Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
5C.134/2004 /bnm

Urteil vom 1. Oktober 2004
II. Zivilabteilung

Besetzung
Bundesrichter Raselli, Präsident,
Bundesrichterin Escher, Bundesrichter Meyer,
Bundesrichterin Hohl, Bundesrichter Marazzi,
Gerichtsschreiber Möckli.

Parteien
X._____,
Berufungsklägerin,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Jost Gross,

gegen

Versicherung Y._____, Rechtsdienst,
Berufungsbeklagte.

Gegenstand
Forderung aus Zusatzversicherung,

Berufung gegen das Urteil des Sozialversicherungs-gerichts des Kantons Zürich, II. Kammer, vom 4. Mai 2004.

Sachverhalt:
A.
X._____, geboren 1950, ist bei der Versicherung Y._____ sowohl grund- als auch zusatzversichert (u.a. Spitalzusatzversicherung PE 1 für die private Abteilung mit Unfalldeckung).

Am 14. April 2002 wurde sie nach der Einnahme von rund 40 Miligramm Temesta und etwa 20 Tabletten Nardyl ins Universitätsspital A._____ eingeliefert und am 15. April 2002 in die Psychiatrische Privatklinik Sanatorium B._____ überwiesen, wo sie bis zum 26. April 2002 behandelt wurde.

Mit dem Diagnosecode 290 (senile und präsenile organische Psychose) verlangte die Privatklinik B._____ am 16. April 2002 bei der Versicherung Y._____ Kostengutsprache für die private Abteilung. Mit Schreiben vom 22. April 2002 wurde diese erteilt unter dem Vorbehalt, dass es sich um eine Pflichtleistung handle. Zudem verlangte die Versicherung Y._____ einen ausführlichen Bericht. Nachdem dieser eingetroffen war, änderte sie ihre Kostengutsprache am 10. Mai 2002 dahingehend, dass sie lediglich die Kosten für die Behandlung in der allgemeinen Abteilung übernehme. Sie berief sich dabei auf ihre allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), die in Art. 31 Ziff. 1 u.a. für die folgenden Fälle einen Deckungsausschluss enthalten:
Krankheiten und Unfälle, die in Zusammenhang mit nachstehenden Ereignisse auftreten, sind von der Versicherung ausgeschlossen:
...
- Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch;
- versuchte oder vollendete Selbsttötung oder Selbstverstümmelung.
B.
Mit Klage vom 5. August 2003 verlangte X._____ die Bezahlung der Mehrkosten für die private Abteilung

von Fr. 15'672.25 durch die Versicherung Y._____ sowie die Feststellung, dass sie im Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung in der Vergangenheit und in Zukunft Anspruch auf alle Leistungen aus ihrer Spitalzusatzversicherung habe. Mit Urteil vom 4. Mai 2004 wies die Einzelrichterin der II. Kammer des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich die Klage ab.
C.
Gegen dieses Urteil hat X._____ am 11. Juni 2004 Berufung erhoben, im Wesentlichen mit den Begehren um Verurteilung der Versicherung Y._____ zu Fr. 15'672.25 und um Feststellung eines umfassenden Leistungsanspruches aus der Privatversicherung in Bezug auf ihre psychische Erkrankung, eventualiter um Rückweisung der Sache zur Aktenergänzung und neuen Entscheidung. In ihrer Berufungsantwort vom 22. Juli 2004 hat die Versicherung Y._____ auf Abweisung der Berufung geschlossen.

Das Bundesgericht zieht in Erwägung:
1.
Nach Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) unterliegen Zusatzversicherungen, welche die Krankenkassen neben der sozialen Krankenversicherung anbieten, dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1); Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 124 III 44 E. 1a/aa). Der Streitwert übersteigt Fr. 8'000.– und der angefochtene Entscheid kann mit keinem ordentlichen kantonalen Rechtsmittel angefochten werden. Damit sind alle Berufungsvoraussetzungen erfüllt (Art. 43, 46 und 48 OG) und auf die Berufung ist im Grundsatz einzutreten.

Unzulässig ist jedoch das allgemeine Begehren der Klägerin um Feststellung eines Leistungsanspruches im Zusammenhang mit ihren psychischen Problemen. Die Rechtsverbindlichkeit der Spitalzusatzversicherung ist von der Beklagten nie angezweifelt worden, und für den Fall, dass diese die Übernahme anderer, vorliegend nicht Streitgegenstand bildender ärztlicher Leistungen oder Spitalaufenthalte verweigern sollte, würde der Klägerin jederzeit die Leistungsklage offen stehen. Insofern fehlt ihr ein rechtliches und aktuelles Interesse an sofortiger Feststellung (BGE 97 II 371 E. 2 S. 375; 123 III 49 E. 1a S. 51; Vogel, Grundriss des Zivilprozessrechts, 7. Aufl., Bern 2001, S. 195, N. 26 ff.; Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Aufl., Bern 1984, S. 106).
2.
Die Klägerin macht vorab eine Verletzung bundesrechtlicher Beweisvorschriften geltend.
2.1 Konkret rügt sie eine Verletzung von Art. 47 Abs. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG; SR 961.01), der das kantonale Gericht verpflichtet, den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Es sei unklar, wer auf dem Gesuch um Kostengutsprache vom 16. April 2002 den handschriftlichen Diagnosecode 290 (senile und präsenile organische Psychose) angebracht habe. Als relevanter erscheine jedoch, dass der ärztliche Bericht der Universitätsklinik A._____ vom 15. April 2002 die richtige Diagnose "aktuelle Intoxikation und schweres depressives Zustandsbild, anhaltende Suizidalität" enthalte und anzunehmen sei, dass dieser Bericht der Versicherung Y._____ im Zeitpunkt ihrer Kostengutsprache vorgelegen habe. Davon ausgehend, wäre jedoch erwiesen, dass der Vorbehalt in der Kostengutsprache vom 22. April 2002 gegen Treu und Glauben verstossen habe.
2.2 Art. 47 Abs. 2 VAG, der die kantonalen Gerichte verpflichtet, für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen, ist von der entsprechenden Regelung für Mietstreitigkeiten (Art. 274d Abs. 3 OR) und die arbeitsrechtlichen Streitigkeiten bis Fr. 30'000.– (Art. 343 Abs. 4 OR) inspiriert (BGE 127 III 421 E. 2 S. 424).

Demnach wird in Art. 47 Abs. 2 VAG aus sozialpolitischen Motiven die Untersuchungsmaxime statuiert, bei der die staatliche Fürsorge bei der Stoffsammlung im Vordergrund steht (vgl. dazu Brönnimann, Gedanken zur Untersuchungsmaxime, in: ZBJV 1990, S. 329 ff., insb. S. 345 f.; BGE 125 III 231 E. 4a S. 238). Dies hat zur Folge, dass der Richter nicht an die Beweisanträge der Parteien gebunden ist, sondern auch von sich aus Beweise erheben darf (BGE 107 III 233 E. 2b S. 236; 130 III 102 E. 2.2 S. 107; Rehbinder, Berner Kommentar, N. 22 zu Art. 343 OR; Higi, Zürcher Kommentar, N. 60 zu Art. 274d OR). Wo Tatsachen unbestritten bleiben, muss der Richter jedoch nicht von sich aus weiterforschen; vielmehr darf er bei seinem Entscheid auf die übereinstimmende Darlegung der Parteien abstellen (Brönnimann, a.a.O., S. 346; Staehelin/Vischer, Zürcher Kommentar, N. 31 zu Art. 343 OR). Daraus ergibt sich, dass letztlich doch die Parteien die relevanten Fakten vorbringen müssen, zumal sie dazu am besten in der Lage sind (Brönnimann, a.a.O., S. 341 f.; Staehelin/Vischer, a.a.O., N.

31 zu Art. 343 OR). Die Parteien müssen in diesem Sinn die relevanten Beweismittel näher bezeichnen (BGE 107 II 233 E. 2c S. 236; 125 III 231 E. 4a S. 238 f.; 130 III
102 E. 2.2 S. 107), und es ist auch nicht Sache des Richters, aus einer Unzahl von Beweismitteln oder aus umfangreichen Beweismitteln herauszufinden, in welchem Bezug zum strittigen Sachverhalt diese stehen und was sich daraus zu Gunsten der Partei, die das oder die Beweismittel angerufen hat, herleiten liesse (Higi, a.a.O., N. 81 zu Art. 274d OR).

Ob die Vorinstanz die genannte Prozessmaxime und damit die bundesrechtlichen Anforderungen an die Erhebung des Sachverhalts beachtet hat, prüft das Bundesgericht frei; hingegen ist es gemäss Art. 63 Abs. 2 OG an die Feststellungen, welche die letzte kantonale Instanz tatsächlich in Würdigung der Beweise getroffen hat, gebunden (BGE 125 III 368 E. 3 S. 372).
2.3 Angesichts der dargelegten Mitwirkungspflicht der Prozessparteien ist der klägerische Vorwurf, die Vorinstanz habe die Untersuchungsmaxime und damit eine bundesrechtliche Beweisvorschrift verletzt, unbegründet: Weder das Vorbringen, der Diagnosecode 290 sei möglicherweise gar nicht von der Privatklinik B._____ angebracht worden, noch dasjenige, die Versicherung Y._____ müsse im Zeitpunkt der Kostengutsprache über den Bericht der Universitätsklinik A._____ verfügt haben, hat die Klägerin im kantonalen Verfahren thematisiert.

Insbesondere hinsichtlich des Berichts der Universitätsklinik A._____ hätte die Klägerin allen Anlass gehabt, die nunmehr erhobene Behauptung bereits im kantonalen Verfahren aufzustellen, hatte sie doch der Beklagten bereits in der vorgerichtlichen Korrespondenz treuwidriges Verhalten vorgeworfen. Mangels entsprechender Vorbringen durfte die vorinstanzliche Richterin jedenfalls davon ausgehen, dass diese Frage nicht (mehr) strittig oder für den vorliegenden Fall irrelevant sei.

Ebenso wenig war die Vorinstanz mit Bezug auf das Anbringen des Diagnosecodes gehalten, von sich aus Abklärungen zu treffen, zumal es sich dabei nicht um einen Aspekt handelt, auf den sie von sich aus hätte stossen müssen. Im Übrigen ist ohnehin nicht ersichtlich, was die Klägerin mit ihrem Vorbringen bezweckt: Hätte das Gesuch um Kostengutsprache überhaupt keinen diagnostischen Hinweis enthalten, liesse sich der Versicherung Y._____ umso weniger vorwerfen, sie hätte aus dem Gesuch ersehen müssen, dass eine nicht gedeckte Leistung zur Diskussion steht.
2.4 Hat die Vorinstanz keine bundesrechtlichen Beweisvorschriften verletzt, ist der Antrag auf Rückweisung der Sache zur Beweisergänzung abzuweisen.
3.
In materieller Hinsicht baut die Berufung zunächst auf der Präsumtion, die Einweisung in die Privatklinik B._____ sei nicht wegen des Suizidversuchs, sondern zur Behandlung des vorbestehenden - im Unterschied zum Medikamentenmissbrauch und zum Suizidversuch von der Zusatzversicherung gedeckten - psychischen Grundleidens der Klägerin erfolgt.

Entgegen der Behauptung der Klägerin betrifft diese Hypothese nicht die Rechtsanwendung, sondern die Sachverhaltsfeststellung. Die Vorinstanz hat diesbezüglich erwähnt, dass die Überweisung in die Privatklinik B._____ entsprechend dem privaten Versicherungsstatus der Klägerin auf Wunsch ihres Ehemannes erfolgt sei und dass die dortige Behandlung der Verhinderung weiterer Selbsttötungsversuche und der Stabilisierung des Zustandes der Patientin gedient habe. Deshalb habe die Behandlung in der Privatklinik B._____ zwar im Zusammenhang mit ihrer depressiven Erkrankung gestanden, jedoch sei die Medikamentenintoxikation in Selbsttötungsabsicht am Vortag der unmittelbare Anlass für die Einweisung gewesen.

Diese Feststellungen sind für das Bundesgericht verbindlich (Art. 63 Abs. 1 OG), zumal sie weder in Verletzung bundesrechtlicher Beweisvorschriften zustande gekommen sind noch ein offensichtliches Versehen erkennbar wäre (vgl. Art. 63 Abs. 2 OG). Auf die gegenteiligen Sachverhaltsbehauptungen der Klägerin ist folglich nicht einzutreten.
4.
Die Klägerin wirft der Vorinstanz eine falsche Auslegung von Art. 33 VVG und Art. 31 Ziff. 1 AVB vor.
4.1

Gemäss Art. 33 VVG haftet der Versicherer für alle Ereignisse, welche die Merkmale der Gefahr, gegen deren Folgen Versicherung genommen wurde, an sich tragen, es sei denn, dass der Vertrag einzelne Ereignisse in bestimmter, unzweideutiger Fassung von der Versicherung ausschliesst. Gestützt auf diese Norm hat die Versicherung Y._____ in Art. 31 Ziff. 1 ihrer AVB Krankheiten und Unfälle, die im Zusammenhang mit Medikamentenmissbrauch und Suizidversuch auftreten, von der Versicherung ausgeschlossen.

Nach der Klägerin schliesst die Formulierung "im Zusammenhang" den einmaligen Medikamentenmissbrauch aus; der Deckungsausschluss in Art. 31 Ziff. 1 AVB ziele vielmehr auf die Suchtabhängigkeit einer Person. Es sei aber zumindest ungewöhnlich, dass ein einmaliger Medikamentenmissbrauch zum Ausschluss jeglicher Leistungen auch für vorbestehende psychische Leiden führe. Dies hätte weitreichende Konsequenzen für eine grosse Zahl zusatzversicherter psychisch Kranker. Die Bestimmung sei unklar formuliert und die AVB seien deshalb contra assicuratorem auszulegen.
4.2 Die Geltung vorformulierter AVB wird durch die sog. Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel - welche die Klägerin zu verquicken scheint - eingeschränkt.

Nach der Unklarheitsregel sind mehrdeutige Klauseln in Versicherungsverträgen gegen den Versicherer als deren Verfasser auszulegen (BGE 122 III 118 E. 2a S. 121). Diese Regel ist indessen erst dann anzuwenden, wenn die übrigen Auslegungsmittel zu keinem Resultat führen und der bestehende Zweifel nicht anders beseitigt werden kann (122 III 118 E. 2d S. 124).

Nach der Ungewöhnlichkeitsregel sind von der globalen Zustimmung zu allgemeinen Geschäftsbedingungen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht besonders aufmerksam gemacht worden ist (BGE 119 II 443 E. 1a S. 446). Im Bereich der AVB kann diese Regel zur Anwendung gelangen, wenn der durch Bezeichnung und Werbung beschriebene Deckungsumfang ganz erheblich reduziert wird, so dass gerade die häufigsten Risiken nicht mehr gedeckt sind, wenn Sinn und Tragweite einer Bestimmung infolge komplizierter Formulierung verklausuliert sind oder wenn sie aufgrund ihres Standorts innerhalb der AVB für den Versicherungsnehmer überraschend und unerwartet erscheint (vgl. Bürgi, Allgemeine Versicherungsbedingungen im Lichte der neuesten Entwicklung auf dem Gebiet der Allgemeinen Geschäftsbedingungen, Diss. Zürich 1985, S. 162).
4.3 Mit der Relativierung der Eindeutigkeitsregel (Urteile 4C.325/1994, E. 4a, und 4C.24/1997, E. 1c; zur alten Praxis: BGE 111 II 284 E. 2 S. 287) ist nicht mehr zwingend auf den klaren Wortlaut abzustellen (BGE 127 III 444 E. 1b); indes besteht nur dann Anlass, vom Wortsinn abzuweichen, wenn triftige Gründe für die Annahme bestehen, der Wortlaut entspreche nicht dem wirklichen Parteiwillen (BGE 128 III 212 E. 2b/bb S. 215; 129 III 118 E. 2.5 S. 122). Im vorliegenden eindeutigen Fall - die Medikamente Temesta und Nardyl sind nicht zu dem ihnen eignenden Zweck der Heilung, sondern in massiver Überdosis zu demjenigen der Selbsttötung verwendet worden - besteht kein Grund für die Annahme, die Parteien könnten unter dem Begriff "Medikamentenmissbrauch" etwas anderes als einen Vorfall wie den zu beurteilenden verstanden haben. Insbesondere lässt sich die fragliche AVB-Klausel auch nicht so auslegen, dass der Deckungsausschluss nur für den Fall eines vorbestehenden Suchtverhaltens gelte; aufgrund der absoluten Formulierung trifft vielmehr das Gegenteil zu.

Ebenso wenig kann ein Deckungsausschluss für Krankheiten und Unfälle im Zusammenhang mit Medikamentenmissbrauch als ungewöhnlich bezeichnet werden, steht doch dieser Tatbestand als versichertes Risiko nicht im Vordergrund, ist die Tragweite des Deckungsausschlusses nicht verklausuliert und ist dieser aufgrund seines Standorts innerhalb der AVB für den Versicherungsnehmer nicht überraschend oder unerwartet. Ohnehin überspielt die Klägerin mit ihrer Fokussierung auf den Medikamentenmissbrauch, dass die Versicherung Y._____ ihre Leistungspflicht in erster Linie mit Verweis auf den - unstreitigen - Suizidversuch verneint hat, der entgegen der Behauptung der Klägerin unmittelbarer Anlass für den Aufenthalt in der Privatklinik B._____ war (dazu E. 3).
4.4 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Y._____ aufgrund des zulässigen Deckungsausschlusses in ihren AVB für den Aufenthalt in der Privatklinik B._____ keine über die soziale Krankenversicherung hinausgehenden vertraglichen Leistungen erbringen muss.
5.
Zu prüfen bleibt das klägerische Vorbringen, die Versicherung Y._____ sei in Anwendung des Vertrauens-

grundsatzes leistungspflichtig.
5.1 Die Klägerin begründet diese Leistungspflicht einerseits mit der Behauptung, die Versicherung Y._____ habe vom Bericht der Universitätsklinik A._____ und somit vom Suizidversuch wissen müssen, und andererseits mit dem Argument, sie sei in ihrem damaligen Zustand nicht in der Lage gewesen, die Verlegung in eine allgemeine Abteilung zu verlangen.
5.2 Das enttäuschte Vertrauen als Haftungsgrundlage hat in Lehre und Rechtsprechung seit einigen Jahren Eingang gefunden (vgl. etwa BGE 128 III 324 E. 2.2 S. 327; 130 III 345 E. 2.1. und 2.2 S. 349 ff). Als reine Vertrauenshaftung ausgestaltet hat das Bundesgericht zum Beispiel die Konzernverantwortung für die Schaffung bestimmter Erwartungen, die später enttäuscht wurden (BGE 120 II 331 E. 5a S. 335 ff.; 124 III 297 E. 6a S. 303 f.; zur aktuellen Lehre und Praxis vgl. auch Entscheid 5C.45/2004, E. 2.2).
5.3 Im vorliegenden Fall hat die Versicherung Y._____ keine solchen Erwartungen geschaffen, hat sie doch, nachdem die Privatklinik B._____ von ihr unter Angabe eines offensichtlich falschen Diagnosecodes eine Kostengutsprache zu erwirken versucht hatte, diese ausdrücklich und in Fettschrift davon abhängig gemacht, dass es sich bei der Behandlung um eine Pflichtleistung handle, und gleichzeitig nähere diagnostische Angaben verlangt.

Im Übrigen verkehrt die Klägerin bei ihren Ausführungen die von der Vorinstanz für das Bundesgericht verbindlich festgestellten Tatsachen ins Gegenteil: Zum einen ist die Überweisung in die Privatklinik wegen der bestehenden Zusatzversicherung auf ausdrücklichen Wunsch des Ehemannes erfolgt, d.h. andernfalls wäre die Klägerin in der Universitätsklinik A._____ weiterbehandelt worden. Zum anderen hat sie die - von der Versicherung Y._____ bestrittene - Unterstellung, diese habe im Zeitpunkt ihrer Kostengutsprache über den Bericht der Universitätsklinik A._____ verfügt und daher vom Suizidversuch gewusst, im kantonalen Verfahren nicht thematisiert, und entsprechend hat die Vorinstanz ohne Verletzung bundesrechtlicher Beweisvorschriften (dazu E. 2) keine solchen Feststellungen getroffen.
Der Vorwurf, die Versicherung Y._____ habe sich bei ihrer Kostengutsprache treuwidrig verhalten und sei gestützt auf den Vertrauensgrundsatz leistungspflichtig, stösst somit ins Leere. Vielmehr hat sich die Klägerin mit ihrem Vorbringen, in Kenntnis der fehlenden Deckung hätte sie sich nicht privat behandeln lassen, an die Privatklinik B._____ zu wenden, welche die Patientin im Rahmen der bestehenden Auskunfts- und Informationspflichten über die Gefahr des Deckungsausschlusses hätte aufklären müssen (BGE 119 II 456 E. 2d S. 460), zumal dieser der Klinik als spezialisierter psychiatrischer Anstalt bekannt sein musste und die Versicherung Y._____ im Übrigen darauf hinweist, dass sie mit der Klinik über den betreffenden Deckungsausschluss mehrere Parallelverfahren führe.
6.
Zusammenfassend ergibt sich, dass die Berufung abzuweisen ist, soweit darauf eingetreten werden kann. Die Gerichtsgebühr ist demnach der Klägerin aufzuerlegen (Art. 156 Abs. 1 OG). Die Beschwerdegegnerin ist nicht anwaltlich vertreten und macht keine besonderen Aufwendungen geltend, weshalb ihr praxisgemäss keine Parteientschädigung zuzusprechen ist.
Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Berufung wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2.
Die Gerichtsgebühr von Fr. 2'000.– wird der Klägerin auferlegt.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien und dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, II. Kammer, schriftlich mitgeteilt.
Lausanne, 1. Oktober 2004
Im Namen der II. Zivilabteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts
Der Präsident: Der Gerichtsschreiber: