

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2017/11 vom 7. August 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-08-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV-Z_2017_11

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2017/11 du 7 août 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2017/11 del 7 agosto 2018

Regeste

Auslegung von allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Es kann offenbleiben, ob eine Klausel der AVB, welche bei stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik trotz Abschluss einer Spitalversicherung halbprivat lediglich Leistungen in der allgemeinen Abteilung vorsieht, objektiv ungewöhnlich ist. Die Branchenerfahrung des Versicherten führt im vorliegenden Fall dazu, dass dieser mit einer solchen Klausel bei Vertragsabschluss rechnen musste, womit die Klage abzuweisen ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. August 2018, KV-Z 2017/11). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 4A_499/2018.

Erwägungen

E. 1

1.1 Das vorliegende Verfahren beschlägt unbestrittenermassen Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zur Spital-Versicherung VVG, Ausgabe 01.14 (nachfolgend: AVB; kl. act. 1), sowie der Versicherungs-Police ab 1. Januar 2017 (kl. act. 4). 1.2 Gemäss Ziff. 4.h.1 AVB sind Klagen aus dem Versicherungsvertrag wahlweise beim Gericht am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten oder am Sitz des Versicherers möglich. Mit dem Sitz der Beklagten im Kanton St. Gallen ist die örtliche Zuständigkeit in diesem Kanton gegeben. 1.3 Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Darunter werden praxismässig auch Zusatzversicherungen – wie hier – subsumiert, auf die das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) zur Anwendung gelangt (vgl. etwa BGE 138 III 2 E. 1.1). Damit ist das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen sachlich zuständig.

E. 2

2.1 Der Kläger beantragt die Feststellung, dass über die zwischen den Parteien vereinbarte rhenuHOSPITAL (VVG) Spitalversicherung, Leistungsstufe GOLD, gemäss Police vom 17. Oktober 2016 (gültig ab 1. Januar 2017), bei einer medizinisch indizierten stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik volle Kostendeckung in der halbprivaten Abteilung bestehe. Damit liegt eine Feststellungsklage vor. 2.2 Gemäss Art. 88 ZPO ist Gegenstand der Feststellungsklage die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens von

Rechten und Rechtsverhältnissen. Nicht zulässig sind Begehren auf Entscheidung allgemeiner, hypothetischer oder abstrakter Rechtsfragen. Die klagende Partei hat ein erhebliches schutzwürdiges Interesse rechtlicher oder tatsächlicher Natur an der Feststellungsklage nachzuweisen. Ein solches ist gegeben, wenn kumulativ eine erhebliche Ungewissheit über Bestand und Inhalt der Rechtsbeziehungen zwischen den Parteien herrscht, das Fortdauern der Ungewissheit eine Unzumutbarkeit für den Kläger darstellt, weil sie ihn in seiner Bewegungsfreiheit behindert, und es dem Kläger nicht möglich ist, diese Unsicherheit mit einer Leistungs- oder Gestaltungsklage zu beheben / beseitigen. Das Feststellungsinteresse ist Sachurteilsvoraussetzung. Fehlt es an einem Feststellungsinteresse, tritt das Gericht auf die Klage nicht ein (BSK ZPO [3. Aufl., 2017] – WEBER, Art. 88 N 5 ff.). 2.3 Gegenstand des Klageverfahrens bildet die Feststellung des Deckungsumfangs des zwischen den Parteien abgeschlossenen Zusatzversicherungsvertrags bei einer medizinisch indizierten stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik. Die Erbringung einer vertraglichen Leistung steht nicht zur Diskussion. Zwar befand sich der Kläger gemäss eigenen Angaben bei Klageeinreichung in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik. Nachdem diese indes zufolge abschlägiger Mitteilung der Beklagten in der allgemeinen Abteilung durchgeführt wurde und diese Kosten durch die Grund- und Zusatzversicherung gedeckt sind, scheidet eine Leistungsklage aus. Über die Frage, ob zukünftig die Kosten bei stationären Behandlungen in einer psychiatrischen Klinik in der halbprivaten Abteilung gedeckt sind, besteht Ungewissheit, wobei es dem Kläger vor dem Hintergrund der naturgemäss zu langen Dauer eines Gerichtsverfahrens im Fall einer weiteren Hospitalisationsnotwendigkeit nicht zumutbar ist, mit der Klärung dieser Rechtslage zuwarten zu müssen. Das Feststellungsbegehren ist folglich zulässig und auf die Klage ist einzutreten.

E. 3

3.1 Klauseln von allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) sind, wenn sie – wie hier (kl. act. 3) – in Verträge übernommen werden, grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen (subjektive / objektive Vertragsauslegung) wie andere vertragliche Bestimmungen (BGE 135 III 6 E. 2). 3.2 Im Zentrum der Beurteilung steht insbesondere Ziff. 3.7 der AVB zur Spital-Versicherung VVG, Ausgabe 01.14. Diese lautet unter der fettgedruckten Überschrift „Welche psychiatrischen Leistungen kann ich in Anspruch nehmen?“ wie folgt: Bei stationären Behandlungen in einer psychiatrischen Klinik sind für alle drei Leistungsstufen die Kosten von max. 180 Tagen innerhalb von 1080 Tagen in der allgemeinen Abteilung gedeckt, sofern der Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik medizinisch notwendig ist (kl. act. 1-3). 3.3 Der Wille der Beklagten ergibt sich aus dem Wortlaut der zitierten AVB-Bestimmung. Sie will sich demnach unabhängig von der Leistungsstufe lediglich dazu verpflichten, bei stationären Behandlungen in einer psychiatrischen Klinik die Kosten von max. 180 Tagen innerhalb von 1080 Tagen in der allgemeinen Abteilung zu decken, sofern der Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik medizinisch notwendig ist. Der Wille des Klägers bestand offensichtlich darin, dass auch bei stationären Behandlungen in einer psychiatrischen Klinik die Versicherungsleistungen der halbprivaten Abteilung gedeckt sind. Ein übereinstimmender innerer Wille der Parteien, welcher die weitere Auslegung überflüssig machen würde, war damit trotz des klägerischen Bekenntnisses im Schreiben vom 27. Februar 2017, die geltenden AVB würden eine andere Sprache sprechen (kl. act. 1.5), nicht vorhanden bzw. ist nicht mehr ermittelbar. Die subjektive Vertragsauslegung führt damit nicht zum Ziel und es ist der mutmassliche Wille mittels objektiver Vertragsauslegung nach dem Vertrauensprinzip zu ermitteln.

E. 4

4.1 Der Kläger, der als Versicherungsnehmer die AVB global übernommen hat, muss sich diese – unabhängig davon, ob er sie tatsächlich gelesen und verstanden hat – grundsätzlich so anrechnen lassen, wie sie nach Treu und Glauben zu verstehen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. Mai 2008, 4A_187/2007, E. 5.4.1) bzw. wie er sie nach den Umständen in guten Treuen verstehen durfte und musste (BSK VVG-FUHRER [2000], Art. 33 N 101).

4.2 Der Wortlaut von Ziff. 3.7 der AVB ist klar. Unabhängig von der gewählten Leistungsstufe (SILBER allgemeine Abteilung, GOLD halbprivate Abteilung, PLATIN private Abteilung) sind bei indizierten stationären Behandlungen in einer psychiatrischen Klinik nur die Kosten in der allgemeinen Abteilung während maximal 180 Tagen innerhalb von 1080 Tagen gedeckt. Wie erwähnt räumt der Kläger mit Schreiben vom 27. Februar 2017 an die Beklagte sinngemäss ein, dass die AVB in diesem Punkt klar sei (kl. act. 5). Im Weiteren sind die AVB kurz gehalten (fünf Seiten) und übersichtlich gestaltet (inkl. Inhaltsverzeichnis). Ziff. 3.7 ist unter „III Leistungsumfang“ aufgeführt unter dem Titel „Welche psychiatrischen Leistungen kann ich in Anspruch nehmen?“ (vgl. Inhaltsverzeichnis auf der ersten Seite; kl. act. 1-1). Diese Frage wird auf Seite drei beantwortet (kl. act. 1-3). Die Einordnung unter „Leistungsumfang“ ist sachgerecht (zumindest vertretbar), nachdem die AVB Geltung für sämtliche Leistungsstufen haben und es sich lediglich um eine Deckungsbeschränkung für die Stufen GOLD und PLATIN – nicht jedoch für die Stufe SILBER – und damit nicht um einen generellen Leistungsausschluss gemäss der Beispiele in Ziff. 4.c.1 handelt. Auch in Verbindung mit Ziff. 3.2 der AVB („GOLD: volle Kostendeckung in der halbprivaten Abteilung“) lässt sich in Bezug auf Ziff. 3.7 nichts anderes herleiten. Grundsätzlich besteht bei der Leistungsstufe GOLD volle Kosten–deckung in der halbprivaten Abteilung. Wenn dazu in Ziff. 3.7 der AVB eine Ausnahme gemacht wird, so macht dies die Bestimmung nicht unklar, unabhängig davon, ob sie auch angemessen ist. Gestützt auf diese Ausführungen kann der Kläger auch in Anwendung von Art. 33 VVG nichts zu seinen Gunsten ableiten. Aus diesem Artikel folgt, dass der Versicherungsnehmer gegen die versicherte Gefahr in dem Umfang gedeckt ist, wie er es beim Lesen der AVB nach Treu und Glauben verstehen durfte. Wenn der Versicherer die Deckung begrenzen oder Ausschlüsse anbringen will, hat er dies in unzweideutiger Weise zu tun, denn der Versicherungsnehmer muss sich nicht Deckungseinschränkungen entgegenhalten lassen, die ihm nicht klar dargelegt werden (vgl. MANUEL JAUN, Die haftpflicht- und privatversicherungsrechtliche Rechtsprechung des Bundesgerichts in den Jahren 2006-2011, in: ZBJV 148/2012, S. 524). Die Begrenzungen in Ziff. 3.7 sind – wie erwähnt – sowohl isoliert betrachtet als auch im Zusammenhang mit den übrigen Bestimmungen eindeutig, damit klar dargelegt und es besteht in diesem Sinne kein Interpretationsspielraum.

4.3 Der Kläger beruft sich im Weiteren insbesondere auf die sogenannte Ungewöhnlichkeitsregel. Die Geltung vorformulierter AGB wird durch diese eingeschränkt. Danach sind von der global erklärten Zustimmung zu allgemeinen Vertragsbedingungen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist. Der Verfasser von AGB muss nach dem Vertrauensgrundsatz davon ausgehen, dass ein unerfahrener Vertragspartner, der die AGB nicht liest oder nicht versteht, ungewöhnlichen Klauseln nicht zustimmt. Die Ungewöhnlichkeit beurteilt sich aus der Sicht des Zustimmungenden im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Die Beurteilung erfolgt bezogen auf den Einzelfall. Die fragliche Klausel muss zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters führen oder in

erheblichem Masse aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus fallen. Je stärker eine Klausel die Rechtsstellung des Vertragspartners beeinträchtigt, desto eher ist sie als ungewöhnlich zu qualifizieren (BGE 135 III 7 E. 2.1; vgl. ferner BSK VVG-FUHRER [2000], Art. 33 N 57 ff.). Die Klausel muss sowohl objektiv als auch subjektiv ungewöhnlich sein (BSK VVG-FUHRER [2000], Art. 33 N 60).

4.3.1 Es ist unbestritten, dass die Beklagte den Kläger nicht ausdrücklich auf Ziff. 3.7 der AVB hingewiesen hat. Auch wurde die Klausel insgesamt nicht, zum Beispiel durch Fettdruck, speziell hervorgehoben. Zu prüfen bleibt, ob die objektiven und subjektiven Voraussetzungen zur Anwendbarkeit der Ungewöhnlichkeitsregel erfüllt sind.

4.3.2 Eine zeitliche Begrenzung der Leistungspflicht bei stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik ist unabhängig von der Leistungsstufe branchenüblich. Die Beklagte hat in diesem Zusammenhang Versicherungsbedingungen anderer Versicherer eingereicht, welche zeitliche Limitierungen bei stationärer psychiatrischer Behandlung enthalten (bekl. act. 3 f.). Die Recherche bei weiteren Spitalzusatzversicherungen zeigt dasselbe Bild (vgl. nebst vielen die AVB der ÖKK [https://www.oekk.ch/~media/medien/pk/service/pk_avb_2018_de_.pdf?la=de, eingesehen am 7. August 2018] und der Concordia [https://www.concordia.ch/content/dam/concordia.ch/privatpersonen/leistungen/zu-satzversicherungen/2.20_ZVB_Spitalversicherung_de.pdf, eingesehen am 7. August 2018]). Die zeitliche Limitierung bezüglich Kostendeckung bei stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik führt weder zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters noch fällt sie aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus. Die zeitliche Limitierung ist damit nicht ungewöhnlich, was seitens des Klägers auch nicht behauptet wird. Streitig ist vielmehr, ob auch eine qualitative / inhaltliche Einschränkung (Kostendeckung in der allgemeinen statt halbprivaten Abteilung trotz höherer Leistungsstufe) bei einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik als nicht ungewöhnlich zu qualifizieren ist. Eine solche Beschränkung – nicht ein klar definierter ganzer Ausschluss bei psychischen Krankheiten (vgl. bekl. act. 5) – findet sich in keiner der vorgenannten AVB der anderen Versicherer, was darauf schliessen lässt, dass diese branchenunüblich ist. Eine halbprivate Spitalversicherung wird denn nach allgemeinem Verständnis im Wesentlichen auch deshalb abgeschlossen, um bei stationärer Behandlung die gegenüber der allgemeinen Abteilung komfortableren Leistungen beanspruchen zu können. Auf der anderen Seite werden in vielen AVB anderer Versicherer von Beginn an oder ab einer gewissen Anzahl Behandlungstagen in psychiatrischen Kliniken Tagespauschalen vergütet, welche bei weitem nicht die Kosten der entsprechenden Abteilung decken (vgl. nebst vielen die AVB der Sympany [<https://www.sympany.ch/de/privatkunden/services/avb.html>, eingesehen am 7. August 2018] und der ÖKK [https://www.oekk.ch/~media/medien/pk/service/pk_avb_2018_de_.pdf?la=de, eingesehen am 7. August 2018]). Diese Leistungsbeschränkungen, ob zeitlich, qualitativ oder finanziell, tragen auf der sachlichen Ebene der oftmals erheblich längeren stationären Behandlungsdauer bei psychischen Erkrankungen Rechnung und erscheinen insgesamt als nicht branchenunüblich. Letztlich kann aber offenbleiben, ob die fragliche Klausel im Sinne der vorstehenden E. 4.3 als objektiv ungewöhnlich zu qualifizieren ist, nachdem – wie sich nachfolgend zeigt – diese in subjektiver Hinsicht nicht ungewöhnlich ist.

4.3.3 Ob eine Klausel als subjektiv ungewöhnlich anzusehen ist, beurteilt sich nach einem individuellen Massstab. Es kommt somit auf das spezifische Fachwissen, die Branchenkenntnisse und die allgemeine Geschäftserfahrung des betreffenden Versicherten an (BSK VVG-FUHRER [2000], Art. 33

N 63). Zu prüfen ist insbesondere, ob der Kläger trotz ausgewiesener Branchenerfahrung (bekl. act. 6), aber auch aufgrund übriger individueller Gegebenheiten nicht mit einer qualitativen / inhaltlichen Leistungsbeschränkung, wie sie Ziff. 3.7 der AVB vorsieht, rechnen musste und damit bei Abschluss einer Spitalversicherung halbprivat eine berechnete Deckungserwartung bezüglich Leistungen für die halbprivate Abteilung hatte.

4.3.4 Der Kläger arbeitet seit dem Jahr 2009 bei der B.____ als Geschäftsführer bzw. Präsident des Verwaltungsrates sowie seit 2010 bei der C.____ ebenfalls als Verwaltungsratspräsident und ist seit dem Jahr 1986 in der Versicherungswirtschaft – auch als Verkaufsleiter und Generalagent – tätig. Die B.____, und damit auch der Kläger, verhandelt mit Versicherungsgesellschaften, holt Offerten ein und präsentiert den Kunden die Angebote und Leistungen verschiedener Versicherungszweige. Das Studieren von Versicherungsverträgen und allgemeinen Versicherungsbedingungen gehört damit zu seinem täglichen Aufgabenbereich. Die Gepflogenheiten verschiedener Versicherungen, (adäquate) Prämien, Leistungsausschlüsse, Deckungsbeschränkungen etc. dürften ihm somit bestens bekannt sein. Damit musste er bereits im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses mit einer Deckungsbeschränkung, wie es Ziff. 3.7 der AVB vorsieht, rechnen bzw. die Beklagte durfte davon ausgehen, dass der Kläger die zur Diskussion stehende Klausel gelesen sowie verstanden hat und dieser zustimmt. In diesem Zusammenhang ist auch von Relevanz, dass mindestens Deckungsbeschränkungen in zeitlicher Hinsicht bei stationären Behandlungen in einer psychiatrischen Klinik branchenüblich sind und der Kläger gemäss eigenen Angaben aufgrund eines psychischen Leidens bereits in stationärer Behandlung war (kl. act. 5). Es ist damit davon auszugehen bzw. wäre zu erwarten gewesen, dass der Kläger zumindest auch die ihm zustehenden psychiatrischen Leistungen gemäss den kurz gehaltenen AVB (vgl. dazu die Ausführungen in vorstehender E. 4.2) genau prüft. Wenn der Kläger dies nicht getan hat, so geht dies im konkreten Fall nicht zu Lasten der Beklagten. In Würdigung vorgenannter Umstände ist die Klausel subjektiv nicht als ungewöhnlich anzusehen. Es bestand damit für den Kläger persönlich keine berechnete Deckungserwartung bezüglich Leistungen für die halbprivate Abteilung bei stationären Behandlungen in einer psychiatrischen Klinik und der mutmassliche Wille der Parteien ergibt sich aus dem Wortlaut von Ziff. 3.7 der AVB. 4.4 Zusammengefasst ist festzuhalten, dass Ziff. 3.7 betreffend Kostendeckung in der allgemeinen statt halbprivaten Abteilung bei Abschluss einer Spitalversicherung halbprivat gegenüber dem Kläger anwendbar ist. Entsprechend ist die Klage abzuweisen.

E. 5

5.1 Gemäss Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten der unterliegenden Partei auferlegt. Prozesskosten sind gemäss Art. 95 Abs. 1 ZPO die Gerichtskosten (lit. a) und die Parteientschädigung (lit. b). 5.2 Gerichtskosten sind gemäss Art. 114 lit. e ZPO keine zu erheben. 5.3 Die Parteientschädigung spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 96 ZPO). Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beklagte hat keine Honorarnote eingereicht. Nachdem ein Streitwert bei der vorliegenden Feststellungsklage nicht zu ermitteln ist, wird das Honorar nach Zeitaufwand bemessen (Art. 23 Abs. 1 lit. a der st. gallischen Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten [HonO; sGS 963.75]). Angemessen erscheint bei diesem als durchschnittlich aufwändig zu bezeichnenden Verfahren mit doppeltem Schriftenwechsel ein Zeitaufwand von zwölf Stunden, was bei einem Stundenansatz von Fr. 250.-- (Art. 24 Abs. 1 HonO) ein Honorar von Fr. 3'000.-- ergibt. Hinzuzurechnen sind Barauslagen von 4%, Fr. 120.-- (Art. 28bis Abs. 1 HonO), sowie die Mehrwertsteuer von 8%, Fr. 249.60 (Art. 29 HonO). Somit

hat der Kläger die Beklagte mit Fr. 3'369.60 zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 des sankt-gallischen Reglements über Organisation und Geschäftsgang des Versicherungsgerichtes (OrgR; sGS 941.114) 1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Der Kläger hat die Beklagte mit Fr. 3'369.60 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

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