

Gerichtskreis VIII Bern-Laupen, 10. Februar 2000,  
R. c. Visana, Bern

**Tatbestand:** Der Kläger ist seit Geburt (1968) von den Hüften an abwärts vollständig gelähmt (Myelomeningocele). Seine körperliche Behinderung wirkt sich auf seine Blasen- und Darmfunktion aus, so dass er durchschnittlich fünf- bis siebenmal pro Tag katheterisieren muss.

Am 15. April teilte die Krankenkasse Visana dem Kläger mit, dass der bisher geleistete Beitrag von Fr. 20.-- pro Tag an das von ihm benötigte Material zum Katheterisieren nur noch bis Ende des Jahres 1996 gewährt werden könne, da dies eine Zahlung sei, die über den gesetzlichen Umfang der Leistung bei Krankenpflege hinausgehe.

Mit Verfügung vom 30.6.1997 hielt die Visana fest, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringe sie die gesetzlichen Leistungen für Mittel und Gegenstände gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und der Mittel und Gegenstände-Liste (MiGeL; gültig ab 1.1.1997). Die zusätzliche Übernahme von Fr. 20.-- pro Tag ohne Kostenbeteiligung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Kosten der Pflegematerialien werde abgelehnt. Einspruchweise machte der Kläger in der Folge einen Verstoss gegen Art. 102 Abs. 2 KVG geltend. Mit Entscheid vom 22.8.1997 wurde die Einsprache abgewiesen mit der Begründung, die Pflegematerialien würden aufgrund der MiGeL aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen, für Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werde ein Selbstbehalt von 10% belastet. Ausserdem sei der Beitrag von Fr. 20.-- pro Tag im Jahre 1996 freiwillig, ohne Rechtsgrundlage erbracht worden, weshalb er von der Überführung gemäss Art. 102 Abs. 2 KVG nicht mitumfasst sei. Es liege somit keine Gesetzesverletzung vor, zumal dem Kläger ein adäquates Produkt in der Zusatzversicherung "Ambulant IV" angeboten worden sei.

#### Zuständigkeit des Zivilrichters

Am 17.9.1997 erhob der Kläger beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern, sozialversicherungsrechtliche Abteilung, Beschwerde und beantragte die Aufhebung der Verfügung der Visana vom 30.6.1997 und des Einsprache-Entscheides vom 22.8.1997.

Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern trat auf die Beschwerde nicht ein, weil Streitigkeiten über Zusatzversicherungen privatrechtlicher Natur sind, die erstinstanzlich im Verfahren gemäss Art. 47 des Bundesgesetzes über die Versicherungsaufsicht (VAG) zu beurteilen sind. Streitigkeiten darüber, welche Zusatzversicherungen die Krankenkassen den Versicherten zwecks Besitzstandswahrung anzubieten haben, sind damit ebenfalls privatrechtlicher Natur. Gemäss Art. 4 der kantonalen Einführungsverordnung (EVKVG) zum KVG vom 25.10.1995 (BSG 842.111.1) ist denn auch die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts als kantonales Versicherungsgericht im Sinne von Art. 86 KVG zur Beurteilung von Streitigkeiten aus der sozialen Krankenversicherung zuständig. Nach Art. 5 der Verordnung sind dagegen Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung in einem einfachen, raschen und in der Regel kostenlosen Verfahren durch die ordentlichen Zivilgerichte zu beurteilen.

Der angerufene Richter ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Streitigkeit erstinstanzlich zuständig.

Klage

Der Kläger reichte am 23. Dezember 1998 bei der Zivilabteilung des Gerichtskreises VIII Bern-Laupen eine Klage mit folgender Begründung ein:

Die Beklagte mache zu Unrecht geltend, der Beitrag von Fr. 20.-- Tag sei freiwillig erbracht worden und unterliege nicht der Regelung von Art. 102 Abs. 2 KVG.

Die KKB habe dem Kläger die fraglichen Leistungen aus der Lähmungsversicherung mit Schreiben vom 1.9.1988 zugesichert. Dazu sei die weitere Zusicherung im Magazin "Gesundheit" 6/89 betreffend der bisherigen Leistungen aus der Lähmungsversicherung bis zum Abschluss des laufenden Falles gekommen. Dieser "laufende Fall" sei nie abgeschlossen worden (Leistungen ohne Unterbruch ab Ende 1988 bis 1996 ungeschmälert an Kläger).

Dem Kläger würden finanzielle Nachteile im Vergleich zur Regelung des KUVG entstehen.

### Klageantwort

In der fristgerecht eingelangten Klageantwort vom 24. Februar 1999 beantragt die Beklagte die vollständige Abweisung der Klage, unter Kosten- und Entschädigungsfolge mit folgender Begründung:

Der tägliche Beitrag von Fr. 20.-- sei zunächst gestützt auf Art. 9 Abs. 3 LPV geleistet worden. Über die Aufhebung der Lähmungspflegeversicherung per Ende 1990 seien die Versicherten im Magazin "Gesundheit" 6/89 informiert worden. Eine individuell konkrete Zusicherung über die Zahlung des Beitrages von Fr. 20.--/Tag an Materialkosten gegenüber dem Kläger für die Zeit nach Ende 1990 habe es nie gegeben. Da dem Kläger für die Zeit nach Aufhebung der Lähmungspflegeversicherung für das von ihm benötigte Material ungedeckte Kosten entstanden wären, habe die damalige KKB den täglichen Beitrag unter dem Titel "Hauspflegebeitrag" aus den bestehenden Zusatzversicherungen des Klägers (FGO) bezahlt. Eine Rechtsgrundlage für Beiträge aus dieser Zusatzversicherung an ungedeckte Materialkosten habe zu keinem Zeitpunkt bestanden (mit Verweis auf tabellarische Übersicht der Leistungen des Leistungsreglements 1995/1996, 3.401). Es habe sich um freiwillige Beiträge der KKB aus der Zusatzversicherung gehandelt.

Ausserdem erhalte der Kläger aufgrund der Neustrukturierung der Grund- und Zusatzversicherung annähernd gleiche Leistungen wie vor Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes. Gestützt auf Art. 34 Abs. 1, Art. 25-33 KVG seien die Kosten für die vom Kläger benötigten Materialien gemäss der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGel) im Anhang 2 zur KLV zu übernehmen.

Gemäss Art. 102 Abs. 2 KVG müssten die Krankenkassen die über den Leistungsumfang nach Art. 34 Abs. 1 KVG hinausgehenden Leistungen per 1.1.1997 in Produkte nach VVG überführen.

Der tägliche Beitrag von Fr. 20.-- an die Kosten des Klägers für Pflegematerial sei bis zum 31.12.1995 unter dem Titel "Hauspflege" aus der Zusatzversicherung bezahlt worden. Infolge Streichung von Ziff. 3.213 lit. a des Leistungsreglements 1996 der Heilungskosten-Zusatzversicherung, Classic habe es an einer rechtlichen Grundlage für die Leistungen unter dem Titel "Hauspflege" gemangelt. Im Leistungsreglement 1996 habe es keine rechtliche Grundlage mehr für Hauspflege i.e.S. oder Materialkosten (was beim Kläger eigentlich der Fall sei) gegeben. Die Visana habe während dem Übergangsjahr 1996 den Beitrag bis Ende des Jahres freiwillig aus der Heilungskosten-Zusatzversicherung "Classic" übernommen.

Gestützt auf Art. 102 Abs. 2 KVG habe die Visana in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen für ungedeckte Kosten an Hilfsmittel und Krankenutensilien in der Zusatzversicherung "Ambulant" nach VVG versicherbar gemacht.

Die vom Kläger benötigten Materialien seien neu primär durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt. Für Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung habe der Gesetzgeber gemäss Art. 64 KVG und Art. 103 Abs. 3 KVV Franchisen und Selbstbehalte festgelegt. Hierbei handle es sich um gesetzliche Kostenbeteili

gungen, welche vom Versicherten zu übernehmen seien. Diese Kostenbeteiligung könnten deshalb aus der Zusatzversicherung "Ambulant" nicht gedeckt werden (Ziff. 1.1 der Zusatzbedingungen VVG 1997).

Der Versicherer müsse zwar den Versicherten Versicherungsverträge anbieten, die mindestens den bisherigen Umfang des Versicherungsschutzes gewähren würden (gemäss Art. 102 Abs. 2 KVG). Eine Regelung darüber, dass die finanzielle Belastung des Versicherten unter dem Strich und bei Berücksichtigung der Kostenbeteiligungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gleich sein müsse, gebe es nicht. Gemäss Zusatzversicherung "Ambulant IV" decke die Visana allfällige ungedeckte Kosten für Hilfsmittel und Krankenutensilien in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung pro Jahr in unbegrenzter Höhe zu 90%. Der Versicherte habe demnach einen adäquaten Versicherungsschutz gegenüber früher.

### Hauptverhandlung

Anlässlich der Hauptverhandlung vom 10. Februar 2000 bestätigten die Parteien ihre Begehren.

Der Vertreter des Klägers, Fürsprecher W., stellte im ersten Parteivortrag zusätzlich das Eventualbegehren, die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger ab 1.1.1997 einen Versicherungsschutz, welcher Fr. 20.--/Tag für Pflegematerial umfasse, anzubieten; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Er bestritt ausserdem die Ausführungen der Beklagtschaft, wonach deren Leistungen freiwillig erbracht worden seien. Er betonte nochmals, dass Art. 102 Abs. 2 KVG durch die Beklagte im vorliegenden Fall nicht erfüllt worden sei.

Die Vertreterin der Beklagten, Frau B., beantragte nebst der Abweisung der Klage auch die Abweisung des anlässlich der Hauptverhandlung gestellten Eventualbegehrens.

Zur Begründung der Rechtsbegehren führte Fürsprecher W. im 2. Parteivortrag aus, der Beitrag von Fr. 20.--/Tag sei nach der Auflösung der Lähmungspflegeversicherung aufgrund der freiwilligen Zusicherung im Magazin "Gesundheit" vom 6/89 geleistet worden. Nachdem die Versicherung vorbehaltlos zugesagt habe, diese Leistungen zu erbringen, sei die Bezahlung des Beitrages nicht mehr freiwillig. Die jahrelange Bezahlung des Betrages von Fr. 20.--/Tag habe ausserdem den Anspruch darauf begründet. Weiter wies Fürsprecher W. auf die falsche Meinung der Beklagten hin, wonach die heute erbrachten Leistungen adäquat zu den vor der Gesetzesrevision erbrachten seien. Gemäss Art. 102 Abs. 2 KVG müssten diese Leistungen nicht gleichartig, sondern gleich sein. Da der Kläger eine Kostenbeteiligung und Franchise bei der Zusatzversicherung ("Ambulant IV") habe, könne sein Versicherungsschutz nicht gleich sein wie nach KUVG. Auch wenn die Tarife und die neuen Produkte der Krankenkassen durch die Bundesämter genehmigt worden seien, sei die Anwendung von Art. 102 Abs. 2 KVG im konkreten Fall nicht der richterlichen Überprüfung entzogen.

Die Vertreterin der Beklagten wies insbesondere nochmals darauf hin, dass der Kläger von der Visana ein Produkt angeboten bekommen habe, das Leistungen in bisherigem Umfang garantiere. Nach der Auflösung des Lähmungsversicherungsvertrages sei der Beitrag von Fr. 20.-- pro Tag nach den Reglementen nicht versichert gewesen. Da die KKB jedoch eine soziale Versicherung gewesen sei und sie bei den Zusatzversicherungen einen gewissen Spielraum gehabt habe, sei dieser Beitrag weiterhin aus der Zusatzversicherung geleistet worden. Die Zusatzversicherung "Ambulant IV" garantiere den Versicherungsumfang nach altem Recht die bei der obligatorischen Versicherung ungedeckten Kosten würden zu 90% (betragsmässig unbeschränkt) erbracht.

## II. SACHVERHALT UND BEWEISWÜRDIGUNG

Das Gericht erachtet folgenden Sachverhalt als erwiesen:

Bis zum 31.10.1988 wurde dem von den Hüften an abwärts gelähmten Kläger das von ihm benötigte Pflegematerial für das Katheterisieren von der Invalidenversicherung bezahlt. Ab dem 1. 11. 1988 bis Ende 1996 erhielt der Kläger einen täglichen Haushaltspflegebeitrag von Fr. 20.-- zu Lasten der Lähmungspflegeversicherung von der KKB. Den jeweiligen Differenzbetrag zum Rechnungstotal hat die Krankenversicherung dem Kläger bis auf eine Kostenbeteiligung von 10% vergütet.

Der Kläger war 1996 bei der Visana wie folgt versichert:

- obligatorische Krankenpflegeversicherung ohne Unfall (AOO)
- Heilungskosten-Zusatzversicherung "Classic" (FGO)
- Heilungskosten-Zusatzversicherung "Private Abteilung" (FG3)

Seit 1. 1. 1997 ist der Kläger bei der Visana wie folgt versichert:

- obligatorische Krankenpflegeversicherung ohne Unfall; wählbare Franchise 1997 von Fr. 300.-, 1998 von Fr. 400.- (AOO)
- Heilungskosten-Zusatzversicherung "Ambulant IV" (BOO)
- Heilungskosten-Zusatzversicherung Komplementär II (MOO)
- Heilungskosten-Zusatzversicherung Spital Privat mit Kuren (E10)

Die KKB war der Lähmungspflegeversicherung des SVK bis Ende 1990 angeschlossen. Auch nach der Kündigung des Lähmungsversicherungsvertrages des SKV erhielt der Kläger die bisherigen Leistungen von der Beklagten. In der Zeitschrift Gesundheit 6/89 teilte die KKB ihren Versicherten mit, dass eine Sonderstellung der motorischen Lähmungen, die durch organische Schädigung des Nervensystems verursacht seien, im Rahmen der Heilungskostenversicherung nicht mehr gerechtfertigt sei. Für die Mitglieder ergebe sich jedoch kein nennenswerter Leistungsabbau. Und weiter in diesem Beitrag: Mitglieder, die heute in laufenden Fällen Leistungen erhalten oder denen bereits solche individuell und konkret zugesichert wurden, werden diese bis zum Abschluss des laufenden Falles weiterhin beziehen können. Schliesslich wurde mitgeteilt, dass mit dem Austritt aus der Heilanstalt ein Fall als abgeschlossen gelte, bei einem erneuten Eintritt beginne ein neuer Fall.

In den Schreiben vom 7.12.1996, nur teilweise vorhanden) und vom 3.2.1997 verlangte der Kläger von der Beklagten u.a. gestützt auf Art. 102 Abs. 2 KVG weiterhin die Ausrichtung des täglichen Beitrages von Fr. 20.-- an die Kosten des Pflegematerials ab 1997.

Die Beklagte antwortete auf diese beiden Briefe mit Schreiben vom 28.2.1997 dahingehend, dass der Beitrag von Fr. 20.--/Tag wegfalle (mit Verweis auf Art. 35 und Art. 35-33 KVG und KLV). Weiter wurde der Kläger dahingehend informiert, dass er die Möglichkeit der Umteilung von "Ambulant III" auf "Ambulant IV" habe, was jedoch eine Prämienerrhöhung zur Folge habe.

Rückwirkend ab dem 1.1.1997 erfolgte die Umteilung auf "Ambulant IV."

Nach KUVG bekam der Kläger folglich Fr. 20.-/Tag ohne Kostenbeteiligung an das von ihm bezogene Pflegematerial. Einzig auf den anschliessend noch resultierenden Restbetrag wurde ihm eine Kostenbeteiligung von 10% bis zur jährlichen Maximalgrenze von Fr. 600.- auferlegt. Nach neuem Recht (KVG/VVG) wird das Pflegematerial aufgrund der MiGel aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen. Für Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird ein Selbstbehalt von 10% belastet. Mit der Zusatzversicherung "Ambulant IV" ist der Kläger für allfällige ungedeckte Ko

sten für Heilmittel und Krankenutensilien in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung pro Jahr in unbegrenzter Höhe, aber ebenfalls nur zu 90%, gedeckt.

Um zu belegen, wie sich diese beiden Versicherungsdeckungen konkret in finanzieller Hinsicht auswirken, reichte der Kläger drei Tabellen ein. Darin stellte er sämtliche Rechnungen des Jahres 1997 zusammen. Von diesen Rechnungen im Gesamtbetrag von Fr. 10'397.70 hatte der Kläger einen Selbstbehalt der Grundversicherung von Fr. 600.- und einen Selbstbehalt aus der Zusatzversicherung von Fr. 106.55 zu übernehmen, total ausmachend Fr. 706.55. Die Visana habe diese Rechnungen jedoch nicht richtig nach KVG vergütet; eigentlich hätte er nämlich Fr. 239.35 Selbstbehalt aus der Zusatzversicherung bezahlen müssen, was mit den Fr. 600.- Selbstbehalt aus der Grundversicherung insgesamt Fr. 839.35 Selbstbehalt ausgemacht hätte. Mit der Lähmungsversicherung hätte er jedoch total nur Fr. 329.95 bezahlen müssen (Fr. 268.80 Selbstbehalt Grundversicherung und Fr. 61.15 Selbstbehalt Zusatzversicherung). Die Beklagte bestritt die Richtigkeit dieser Aufstellung, legte aber ihrerseits dem Gericht keine Zahlen vor, obwohl sie zweifellos über die kompletten Daten verfügt hätte.

Nach KUVG erhielt der Kläger einen festen Beitrag von täglich Fr. 20.-, auf dem er keinen Selbstbehalt zu bezahlen hatte. Bei den darüber hinausgehenden Aufwendungen für Pflegematerial wurde ihm eine Kostenbeteiligung von 10% bis zur jährlichen Maximalgrenze von Fr. 600.- auferlegt. Nach neuem Recht steht dem Kläger kein von jeglichem Selbstbehalt ausgenommener Betrag mehr zur Verfügung: Bei den Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung trifft ihn ein Kostenanteil, der aus der Zusatzversicherung "Ambulant" nicht gedeckt ist. Das Gericht erachtet es somit als beweismässig erstellt, dass der Kläger mit den Versicherungen nach KVG/VVG neu einen geringeren Versicherungsschutz hat als früher nach KUVG.

### III. RECHTLICHES

#### 1 Vorbemerkung

Das bis zum 31.12.1995 gültige Krankenversicherungsrecht (KUVG) erfasste die von den Krankenkassen angebotenen Zusatzversicherungen grundsätzlich ebenfalls. Hier hat das neue Krankenversicherungsgesetz (i. K. seit 1. 1. 1996) eine grundlegende Änderung gebracht. Es regelt die soziale Krankenversicherung, welche die obligatorische Kranken- und die freiwillige Taggeldversicherung umfasst; das Versicherungsverhältnis untersteht dem öffentlichen Recht. Zusatzversicherung, welche die Krankenkassen neben der sozialen Krankenversicherung gemäss KVG anbieten dürfen, unterliegen dem VVG (Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG). Streitigkeiten darüber sind privatrechtlicher Natur, die erstinstanzlich im Verfahren gemäss Art. 47 VAG zu beurteilen sind.

#### 2 Beitrag von Franken 20.- pro Tag

Im vorliegenden Fall ist zunächst darüber zu befinden, ob der Kläger gegenüber der KKB und ihrer Rechtsnachfolgerin einen Anspruch auf Leistungen aus der Lähmungsinvaliditätsversicherung erlangt hat, nachdem der diese Versicherung beschlagende Vertrag zwischen der Krankenkasse und dem die Leistungen ausrichtenden SVK auf den 31.12.1989 aufgelöst und im Hinblick darauf die Statuten der Kasse angepasst wurden.

Dass das seit seiner Geburt bestehende Gebrechen des Klägers grundsätzlich anspruchsbegründend war, ist nicht bestritten. Es ist ferner unumstritten, dass die Krankenkasse auch nach der Auflösung der Lähmungspflegeversicherung auf Ende 1989 dem Kläger weiterhin den Beitrag von Fr. 20.--/Tag bis Ende 1996 leistete.

Im Krankenversicherungsrecht ist - wie im gesamten Sozialversicherungsrecht - der Grundsatz von Treu und Glauben zu beachten. Nach diesem Grundsatz sind gemäss feststehender Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts kasseninterne Bestimmungen so auszulegen, dass sie der Versicherte bei pflichtgemässer Auf

merksamkeit verstehen darf und muss. Die mangelnde Klarheit einer Kassenbestimmung darf sich nicht zum Nachteil des Versicherten auswirken (RKUV 1992 Nr. K 849 S. 134 E. 1b/bb).

Es stellt sich zunächst die Frage, ob die Beklagte freiwillig eine Zusicherung abgab, diese Leistung zu erbringen, oder ob sie diese Leistung freiwillig erbrachte:

### 2.1 Zusicherung freiwillig abgegeben:

Durch Mitteilung im Magazin "Gesundheit" 6/89 (vgl. Wortlaut oben unter Ziff. 2, S. 8) gab die Krankenkasse einem bestimmten Personenkreis die Zusicherung bezüglich der Fortführung der Erbringung der Leistungen ab, nämlich den Versicherten, die an einer motorischen Lähmung, bedingt durch eine organische Schädigung des Nervensystems, leiden, sowie einerseits entweder bereits Leistungen erhalten oder solche individuell und konkret zugesichert bekommen haben und andererseits sich in einem laufenden Fall befinden. In dieser Mitteilung ist kein Indiz dafür zu erblicken, dass die Krankenkasse die Zusicherung für die Fortführung der Zahlung unter den dargelegten Voraussetzungen nicht freiwillig abgegeben hätte. Abgesehen vom betroffenen Personenkreis und der Dauer der zu erbringenden Leistung, ist die Zusicherung generell und vorbehaltlos abgegeben worden. Der Versicherte durfte nach dem Grundsatz von Treu und Glauben davon ausgehen, dass, wenn er alle genannten Voraussetzungen erfülle, er den bisherigen Beitrag auch weiterhin bekommen werde. Hat die Versicherung diese Leistung einmal zugesichert, wird sie anschliessend nicht mehr freiwillig, sondern gestützt auf diese Zusage erbracht.

### 2.2 Leistung freiwillig erbracht:

Selbst wenn man zum Ergebnis käme, die Krankenkasse habe die Zusicherung nicht freiwillig abgegeben, kann man doch davon ausgehen, dass die Krankenkasse die Leistung freiwillig erbrachte. Die Krankenkasse hat bis im April 1996 nie einen Hinweis darauf gemacht, dass die Bezahlung des Beitrages unter Vorbehalt erbracht werde oder nur im Moment freiwillig erfolge und eventuell später eingestellt werde. Die Vertreterin der Beklagten machte anlässlich der Hauptverhandlung selbst geltend, die KKB habe den täglichen Beitrag weiterhin bezahlt, da es sich um eine soziale Versicherung gehandelt habe und sie im Zusammenhang mit den Zusatzversicherungen über einen gewissen Spielraum verfügt habe.

Die Beklagte weist darauf hin, dass sie die Leistungen unter dem Titel "Hauspflegebeitrag" aus der bestehenden Zusatzversicherung, Abteilung FGO, bezahlt habe, eine Rechtsgrundlage für Beiträge aus dieser Zusatzversicherung an ungedeckte Materialkosten aber zu keinem Zeitpunkt bestanden habe. Wenn die Krankenkasse also selbst geltend macht, sie habe den Beitrag aus der bestehenden Zusatzversicherung bezahlt, durfte der Kläger als vernünftiger und korrekt denkender Mensch umso mehr davon ausgehen, dass er aufgrund der während sieben Jahren erbrachten Zahlung einen Anspruch aus dieser Zusatzversicherung auf den täglichen Beitrag von Fr. 20.- hatte. Der Einwand, eine Rechtsgrundlage für den Beitrag habe jedoch nie bestanden, ist demzufolge nicht zu hören. Die vorbehaltlose Bezahlung von Fr. 20.- pro Tag während Jahren begründete beim Kläger somit einen Anspruch darauf.

Nicht weiter einzugehen ist auf den Einwand der Beklagten, die KKB habe die Beiträge unter dem Titel "Haushaltspflege" aus den bestehenden Zusatzversicherungen bezahlt (S. 4 unter Ziff. II, 1.), die jedoch mit der Streichung von Ziff. 3.213 lit. a des Leistungsreglementes 1996 ab dem 1. 1. 1996 einer Rechtsgrundlage entbehrten (S. 5 der Klageantwort, Ziff. II, 3.). Ob die Beiträge im Jahre 1996 gestützt auf eine Rechtsgrundlage bezahlt wurden oder nicht, ist irrelevant, da im Hinblick auf die Anwendung von Art. 102 Abs. 2 KVG nur interessiert, wie die Rechtslage vor dem 1.1.1996, also vor Inkrafttreten des VVG war.

Ausserdem sind die Ausführungen der Beklagten, die KKB habe freiwillige Leistungen aus der Zusatzversicherung erbracht (S. 4 unter Ziff. II, 1., letzter Satz) widersprüchlich, denn entweder ist eine Leistung freiwillig oder sie wird gestützt auf einen abgeschlossenen Versicherungsvertrag erbracht.

Es kann mithin festgestellt werden, dass die Mitteilung der Beklagten in der Zeitschrift "Gesundheit" eine Verpflichtung zur Leistungserbringung bei motorischen Lähmungen, die durch organische Schädigung des Nervensystems verursacht sind, begründete. Der "laufende Fall" des Klägers ist nie abgeschlossen worden, da er die fraglichen Leistungen ohne Unterbruch ab Ende 1988 bis Ende 1996 erhielt. Ausgehend von der in dieser Mitteilung abgegebenen Zusicherung und der jahrelangen effektiven Zahlung ist vorliegend eine Verpflichtung der Beklagten zur Ausrichtung von Fr. 20.- pro Tag nach dem 31.12.1989 zu bejahen.

Zu Art. 102 Abs. 2 KVG im Besonderen

Da nun feststeht, dass der Kläger einen Rechtsanspruch auf die Leistung von Fr. 20.--/Tag gegenüber der Beklagten hatte, ist weiter zu prüfen, ob die Krankenversicherung Art. 102 Abs. 2 KVG eingehalten hat.

Art. 102 KVG befindet sich im mit "Übergangsbestimmungen" überschriebenen 2. Kapitel des 6. Titels des KVG. Das Übergangsrecht beantwortet die Frage, welches Recht im zeitlichen Ablauf auf einen bestimmten Sachverhalt anwendbar ist. Die in Art. 102 KVG gewährleistete Besitzstandswahrung zählt grundsätzlich ebenfalls zum Übergangsrecht. Es handelt sich dabei um eine Norm, welche die Krankenkassen zu einer bestimmten Ausgestaltung der Zusatzversicherungen für einen abgeschlossenen Versichertenkreis zwingt. Der Besitzstandsgarantie kommt übergangsrechtlicher Charakter zu, weil sie an einen vor dem Inkrafttreten des neuen KVG bestehenden Sachverhalt, nämlich das Vorliegen einer Zusatzversicherung mit der Krankenkasse, anknüpft und bestimmt, dass auch nach jenem Zeitpunkt das bisherige Recht anwendbar ist. Die Besitzstandsgarantie verliert ihre Bedeutung erst, wenn kein Versicherter mehr zum umschriebenen Personenkreis gehört. Nach der bundesrätlichen Gesetzesbotschaft soll mit Art. 102 Abs. 2 KVG bezweckt werden, dass den versicherten Personen, welche unter der Regelung des bisherigen KUVG Ansprüche auf bestimmte Leistungen der Krankenversicherung zu erheben vermochten, dieselben Ansprüche auch nach dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes zustehen. Es sei zu garantieren, dass diesen Personen die bisher über das gesetzliche Minimum hinaus zustehende Leistungen auf vertraglicher Basis ungeschmälert weitergewährt werden könnten (vgl. BBl 1992 I 214, zit. bei Ueli Kieser, Die Neuordnung der Zusatzversicherung zur Krankenversicherung, eine Würdigung der übergangsrechtlichen Bestimmungen von Art. 102 Abs. 2 KVG in AJP 1/97, IV. 1., S. 12, vgl. auch Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, S. 137 f.).

Der weiterhin zu gewährende Versicherungsschutz ergibt sich aus den bis zum 31.12.1995 massgebenden Satzungen der Krankenkasse. Legte die Krankenkasse beispielsweise fest, dass Leistungen für nichtkassenpflichtige Medikamente in der Höhe von 90% der entstandenen Kosten erbracht werden, verbietet es Art. 102 Abs. 2 KVG, den Prozentsatz auf 80% zu senken (Beispiel zit. in Ueli Kieser, AJP 1/97, IV. 1., S. 14). Art. 102 Abs. 2 KVG umfasst alt diejenigen Leistungsansprüche, die zum einen über den Leistungsumfang von Art. 34 Abs. 1 KVG hinausgehen und zum andern bisher aufgrund der Statuten oder wegen einer Zusatzversicherung von den Kassen erbracht wurden.

Gemäss Entscheid des Bundesgerichts vom 10.9.1998 (Pra 88, 1998, 7/8, Nr. 115) ist Art. 102 Abs. 2 KVG dahingehend auszulegen, dass die Garantie nur den Katalog der versicherten Leistungen betrifft und keinen Einfluss auf die Höhe der Prämie hat (BBl 1992 I 214). Art. 102 Abs. 2 KVG schliesst die Höhe und die Art der Bestimmung der Prämie nicht in den Besitzstand ein. Schon im bisherigen Recht bestand hinsichtlich der Prämienhöhe keine Garantie und waren den Versicherten keine wohlverworbene Rechte erwachsen (BGE 124 III 237).

Das Beweisergebnis hat ergeben, dass der Kläger mit den neuen Versicherungen nach KVG und VVG einen geringeren Versicherungsschutz hat, als nach KUVG. Somit ist Art. 102 Abs. 2 3. Satz KVG, wonach die Krankenkasse verpflichtet ist, ihren Versicherten Versicherungsverträge anzubieten, die mindestens den bisherigen Umfang des Versicherungsschutzes gewähren, verletzt. Ein adäquater Versicherungsschutz, dessen Vorliegen die Beklagtschaft geltend macht, reicht hier eben gerade nicht. Die Klage ist somit gutzuheissen.

#### IV. KOSTEN

Gemäss Art. 5 der kantonalen Einführungsverordnung (EVKVG) zum KVG vom 25.10.1995 (BSG 842.111.1) sind Streifigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung in einem einfachen, raschen und in der Regel kostenlosen Verfahren durch die ordentlichen Zivilgerichte zu beurteilen. Es sind demnach keine Gerichtskosten zu sprechen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens wird die Beklagte verurteilt, die Parteikosten des Klägers, gerichtlich bestimmt auf ein Anwaltshonorar von Fr. 3'000.-- und Auslagen von Fr. 50.- zuzüglich MWSt von Fr. 228.75, total ausmachend Fr. 3'278.75, zu ersetzen.