

OLG Celle: Beratungspflicht bei Wechsel von PKV in GKV

Urteil vom 7.2.2008 – 8 U 189/07, rkr.

Den für einen privaten Krankenversicherer handelnden Agenten trifft beim Abschluss eines Krankheitskostenversicherungsvertrages für den Versicherungsnehmer und dessen Familienangehörige grundsätzlich keine Pflicht, diesen ungefragt und umfassend über die Vor- und Nachteile zu beraten, die sich aus dem Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung ergeben können, insbesondere soweit sich Änderungen aus der Familienplanung oder der Absicht der Ehefrau zur Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit oder zur Betreuung der Kinder ergeben. Anderes kommt nur in Betracht, wenn im Einzelfall ein besonderes Auskunfts- oder Beratungsbedürfnis erkennbar ist oder wenn konkrete Vergleichsberechnungen bezüglich der künftigen Kosten in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung aufgestellt werden.

(LG Hannover - 2 O 256/06)

Aus den Gründen:

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet.

1. Die Berufung ist als zulässig anzusehen. Insbesondere genügt die Berufungsbegründung den Anforderungen des § 520 Abs. 3 ZPO. Hiernach müssen u.a. die Umstände bezeichnet werden, aus denen sich die Rechtsverletzung und deren Erheblichkeit für die angefochtene Entscheidung ergibt (Nr. 2) und/oder die konkreten Anhaltspunkte bezeichnet werden, die Zweifel an der Richtigkeit und Vollständigkeit der Tatsachenfeststellungen im angefochtenen Urteil begründen und deshalb eine erneute Feststellung gebieten (Nr. 3). Hier hat der Kläger zwar nicht zwischen diesen beiden Aspekten differenziert und auch nicht ausdrücklich Rechtsfehler aufgezeigt oder dargelegt, warum Zweifel an der Richtigkeit der Tatsachenfeststellung bestehen. Aus dem Gesamtinhalt der Berufungsbegründung lässt sich jedoch entnehmen, dass der Kläger eine Unvollständigkeit und Unrichtigkeit der Würdigung der Beweisaufnahme rügt, weil das LG Aussagen der Zeugin L. sowie Angaben des Beklagten zu 1) gar nicht oder fehlerhaft gewürdigt habe, Parteivortrag übergangen wurde sowie die Beweiswürdigung widersprüchlich und unvollständig ist sowie Denkgesetzen zuwiderläuft. Das reicht für die Anforderungen an eine Berufungsbegründung noch aus, weil hierdurch Rechtsfehler bei der Beweiswürdigung aufgezeigt werden (vgl. Zöller – Gummer, ZPO, 26. Aufl., § 546 Rz. 13).

2. Die Berufung ist indessen unbegründet. Das angefochtene Urteil beruht weder auf einem Rechtsfehler (§ 513 Abs. 1, Alt. 1, § 546 ZPO) noch rechtfertigen die nach § 529 ZPO zugrunde zulegenden Tatsachen eine andere Entscheidung (§ 513 Abs. 1, Alt. 2 ZPO). Dem Kläger steht gem. § 280 Abs. 1, § 311 Abs. 2 BGB kein Anspruch auf Schadensersatz wegen fehlerhafter Beratung anlässlich des Wechsels von ihm und seiner Familie von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung gegen die Beklagte zu. Insoweit fehlt es an einer schuldhaften Verletzung einer Beratungspflicht (zu a). Der Beklagte zu 1) ist darüber hinaus persönlich nicht passivlegitimiert (zu b). Ferner ist ein schlüssig dargelegter Schaden nicht ersichtlich (zu c).

a) Es fehlt bereits an der schuldhaften Verletzung einer Beratungspflicht.

aa) Die Beklagte zu 2), die sich das Verhalten des Beklagten zu 1) gem. § 278 BGB zurechnen lassen muss, schuldete dem Kläger zunächst keine generelle Beratung dahingehend, ob für ihn und seine Familie der Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung wirtschaftlich sinnvoll und sachgerecht ist oder nicht.

Die Aufklärungs- und Belehrungspflicht des Agenten bzw. des hinter ihm stehenden Versicherers besteht nämlich nicht darin, von sich aus über alle Einzelheiten des Deckungsumfangs oder Bedingungen des Vertrages aufzuklären (OLG Köln v. 19.9.1995 – 9 U 50/94, VersR 1996, 1265). Er kann sich auf die Erläuterung derjenigen Punkte beschränken, die für den Abschluss dieses Vertrages üblicherweise von wesentlicher Bedeutung sind (Prölss/Martin, VVG, 27. Aufl., § 43 Rz. 33, 36). Eine weitergehende Auskunfts- und Beratungspflicht trifft ihn nur dann, wenn im Einzelfall besondere Umstände hinzukommen (OLG Köln, Prölss/Martin, a.a.O.). Hierbei kommt es auf das Auskunfts- und Beratungsbedürfnis des Antragstellers an. Derartige besondere Umstände können vorliegen, wenn der Antragsteller durch Fragen oder auf sonstige Weise seinen Wunsch nach weitergehender Beratung konkret zum Ausdruck bringt, wenn er sich für den Agenten erkennbar falsche Vorstellungen über Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes macht, der Agent wegen der Komplexität der Materie mit Missverständnissen rechnen muss, der Versicherer gerade zur Klärung einer schwierigen Frage dem Antragsteller einen sachkundigen Mitarbeiter zur Verfügung stellt oder der Agent von sich aus weitere Beratung angeboten hat. In jedem Fall müssen die vom Agenten tatsächlich erteilten Auskünfte oder Ratschläge inhaltlich richtig sein (BGH v. 18.12.1991 – IV ZR 299/90, MDR 1992, 232 = VersR 1992, 217).

Hieraus folgt, dass es grundsätzlich zunächst Aufgabe des Klägers war, darüber zu entscheiden, ob er von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung wechselt. Er muss sich selbst die erforderlichen Informationen verschaffen, um die Leistungen und Beiträge in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung miteinander zu vergleichen. Das kann hinsichtlich der gesetzlichen Krankenversicherung durch entsprechende Auskünfte der gesetzlichen Krankenkassen oder von Fachleuten für Sozialversicherungsrecht erfolgen, hinsichtlich der privaten Krankenversicherung durch Einholung entsprechender Angebote. Ist ihm ein Vergleich der beiden Systeme miteinander mangels eigener Sachkunde nicht möglich, so muss er sich an unabhängige Finanz- oder Versicherungsberater wenden. Das ist der Beklagte zu 1) auch für ihn erkennbar gerade nicht gewesen. Er ist Mitarbeiter der Beklagten zu 2) und deshalb naturgemäß an der Vermittlung von privaten Krankenversicherungen interessiert.

Von ihm kann nicht verlangt werden, dass er den Kläger umfassend über sämtliche Vor- und Nachteile der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung im Vergleich informiert. Das ist weder seine Aufgabe noch kann bei ihm, soweit es um die gesetzliche Krankenversicherung geht, eine genaue Kenntnis der dort geltenden Bestimmungen erwartet werden. Die Beklagten sind nicht unabhängige Finanzberater des Klägers, die ihn grundsätzlich über den finanziellen Sinn und die wirtschaftlichen Risiken eines Wechsels in die private Krankenversicherung zu beraten hätten. Ein Versicherungsvermittler ist insoweit auch nicht verpflichtet, den Versicherungsnehmer bei Neuabschluss eines Vertrages über die Höhe seiner finanziellen Belastung zu beraten, wenn sich die Höhe der Beiträge unschwer aus den vorliegenden Unterlagen entnehmen lässt (OLG Frankfurt v. 5.9.2001 – 7 U 29/01, VersR 2001, 1542).

bb) Es liegen vorliegend auch keine der o.g. Ausnahmetatbestände vor, die eine Aufklärungspflichtverletzung der Beklagte begründen könnten. Das käme hier nur in Betracht bei fehlerhafter Beratung der Beklagten hinsichtlich der Beitragshöhe und eine mögliche Kostenersparnis des Klägers (zu (1)) oder bei falschen Auskünften im Hinblick auf die Versicherungsverhältnisse der Ehefrau des Klägers (zu 2)).

(1) Zunächst steht nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht fest, dass der Beklagte zu 1) den Kläger mit irreführenden und falschen Angaben im Hinblick auf eine mögliche Kostenersparnis zum Abschluss des Vertrages über die private Krankenversicherung veranlasst hätte. Der Kläger wusste bei Abschluss des Vertrages zum 1.12.2003 anhand des von ihm gestellten Antrages, welche finanziellen Belastungen auf ihn zukamen, da er in der privaten Krankenversicherung sich selbst und seine beiden Kinder jeweils einzeln mit eigenständigen Beiträgen versichern musste. Das konnte er mit den Kosten vergleichen, die er bisher in der gesetzlichen Krankenversicherung, die als Familienversicherung ausgestaltet ist, aufzuwenden hatte. Infolgedessen kann es dem Kläger schon nach seiner eigener Schadensberechnung (Bl. 5 d.A.) kaum verborgen geblieben sein, dass die Kosten bei der Beklagten im Dezember 2003 (noch ohne die Ehefrau) bei 730,03 € lagen, in der gesetzlichen Krankenversicherung dagegen nur 501,66 € angefallen wären. Ferner wird es dem Kläger nicht unbekannt gewesen sein, dass er in der privaten Krankenversicherung einen festen absoluten Betrag in Euro je zu versichernder Person zu zahlen hat, während in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Prozentsatz vom Einkommen zu zahlen ist, so dass sich der Abschluss einer privaten Versicherung um so mehr lohnt, je höher der Verdienst ist.

Ein Beratungsverschulden des Beklagten zu 1) käme deshalb nur dann in Betracht, wenn dieser falsche Angaben zur Beitragshöhe gemacht hätte oder der Kläger den Wechsel zur privaten Krankenversicherung ausschließlich vornehmen wollte, um Kosten ggü. der gesetzlichen Krankenversicherung zu sparen und der Beklagte zu 1) ihm das als sicher zugesagt hätte. Das steht nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme und der Anhörung des Beklagten zu 1) indessen gerade nicht fest. Zwar ging die Initiative zum Wechsel des Klägers von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung vom Beklagten zu 1) aus. Die Zeugin L. hat hierzu ausgesagt, der Beklagte zu 1) habe erklärt, die private Krankenversicherung sei günstiger. Im weiteren Verlauf der Vernehmung hat sie das dann dahin eingeschränkt, der Beklagte zu 1) habe erklärt, eine private Krankenversicherung sei vielleicht günstiger und ihr Mann solle sich das überlegen. Hierbei sei auch über die Möglichkeit einer Beitragsrückerstattung gesprochen worden, wenn keine Arztrechnungen eingereicht

würden. Ferner habe er als „Sahnebonbon“ noch darüber gesprochen, dass die Leistungen aus der privaten Krankenversicherung wegen Chefarztbehandlung und Einbettzimmer besser seien. Eine Vergleichsrechnung habe der Beklagte zu 1) bei diesem einzigen persönlichen Gespräch nicht vorgenommen. Um beim Abschluss ihrer privaten Versicherung den Beitrag aufzufangen, sei dann die private Versicherung derart zurückgeschraubt worden, dass sie keine Chefarztbehandlung und kein Einbettzimmer mehr gehabt hätten. Der Kläger hat diese Angaben seiner Ehefrau als richtig bestätigt. Diese Angaben der Zeugin werden ferner bestätigt durch die Bekundungen des Beklagten zu 1). Er hat erklärt, er habe den Kläger auf die Vorteile der privaten Krankenversicherung hingewiesen, insbesondere die Beitragsrückerstattung. Ferner habe er darauf hingewiesen, dass die Kinder mitversichert werden müssten. Als das zweite Kind geboren wurde, seien dann Chefarztbehandlung und Einbettzimmer aus der Versicherung herausgenommen worden. Auch habe er ggü. der Zeugin L. erklärt, dass das zweite Kind, wenn es da ist, auch privat über den Kläger versichert wäre.

Von einer fehlerhaften Beratung im Hinblick auf die Kosten kann somit nicht gesprochen werden. Der Beklagte zu 1) hat bei dem ersten und einzigen persönlichen Gespräch Anfang 2003 ggü. dem Kläger gerade keine Vergleichsrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung aufgemacht. Er hat vielmehr erst anschließend dem Kläger ein schriftliches Angebot zukommen lassen. Der Kläger hatte dann, da ohnehin noch die Kündigungsfrist in der gesetzlichen Krankenkasse abgewartet werden sollte, hinreichend Zeit, um sich bis zur formalen Antragsaufnahme zu überlegen, ob die gesetzliche oder die private Krankenversicherung für ihn günstiger ist. Hierbei wusste er auch, dass Kinder über ihn gesondert versichert werden müssen, so dass auch nach der Geburt des zweiten Kindes für dieses ein gesonderter Beitrag anzusetzen war. Der Kläger konnte mithin, da er sein bisheriges Einkommen kannte, selbst vergleichen, ob die private Krankenversicherung, in der er zunächst sich und seine beiden Kinder getrennt zu versichern hatte, günstiger ist oder die gesetzliche Krankenversicherung als Familienversicherung. Hierbei konnte es auch dem Kläger nicht verborgen bleiben, dass ein reiner Zahlenvergleich nur schwer möglich ist, da in der gesetzlichen Versicherung der zu zahlende Betrag je nach Höhe des Einkommens, welches auch beim Kläger nicht immer gleichbleibend war, schwankt, und es in der privaten Krankenversicherung auf die Anzahl der zu versichernden Personen ankommt. Bei der privaten Krankenversicherung konnte im Vorwege auch nicht sicher festgestellt werden, ob es einmal zu Beitragserstattungen kommen würde. Auch war dem Kläger beim zunächst erfolgten Abschluss des Vertrages bekannt, dass er durch Chefarztbehandlung und Einbettzimmer höherwertige Leistungen erhielt als in der gesetzlichen Krankenversicherung.

(2) Auch im Hinblick auf die Situation der Ehefrau im März 2003 und im April 2004 liegt nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme keine Falschberatung vor. Soweit es zunächst um das erste Gespräch Anfang 2003 geht, kommt eine Falschberatung schon deshalb nicht in Betracht, weil die Ehefrau sich damals nach dem Ende des ersten Erziehungsurlaubs arbeitslos gemeldet hatte und deshalb selbst gesetzlich krankenversichert war. Eines Wechsels in die private Krankenversicherung bedurfte es hier nicht. Dieser war auch nicht Gesprächsthema.

Auch als dem Beklagten zu 1) Anfang März 2003 etwas von der erneuten Schwangerschaft der Ehefrau mitgeteilt wurde, musste er das nicht zum Anlass

nehmen, den Kläger darauf hinzuweisen, dass seine Ehefrau nach der Schwangerschaft, wenn sie nicht wieder arbeiten wolle, nicht mehr gesetzlich krankenversichert sei und sich deshalb ebenfalls privat versichern müsse, was dann bei für die vier Familienmitglieder einzeln zu zahlenden Beiträgen zu einer deutlichen höheren finanziellen Belastung führen würde als ein Verbleib in der gesetzlichen Krankenversicherung in Form der Familienversicherung. Für einen derartigen Hinweis hätte nur dann Anlass bestanden, wenn dem Beklagten zu 1) definitiv erklärt worden wäre, die Ehefrau wolle nach der zweiten Schwangerschaft und nach dem Erziehungsurlaub nicht mehr arbeiten, sondern sich dauerhaft der Versorgung der Kinder widmen. Nur dann bestand die Gefahr, dass mangels Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit der Ehefrau kein Schutz durch eine gesetzliche Krankenversicherung mehr bestand.

Das hat die Beweisaufnahme indessen nicht ergeben. Die Zeugin L. hat angegeben, der Beklagte zu 1) sei unterrichtet worden, als sie das zweite Mal schwanger geworden sei. Er sei darauf hingewiesen worden, dass sie arbeitslos gewesen sei. Nachdem der Beklagte zu 1) erklärt habe, er wolle sich erkundigen, habe er später dann mitgeteilt, der Kläger solle in der gesetzlichen Versicherung bleiben. Die Zeugin hat ferner angegeben, sie habe ggü. dem Beklagten zu 1) nicht gesagt, dass sie nach der Geburt des zweiten Kindes wieder arbeiten werde. Sie sei aufgrund der Beratung des Beklagten zu 1) davon ausgegangen, dass sie in jedem Fall in der gesetzlichen Versicherung bleiben könne, egal, ob sie sich arbeitslos gemeldet hatte oder nicht. Als ihr dann zum 1.4.2004 durch die gesetzliche Krankenversicherung mitgeteilt worden sei, dass das Erziehungsgeld weg falle und sie sich privat versichern müsse, habe der Beklagte zu 1) ihr erklärt, sie solle sich arbeitslos melden, damit sie dann in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben könne. Das sei für sie aber nicht in Betracht gekommen, weil sie niemanden für die Versorgung ihrer kleinen Kinder gehabt habe und deshalb nicht arbeitswillig und -fähig gewesen sei. Schon anhand der eigenen Aussage der Zeugin kann mithin nicht positiv festgestellt werden, dass sie im Frühjahr 2003 nach Beginn ihrer zweiten Schwangerschaft verbindlich ggü. dem Beklagten zu 1) erklärte, sie werde anschließend nicht mehr berufstätig sein. Immerhin war die Ehefrau im Zeitpunkt des Beginns der zweiten Schwangerschaft nach dem Ende des Erziehungsurlaubs für das erste Kind arbeitslos gemeldet. Das kommt aber nur in Betracht, wenn die Ehefrau wieder arbeiten wollte, obwohl ihre Tochter erst etwas mehr als 3 Jahre alt war. Dann durfte der Beklagte zu 1) mangels gegenteiliger Information zunächst davon ausgehen, dass die Ehefrau auch nach der Geburt des zweiten Kindes und dem Erziehungsurlaub wieder arbeiten wolle. Gegenteiliges hätte die Zeugin L. ihm gegenüber ausdrücklich klarstellen müssen. Daran fehlt es indessen bereits nach ihrer Aussage, weil nicht klar ist, ob die Zeugin diesen fehlenden Willen zur Wiederaufnahme der Tätigkeit ggü. dem Beklagten zu 1) äußerte oder ob sie hiervon nur für sich selbst ausging. Sie hat vielmehr nur eine eigene Schlussfolgerung aus den Gesprächen mit dem Beklagten zu 1) gezogen, dass sie in jedem Fall gesetzlich versichert bleiben könne, unabhängig davon, ob sie arbeitslos gemeldet sei oder nicht.

Der Beklagte zu 1) hat überdies angegeben, bereits bei dem ersten Gespräch habe die Zeugin L. betont, dass sie nach dem Ende des Erziehungsurlaubs wieder einer Beschäftigung nachgehen wolle. Auch nach Mitteilung der zweiten Schwangerschaft sei ihm nichts darüber berichtet worden, dass die Zeugin nicht wieder arbeiten wolle. Die Zeugin L. habe ihm vielmehr ausdrücklich erklärt, dass sie auch nach der zweiten

Schwangerschaft wieder arbeiten wolle. Er habe dann, als er von der zweiten Schwangerschaft gehört habe, erklärt, er habe in der Verwandtschaft einen ähnlichen Fall. Er habe dagegen nicht erklärt, sich irgendwie für den Kläger erkundigen zu wollen. Damit steht auch nach den Angaben des Beklagten zu 1) nicht fest, dass dieser bei der Mitteilung der zweiten Schwangerschaft bereits darüber informiert war, dass die Zeugin danach nicht mehr arbeiten wolle. Nur dann hätte für ihn aber Veranlassung bestanden, den Kläger darauf hinzuweisen, dass seine Ehefrau, wenn sie nicht mehr arbeiten wolle und sich auch nicht arbeitslos melde, nicht mehr gesetzlich versichert sei und sich deshalb ebenfalls privat versichern müsse, was dann für alle Familienmitglieder zusammen höhere Kosten verursache als die gesetzliche Krankenversicherung. Demgegenüber war der Beklagte zu 1) nicht verpflichtet, von sich aus den Kläger und seine Ehefrau über alle theoretischen versicherungsrechtlichen Möglichkeiten zu beraten, die sich im Hinblick auf die Familienplanung der Eheleute, die Absicht der Ehefrau wieder zu arbeiten bzw. sich zumindest arbeitslos zu melden oder zunächst die Kinder zu betreuen, ergeben können. Es war deshalb nicht zu beanstanden, wenn er mangels weitergehender Informationen im Frühjahr 2003 der Ehefrau zunächst zutreffend riet, in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bleiben, dem Kläger aber gleichwohl nicht vom Abschluss einer privaten Krankenversicherung für sich und seine beiden Kinder abriet.

Hieran ändert auch der Umstand nichts, ob der Beklagte zu 1) von einem ähnlichen Fall in der Verwandtschaft berichtete und nicht erklärte, sich weiter erkundigen zu wollen, oder ob er sich, wie er später angab, zunächst in der beschriebenen Weise erkundigte. Jedenfalls ist nicht bewiesen, dass dem Beklagten zu 1) bereits in diesem Zeitpunkt bekannt war, dass die Zeugin L. auch nach der zweiten Schwangerschaft nicht mehr arbeiten wollte. Grundsätzlich war es möglich, dass der Kläger und die Kinder sich privat versicherten, die Ehefrau dagegen während der Schwangerschaft und des Erziehungsurlaubs sowie anschließend bei Arbeitslosigkeit bzw. Berufstätigkeit gesetzlich versichert blieb. Dem Beklagten zu 1), der kein Fachmann für die gesetzliche Krankenversicherung ist, musste dagegen nicht bekannt sein, dass, nachdem die Zeugin L. nach der Geburt des zweiten Kindes sechs Monate Erziehungsgeld erhalten würde, dieses dann einschließlich der gesetzlichen Krankenversicherung wegfiel, weil die Zeugin aus vorangegangener Arbeitslosigkeit in den zweiten Erziehungsurlaub eingetreten war. Bezüglich derartiger Spezialfragen aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung traf ihn keine Beratungspflicht. Im Übrigen hätte die Ehefrau des Klägers, wenn sie sich dann arbeitslos gemeldet hätte, immer noch die Möglichkeit gehabt, in der gesetzlichen Versicherung zu bleiben. Dass die Zeugin tatsächlich nicht mehr arbeiten wollte, musste der Beklagte zu 1) dagegen nicht wissen.

Keine Falschberatung liegt schließlich darin, dass auch für die Ehefrau des Klägers im April 2004, nachdem ihr Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung endete, ein privates Versicherungsverhältnis bei der Beklagten begründet wurde. Zunächst musste für die Kläger eine Krankenversicherung begründet werden, nachdem ihre gesetzliche Krankenversicherung ihr mitteilte, mit Wegfall des Erziehungsgeldes ende auch ihr gesetzliche Versicherungspflicht. Um wieder in den Genuss der gesetzlichen Versicherungspflicht zu gelangen, hätte die Ehefrau des Klägers sich deshalb arbeitslos melden müssen. Das hat ihr der Beklagte zu 1) auch zutreffend geraten. Dies wollte sie aber nicht, da sie sich weiter um ihre Kinder kümmern wollte und deshalb der Arbeitsvermittlung nicht zur

Verfügung stand. Wenn die Zeugin sich dann bei der Beklagten zu 2) privat krankenversichern ließ, ist nicht ersichtlich, warum dies auf einem Beratungsverschulden des Beklagten zu 1) beruhen sollte. Soweit der Kläger meint, der Beklagte zu 1) hätte ihr raten müssen, sich freiwillig (privat) gesetzlich zu versichern, damit sie auch nach der Kinderbetreuung im Falle der Arbeitslosigkeit gesetzlich krankenversichert sei, ist zunächst schon überhaupt nicht ersichtlich, dass hier dann geringere Prämien für die Ehefrau des Klägers angefallen wären als bei der privaten Versicherung. Soweit es um die Rückkehrmöglichkeit in die gesetzliche Versicherung geht, wäre die Ehefrau ohnehin pflichtversichert, wenn sie wieder berufstätig wird. Allenfalls für den Fall der Arbeitslosmeldung wäre hier eine weitere gesetzliche Versicherungspflicht in Betracht gekommen.

Hierüber musste der Beklagte zu 1) aber nicht mehr gesondert aufklären. Welche Möglichkeit einer Weiterversicherung in der gesetzlichen Kasse bestand, hätte die Ehefrau des Klägers bei ihrer bisherigen gesetzlichen Kasse in Erfahrung bringen müssen, als ihr dort am 1.4.2004 der Wegfall der gesetzlichen Pflichtversicherung mitgeteilt wurde. Die Möglichkeiten einer Weiterversicherung in der gesetzlichen Kasse aufzuzeigen, war demgegenüber nicht Aufgabe des Beklagten zu 1), der auch für den Kläger erkennbar kein unabhängiger Finanzberater, sondern ein Vermittler von Produkten der Beklagten zu 2) ist. Über eine derartige freiwillige Weiterversicherung in der gesetzlichen Kasse ist zwischen den Parteien auch zu keinem Zeitpunkt gesprochen worden. Der Beklagte zu 1) hat angegeben, der Kläger habe ihm lediglich mitgeteilt, die Mitgliedschaft seiner Ehefrau ende wegen des Ablaufs des Erziehungsurlaubs. Der Kläger habe deshalb gefragt, ob seine Ehefrau auch bei der Beklagten zu 2) versichert sein könne. Als er dies bejaht habe, habe der Kläger erklärt, dann habe er bei der Beklagten zu 2) alles unter einem Hut.

Der Beklagte zu 1) hat ferner bekundet, er sei immer davon ausgegangen, die Ehefrau des Klägers wolle wieder eine versicherungspflichtige Tätigkeit aufnehmen. Dann wäre sie ohnehin gesetzlich versichert gewesen. Wollte die Ehefrau dagegen gar nicht arbeiten und sich nur um die Kinder kümmern, konnte sie sich nicht arbeitslos melden und deshalb nicht gesetzlich versichert werden. Es verbleibt mithin nur der Zeitraum, in dem die Ehefrau wieder arbeiten will, sich arbeitslos meldet, aber noch keine Beschäftigung vermittelt bekommen hat. Hier muss sie dann die Beiträge bei der Beklagten zu 2) zahlen, während sie ansonsten gesetzlich versichert wäre. Hierüber musste der Beklagte zu 1), dessen Aufgabe es nicht war, ohne konkrete Informationen des Klägers und seiner Ehefrau jede Eventualität der Lebensplanung und der Versicherungsmöglichkeiten zu bedenken, aber nicht gesondert aufklären. I. ü. steht das Vorbringen des Klägers zu einer angeblichen Pflichtverletzung im Widerspruch zu seinem weiteren Vortrag, seine Ehefrau habe nach dem Ende der Erziehungszeit für das zweite Kind gar nicht die Absicht gehabt, wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen, und hätte deshalb der Arbeitsvermittlung ohnehin langfristig nicht zur Verfügung gestanden. Dann konnte sie sich aber ohnehin nicht arbeitslos melden und es kam nur eine private Krankenversicherung in Betracht.

b) Unabhängig vom fehlenden Beratungsverschulden ist der Beklagte zu 1), der lediglich die mit der Beklagten zu 2) wirksam zustande gekommenen Verträgen vermittelt hat, ohnehin nicht passivlegitimiert. Vertragspartner des Klägers ist alleine die Beklagte zu 2), die sich das Verhalten des Beklagten zu 1) zurechnen lassen muss. Eine Eigenhaftung des Beklagten zu 1) als Vertreter aus Verschulden bei

Vertragsschluss scheidet aus. Die Ausnahmen für eine persönliche Haftung liegen nicht vor. Diese kommt zum einen in Betracht, wenn der Vertreter ein besonderes wirtschaftliches Interesse am Zustandekommen des Vertrages hat (BGH v. 17.6.1991 – II ZR 171/90, MDR 1992, 232 = VersR 1991, 1052; OLG Koblenz v. 25.7.1997 – 10 U 737/96, VersR 1998, 311). Ein nur mittelbares wirtschaftliches Interesse wie das Provisionsinteresse eines Vermittlers reicht indessen nicht aus (BGH, OLG Koblenz, a.a.O.). Vielmehr muss der Handelnde gleichsam in eigener Sache tätig werden und als wirtschaftlicher Herr des Geschäfts anzusehen sein. Das ist hier nicht der Fall.

Eine persönliche Haftung kommt ferner in Betracht, wenn der Vertreter in besonderem Maß persönliches Vertrauen in Anspruch genommen hat (je a.a.O.). Hierfür ist es nicht ausreichend, dass der Vertragspartner dem Verhandelnden besonderes Vertrauen entgegenbringt, sondern das Vertrauen muss seitens des Verhandelnden in Anspruch genommen werden. Hierzu reicht der allgemeine Hinweis auf die eigene Sachkunde nicht aus. Der Vertreter muss vielmehr eine zusätzliche, von ihm persönlich ausgehende Gewähr für die Seriosität und die Erfüllung des Geschäfts bieten. Bei Angestellten und Versicherungsagenten liegen diese besonderen Voraussetzungen in der Regel nicht vor (je a.a.O.). Infolgedessen reicht es hier für eine Eigenhaftung nicht aus, dass der Kläger den Beklagten zu 1) bereits seit langen Jahren als Versicherungsagenten kannte und bei ihm bereits mehrere Versicherungen abgeschlossen hatte.

c) Der Kläger hat schließlich auch einen Schaden nicht mit Substanz dargelegt. Hierbei können nicht isoliert die Beiträge in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung gegenübergestellt werden, da es wegen der grundsätzlichen Verschiedenartigkeit beider Systeme an der Vergleichbarkeit fehlt. So haben Privatpatienten beispielsweise das Recht auf freie Arztwahl und sind von Leistungskürzungen, Zuzahlungen, Praxisgebühren etc. nicht betroffen. Ferner können Beitragserstattungen in Betracht kommen. Der Umfang der Leistungen ist deshalb nicht derselbe. Soweit der Kläger behauptet, bei Vertragsschluss seien alle üblichen Vorteile der privaten Krankenversicherung herausgenommen worden und die Versorgung sei qualitativ nicht besser als in der gesetzlichen Krankenversicherung, fehlt diesem Vortrag die hinreichende Substanz. Der Kläger hätte im Einzelnen darlegen müssen, welchen konkreten Leistungsinhalt die einzelnen Tarife haben und warum sie jeweils nur das Bild der gesetzlichen Krankenversicherung abdecken. Jedenfalls anfangs war das unstrittig auch gar nicht der Fall, da der Kläger zunächst auch Chefarztbehandlung und Einzelzimmer versichert hatte.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO. Der Ausspruch über die vorläufige Vollstreckbarkeit richtet sich nach § 708 Nr. 10, § 713 ZPO.

Die Revision wird nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO nicht vorliegen.