

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2003.00018

vom 12. August 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-08-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2003.00018

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2003.00018 du 12 août 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2003.00018 del 12 agosto 2004

Erwägungen

E. 1

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen nach Art. 12 Abs. 3 KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind privatrechtlicher Natur; strittige Ansprüche darüber sind in einem zivilprozessualen Verfahren geltend zu machen, das die Kantone unter Beachtung der Verfahrensgrundsätze von Art. 47 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) zu regeln haben. Im Kanton Zürich ist das Sozialversicherungsgericht zuständig für die Behandlung der Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung (vgl. den Beschluss des Kantonsrates vom 27. November 1995 in Verbindung mit § 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

1.2 Gemäss Ingress der massgebenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Spitalversicherung halbprivat, Ausgabe Januar 1997 (nachfolgend AVB SV; Urk. 7/8), untersteht die zur Diskussion stehende Spitalversicherung dem VVG. Wie Art. 1 der AVB SV zeigt, sind die Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) versichert. Sie ist daher als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung zu qualifizieren. Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich ist demnach für die Beurteilung der vorliegenden Klage sachlich zuständig. Die örtliche Zuständigkeit ist ebenfalls gegeben, da Art. 20 der AVB SV für Klagen gegen den Versicherer neben dem gesetzlichen Gerichtsstand des Sitzes des Versicherers (Art. 3 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über den Gerichtsstand in Zivilsachen, GestG, gültig ab Anfang 2001) den Wahlgerichtsstand des Wohnortes der versicherten Person vorsieht.

2. 2.1

2.1 Obwohl im Verfahren vor dem Sozialversicherungsgericht auch im Klageverfahren betreffend Zusatzversicherungen die Offizialmaxime herrscht, ist das Klageverfahren im Zusatzversicherungsbereich nicht auf schlechthin alle in Frage kommenden Leistungsansprüche auszudehnen, sondern es gilt der zivilprozessuale Grundsatz, wonach ein Klagebegehren in der Regel so formuliert werden muss, dass es mit geringem Aufwand zum Urteilsspruch gemacht werden kann (nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen E. vom 9. Januar 2001, 5C.244/2000). Sodann darf das Gericht - anders als im Beschwerdeverfahren - nicht über die Anträge der Parteien hinausgehen und ist somit nicht befugt, einer Partei mehr zuzusprechen, als sie verlangt, oder ein Zugeständnis des Krankenversicherers zum Nachteil der versicherten

Person abzuändern (vgl. Â§ 25 SVGer, der sich nur auf das Beschwerdeverfahren bezieht).

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beklagte das Guthaben der Klägerin an versicherten Tagen inskünftig mit jeder Kostengutsprache auszuweisen hat. Nicht mehr zu prüfen ist entgegen der Ansicht der Beklagten, wie die Formulierung in Art. 15.16 AVB SV zu verstehen ist, da das Klagebegehren mit Replik vom 28. Januar 2004 geändert wurde (Urk. 11 S. 2).

Die Klägerin machte geltend, dass Leistungserbringer und Patienten erwarten dürfen, dass der Versicherer aus den Grundsätzen über Treu und Glauben im Geschäftsverkehr bei jeder Kostengutsprache auch das Guthaben an versicherten Tagen angebe, wenn dieses beschränkt sei. In anderen Versicherungsverhältnissen mit Rahmenfrist sei dies selbstverständlich. Diese Obliegenheit ergebe sich aus dem Grundsatz von Treu und Glauben und habe sich in verschiedenen Rechtsbereichen niedergeschlagen: Ob eine Leistung dem Guthaben des Versicherten zu belasten sei, werde etwa der Privatversicherer bei jedem Begehren um Kostengutsprache prüfen. Er sei zweifellos besser in der Lage zu beurteilen, welche Informationen er bedürfe, wenn er einmal Kenntnis vom Eintritt eines bestimmten Schadens habe. Dass er die Erschöpfung der Deckung im Auge behalten müsse, sei daher selbstverständlich.

Dennoch sei die zentrale Frage - jene nach der Hinweispflicht - keine VVG-typische. Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG fänden deshalb die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) Anwendung. Die Pflicht zur Kontoführung bestehe in der Regel aufgrund eines Auftragsverhältnisses, so etwa beim Kontokorrentverhältnis. Dabei habe der Beauftragte den Auftraggeber immer dann zu informieren, wenn dies zur Wahrung der Auftraggeberinteressen erforderlich erscheine. Selbst diese Obliegenheit leite sich nicht aus der Pflicht zur Rechenschaftsablegung nach Art. 400 OR, sondern aus der allgemeinen Treupflicht ab. Die Forderung nach Rechenschaftsablegung beziehungsweise Rechnungslegung selbst verdiene nur dann keinen Rechtsschutz, wenn der Auftraggeber die erforderlichen Informationen bereits besitze oder sich leicht aus eigenen Unterlagen informieren könne, während der Beauftragte dazu grössere Umtriebe auf sich nehmen müsse. Auch in der Sozialversicherung schliesse die Beratungspflicht des Versicherers (vgl. Art. 27 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) ein, die laufenden Leistungsfälle zu kontrollieren, damit die leistungsbeanspruchende Person Kenntnis erhalte über eine bevorstehende Verminderung oder Aufhebung der Leistung (Urk. 1 S. 8 ff., Urk. 11 S. 3 ff.)

Demgegenüber brachte die Beklagte vor, die Klägerin mache eine nicht einklagbare Nebenpflicht geltend. Die Bedürfnisse des Spitals und der versicherten Person seien mit Abgabe einer Kostengutsprache genügend befriedigt, vor allem im Zusammenhang mit der jederzeit gegebenen Auskunftspflicht der CSS im Einzelfall. Eine generelle Angabe der Resttage in allen Fällen und bei allen Versicherten würde einen unverhältnismässig grossen Verwaltungsaufwand der CSS nach sich ziehen, welcher via Prämien wieder auf die Versicherten zurückfallen würde (Urk. 6 S. 6, Urk. 15 S. 3 ff.).

E. 3

3.1 Mit dem Abschluss des Versicherungsvertrags entsteht einmal die Pflicht zur Erbringung von Hauptleistungen, nämlich die Pflicht, die Prämien zu bezahlen, auf der

einen, und die Pflicht, im Versicherungsfall Versicherungsleistungen zu entrichten, auf der anderen Seite. Von den Hauptpflichten unterscheiden sich die Nebenverpflichtungen. Das VVG spricht mehrmals von Obliegenheiten, so z.B. in den Art. 29 und 45 VVG. Darunter versteht es wohl diese Nebenverpflichtungen. Obliegenheit ist die Pflicht einer Person, sich im Zusammenhang mit einem Versicherungsvertrag in einem bestimmten Sinn zu verhalten. Dieses Verhalten kann in einem Tun oder einem Unterlassen und auch in einem Dulden bestehen. Obliegenheiten werden vor allem dem Versicherungsnehmer überbunden, denn er ist Vertragspartei. Daneben kann auch jener Anspruchsberechtigte, der nicht Vertragspartei ist, Träger von Obliegenheiten sein. Endlich treffen den Versicherer bestimmte Nebenpflichten, z.B. die Pflicht gemäss Art. 11 VVG, dem Versicherungsnehmer eine Police auszuhandigen; die Pflicht nach Art. 93 VVG, dem Anspruchsberechtigten unter bestimmten Voraussetzungen den Rückkaufswert der Lebensversicherung auszurechnen und mitzuteilen. Die Folgen der Verletzung von Obliegenheiten sind nicht für alle Tatbestände einheitlich geregelt. Sie können vor allem im ganzen oder teilweisen Verlust des Versicherungsanspruches, dann auch im Recht des Versicherers, den Vertrag aufzulösen, und endlich in der Begründung einer Schadenersatzforderung des Versicherers bestehen (Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Auflage, Bern 1994, S. 300 ff.).

3.2 Nebenpflichten können im Gesetz selbst geregelt sein, auf ausdrücklicher oder stillschweigender Vertragsabrede beruhen oder sich unmittelbar aus dem Gebot des Handelns nach Treu und Glauben ergeben (BGE 114 II 57 Erw. 6d/aa mit Hinweisen).

E. 4

4.1 Auf eine unmittelbar gesetzlich normierte Nebenpflicht beruft sich die Klägerin zu Recht nicht, und auch an einer ausdrücklichen vertraglichen Verpflichtung der Beklagten fehlt es. Es bleibt somit zu prüfen, ob die Beklagte nach Treu und Glauben verpflichtet ist, das Guthaben der Klägerin an versicherten Tagen inskünftig mit jeder Kostengutsprache auszuweisen.

4.2 Die hauptsächliche Leistungspflicht des Krankenversicherers besteht bei der Spitalversicherung halbprivat in der Bezahlung der Aufenthalts- und Behandlungskosten in einem Spital in der ganzen Schweiz (Art. 13.1 AVB SV). Spitaleintritte sind der Beklagten unverzüglich zu melden. Auf Antrag wird unverzüglich eine Kostengutsprache im Rahmen der versicherten Leistungen erteilt (Art. 14.2 AVB SV). Zu den Wirkungen der Kostengutsprache findet sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und im VVG keine Bestimmung. Da alle Leistungen aus der Spitalversicherung halbprivat in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) versichert sind (Art. 1 AVB SV), kann für die Beantwortung der Frage nach den Wirkungen einer Kostengutsprache die Rechtsprechung des EVG herangezogen werden.

Die einer Heilanstalt erteilte Kostengutsprache stellt keine Leistungszusicherung des Krankenversicherers gegenüber dieser Heilanstalt dar. Für die versicherte Person hat sie zur Folge, dass sie dadurch gegenüber der Heilanstalt von der Sicherstellung der Spitalkosten und von Teilzahlungspflichten während der Hospitalisation befreit wird. Davon zu unterscheiden ist die Leistungszusicherung des Krankenversicherers gegenüber der versicherten Person. Der Krankenversicherer kann sich der versicherten Person gegenüber schon vor dem Spitaleintritt definitiv zur Kostenübernahme bereit erklären. Eine der Heilanstalt erteilte Kostengutsprache

bedeutet indes noch keine Zusicherung der definitiven Kostenübernahme (BGE 111 V 31 E. 3 = Pra 74 Nr. 228 und BGE 112 V 194).

Der Krankenversicherer ist daher nur verpflichtet, die versicherte Person von der Sicherstellung der Spitalkosten und von Teilzahlungsverpflichtungen zu befreien. Aufgrund von Art. 2 ZGB ist er damit gehalten, nichts zu unternehmen, was die Sicherstellung gefährden beziehungsweise die versicherte Person benachteiligen könnte. Die Kosten für den Spitalaufenthalt wird der Krankenversicherer jedoch nur bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen, wie beispielsweise der Spitalbedürftigkeit, übernehmen. Somit hiesse die Ausweisung des Guthabens, den Leistungsinhalt des Krankenversicherers gestützt auf Art. 2 ZGB unzulässig auszudehnen. Mithin bedarf es in solchen Fällen einer eigentlichen Vertragsabrede, soll der Krankenversicherer verpflichtet werden, das Guthaben der Klägerin an versicherten Tagen inskünftig mit jeder Kostengutsprache auszuweisen. Allein aus Art. 2 ZGB lässt sich diese Verpflichtung nicht begründen. Dies gilt um so mehr, als unbestrittenermassen eine jederzeitige Auskunftspflicht der Beklagten besteht. Die versicherte Person kann sich demnach jederzeit über den verbleibenden Leistungsanspruch informieren. Daher kann die Klägerin gestützt auf die Beratungspflicht des Versicherers gemäss Art. 27 Abs. 2 ATSG nichts zu ihren Gunsten ableiten. Entgegen der Auffassung der Klägerin kann der vorliegende Sachverhalt auch nicht mit einem einfachen Auftrag nach Art. 394 ff. OR verglichen werden, denn der Leistungsinhalt eines Auftrages besteht nicht in der Bezahlung einer vereinbarten Leistung, sondern in der vertragsgemässen Besorgung der übertragenen Geschäfte oder Dienste. Die übrigen Vorbringen der Klägerin vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern.

4.3 Nach dem Gesagten ist die Klage abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Dr. Jost Gross
 - CSS Kranken-Versicherung AG
 - Bundesamt für Privatversicherungen

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wegen Verletzung von Bundesrecht im Sinne von Art. 43 des Bundesgesetzes über die Organisation der Rechtspflege (OG) durch eine dem Art. 55 OG entsprechend Eingabe Berufung gemäss Art. 50 OG an das Schweizerische Bundesgericht erhoben werden.

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