

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2020.00034 vom 26. Februar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2020.00034

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2020.00034 du 26 février 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2020.00034 del 26 febbraio 2021

Erwägungen

E. 1

Abs.

E. 1.1

Bei der Spitalzusatzkostenversicherung « Hospital Extra Liberty », aus welcher der Kläger seinen Anspruch ableitet, handelt es sich um eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung im Sinne von Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG), welche dem VVG untersteht.

Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen sind privat rechtlicher Natur (BGE 142 V 448 E. 4.1).

E. 1.2

Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten. Von grosser Bedeutung sind im Versicherungswesen vorformulierte Versicherungsbedingungen, welche den typischen Inhalt eines Versicherungsvertrages bilden und dem Gesetzesrecht vorgehen, sofern sie nicht gegen zwingende Vorschriften verstossen (Kuhn, in: Müller-Studer/Eckert [Hrsg.], Privatversicherungsrecht, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2010, Rz. 422-424). Die Bestimmungen des Schweizerischen Obligationenrechts (OR) gelten schliesslich subsidiär, soweit das VVG keine Vorschriften enthält (Art. 100 Abs. 1 VVG; vgl. auch Kuhn, a.a.O., Rz. 608).

Vorliegend finden die AVB der Beklagten in der Ausgabe Januar 2004, Fassung 2013 (auffindbar in

Urk. 10/9 / Abgriff «Allg./Zusatz-Bedingungen»), sowie in Ergänzung zu den AVB die ZB zur Spitalkostenzusatzversicherung « Hospital Extra Liberty » in der Ausgabe Juli 2012 (Urk. 10/3) Anwendung.

Die Anwendbarkeit der AVB und der ZB in der jeweils gültigen Fassung ist unter den Parteien nicht strittig. 1.

E. 2

.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 9. Juni 2020 Klage und beantragte, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm auch ab dem elften Tag des geplanten stationären Aufenthalts in der Y.____ aus der Spitalzusatzkostenversicherung « Hospital Extra Liberty » sämtliche auf der halb privaten Abteilung anfallende Kosten zu vergüten, unter Kost e

n- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten (Urk. 1). Die Sanitas schloss mit Klageantwort vom 12. August 2020 auf Abweisung der Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Klägers (Urk. 9).

Der Kläger hielt mit Replik vom 4. September 2020

(Urk. 12) an seinem Antrag fest, ebenso die Beklagte mit Duplik vom 21. Oktober 2020 (Urk. 16). Mit Eingabe vom 6. November 2020 (Urk. 21) erklärte der Kläger den Verzicht auf die Durchführung einer Hauptverhandlung; die Beklagte liess sich innert Frist nicht vernehmen (vgl. Urk. 18).

Mit Eingabe vom 6. Januar 2021 reichte der Rechtsvertreter des Klägers beim hiesigen Gericht seine Honorarnote ein (Urk. 23 und 24). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

des Urteils des Bundesgerichtes 4A_194/2010 vom 17. November 2010).

E. 2.2

Die Beklagte leitet die Begrenzung der Kostenübernahme aus Ziff. 5 Abs. 1 der zur Diskussion stehenden ZB ab (Urk. 10/3), welche unter dem Titel «Leistungen» unter anderem die von der Beklagten zu erbringenden Leistungen in Spitälern in der Schweiz, im Ausland, in psychiatrischen Kliniken oder in Geburtshäusern spezifiziert.

Ziff. 5 Abs. 1 der ZB hält fest, dass bei stationären Akutbehandlungen in einer psychiatrischen Klinik oder auf einer psychiatrischen Spezialabteilung, welche gemäss Ziff. 1 Abs. 2 von der Beklagten anerkannt sind, die Kosten gemäss Ziff. 2 während gesamthaft 180 Tagen bezahlt werden.

Dieser Regelung trug die Beklagte in ihren Kostengutsprachen vom 9. und 10. April 2020 Rechnung, indem sie die volle Kostengutsprache bloss für die ersten zehn Tage erteilte und ausdrücklich darauf hinwies, dass ab dem elften Tag die Behandlungskosten sowie Fr. 100.-- pro Tag an die Aufenthalts- und Pflegekosten bezahlt würden (Urk. 2/19 und 17).

Der Kläger argumentierte, bei Ziff. 5 Abs. 1 der ZB handle es sich um eine unklare, ungewöhnliche und missbräuchliche Bestimmung (Urk. 1); die Beklagte bestritt demgegenüber die seine Auffassung des Klägers (Urk. 9).

E. 3

Die Kantone können gestützt auf Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten über den Anspruch aus einer Zusatzversicherung sachlich zuständig ist. Im Kanton Zürich liegt diese Zuständigkeit beim Sozialversicherungsgericht (§ 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht GSVGer; vgl. auch BGE 138 III 2 E. 1.2.2).

Die für das Sozialversicherungsgericht verbindliche Regelung der örtlichen Zuständigkeit im Bereich der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung findet sich in Art. 32 ZPO. Demnach ist bei Streitigkeiten aus Konsumentenverträgen das Gericht am Wohnsitz oder Sitz einer der Parteien zuständig (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO).

Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des hiesigen Gerichts zur Beurteilung der eingereichten Klage ist unstrittig gegeben.

E. 3.1

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind vorformulierte Versicherungsbedingungen grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen. Entscheidend ist demnach in erster Linie der übereinstimmende wirkliche Wille der Vertragsparteien und in zweiter Linie, sofern ein solcher nicht festgestellt werden kann, die Auslegung der Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips (mutmasslicher Parteiwille). Dabei ist vom Wortlaut der Erklärungen auszugehen, welche jedoch nicht isoliert, sondern aus ihrem konkreten Sinngefüge heraus zu beurteilen sind. Massgebend ist, wie die Erklärung vom Erklärungsempfänger unter Berücksichtigung der gesamten Umstände vernünftigerweise verstanden werden durfte und musste (BGE 142 III 671 E. 3.3; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 4A_232/2019 vom 18. November 2019 E. 2.1; 4A_499/2018 vom 10. Dezember 2018 E. 1; vgl. ferner Stoessel, in: Honsell et al. Hrsg., Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, VVG, Basel /Genf/München 2001, Vorbemerkungen zu Art. 1-3 N 22-27).

Bei der Auslegung vorformulierter Versicherungsbedingungen wird mit der Unklarheitenregel und der Ungewöhnlichkeitsregel dem Umstand Rechnung getragen, dass die Bestimmungen vom Versicherer als stärkere Partei ohne individuelle Verhandlungen vorformuliert und vom Versicherten als schwächere Partei global übernommen werden (Alfred Koller, AGB-Recht, AJP 2016, S. 281).

E. 3.2

). Insbesondere ist die Bestimmung im Gefüge der übrigen Bestimmungen der ZB eindeutig so zu verstehen, dass nach Erschöpfen der 180 Tage für den Rest der Vertragsdauer kein Anspruch mehr auf eine entsprechende Kostenübernahme besteht.

So hält Ziff. 4 der ZB beispielsweise ausdrücklich fest, dass an die im Ausland anfallenden Kosten einer stationären Behandlung in einem Akutspital während maximal 180 Spitaltagen innerhalb von 360 aufeinanderfolgenden Tagen maximal Fr. 1'000.-- pro Tag bezahlt werden.

Ziff. 8 der ZB führt aus, dass für private Auslagen pro Spitalaufenthalt maximal Fr. 100.-- bezahlt werden.

Ziff. 9 Abs. 1 der ZB ist zu entnehmen, dass an die Kosten für die Krankenpflege zu Hause pro Tag Fr. 50.-- während maximal 90 Tagen pro Kalenderjahr und insgesamt maximal Fr. 5'000.-- pro Kalenderjahr (Abs. 3) bezahlt werden.

Schliesslich hält Ziff. 12 der ZB fest, dass für Reise- und Transportkosten sowie Rettungs- und Suchaktionen gesamthaft maximal Fr. 30'000.-- pro Kalenderjahr bezahlt werden.

E. 3.3

Die Ungewöhnlichkeitsregel besagt, dass alle ungewöhnlichen Klauseln von der global erklärten Zustimmung zu den Versicherungsbedingungen ausgenommen und somit unwirksam sind, auf deren Vorhandensein der Versicherte als schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist. Die Ungewöhnlichkeitsklausel kommt zum Tragen, wenn die Bestimmung sowohl objektiv als auch subjektiv ungewöhnlich ist (Urteil des Bundesgerichts 4A_232/2019 vom 18. November 2019 E. 2.2).

Als objektiv ungewöhnlich wird eine Bestimmung rechtsprechungsgemäss dann eingestuft, wenn sie einen geschäftsfremden Inhalt aufweist. Dies ist dann zu bejahen, wenn sie zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters führt oder in erheblichem Masse aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus fällt. Je stärker eine Bestimmung dabei die Rechtsstellung des Vertragspartners beeinträchtigt, desto eher ist sie als ungewöhnlich zu qualifizieren. Eine solche objektiv ungewöhnliche Klausel liegt beispielsweise vor, wenn sie eine Ungleichbehandlung ohne sachlichen Grund vorsieht oder wenn sie eine Haftungsbeschränkung vorsieht, welche die von der Bezeichnung des Vertrags erfasste Deckung erheblich reduziert, so dass gerade die häufigsten Risiken nicht mehr gedeckt sind (BGE 138 III 411 E. 3.1; ferner Urteil des Bundesgerichts 4A_232/2019 vom 18. November 2019 E. 2.2 ; vgl. auch Stoessel, a.a.O., Vorbemerkungen zu Art. 1-3 N 31).

Ist der Versicherte zugleich geschäfts- oder branchenunkundig, ist die objektiv ungewöhnliche Bestimmung auch subjektiv ungewöhnlich. Demgegenüber kann sich ein geschäfts- oder branchenkundiger Versicherter unter Umständen nicht auf die Ungewöhnlichkeit einer Bestimmung berufen, wenn diese zwar objektiv ungewöhnlich, in der betreffenden Branche jedoch bekannt ist; für einen Branchenfremden kann hingegen auch eine branchenübliche Klausel ungewöhnlich sein (BGE 138 III 411 E. 3.1; ferner Urteil des Bundesgerichts 4A_232/2019 vom 18. November 2019 E. 2.2).

E. 3.4

Schliesslich handelt unlauter im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG), wer vorformulierte Vertragsbestimmungen verwendet, welche in Treu und Glauben verletzender Weise zum Nachteil des Versicherten ein erhebliches und ungerechtfertigtes Missverhältnis zwischen den vertraglichen Rechten und den vertraglichen Pflichten schaffen.

E. 4

Zusammengefasst handelt es sich bei Ziff. 5 Abs. 1 der ZB um keine unklare Bestimmung, zumal sich bereits aus dem Wortlaut unzweifelhaft ergibt, dass die Beklagte die Kosten gemäss Ziff. 2 der ZB während gesamthaft 180 Tagen bezogen auf die gesamte Vertragsdauer zu übernehmen hat.

E. 4.1

Mit Blick auf die Unklarheitenregel argumentierte der Kläger, aus Ziff. 5 Abs. 1 der ZB lasse sich keineswegs mit der erforderlichen Klarheit schliessen, dass die Kostenübernahme während 180 Tagen auf die gesamte Vertragsdauer beschränkt sei. Die Beschränkung könne sich ohne weiteres auch auf ein Kalenderjahr oder einen bestimmten Krankheitsfall beziehen (Urk. 1). Hätte die Beklagte eine Beschränkung auf die gesamte Vertragsdauer festlegen wollen, hätte sie dies entsprechend verdeutlichen müssen. Aus den Formulierungen anderer Bestimmungen in den ZB könne die Beklagte nichts zu ihren Gunsten ableiten, würden diese doch gerade aufzeigen, dass zu verdeutlichen sei, worauf sich eine Leistungsbeschränkung beziehe (beispielsweise auf ein Kalenderjahr). Auch lasse sich dem von der Beklagten zugestellten Produkteblatt « Hospital Extra Liberty » nichts entnehmen, zumal sich die Formulierung nicht von derjenigen in den ZB unterscheide (Urk. 12).

Demgegenüber stellte sich die Beklagte auf den Standpunkt, der Wortlaut der Bestimmung «gesamthaft» weise eindeutig darauf hin, dass die Leistungsbeschränkung auf die gesamte Vertragsdauer bezogen sei. Dies gelte umso mehr, wenn diese Bestimmung mit anderen Bestimmungen der ZB wie beispielsweise Ziff. 9 Abs. 3 gelesen würde, welche die Leistungsbeschränkung ausdrücklich bezogen auf ein Kalenderjahr vorsehe. Ziff. 5 Abs. 1 der ZB sei folglich nach ihrem Wortlaut und den gesamten Umständen nach Treu und Glauben so zu verstehen, dass die Leistungen auf 180 Tage bezogen auf die gesamte Vertragsdauer beschränkt seien (Urk. 9).

E. 4.2

Wie nach folgend dargelegt, ist Ziff. 5 Abs. 1 der ZB, welcher festlegt, dass die Kosten gemäss Ziff. 2 der ZB bei stationären akupsykiatrischen Behandlungen während gesamthaft 180 Tagen bezahlt werden, entgegen der klägerischen Auffassung nicht als unklar im Sinne der vorstehenden Ausführungen einzustufen (vgl. E.

E. 5

4

Zusammenfassend folgt, dass es sich bei Ziff. 5 Abs. 1 der ZB der Beklagten um keine ungewöhnliche Klausel handelt, sondern vielmehr um eine Variante einer Leistungsbeschränkung, wie sie die unter E. 5.2 aufgeführten Versicherer eben falls früher oder später in der einen oder anderen Ausgestaltung vorsehen.

Man gels Ungewöhnlichkeit musste die Beklagte den Kläger auf die Leistungsbeschränkung dementsprechend

auch nicht gesondert aufmerksam machen; dessen ungeachtet wies sie den Kläger aber bereits mittels Produkteblatt auf die entsprechende Leistungsbeschränkung hin (Urk. 10/8). Eine Hervorhebung der Leistungsbeschränkung durch Fettdruck sehen im Übrigen denn auch einzig die CSS sowie die Assura vor, nicht jedoch die anderen angeführten Versicherer.

Entsprechend ist Ziff. 5 Abs. 1 der ZB die Wirksamkeit nicht zu versagen.

E. 5.1.1

Hinsichtlich der Ungewöhnlichkeit von Ziff. 5 Abs. 1 der ZB hielt der Kläger mit Verweis auf die entsprechende bundesgerichtliche Rechtsprechung

und Literatur fest, die Beschränkung auf die gesamte Vertragsdauer sei ungewöhnlich, da zeitliche Leistungsbeschränkungen üblicherweise auf ein Kalenderjahr bezogen seien. Dies gelte umso mehr, als die drei grössten Schweizer Krankenversicherer (Heliana, CSS, Groupe

Mutuel) zwar ebenfalls eine Begrenzung der Leistungsdauer für stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken vorsehen, indes bezogen auf eine bestimmte Anzahl Tage pro Kalenderjahr, nicht hingegen auf die gesamte Vertragsdauer (Urk. 1). Die Beklagte übersehe zudem, dass der Krankenversicherer Assura, welcher psychische, psychosomatische und neurologische Erkrankungen vollständig ausschliesse, diesen Umstand in den AVB fett hervorhebe und somit – anders als die Beklagte – besonders darauf aufmerksam mache. Auch beschränkten weder die KPT noch die Visana ihre Leistungen auf die gesamte Vertragsdauer, sondern jeweils auf einen Krankheitsfall,

weshalb die Beklagte auch diesbezüglich nichts zu ihren Gunsten ableiten könne. Da soweit ersichtlich kein anderer Versicherer eine Formulierung wie die Beklagte gewählt habe, sei die Leistungsbeschränkung bezogen auf die gesamte Vertragsdauer klarerweise objektiv ungewöhnlich (Urk. 12).

Als Nachweis dafür, dass die drei grössten Schweizer Versicherer Einschränkungen bezogen auf eine Anzahl Tage pro Kalenderjahr

vorsähen, nicht jedoch auf die gesamte Vertragsdauer, reichte der Kläger die ZB Spitalzusatzversicherungen « HOSPITAL Halbprivat » und « HOSPITAL privat » der Helsana Zusatzversicherungen AG (Helsana; Urk. 2/25), die ZB Spitalversicherung « myFlex » der CSS Versicherung AG (CSS; Urk. 2/26), die BB der

Mutuel Versicherungen GMA AG (Groupe

Mutuel ; Urk. 2/27) sowie die ZB Spitalversicherung der Concordia Versicherungen AG (Concordia; Urk. 2/28) zu den Akten (vgl. auch Urk. 1 S. 8 f. und Urk. 12 S. 4 f.).

E. 5.1.2

Demgegenüber argumentierte die Beklagte, dass unterschiedliche Regelungen aufgrund der Vertragsfreiheit zulässig seien. So schliesse die entsprechende Leistungen vollständig aus, die Visana und die KPT beschränkten diese auf 360 respektive 720 Tage. Folglich sei die zur Diskussion stehende Regelung keinesfalls ungewöhnlich (Urk. 9), auch könne nicht davon gesprochen werden, dass Leistungsbeschränkungen üblicherweise auf ein Kalenderjahr bezogen seien (Urk. 16). Die Vielfalt, die in der Versicherungsbranche existiere, zeige, dass Ziff. 5 Abs. 1 der ZB keinen geschäftsfremden Inhalt aufweise, was nach Bundesgericht aber Voraussetzung für die Anwendbarkeit der Ungewöhnlichkeitsklausel sei. Die entsprechende Formulierung sei dem Kläger zudem im Rahmen eines Prospektblatts, welches die Leistungen aus der Zusatzversicherung « Hospital Extra Liberty » direkt gegenüberstelle, vorgängig des Wechsels der Spitalkosten zur Zusatzversicherung zur Kenntnis gebracht worden, weshalb er von der Bestimmung auch nicht überrascht werden könne. Da er auf die Bestimmung aufmerksam gemacht worden sei, sei diese nicht ungewöhnlich (Urk. 9). Im Übrigen sei es dem Kläger freigestanden, sich vor dem Wechsel der Spitalkosten zur Zusatzversicherung auf dem Markt eine andere Versicherungslösung zu suchen, welche für ihn vorteilhafter gewesen wäre (Urk. 16).

Die Beklagte stütze ihre Ausführungen auf die zu den Akten gereichten AVB der Assura SA (Assura ; Urk. 10/4), auf die ZB Krankenzusatzversicherung (VVG) Spital der Visana Versicherungen AG (Visana ; Urk. 10/5) sowie auf die Besonderen Bedingungen (BB) in Ergänzung zu den AVB der Spitalkostenversicherung (H) der KPT Versicherungen AG (KPT; Urk. 10/6; vgl. auch Urk. 9 S. 5 f. und Urk. 16 S. 3 f.).

E. 5.2.1

Aus den von den Parteien zu den Akten gelegten AVB, ZB und BB ist ersichtlich, dass hinsichtlich der Beschränkung der Leistungsdauer im Falle stationärer Klinikaufenthalte zwecks akutpsychiatrischer Behandlung eine Vielzahl an Varianten existiert.

E. 5.2.2

So richtet die Visana gemäss Art. 1.1 der ZB ihre Leistungen entsprechend der Dauer der Akutspitalbedürftigkeit aus; Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken gelten während

höchstens 180 Tagen als Akutspitalaufenthalte, wobei auf befristetes Gesuch hin während weiteren maximal 180 Tagen Akutspital-Leistungen ausgerichtet werden können. Nach Ablauf von 360 Tagen werden keine Leistungen aus der Zusatzversicherung mehr erbracht (Urk. 10/5).

E. 5.2.3

Die KPT erbringt gemäss Art. H 4 der BB für stationäre Behandlungen in einer anerkannten Einrichtung der Psychiatrie Leistungen nach Art. H 11 der BB während maximal 720 Tagen, wobei vorangegangene Tage bei einem Wiedereintritt innerhalb von 180 Tagen angerechnet werden (Urk. 10/6).

E. 5.2.4

Die Helsana richtet gemäss Art. 6.2 der ZB bei stationären Behandlungen in einer anerkannten psychiatrischen Klinik die versicherten Leistungen während maximal 90 respektive 180 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres aus (Urk. 2/25).

E. 5.2.5

Die CSS bezahlt gemäss Art. 2.7 der ZB die Behandlungs- und Aufenthaltskosten eines stationären Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik – je nach abgeschlossener Versicherungsstufe – während höchstens 60, 90 oder 180 Tagen pro Kalenderjahr (Urk. 2/26).

E. 5.2.6

Die Groupe

Mutuel richtet gemäss Art. 8 lit. f und g der BB die Leistungen der Spitalzuzahlung für einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Anstalt während 60 respektive 90 Tagen pro Kalenderjahr aus (Urk. 2/27).

E. 5.2.7

Die Concordia

wiederum

richtet die versicherten Leistungen bei einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung eines Spitals gemäss Art. 8.2 der ZB während maximal 180 Tagen innerhalb von 365 aufeinanderfolgenden Tagen aus (Urk. 2/28).

E. 5.2.8

Die

Assura

schliesslich

schliesst in Art. 4.1.10 der AVB sämtliche psychischen, psychosomatischen oder neurologischen Krankheiten von der Versicherungsdeckung aus (Urk. 10/4).

E. 5.3.1

Eine Begrenzung der Leistungsdauer oder gar ein Ausschluss von der Versicherungsdeckung in Bezug auf stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken

ist angesichts der vorstehenden Ausführungen verbreitet und muss folglich als Branchenüblich betrachtet werden. Entgegen der Auffassung des Klägers ist eine Leistungs-

beschränkung

auch keinesfalls « üblicherweise » auf ein Kalenderjahr bezogen, was sich ohne weiteres bereits aus den entsprechenden Bestimmungen der Visana oder der KPT ergibt. Eine Begrenzung der Leistungsdauer fällt somit nicht per se unter die Ungewöhnlichkeitsregel, was vom Kläger im Übrigen auch nicht bestritten wird (vgl. Urk. 1 2 S. 5).

Allerdings stellt sich die Frage, ob die zur Diskussion stehende Begrenzung auf gesamthaft 180 Tage bezogen auf die gesamte Vertragsdauer in ihrer konkreten Ausgestaltung als ungewöhnlich zu betrachten ist. Dies ist aus den nachfolgenden Gründen zu verneinen.

E. 5.3.2

Aus den vorstehend unter E. 5.2 aufgeführten Bestimmungen anderer Versicherer ist ersichtlich, dass entsprechende Leistungsbeschränkungen üblich sind. Auch sind die Leistungsbeschränkungen an sich teilweise wiederum in dem Sinne begrenzt, als sowohl die Helsana wie auch die CSS, die Groupe

Mutuel und die Concordia ihre Leistungen zwar während bloss 60, 90 oder 180 Tagen ausrichten, diese beschränkte Leistungspflicht indes jeweils auf ein Kalenderjahr respektive auf 365 aufeinanderfolgende Tage begrenzen (vgl. vorstehend E. 5.2.4-5.2.7). Folglich richten diese Versicherer nach Ablauf eines Kalenderjahres bei einem weiteren stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik die vereinbarten Leistungen während 60, 90 oder 180 Tagen erneut in vollem Umfang aus und dies so lange, wie die entsprechende Versicherungsdeckung besteht. Hingegen richten die erwähnten Versicherer nach Erreichen der entsprechenden Anzahl Tage im selben Kalenderjahr gar keine – auch keine reduzierten – Leistungen aus der entsprechenden Zusatzversicherung mehr aus (vgl. Art. 6.2 der ZB der Helsana, Urk. 2/25; Art. 2.7 der ZB der CSS, Urk. 2/26; Art. 8 lit. f und g der BB der Groupe

Mutuel, Urk. 2/27; Art. 8.2 der ZB der Concordia, Urk. 2/28).

Die Beklagte wiederum wählte für die Ausgestaltung und Beschränkung ihrer Leistungspflicht lediglich einen anderen Ansatz als die vorstehend erwähnten Versicherer. So erbringt sie ihre Leistungen in vollem Umfang einmalig während 180 Tagen,

unabhängig von der Anzahl Krankheitsfälle oder Kalenderjahre. Im Gegensatz zu den vorstehend erwähnten Versicherern schränkt sie ihre Leistungspflicht ab dem 181. Tag auch nicht vollständig ein; vielmehr reduziert sie ihre Leistungspflicht ab dem 181. Tag

auf die in Ziff. 5 Abs. 2 der ZB vorgesehenen Leistungen, erbringt diese reduzierten Leistungen aber so lange, wie die Versicherungsdeckung besteht.

Während die Beklagte folglich

eine einmalige, aber dauerhafte Begrenzung ihrer Leistungspflicht ab dem 181. Tag vornimmt, sich die eingeschränkte Leistungspflicht ab dem 181. Tag aber auf die gesamte Vertragsdauer bezieht, leisten andere Versicherer in jedem Kalenderjahr zwar stets aufs Neue vollumfänglich, erbringen indes im entsprechenden Kalenderjahr nach Erreichen der vereinbarten Anzahl Tage gar keine Leistungen aus der Zusatzversicherung mehr.

Der blosse Umstand

aber, dass die Beklagte gesamthaft betrachtet ihre Leistungen allenfalls während einer kürzeren Zeit vollumfänglich erbringt, diese anschliessend zwar dauerhaft reduziert,

jedoch nicht vollständig ausschliesst, während andere Versicherer ihre Leistungen pro Kalenderjahr während einer allenfalls kürzeren Zeit vollumfänglich erbringen und anschliessend vollständig reduzieren, die Leistungen in einem neuen Kalenderjahr indes erneut in vollem Umfang erbringen, vermag nicht per se die Ungewöhnlichkeit der von der Beklagten aus gestalteten Klausel zu begründen, sondern zeigt vielmehr die Varianz an unterschiedlichen Regelungsmöglichkeiten auf.

Aufgrund der Vertragsfreiheit stand es der Beklagten offen, die Modalitäten der von ihr zu erbringenden Leistungen eigenständig und ohne Rücksicht auf die von anderen Versicherern gewählten Bedingungen festzulegen. Vor dem Hintergrund, dass auch die vorstehend erwähnten Versicherer früher oder später Beschränkungen ihrer Leistungspflicht vorsehen, erweist sich die von der Beklagten getroffene Regelung keinesfalls als objektiv ungewöhnlich; insbesondere führt Ziff. 5 Abs. 1 der ZB nicht zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters, zumal sich die Spitalkostenzusatzversicherung nicht bloss auf Leistungen bei psychischen

Erkrankungen beschränkt. Das Gesagte gilt umso mehr, als auch der vollständige Ausschluss psychischer Erkrankungen von der Versicherungsdeckung möglich und zulässig ist, wie ihn beispielsweise die Assura vorsieht (vgl. vorstehend E. 5.2.8).

E. 5.3.3

An diesem Ergebnis ändert sich auch dadurch nichts, dass die KPT, wie der Kläger zu Recht festhält, ihre Leistungen zwar auf maximal 720 Tage beschränkt, der Hinweis darauf, dass die vorangegangenen Tage bei einem Wiedereintritt inner halb von 180 Tagen angerechnet werden, allerdings den Schluss zulässt, dass die Leistungsbeschränkung von 720 Tagen auf einen einzelnen stationären Aufenthalt bezogen ist und, mit Ausnahme des erwähnten Sonderfalles, die entsprechenden Tage nicht über sämtliche stationären Aufenthalte hinweg kumuliert werden, sondern mit jedem stationären Aufenthalt neu zu laufen beginnen (vgl. vorstehend E. 5.2.3). Bei dieser Formulierung handelt es sich vielmehr um eine weitere Variante einer Leistungsbeschränkung.

Dies gilt auch für die Bestimmung der Visana, welche ihre Leistungen solange ausrichtet, als Akutspitalbedürftigkeit besteht und explizit festhält, dass nach Ablauf von 360 Tagen keine Leistungen mehr aus der Zusatzversicherung erbracht werden (vgl. vorstehend E. 5.2.2),

wodurch sie eine der Beklagten ähnliche Leistungsbeschränkung vorsieht.

E. 6.1

In Bezug auf die Missbräuchlichkeit

von Ziff. 5 Abs. 1 der ZB stellte sich der Kläger schliesslich auf den Standpunkt, die Bestimmung führe faktisch dazu, dass ein Versicherter nach 180 Tagen im Zusatzversicherungsbereich für derartige Behandlungen ausgesteuert sei, zumal der ab dem 181. Tag gewährte Beitrag von Fr. 100.-- nur einen Teil der anfallenden Kosten decke, der Selbstbehalt bei einem in der Regel zwischen 50 und 60 Tagen dauernden stationären Aufenthalt aber äusserst gross sei (zwischen Fr. 25'000.-- und Fr. 30'000.--). Ein Versicherter, der wie er an gesundheitlichen Problemen leide, könne indes nicht ohne weiteres eine andere Zusatzversicherung abschliessen, weshalb er gezwungen sei, die Prämien für eine praktisch nutzlose Zusatzversicherung zu bezahlen, sofern er die halb

private Versicherungsdeckung für somatisch bedingte Spitalaufenthalte nicht verlieren wolle (Urk. 1 und 21). Dies stelle ein ungerechtfertigtes Missverhältnis zwischen vertraglichen Rechten und Pflichten dar (Urk. 12), woran auch die Kos tengutsprache für einen stationären Aufenthalt in der Z. ___ nichts ändere, zumal der darin aufgeführte Selbstbehalt ohnehin falsch sei (Urk. 21).

Demgegenüber hielt die Beklagte fest, die vom Kläger behauptete «beinahe Aussteuerung» führe nicht zu einem ungerechtfertigten Missverhältnis von vertraglichen Rechten und Pflichten, da die Prämienhöhe versicherungstechnisch den Versicherungsleistungen angemessen sei. Werde ein Missverhältnis verneint, könne auf eine Prüfung der Erheblichkeit und der mangelnden Rechtfertigung verzichtet werden (Urk. 9). Es sei dem Kläger zudem möglich gewesen, in die Z. ___ einzutreten und einen tieferen Selbstbehalt zu tragen, wes halb das Argument der praktisch nutzlosen Zusatzversicherung nicht verfangen (Urk. 16).

E. 6.2

Vorliegend ist mit der Beklagten bereits das Vorhandensein eines Missverhältnisses zwischen den vertraglichen Rechten und Pflichten zu verneinen. Ein derartiges Ungleichgewicht, dass die Zusatzversicherung durch die strittige Klausel für den Kläger jeden Sinn verliert, ist nicht erkennbar. Wohl verringern sich die von der Beklagten zu erbringenden Leistungen für stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik ab dem 181. Tag, indes fallen sie nicht vollkommen dahin ;

vielmehr reduziert sich die Beteiligung an den Aufenthalts- und Pflegekosten auf Fr. 100.-- pro Tag, während die Behandlungskosten nach wie vor im Rahmen von Ziff. 2 der ZB übernommen werden .

Darüber hinaus werden die übrigen von der Beklagten aus der Zusatzversicherung zu erbringenden Leistungen, beispielsweise im Zusammenhang mit somatisch bedingten stationären Aufenthalten in Spitälern, durch die entsprechende Bestimmung nicht im Geringsten tangiert, weshalb keinesfalls von einem Missverhältnis zwischen vertraglichen Rechten und Pflichten gesprochen werden kann.

Im Übrigen basiert eine solche Leistungsbeschränkung unter anderem auf dem Umstand, dass die Prämienhöhe versicherungstechnisch den Versicherungsleistungen angepasst ist. Würde bei jeder Leistungsbeschränkung ein Missverhältnis zwischen Rechten und Pflichten bejaht, würde dies dazu führen, dass die Prämien angesichts der uneingeschränkten Leistungspflicht eines Versicherers auf einer Höhe festzusetzen wären, welche von den Versicherten nicht mehr bezahlt werden könnten .

E. 6.3

Da wie ausgeführt durch Ziff. 5 Abs. 1 der ZB kein Missverhältnis zwischen den vertraglichen Rechten und Pflichten begründet wird , kann vorliegend auf die Prüfung der Erheblichkeit und der mangelnden Rechtfertigung verzichtet und die Missbräuchlichkeit von Ziff. 5 Abs. 1 der ZB verneint werden.

E. 7

.

Nach dem Gesagten

handelt es sich bei Ziff. 5 Abs. 1 der ZB der Beklagten weder um eine unklare noch um eine ungewöhnliche oder missbräuchliche Bestimmung, weshalb die Klage abzuweisen ist.

E. 8

.2

Die Beklagte beantragte die Zusprechung einer Parteientschädigung (Urk.

E. 9

S. 2).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat der obsiegende Ver sicherungs träger Anspruch auf eine Partei entschädigung, sofern er durch einen ex ternen Rechtsanwalt vertreten ist (in BGE 137 III 47 nicht publizierte E. 2.2.1 des Urteils des Bundesgerichts 4A_194/2010 vom 17. November 2010).

Die Beklagte war im vorliegenden Verfahren nicht durch einen externen Rechts anwalt vertreten, weshalb sie keine n Anspruch auf Parteientschädigung hat. Das Gericht erkennt:

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