

BGer 4A 291/2009 vom 28. Juli 2009

Bundesgericht, 2009-07-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_4A_291_2009

FR: TF 4A 291/2009 du 28 juillet 2009

IT: TF 4A 291/2009 del 28 luglio 2009

Regeste

Versicherungsvertrag | Vertragsrecht

Erwägungen

E. 1

Streitig sind Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Derartige Zusatzversicherungen unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 1908 (VVG; SR 221.299.1). Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 133 III 439 E. 2.1 S. 442). Bei der vorliegenden Streitsache, mit der Taggeldleistungen verlangt werden, handelt es sich überdies um eine vermögensrechtliche Angelegenheit. Der Streitwert übersteigt die Grenze von Fr. 30'000.-- (Art. 74 Abs. 1 lit. b BGG). Der angefochtene Entscheid wurde vom Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich gefällt. Dieses entscheidet gemäss kantonalem Recht als einzige kantonale Instanz. Es nimmt zwar von der Einbettung in die zürcherische Gerichtsorganisation her die Stellung eines oberen Gerichts ein, fungiert aber im vorliegenden Fall nicht als Rechtsmittelinstanz im Sinne von Art. 75 Abs. 2 BGG (BGE 133 III 439 E. 2.2.2.2 S. 443 f.). Dies schadet nicht, da die Frist zur Anpassung der kantonalen Ordnung nach Art. 130 Abs. 2 BGG noch läuft. Eine solche Anpassung wird sich ohnehin mit Inkrafttreten der schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; BBl 2009 21) erübrigen. Denn nach Art. 7 ZPO können die Kantone für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ein Gericht bezeichnen, das als einzige kantonale Instanz zuständig ist. Gleichzeitig wird Art. 75 Abs. 2 lit. a BGG dahingehend abgeändert, dass als Ausnahme vom Grundsatz des doppelten Instanzenzuges eine einzige kantonale Instanz nicht mehr von einem Bundesgesetz vorgeschrieben sein muss, sondern dass es genügt, wenn ein Bundesgesetz eine solche vorsieht. Da auch die übrigen Sachurteilsvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2

Die Parteien streiten sich über die für den Beschwerdeführer geltende Leistungsdauer.

E. 2.1

Ist hinsichtlich der Tragweite einer Klausel der vorformulierten allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ein übereinstimmender wirklicher Wille der Parteien nicht festgestellt, richtet sich die Auslegung nach den Grundsätzen der normativen Vertragsauslegung. Vorformulierte Vertragsbestimmungen sind grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen (BGE 135 III 225 E. 1.3 S. 227 mit Hinweis); es ist demnach zu eruieren, wie der Versicherungsnehmer die

AVB nach Treu und Glauben verstehen durfte (BGE 133 III 675 E. 3.3 S. 681 f.). 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 ist (BGE 133 III 607 E. 2.2). Von der global erklärten Zustimmung zu allgemeinen Vertragsbedingungen sind indessen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist, da davon auszugehen ist, dass ein unerfahrener Vertragspartner ungewöhnlichen Klauseln, die zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters führen oder in erheblichem Masse aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus fallen, nicht zustimmt. Je stärker eine Klausel die Rechtsstellung des Vertragspartners beeinträchtigt, desto eher ist sie als ungewöhnlich zu qualifizieren (BGE 135 III 225 E. 1.3 S. 227 f. mit Hinweisen). Diese Auslegungsgrundsätze werden vom Bundesgericht als Rechtsfragen frei überprüft (BGE 133 III 607 E. 2.2, 675 E. 3.3 S. 682).

E. 2.2

Die Vorinstanz stellte keinen übereinstimmenden wirklichen Parteiwillen fest. Sie prüfte, ob bei objektivierter Auslegung der Police von einer auch nach Eintritt des AHV-Alters geltenden, individuell vereinbarten Leistungsdauer von 730 Tagen auszugehen sei, welche widersprechenden AVB-Bestimmungen vorginge. Dies verneinte sie. Vielmehr sehe die individuelle Abmachung diesbezüglich ausdrücklich die Anwendbarkeit von Art. B 3 Abs. 6 AVB vor. Mangels Mehrdeutigkeit bestehe für die Unklarheitsregel kein Raum. Auch sei die Regelung weder ungewöhnlich noch unbillig.

E. 2.3

Die Police sieht in der Kategorie 1 "Personal" das gesamte Personal (ohne den Beschwerdeführer) mit den effektiven Löhnen vor. Versichert ist ein Krankentaggeld von 90 % des versicherten Lohnes. Unter dem Titel "Leistungsdauer" wird festgehalten: "730 Tage abzüglich Wartefrist, für Versicherte im AHV-Alter siehe auch Art. B 3 Absatz 6 der AVB". Die Wartefrist beträgt 7 Tage. In der Kategorie 2 "Betriebsinhaber" ist einzig der Beschwerdeführer, geboren am 7. Februar 1932, mit einem Jahreslohn von Fr. 84'000.-- versichert. Die Police sieht weiter Folgendes vor: "Krankentaggeld (EVB 70 und 71) 100 % des versicherten Lohnes - Leistungsdauer 730 Tage abzüglich Wartefrist für Versicherte im AHV-Alter siehe auch Art. B 3 Absatz 6 der AVB - Wartefrist 30 Tage - Prämiensatz 2.33 %" Als Vertragsgrundlagen der kollektiven Krankentaggeldversicherung führt die Police die AVB, Ausgabe 05.1999, an sowie Nrn. 70, 71 und 73 der "Ergänzenden Vertragsbedingungen" (EVB), Ausgabe 05.1999. Unter "Besonderen Vertragsbedingungen" (BVB) wird unter dem Titel "Betriebsinhaber" aufgeführt: "Herr X. _____, geb. 07.02.1932, gilt als Betriebsinhaber im Sinne der Allgemeinen und Ergänzenden Bedingungen. In teilweiser Abänderung von Art. A 4 Abs. 2 der Allgemeinen Bedingungen erlischt der Versicherungsschutz für Herrn X. _____ nach Vollendung des 75. Altersjahres." Art. B 3 AVB ist mit "Leistungsdauer" überschrieben. Absatz 6 lautet folgendermassen: "Vom AHV-Rentalter an besteht ein Leistungsanspruch nur noch solange, bis die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers abgegolten ist, maximal jedoch noch für insgesamt 180 Tage für alle laufenden und künftigen Versicherungsfälle zusammen, es sei denn, die auf der Police aufgeführte Leistungsdauer werde vorher erreicht. Mit der Vollendung des 70. Altersjahrs endet jeglicher Leistungsanspruch." Art. 70 EVB sieht für Betriebsinhaber und Familienmitglieder mit

fester Lohnsumme Regelungen vor, die teilweise von den AVB abweichen. Art. 70 Abs. 5 EVB lautet wie folgt: "In Abänderung von Art. B 3 Absatz 6 der AVB ist die Leistung im AHV-Rentalter nicht durch die Dauer der gesetzlichen Lohnfortzahlungspflicht beschränkt."

E. 2.4

Die Police bestimmt demnach für beide Kategorien von Versicherten die Leistungsdauer grundsätzlich auf 730 Tage (abzüglich Wartefrist) und verweist für Versicherte im AHV-Alter auf Art. B 3 Abs. 6 AVB, der den Leistungsanspruch vom AHV-Alter an zeitlich beschränkt. Diese Regelung gibt klar und deutlich darüber Auskunft, welche Leistungsdauer gilt. Es mag sein, dass die Erwähnung der grundsätzlichen Leistungsdauer von 730 Tagen in der Kategorie 2 überflüssig war bzw. ohne Anwendungsbereich blieb, weil in dieser Kategorie nur eine Person, nämlich der bereits im AHV-Alter stehende Beschwerdeführer, und keine anderen, nicht im AHV-Alter stehenden Personen versichert waren. Auch bei der gewählten Formulierung wird aber klar, dass betreffend die Leistungsdauer für Versicherte im AHV-Alter Art. B 3 Abs. 6 AVB zu konsultieren ist, auf den gut erkennbar, unmittelbar im Anschluss an die angeführte grundsätzliche Leistungsdauer von 730 Tagen hingewiesen wird. Es sind keine sachlichen Gründe ersichtlich, die dem Beschwerdeführer erlaubt hätten anzunehmen, dass der klare Hinweis auf die Regelung der Leistungsdauer für Versicherte im AHV-Alter für ihn nicht massgebend sei. Der Beschwerdeführer macht denn auch keine entsprechenden Gründe geltend und zeigt nicht auf, welche Bedeutung dem Hinweis sonst hätte zukommen sollen. Für den Vertragsinhalt ist nicht der Versicherungsantrag, sondern die Police massgebend (vgl. Art. 12 VVG). Die Bezugnahme auf den Versicherungsantrag vermag deshalb dem Beschwerdeführer für seine Argumentation nicht weiterzuhelfen. Die Police ist nach Treu und Glauben eindeutig dahingehend zu verstehen, dass die Leistungsdauer für Versicherte im AHV-Alter, also namentlich für den Beschwerdeführer, aufgrund von Art. B 3 Abs. 6 AVB bestimmt wird. Diese Regelung ist nicht mehrdeutig. Für die Unklarheitsregel besteht daher entgegen dem Beschwerdeführer von vornherein kein Raum (vgl. BGE 133 III 61 E. 2.2.2.3 S. 69, 607 E. 2.2, je mit Hinweisen). Ebenso wenig gelangt Art. 33 VVG zur Anwendung, da Art. B 3 Abs. 6 AVB keinen Ausschlussstatbestand statuiert. Nach den für das Bundesgericht verbindlichen Feststellungen der Vorinstanz (Art. 105 Abs. 1 BGG) ging es bei der Vertragsanpassung per 1. Januar 2002 insbesondere auch darum, dass die Versicherung für den Beschwerdeführer, der am 7. Februar 2002 das 70. Altersjahr vollendete, weitergeführt werden würde. Entsprechend sahen die besonderen Vertragsbedingungen in Abweichung von den AVB vor, dass für den Beschwerdeführer der Versicherungsschutz erst nach Vollendung des 75. Altersjahrs ende. Der Beschwerdeführer durfte aber nicht erwarten, dass bei erhöhtem Risiko (infolge höheren Alters) für die gleichen Prämien die früheren Leistungen erbracht würden. Ohnehin blieb im vorinstanzlichen Verfahren die Behauptung des Beschwerdeführers unbewiesen, dass im vorherigen Versicherungsvertrag die Prämie bei Versicherung einer Leistungsdauer von 730 Tagen gleich hoch gewesen sei. Der Beschwerdeführer kann daher aus dieser Behauptung nichts für seinen Standpunkt ableiten. Zusammenfassend hat die Vorinstanz mit ihrer Auslegung, wonach aufgrund der Police nicht von der individuellen Vereinbarung einer im AHV-Alter geltenden Leistungsdauer von 730 Tagen ausgegangen werden kann, den Vertrauensgrundsatz nicht verletzt.

E. 2.5

Die Vorinstanz legte - unter Hinweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung - überzeugend dar, dass die getroffene Regelung inhaltlich weder ungewöhnlich noch unbillig ist. Der Beschwerdeführer stellt dies grundsätzlich nicht in Abrede, hält der Vorinstanz aber vor, dass sie nicht geprüft habe, ob die beschränkte Leistungsdauer im vorliegenden Einzelfall unbillig sei. Er nennt jedoch keine Umstände, die er vor der Vorinstanz geltend gemacht hätte und aufgrund derer auf eine Unbilligkeit in seinem spezifischen Fall hätte geschlossen werden müssen. In der Beschwerde führt er lediglich aus, dass er "über das Erreichen des AHV-Alters weiter arbeiten wollte oder musste". Das reicht nicht, um Unbilligkeit zu indizieren. Die Vorinstanz konnte auch keine Ungewöhnlichkeit aus anderen Gründen, etwa wegen einer versteckten Platzierung, erkennen. Der Beschwerdeführer hält dem entgegen, die Vorinstanz blende aus, dass unmittelbar vor dem Hinweis auf Art. B 3 Abs. 6 AVB von einer Leistungsdauer von 730 Tagen gesprochen werde und dass andererseits eine weitere Bestimmung in einem dritten Dokument, nämlich Art. 70 Abs. 5 EVB die Geltung von Art. B 3 Abs. 6 AVB wieder einschränke. Dies erscheine sowohl unklar wie ungewöhnlich, wenn man bedenke, wie einfach es gewesen wäre, direkt auf eine Leistungsdauer von bloss 180 Tagen hinzuweisen. Dem kann nicht gefolgt werden. Der für Versicherte im AHV-Alter geltende Hinweis auf Art. B 3 Abs. 6 AVB findet sich in der Police unter dem massgebenden Titel "Leistungsdauer", also am Ort, wo er hingehört und gesucht wird. Indem er unmittelbar auf die angeführte grundsätzliche Leistungsdauer von 730 Tagen folgt, ist auch leicht erkennbar, dass es sich um eine vom Grundsatz abweichende, speziell für Versicherte im AHV-Alter geltende Regelung handelt. Die Platzierung ist daher nicht ungewöhnlich. Ebenso wenig wird die Regelung durch Art. 70 Abs. 5 EVB unklar. Diese Bestimmung stellt zugunsten von Betriebsinhabern sicher, dass die nach Art. B 3 Abs. 6 AVB maximale Leistungsdauer von 180 Tagen nicht durch die Dauer der gesetzlichen Lohnfortzahlungspflicht verkürzt wird. Wohl wäre es möglicherweise einfacher gewesen, in der Police bei der Leistungsdauer für den Beschwerdeführer direkt 180 Tage aufzuführen. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Versicherung des Beschwerdeführers im Rahmen und als Teil der Police der gesamten kollektiven Krankentaggeldversicherung erfolgte, in der das Zusammenspiel von Police, AVB und EVB Sinn macht und erforderlich ist. Zudem kann eine Regelung nicht nur deshalb als unklar betrachtet werden, weil eine andere einfacher gewesen wäre.

E. 3

Die Beschwerde erweist sich demzufolge als unbegründet und ist abzuweisen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird der Beschwerdeführer kosten- und entschädigungspflichtig (Art. 66 Abs. 1 und Art. 68 Abs. 2 BGG).

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