

SG_KANTONSGERICHT BZ.2004.108 vom 24. August 2004

Sg Kantonsgericht, 2004-08-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_BZ.2004.108

FR: SG_KANTONSGERICHT BZ.2004.108 du 24 août 2004

IT: SG_KANTONSGERICHT BZ.2004.108 del 24 agosto 2004

Regeste

Art. 18 OR (SR 220); Art. 33 VVG (SR 221.229.1). Beurteilung der Ungewöhnlichkeit einer Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einer Spitaltaggeldversicherung nach VVG, wonach Deckung für einen Spitalaufenthalt lediglich gegeben ist, wenn das Spital nur kranke oder verunfallte Personen aufnimmt. (Kantonsgericht, III. Zivilkammer, 4. Mai 2005, BZ.2004.108).

Erwägungen

E. 1

A und die B sind Vertragsparteien in einer Spitaltaggeld-Versicherung (kläg. act. 1). Gestützt auf diese Versicherung verlangte der Versicherungsnehmer für einen Aufenthalt im Zusammenhang mit seinem Psoriasis-Leiden in der Klinik für Dermatologie und Allergie C vom 14.7.-23.09.03 (kläg. act. 2) die Auszahlung der vorgesehenen Spitaltaggelder von Fr. 300.--/Tag (kläg. act. 3 und 4). Die B lehnte die Ausrichtung der Leistung ab, weil für den Aufenthalt in der von A gewählten Klinik keine Deckung gegeben sei (kläg. act. 3 und 5).

E. 2

A klagte daraufhin nach durchgeführter Vermittlung am 8. Januar 2004 beim Kreisgericht D auf Zahlung der Taggelder. Das angerufene Gericht wies die Klage mit Urteil vom 24. August 2004 ab, auferlegte dem Kläger die Gerichtskosten von Fr. 3'000.-- und verpflichtete ihn zur Zahlung einer Parteientschädigung von Fr. 4'998.35.

E. 3

a) Der Kläger beschränkt sich in der Berufung zu Recht darauf, die Frage der Ungewöhnlichkeit von Art. 5A AVB zu diskutieren. Nach dem Wortlaut dieser Bestimmung ist, wie schon vorinstanzlich festgestellt, eindeutig, dass Spitäler/Kliniken mit angegliedertem Hotel- bzw. Wellnessbetrieb nicht von der Versicherungsdeckung erfasst werden. Das ist vorliegend in tatsächlicher Hinsicht unbestrittenermassen der Fall. Weitere Umstände, die an dieser Einordnung etwas ändern könnten, sind nicht ersichtlich. Daran ändert insbesondere auch in systematischer Hinsicht die Begriffsbestimmung des Spitalaufenthalts in Art. 1 AVB nichts. Abgesehen davon, dass, wie bereits die Vorinstanz festhält, in Art. 1 AVB nicht der Deckungsbereich definiert wird, sondern dem Titel der Bestimmung entsprechend Begriffe definiert werden, führt auch eine objektive, gemeinsame Betrachtung der beiden Bestimmungen zu diesem Ergebnis. Zur Bestimmung der Deckung ist vom versicherten Risiko auszugehen. Die entsprechende Bestimmung findet sich mit dem Titel "Vertragsgegenstand" in Art. 5. Der Begriff des Spitals/der Klinik wird in dieser Bestimmung nicht weiter generell definiert, es wird aber die vorliegend umstrittene Einschränkung hinzugefügt. Nachdem eine Spital-Definition in dieser

Bestimmung zum Deckungsbereich fehlt, ist eindeutig, dass einzig zu diesem Zweck ergänzend auf Art. 1 AVB zurückzugreifen ist. b) Der Kläger argumentiert, Art. 5A AVB sei objektiv ungewöhnlich. Die Beklagte habe nach dem Vertrauensprinzip nicht davon ausgehen dürfen, dass er eine Vertragsbestimmung wolle, welche ihn bei der ärztlichen Einweisung in eine Klinik, die auf der kantonalen Spitalliste stehe und bei welcher der Aufenthalt von der Krankenkasse bezahlt werde, noch zur vorgängigen Abklärung verpflichte, ob die Klinik auch Gesunde aufnehme oder nicht. Überdies sei die erwähnte Leistungsvoraussetzung auch sachfremd, nachdem die Behandlungsdauer in der C und im Universitätsspital E identisch sei und der Umstand, dass die C auch Hotel- und Wellnessleistungen anbiete, bezüglich des Leidens, des stationären Aufenthalts sowie der ärztlichen Behandlung unerheblich sei. Hätte er sich in E behandeln lassen, dann hätte die Beklagte in etwa den eingeklagten Betrag an Spitalgeldern bezahlt. Ungewöhnlichkeit indiziert für den Kläger auch der Umstand, dass die umstrittene Einschränkung unter Art. 5A AVB statt unter Art. 1 oder Art. 5B AVB festgehalten ist, wie dies logischer sei (B/1, 6 f., vgl. zur Frage der identischen Behandlungsdauer auch B/1, 4). Die Vorinstanz führt in ihrem Entscheid zutreffend (BGE 119 II 446; BGE 109 II 58) aus, objektive Ungewöhnlichkeit setze voraus, dass die betreffende Klausel einen geschäftsfremden Inhalt habe, d.h. zu einer wesentlichen Veränderung der Vertragsnatur führe oder in erheblichem Mass aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus falle. Diese Voraussetzungen sind nach Ansicht der Vorinstanz nicht gegeben, weil mit der fraglichen Bestimmung der Vertragscharakter nicht geändert werde, d.h. nach wie vor ein eigentlicher Versicherungsvertrag vorliege. Auch falle die Bestimmung nicht in erheblichem Mass aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstyps. Gerade bei Versicherungsverträgen sei es gang und gäbe, dass einzelne Leistungen ausgenommen würden. Aus diesem Grund habe der Gesetzgeber zum Schutz des Versicherungsnehmers Art. 33 VVG eingeführt. Es sei auch durchaus üblich, dass zwischen dem Aufenthalt in Akutspitälern und anderen Erholungsanstalten, welche vielfach spezialisiert seien oder ein weitergehendes Erholungsprogramm anbieten würden und deshalb meistens teurer seien, unterschieden werde (Urteil, 6). Die Beklagte führt im Anschluss daran aus, der Versicherungsnehmer dürfe beim Abschluss einer Spitaltaggeldversicherung ohne weiteres davon ausgehen, dass Aufenthalte in Spitälern im landläufigen Sinn gedeckt seien, müsse aber auch damit rechnen, dass die Versicherung Ausschlüsse beinhalte (B/8, 5). Die weiteren Behauptungen des Klägers zur Dauer und den Kosten des Aufenthalts in E werden von der Beklagten bestritten bzw. als irrelevant betrachtet (B/8, 3 und 5). Irrelevant sind für die Beklagte auch die Fragen der Erfassung der C in der Spitalliste und der Kostenübernahme in der sozialen Krankenversicherung (B/8, 3). Schliesslich haben die AVB ihrer Ansicht nach einen logischen Aufbau (B/8, 5 f.). c) Die Ungewöhnlichkeitsregel findet ihre grundsätzliche Rechtfertigung darin, dass eine Person, welche Allgemeinen Geschäftsbedingungen global, d.h. ohne Prüfung oder nach nur oberflächlicher Lektüre des Inhalts zustimmt, vor Vertragsbestimmungen geschützt werden soll, mit denen sie im Zeitpunkt des Vertragsschlusses nach dem Vertrauensprinzip nicht rechnete und auch nicht rechnen musste (GAUCH/SCHLUEP/SCHMID, Schweizerisches Obligationenrecht Allgemeiner Teil, Band I, 8. A., Rz. 1141 und 1141a; VVG-FUHRER, N 54 zu Art. 33). Die oben zitierten Ausführungen des Bundesgerichts sind eine Konkretisierung dessen, womit eine global zustimmende Person objektiv und abgesehen von ihren erkennbaren persönlichen Kenntnissen nicht rechnen musste. Ansatzpunkt für die Beurteilung ist dabei vorliegend der konkrete Vertragstyp der Spitaltaggeldversicherung nach VVG als Summenversicherung,

mit welcher der Versicherer unabhängig von einem Schaden des Versicherten für jeden Tag eines Spitalaufenthalts einen bestimmten Geldbetrag bezahlt (VVG-GRABER, N 9 zu Art. 96). aa) Dass der Versicherer dabei selber näher definiert, was er als leistungsbegründenden Spitalaufenthalt ansehen will, muss sein Vertragspartner allein schon deshalb annehmen, weil es dabei um die Hauptleistung des Versicherers, die Abdeckung eines Risikos geht und er auf dieser Grundlage die Prämie festsetzt. Das bedeutet zwangsläufig, dass Abgrenzungen bzw. Leistungsausschlüsse vorgenommen werden und der Verweis der Vorinstanz auf Art. 33 VVG schon deshalb sachlich zutrifft. Soweit der Kläger daher mit seinen Ausführungen ausdrücken will, massgeblich sei die krankenversicherungsrechtliche Begriffsbildung, kann dem nicht gefolgt werden. Es geht hier um einen Versicherungsvertrag und nicht um die soziale Krankenversicherung. Fraglich kann lediglich sein, welche Art von Spitaldefinition bei dieser Art von Versicherung vom Versicherten nach dem Vertrauensprinzip bei Vertragsschluss erwartet werden darf und muss. Erwarten darf der Versicherungsnehmer ohne Weiteres, dass darunter zumindest Institutionen erfasst werden, welche in den Begriffskern dessen fallen, was nach dem alltäglichen Sprachgebrauch mit einem Spital assoziiert wird. Das gesteht auch die Beklagte sinngemäss zu. Darunter wird in etwa eine Einrichtung verstanden werden können, wo kranke/verunfallte Personen im Hinblick auf Untersuchung/Heilung ärztlich versorgt werden und aufgrund ihrer Behandlung/gesundheitlichen Situation über Nacht untergebracht werden müssen und gepflegt werden. Nicht zutreffend ist in diesem Zusammenhang die Auffassung des Klägers, der sinngemäss ausdrückt, er habe als Versicherungsnehmer erwarten dürfen, für den Spitalbegriff im Rahmen der Versicherungsdeckung werde auf die entsprechenden Grundsätze des Krankenversicherungsrechts zurückgegriffen bzw. es seien zumindest die danach als Spital anerkannten Institutionen auch in der vorliegenden Taggeldversicherung erfasst. Es kann zum einen nicht davon ausgegangen werden, dass die krankenversicherungsrechtliche Begriffsbildung, die auf einer diesem Rechtsgebiet eigenen Zwecksetzung basiert, die vorliegend massgebenden Vorstellungen im Privatrechtsverkehr prägt. Zum anderen muss dem Versicherungsnehmer bei objektiver Betrachtung auch klar sein, dass der Versicherer privatrechtlich nicht an die krankenversicherungsrechtliche Definition gebunden ist. Wenn somit der Versicherer einen Begriff wählt, welcher die Kernbedeutung des Spitalbegriffs im Sinne des Alltagsgebrauchs respektiert, jedoch von der weiteren krankenversicherungsrechtlichen Definition abweicht, dann liegt darin nichts Ungewöhnliches. Der Umstand, dass die Beklagte für die Deckung des Spitalaufenthalts verlangt, dass in der konkreten Einrichtung nur Erkrankte oder Verunfallte aufgenommen werden, respektiert eindeutig die Grenzen dessen, was nach allgemeiner Auffassung unter dem Spitalbegriff zu erwarten ist. Der Kläger musste bei Unterzeichnung des Vertrages auch ohne nähere Prüfung objektiv damit rechnen, dass der Aufenthalt in einer weiteren Angebote umfassenden Einrichtung von der Versicherung aufgrund einer eigenständigen Definition des Begriffs nicht erfasst sein würde. bb) Es kann auch nicht gesagt werden, die umstrittene Bestimmung sei ungewöhnlich, weil sachfremd. Es ist nicht zulässig, wie es der Kläger tut, im Nachhinein aufgrund eines Vergleichs von eingetretenen Schadensereignissen entsprechende Rückschlüsse zu ziehen. Betrachtet man die Situation wie erforderlich ausgehend von den Verhältnissen zur Zeit des Vertragsschlusses, so kann nicht von einer ungewöhnlichen Klausel ausgegangen werden. Die Beklagte verpflichtete sich mit Abschluss der Versicherung, pauschal Taggelder zu entrichten. Ihre Leistungspflicht orientiert sich damit an der Dauer des Spitalaufenthalts. Weiter ist nicht

behauptet, dass die Beklagte Kenntnis vom vorbestehenden Krankheitsbild des Klägers hatte. Die Beklagte konnte vom allgemeinen Risiko eines Spitalaufenthalts des Klägers ausgehen. Bei dieser Sachlage musste der Kläger damit rechnen, dass die Beklagte ihre Deckungspflicht innert der oben angesprochenen Grenzen so formulieren würde, dass allgemein Aufenthalte von tendenziell längerer Dauer nicht mitumfasst sein würden. Mit dem angesprochenen Kriterium, dass nur Aufenthalte in Spitälern mit auf Kranke und Verunfallte beschränkter Aufnahme gedeckt sind, hat die Beklagte diesem Bedürfnis auf Leistungsbegrenzung nachvollziehbar Nachachtung verschafft. Es liegt nach der allgemeinen Lebenserfahrung auf der Hand, dass ein Aufenthalt in einer auch für Hotel- oder Wellnessgäste zugänglichen Einrichtung bei der einzig massgeblichen prospektiven Betrachtung tendenziell länger dauert, einerseits weil das subjektive Wohlbefinden des Patienten in der Einrichtung höher sein wird und andererseits weil in einer solchen Einrichtung auch niederschwelligere Heilangebote erhältlich sind, die ein herkömmliches Spital nicht kennt und welche den Aufenthalt verlängern. cc) Dem Kläger ist darin zuzustimmen, dass auch eine versteckte Platzierung einer Vertragsklausel zur Anwendung der Ungewöhnlichkeitsregel führen kann (GAUCH/SCHLUEP/ SCHMID, a.a.O., Rz. 1141b). Ein solcher Fall liegt hier allerdings nicht vor. Richtig ist zwar, dass es näher gelegen hätte, das umstrittene Kriterium in Art. 1 oder Art. 5B AVB unterzubringen. Für Art. 1 AVB spricht die Tatsache, dass das Kriterium faktisch zur dort angelegten Spitaldefinition gehört, für Art. 5B, dass es sich mit der einschränkenden Formulierung wie ein Leistungsausschluss nach der dort festgelegten Art auswirkt. Entscheidend erscheint aber, dass die mit dem Kriterium faktisch eingeführte Leistungsbeschränkung mit Art. 5A AVB in jener zentralen Bestimmung niedergelegt ist, die das gedeckte Risiko umschreibt. Insofern ist es nicht angebracht, selbst wenn man von einer nur oberflächlichen Lektüre der AVB ausgeht, von einer versteckten Bestimmung zu sprechen. d) Bei Art. 5A AVB handelt es sich damit nicht um eine ungewöhnliche Bestimmung. Nachdem für die Bestimmung der Tragweite der Bestimmung wie erwähnt der Zeitpunkt des Vertragsschlusses massgebend ist, ist schliesslich auch irrelevant, ob dem Kläger bekannt war, dass die C nicht nur erkrankte oder verunfallte Personen aufnimmt, oder ob das nicht der Fall war. Was er im Übrigen aus dieser - durch Parteiaussage zum Beweis verstellten - Tatsachenbehauptung ableiten will, sagt er nicht und ist auch sonst nicht ersichtlich. Die Beklagte hat ihre Leistungspflicht deshalb zu Recht verneint. Es erübrigt sich daher, auf die Frage der Unklarheit des Leistungsausschlusses gemäss Art. 5B AVB einzugehen.

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