

# **FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20120731\_d\_zh\_o\_01 vom 31. Juli 2012**

FINMA Versicherungsrecht, 2012-07-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma\\_versicherungsrecht\\_20120731\\_d\\_zh\\_o\\_01](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20120731_d_zh_o_01)

FR: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20120731\_d\_zh\_o\_01 du 31 juillet 2012

IT: FINMA\_VERSICHERUNGSRECHT 20120731\_d\_zh\_o\_01 del 31 luglio 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen nach Art. 12 Abs. 3 KVG dem VVG. Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen, wie die vorliegende Klage, sind privatrechtlicher Natur (BGE 133 III 439 E. 2.1). Im Kanton Zürich ist das Sozialversicherungsgericht zuständig für die Behandlung der Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung (§ 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer, in der bis Ende Juni 2010 gültig gewesenen Fassung; seit 1. Juli 2010: § 2 Abs. 2 lit. b GSVGer). Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des hiesigen Gerichts zur Beurteilung der hängigen Klage ist unstrittig gegeben. 1.2 Das Verfahren richtet sich nach den Bestimmungen des GSVGer, wobei hier aufgrund der Rechtshängigkeit der Klage am 17. Dezember 2010 (Eingangsdatum, Urk. 1) das (bis Ende 2010 gültig gewesene) kantonale Gesetz über den Zivilprozess (ZPO ZH) sinngemäss Anwendung findet (§ 28 GSVGer; Art. 404 Abs. 1 der seit 1.

Januar 2011 gültigen Schweizerischen Zivilprozessordnung, ZPO [SR 272]). Unter Beachtung der Verfahrensgrundsätze gemäss den bis Ende 2010 gültig gewesenen Art. 85 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) ist das Verfahren grundsätzlich kostenlos, der rechtserhebliche Sachverhalt ist von Amtes wegen festzustellen und die Beweise sind nach freiem Ermessen (BGE 112 II 179) zu würdigen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht alle rechtserheblichen Sachverhaltselemente zu berücksichtigen hat, die sich im Verlaufe des Verfahrens ergeben, auch wenn die Parteien diese nicht angeführt haben, gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien. Er entbindet die Parteien nicht davon, Beweise beizubringen und bei der Erstellung des Sachverhalts mitzuwirken (BGE 125 III 231 E. 4a). Ebenso schliesst er die antizipierte Beweiswürdigung nicht aus (Urteil des Bundesgerichts 5C.206/2006 vom 9. November 2006 E. 2.1). 1.3 Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat gemäss Art. 8 des Zivilgesetzbuches (ZGB) derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung müssen im Privatversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen lediglich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen sein (BGE 130 III 321 E. 3.5). Das gilt auch für den Beweis von anspruchshindernden Tatsachen, für welche die Beweislast aufgrund von Art. 8 ZGB beim Versicherer liegt (Praxis 80/1991, Nr. 230, S. 964 f. E. 3b [Urteil des Bundesgerichts vom 22. November 1990]). 1.4 Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten und sich der Vertragsinhalt regelmässig nach den

vorformulierten AVB richtet (Iten, Der private Versicherungsvertrag: Der Antrag und das Antragsverhältnis unter Ausschluss der Anzeigepflicht, Freiburg 1999, S. 23). Art. 100 Abs. 1 VVG erklärt sodann die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) als anwendbar, soweit das VVG keine Vorschriften enthält. Ist hinsichtlich der Tragweite einer Klausel der vorformulierten AVB ein übereinstimmender wirklicher Wille der Parteien nicht festgestellt, richtet sich deren Auslegung grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie jene individuell verfasster Vertragsklauseln (BGE 135 III 225 E. 1.3 mit Hinweis), wobei zu eruieren ist, wie der Versicherungsnehmer die AVB nach Treu und Glauben verstehen durfte (BGE 133 III 675 E. 3.3). 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 (BGE 135 III 225 E. 1.3 mit Hinweisen; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 4A\_84/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.1). Bei der Auslegung von vorformulierten Vertragsbestimmungen nach dem Vertrauensprinzip hat das Gericht vom Wortlaut auszugehen und zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint. Es orientiert sich am dispositiven Recht, weil derjenige Vertragspartner, der dieses verdrängen will, das mit hinreichender Deutlichkeit zum Ausdruck bringen muss. (vgl. Urteil des Bundesgerichts 5C.21/2007 vom 20. April 2007 E. 3.1). Bei juristischen Fachausdrücken oder Begriffen, die in der Rechtssprache eine festumrissene Bedeutung haben, gilt vermutungsweise der fachtechnische Sinn (vgl. Stoessel, in: Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel 2001, Vorbemerkungen zu Art. 1-3 Rz 24).

## **E. 2**

2.1 Die Klägerin macht im Wesentlichen geltend, die betreffende IPT mit einer niedrig dosierten Chemotherapie sei als gezielte Auslandbehandlung entsprechend der Bezeichnung im Leistungspaket ihrer Zusatzversicherung HOSPITAL ECO auf Seite vier zu interpretieren (Urk. 1 S. 4). Dort werde eine Leistung von Fr. 500.-- pro Tag mal 60 Tage, also Fr. 30'000.-- als Maximum genannt, nicht jedoch, dass eine Vergütung nur bei stationärer Behandlung oder nur für psychiatrische Fälle erfolge. Dies sei lediglich als Limite für die Behandlungskosten zu betrachten, wobei eine Hospitalisierung nur bei Bedarf erfolgen sollte. Zudem werde in Ziff. 6 ZVB festgehalten, dass der Versicherer die Kosten übernehme, wenn eine kostengünstigere ambulante Behandlung eine Hospitalisierung erspare. Falls die Bestimmungen keine Leistungspflicht begründen würden, sei ein Präzedenzfall zu statuieren. Die IPT sei aufgrund ihrer gravierenden Krebserkrankung für sie nötig gewesen (Urk. 9 S. 5 ff.). 2.2 Dagegen wendet die Beklagte ein, nach der massgeblichen Bestimmung in Ziff. 9.1 ZVB würden die Leistungen bei stationären Aufenthalten in einem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik erbracht. Die Klägerin sei indes weder stationär noch in einem Akutspital behandelt worden, weshalb kein Leistungsanspruch aus der Spitalzusatzversicherung HOSPITAL ECO für die bezogenen ambulanten Leistungen bestehe (Urk. 5 S. 4). Ziff. 6 ZVB beziehe sich ausschliesslich auf Behandlungen in Spitälern in der Schweiz, die auf den kantonalen Planungs- und Spitallisten gemäss Art. 39 KVG aufgeführt seien. Leistungen im Ausland seien abschliessend in Ziff. 9 ZVB geregelt (Urk. 13 S. 2). 2.3 Es ist unstrittig, dass die eingeklagte Kostenvergütung eine ambulante Behandlung in Form der IPT betrifft, welche vom 25. August bis 25. November 2009 in Z.\_\_\_\_ durchgeführt wurde und Kosten im Gesamtbetrag von Euro 4'635.-- verursachte. Strittig und zu prüfen ist der entsprechende Leistungsanspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten aufgrund der HOSPITAL

ECO-Zusatzversicherung nach VVG. Im Umfang, in welchem die Beklagte gegebenenfalls bereits einen Teil der Kosten für diese Therapie an die Klägerin geleistet hat, wie sie dies im Schreiben vom 22. Dezember 2009 bezüglich der Kosten für die Medikamente Endoxan und Doxorubicin sowie die Konsultationen vom 25. August und 15. September 2009 entsprechend dem Schweizer Tarif angekündigt hatte (Urk. 6/9 S. 2), ist auf die Klage mangels Rechtsschutzinteresses nicht einzutreten. Auch ist die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG nicht zu prüfen. Dazu wird auf das Urteil des hiesigen Gerichts mit heutigem Datum im Verfahren KV.2010.00085 verwiesen.

### **E. 3**

3.1 Massgeblich für die Leistungspflicht der Beklagten sind entgegen der Ansicht der Klägerin nicht der Inhalt des Prospektes, in welchem eine Übersicht über die verschiedenen Versicherungen dargestellt wird (vgl. Urk. 2/12), sondern, wie sich insbesondere auch aus der Versicherungspolice VVG ergibt (Urk. 6/1), nebst der Police selbst die AVB und ZVB Ausgabe 2008. Ein wirklicher übereinstimmender Wille der Parteien bezüglich der hier in Betracht fallenden Bestimmungen in Ziff. 6 und 9.1 ZVB ist nicht auszumachen. Der geltende Inhalt derselben ist

daher nach dem Vertrauensprinzip zu ermitteln und es ist danach zu fragen, wie die Klägerin diesen nach guten Treuen verstehen durfte und musste. 3.2 Nach Ziff. 1 der

massgeblichen ZVB (Urk. 6/3) besteht der Zweck der HOSPITAL

Spitalzusatzversicherung darin, Aufenthalts- und Behandlungskosten in einem Spital zu decken und Beiträge an Bade- und Erholungskuren, Hauskrankenpflege und Haushaltshilfe sowie ambulante Operationen zu gewähren. Dabei besteht nach Ziff. 3.1 ZVB

Versicherungsdeckung in denjenigen Spitälern, die in den kantonalen Planungs- und Spitallisten gemäss Art. 39 KVG aufgeführt sind. Für die HOSPITAL ECO, die die Klägerin abgeschlossen hat, sind dabei die Kosten gemäss den Bestimmungen der ZVB eines stationären Aufenthalts in einem Mehrbettzimmer in der allgemeinen Spitalabteilung in der ganzen Schweiz gedeckt (Ziff. 3.2 ZVB; Urk. 6/1). Betreffend im Ausland bezogene Leistungen sieht die massgebliche Ziff. 9.1 ZVB bei einer HOSPITAL ECO- Versicherung vor, dass bei einem stationären Aufenthalt in einem Akutspital oder in einer psychiatrischen Klinik im Ausland an die Kosten der wissenschaftlich anerkannten und zweckdienlichen Behandlung und für Unterkunft und Verpflegung pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr bis Fr. 500.-- pro Tag ausgerichtet werden (Urk. 6/3 S. 2). Der Wortlaut dieser Bestimmung ist nach dem üblichen Sprachgebrauch eindeutig und unmissverständlich. Sie betrifft ausschliesslich Leistungen in stationärer Behandlung in einem Akutspital oder in einer psychiatrischen Klinik im Ausland. Auch aus dem Sinnzusammenhang durfte die Versicherungsnehmerin als Gegenpartei des Vertrages nicht davon ausgehen, dass damit Leistungen aus ambulanter Behandlung abgedeckt sind. Denn keine Wendung weist auf einen derartigen Sinn hin, zumal die Worte Unterkunft und Verpflegung die Bedeutung der Bestimmung, der sich ausschliesslich auf stationäre und nicht auf ambulante Behandlungen bezieht, noch verdeutlichen.

Kein anderes Auslegungsergebnis resultiert aus der systematischen Stellung von Ziff. 9.1 ZVB innerhalb des Gesamtvertrages. Schon der Titel der Versicherung HOSPITAL Zusatzversicherung (Urk. 6/3 S. 1) weist auf eine enge thematische und inhaltliche Begrenzung auf Versicherungsleistungen bezüglich stationärer Behandlung hin.

Entsprechend ist - wie erwähnt - in Ziff. 1 ZVB auch der Zweck dieser Versicherung beschrieben. Ziff. 9 hebt sich thematisch davon lediglich durch die Besonderheit ab, dass

darin Leistungen im Ausland beschrieben werden, wie der Titel unzweideutig klarstellt. Die Klägerin durfte und musste Ziff. 9.1 ZVB daher in guten Treuen dahingehend verstehen, dass sie sich ausschliesslich auf stationäre Leistungen im Ausland bezieht. 3.3 Wie die Beklagte in der Klageantwort zutreffend ausführt, bildet auch Ziff. 6 ZVB keine hinreichende Grundlage für einen Leistungsanspruch der Klägerin für die Kosten ihrer ambulanten Behandlung in B.\_\_\_\_. Ziff. 6 ZVB hat unter dem Titel "Ambulante Eingriffe" folgenden Wortlaut: "Kann durch einen kostengünstigeren ambulanten Eingriff ein stationärer Akutspitalaufenthalt vermieden werden, übernimmt der Versicherer die Kosten im Rahmen der mit dem betreffenden Spital oder teilstationären Einrichtung getroffenen Vereinbarungen." Isoliert betrachtet würde der Wortlaut dieser Bestimmung das Verständnis zulassen, dass sich die Bestimmung auch auf Eingriffe im Ausland bezieht. Denn sie unterscheidet nicht zwischen Eingriffen im In- oder Ausland. Jedoch deutet schon der hier - im Gegensatz zu den übrigen ZVB-Bestimmungen, wo von Behandlung oder Aufenthalt die Rede ist - verwendete Begriff "Eingriff" darauf hin, dass es sich dabei nicht um jede Behandlung handelt. Auch wird zur Kostenübernahme auf die mit dem betreffenden Leistungserbringer getroffenen Vereinbarungen verwiesen. Beides verdeutlicht, dass es sich hierbei um eine Sonderbestimmung handelt, die - in systematischer Hinsicht - das Vorangehende konkretisiert. Durch die nachfolgende Stellung von Ziff. 9 ZVB mit dem Titel "Leistungen im Ausland" ergibt sich deutlich, dass diese sich von den Leistungen in der Schweiz unterscheiden und abgegrenzt werden. Ziff. 6 gleichwohl auf Ziff. 9 ZVB anzuwenden würde der Systematik zuwiderlaufen. Auch dem Sinn und Zweck nach sind sie nicht vereinbar, da gemäss Ziff. 3.1 ZVB die Aufenthalts- und Behandlungskosten in denjenigen Spitälern unter die Versicherungsdeckung aus der HOSPITAL Spitalzusatzversicherung fallen, die in den kantonalen Planungs- und Spitallisten gemäss Art. 39 KVG aufgeführt sind. Ziff. 6 ZVB fällt in den Bereich dieser Versicherungsdeckung, mithin in den Bereich der schweizerischen Listenspitäler, wogegen Ziff. 9 ZVB einen eigenen Leistungsinhalt und eine eigene Leistungshöhe definiert. Die Klägerin musste in guten Treuen daher davon ausgehen, dass sich medizinische Leistungen im Ausland ausschliesslich nach Ziff. 9 ZVB richten und Ziff. 6 ZVB diese Bestimmung nicht ergänzt. Für eine wie von der Klägerin geltend gemachte Entscheidung im Sinne eines richtungsweisenden Musterfalles ("Präzedenzfall", Urk. 9 S. 7) ausserhalb dieser Auslegung bleibt kein Raum. 3.4 Der derart nach dem Vertrauensprinzip definierte und massgebliche Vertragsinhalt zwischen den Parteien begründet damit keinen Leistungsanspruch der Klägerin für die ambulante IPT bei Dr. Y.\_\_\_\_ in B.\_\_\_\_ vom 25. August bis 25. November 2009 aus einer Zusatzversicherung der Klägerin nach VVG bei der Beklagten. Die Klage ist folglich abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Das Gericht erkennt:

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