

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20080225_d_lu_o_02 vom 25. Februar 2008

FINMA Versicherungsrecht, 2008-02-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20080225_d_lu_o_02

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20080225_d_lu_o_02 du 25 février 2008

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20080225_d_lu_o_02 del 25 febbraio 2008

Erwägungen

E. 11

07 91 A.

S a c h v e r h a l t

X. hat bei der A. Kranken-Versicherung AG die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und bei der A. Versicherung AG eine Zusatzversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG), genannt "Zoom-Versicherung", abgeschlossen. Sie wurde vom

E. 16

August bis 31. Dezember 2005 in der Frauenklinik am N., psychiatrisch-psychotherapeutische Spezial- klinik für Frauen in O. stationär behandelt.

B.

Am 10. März 2006 reichte X. Klage beim Amtsgericht Luzern-Stadt gegen die A. Versicherung AG ein und forderte von dieser aus Zusatzversicherung Fr. 71'240.-- nebst 5 % Zins ab Klageeinreichung für den Aufenthalt in der Klinik N. vom 16. August 2005 bis 31. Dezember 2005 (Antrag Ziffer 1). Ferner sei festzustellen, dass sie aus der Zoom-Versicherung bei einer Behandlung in der Klinik N. Anspruch auf Erteilung einer Kostengut- sprache im Betrag von Fr. 630.-- pro Tag zuzüglich Übernahme der Kosten für Spitalleistun- gen, abzüglich Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besitze (An- trag Ziffer 2). Schliesslich sei festzustellen, dass ihr bei einem Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken oder Spitalabteilungen gegenüber der A. Versicherung AG aus der Zoom- Versicherung ein Leistungsanspruch von 360 Tagen innert 900 aufeinanderfolgenden Tagen zustehe (Antrag Ziffer 3).

Die Beklagte beantragte in der Klageantwort vom 15. Mai 2006 Abweisung der Klage.

Das Amtsgericht Luzern-Stadt wies die Klage mit Urteil vom 9. Juli 2007 ab. Es wurden kei- ne Gerichtskosten erhoben. Die Klägerin wurde verpflichtet, der Beklagten eine Parteient- schädigung von Fr. 6'500.-- zu bezahlen. Das Amtsgericht war zum Schluss gekommen, dass der Antrag auf Bezahlung von Fr. 71'240.-- nebst Zins durch die Beklagte mangels ver- traglicher Grundlage abzuweisen sei. Demzufolge wurde das Feststellungsbegehren (Antrag Ziffer 2) abgewiesen. Auch der Feststellungsantrag Ziffer 3 wurde abgewiesen, da vertrag- lich gerade keine uneingeschränkte Freiheit in der Klinikwahl bestehe und er in dieser allge- meinen Weise nicht gutgeheissen werden könne.

11 07 91 C.

Gegen dieses Urteil erklärte die Klägerin am 20. Juli 2007 Appellation und erneuerte ihren Antrag auf Bezahlung von Fr. 71'240.-- nebst Zins. Ferner sei in Abänderung von Ziffer 1 des vorinstanzlichen Rechtsspruchs festzustellen, dass ihr bei einem Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken oder Spitalabteilungen aus der A.-Zoomversicherung ein Leistungsanspruch von 360 Tagen innert 900 aufeinanderfolgenden Tagen zustehe (OG amtl.Bel. 1).

Am 3. September 2007 reichte die Klägerin die Appellationsbegründung ein (OG amtl.Bel. 4). Die Beklagte trug am 16. Oktober 2007 auf Abweisung der Appellation an (OG amtl.Bel. 8).

D.

Die Parteien haben auf eine Appellationsverhandlung verzichtet (OG amtl.Bel. 9-11).

1.

E r w ä g u n g e n

Die Klägerin hat sämtliche Urkunden, auf die sie sich beruft, bereits im erstinstanzlichen Verfahren aufgelegt und in ihrer Eingabe vom 26. März 2007 ausführlich dazu Stellung genommen (AG amtl.Bel. 13). Ihr Einwand, mangels Anordnung eines zweiten Rechtsschriftenwechsels durch die Vorinstanz müsse sie dies nun im Appellationsverfahren nachholen (OG amtl.Bel. 4 S. 5 Ziff. 3.1), geht daher fehl. Auf die von ihr beantragten weiteren Beweiserhebungen kann verzichtet werden, wie sich aus den folgenden Erwägungen ergibt.

2.

Streitgegenstand ist eine Forderung aus der privatrechtlichen (VVG-)Zusatzversicherung, welche die Klägerin bei der Beklagten abgeschlossen hat. Unbestritten ist, dass aus der Grundversicherung bzw. der OKP die Referenztaxe des Kantons Schwyz von Fr. 210.-- pro Tag garantiert wurde und die A. Krankenversicherung AG als Versicherer gemäss KVG am vorliegenden Verfahren nicht beteiligt ist. Es erübrigt sich daher, auf die Ausführungen der Klägerin zur Abgrenzung der beiden Versicherungen und deren Leistungspflicht näher einzugehen (OG amtl.Bel. 4 S. 2 ff. Ziff. 1; siehe dazu BGE 124 III 46 E. 1a/aa).

- 4 -

11 07 91 3.

Es ist unbestritten, dass sich die Leistungspflicht der Beklagten für die Kosten der stationären Behandlung der Klägerin in der Klinik N. nach Art. 13.1 lit. 1 der Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) zur Zoom-Versicherung richtet. Welche der Ausgaben (01.1997 oder 01.2005) zur Anwendung gelangt, hat die Vorinstanz zu Recht offen gelassen, da die massgebende Bestimmung in beiden Ausgaben wörtlich übereinstimmt (AG Urteil S. 7 E. 5). Nach Art. 13.1 lit. 1 AVB bezahlt die Beklagte "die Kosten für die allgemeine Abteilung in öffentlichen und privaten Spitälern in der ganzen Schweiz, die sich auf der für uns verbindlichen Spitalliste nach KVG und auf der Liste der Spitäler mit von uns anerkanntem Tarif befinden, ohne Selbstbehalt auf die Zoom-Versicherung" (AG kläg.Bel. a/3 S. 3). Das Amtsgericht hat hinsichtlich der Tragweite dieser Bestimmung keinen übereinstimmenden wirklichen Willen der Parteien

im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses festgestellt. Es schloss sich daher der normativen Auslegung des Bundesgerichts in einem praktisch gleich gelagerten Fall an, der denselben Versicherer, denselben Rechtsvertreter der Versicherten und eine gleichlautende Versicherungsbestimmung betraf (AG Urteil S. 7 ff. E. 5; Urteil des Bundesgerichts 5C.150/2006 vom 6.11.2006 E. 2.4).

3.1. Im Rahmen der normativen bzw. objektivierten Vertragsauslegung kommen namentlich das Vertrauensprinzip sowie mit Bezug auf die AVB die Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel zu Anwendung (Urteil des Bundesgerichts 5C.150/2006 vom 6.11.2006 E. 2.4.1; BGE 130 III 689 f. E. 4.3.1). Rechtsgeschäftliche Erklärungen sind so auszulegen, wie sie der Empfänger nach den Umständen in guten Treuen verstehen durfte und musste. Ausgangspunkt der Auslegung ist der Wortlaut des Vertrages, wobei als ergänzendes Auslegungsmittel weitere Kriterien wie z.B. die Umstände des Vertragsabschlusses zu berücksichtigen sind (Moritz Kuhn, Auslegung von Versicherungsbedingungen (AVB) unter Mitberücksichtigung von Art. 33 VVG, in: Besonderes Vertragsrecht – aktuelle Probleme, Festschrift für Heinrich Honsell, Zürich 2002, S. 569).

3.2. Die Klägerin beanstandet, die Vorinstanz habe nicht geprüft, wie sie das Verhalten der Beklagten, insbesondere ihre offiziellen Mitteilungen und Erklärungen zur Zoom-Versicherung nach Treu und Glauben habe verstehen dürfen. Die Beklagte habe ab Dezember 1996 konstant erklärt, bei Behandlungen in nicht anerkannten Spitälern würden die Zusatzversicherun-

- 5 -

11 07 91 gen (allenfalls) nur einen Teil der Behandlungskosten decken, Leistungen der Grundversicherung seien davon nicht betroffen. Damit werde ausgedrückt, dass zumindest ein Teil der Behandlungskosten übernommen werde (zusätzlich zu den Leistungen der Grundversicherung; OG amtl.Bel. 4 S. 6 ff.).

3.2.1. Wie das Bundesgericht in einem ähnlich gelagerten Fall festgehalten hat, gehören zum massgeblichen (auszulegenden) Inhalt des Versicherungsvertragsverhältnisses die durch die übereinstimmende Willenserklärung der Parteien übernommenen allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie darüber hinaus speziell vereinbarte Klauseln. Weitere Unterlagen, die ein Versicherer seinen Kunden zukommen lasse und die zu deren Information dienten (wie z.B. ein Versicherungsmagazin oder sonstige Informationsblätter) seien dagegen nicht Vertragsbestandteil, sondern gäben nur (aber immerhin) einen Überblick über die versicherten Leistungen etc. Aus den aus dem A.-Magazin entnommenen Informationen könne somit nicht auf ein auslegungsrelevantes nachvertragliches (Erklärungs-)Verhalten des Versicherers geschlossen werden und die Versicherte könne daraus keine Ansprüche ableiten (Urteil des Bundesgerichts 5C.20/2007 vom 2.8.2007 E. 4.2).

Diese Rechtsprechung des Bundesgerichts lässt sich ohne weiteres auf den vorliegenden Fall, der denselben Versicherer und denselben Vertreter der Versicherten betrifft, übertragen. Zudem könnte, wie die Vorinstanz zutreffend ausgeführt hat, mit den Informationen in den A.-Mitgliederzeitungen aus den Jahren 1996 bis 2000 nicht belegt werden, dass die Beklagte eingestanden hätte, in jedem Fall mindestens einen Teil der Kosten über die Zusatzversicherung abzugelten. Mit der Mitgliederzeitung informiere sie die Versicherten nämlich über ihre momentane Leistungspraxis, ob diese nun aus Vertragspflicht oder aus "Kulanz"

erfolge. Nach Beendigung des Tarifvertrages ab dem Jahre 2000 habe die Beklagte bei Behandlungen in der Klinik N. Leistungen aus Kulanz erbracht. Die Mitteilungen in der A.-Zeitung bestätigten nur diese Praxis und besagten selbst nichts über eine Leistungspflicht der Beklagten aus den AVB (AG Urteil S. 9 ff. E. 5.3). Diesen Ausführungen im vorinstanzlichen Urteil kann vollumfänglich zugestimmt werden. Aus den Informationen im Mitteilungsblatt der Beklagten lässt sich somit nichts für die Frage ableiten, wie die Parteien die streitige Vertragsklausel verstanden haben, abgesehen davon, dass sich die fraglichen Mitteilungen auf verschiedene Versicherungsprodukte und Leistungserbringer beziehen und daher sehr allgemein gehalten sind.

- 6 -

11 07 91 3.2.2. Unter diesen Umständen mag auch dahingestellt bleiben, ob die Schlussfolgerung der Vorinstanz, wonach die Erklärung der Beklagten in ihrer Mitgliederzeitung (vgl. E. 3.2) nur so verstanden werden könne, dass ein Zusatzversicherter sich zwar in eine ausserkantonale, nicht anerkannte Klinik begeben könne, in diesem Fall aber aus der Ergänzungsversicherung nur die OKP-Referenztaxe des Wohnsitzkantons bezahlt werde (was bei einem ausserkantonalen, nur obligatorisch Versicherten nicht der Fall wäre; AG Urteil S. 11 E. 5.3), falsch ist, wie die Klägerin einwendet (OG amtl. Bel. 4 S. 8 Ziff. 3.7; siehe zur Kostenübernahme bei stationärer Behandlung im Rahmen der OKP gemäss Art. 41 Abs. 1 KVG: BGE 133 V 125 E. 3.1). Nach dem oben Gesagten steht fest, dass sich den Informationen der Beklagten in der Kundenzeitung keine generelle Leistungszusage aus Zusatzversicherung (auch nicht in beschränktem Umfang) entnehmen lässt und die Klägerin somit nichts daraus ableiten kann.

3.3. Dasselbe gilt für die Leistungen, welche die Beklagte für Behandlungen in der Klinik N. nach Beendigung des Tarifvertrages ab dem Jahre 2000 erbrachte. Dabei handelte es sich um freiwillige (Kulanz-)Zahlungen, die ohne Anerkennung einer Leistungspflicht erfolgten, wie sich aus der Korrespondenz mit der Klinik N. ergibt (AG kläg. Bel. a/20-24; vgl. zu Kulanzzahlungen Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 138). Die Klägerin hatte von dieser Korrespondenz zwar keine Kenntnis, wie sie richtig einwendet. Es war ihr aber aufgrund der verschiedenen Erklärungen der Beklagten in den A.-Zeitungen bekannt, dass diese bei Behandlungen in nicht anerkannten Spitälern allenfalls nur einen Teil der Kosten bezahlen werde. Dabei konnte es sich – auch für die Klägerin erkennbar – nur um freiwillig und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht geleistete Zahlungen handeln, ist die Beklagte aufgrund von Art. 13.1 lit. 1 AVB doch nur zur Übernahme der Kosten für die allgemeine Abteilung in Spitälern mit von ihr anerkanntem Tarif verpflichtet (vgl. auch AG Urteil S. 10). Weiter war der Klägerin bekannt, dass sich die Klinik N. auf der sog. "schwarzen Liste" der von der A. nicht anerkannten Spitäler befindet. Schliesslich wurde im A.-Magazin vom Februar 2005 ausdrücklich darauf hingewiesen, in Spitälern, in welchen die A. bestimmte Spitalabteilungen nicht anerkenne, bestehe lediglich eine Kostendeckung im Umfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (AG kläg. Bel. b/16). Die Klägerin bestreitet zwar, diese Mitteilung zur Kenntnis genommen zu haben (OG amtl. Bel. 4 S. 9), was jedoch in Anbetracht des Umstandes, dass sie sich in anderem Zusammenhang selbst auf die Informationen der Beklagten im erwähnten Mitteilungsblatt beruft (E. 3.2.), nicht zu überzeugen ver-

- 7 -

11 07 91 mag. Dass die Beklagte später für ihre Mitteilungen zu den Zusatzversicherungen wieder die ursprüngliche Formulierung verwendete (vgl. u.a. A.-Magazin vom Mai 2006), ist nicht massgeblich. Insgesamt kann aus dem Verhalten der Beklagten, die auch nach Beendigung des Tarifvertrages Leistungen für die Behandlung ihrer Zusatzversicherten in der Klinik N. erbrachte, nicht auf die Anerkennung einer Leistungspflicht geschlossen werden, so dass sich daraus nichts zu Gunsten des Standpunktes der Klägerin ergibt.

3.4. Die Klägerin macht geltend, es habe altrechtlich eine Kostenübernahmepflicht bei Behandlung in nicht anerkannten Spitälern bzw. Spitälern ohne Tarifvertrag bestanden. Die Beklagte habe verbindlich erklärt, diesen bisherigen Versicherungsschutz in den neuen Zusatzversicherungen weiterhin zu garantieren. Dies sei bei der Auslegung der neurechtlichen Zusatzversicherung zu berücksichtigen (OG amtl.Bel. 4 S. 11).

3.4.1. Art. 9.2 des Reglements der Zoom-Versicherung vom 1. Januar 1995 regelt die Übernahme der Kosten für den Aufenthalt und die Behandlung in der allgemeinen Abteilung aller öffentlichen und privaten Spitälern, "die eine von der A. anerkannte allgemeine Abteilung führen" (AG kläg.Bel. a/6). Die Voraussetzungen dieses Leistungsanspruchs richten sich sinngemäss nach dem Reglement der kombinierten Spitalversicherung, insbesondere der Art. 4 und 5. Aus Art. 4 dieses Reglements unter dem Titel "Versicherungsmöglichkeiten" gehen die drei Leistungsgruppen sowie deren Abgrenzung hervor (BGE 133 III 613 E. 3.3 und Urteil des Bundesgerichts 5C.150/2006 vom 6.11.2006 E. 2.3.2). Art. 4.2 befasst sich mit der Einteilung, wenn eine Heilanstalt keine oder andere Leistungsgruppen als die im Reglement genannten kennt. Art. 5.3 regelt den Leistungsumfang bei einem Aufenthalt in einer höheren Leistungsgruppe als der versicherten. Grundvoraussetzung für einen Leistungsanspruch ist aber gemäss Art. 9.2 des Reglements der Zoom-Versicherung 1995 die Behandlung in einer anerkannten Heilanstalt (AG Urteil S. 12 f. E. 6.2). Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus Art. 48.3 AVB, Ausgabe Januar 1995, der die Bemessung der Leistungen betrifft und festhält, dass die A. diese nach Massgabe der Reglemente festsetzt, wenn keine Verträge mit Leistungserbringern bestehen (AG kläg.Bel. a/6 Art. 48.3). Art. 9.2 des Reglements der Zoom-Versicherung 1995 setzt, wie erwähnt, für die Übernahme von Kosten in einer Heilanstalt zumindest eine von der A. anerkannte allgemeine Abteilung voraus. Wie die Klägerin in der Klage (im Zusammenhang mit der Zoom-Versicherung 1997) selbst ausführt, ist nicht

- 8 -

11 07 91 entscheidend, wie die Anerkennung einer Spitalabteilung und/oder eines Tarifs erfolgt, vielmehr sei im Verhältnis zu den Versicherten jede Form der Anerkennung verbindlich (Klage S. 18 f.; vgl. Klageantwort S. 4). Die Anerkennung von Leistungserbringern kann durch Abschluss von Tarifverträgen oder mittels (einseitiger) Anerkennung von Tarifen erfolgen (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau VKL.2005.50 vom 2.5.2006 S. 11 E. 7.1). Entgegen der Auffassung der Klägerin ist demnach nicht erstellt, dass die altrechtlichen AVB und die entsprechenden Reglemente Versicherungsleistungen auch in nicht anerkannten Abteilungen bzw. Spitälern ohne Tarifvertrag vorsahen, was bei der Auslegung der AVB allenfalls zu berücksichtigen wäre.

3.4.2. Die Klägerin stützt sich auf die Mitteilung der Beklagten in der A.-Zeitung vom April 1996, worin sie verbindlich erklärt habe, mit den neuen Zusatzversicherungen den bisherigen Versicherungsschutz wie bis anhin zu garantieren (AG kläg.Bel. b/7). Diese

Erklärung ist vor dem Hintergrund der übergangsrechtlichen Bestandesgarantie von Art. 102 Abs. 2 KVG zu sehen, wonach die Krankenversicherer verpflichtet sind, ihren Versicherten Versicherungsverträge anzubieten, die mindestens den bisherigen Umfang des Versicherungsschutzes (im Sinne der Leistungen, nicht aber der Leistungserbringer) gewähren (BGE 133 III 612 ff. E. 3.2 und 3.3). Wie die Vorinstanz zutreffend und unwidersprochen festhielt, war es wirklicher übereinstimmender Wille der Parteien bei Vertragsabschluss, dass die Mitglieder der Zusatzversicherung unter neuem Recht gleich gut versichert bleiben würden wie unter dem KUVG (AG Urteil S. 13 E. 6.2; OG amtl.Bel. 4 S. 10 Ziff. 3.12). Schon aus diesem Grund erübrigte sich die Edition der Genehmigungsakten durch das Bundesamt für Privatversicherungen, des vollständigen Genehmigungs gesuchs durch die Beklagte sowie der weiteren von der Klägerin verlangten Unterlagen. Der Editionsantrag der Klägerin ist auch im Appellationsverfahren abzuweisen.

Wie erwähnt (E. 3.4.1), kann nicht davon ausgegangen werden, die Beklagte habe unter der Herrschaft des alten Rechts die (mindestens teilweise) Übernahme von Behandlungskosten in nicht anerkannten Spitälern vertraglich zugesichert. Etwas anderes kann auch den A.-Zeitungen aus den Jahren 1994 und 1995 nicht entnommen werden, weshalb auf die entsprechenden Vorbringen der Klägerin nicht weiter einzugehen ist (vgl. OG amtl.Bel. 4 S. 11 Ziff. 3.13).

- 9 -

11 07 91 3.5. Weiter lässt sich aus dem Hinweis in den Leistungsübersichten 1997 und 1998 "Volle Kostendeckung in der ganzen Schweiz in öffentlichen und privaten Spitälern (Spitalliste nach KVG) allgemeine Abteilung" keine Leistungszusicherung für alle Spitäler der Schweiz ableiten (OG amtl.Bel. 4 S. 11 f. Ziff. 3.14), wird eingangs doch ausdrücklich festgehalten, dass die Einzelheiten des Angebots im KVG und in den AVB verbindlich geregelt sind (AG kläg. Bel. b/20 und 21; AG Urteil S. 11 E. 5.3). Schliesslich könnten auch Äusserungen in Zeitungsberichten kein auslegungsrelevantes Verhalten zuerkannt werden, abgesehen davon, dass der NZZ-Artikel, auf den sich die Klägerin beruft, nicht bei den Akten liegt (OG amtl.Bel. 4 S. 12 Ziff. 3.14).

3.6. Die Klägerin rügt, die Vorinstanz sei nicht auf den Zweck der Zoom-Versicherung und die Branchenüblichkeit der Zusatzversicherung "Allgemeine Abteilung ganze Schweiz" eingegangen. Objektiver Zweck dieses Versicherungstypus "Allgemeine Abteilung ganze Schweiz" sei die Gewährleistung der freien Spitalwahl in der ganzen Schweiz, denn die Kosten für eine Spitalbehandlung in der allgemeinen Abteilung in einem Spitalistenspital des Wohnkantons seien bereits durch die Grundversicherung gedeckt (OG amtl.Bel. 4 S. 12 ff.).

3.6.1. Die Zusatzversicherungen bezwecken, die soziale Krankenversicherung nach den Wünschen der Versicherten zu ergänzen (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 132; SVR 2000 S. 59 lit. e). Im Spitalbereich soll sie daher die Differenz zwischen den festgelegten Tarifen und den Privattarifen abdecken (Urteil des Bundesgerichts 5C.150/2006 vom 6.11.2006 E. 2.3.1). Der Vertragszweck besteht vorliegend nach der massgeblichen Bestimmung von Art. 13.1 lit. 1 AVB darin, den Versicherungsnehmern die Kosten für die allgemeine Abteilung in öffentlichen und privaten Spitälern in der Schweiz ohne Selbstbehalt zu vergüten. Wie das Bundesgericht in seinem Urteil vom 6. November 2006 zu der gleichlautenden Bestimmung der

A.-Standardversicherung festgehalten hat, muss sich das Spital auf der KVG-verbindlichen Liste befinden, was den Abschluss eines Tarifvertrages zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern bzw. ihren Verbänden voraussetzt. Die Klinik N. findet sich auf der Spitalliste des Kantons O. Art. 13.1 lit. 1 AVB sieht weiter vor, dass Versicherungsleistungen nur für Spitäler ausgerichtet werden, mit denen die Beklagte einen Tarifvertrag abgeschlossen bzw. deren Tarif anerkannt hat, was im Hinblick auf die

- 10 -

11 07 91 Klinik N. seit 2000 nicht mehr der Fall ist. Art. 13.1 lit. 1 AVB umschreibt bestimmte Leistungen zu Gunsten der Versicherten, der Versicherer behält sich jedoch vor, die Leistungserbringer selber zu bestimmen. Durch die Annahme der AVB durch den Versicherten hat dieser sich auch Art. 13.1 lit. 1 AVB unterworfen, womit die konkrete Auswahl der Leistungserbringer für die vertraglich zugesagten Leistungen ausschliesslich dem Versicherer überlassen bleibt. Die jeweils massgebende Spitalliste des Versicherers wird von diesem festgelegt und abgeändert. Sie bildet nicht Vertragsbestandteil (BGE 133 III 610 ff. E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 5C.150/2006 vom 6.11.2006 S. 4 E. 2.4.2). Entgegen der Auffassung der Klägerin war demnach die Gewährleistung der freien Spitalwahl in der ganzen Schweiz mit Übernahme der damit verbundenen Kosten nicht Vertragsinhalt noch Vertragszweck.

3.6.2. Die Bestimmung von Art. 13.1 lit. 1 AVB ist auch nicht unklar oder gar bewusst täuschend formuliert, wie die Klägerin einwendet (OG amtl.Bel. 4 S. 14 f.). Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme sind klar umschrieben. Zum einen muss das Spital auf der KVG-Spitalliste aufgeführt sein, was besagt, dass es sich um einen gemäss Art. 39 KVG zugelassenen Leistungserbringer handelt (BGE 127 V 405). Zum andern muss es sich auf der (versicherungsinternen) Liste der Spitäler mit A.-anerkanntem Tarif befinden. Die in den AVB vorgeschriebene Behandlung in einem Spital mit Tarifbindung bzw. mit vom Versicherer anerkanntem Tarif kann selbst für einen Laien nicht überraschend sein und auch nicht als branchenfremd bezeichnet werden. Entsprechende Klauseln mit der Folge einer Leistungsverweigerung bei entsprechender Spitalwahl sind bei der privaten Kranken(zusatz)versicherung gängig (Urteil des Bundesgerichts 5C.20/2007 vom 2.8.2007 E. 5.2). Weiterungen in diesem Zusammenhang erübrigen sich. Insbesondere kann auch auf die von der Klägerin beantragte Expertise zur Branchenüblichkeit der Zusatzversicherung "Allgemeine Abteilung ganze Schweiz" (OG amtl.Bel. 4 S. 13 Ziff. 3.16) verzichtet werden.

3.7. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Klägerin gestützt auf Art. 13.1 lit. 1 AVB keinen Anspruch auf Übernahme von Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der Klinik N. im Jahre 2005 hat.

- 11 -

11 07 91 4.

Zu prüfen bleibt, ob die Klägerin in guten Treuen davon ausgehen durfte, dass die Beklagte für ihren Aufenthalt in der Klinik N. aufkommen werde.

4.1. Die Beklagte informierte im A.-Magazin vom Februar 2005 darüber, dass bei Spitälern, bei denen sie bestimmte Abteilungen nicht anerkenne, lediglich eine Kostendeckung im Umfang der OKP bestehe (AG kläg.Bel. b/16). Die Klägerin bestreitet, von dieser Erklärung Kenntnis erhalten zu haben, was indessen in Anbetracht der Tatsache, dass sie

sich in anderem Zusammenhang auf die entsprechenden Verlautbarungen der Beklagten stützt, nicht zu überzeugen vermag. Zudem veröffentlichte die Beklagte regelmässig in ihren Mitgliederzeitungen, deren Erhalt die Klägerin nicht bestreitet, die Liste der Spitäler ohne A.-anerkannte allgemeine und/oder halbprivate Abteilung und wies auf die nicht vollständige Kostendeckung hin. Zudem empfahl sie jeweils ausdrücklich, vor dem (planbaren) Spitalaufenthalt die Frage der Kostendeckung abzuklären (AG kläg.Bel. b/11, 14 und 15). Inwiefern ihr eine solche Rücksprache vor dem Eintritt in die Klinik am 16. August 2005 nicht möglich und zumutbar gewesen wäre, begründet die Klägerin nicht näher (vgl. Urteil des Bundesgerichts 5C.150/2006 vom 6.11.2006 E. 2.5.1). Wie erwähnt, konnten die nach der Beendigung des Tarifvertrages ab 2000 von der Beklagten erbrachten Leistungen nur als Kulanzzahlungen verstanden werden (E. 3.3). Schliesslich ging aus der Kostengutsprache der Beklagten vom 25. August 2005 unmissverständlich hervor, dass nur die Referenztaxe des Kantons Schwyz von Fr. 210.-- pro Tag garantiert werde und die ungedeckten Kosten nicht aus den Zusatzversicherungen erbracht würden (AG kläg.Bel. a/8). Diese Kostengutsprache wurde unbestritten auch der Klägerin persönlich zugestellt. Spätestens in diesem Zeitpunkt war ihr daher bekannt, dass ihr Aufenthalt in der Klinik N. nur im Rahmen der Grundversicherung gedeckt sein würde (vgl. AG Urteil S. 14 E. 7.3). Aufgrund der gesamten Umstände konnte sie nicht in guten Treuen davon ausgehen, die Beklagte werde einen Teil der Kosten übernehmen. Schliesslich weist die Beklagte zutreffend darauf hin, dass auch die Klinik N. eine gewisse Aufklärungspflicht ihrer Patientin gegenüber hat (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Soziale Sicherheit, Basel 1998, Rz 324 FN 778).

- 12 -

11 07 91 4.2. Die Beklagte führte in der Klageantwort aus, sie könne Tarifierkennungen, die einseitig und ohne vertragliche Verpflichtung gegenüber den Versicherten erfolgten, auch jederzeit wieder zurückziehen (sofern alle Beteiligten frühzeitig darüber informiert würden; Klageantwort S. 4). Die Klägerin rügt, sie sei erst nach Klinikeintritt und damit auch nach Auffassung der Beklagten zu spät über einen angeblich nicht mehr bestehenden Leistungsanspruch orientiert worden (OG amtl.Bel. 4 S. 19 Ziff. 5.5). Dem kann nicht gefolgt werden. Wie sich aus dem oben Gesagten ergibt, hatte die Klägerin keinen Grund zur Annahme, die Beklagte werde für die Kosten ihres Aufenthalts in der Klinik N. aufkommen. Dies ergibt sich schon aus den von der Beklagten regelmässig veröffentlichten Listen der Spitäler ohne von ihr anerkannte allgemeine Abteilungen.

4.3. Die Klägerin kann somit auch aus dem Grundsatz von Treu und Glauben nichts zu ihren Gunsten ableiten. Ihre Forderung ist daher abzuweisen, ohne dass der Leistungsumfang geprüft werden muss (OG amtl.Bel. 4 S. 15 ff.).

5.

Die Klägerin hält an ihrem Antrag fest, es sei festzustellen, dass ihr bei einem Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken oder Spitalabteilungen gegenüber der Beklagten aus der A.-Zoom-Versicherung ein Leistungsanspruch von 360 Tagen innert 900 aufeinanderfolgenden Tagen zustehe. Die Vorinstanz hat diesen Antrag abgewiesen mit der Begründung, es bestehe vertraglich gerade keine uneingeschränkte Freiheit in der Klinikwahl (AG Urteil S. 15 E. 8). Die Klägerin wendet ein, die Vorinstanz habe übersehen, dass es allein um die Dauer des Leistungsanspruchs gemäss der altrechtlichen Bestimmung von Art. 5.11 des Reglements der kombinierten Spitalversicherung gehe und der Antrag im Übrigen dem

Wortlaut von Art. 15.16 AVB der Zoom-Versicherung, Ausgabe 01.1997 entspreche (OG amtl.Bel. 4 S. 19 Ziff. 6).

5.1. Gemäss der übergangsrechtlichen Bestandesgarantie von Art. 102 Abs. 2 KVG haben die Krankenversicherer ihren Versicherten mindestens den bisherigen Umfang des Versicherungsschutzes zu gewähren. Art. 5.11 des Reglements der kombinierten Spitalversicherung

- 13 -

11 07 91 vom Januar 1995 sichert bei Aufhalten in einer Heilanstalt für Psychischkranke Leistungen während höchstens 360 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen zu (AG kläg.Bel. a/6 S. 28). Demgegenüber besteht gemäss Art. 15.16 AVB der Zoom-Versicherung, Ausgabe 01.1997, bei Aufhalten in psychiatrischen Kliniken oder Spitalabteilungen ein Leistungsanspruch nur während 180 Tagen innerhalb 900 aufeinanderfolgenden Tagen (AG kläg.Bel. a/3 S. 4). Dies bedeutet eine Verschlechterung der bisherigen Versicherungsdeckung, was gegen die Bestandesgarantie von Art. 102 Abs. 2 KVG verstösst. Es ist zwar davon auszugehen, dass die Klägerin dem Abschluss eines neuen Vertrages mit geringerem Leistungsumfang zugestimmt hat. Es kann jedoch nicht angenommen werden, mit dem Akzeptieren der Erfordernisse von Art. 102 Abs. 2 KVG nicht entsprechenden Zusatzversicherung sei das Klagerecht untergegangen. Vielmehr muss in einem solchen Fall davon ausgegangen werden, dass der Krankenversicherer seine ihm obliegende Pflicht nicht erfüllt hat, was innerhalb einer bestimmten längeren Verwirkungsfrist klageweise geltend gemacht werden kann (Ueli Kieser, Die Neuordnung der Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung, Eine Würdigung der übergangsrechtlichen Bestimmung von Art. 102 Abs. 2 KVG, in: AJP 1997 S. 17 Fn 68, der eine zweijährige Verwirkungsfrist als denkbar erachtet; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 137; vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: SBVR, Soziale Sicherheit, Basel 2006, S. 461 Rz 201).

5.2. Es kann offen bleiben, welche Verwirkungsfrist als angemessen zu betrachten wäre. Die Klägerin hat eine Verletzung der Bestandesgarantie von Art. 102 Abs. 2 KVG erst anfangs 2006 gerügt, was in jedem Fall verspätet ist. Auf das entsprechende Feststellungsbegehren ist daher nicht einzutreten.

6.

Zusammenfassend erweist sich die Appellation als unbegründet. Die Klage ist abzuweisen, soweit darauf eingetreten wird.

7.

Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zum KVG werden grundsätzlich keine Gerichtskosten erhoben. Ein Abweichen von diesem Grundsatz ist nicht geboten. Die Beklagte hat Anspruch auf eine Parteientschädigung. Rechtsanwalt Ivo Bühler handelte für seine Arbeitgeberin, weshalb er Anspruch auf höchstens 70 Prozent des Honorars hat, das er als Par-

- 14 -

11 07 91 teivertreter beanspruchen könnte (§ 47 Abs. 4 KoV). Die Parteientschädigung der Beklagten wird antragsgemäss auf Fr. 3'500.-- festgesetzt (OG amtl.Bel. 10).

- 15 -

11 07 91 1.

Urteilsspruch

Die Klage wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Die Klägerin trägt die Parteikosten der Beklagten vor beiden Instanzen. Sie hat der Beklagten für das Verfahren vor Amtsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 6'500.-- und für dasjenige vor Obergericht eine solche von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.

3.

Gegen Urteile und Entscheide letzter kantonalen Instanzen ist die Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. und Art. 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes (BGG) zulässig. In vermögensrechtlichen Angelegenheiten muss der Streitwert mindestens 15 000 Franken in arbeits- und mietrechtlichen Fällen und mindestens 30 000 Franken in allen übrigen Fällen betragen. Wird dieser Streitwert nicht erreicht, ist die Beschwerde zulässig, wenn sich eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung stellt.

Die Beschwerde ist nach den Vorschriften von Art. 42 und 99 BGG innert 30 Tagen beim Bundesgericht einzureichen. Gerügt werden können die Beschwerdegründe von Art. 95 ff. BGG.

4.

Dieses Urteil ist den Parteien und dem Amtsgericht Luzern-Stadt, I. Abteilung, zuzustellen.

Luzern, 25. Februar 2008 Für die I. Kammer des Obergerichts Der Präsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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