Urteilskopf

133 III 607

81. Auszug aus dem Urteil der II. zivilrechtlichen Abteilung i.S. A. gegen CSS Versicherung AG (Berufung) 5C.20/2007 vom 2. August 2007

Regeste (de):
Leistungspflicht einer Krankenzusatzversicherung für die stationäre Behandlung einer Versicherten in einer Klinik, mit der kein Tarifvertrag mehr besteht.

Ein Versicherer kann in seinen AVB vorsehen, dass Leistungen nur für den Aufenthalt in einem Spital ausgerichtet werden, mit dem er einen Tarifvertrag abgeschlossen hat (E. 2.3).

Die übergangsrechtliche Bestandesgarantie gemäss Art. 102 Abs. 2 KVG verpflichtet die Krankenkassen lediglich, den bisherigen Versicherungsschutz hinsichtlich dessen Umfang (im Sinne der Leistungen) zu garantieren (E. 3.2 und 3.3).

Regeste (fr):
Obligation d'une assurance complémentaire de fournir des prestations pour un traitement stationnaire dans une clinique avec laquelle il n'existe plus de convention tarifaire.

Un assureur peut prévoir dans les conditions générales d'assurance (CGA) que les prestations sont uniquement fournies pour le séjour dans un établissement avec lequel a été conclue une convention tarifaire (consid. 2.3).

La garantie de droit transitoire de la situation acquise selon l'art. 102 al. 2 LAMal oblige simplement la caisse-maladie à garantir dans son étendue (au sens des prestations) la couverture d'assurance précédente (consid. 3.2 et 3.3).

Regesto (it):
Obbligo di un'assicurazione complementare contro le malattie di fornire prestazioni per un trattamento stazionario di un'assicurata in una clinica con cui non esiste più una convenzione tariffaria.

Un assicuratore può prevedere nelle sue condizioni generali d'assicurazione (CGA) di unicamente fornire prestazioni per il soggiorno in un ospedale con cui ha concluso una convenzione tariffaria (consid. 2.3).

La garanzia di diritto transitorio della situazione acquisita secondo l'art. 102 cpv. 2 LAMal obbliga unicamente le casse malati a garantire l'estensione (nel senso delle prestazioni) della copertura assicurativa precedente (consid. 3.2 e 3.3).

Sachverhalt ab Seite 608

BGE 133 III 607 S. 608

A., die an einer psychischen Erkrankung leidet, ist seit vielen Jahren bei den CSS Versicherungen (nachfolgend:

CSS) krankenversichert. Bis Ende 1996 war sie in der KUVG-Zusatzversicherung "Kombinierte Spitalversicherung" (Allgemeine Versicherungsbedingungen; AVB 01.1995), Leistungsgruppe 2: Halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer mit anerkannter Tarifbindung), versichert. Mit Einführung des KVG (SR 832.10; in Kraft seit dem 1. Januar 1996) und der Unterstellung der Zusatzversicherungen unter das VVG (SR 221.229.1) erfolgte auf den 1. Januar 1997 bei der CSS die Überführung der " Kombinierten Spitalversicherung Halbprivate Abteilung " in die " Spitalversicherung halbprivat, Heilungskostenversicherung " (AVB 01.1997). A. (geboren 1930) schloss im Oktober 2004 mit der CSS einen neuen (modifizierten) Krankenversicherungsvertrag "Spitalversicherung halbprivat, Heilungskostenversicherung" ab. Die neue Police ersetzte alle bisherigen Versionen und erlangte Gültigkeit ab dem 1. Januar 2005. Neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) umfasst die Police unter anderem auch eine Spitalversicherung halbprivat (nach VVG) mit Tarifbindung. Die Frauenklinik am Meissenberg, psychiatrisch-psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen in Zug, ersuchte im Auftrag von A. die CSS am 29. April 2005 um Kostengutsprache ab demselben Datum für die stationäre Behandlung von A. Die Spitalbedürftigkeit der Patientin war unbestritten. Am 11. Mai 2005 lehnte die CSS das Gesuch mit dem Hinweis ab, dass gemäss den Empfehlungen ihres Vertrauensarztes eine 90-tägige Hospitalisation der Patientin zwar indiziert sei, da jedoch ein vertragsloser Zustand bestehe, werde sie lediglich die der Versicherten zustehende Leistung aus der OKP rückerstatten. Mit Schreiben vom 12. Mai 2005 teilte die CSS A. mit, dass die sie behandelnde Klinik auf der sogenannten "Liste der Spitäler ohne allgemeine und/oder halbprivate Abteilung" stehe, weil kein Tarifvertrag für die allgemeine und halbprivate Abteilung bestehe. Des Weiteren führte sie aus, dass sie aufgrund der ungenügenden Versicherungsdeckung (lediglich) die durch die OKP versicherten Kosten für die Aufnahme in die allgemeine Abteilung des zuständigen öffentlichen Spitals des Wohnkantons der Versicherten zu einem Ansatz von Fr. 214.- pro Tag garantiere. Aus der "Spitalversicherung halbprivat" bestehe demgegenüber kein Leistungsanspruch, weshalb weitergehende Kosten zu Lasten der Versicherten gingen. Auf Ersuchen von A. lehnte die CSS eine Kostengutsprache



am 24. Mai 2005 erneut ab. Die Versicherte hielt sich vom 29. April bis zum 7. Juni 2005 in der Klinik auf der Privatabteilung Zweibettzimmer auf. Am 5. Oktober 2005 reichte A. Klage beim Amtsgericht Luzern-Stadt gegen die CSS ein und forderte von dieser aus (Kranken-)Zusatzversicherung die Differenz zwischen 75 % des Gesamtrechnungsbetrages für den Klinikaufenthalt und der von der CSS garantierten OKP-Pauschale, ausmachend Fr. 37'612.85 samt Zinsen. In teilweiser Gutheissung der Klage verurteilte das Amtsgericht die CSS zur Bezahlung von Fr. 28'209.60 samt Zinsen. Die dagegen von der CSS erhobene Appellation hiess das Obergericht des Kantons Luzern mit Urteil vom 30. November 2006 gut und wies die Klage vollumfänglich ab. Die von A. erhobene Anschlussappellation wurde damit gegenstandslos. Gegen dieses Urteil hat A. (fortan: Klägerin) am 22. Januar 2007 eidgenössische Berufung eingereicht mit dem Begehren, die CSS für den Klinikaufenthalt zur Leistung von Fr. 33'588.25 samt Zinsen ab dem 10. Oktober 2005 zu verpflichten. In ihrer Antwort hat die CSS (fortan auch: Beklagte, Versicherer) auf Abweisung der Berufung geschlossen. Das Bundesgericht weist die Berufung ab.

Erwägungen

Aus den Erwägungen:

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. Das Bundesgericht hat in einem ähnlich gelagerten - jedoch nicht amtlich publizierten - Fall, denselben Versicherer und denselben Rechts-

vertreter der Versicherten betreffend, entschieden, dass der Versicherer solchenfalls nicht für die Spitalkosten aufzukommen hat (Urteil 5C.150/2006 vom 6. November 2006).

2.1 Die Vorinstanz hat festgehalten, es sei unbestritten, dass sich eine allfällige Leistungspflicht der Beklagten nach Art. 13 der allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Ausgabe 01.1997) zur "Spitalversicherung halbprivat" richte. Demnach müsse die freie Spitalwahl (Art. 13.1 AVB: "Wir bezahlen die Aufenthalts- und Behandlungsergänzungskosten in einem Spital in der ganzen Schweiz...") dahingehend verstanden werden, dass sie (nur) bezüglich



derjenigen Spitäler gelte, mit denen eine Tarifbindung (Art. 13.2 AVB; Tarifvertrag zwischen der CSS und dem jeweiligen Spital) bestehe. Auch falle bei fehlender Tarifbindung eine Anwendung der Art. 13.3 und 13.4 AVB ausser Betracht, da ansonsten Art. 13.2 unterlaufen würde.

2.2 Die Klägerin macht im Wesentlichen einen Verstoss gegen das Vertrauensprinzip bei der Auslegung ihres mit der CSS abgeschlossenen Versicherungsvertrages "Spitalversicherung halbprivat" mit den massgebenden AVB (insbesondere Art. 13.4 AVB) geltend. Die Vorinstanz hat hinsichtlich der Tragweite dieser (AVB-)Klauseln keinen übereinstimmenden wirklichen Willen der Parteien festgestellt. Deren Auslegung richtet sich daher nach den Grundsätzen der normativen Vertragsauslegung. Vorformulierte Vertragsbestimmungen sind dabei grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen. So erfolgt denn auch bei den AVB die Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens nach dem Vertrauensgrundsatz. Dabei hat der Richter vom Wortlaut auszugehen und die Klauseln im Zusammenhang so auszulegen, wie sie nach den gesamten Umständen verstanden werden durften und mussten; er hat dabei auch zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint. Er orientiert sich dabei am dispositiven Recht, weil derjenige Vertragspartner, der dieses verdrängen will, das mit hinreichender Deutlichkeit zum Ausdruck bringen muss. In Bezug auf die AVB gelangen ebenfalls die Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel zur Anwendung; mehrdeutige Klauseln müssen nach der Unklarheitsregel gegen den Versicherer als deren Verfasser ausgelegt werden (BGE 119 II 368 E. 4b S. 372), ungewöhnlichen hingegen gänzlich die Wirksamkeit versagt werden. Diese Auslegungsgrundsätze werden vom Bundesgericht auf Berufung hin als Rechtsfragen frei überprüft (BGE 129 III 118 E. 2.5 S. 122; BGE 130 III 686 E. 4.3.1 S. 689 mit Hinweisen; vgl. auch MESSMER/IMBODEN, Die eidgenössischen Rechtsmittel in Zivilsachen, Nr. 96, S. 131).

2.3 Der in Art. 13.1 bis 13.4 AVB (Ausgabe 01.1997) umschriebene Leistungsumfang erfasst die Versicherungsleistungen für den Aufenthalt in einer halbprivaten Abteilung eines (öffentlichen oder privaten) Spitals in der Schweiz. Das Spital muss sich zudem auf der nach KVG verbindlichen (Spital-)Liste des jeweiligen Kantons befinden (Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG). Dies wiederum setzt den Abschluss eines Tarifvertrages zwischen den Leistungserbringern (Art. 35 Abs. 2 KVG) und den Versicherern beziehungsweise deren Verbänden



voraus, der von der jeweiligen Kantonsregierung und bei schweizweiter Geltung vom Bundesrat zu genehmigen ist (Art. 46 Abs. 4 KVG). 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 psychiatrische Klinik am Meissenberg befindet sich auf der Spitalliste des Kantons Zug. Art. 13.2 lit. a und b AVB sehen im Weiteren vor, dass Versicherungsleistungen nur für Spitäler ausgerichtet werden, mit denen die CSS überdies einen Tarifvertrag abgeschlossen hat ("Tarifbindung mit der CSS"). Dies ist im Hinblick auf die Klinik am Meissenberg seit Anfang 2000 unbestrittenermassen nicht mehr der Fall. Bei einem solchen Tarifvertrag handelt es sich - wie weiter oben erwähnt - um eine Vereinbarung zwischen dem Versicherer und einem Leistungserbringer. Die Versicherten sind hierbei weder Vertragspartei noch in irgendeiner Weise vertreten. Daraus folgt, dass beide Varianten des Art. 13.2 AVB (lit. a und b) bestimmte Leistungen zu Gunsten der Versicherten umschreiben, der Versicherer es sich jedoch vorbehält, die Leistungserbringer durch den Abschluss eines Tarifvertrages selber zu bestimmen. Durch die Annahme der AVB durch die Versicherte hat diese sich auch Art. 13.2 AVB unterworfen, womit die konkrete Auswahl der Leistungserbringer, vorliegend der Spitäler, für die vertraglich zugesagten Leistungen ausschliesslich dem Versicherer überlassen bleibt. Die jeweils massgebende Spitalliste (des Versicherers) wird somit vom Versicherer - ohne Absprache mit seinen Versicherten - festgelegt und abgeändert. Sie bildet nicht Vertragsbestandteil. Der Klägerin kann damit nicht gefolgt werden, wenn sie ausführt, dass Art. 13.2 AVB keine Behandlung in einer halbprivaten Abteilung mit Tarifbindung verlange. Entgegen ihren Ausführungen schränkt Art. 13.2 AVB die Generalklausel in Art. 13.1 AVB dahingehend ein, dass ausschliesslich die Aufenthalts- und Behandlungsergänzungskosten in einer halbprivaten Abteilung mit Tarifbindung durch den Versicherer übernommen werden. Die klägerische Sichtweise (freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz ungeachtet der Tarifbindungen), durch die vor allem die Interessenlage der Parteien ins Feld geführt wird, mag einem subjektiven Bedürfnis der Klägerin entsprechen, vermag jedoch dieser keinen Rechtsanspruch zu verschaffen und geht an der Realität sich ständig ändernder Verhältnisse auf Seiten der Leistungserbringer vorbei. Die Klägerin blendet weitgehend aus, dass die Klinik am Meissenberg zwar auf der kantonalen Spitalliste steht, seit dem 1. Januar 2000 jedoch über keinen Tarifvertrag mit der CSS



mehr verfügt. Zudem verkennt die Klägerin, dass sie gerade nicht Partei eines staatlich genehmigten oder eines privaten Tarifvertrages ist. Auch aus den - gemäss der Klägerin ebenfalls Ansprüche begründenden - Art. 13.3 und 13.4 AVB ergibt sich nichts Gegenteiliges. Denn aus diesen beiden Artikeln liesse sich nur dann etwas zu Gunsten der Klägerin herleiten, wenn das sie behandelnde Spital über einen Tarifvertrag mit der Beklagten verfügte und die Klägerin die private Abteilung wählte (Art. 13.3 AVB) oder das Spital über keine halbprivate oder entsprechende Abteilung verfügte (Art. 13.4 AVB). Beide Anspruchsgrundlagen scheitern jedoch schon an der einleitenden (Grund-)Voraussetzung. Im Ergebnis hat die Vorinstanz demnach Art. 13.1 bis 13.4 AVB bundesrechtskonform ausgelegt (vgl. dazu: Urteil 5C.150/2006 vom 6. November 2006, E. 2.4.2).

3.

3.1 Die Klägerin bringt weiter vor, durch die Überführung vom alten KUVG (BS 8 S. 281) zum neuen KVG per 1. Januar 1996 und die dadurch folgende Überführung altrechtlicher Zusatzversicherungen nach KUVG in die neuen (privatrechtlichen) Zusatzversicherungen sei gemäss Art. 102 Abs. 2 KVG der bisherige Besitzstand, d.h. der bisherige Leistungsumfang zu gewährleisten, was sich durch einen Vergleich zwischen den bisherigen und den neuen Versicherungsleistungen ergebe. Namentlich seien die AVB der "Spitalversicherung halbprivat" im Lichte der altrechtlichen Reglemente und AVB (insbesondere Art. 5.3 Abs. 1 Reglement der kombinierten Spitalversicherung 1995 und Art. 48.3 AVB 1995), die eine freie Spitalwahl auch ohne Tarifbindung garantierten, auszulegen. Demnach gelte Art. 13.4 AVB unabhängig einer allfälligen Tarifbindung.

3.2 Bei der "Spitalversicherung halbprivat" handelt es sich um eine privatrechtliche (VVG-)Zusatzversicherung, die aus der früheren (KUVG-)Zusatzversicherung "kombinierte Spitalversicherung" hervorgegangen ist. Ge-

mäss der übergangsrechtlichen Bestandesgarantie von Art. 102 Abs. 2 KVG sind die Krankenkassen bei der Anpassung ihrer Bestimmungen über Leistungen bei Krankenpflege, die über den Leistungsumfang nach Art. 34 Abs. 1 KVG hinausgehen (d.h. statutarische Leistungen oder Zusatzversicherungen), verpflichtet, ihren Versicherten Versicherungsverträge anzubieten, die mindestens den bisherigen Umfang des Versicherungsschutzes

BGE 133 III 607 S. 613

gewähren (Art. 102 Abs. 2 Satz 1 und 3 KVG). Aus Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG ist zu schliessen, dass die Krankenkassen insoweit, als der bisherige Versicherungsschutz über den durch die soziale Krankenversicherung gemäss KVG gewährleisteten Schutz hinausging, den Besitzstand durch das Angebot entsprechender Zusatzversicherungen gemäss VVG zu wahren haben. Jedoch 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 S. 351). Hingegen wäre 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 S. 435). Mit der Zusatzversicherung im Spitalbereich soll die Differenz zwischen den festgelegten Tarifen und den Privattarifen abgedeckt werden, da die Grundversicherung lediglich für den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals aufzukommen hat (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG), nicht aber für den Aufenthalt in einer privaten oder halbprivaten Abteilung.

3.3 Soweit die Klägerin meint, die Zusatzversicherung für die Spitalpflege mit der Deckung "Aufenthalts- und Behandlungskosten in einem Spital in der ganzen Schweiz" habe 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 "kombinierte Spitalversicherung" den Versicherten damals in der Praxis eine solche Wahlfreiheit zugestanden und die daraus folgenden Kosten übernommen hatte, steht gerade nicht fest (vgl. Urteil 5C.150/2006 vom 6. November 2006, E. 2.3.2). Abgesehen davon, dass sich die von der Klägerin 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 "Versicherungsmöglichkeiten" nur die drei Leistungsgruppen sowie deren Abgrenzung hervor. Von einer Wahlfreiheit im Sinne der Klägerin ist hier nicht die Rede. Ob sie sich im Zeitpunkt ihres Spitalaufenthaltes, nämlich im Jahre 2005, überhaupt noch auf die

BGE 133 III 607 S. 614

Übergangsregelung von Art. 102 Abs. 2 KVG berufen konnte, vermag daher im vorliegenden Fall offenzubleiben. Entscheidend ist nach dem Gesagten einzig, ob der bisherige Versicherungsschutz hinsichtlich dessen Umfang (im Sinne der Leistungen) garantiert ist. Demgegenüber gewährleistet die übergangsrechtliche Bestandesgarantie einer Versicherten nicht, den - wenn auch gewohnten - Leistungsträger ihrer Wahl ("Hausspital") unter allen Umständen beibehalten zu können. Bei dieser Sachlage hat die Vorinstanz kein Bundesrecht (namentlich Art. 102 Abs. 2 KVG) verletzt, indem sie entschieden hat, dass die Beklagte die überobligatorischen Spitalkosten nicht zu übernehmen habe.