

# LU\_GERICHTE 11 07 91 vom 25. Februar 2008

LU Gerichte, 2008-02-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu\\_gerichte\\_11\\_07\\_91](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu_gerichte_11_07_91)

FR: LU\_GERICHTE 11 07 91 du 25 février 2008

IT: LU\_GERICHTE 11 07 91 del 25 febbraio 2008

## Regeste

Art. 18 OR; Art. 2 Abs. 1 ZGB: Bestimmung des massgeblichen Inhalts des Versicherungsvertragsverhältnisses betreffend eine Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenversicherung (nach Versicherungsvertragsgesetz [VVG]). Bedeutung von Informationen in der Kundenzeitung des Versicherers. | OR (Obligationenrecht)

## Volltext

Luzern Kantonsgericht sonstige 25.02.2008 11 07 91 (2008 I Nr. 7)

Art. 18 OR; Art. 2 Abs. 1 ZGB: Bestimmung des massgeblichen Inhalts des Versicherungsvertragsverhältnisses betreffend eine Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenversicherung (nach Versicherungsvertragsgesetz [VVG]). Bedeutung von Informationen in der Kundenzeitung des Versicherers. | OR (Obligationenrecht)

Rechtsprechung Luzern Instanz: Obergericht Abteilung: I. Kammer Rechtsgebiet: OR (Obligationenrecht) Entscheiddatum: 25.02.2008 Fallnummer: 11 07 91 LGVE: 2008 I Nr. 7 Leitsatz: Art. 18 OR; Art. 2 Abs. 1 ZGB: Bestimmung des massgeblichen Inhalts des Versicherungsvertragsverhältnisses betreffend eine Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenversicherung (nach Versicherungsvertragsgesetz [VVG]). Bedeutung von Informationen in der Kundenzeitung des Versicherers. Rechtskraft: Diese Entscheidung ist rechtskräftig. Entscheid: Art. 18 OR; Art. 2 Abs. 1 ZGB: Bestimmung des massgeblichen Inhalts des Versicherungsvertragsverhältnisses betreffend eine Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenversicherung (nach Versicherungsvertragsgesetz [VVG]). Bedeutung von Informationen in der Kundenzeitung des Versicherers. =====

===== Die im Kanton D. wohnhafte Klägerin hatte bei der X.-Kranken-Versicherungs-AG die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und bei der X.-Versicherungs-AG (Beklagte) eine Zusatzversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG), genannt "Z.-Versicherung", abgeschlossen. Aufgrund eines stationären Aufenthalts in der Frauenklinik A. im Kanton C. verlangte die Klägerin von der Beklagten gestützt auf die Zusatzversicherung die Übernahme dieser Kosten. Aus den Erwägungen: 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 D. von Fr. 210.-- pro Tag garantiert wurde und die X.-Kranken-Versicherungs-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 (siehe dazu BGE 124 III 46 E. 1a/aa). 3.- Es ist unbestritten, dass sich die Leistungspflicht der Beklagten für die Kosten der stationären Behandlung der Klägerin in der Klinik A. nach

Art. 13.1 lit. 1 der Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) zur Z.-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. 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 Z.-Versicherung". 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. 3.1. Im Rahmen der normativen bzw. objektivierten Vertragsauslegung kommen namentlich das Vertrauensprinzip sowie mit Bezug auf die AVB die Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel zur 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 Z.-Versicherung nach Treu und Glauben habe verstehen dürfen. Die Beklagte habe ab Dezember 1996 konstant erklärt, bei Behandlungen in nicht anerkannten Spitälern würden die Zusatzversicherungen (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). 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 Magazin der Beklagten 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 Mitgliederzeitungen der Beklagten 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 A. Leistungen aus Kulanz erbracht. Die Mitteilungen in der Zeitung der Beklagten bestätigten nur diese Praxis und besagten selbst nichts über eine Leistungspflicht der Beklagten aus den AVB. 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. 3.2.2. Unter diesen Umständen mag auch dahingestellt bleiben, ob die Schlussfolgerung der Vorinstanz falsch ist, wonach die Erklärung der Beklagten in ihrer Mitgliederzeitung 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), wie die Klägerin einwendet (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 A. 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 A. ergibt (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 deren 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. Weiter war der Klägerin bekannt, dass sich die Klinik A. auf der sog. "schwarzen Liste" der von der Beklagten nicht anerkannten Spitälern befindet. Schliesslich wurde im Magazin der Beklagten vom Februar 2005 ausdrücklich darauf hingewiesen, in Spitälern, in welchen die Beklagte bestimmte Spitalabteilungen nicht anerkenne, bestehe lediglich eine Kostendeckung im Umfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Klägerin bestreitet zwar, diese Mitteilung zur Kenntnis genommen zu haben, was jedoch in Anbetracht des Umstandes, dass sie sich in anderem Zusammenhang selbst auf die Informationen der Beklagten im erwähnten Mitteilungsblatt beruft, nicht zu überzeugen vermag. Dass die Beklagte später für ihre Mitteilungen zu den Zusatzversicherungen wieder die ursprüngliche Formulierung verwendete (vgl. u.a. Magazin der Beklagten 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 A. 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. 3.4.1. Art. 9.2 des Reglements der Z.-Versicherung vom 1. Januar 1995 regelt die Übernahme der Kosten für den Aufenthalt und die Behandlung in der allgemeinen Abteilung aller öffentlichen und privaten Spitäler, "die eine von der X. anerkannte allgemeine Abteilung führen". Die Voraussetzungen dieses Leistungsanspruchs richten sich sinngemäss nach dem Reglement der kombinierten Spitalversicherung, insbesondere nach den 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 Z.-Versicherung 1995 die Behandlung in einer anerkannten Heilanstalt. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus Art. 48.3 AVB, Ausgabe Januar 1995, der die Bemessung der Leistungen betrifft und festhält, dass die Beklagte diese nach Massgabe der Reglemente festsetzt, wenn keine Verträge mit Leistungserbringern bestehen. Art. 9.2 des Reglements der Z.-Versicherung 1995 setzt, wie erwähnt, für die Übernahme von Kosten in einer Heilanstalt zumindest eine von der X. anerkannte allgemeine Abteilung voraus. Wie die Klägerin in der Klage (im Zusammenhang mit der Z.-Versicherung 1997) selbst ausführt, ist nicht entscheidend, wie die Anerkennung einer Spitalabteilung und/oder eines Tarifs erfolgt, vielmehr sei im Verhältnis zu den Versicherten jede Form der Anerkennung verbindlich. 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 deren Zeitung vom April 1996, worin sie verbindlich erklärt habe, mit den neuen Zusatzversicherungen den bisherigen Versicherungsschutz wie bis anhin zu garantieren. 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. 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 Zeitungen der Beklagten aus den Jahren 1994 und 1995 nicht entnommen werden, weshalb auf die entsprechenden Vorbringen der Klägerin nicht weiter einzugehen ist. 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, wird eingangs doch ausdrücklich festgehalten, dass die Einzelheiten des Angebots im KVG und in den AVB verbindlich geregelt sind. 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. 3.6. Die Klägerin rügt, die Vorinstanz sei nicht auf den Zweck der Z.-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 Spitallistenspital des Wohnkantons seien bereits durch die Grundversicherung gedeckt. 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 hier 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 B.-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 A. findet sich auf der Spitalliste des Kantons C. 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 Klinik A. 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. Mit 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. 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 von der Beklagten 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" 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 A. im Jahre 2005 hat. I. Kammer, 25. Februar 2008 (11 07 91)

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