufgrund der Anwartschaftsversicherung ein Anspruch auf Abschluss eines Pflegeversicherungsvertrages gegen die Beklagte.

Die Kläger beantragen,

unter Abänderung des Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 28.04.1999 festzustellen, dass zu ihren Gunsten bei der Beklagten eine Pflegeversicherung für die Zeit ab 01.01.1995 mit einer Eintrittspflicht ab 01.04.1995 besteht, hilfsweise, die Beklagte zu verurteilen, einen entsprechenden Pflegeversicherungsvertrag mit dem Kläger zu 1) und der Klägerin zu 2) abzuschließen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verweist auf die Entscheidung des Sozialgerichts und meint ergänzend, dass eine Pflegeversicherung zugunsten des Klägers zu 1) bei ihr nicht bestehe. Ihm sei zwar der Abschluss angeboten und entsprechende Beiträge aufgrund der bestehenden Einzugsermächtigung vorübergehend abgebucht worden. Der Kläger zu 1) habe das Angebot allerdings nicht angenommen. Im übrigen sei das Angebot der Pflegeversicherung im Rahmen der sog. Bestandsaktion mit dem Hinweis verbunden worden, der Kläger zu 1) möge mit

dem beigefügten Formblatt mitteilen, falls er anderweitig - etwa über die gesetzliche Krankenkasse - eine Pflegepflichtversicherung habe. Zutreffend sei das SG bei diesem Sachverhalt davon ausgegangen, dass die Beklagte mit dem Kläger zu 1) nur unter bestimmten Voraussetzungen eine Pflegeversicherung abschließen wolle. Nachdem ihr - der Beklagten - die näheren Zusammenhänge deutlich geworden seien, habe sie mit Schreiben vom 23.06.1995 zum Ausdruck gebracht, dass sie die auflösende Bedingung als gegeben erachte bzw. von ihrem Rücktrittsrecht Gebrauch mache. Das Schreiben vom 23.06.1995 sei überdies auch als Anfechtung zu werten, da sie - die Beklagte - aufgrund des Verhaltens des Klägers von falschen Voraussetzungen ausgegangen sei. Ein Kontrahierungszwang bestehe nicht, denn die Kläger seien nicht gegen das Risiko Krankheit mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte trotz Ausbleibens der Beigeladenen entscheiden, weil diese von dem Termin zur mündlichen Verhandlung mit entsprechendem Hinweis benachrichtigt worden ist.

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Das SG hat die Klage mit Haupt- und Hilfsantrag zu Recht abgewiesen. Zwischen den Klägern und der Beklagten besteht kein wirksamer Pflegeversicherungsvertrag. Die Kläger haben auch keinen Anspruch darauf, dass die Beklagte einen solchen Vertrag mit ihnen abschließt.

1. Hauptantrag

Ein Pflegeversicherungsvertrag zwischen der Beklagten und den Klägern ist nicht wirksam geworden.

Mit Schreiben aus August 1994 hat die Beklagte dem Kläger zu 1) mitgeteilt, dass er ab dem 01.01.1995 ohne Gesundheitsprüfung pflegepflichtversichert wird. Zwar deutet die Formulierung "Sie werden pflegeversichert" darauf hin, dass die Versicherung ab dem 01.01.1995 allein aufgrund einer Willensbetätigung der Beklagten wirksam wird, mithin der Kläger zu 1) keine korrespondierende Willenserklärung abgeben muß. Diese mißverständliche Wortwahl der Beklagten gibt dennoch ansatzweise die durch [§ 110 SGB XI](#) bestimmte Rechtslage wieder. Danach ist ihr unter den Voraussetzungen des [§ 110 Abs. 1 SGB XI](#) ein Kontrahierungszwang mit den Versicherten auferlegt, die bei ihr krankenversichert sind. Hieraus wird deutlich, dass die Beklagte den Kläger zu 1) nicht durch einseitigen Willenakt pflegeversichern konnte, es hierzu viel mehr eines Vertrages bedarf. Demgemäß ist die Erklärung der Beklagten im Schreiben vom August 1994 als Angebot auf Abschluß eines Versicherungsvertrages zu verstehen. Die Beklagte hat die ses Angebot allerdings damit verknüpft, dass der Kläger nach einem der Tarife VSG 100, VS 100, SB, SB-R, BSB, BSS oder GS versichert ist. Diese von der Beklagten als "Voraussetzung" bezeichneten Tarife sind rechtlich als aufschiebende Bedingung ([§ 158 Abs. 1 BGB](#)) für das Zustandekommen des Vertrages zu werten. Die Beklagte hat hiermit zum Ausdruck gebracht, dass der Vertrag nur Rechtswirkungen entfalten soll, wenn einer der vorbezeichneten Tarife bei ihr versichert ist. Die Annahme einer auflösenden Bedingung ([§ 158 Abs. 2 BGB](#)) wird dem nicht gerecht. Danach würde der Vertrag zunächst wirksam werden, die Bedingung allerdings niemals eintreten, wenn der Kläger zu 1) sich nicht nach einem der vorbezeichneten Tarife bei der Beklagten versichern würde. Im Ergebnis bestünde der Pflegeversicherungsvertrag dann unabhängig von der vorbezeichneten Tarifen. Genau dieses wollte die Beklagte nicht, was sie mit ihrer Formulierung "Voraussetzung" hinreichend deutlich gemacht hat. Ergänzend belegt das Schreiben vom 25.11.1994, dass die Beklagte den Vertrag nur unter der Bedingung schließen wollte, dass einer der genannten Tarife bei ihr versichert ist. Hierin hat sie nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich die Versicherungspflicht auf alle Mitglieder einer privaten Krankenversicherung erstreckt, die mit Anspruch auf Erstattung allgemeiner Krankenhausleistungen versichert sind. Die Tarife, nach denen die Kläger versichert sind, zählen dazu nicht.

Nichts anderes kann daraus hergeleitet werden, dass die Beklagte dem Schreiben vom 25.11.1994 einen Versicherungsschein beigefügt hat. Hierin sind zwar die von der Beklagten in den genannten Schreiben aufgestellten Bedingungen nicht nochmals aufgeführt. Dies bedeutet allerdings nicht, dass nunmehr allein der Inhalt des Versicherungsscheines maßgeblich wäre und die Beklagte ihre Bedingung zurückgenommen hätte. Das wäre schon deswegen sinnwidrig, weil sich die Funktion des Versicherungsscheines darauf beschränkt zu dokumentieren, dass eine Versicherung nach einem bestimmten Tarif besteht. Es handelt sich um eine Urkunde über einen zustande gekommenen Vertrag und damit einen Beweisurkunde (Prölls/Martin, VVG, 26. Auflage, § 3 Rdn. 45), also ein Legitimationspapier im Sinn des [§ 808 Abs. 1 BGB](#) (OLG Hamm vom 24.2.1995 - [20 U 319/94 - NJW-RR 95, 1434](#)). Wie der dem zugrundeliegende Vertrag zustande gekommen ist und welche Bedingungen ggf. zu erfüllen waren, ist nicht Inhalt eines Versicherungsscheines. Demzufolge steht der "bedingungslose" Versicherungsschein mittelbar unter derselben Bedingung wie das zugrundeliegende Rechtsgeschäft. Kommt m.a.W. der Versicherungsvertrag nicht zustande, weil die aufschiebende Bedingung nicht eintritt, kann der Kläger aus dem notwendig auf einem Vertrag beruhenden Versicherungsschein keine Ansprüche ableiten (vgl. OLG Köln vom 12.12.1994 - [5 U 266/93](#) - in [NJW-RR 95, 1494](#) zum Verfälschen eines Versicherungsscheines). Auch [§ 5 Abs. 1 VVG](#) führt nicht weiter. Hierin ist zwar bestimmt, dass die Abweichung als genehmigt gilt, wenn der Inhalt des Versicherungsscheines von dem Antrag oder den getroffenen Vereinbarung abweicht, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats widerspricht. Indessen kommt dieses Regelung nur zum Zuge, wenn die allgemeinen bürgerlich-rechtlichen Voraussetzungen eines Vertragsschlusses erfüllt sind (Prölls/Martin aaO § 5 Rdn 2).

Angesichts dieser Rechtslage kann dahinstehen, ob der Vertrag entsprechend der Auffassung des Sozialgerichts auch unter der - eingetretenen - auflösenden Bedingung steht, dass keine andere Pflegepflichtversicherung zugunsten des Klägers zu 1) besteht.

Das unter einer aufschiebenden Bedingung stehende Angebot der Beklagten auf Abschluß eines Pflegeversicherungsvertrags hat der Kläger zu 1) nicht ausdrücklich angenommen. Ob er das Angebot durch Schweigen, Entgegennahme des Versicherungsscheines, Gewährenlassen der Abbuchung oder durch Geltendmachung der vermeintlich geschuldeten Leistung "Pflegegeld" angenommen hat (hierzu SG Koblenz in [NZS 1999, 89, 90](#) mit Anmerkung von Traupe), kann dahinstehen. Denn der Kläger zu 1) konnte das Angebot der Beklagten, wenn er es nicht ablehnen wollte, nur in der angebotenen Form wirksam annehmen ([§ 150 Abs. 2 BGB](#)). Damit stand das zwischen dem Kläger zu 1) und der Beklagten geschlossene Rechtsgeschäft unter der im Angebot der Beklagten enthaltenen aufschiebenden Bedingung und hätte Rechtswirkungen erst bei Eintritt dieser Bedingung entfalten können ([§ 158 Abs. 1 BGB](#)).

Die Bedingung, dass der Kläger zu 1) bei der Beklagten gegen das Risiko der Krankheit mit Anspruch auf Erstattung allgemeiner Krankenhausleistungen versichert ist, war und ist jedoch nicht erfüllt. Zutreffend hat das SG ausgeführt, dass die Kläger lediglich einen Anspruch auf Wahlleistungen und keinen Anspruch auf medizinische Grundversorgung im Sinn allgemeiner Krankenhausleistungen haben. Die zwischen der Beklagten und dem Kläger zu 1) bestehenden Krankheitskostenversicherungsverträge nach den Tarifen SB-W 30 und SB-W 20 V sowie die Anwartschaftsversicherung auf Tarif SB-R 30 geben bereits nach dem Wortlaut der AVB, die Vertragsinhalt sind, keinen Anspruch auf Erstattung allgemeiner Krankenhausleistungen. So heißt es in der AVB zum SB-W-Tarif ausdrücklich: "Nicht erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen". Diese Formulierung ist im hier interessierenden Zusammenhang eindeutig und insoweit nicht auslegungsbedürftig (Palandt, BGB, 50. Auflage, § 133 Rdn. 5 mwN). Zu klären bleibt allein, was rechtlich unter allgemeinen Krankenhausleistungen zu verstehen ist. Hierzu bestimmt § 2 Abs. 2 BPfIV, dass allgemeine Krankenhausleistungen solche Krankenhausleistungen sind, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Wahlleistungen erfassen hingegen die zusätzlich möglichen, gesondert berechenbaren Leistungen wie Unterkunft im Einbett- oder Zweibettzimmer und sonstige gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen (Ziffer 11 AVB des SB-W-Tarifs). Wahlleistungen sind sonach solche Leistungen, die über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen (LG Bremen in [NJW 1986, 785](#) ff; zur Abgrenzung vgl. auch Hanau in MedR 1992, 18 ff). Ausnahmsweise wird die Wahlleistung zur allgemeinen Krankenhausbehandlung, wenn eine an sich als Wahlleistung zu erbringende Krankenhausleistung als medizinisch notwendige Behandlung zu erbringen ist (vgl. BSG vom 02.03.1983 - [9a RV 19/82](#) -). Darum geht es hier indessen nicht. Damit ist die Rechtslage eindeutig. Wahlleistungen sind grundsätzlich keine allgemeinen Krankenhausleistungen. Die Kläger haben Wahlleistungen und keine allgemeinen Krankenhausleistungen versichert.

Soweit der Kläger die Auffassung vertritt, es sei eindeutig, dass jede ärztliche Leistung, also auch die des Stations- oder Oberarztes, der Erstattungspflicht der Beklagten unterliege, trifft dies nicht zu. Über den Tarif SB - W 30 sind ausdrücklich nicht erfaßt allgemeine Krankenhausleistungen. Hiermit wird deutlich zum Ausdruck gebracht, dass Wahlleistungen im Sinn des Tarifs SB -W 30 ein Zusatz zu den allgemein Krankenhausleistungen sind. Verzichten die Kläger zB auf die Inanspruchnahme zB der chefärztlichen Behandlung und lassen sie sich statt dessen durch einen Stationsarzt behandeln, so ist diese Leistung durch den Tarif SB - W 30 nicht gedeckt. Hierdurch ist nur das "Mehr" gegenüber der Wahlleistung versichert und nicht gleichzeitig auch die allgemeine Krankenhausleistung. Nimmt mithin der Kläger allgemeine Krankenhausleistungen in Anspruch, ist nicht die Leistungspflicht der Beklagten sondern die der Beigeladenen aufgrund freiwilliger Krankenversicherung gegeben.

Die aufschiebende Bedingung ist mithin nicht eingetreten und der Vertrag mit der Beklagten weiterhin nicht rechtswirksam geworden.

2. Hilfsantrag

Einen Anspruch auf Abschluß eines Pflegeversicherungsertrages mit der Beklagten haben die Kläger nicht. Der den privaten Versicherungsunternehmen gem. [§ 110 SGB XI](#) auferlegte Kontrahierungszwang bezieht sich auf die in § 22 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 versicherungspflichtigen Personen sowie auf Personen, die sie nach Art. 41 PflegeVG von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen. Die Kläger sind dem nicht zuzuordnen. § 22 erfaßt die freiwilligen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die auf Antrag von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit werden, wenn sie einen den Anforderungen des [§ 23 Abs. 1 SGB XI](#) entsprechenden Versicherungsschutz bei einem privaten Versicherungsunternehmen nachweisen. Das ist nicht der Fall. Die Kläger sind - wie dargestellt - bei der Beklagten nicht mit einem Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert. Auch die Voraussetzungen des [§ 110 Abs. 1 iVm § 23 Abs. 1, 3 und 4 SGB XI](#) sind nicht erfüllt. Insoweit nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des sozialgerichtlichen Urteils Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend ist anzumerken, dass von der Versicherungspflicht nur Personen mit einer privaten Krankheitskostenvollversicherung erfaßt werden. Dies soll nicht bedeuten, dass nur private Krankenversicherungsverträge mit einer umfassenden Absicherung des Krankheitsrisikos gemeint sind. Andererseits kommt eine Anbindung der Versicherungspflicht an eine Zusatz- oder Reisekrankenversicherung nicht in Betracht. Der private Krankenversicherungsvertrag muß als Mindeststandard einen Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen enthalten (Udsching, SGB XI, § 23 Rdn. 5). Daran allerdings fehlt es, denn nach Tarif SB-W Ziffer 11 werden Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinn der BPfIV 85 nicht erstattet. Dass die Kläger sich nach Art. 41 PflegeVG von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen, ist weder ersichtlich noch behauptet worden. Der Umstand, dass ggf. bestimmte Leistungen nach dem SGB XI von der Beihilfe nicht übernommen werden, rechtfertigt keine andere Beurteilung und begründet insbesondere keine Versicherungspflicht nach [§ 23 SGB XI](#).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#).

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor. Der Rechtsstreit hat keine grundsätzliche Bedeutung ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)). Wesentlich für die Entscheidung des Senats war die einzelfallbezogene Frage, ob und ggf. mit welchem Inhalt ein Pflegeversicherungsvertrag zustandegekommen ist. Die entscheidungserhebliche Klärung des Begriffs "Wahlleistung" ist angesichts langjähriger Rechtsprechung nicht mehr revisionsbedürftig.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-08