

Versicherungsgericht des Kantons Basel-Landschaft, 18. Oktober 2000,
F. c. Visana, Bern

Tatbestand: Im Oktober 1998 versandte die Visana, St. Gallen, A. F., geboren am 5. Mai 1935, die Versicherungs-Police für das Jahr 1999. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Prämie für die Zusatzversicherung "Spital" von Fr. 130.10 auf Fr. 277.50. Mit Schreiben vom 8. November 1998 wandte sich A. F. an die Visana, Bern, und verlangte, es seien die Prämien auf dem Stand des Vorjahres zu belassen. Er erwarte eine entsprechende Korrektur der Prämien. Für eine Erhöhung seiner Spital-Zusatzversicherung um 113.3% gebe es keine sachlichen Gründe. Die von der Visana verfolgte Unternehmerpolitik, die Jungen und Gesunden durch tiefere Prämien anzulocken und dafür exorbitante Prämien von den betagteren Menschen zu fordern, sei für ihn schlicht unverständlich. Eine derartige Prämienerrhöhung käme einer Erpressung gleich.

Mit Schreiben vom 16. März 1999 erhob A. F. beim Kantonalen Versicherungsgericht "Beschwerde". Er führte an, dass gemäss beigelegtem Zeitungsartikel (Basellandschaftliche Zeitung vom 28. Oktober 1998) über die Erneuerung der Spitalverträge Basel-Stadt im Spitalbereich keine Kostensteigerung geltend gemacht werde und die Prämienerrhöhung somit nicht gerechtfertigt sei. Zur Begründung des Prämienaufschlages weise die Visana in ihrem Rundschreiben vom 15. Oktober 1998 darauf hin, dass um der schleichenden Entsolidarisierung zwischen guten und schlechten Risiken entgegenwirken zu können, sie gezwungen sei, für "gute Risiken" billige Tarife anzubieten. A. F. erläuterte, im Klartext bedeute dies eine Prämienerrhöhung bei den Alten und Kranken. Dabei handle es sich um eine erpresserische Vorgehensweise, da die Visana die Tatsache schamlos ausnutze, dass die alten und kranken Menschen die Zusatzversicherungen nicht wechseln könnten. Entweder nehme der Versicherte exorbitante Prämien in Kauf oder er lasse sich aus der Versicherung hinausdrängen. Er legte der "Beschwerde" ein Schreiben der kuko-Krankenkasse vom 8. Januar 1997 bei. Aus diesem ist ersichtlich, dass A. F. einen Versicherungsantrag bei letztgenannter Krankenkasse für sich, seine Ehefrau und seine Tochter gestellt und diese ihm empfohlen hatte, die Kasse nicht zu wechseln, da sie ihn nach einer genauen Prüfung des Antrages nur mit einem Vorbehalt aufnehmen könne, resp. einzelne "Versicherungsabteilungen sogar abgelehnt werden müssten". A. F. fügte bei, dass die sogenannte "genaue Prüfung" am gleichen Tag des Eintreffens seines Antrages erfolgt sei. Weiter habe auch die Eidgenössische Gesundheitskasse, Laufen, seine Aufnahme mündlich abgelehnt. Die Öffentliche Krankenkasse, Basel, habe auf seine Anfrage überhaupt nicht reagiert. Die Frage sei interessant, wie frei die Versicherungsgesellschaften in den Prämien-gestaltungen für vor Jahren abgeschlossene Versicherungsverträge seien, da mit der diesjährigen Erhöhung nichts über die zukünftige Entwicklung ausgesagt werden könne.

In ihrer Klagantwort vom 27. Mai 1999 stellte die Beklagte den Antrag, es sei die vorliegende Klage bis zum Vorliegen des Entscheides der Eidgenössischen Rekurskommission für Aufsicht über die Privatversicherung (Rekurskommission) betreffend die Verfügung des Bundesamtes für Privatversicherungen (BPV) vom 23. September 1998 über die Genehmigung der Tarifvorlage der Visana zu sistieren. Eventualiter sei die Klage vom 16. März 1999 vollumfänglich abzuweisen. Den Sistierungsantrag begründete die Beklagte damit, dass mit Verfügung vom 23. September 1998 das BPV die Tarifvorlage der Visana für das Jahr 1999 genehmigt habe. Gegen diese Genehmigung sei von einigen Versicherten Beschwerde erhoben worden. Das Beschwerdeverfahren sei zur Zeit noch bei der Rekurskommission hängig. Da der Ausgang des Verfahrens vor der Rekurskommission Auswirkungen für das vorliegende Verfahren haben könnte, beantrage sie die Sistierung. Den Eventualantrag begründete die Beklagte im Wesentlichen damit, dass gemäss Ziff. 7.1 der Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Krankenzusatzversicherung die Be

klagte das Recht habe, die Prämien entsprechend der Kostenentwicklung zu erhöhen oder zu reduzieren. Im Weiteren habe das Bundesgericht in seiner Entscheid 124 III 234 festgehalten, dass die Versicherungen die Bemessung der Prämien bezüglich der Zusatzversicherungen ausschliesslich vom effektiven Alter und Geschlecht des Versicherten abhängig machen dürften. Abschliessend wurde erklärt, dass die Prüfung der Tarife durch die Aufsichtsbehörde ergeben habe, dass der von der Visana vorgelegte Tarif innerhalb des gesetzlichen Rahmens liege. Das BPV habe demzufolge den Tarif mit Verfügung vom 23. September 1998 genehmigt.

Nachdem der Kläger keine Einwände gegen die Sistierung vorbrachte, wurde mit präsidialer Entscheid vom 22. Juni 1999 das Verfahren bis zum Vorliegen des Entscheides der Rekurskommission im Beschwerdeverfahren .. sistiert. Nachdem der Entscheid der Rekurskommission vom 9. Dezember 1999 in Rechtskraft erwuchs, wurde mit verfahrensleitender Verfügung vom 28. Februar 2000 den Parteien nochmals eine Frist zur Stellungnahme eingeräumt. Die Beklagte beantragte mit Schreiben vom 27. März 2000 die Abweisung der Klage. Der Kläger verzichtete auf eine Stellungnahme.

Gründe: Seit Inkrafttreten des neuen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, welches am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, wird zwischen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (sog. soziale Krankenversicherung) einerseits und den Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung andererseits unterschieden. Gemäss Art. 12 Abs. 2 KVG steht es den Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung auch Zusatzversicherungen anzubieten. Diese unterliegen gemäss Art. 12 Abs. 3 KVG aber dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) und werden somit dem Privatrecht zugeordnet. Demzufolge müssen die Vertragsparteien in Bezug auf die Zusatzversicherungen ihre Ansprüche unter Beachtung der zivilprozessualen Verfahrensregeln geltend machen. Ausserdem richtet sich das Verfahren nicht nach der Rechtspflege im Verwaltungsverfahren. Gemäss Art. 47 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen vom 23. Juni 1978 (VAG) haben die Kantone für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ein einfaches und rasches Verfahren vorzusehen, in dem der Richter den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt. Zudem wird in Art. 47 Abs. 3 VAG festgelegt, dass den Parteien in diesen Verfahren, mit Ausnahme von mutwilliger Prozessführung, keine Verfahrenskosten auferlegt werden dürfen.

Art. 47 Abs. 1 und 2 VAG überlässt es den Kantonen, Streitigkeiten aus der Zusatzversicherung den Sozialversicherungsgerichten zur Beurteilung zuzuweisen. In diesem Rechtsgebiet üben diese dann aber Zivilgerichtsbarkeit aus (Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2. Auflage, 1997, § 57 N 7). Der Kanton Basel-Landschaft hat von dieser Befugnis Gebrauch gemacht und im Rahmen des Einführungsgesetzes zum KVG (EG KVG) vom 25. März 1996 das Versicherungsgericht in § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 für sachlich zuständig erklärt.

Gemäss § 13ter Abs. 3 des Gesetzes betreffend die Organisation der richterlichen Behörden (Gerichtsverfassungsgesetz) vom 30. Oktober 1941 in Verbindung mit § 55 Abs. 1 VPO tagt das Versicherungsgericht bei Streitigkeiten ab einem Streitwert von Fr. 5'000.-- in Dreierbesetzung. Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 5'000.-- entscheidet hingegen die präsidiierende Person des Versicherungsgerichtes durch Präsidialentscheid. Für die Berechnung des Streitwertes wird die bundesrechtliche Berechnungsweise herangezogen. Gemäss Art. 36 Abs. 5 und 6 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege [OG] vom 16. Dezember 1943 ist bei wiederkehrenden Leistungen von unbeschränkter Dauer vom Kapitalwert auszugehen, der dem zwanzigfachen Betrag der einjährigen Leistung entspricht (vgl. Bundesgerichtsentscheid [BGE] 124 III 233). Der

Streitwert von Fr. 5'000.-- ist folglich ohne Weiteres erreicht. Das Gericht hat den Fall somit in Dreierbesetzung zu beurteilen.

Klagt der Versicherte, so ist gemäss Art. 28 Abs. 2 VAG wahlweise das Gericht an seinem Wohnsitz oder dasjenige am Sitz der Versicherungsgesellschaft zuständig.

Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht, unter Berücksichtigung des geltenden Untersuchungsgrundsatzes formgerecht eingereichte Klage, denn um eine solche handelt es sich beim Schreiben von A. F. vom 16. März 1999 angesichts des Verfahrenscharakters, kann eingetreten werden.

Im vorliegenden Fall ist zu beurteilen, ob die Beklagte befugt war, die Prämie für die Zusatzversicherung "Spital" innerhalb eines Jahres von Fr. 130.10 auf Fr. 277.50 zu erhöhen. Es stellt sich einerseits die Frage, ob die Beklagte beim Kläger, der bereits seit mehreren Jahren bei der Beklagten versichert ist, eine derartige Erhöhung vornehmen durfte, andererseits ob die Höhe von Fr. 277.50 für die Zusatzversicherung "Spital" generell zulässig ist. Zuerst soll der erste Punkt, anschliessend der zweite behandelt werden.

Im Bereich der privaten Krankenversicherung können die Prämientarife unterschiedlich ausgestaltet sein. Das Bundesgericht hat in seiner Entscheid 124 III 229 vom 7. Mai 1998 festgehalten, dass beispielsweise gleiche Prämien für beide Geschlechter und alle Alter, wie dies für die Grundversicherung vorgeschrieben sei, möglich seien (Art. 61 Abs. 1 KVG), dass aber auch nach Geschlecht und Alter abgestufte Prämien, sogenannte risikogerechte Prämien denkbar seien (BGE 124 III 234 Erw. 3a). Nachdem sich das Bundesgericht in seinem Urteil mit der Literatur und der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (Bundesblatt 1992 I S. 214) auseinandergesetzt hat, hat es weiter entschieden, dass die Versicherungen berechtigt seien, die Prämien entsprechend dem Risiko des Versicherten festzusetzen, und nicht verpflichtet seien, eine Prämienreduktion aufgrund der unter dem früheren Recht zurückgelegten Versicherungszeiten zu gewähren. Das Bundesgericht ist entgegen einem grossen Teil der Autoren, die sich zu dieser Frage geäussert haben, zum Schluss gekommen, dass der in jenem Fall umstrittene Art. 102 Abs. 2 Satz 4 KVG, welcher statuiert, dass die unter dem früheren Recht zurückgelegten Versicherungszeiten bei der Festsetzung der Prämien anzurechnen seien, eine solche Verpflichtung nur vorsehe, wenn der Prämientarif auch unter dem neuen Recht auf die zurückgelegten Versicherungszeiten Rücksicht nehme (BGE 124 III 236 ff.).

Aus dem Schreiben der Beklagten an die Versicherten vom 15. Oktober 1998 ist ersichtlich, dass sich die Beklagte per 1999 entschieden hatte, den Prämientarif risikogerecht zu gestalten. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung war die Beklagte aufgrund der Einführung des risikogerechten Prämien systems bei der Festsetzung der Prämien somit nicht verpflichtet, die Versicherungszeiten des Klägers zu berücksichtigen. Sie war berechtigt, die Prämien auch beim Beklagten, der, wie aus der Versicherungs-Police ersichtlich ist, bereits seit 1988 bei der Beklagten versichert ist, risikogerecht zu erheben.

Es bleibt zu prüfen, ob für die Zusatzversicherung "Spital" die Prämienhöhe von Fr. 277.50 zulässig ist. Nach Art. 1 VAG übt der Bund, insbesondere zum Schutze der Versicherten, die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen aus. Der Aufsicht unterstehen die privaten Versicherungseinrichtungen, die in der Schweiz oder von der Schweiz aus im direkten Geschäft oder im Rückversicherungsgeschäft tätig sind (Art. 3 Abs. 1 VAG). Versicherungseinrichtungen, die der Aufsicht unterstehen, bedürfen für jeden einzelnen Versicherungszweig einer Bewilligung des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartementes. Der Bundesrat kann zum Schutz der Versicherten einschränkende Vorschriften für den Betrieb einzelner Versicherungszweige erlassen (Art. 7 Abs. 1 VAG). Versicherungseinrichtungen, die eine Bewilligung zum Geschäftsbetrieb erlangen wollen, haben der Aufsichtsbehörde ein Gesuch mit dem Geschäftsplan einzureichen. Dieser muss unter anderem auch die in der Schweiz zu verwendenden genehmigungspflichtigen Tarife und übrigen Versicherungsmaterialien enthalten (Art. 8 Abs. 1 lit. f VAG). Die Aufsichtsbehörde prüft im Genehmigungsverfahren aufgrund der von den Versicherungseinrichtungen vorgelegten Tariffberechnungen, ob sich die vorgesehenen Prämien in einem

Rahmen halten, der einerseits die Solvenz der einzelnen Versicherungseinrichtungen und andererseits den Schutz der Versicherten vor Missbrauch gewährleistet (Art. 20 VAG).

Die zuständige Aufsichtsbehörde, nämlich das BPV genehmigte am 23. September 1998 (publiziert im Bundesblatt vom 17. November 1998) die Tarifvorlage der Krankenkasse Visana, Bern. Verschiedene Versicherungsnehmer der Beklagten fochten den Genehmigungsbeschluss bei der Rekurskommission an. Diese wies die Beschwerden mit Entscheid vom 9. Dezember 1999 ab, soweit darauf eingetreten wurde. Der Entscheid wurde damit begründet, dass die Beklagte die Prämien risikogerecht festsetzen dürfe. Dabei stützte sie sich auf den BGE 124 III 229. Bezüglich des Vorwurfes der Beschwerdeführer, der vom BPV genehmigte Tarif sei übersetzt, erklärte die Rekurskommission, dass die Beschwerdeführer keine substantiierten Einwände, welche diese Prämienberechnungen in Frage stellen würden, erhoben hätten. Aus den der Rekurskommission vorliegenden Unterlagen gehe in jedem Fall nichts hervor, was die Annahme einer missbräuchlichen Prämienfestsetzung stützen würde.

Der Kläger führte in seiner Klage an, dass laut beigelegtem Zeitungsartikel im Spitalbereich keine oder nur marginale Kostensteigerungen erfolgt seien. Er machte somit sinngemäss geltend, die Prämienhöhung liesse sich nicht durch sachliche Gründe rechtfertigen. Es ist festzuhalten, dass die unbestrittenermassen massive Prämienhöhung beim Beklagten nicht primär wegen allfälliger Kostensteigerungen stattgefunden hat, sondern wegen des Wechsels der Beklagten vom System der risikounabhängigen zum System der risikogerechten Prämien. Andere Gründe, weswegen die Prämien missbräuchlich im Sinne von Art. 20 VAG sein sollten, brachte der Kläger nicht vor. Das Versicherungsgericht sieht keine Anhaltspunkte, an der Rechtmässigkeit der durch das BPV genehmigten Tarife zu zweifeln. Die Prämienhöhung im erfolgten Mass war somit gesetzesmässig. Die Klage ist demzufolge abzuweisen.

Demgemäss wird

1. Die Klage wird abgewiesen.

e r k a n n t :

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Mitteilung an die Parteien
das Bundesamt für Privatversicherungen