

BGE 133 III 607

Bundesgericht (BGE), 2007-08-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bge_BGE_133_III_607

FR: ATF 133 III 607

IT: DTF 133 III 607

Regeste

Regeste 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 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 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).

Erwägungen

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

E. 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 BGE 133 III 607 S. 610 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.

E. 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).

E. 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 BGE 133 III 607 S. 611 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 BGE 133 III 607 S. 612 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).

E. 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.

E. 3.2

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

E. 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.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.