Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
5C.150/2006 /bnm

Urteil vom 6. November 2006
II. Zivilabteilung

Besetzung
Bundesrichter Raselli, Präsident,
Bundesrichterinnen Nordmann, Escher,
Gerichtsschreiber Schett.

Parteien
X._____,
Klägerin und Berufungsklägerin,
diese vertreten durch Rechtsanwalt Beat Meyer,

gegen

Y._____ AG,
Beklagte und Berufungsbeklagte.

Gegenstand
Zusatzversicherung,

Berufung gegen das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau, 3. Kammer, vom 2. Mai 2006.

Sachverhalt:
A.
X._____, geboren 1982, leidet an einer psychischen Erkrankung. Sie ist seit 1982 bei den Y._____ Versicherungen (nachfolgend: Y._____) krankenversichert. Bis Ende 1996 war sie in der KUVG-Zusatzversicherung K̈ombinierte Spitalversicherung(̈Allgemeine Versicherungsbedingungen; AVB 01.1995), Allgemeine Abteilung (Mehrbettzimmer mit anerkannter Tarifbindung), versichert. Mit Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und der Unterstellung der Zusatzversicherungen unter das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) erfolgte auf den 1. Januar 1997 die Überführung der K̈ombinierten Spitalversicherung Allgemeine Abteilungïn die Y._____-Standardversicherung (AVB 01.1997).
B.
Die Frauenklinik Z._____, psychiatrische Spezialklinik in A._____, ersuchte Y._____ am 5. April 2005 um Kostengutsprache mit sofortiger Wirkung für die stationäre Behandlung von X._____. Die Spitalbedürftigkeit der Patientin war unbestritten. Am 11. April 2005 lehnte Y._____ das Gesuch mit dem Hinweis ab: V̈ertragsloser Zustand/Versicherungsleistungen auf dem Rückerstattungsweg.̈ Weiter fügte sie bei: Ëintritt 07.04.05, für maximal 60 Tage. Bei einer allfälligen Verlängerung bitten wir um frühzeitige Zustellung eines ausführlichen Verlaufsberichtes zu Handen unseres Vertrauensarztes (...). Die Leistungen werden auf dem Rückerstattungsweg ausgerichtet.̈ Mit Schreiben vom gleichen Tag teilte Y._____ der Klinik zudem mit, dass sie auf ihrer L̈iste der Spitäler ohne allgemeine und/oder halbprivate Abteilungs̈tehe, weil kein Vertrag für die allgemeine Abteilung bestehe. Aufgrund der ungenügenden Versicherungsdeckung garantiere sie aus der Grundversicherung (KVG) die Kosten für die Aufnahme in die allgemeine Abteilung des zuständigen öffentlichen Spitals des Wohnkantons für 60 Tage zu einem Ansatz von Fr. 187.– pro Tag. Weitergehende Kosten gingen zu Lasten der Versicherten. Eine Kopie dieses Schreibens ging an
X._____. Auf ein Ersuchen von X._____ lehnte Y._____ eine Kostengutsprache erneut ab mit dem

Hinweis auf den vertragslosen Zustand, verlängerte aber die Kostenübernahme für den Klinikaufenthalt bis 30. Juni 2005. Die Versicherte hielt sich bis zum 16. Juni 2005 und vom 19. bis 30. Juni 2005 in der Klinik auf der Privatabteilung Zweibettzimmer auf.
C.
Am 19. Juli 2005 reichte X._____ gegen Y._____ beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau eine Klage ein. Sie beantragte im Wesentlichen, Y._____ zur Erteilung der Kostengutsprache für ihren Aufenthalt in der Klinik Z._____ beziehungsweise zur entsprechenden Vergütung von Fr. 30'951.– samt Zinsen zu verpflichten. Das Versicherungsgericht wies die Klage am 2. Mai 2006 ab.
D.
X._____ ist mit Berufung vom 9. Juni 2006 an das Bundesgericht gelangt. Sie beantragt, Y._____ für den Aufenthalt in der Klinik Z._____ vom 5. April bis 31. Mai 2005 (57 Tage) zur Leistung von Fr. 30'951.– zuzüglich 5% Zinsen ab Klagedatum zu verpflichten.

Y._____ schliesst auf Abweisung der Berufung.

Das Versicherungsgericht verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Das Bundesgericht zieht in Erwägung:
1.
Forderungen aus der Zusatzversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) beschlagen eine Zivilrechtsstreitigkeit mit Vermögenswert (vgl. auch BGE 124 III 44 E.1). Der erforderliche Streitwert ist erreicht (Art. 46 OG). Die Berufung richtet sich gegen einen Endentscheid eines obern kantonalen Gerichts, der nicht mehr durch ein ordentliches kantonales Rechtsmittel angefochten werden kann (Art. 48 Abs. 1 OG). Sie ist daher zulässig.
2.
Anlass zur Berufung gibt die Frage der Leistungspflicht der Zusatzversicherung für die stationäre Behandlung einer Versicherten in einer Klinik, mit der kein Tarifvertrag mehr besteht.
2.1 Die Vorinstanz stellte fest, dass die Klinik Z._____ unter der Herrschaft des KUVG als Heilanstalt anerkannt war und nunmehr als zugelassener Leistungserbringer nach KVG auf der Spitalliste des Kantons A._____ aufgeführt sei. Der Leistungsauftrag laute auf Akutpsychiatrie und Assessment für Frauen. Die Klinik führe eine Allgemeinabteilung, eine Halbprivatabteilung und eine Privatabteilung. Auf Ende 1999 habe Y._____ den zwischen dem Kantonalverband A._____ Krankenkassen und der Klinik Z._____ bestehenden Tarifvertrag gekündigt. Ab Anfang 2000 habe sie für Versicherte nach Y._____-Standardversicherung, Allgemeine Abteilung ganze Schweiz, 25% der nach Abzug der OKP-Referenztaxe verbliebenen Restkosten übernommen, was gemäss der Regelung der kombinierten Spitalversicherung, Art. 5.3 Reglement Ausgabe Januar 1995, dem Leistungsumfang für die Deckung Allgemeine Abteilung bei Hospitalisation auf der Privatabteilung entsprochen habe. Am 6. Mai 2002 habe Y._____ der Klinik Z._____ mitgeteilt, dass sie zwar bei ausserkantonalen Y._____-standardversicherten Patientinnen die allgemeine Abteilung der Klinik nicht anerkenne, indes ohne Anerkennung einer Rechtspflicht in solchen Fällen eine Tagespauschale von maximal Fr. 358.– (einschliesslich OKP-Pauschale) vergüte. Am 6. April 2004 habe sie sich zudem bereit erklärt, rückwirkend auf den 1. Oktober 2003 die volle Tagespauschale von Fr. 460.– zu vergüten. Mit Schreiben vom 3. und 4. März 2005 habe Y._____ der Klinik Z._____ mitgeteilt, dass sie ab 1. April 2005 die bisher freiwillig zu den OKP-Pauschalen geleisteten Beiträge nach VVG nicht mehr übernehme. Ab diesem Zeitpunkt würden keine Kostengutsprachen mehr erteilt. Die Versicherten seien durch die Zustellung des Versichertenmagazins über die jeweils geltende Spitalliste informiert worden.

Gestützt auf diese Feststellungen gelangte die Vorinstanz zum Schluss, dass Y._____ im vorliegenden Fall keine Kostengutsprache habe erteilen müssen. Die in Art. 102 Abs. 2 KVG verankerte Bestandesgarantie bezwecke lediglich, den Versicherten vor einer Verschlechterung der Deckung infolge des Übergangs vom KUVG zum KVG zu bewahren. Hingegen beziehe sich diese Regelung nicht auf die Leistungserbringer. Auf das Feststellungsbegehren werde infolge Verwirkung der hier anwendbaren zweijährigen Frist ab Erhalt des neurechtlichen Versicherungsvertrages samt AVB nicht eingetreten (Art. 102 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 46 Abs. 1 VVG sowie Art. 12 VVG). Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme ergäben sich aus Art.

13.1 lit. l AVB, wonach die Behandlung in der allgemeinen Abteilung öffentlicher oder privater Spitäler in der ganzen Schweiz gedeckt sei, soweit sich die Klinik auf der kantonalen Spitalliste und der Liste der Y._____ befänden. Die aktuellen Spitallisten stellten keinen Bestandteil der AVB dar und könnten daher im Rahmen des Vertragszwecks und der bestehenden Leistungen jederzeit angepasst werden, ohne dass dadurch eine Vertragsänderung bewirkt werde. Die Behandlungsmöglichkeit zu vollem Tarifschutz in jeder
beliebigen Klinik in der Schweiz sei zu keinem Zeitpunkt Vertragsinhalt gewesen. Die Klägerin habe überdies keine Veranlassung gehabt, von einer Behandlung auf Kosten der Zusatzversicherung in der Klinik Z._____ auszugehen, sei sie doch über den Widerruf der Kulanzzahlungen vor Eintritt in die Klinik Z._____ im Bilde gewesen. Schliesslich richte die Beklagte seit 1. April 2005 grundsätzlich keine Leistungen an Y._____-Standardversicherte für die Behandlung in Kliniken aus, die nicht auf ihrer Liste stünden. Damit stelle sich die Frage der Gleichbehandlung mit andern Versicherten nicht.
2.2 Die Berufungsklägerin hält dafür, dass die Vorinstanz im Rahmen der Vertragsauslegung das Vertrauensprinzip verletzt habe. Damit werde das Vorgehen der Y._____ - nach Vertragsabschluss die Anerkennung der Klinik Z._____ als wählbares Spital zu widerrufen und sämtliche Leistungen zu verweigern - von der Vorinstanz in Verletzung von Bundesrecht geschützt. Zudem habe sich Y._____ rechtsmissbräuchlich verhalten und das Gleichbehandlungsgebot verletzt, indem sie ohne sachlichen Grund nach Auslaufen des Tarifvertrages ihre jahrelangen Kulanzzahlungen per 1. April 2005 eingestellt habe.
2.3
2.3.1 Gemäss der übergangsrechtlichen Bestandesgarantie von Art. 102 Abs. 2 Satz 3 KVG haben die Krankenversicherer ihren Versicherten mindestens den bisherigen Umfang des Versicherungsschutzes zu gewähren. Erfasst sind dadurch einzig Leistungen bei Krankenpflege, die über den Leistungsumfang von Art. 34 KVG (statutarische Leistungen, Zusatzversicherungen) hinausgehen. Nur hinsichtlich solcher Leistungen ist der bisherige Versicherungsschutz garantiert (BGE 126 III 345 E. 3; 124 III 44 E. 1cc). Damit sind die Versicherer nicht zum Abschluss einer Zusatzversicherung verpflichtet, welche die Mehrkosten der ambulanten Behandlung bis zur Höhe des Privattarifs deckt, sofern dadurch nicht echte Mehrleistungen abgegolten werden (BGE 126 III 345 E. 4). Hingegen ist es mit der Bestandesgarantie von Art. 102 Abs. 2 KVG nicht vereinbar, Spitalaufenthalte vom Versicherungsschutz auszuschliessen, welche nach KUVG leistungspflichtig waren (BGE 124 III 434 E. 3). Mit der Zusatzversicherung im Spitalbereich soll die Differenz zwischen den festgelegten Tarifen und den Privattarifen abgedeckt werden. Die Grundversicherung hat denn auch lediglich für den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals aufzukommen (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG),
nicht aber für den Aufenthalt in einer privaten oder halbprivaten Abteilung.
2.3.2 Soweit die Berufungsklägerin meint, die Zusatzversicherung für die Spitalpflege mit der Deckung Äallgemeine Abteilung ganze Schweizẗhabe ihr die umfassende Wahlfreiheit zu gewährleisten beziehungsweise die daraus entstehenden Kosten zu decken, mag dies zwar dem Zweck einer Zusatzversicherung entsprechen. Zumindest aufgrund der Bestandesgarantie von Art. 102 Abs. 2 KVG ist der Krankenversicherer jedoch nicht verpflichtet, in jedem Fall eine derartige Zusatzversicherung anzubieten. Dass die KUVG-Zusatzversicherung k̈ombinierte Spitalversicherungd̈en Versicherten damals in der Praxis eine solche Wahlfreiheit zugestanden und die daraus folgenden Kosten übernommen hatte, steht gerade nicht fest. Abgesehen davon, dass sich die von der Berufungsklägerin angeführte Wahlfreiheit (Art.10.3 des Reglementes Krankenpflege-Grundversicherung) auf die Grundversicherung und nicht auf die Zusatzversicherung bezieht, gehen aus Art. 4 des Reglementes der kombinierten Spitalversicherung unter dem Titel V̈ersicherungsmöglichkeitenn̈ur die drei Leistungsgruppen sowie deren Abgrenzung hervor. Von einer Wahlfreiheit im Sinne der Berufungsklägerin ist hier nicht die Rede. Ob sie sich im Zeitpunkt ihres Spitalaufenthaltes, nämlich im Jahre 2005,
noch auf die Übergangsregelung von Art. 102 Abs. 2 KVG berufen konnte, vermag daher im vorliegenden Fall offen zu bleiben.
2.4 Inwiefern die Zusatzversicherung für die von der Berufungsklägerin geltend gemachten Hospitalisationskosten aufkommen muss, bestimmt sich damit ausschliesslich nach Art. 13.1 lit. l AVB (01.1997). Art. 13 AVB trägt den Titel L̈eistungsumfang.̈ In Ziff. 1 lit. l heisst es: Wir bezahlen d̈ie Kosten für die allgemeine Abteilung in öffentlichen und privaten Spitälern in der ganzen Schweiz, die sich auf der für uns verbindlichen Spitalliste nach KVG und auf der Liste der Spitäler mit von uns anerkanntem Tarif befinden, ohne Selbstbehalt auf die Y._____-Standardversicherung.̈
2.4.1 Die Vorinstanz hat hinsichtlich der Tragweite dieser Klausel keinen übereinstimmenden wirklichen Willen der Parteien festgestellt. Deren Auslegung richtet sich daher nach den Grundsätzen der normativen Vertrags-

auslegung. Dabei gelangen namentlich das Vertrauensprinzip sowie mit Bezug auf die AVB die Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel zur Anwendung, die vom Bundesgericht als Rechtsfrage frei überprüft werden (BGE 129 III 118 E. 2.5; BGE 130 III 686 E. 4.3.1 mit Hinweisen).
2.4.2 Der in Art. 13.1 lit. l AVB umschriebene Leistungsumfang erfasst die Versicherungsleistungen für den Aufenthalt in einer allgemeinen Abteilung eines (öffentlichen und privaten) Spitals in der Schweiz ohne Selbstbehalt auf die Y._____-Standardversicherung. Das Spital muss sich zudem auf der nach KVG verbindlichen Liste befinden. Dies setzt den Abschluss eines Tarifvertrages zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern beziehungsweise ihren Verbänden voraus, der von der jeweiligen Kantonsregierung und bei schweizweiter Geltung vom Bundesrat zu genehmigen ist. Wer Vertragspartei eines Tarifvertrages ist, regelt das Gesetz (Art. 46 KVG). Weder der einzelne Versicherte noch eine Organisation, die seine Interessen vertritt, gehören dazu. Die Klinik Z._____ findet sich auf der Spitalliste des Kantons A._____. Art. 13.1 lit. l AVB sieht im Weitern vor, dass Versicherungsleistungen nur für Spitäler ausgerichtet werden, mit denen Y._____ überdies einen Tarifvertrag abgeschlossen hat. Dies ist im Hinblick auf die Klinik Y._____ seit Anfang 2000 nicht mehr der Fall. Bei einem solchen Tarifvertrag handelt es sich ebenfalls um eine Vereinbarung zwischen dem Versicherer und einem Leistungserbringer. Die Versicherten
sind auch hier weder Vertragspartei noch in irgendeiner Weise vertreten. Daraus folgt, dass Art. 13.1 lit. l AVB bestimmte Leistungen zu Gunsten der Versicherten umschreibt, jedoch vorbehält, die Leistungserbringer durch den Abschluss eines Tarifvertrages selber zu bestimmen. Durch die Annahme der AVB durch den Versicherten hat dieser sich auch Art. 13.1 lit. l AVB unterworfen, womit die konkrete Auswahl der Leistungserbringer, vorliegend der Spitäler, für die vertraglich zugesagten Leistungen ausschliesslich dem Versicherer überlassen bleibt. Mit andern Worten, die jeweils massgebende Spitalliste wird vom Versicherer ohne Absprache mit seinen Versicherten festgelegt und abgeändert. Sie bildet nicht Vertragsbestandteil. Der Berufungsklägerin kann damit nicht gefolgt werden, wenn sie Art. 13.1. lit. l AVB dahin gehend auslegt, dass die Parteien bei Vertragsabschluss die Spitäler festgelegt haben, welche für eine allfällige spätere Behandlung in Frage kommen. Diese Sichtweise mag einem subjektiven Bedürfnis entsprechen, geht aber an der Realität sich ständig ändernder Verhältnisse auf Seiten der Leistungserbringer vorbei. Zudem blendet die Berufungsklägerin aus, dass sie gerade nicht Partei eines staatlich genehmigten oder eines
privaten Tarifvertrages ist. Im Ergebnis hat die Vorinstanz demnach Art 13.1. lit. l AVB bundesrechtskonform ausgelegt.
2.5 Damit bleibt zu prüfen, ob die Berufungsklägerin ungeachtet von Art. 13.1 lit. l AVB in guten Treuen davon ausgehen durfte, dass ihr Aufenthalt in der Klinik Z._____ von der Berufungsbeklagten übernommen werde.
2.5.1 Gemäss den Feststellungen der Vorinstanz hätte der Berufungsklägerin genügend Zeit zur Verfügung gestanden, sich vor Eintritt in die Klinik Z._____ bei der Berufungsbeklagten über die Kostenübernahme zu informieren. Zudem sei sie über die Einstellung der Kulanzzahlungen für Aufenthalte in der genannten Klinik seitens der Berufungsbeklagten im Bilde gewesen. Gleichwohl habe sie sich für diese Heilanstalt entschieden. Gestützt auf diesen Sachverhalt durfte die Vorinstanz ohne Verletzung von Bundesrecht den Schluss ziehen, dass ein allfälliges Vertrauen der Berufungsklägerin in die Kostenübernahme rechtzeitig zerstört worden sei. Entscheidend fällt ins Gewicht, dass die Berufungsklägerin sich in Kenntnis der neuesten Praxis ihrer Versicherung und ohne Rücksprache mit ihr für den Klinikaufenthalt entschied, weshalb sie für ihre Dispositionen selber verantwortlich ist (zur Vertrauenshaftung: BGE 130 III 345 E. 2 mit Hinweisen).
2.5.2 Die Berufungsklägerin bringt dagegen vor, die Berufungsbeklagte hätte ihre jahrelangen Kulanzzahlungen nicht einstellen dürfen, da es keinen sachlichen Grund dafür gegeben habe. Mit dieser Sichtweise übergeht sie, dass die Haftung aufgrund von Art. 2 ZGB gemäss der angeführten Rechtsprechung sich immer auf ein konkretes Rechtsverhältnis bezieht. Hingegen besteht kein Anspruch auf Beibehaltung einer allgemeinen Praxis, ohne dass das Wissen und Verhalten des Betroffenen zu berücksichtigen ist. Diesbezüglich fehlt in der Berufungsschrift indessen jede Auseinandersetzung mit dem angefochtenen Urteil (Art. 55 Abs. 1 lit. c OG; BGE 116 II 745 E. 3).
2.5.3 Schliesslich sieht die Berufungsklägerin den Gleichbehandlungsgrundsatz verletzt (Art. 35 VVG), da die Versicherten in der Zeit bis zum 1. April 2005 Leistungen beziehen konnten, die ihr nun verweigert würden. Abgesehen davon, dass es vorliegend um die Anpassung einer Praxis und nicht um die Abänderung der AVB geht, sind der Berufungsklägerin ab einem bestimmten Zeitpunkt - ein Einzelfall ausgenommen - die selben Leistungen wie allen andern ausgerichtet worden. Mit dieser Begründung des angefochtenen Urteils setzt sie

sich auch hier nicht auseinander, sondern erneuert ihren Standpunkt, dass eine einmal eingebürgerte Praxis nicht geändert werden dürfe. Dass dies nicht in allgemeiner Weise gegen das Gebot von Treu und Glauben verstösst, ist bereits vorangehend dargelegt worden.
3.
Nach dem Gesagten ist der Berufung insgesamt kein Erfolg beschieden. Ausgangsgemäss trägt die Berufungsklägerin die Verfahrenskosten (Art. 156 Abs. 1 OG). Der Berufungsbeklagten werden praxisgemäss keine Parteikosten zugesprochen, da sie durch ihre Organe und nicht anwaltlich vertreten war. Die von ihr geforderte Entschädigung für das kantonale Verfahren bildet nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

Demnach erkennt das Bundesgericht:
1.
Die Berufung wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2.
Die Gerichtsgebühr von Fr. 2'000.– wird der Berufungsklägerin auferlegt.
3.
Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.
4.
Dieses Urteil wird den Parteien und dem Versicherungsgericht des Kantons Aargau, 3. Kammer, schriftlich mitgeteilt.
Lausanne, 6. November 2006
Im Namen der II. Zivilabteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts
Der Präsident: Der Gerichtsschreiber: