

# **BGer 5C.61/2006 vom 19. Oktober 2006**

Bundesgericht, 2006-10-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_5C.61\\_2006](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_5C.61_2006)

FR: TF 5C.61/2006 du 19 octobre 2006

IT: TF 5C.61/2006 del 19 ottobre 2006

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Berufungsbeklagte stellt vorab das Begehren, auf die Berufung sei nicht einzutreten.

#### **E. 1.1**

Ihren Nichteintretensantrag begründet die Berufungsbeklagte damit, dass der gesamte bisherige Prozess auf Deutsch geführt worden sei, weshalb es das Gebot der Fairness verletze, wenn die in der gesamten Schweiz auftretende Intras die Berufungsschrift nunmehr auf Französisch verfasst habe.

Nach Art. 30 Abs. 1 OG sind Rechtsschriften an das Bundesgericht in einer Nationalsprache abzufassen. Diese Bestimmung beinhaltet gleichermassen ein Recht und eine Pflicht; die Parteien müssen ihre Rechtsschriften in einer Landessprache verfassen, sind aber in deren Wahl frei. Soweit die Berufungsbeklagte geltend macht, das Vorgehen der Versicherung sei schikanös und es sei ihr nicht zuzumuten, für den Rechtsmittelprozess den Anwalt zu wechseln, ist auf ihre 40-seitige Berufungsantwort zu verweisen, die zeigt, dass sie ohne weiteres in der Lage war, sich ohne Anwaltswechsel wirksam zu verteidigen.

Da alle übrigen Voraussetzungen gegeben sind ( Art. 43 Abs. 1, Art. 46 und Art. 48 Abs. 1 OG ), ist auf die Berufung grundsätzlich einzutreten.

#### **E. 1.2**

Unzulässig sind jedoch die neu eingereichten Beweismittel ( Art. 55 Abs. 1 lit. c OG ). Darunter fallen, wie die Berufungsbeklagte zu Recht geltend macht, insbesondere die französischen Versionen der allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenzusatzversicherung und die speziellen Bedingungen für die Zusatzversicherung Optima+ (ZVB). Der Versicherungsvertrag ist in deutscher Sprache unterzeichnet und Vertragsbestandteil sind einzig die deutschen Ausgaben der betreffenden Bedingungen. Im Unterschied zur Auslegung von Bundesgesetzen, für welche die drei Amtssprachen gleichwertig sind, kann für die Vertragsauslegung selbstredend nur diejenige Version der Versicherungsbedingungen von Bedeutung sein, die Bestandteil des auszulegenden Versicherungsvertrages geworden ist. Ohnehin unzulässig ist das Nachreichen weiterer Versicherungsbedingungen (Quadra+), die im kantonalen Verfahren nicht zu den Akten gegeben worden sind.

#### **E. 1.3**

Als unzulässig erweist sich die Berufung schliesslich insoweit, als die Versicherung der Vorinstanz vorwirft, eine Reihe von Bestimmungen der Versicherungsbedingungen verletzt zu haben. Gerügt werden kann mit Berufung einzig die Verletzung von Bundesrecht ( Art. 43 Abs. 1 OG ). Die Versicherung ist indes nicht Gesetzgeberin; vielmehr hat sie als Privatperson einseitig Versicherungsbedingungen aufgestellt, welche durch Übernahme

Bestandteil des zwischen ihr und der Berufungsbeklagten abgeschlossenen Vertrages geworden sind. Mit Berufung kann sie deshalb einzig vorbringen, die Vorinstanz habe im Zusammenhang mit der Vertragsauslegung die hierfür massgeblichen Grundsätze verletzt. Darauf wird im Kontext zurückzukommen sein.

#### **E. 1.4**

Neu und damit unzulässig ( Art. 55 Abs. 1 lit. c und Art. 63 Abs. 2 OG ) ist sodann die Tatsachenbehauptung der Intras, die Krankheit sei nicht innerhalb von 30 Tagen gemeldet worden. Infolgedessen stösst ihr rechtliches Vorbringen, sie sei von jeglicher Leistungspflicht entbunden, weil sie diese gemäss Art. 17 der AVB von der rechtzeitigen Deklaration abhängig machen dürfe, ins Leere. Ebenfalls neu und damit unzulässig sind die Verweise der Intras auf ihre Zusatzversicherung Quadra+ sowie auf die Prämiengestaltung für die Zusatzversicherung Optima+. Auf ihre in diesem Zusammenhang gemachten Ausführungen ist folglich nicht näher einzugehen.

#### **E. 2**

Das Sozialversicherungsgericht hält zunächst fest, vorformulierte Vertragsbestimmungen seien grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen. Sodann macht es Ausführungen zur subjektiven und zur normativen Vertragsauslegung. Auch wenn es nicht explizit festhält, nach welchen Grundsätzen es die zum Bestandteil des Versicherungsvertrages gemachten AVB und ZVB ausgelegt hat, geht aus den Erwägungen doch klar hervor, dass es nicht einen wirklichen Willen der Parteien festgestellt, sondern die Klauseln nach dem Vertrauensprinzip und somit normativ ausgelegt hat.

Die Intras rügt eine fehlerhafte Vertragsauslegung durch die Vorinstanz; sie macht mithin (jedenfalls sinnemäss) geltend, das Sozialversicherungsgericht habe die diesbezüglich massgeblichen Maximen verkannt bzw. falsch angewandt. Die Grundsätze der objektivierten, d.h. normativen Vertragsauslegung, namentlich das Vertrauensprinzip sowie mit Bezug auf vorformulierte Bedingungen die Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel, stellen als Teil des Bundesrechts berufungsfähige Rechtsfragen dar ( Art. 43 Abs. 1 OG ; BGE 121 III 118 E. 4b/aa S. 123), die vom Bundesgericht frei überprüft werden können ( BGE 129 III 118 E. 2.5 S. 123; 130 III 686 E. 4.3.1 S. 689).

Im Rahmen der normativen Vertragsauslegung sind zwischen den Parteien noch zwei rechtliche Problemkreise umstritten: Erstens, ob auch die Behandlung in Grenzzonen eine Genehmigung der Versicherung erheischt (dazu E. 3), und zweitens, ob die Leistungspflicht der Zusatzversicherung von einer Zahlungspflicht aus der Grundversicherung abhängt (dazu E. 4). Ferner behauptet die Berufungsbeklagte weiterhin, dass eine adäquate Behandlung in der Schweiz nicht möglich gewesen wäre, was die Versicherung bestreitet; dies ist indes keine Frage des Bundesrechts, sondern eine solche der kantonalen Beweiswürdigung. Nicht mehr umstritten ist, ob das behandelnde Spital auf einer kantonalen Spitalliste figurieren muss bzw. ob dieses Erfordernis bei öffentlichen Spitälern in der Grenzzone obsolet ist.

#### **E. 3**

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt von über 12 Monaten in anderen Ländern kann der Versicherungsnehmer für maximal 5 Jahre die Beibehaltung seiner Versicherungsdeckung verlangen. Eine Prämie ist gemäss Intras-Tarif im Voraus zu entrichten. Der Versicherte hat überdies einen Vertreter in der Schweiz zu bezeichnen. Als Wohnsitz gilt der Wohnsitz des

Vertreter.

### **E. 3.1**

Angelpunkt der Meinungsverschiedenheit ist Art. 4 der AVB, welcher den örtlichen Geltungsbereich der zwischen den Parteien abgeschlossenen Zusatzversicherung regelt und wie folgt lautet:

"1. -:-

1. Die abgeschlossenen Versicherungsdeckungen gelten in der Schweiz, in Liechtenstein und in den Grenzzonen (Zonen, die für die Erteilung einer Grenzgängerarbeitsbewilligung anerkannt sind).

2. Sie gelten auch in den anderen Ländern, wenn sich der Versicherte dort vorübergehend während nicht mehr als 12 aufeinander folgenden Monaten aufhält.

### **E. 3.2**

Die Vorinstanz hat zunächst festgestellt, dass Freiburg im Breisgau gemäss Art. 1 Abs. 2 des Abkommens zwischen dem schweizerischen Bundesrat und der Regierung der Bundesrepublik Deutschland über den Grenzübertritt von Personen im kleinen Grenzverkehr vom 21. Mai 1970 (SR 0.631.256.913.63) zur Grenzzone gehört.

Die Berufungsklägerin bestreitet nicht, dass Freiburg in der Grenzzone liegt. Wie bereits im kantonalen Verfahren macht sie aber geltend, der in Art. 4 Ziff. 4 der AVB verwendete Begriff "Ausland" umfasse auch die Grenzzone gemäss Ziff. 1 und folglich sei auch hierfür die schriftliche Genehmigung für Auslandbehandlungen nötig, während die Berufungsbeklagte sich weiterhin auf den Standpunkt stellt, gemäss Ziff. 1 gelte die Behandlung in der Grenzzone als (genehmigungsfreie) Inlandbehandlung.

Die Vorinstanz hat hierzu erwogen, auf Grund seiner systematischen Stellung am Schluss des Art. 4 der AVB hinter dessen Ziff. 2 und 3 sei der in Ziff. 4 enthaltene Begriff des "Auslandes" im Sinn des in Ziff. 2 und 3 verwendeten Begriffs der "anderen Länder" zu verstehen. Vom Zustimmungserfordernis gemäss Ziff. 4 nicht betroffen seien demnach nebst dem schweizerischen Staatsgebiet auch das gemäss Ziff. 1 diesem gleichgestellte Staatsgebiet des Fürstentums Liechtenstein sowie die Grenzzonen.

### **E. 3.3**

Nach dem Vertrauensprinzip ist eine Willenserklärung so auszulegen, wie sie von der anderen Partei nach den gesamten Umständen in guten Treuen verstanden werden durfte und musste ( BGE 126 III 59 E. 5b S. 68; 130 III 417 E. 3.2 S. 424).

Vorliegend geht es um die Auslegung einer Klausel, die gemäss ihrer Überschrift den örtlichen Geltungsbereich der Versicherungsdeckung umschreibt. Dabei wird in Ziff. 1 bestimmt, dass Deckung in der Schweiz, in Liechtenstein und in den Grenzzonen bestehe. In diesem geographischen Bereich gilt die Deckung offensichtlich voraussetzungslos, wird sie doch in Ziff. 2 und 3 "in den anderen Ländern" von bestimmten Voraussetzungen abhängig gemacht; sodann lässt sich die Ausdrucksweise der "anderen Länder" nicht anders denn als Gegensatz zu dem in Ziff. 1 beschriebenen Gebiet verstehen. Zutreffend ist nun, dass in Ziff. 4 nicht von "anderen Ländern", sondern vom "Ausland" die Rede ist, wie die Berufungsklägerin betont. Aufgrund der systematischen Stellung und des Sinnzusammenhangs durfte aber die Versicherungsnehmerin als Gegenpartei davon ausgehen, dass der Begriff "Ausland" mit den "anderen Ländern" gemäss Ziff. 2 und 3

gleichzusetzen ist und er nicht in dem Sinn auf den Regelungsinhalt von Ziff. 1 zurückkommt, dass die Grenzzonen eben doch nicht dem Inland gleichgestellt wären, zumal diesfalls deren besondere Erwähnung bzw. Regelung in Ziff. 1 überflüssig wäre. Die Vertragsauslegung durch das Sozialversicherungsgericht hält mithin vor Bundesrecht stand.

An diesem Resultat änderte sich aber selbst dann nichts, wenn der systematischen Auslegung der Vorinstanz die Auffassung der Versicherung gegenübergestellt würde, nach einem objektiven Sprachverständnis umfasse der Begriff "Ausland" auch die Grenzzonen: Führt die Auslegung nach dem Vertrauensprinzip zu keinem klaren Ergebnis bzw. lässt sich nach Treu und Glauben die eine Auslegungsvariante ebenso gut vertreten wie die andere, sind vorformulierte Vertragsklauseln subsidiär nach der Unklarheits- und nach der Ungewöhnlichkeitsregel auszulegen ( BGE 122 III 118 E. 2d S. 124). Die Unklarheitsregel besagt, dass mehrdeutige Klauseln contra stipulatorem, d.h. bei Versicherungsverträgen gegen den Versicherer als deren Verfasser auszulegen sind ( BGE 122 III 118 E. 2a S. 121). Es wäre denn für die Versicherung auch ein Leichtes gewesen, in Art. 4 Abs. 4 der AVB durch einen kleinen Zusatz wie "Ausland (einschliesslich Grenzzonen)" Klarheit zu schaffen. Indem sie dies unterlassen hat, muss sie sich die für sie ungünstigere Auslegungsvariante entgegenhalten lassen.

#### **E. 4**

Zwischen den Parteien ist sodann strittig, ob die Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung von einer Zahlungspflicht aus der obligatorischen Grundversicherung abhängig ist.

##### **E. 4.1**

Angelpunkt der Meinungsverschiedenheit ist Art. 16 der ZVB, welcher die Zusatzdeckung regelt und wie folgt lautet:

1. Die in den vorliegenden speziellen Bedingungen garantierten Leistungen werden zusätzlich zu denjenigen vergütet, die von der bei Intras oder einem anderen Versicherer abgeschlossenen obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG vorgesehen sind.
2. Die können allerdings nicht zur Kompensation der Kosten dienen, die mit der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG oder in anderen Zusatzversicherungen auferlegten Franchise und Kostenbeteiligung in Verbindung stehen.
3. Der Leistungsanspruch erlischt, wenn der Versicherte nicht mehr über diese Versicherungsdeckung verfügt.

##### **E. 4.2**

Das Sozialversicherungsgericht hat erwogen, aus Art. 16 Ziff. 1 der ZVB ergebe sich, dass im Rahmen des Krankenzusatzversicherungsvertrages nur ein Anspruch auf Übernahme der nicht von der obligatorischen Krankenversicherung getragenen Kosten ergebe; allfällige Leistungen der obligatorischen Grundversicherung seien deshalb anzurechnen. Gleiches gelte auf Grund des allgemeinen Bereicherungsverbotes auch für allfällige Leistungen der Invalidenversicherung.

Die Intras verweist in ihrer Berufung zunächst auf Art. 34 KVG sowie auf Art. 36 KVV und führt in diesem Zusammenhang aus, für die obligatorische Krankenversicherung gelte uneingeschränkt das Territorialitätsprinzip, weshalb die Grundversicherer nur für

Behandlungen in der Schweiz aufkommen dürften. Ausnahmen beständen einzig bei notfallmässigen Behandlungen im Ausland sowie für medizinische Massnahmen, die in der Schweiz nicht angeboten würden. Vorliegend sei weder das eine noch das andere der Fall gewesen. Dürfe aber der obligatorische Krankenversicherer von Gesetzes wegen nicht für gewöhnliche Leistungen im Ausland aufkommen, so bestehe auch für die Berufungsklägerin als Anbieterin von Zusatzversicherungen keine Leistungspflicht, weil diese per definitionem von der Zahlungspflicht des Grundversicherers abhängt, was in Art. 11 und 16 der ZVB klar zum Ausdruck komme. Sodann vertritt die Intras den Eventualstandpunkt, dass sie als Privatversicherer, wenn schon, nur den auf die Zusatzversicherung entfallenden Teil und nicht die ganzen Kosten tragen müsste.

-:-

Der von der Intras ebenfalls angeführte Art. 11 der ZVB regelt die Behandlung bei Erkrankung im Ausland und ist folglich auf den vorliegenden Fall nicht anwendbar. Massgeblich ist vielmehr, wie die Berufungsbeklagte als Gegenpartei den Inhalt von Art. 16 der ZVB, auf den sich auch die Vorinstanz berufen hat, verstehen durfte und musste.

Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass für die obligatorische Grundversicherung das Territorialitätsprinzip gilt und es dem Grundversicherer (unter Vorbehalt bestimmter Ausnahmen) verboten ist, die Kosten von Auslandbehandlungen zu übernehmen. Vor diesem Hintergrund würde aber, ausgehend vom Standpunkt der Berufungsklägerin, die Regelung in Art. 4 Abs. 1 der AVB, wonach sich der Geltungsbereich der Zusatzversicherung auch auf Behandlungen in Liechtenstein und den Grenzzonen erstreckt, keinen Sinn machen. Sodann wäre die Bestimmung von Art. 4 Ziff. 4 der AVB, wonach sich der Versicherte mit der schriftlichen Genehmigung des Versicherers zur Behandlung ins Ausland begeben kann, geradezu widersinnig.

Der gleiche Widerspruch würde sich aber auch mit Bezug auf den Eventualstandpunkt der Berufungsklägerin ergeben, wenn schon müsste sie nur die Kostendifferenz zur Grundversicherung übernehmen: Hätte die Berufungsklägerin als Zusatzversichererin gestützt auf Art. 4 Abs. 4 der AVB beispielsweise einer Behandlung in München zugestimmt und darf der Grundversicherer einer solchen Auslandbehandlung von Gesetzes wegen gar nicht zustimmen bzw. darf er die Grundkosten von Gesetzes wegen nicht übernehmen, wäre es geradezu treuwidrig, wenn die Berufungsklägerin sich im Nachhinein auf den Standpunkt stellen würde, sie müsse nur die Differenz zwischen den effektiven und den theoretischen Grundkosten vergüten. Nicht anders verhält es sich für Behandlungen in Liechtenstein und den Grenzzonen gemäss Art. 4 Abs. 1 der AVB, die nach dem Gesagten keiner Zustimmung bedürften.

Aus dem Sachzusammenhang ergibt sich deshalb, dass das in Art. 16 Ziff. 1 der ZVB verwendete Wort "zusätzlich" nur so verstanden werden kann, dass sämtliche Zahlungen des Grundversicherers anzurechnen sind, aber der Zusatzversicherer für die garantierten Leistungen insoweit vollständig aufzukommen hat, als diese nicht vom Grundversicherer bezahlt werden.

Gegen den Standpunkt der Berufungsklägerin spricht im Übrigen auch, dass sie in Art. 16 Ziff. 1 der ZVB ihre Vergütungspflicht gar nicht an die Zahlungspflicht des Grundversicherers geknüpft, sondern einzig davon abhängig gemacht hat, dass die erbrachte Leistung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG vorgesehen ist. Dass es sich aber bei der Behandlung der juvenilen myelomonocytyären

Leukämie grundsätzlich um eine KVG-Pflichtleistung handelt, bestreitet auch die Berufungsklägerin nicht.

Vor diesem Hintergrund durfte die Berufungsbeklagte nach Treu und Glauben davon ausgehen, dass sämtliche nicht von anderen Leistungsträgern abgedeckten Kosten der Behandlung in der Grenzzone von der Berufungsklägerin getragen würden. Im Übrigen gilt im vorliegenden Zusammenhang das in E. 3.3 Gesagte: Selbst wenn das Vertrauensprinzip eine andere Auslegung geböte, würde sich am Ergebnis nichts ändern, weil es die Berufungsklägerin als Herrin ihrer Versicherungsbedingungen in der Hand gehabt hätte, diese präziser zu formulieren. Da sie die Versicherungsdeckung bei fehlender Zahlungspflicht des Grundversicherers nicht unzweideutig ausgeschlossen (vgl. auch Art. 33 VVG ) bzw. nirgends die Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung explizit an die Zahlungspflicht des Grundversicherers geknüpft hat, muss sie sich in Anwendung der Unklarheitsregel die für sie ungünstigere Auslegungsvariante entgegenhalten lassen.

#### **E. 5**

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Berufung abzuweisen ist, soweit auf sie eingetreten werden kann. Bei diesem Verfahrensausgang wird die Berufungsklägerin kosten- und entschädigungspflichtig ( Art. 156 Abs. 1 und Art. 159 Abs. 2 OG ).

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