Urteilskopf

119 V 146

21. Urteil vom 8. Januar 1993 i.S. B. gegen Schweizerische Grütli und Versicherungsgericht des Kantons Basel-Stadt
Regeste (de):
Art. 3 Abs. 5, 12 ff. und 27 KUVG: Lähmungsversicherung. Frage offengelassen, ob ein direktes Forderungsrecht gegen den als Rückversicherer auftretenden Schweizerischen Verband für die erweiterte Krankenversicherung (SVK) besteht.

Denn nachdem der Vertrag zwischen der Kasse und dem SVK per 31. Dezember 1989 aufgelöst worden war und der Anspruch aus der Lähmungsinvaliditätsversicherung erst nach diesem Zeitpunkt - gemäss SVK-Reglement nach Ablauf eines Jahres seit Eintritt der Lähmung - entstanden wäre, könnten gegenüber dem SVK ohnehin keine Leistungen mehr beansprucht werden (RKUV 1988 Nr. K 780 S. 335).

Hingegen wird die Leistungspflicht der Kasse in Auslegung ihrer eigenen reglementarischen Übergangsordnung bejaht; Tragweite des in diesem Reglement verwendeten Begriffs der Leistungsvermittlung.

Regeste (fr):
Art. 3 al. 5, 12 ss et 27 LAMA: Assurance en cas de paralysie.

L'assuré a-t-il une créance directe contre la Caisse suisse de réassurance pour longues maladies (CLM), en sa qualité de réassureur? Question laissée indécise en l'espèce. En effet, une prétention ne pourrait de toute façon plus être invoquée à l'égard de la CLM, du moment que le contrat entre la caisse et la CLM a été résilié pour le 31 décembre 1989 et que le droit à des prestations de l'assurance-invalidité en cas de paralysie n'a pu prendre naissance qu'après cette date (selon le règlement de la CLM, le droit naît une année après la survenance de la paralysie; cf. RAMA 1988 no K 780 p. 335).

En revanche, une interprétation des dispositions réglementaires transitoires de la caisse conduit à imposer à celle-ci une obligation d'allouer des prestations; portée de la notion d'intermédiaire dans le versement des prestations, au sens de ces mêmes dispositions.

Regesto (it):
Art. 3 cpv. 5, 12 segg. e 27 LAMI: Assicurazione nel caso di paralisi.

L'assicurato ha un credito diretto nei confronti della Cassa svizzera di riassicurazione per lunghe malattie (CLM)? Questione in concreto indecisa. Infatti una pretesa non potrebbe in ogni modo essere fatta valere contro la CLM dal momento che il contratto tra la cassa e la CLM è stato disdetto dal 31 dicembre 1989 e il diritto a prestazioni dell'assicurazione invalidità in caso di paralisi non poteva sorgere prima di tale data (secondo il regolamento della CLM il diritto nasce un anno dopo la sopravvenienza della paralisi; cfr. RAMI 1988 n. K 780 pag. 335).

Di contro un'interpretazione delle disposizioni della cassa le impone un obbligo di erogare le prestazioni; portata della nozione di intermediario nel versamento di prestazioni ai sensi delle stesse disposizioni.

Sachverhalt ab Seite 147

BGE 119 V 146 S. 147

A.- Die 1951 geborene, durch ihren Ehemann bei der Krankenkasse Schweizerische Grütli (nachfolgend: Grütli oder Kasse) kollektivversicherte Henriette B. ist infolge eines am 2. März 1989 erlittenen Hirnstamminsultes vollständig gelähmt und auf Spitalpflege angewiesen. Im Dezember 1989 teilte die Grütli den bei ihr versicherten Lähmungspatienten mittels Zirkularschreiben mit, dass sie nicht nur die im Zusammenhang mit organisch bedingten, motorischen Lähmungserkrankungen des Zentralnervensystems seit Jahren erbrachten zusätzlichen Krankenpflegeleistungen, sondern auch die Lähmungsinvaliditätsversicherung, die beim Schweizerischen Verband für die erweiterte Krankenversicherung (nachfolgend: SVK oder Verband) rückversichert sei, auf den 1. Januar 1990 aufheben werde. Jenen Versicherten hingegen, bei denen die Lähmungserkrankung am 1. Januar 1990 seit über einem Jahr bestehe, würden die Invaliditätsleistungen durch den SVK weiterhin gemäss den bisherigen Bestimmungen im versicherten Umfang ausgerichtet. Nachdem sich die Eheleute B. einer Schmälerung der Versicherungsansprüche widersetzt, indes seitens der Grütli in bezug auf die Invaliditätsleistungen eine abschlägige Antwort erhalten hatten, beharrten sie mit Schreiben ihres Anwalts vom 3. Juli 1990 auf der Erbringung der Leistungen gemäss den bisherigen Bestimmungen. Hierauf eröffnete ihnen die Grütli mit Verfügung vom 18. September 1990, dass sie zwar die Krankenpflegeleistungen, insbesondere für den Aufenthalt im Kantonsspital B., weiterhin erbringen werde, aber für die beanspruchten Lähmungsinvaliditätsleistungen nicht zuständig sei; diese müssten vielmehr beim SVK geltend gemacht werden, dem trotz der verwendeten Benennung als Rückversicherer die Stellung eines Direktversicherers zukomme und die Klärung der Anspruchsvoraussetzungen obliege.

B.- Die Eheleute B. beantragten beschwerdeweise die Aufhebung dieser Verfügung und die Verurteilung der Grütli zur Bezahlung von Fr. 40'000.–.

BGE 119 V 146 S. 148

Mit Entscheid vom 15. August 1991 wies das Versicherungsgericht des Kantons Basel-Stadt die Beschwerde ab, nachdem es auch dem SVK Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt hatte. In seiner Begründung hielt das Gericht fest, die Grütli sei - entgegen ihrer Darstellung - in bezug auf die eingeklagten Lähmungsinvaliditätsleistungen sehr wohl passivlegitimiert, weshalb sich die angefochtene Verfügung nicht halten lasse. Hingegen folgte das Gericht der hilfsweise vertretenen Auffassung der Kasse, indem es deren Leistungspflicht verwarf, weil der Anspruch der Versicherten erst im März 1990, nämlich nach Ablauf eines Wartejahres, entstanden sei, zu welchem Zeitpunkt das Versicherungsverhältnis keinen Bestand mehr hatte. Selbst wenn der Versicherungsanspruch bereits mit Eintritt der Lähmung im März 1989 entstanden wäre, fiele eine Leistungspflicht der Kasse aufgrund des Wartejahres ausser Betracht, da mit der Reglementsänderung - so das kantonale Versicherungsgericht - weder laufende Versicherungsleistungen noch wohlerworbene Rechte beschlagen worden seien.

C.- Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde lassen die Eheleute B. die im kantonalen Verfahren gestellten Rechtsbegehren erneuern. Die Grütli und der als Mitinteressierter einbezogene SVK schliessen je auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Sozialversicherung auf eine Stellungnahme verzichtet. Auf die Begründung der Anträge wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1. a) Im vorliegenden Verfahren ist darüber zu befinden, ob die Beschwerdeführerin aufgrund ihres am 2. März 1989 erlittenen Schlaganfalles gegenüber der Grütli einen Anspruch auf Leistungen aus der Lähmungsinvaliditätsversicherung erlangt hat, nachdem der diese Versicherung beschlagende Vertrag zwischen der Kasse und dem die Leistungen ausrichtenden SVK auf den 31. Dezember 1989 aufgelöst und im Hinblick darauf das kasseneigene Reglement angepasst wurde. Dass die Erkrankung der Beschwerdeführerin in grundsätzlicher Hinsicht anspruchsbegründend war, steht angesichts der durch die betreffende Versicherung erfassten Krankheitsfälle ausser Frage (Art. 3 des vom SVK am 21. November 1986 erlassenen Reglements

BGE 119 V 146 S. 149

über die Durchführung der Lähmungsinvaliditätsversicherung (LIV)). Die Kasse hat diesbezüglich im vorinstanzlichen Verfahren ausdrücklich eingeräumt, dass die Beschwerdeführerin vollständig invalid sei und folglich die maximale Versicherungssumme von Fr. 40'000.– beanspruchen könnte, sofern die Lähmungsinvaliditätsversicherung nicht auf Ende 1989 aufgelöst worden wäre. b) Nachdem die Kasse vor dem kantonalen Gericht noch einwendete, hinsichtlich der angesprochenen Leistungen nicht passivlegitimiert zu sein, erschöpfen sich ihre diesbezüglichen Ausführungen im vorliegenden Verfahren - trotz gegenteiliger Beurteilung durch die Vorinstanz - im wesentlichen darin, das Eidg. Versicherungsgericht habe sich dieser Frage von Amtes wegen anzunehmen. - Tatsächlich bezieht sich die Offizialtätigkeit des Eidg. Versicherungsgerichts nach gefestigter Rechtsprechung nicht nur auf die formellen Gültigkeitserfordernisse des Verfahrens (BGE 116 V 202 E. 1a, BGE 115 V 130 E. 1; RKUV 1991 Nr. U 124 S. 157 E. 1, Nr. K 874 S. 236 E. 1), sondern gleichermassen auf die nach dem materiellen Recht zu beurteilende Sachlegitimation der beteiligten Parteien (BGE 111 V 346 E. 1a am Ende, BGE 110 V 348 E. 1; vgl. ferner BGE 108 II 217 E. 1; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., S. 176, 202 f., 211 ff. sowie POUDRET, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, Bd. II, S. 525).
Im folgenden ist somit zunächst die in ähnlich gelagerten Fällen letztinstanzlich offengelassene Frage zu prüfen, ob der streitige Anspruch zu Recht gegenüber der Grütli erhoben wurde (unveröffentlichtes Urteil E. vom 17. Februar 1989, E. 1). Entgegen den Vorbringen des mitinteressierten SVK kann dabei keine Rede davon sein, dass dieser Punkt bereits rechtskräftig entschieden sei. Denn abgesehen davon, dass die Sachlegitimation vom gegebenen Streitgegenstand ohne weiteres miterfasst wird, sah sich die Kasse mangels Beschwer und ohne Möglichkeit zur Anschlussbeschwerde von vornherein ausserstande, den für sie im Ergebnis günstig ausgefallenen kantonalen Gerichtsentscheid anzufechten.

2. a) Gemäss Art. 3 Abs. 5 KUVG steht es den anerkannten Krankenkassen frei, neben der Kranken- und Mutterschaftsversicherung im Rahmen der vom Bundesrat festgelegten Bedingungen und Höchstgrenzen noch andere Versicherungsarten zu betreiben. Gestützt auf diese Gesetzesbestimmung gestattet ihnen die Aufsichtsbehörde, namentlich neben der Krankenversicherung noch die Versicherung einer Invaliditätsentschädigung bei Lähmungen zu führen (vgl. Art. 1 lit. c der Verordnung über den Betrieb anderer

BGE 119 V 146 S. 150

Versicherungsarten durch die Krankenkassen vom 22. November 1989; ferner BGE 107 V 42). aa) In diesem Sinne gewährte die Grütli nach dem ab 1. Januar 1987 geltenden Art. 26 Ziff. 1 ihres Leistungsreglements (Fassung vom 25. September 1986) den für Krankenpflege (Abt. A) Versicherten zusätzliche Krankenpflege-

leistungen bei Lähmungserkrankungen. Dasselbe Reglement sah sodann in Art. 26 Ziff. 9 vor, dass die Grütli den Versicherten Leistungen bei Invalidität infolge organisch bedingter Lähmungen des Zentralnervensystems vermittelte (Satz 1), welche Leistungen sich nach den einschlägigen Bestimmungen des SVK richteten (Satz 2). Dessen Reglement über die Durchführung der Lähmungsinvaliditätsversicherung bestimmt u.a., dass die Invaliditätsleistungen für erwachsene Versicherte in der Regel in Form von monatlichen Ratenzahlungen ausgerichtet werden (Art. 13 Abs. 2 LIV) und dass der Anspruch auf Ausrichtung einer monatlichen Rentenzahlung mit dem Monat beginnt, in dem seit Beginn der Lähmung ein Jahr verflossen ist (Art. 13 Abs. 5 LIV). Art. 14 Abs. 1 LIV hält ferner fest, dass dieser Leistungsanspruch grundsätzlich nur besteht, solange der Versicherte Mitglied einer dem SVK angeschlossenen Krankenkasse ist.
bb) Am 29. August 1989 änderte die Grütli ihr Reglement dahin, dass den Versicherten ab 1. Januar 1990 die bisherigen Leistungen bei Invalidität (Art. 26 Ziff. 9 des zuvor geltenden Reglements) infolge organisch bedingter Lähmungen nicht mehr vermittelt werden (Art. 26 Ziff. 2 des Reglements vom 29. August/8. Dezember 1989). Unter dem Titel "Übergangsbestimmungen" wurde in Art. 26 Ziff. 3 lit. b des neuen Reglements festgehalten, dass die Grütli für die vor dem 1. Januar 1990 eingetretenen organisch bedingten Lähmungserkrankungen des Zentralnervensystems weiterhin die Leistungen bei Invalidität gemäss den Bestimmungen des alten Art. 26 Ziff. 9 (Fassung vom 25. September 1986) vermittelt. b) Ausgehend vom Wortlaut der Kassenreglemente scheint in der Tat zweifelhaft, ob die Beschwerdegegnerin hinsichtlich der geltend gemachten Leistungen passivlegitimiert ist. Sowohl in der Fassung vom 25. September 1986 (in Kraft ab 1. Januar 1987) als auch in derjenigen vom 29. August 1989 (in Kraft ab 1. Januar 1990) hat sie sich hinsichtlich der hier streitigen Lähmungsinvaliditätsversicherung ausdrücklich nur zur Vermittlung von Leistungen bereit erklärt, während im Zusammenhang mit den Krankenpflegeleistungen bei Lähmungserkrankungen ausnahmslos von Leistungsgewährung oder -ausrichtung die Rede ist.

Die Vorinstanz hat sich mit diesem augenfälligen Unterschied nicht befasst und sich statt dessen vielmehr von der statutarischen Ordnung des SVK leiten lassen, wo von Rückversicherungsverband die Rede ist (Art. 1 Abs. 1 der SVK-Statuten vom 8. November 1985). Dieses Versäumnis erstaunt in doppelter Hinsicht: Zum einen hat die Rechtsprechung in vergleichbaren Fällen durchaus zwischen Leistungsvermittlung und -ausrichtung oder -gewährung zu unterscheiden gewusst (BGE 102 V 12 am Ende; RSKV 1973 Nr. 168 S. 74 E. 2). Zum andern hat das Eidg. Versicherungsgericht - ohne Art. 27 Abs. 1 KUVG ausser acht zu lassen - ausgeführt, der Begriff der Rückversicherung sei im sozialversicherungsrechtlichen Bereich weit auszulegen; insbesondere würden auch solche Verhältnisse darunter fallen, in denen ein Versicherter - auf Vermittlung der ihm die Mindestleistungen (Art. 12 Abs. 1 KUVG) erbringenden Kasse - beim "Rückversicherer" Zusatzleistungen versichern lasse (BGE 102 V 13). c) Eine nähere Betrachtung der statutarischen Verbandsordnung und der LIV-Bestimmungen im Lichte dieser Rechtsprechung ergibt, dass der Bestand eines direkten Forderungsrechts des Versicherten gegenüber dem als Rückversicherer auftretenden SVK keineswegs ausser Betracht fallen muss. Wohl wird gemäss Art. 4 der Statuten die Verbandsmitgliedschaft nur Krankenkassen oder Rückversicherungsverbänden zugestanden. Doch abgesehen davon, dass damit noch in keiner Weise feststeht, ob die einzelnen Mitglieder der eintretenden Kassen nicht ebenfalls die Verbandszugehörigkeit erlangen - Art. 8 Abs. 3, 45 Abs. 4, 5 und 6 der Statuten scheinen dies anzudeuten -, lässt sich aus der Regelung der Mitgliedschaft für die Frage des Forderungsrechts nichts Zwingendes ableiten (vgl. ferner Art. 1 Abs. 1 lit. a und Art. 8 Abs. 4 LIV). Wesentlichere Bedeutung kommt in diesem Punkt - nebst einzelnen statutarischen Bestimmungen (vgl. Art. 14 Abs. 2, 18 Abs. 2, 45 Abs. 5, 50 Abs. 3) - dem LIV-Reglement selbst zu, und zwar insbesondere dessen Art. 5 Abs. 1, Art. 6 (vgl. ferner Art. 11 Abs. 1, Art. 13 und 14 LIV), wo die Leistungsansprüche zugunsten der einzelnen Versichertenkategorien festgelegt werden. d) Wie es sich im einzelnen damit verhält, kann indes auch im vorliegenden Fall dahingestellt bleiben, und zwar nicht nur, weil der SVK seitens der Versicherten gar nicht belangt wurde. Denn selbst wenn dies geschehen und überdies ein direktes Forderungsrecht gegenüber dem Verband zu bejahen wäre, müsste das entsprechende Leistungsbegehren abgewiesen werden.

Der Grund hiefür liegt in der auf Ende 1989 erfolgten Auflösung der Lähmungsinvaliditätsversicherung durch die Beschwerdegegnerin und dem dadurch bedingten Wegfall der Leistungspflicht des SVK. Sowohl Art. 45 Abs. 2 und 3 der Verbandsstatuten als auch Art. 14 Abs. 1 LIV sehen nämlich sinngemäss vor, dass die Leistungspflicht des SVK - selbst in laufenden Schadenfällen - aufhört, wenn ein Verbandsmitglied aus der Lähmungsversicherung austritt. Als entscheidend erweist sich sodann in diesem Zusammenhang die den Leistungsanspruch auslösende Jahresfrist gemäss Art. 13 Abs. 5 LIV (vgl. E. 2a/aa). Denn nach einem jüngeren - ebenfalls zur Lähmungsinvaliditätsversicherung ergangenen - Grundsatzurteil muss die versicherungsmässige Deckung als Leistungsvoraussetzung nach Ablauf dieser Frist und bei der damit zusammenfallenden Entstehung des Leistungsanspruchs vorhanden sein (RKUV 1988 Nr. K 780 S. 335). - Im hier zu beurteilenden Fall fehlt es an dieser Voraussetzung; das Ende der Jahresfrist fiel auf einen Zeitpunkt, in dem der Vertrag mit dem SVK bereits aufgelöst war, so dass diesem gegenüber selbst bei Annahme eines direkten Forderungsrechts keine Leistungen mehr beansprucht werden könnten.

3. Nach dem Gesagten ist somit im Ergebnis zu Recht davon abgesehen worden, den SVK ins Recht zu fassen. Zu prüfen bleibt, ob - unter den konkreten Umständen - die an seiner Stelle belangte Beschwerdegegnerin Leistungen zu erbringen hat. Soweit dabei nach wie vor die Passivlegitimation in Frage steht, ist für deren Beurteilung vom Reglement der Kasse auszugehen, worin sich diese zur Vermittlung von Leistungen bei lähmungsbedingter Invalidität bereit erklärt hatte (Art. 26 Ziff. 9 des Leistungsreglements vom 25. September 1986).

4. Im Krankenversicherungsrecht ist - wie im gesamten Sozialversicherungsrecht - der Grundsatz von Treu und Glauben zu beachten. Nach diesem Grundsatz sind gemäss feststehender Rechtsprechung des Eidg. Versicherungsgerichts kasseninterne Bestimmungen so auszulegen, wie sie der Versicherte bei pflichtgemässer Aufmerksamkeit verstehen durfte und musste. Die mangelnde Klarheit einer Kassenbestimmung darf sich nicht zum Nachteil des Versicherten auswirken (RKUV 1992 Nr. K 894 S. 134 E. 1b/bb mit Hinweisen).
a) Selbst wenn im vorliegenden Fall in bezug auf die Lähmungsinvaliditätsversicherung von einer grundsätzlich rein vermittelnden Kassentätigkeit ausgegangen wird, kann es im Lichte einer sich an

den Geboten von Treu und Glauben orientierenden Auslegung nicht zweifelhaft sein, dass Art. 26 Ziff. 9 des Leistungsreglements vom 25. September 1986 für die Beschwerdegegnerin verpflichtenden Charakter hat. Insofern wird in den betreffenden reglementarischen Bestimmungen dem oder der Versicherten gegenüber der Kasse ein Anspruch auf Leistungsvermittlung eingeräumt, und es ist jedenfalls bezogen auf diesen Anspruch die Sachlegitimation der Beschwerdegegnerin zu bejahen. Bevor darüber zu befinden ist, wofür und inwieweit die Kasse aufgrund einer derart gefassten reglementarischen Bestimmung im einzelnen einzustehen hat, gilt es vorerst, die zeitliche Geltung dieser Verpflichtung zu klären. b) Ob die Versicherte wegen ihres am 2. März 1989 erlittenen Schlaganfalls Ansprüche gegenüber der Kasse erheben kann, beurteilt sich nach der im revidierten Leistungsreglement enthaltenen Übergangsbestimmung (Art. 26 Ziff. 3 lit. b des Reglements vom 29. August 1989, in Kraft ab 1. Januar 1990), wonach die Grütli für die vor dem 1. Januar 1990 eingetretenen organisch bedingten Lähmungserkrankungen weiterhin die Leistungen bei Invalidität gemäss den Bestimmungen des alten Art. 26 Ziff. 9 (Fassung vom 25. September 1986) vermittelt (vgl. E. 2a/bb). Der Wortlaut dieser Bestimmung lässt keine Zweifel offen, dass die Beschwerdegegnerin dem Lähmungseintritt zentrale Bedeutung beimessen

wollte. So hat sie für die sich nach dem 1. Januar 1990 einstellenden Lähmungserkrankungen mit Sicherheit nicht weiter einzustehen. Was hingegen die Erkrankungen anbelangt, die - wie im vorliegenden Fall - vor dem 1. Januar 1990 eingetreten waren, kann die Übergangsbestimmung nach ihrem Wortlaut und dem auch in diesem Zusammenhang zu beachtenden Grundsatz von Treu und Glauben nicht in dem Sinne ausgelegt werden, wie die Kasse dies in ihrem Zirkular vom Dezember 1989 zwecks Einschränkung ihrer eigenen Leistungspflicht getan hat und wie sie es auch im vorliegenden Verfahren tun will: dass nämlich die Lähmungserkrankung am 1. Januar 1990 bereits seit über einem Jahr bestanden haben, mithin die gemäss Art. 13 Abs. 5 LIV als Leistungsvoraussetzung vorgesehene Jahresfrist zu diesem Zeitpunkt bereits verstrichen sein muss. Zwar wäre eine so zu verstehende Übergangslösung insofern nicht ohne Sinn, als die Kasse auf diese Weise kundgeben könnte, lediglich die am 1. Januar 1990 - nach Ablauf der Jahresfrist - bereits entstandenen Ansprüche von der Revision ausnehmen zu wollen,

zumal sie bei Vorliegen besonderer Rechtfertigungsgründe selbst zur Einschränkung bereits laufender Ansprüche befugt gewesen wäre (vgl. BGE 113 V 301). Des weitern ergäbe die von der Kasse vertretene Auffassung eine aus ihrer Sicht folgerichtige Deckungsgleichheit mit der Leistungspflicht des SVK (vgl. E. 2d). - Indes findet eine solche Auslegung in Art. 26 Ziff. 3 lit. b des Leistungsreglements vom 29. August 1989 - auch unter Berücksichtigung des darin enthaltenen Verweises auf die zuvor geltenden Bestimmungen - keine Stütze. Vielmehr zielt die Übergangsbestimmung in der hier streitigen Fassung darauf ab, nicht nur die am 1. Januar 1990 bereits entstandenen Ansprüche, sondern gleichermassen die aufgrund der vor dem 1. Januar 1990 eingetretenen Lähmungserkrankungen noch entstehenden Ansprüche von der Revision auszunehmen. Anders kann die betreffende Bestimmung von den Versicherten bei pflichtgemässer Aufmerksamkeit nicht verstanden werden. Selbst Unklarheiten, die nicht zum Nachteil der Versicherten ausgelegt werden dürften (RKUV 1992 Nr. K 894 S. 134 E. 1b/bb mit Hinweisen), liegen in diesem Zusammenhang keine vor, und es kann unter diesen Umständen auch nicht von Belang sein, dass im erwähnten Zirkularschreiben ein vom klaren Reglementstext abweichendes, einschränkendes Verständnis der Übergangsregelung kundgegeben wurde (RKUV 1987 Nr. K 709 S. 20 E. 2d). c) Es kann mithin festgehalten werden, dass aufgrund der eigenen Übergangsbestimmungen der Beschwerdegegnerin (Art. 26 Ziff. 3 lit. b) deren Verpflichtung zur Leistungsvermittlung bei lähmungsbedingter Invalidität im hier streitigen Krankheitsfall vom 2. März 1989 fortbesteht. So gesehen wird die Rechtsstellung der Beschwerdeführerin gegenüber der Kasse durch die - für sich allein betrachtete - Revision des Leistungsreglements nicht beschnitten, und es lässt sich diesbezüglich auch aus den in RKUV 1988 Nr. K 780 S. 335 (vgl. E. 2d) entwickelten Grundsätzen nichts zugunsten der Beschwerdegegnerin ableiten. Jedenfalls insoweit kann demnach von einer Einschränkung laufender Ansprüche nicht die Rede sein, weshalb sich die Frage nach der Wohlerworbenheit oder nach besonderen Rechtfertigungsgründen von vornherein erübrigt. - Damit verbleibt die abschliessend zu beurteilende Frage, welche Wirkungen die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zu zeitigen vermag, nachdem die Leistungspflicht des SVK auf Ende 1989 dahingefallen war. d) Ausgehend von dem im Leistungsreglement der Kasse enthaltenen, hinsichtlich des hier streitigen Krankheitsfalls zum Tragen gelangenden Versprechen, bei lähmungsbedingter Invalidität Leistungen

nach den Bestimmungen des SVK zu vermitteln (Art. 26 Ziff. 3 lit. b des Reglements vom 29. August 1989 in Verbindung mit Art. 26 Ziff. 9 des Reglements vom 25. September 1986), ist im vorliegenden Fall eine Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur Ausrichtung der geltend gemachten Versicherungssumme zu bejahen.

Denn dieses Versprechen kann nach der Auflösung des zwischen Kasse und SVK bestehenden Verhältnisses - auch bei wortgetreuer Auslegung - nicht folgenlos bleiben. Selbst wenn mithin der Kasse im Regelfall hinsichtlich der Invaliditätsleistungen eine rein vermittelnde Aufgabe zugekommen sein mag, hat sie nach Treu und Glauben für den Erfolg dieses Versprechens in jenen (seltenen) Fällen einzustehen, in denen der SVK für einen nach Massgabe seines Reglements (Art. 5 ff. LIV) bestehenden Anspruch nicht mehr belangt werden könnte. Andernfalls verkäme die betreffende Reglementsbestimmung zum leeren Versprechen, und es ergäbe sich für die betroffene Versicherte eine Beschneidung ihrer Ansprüche, die mit dem in ihrem Fall anwendbaren Leistungsreglement nicht zu vereinbaren wäre. In diesem Sinne rechtfertigt es sich - ohne die Rechtsnatur dieser Verpflichtung abschliessend festzulegen -, den betreffenden reglementarischen Bestimmungen die Tragweite eines selbständigen, mit Art. 111 OR vergleichbaren, Garantieversprechens beizumessen. Diese Sichtweise drängt sich um so mehr auf, als die Kasse ein ausgeprägtes eigenes Geschäftsinteresse an der garantierten Leistung aufweist (GAUCH/SCHLUEP, Schweizerisches Obligationenrecht Allgemeiner Teil, 5. Aufl. 1991, Bd. II, Rz. 4079 mit Hinweisen) und es das im Recht der sozialen Krankenversicherung geltende Gegenseitigkeitsprinzip (BGE 113 V 298 E. 2) zu berücksichtigen gilt.

5. Da die weiteren Anspruchsvoraussetzungen unbestritten geblieben sind (vgl. E. 1), ist dem Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin vollumfänglich stattzugeben.

Dispositiv

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
In Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde werden der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons Basel-Stadt vom 15. August 1991 und die Verfügung der Schweizerischen Grütli-Krankenversicherung vom 18. September 1990 aufgehoben und es wird die Kasse verpflichtet, der Versicherten Fr. 40’000.– zu bezahlen.