



VV 50

**Das Verwaltungsgericht
des Kantons Thurgau
als Versicherungsgericht**

in der Besetzung: Dr. J. Spring, Präsident
 F. Labhardt
 R. Wenger-Lenherr
 Dr. P. Litschgi, Gerichtsschreiber

hat in der Sitzung vom 27. Februar 2002

in Sachen

X

Klägerin

v.d. RA Dr. Andreas Brauchli, Postfach 28, Hermann-
strasse 8, 8570 Weinfelden

gegen

Y

Unfallversicherung,

Kranken- und

Beklagte

betreffend Leistungen aus Zusatzversicherungen

- Klage vom 6. November 2001

entschieden:

1. Die Klage wird im Sinne der Erwägung 2.f) gutgeheissen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die Y Krankenkasse hat die Klägerin mit Fr. 2'100.-- zuzüglich 7.6% Mehrwertsteuer an deren aussergerichtliche Parteikosten zu entschädigen.
4. Mitteilung an:
 - RA Dr. Andreas Brauchli, Hermannstrasse 8, Postfach 28, 8570 Weinfelden, zHd. der Klägerin
 - Y Kranken- und Unfallversicherung,
 - Bundesamt für Privatversicherungen, Friedheimstrasse 14, 3003 Bern

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid ist die Berufung an das Bundesgericht zulässig, sofern die Summe des Streitgegenstandes höher als Fr. 8'000.-- ist (vgl. dazu E. 3). Die Berufung ist binnen 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung dieses Urteils beim Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau, 8570 Weinfelden, einzureichen. Die Berufungsschrift ist in fünffacher Ausfertigung einzureichen und deren Inhalt hat Art. 55 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege vom 16. Dezember 1943 (OG) zu entsprechen.

Sachverhalt

X erlitt 1991 eine intracerebrale Blutung, die notfallmässig operiert werden musste. Trotz intensiver Neurorehabilitation blieb eine spastische armbetonte Hemiparese links zurück, was sie an den Rollstuhl band. Sie bemüht sich, den Alltag zu meistern und führt verschiedene häusliche Verrichtungen selbst aus. Sie ist auf Krankenpflegeleistungen (9 Stunden pro Quartal) und daneben auf hauswirtschaftliche Leistungen (54 Stunden pro Quartal) angewiesen, was beides

durch die Spitex erbracht wird. Wegen der Folgen der Hirnblutung erhält sie aufgrund der IV-Verfügung vom 22. Dezember 1993 eine 100%ige IV-Rente.

X ist bei der Y Kranken- und Unfallversicherung (im folgenden Y) grundversichert (KVG) und hat verschiedene Zusatzversicherungen abgeschlossen, unter anderem die „D“. Gemäss Art. 8 der „Zusätzlichen Versicherungsbedingungen“ (ZVB) „D“ wird für Haushalthilfe pro Tag eine Leistung von Fr. 30.--, und zwar höchstens 30 mal pro Kalenderjahr ausgerichtet. Daneben hat sie eine ZVB „S“, gemäss welcher ebenfalls für Haushalthilfe eine Leistung von höchstens 30 mal Fr. 70.-- ausgerichtet wird, soweit die „Diversa“ die Kosten nicht deckt. Nach der Darstellung X habe die Y bis Ende 1998 ihre Beiträge an die hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex regelmässig erbracht, dann allerdings ihre Zahlungen plötzlich eingestellt, mit der Behauptung, dass „keine vollständige Einschränkung in der Haushaltsführung“ bestehe und somit die Voraussetzungen zur Ausrichtung der Beiträge nicht gegeben seien. Sie habe die Y lange Zeit vergeblich zur weiteren Leistungserbringung ersucht, müsse nun aber den Klageweg beschreiten.

Mit ihrer Klageschrift vom 6. November 2001 beantragt sie:

- „1. Der Klägerin sei die unentgeltliche Prozessführung mit RA Dr. A. Brauchli als Offizialanwalt zu bewilligen;
2. die Beklagte sei zu verpflichten, an die Kosten der ärztlich verordneten Haushalthilfe die statutarisch vorgesehenen Leistungen zu erbringen;

unter Entschädigungsfolge zulasten der Beklagten.“

In der Begründung heisst es, die seit 1998 aufgelaufenen Spitexkosten beliefen sich auf ca. Fr. 12'000.--, so dass der Streitwert die Limite für eine Berufung an das Bundesgericht deutlich übersteige. Die von der Y vorgebrachte Begründung der Leistungsverweigerung schiesse weit über den Wortlaut von Art. 8 ZVB „D“ und Art. 13 ZVB „S“ hinaus, wo zwar von „vollständiger Arbeitsunfähigkeit“ die Rede sei, doch schliesse das selbstverständlich nicht aus, dass auch in solchen Fällen gewisse Verrichtungen im Haushalt vorgenommen werden könn-

ten. Mit der von der Y vorgebrachten Begründung - nämlich Leistungen nur bei vollständiger Einschränkung in der Haushaltsführung zu erbringen - hätten nur schwerst Pflegebedürftige Anspruch auf Beiträge an eine Haushalthilfe. Solche Patienten müssten aber zwangsläufig in Spitälern oder Heimen betreut werden und benötigten von daher gar keine Haushalthilfe. Im Ergebnis führe die Auslegung der Y dazu, dass überhaupt keine Beiträge mehr an Haushalthilfen ausgerichtet werden müssten. Auch das Vertrauensprinzip gebiete, dass die Y ihre Leistungen weiterhin ausrichte. An ihrem Gesundheitszustand habe sich in den letzten Jahren überhaupt nichts geändert.

Die Y beantragt mit Klageantwort vom 21. November 2001 Abweisung der Klage vom 6. November 2001 unter Entschädigungsfolge zu Lasten der Klägerin. Sie bringt vor, es gehe um einen Leistungsstreit aus der ZVB „D“. Am 25. Februar 2000 habe der die Klägerin behandelnde Hausarzt, Dr. med. S, die Y erneut um Kostengutsprache für hauswirtschaftliche Leistungen ersucht. Sie habe am 7. März 2000 mitgeteilt, dass aufgrund des Prämienverzugs eine Leistungssperre bestehe. Per Ende Mai 2000 seien dann die Prämienausstände beglichen worden. Am 4. September 2000 habe die Y der Klägerin mitgeteilt, dass für die letzte von der Spitex ausgestellte Rechnung vom 13. Juli 2000 keine ärztliche Verordnung vorliege. Dr. med. S habe alsdann am 22. September 2000 festgehalten, dass die Klägerin in der Verrichtung der Haushaltarbeiten „teilweise eingeschränkt“ sei und habe das im Zeugnis vom 5. Oktober 2000 näher ausgeführt. Am 6. Oktober 2000 habe sie deswegen der Klägerin mitgeteilt, es bestehe kein Anspruch auf entsprechende Haushalthilfebeiträge. Daran habe sich die Y auch in den weiteren Schreiben vom 24. Oktober 2000, 7. Dezember 2000, 23. Januar 2001 und 17. April 2001 gehalten. Der Begriff der „vollständigen Arbeitsunfähigkeit“ in Art. 8.1 ZVB „D“ sei eindeutig. Aus dem ärztlichen Zeugnis vom 22. September 2000 ergebe sich, dass die Klägerin aufgrund ihres Leidens nicht vollständig, sondern lediglich „teilweise eingeschränkt“ sei. Bei der Klägerin liege keine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor, heisse es doch, sie könne sich auf einem Rollstuhl fortbewegen, allein leben und viele häusliche Verrichtungen selber ausführen. Der Berufung der Klägerin auf das Vertrauensprinzip müsse sie entgegen-

gehalten, dass sie der Klägerin den Prämienausstand und dessen Folgen mitgeteilt habe. Ihr lägen zudem keine Unterlagen vor, woraus der Klägerin Leistungen vor der von ihr selbst verursachten Leistungssperre infolge Prämienverzugs verweigert worden wären. Dass während der Leistungssperre keine Leistungen erbracht worden seien, dürfte logisch sein. Weshalb die Klägerin Leistungen betreffend die Jahre 1998 und 1999 nachfordere, erscheine nicht im Geringsten nachvollziehbar.

Die Klägerin replizierte mit Eingabe vom 11. Dezember 2001 zu vier Punkten (gekürzt) wie folgt:

1. Sie habe Ende Mai 2000 ihre sämtlichen Prämienausstände bezahlt, womit die Leistungssperre aufgehoben gewesen sei. Die Leistungsverweigerung habe mit der Leistungssperre keinen Zusammenhang.
2. Die Arbeitsunfähigkeit im Haushalt sei total, hätte doch sonst die IV ja auch keinen Invaliditätsgrad von 100% annehmen können. Der Hausarzt habe im Zeugnis vom 22. September 2000 nur entweder „teilweise eingeschränkt“ oder „vollständig eingeschränkt“ ankreuzen können. Er habe aber am 5. Oktober 2000 plausibel erklärt, welche häuslichen Verrichtungen die Klägerin selbst ausführen könne, aber darauf hingewiesen, dass sie dringend auf hauswirtschaftliche Leistungen der Spitex angewiesen sei.
3. Es müsse betont werden, dass die Y ihre statutarisch festgelegten Beiträge bis Ende 1998 anstandslos bezahlt habe, obwohl der Gesundheitszustand der Klägerin damals kein bisschen schlechter gewesen sei als heute. Die Y habe bis Ende 1998 während vielen Jahren exakt jene Leistungen erbracht, die sie nun plötzlich verweigere. Die Y sei aufzufordern, sämtliche Abrechnungen über die schon früher aus der „D“ erbrachten Beiträge herauszugeben.
4. Für den Fall der Klageabweisung stehe der Y gemäss Praxis des Verwaltungsgerichts keine Entschädigung zu.

Die Y duplizierte dazu am 19. Dezember 2001 (gekürzt):

1. Es sei die Klägerin, welche völlig unspezifiziert und unsubstanziert die Ausrichtung von Beiträgen ab 1998 verlange und somit die Leistungssperre zur Diskussion gebracht habe. Es werde zur Kenntnis genommen, dass die Klägerin die Rechtmässigkeit der Leistungssperre bis Ende Mai 2000 nicht bestreite. Nach Ablauf der Leistungssperre habe sie den behaupteten Leistungsanspruch erneut geprüft und abgelehnt.

2. Die IV-Rente sei aufgrund ihres Erwerbsunfähigkeitsgrades berechnet worden, welcher nicht mit der vorliegenden Unfähigkeit, den Haushalt zu verrichten, verwechselt werden dürfe.
3. Ein wohlerworbenes Recht auf Leistungserbringung bestehe nicht.
4. Ein Verbot zur Ausrichtung einer Parteientschädigung an den Versicherer bestehe im Bereich der Zusatzversicherung nicht.

Auf die Vorbringen der Beteiligten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1. a) Die Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts als Versicherungsgericht zur Behandlung der vorliegenden Klage ergibt sich aus § 69a Abs. 1 Ziff. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Februar 1981 (VRG).
- b) Die Verfahrensgrundsätze richten sich primär nach Art. 47 Abs. 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 23. Juni 1978 (VAG), die da sind:
 - einfaches und rasches Verfahren;
 - Feststellung des Sachverhalts von Amtes wegen (Untersuchungsmaxime) und
 - Würdigung der Beweise nach freiem Ermessen.Diese Verfahrensgrundsätze sind deshalb aufgestellt worden, weil der Gesetzgeber die Zusatzversicherungen in die Nähe der Sozialversicherungen gerückt haben wollte. Es gilt jedoch die Dispositionsmaxime. Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach § 69b VRG.

- c) Über das Gesuch um Bewilligung der Officialverbeiständung ist angesichts des Verfahrensausgangs nicht zu entscheiden.
- d) Die Klägerin beantragt Verpflichtung der Beklagten zu den statutarisch vorgesehenen Leistungen an die Kosten der ärztlich verordneten Leistungshilfe. Dabei handelt es sich um eine privatrechtliche Streitigkeit, so dass an sich die zivilprozessualen Grundsätze zur Anwendung kommen. Im Bereich der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung bestehen jedoch - wie erwähnt (E. 1b) - besondere Verfahrensgrundsätze, die vorgehen. Aufgrund von Art. 47 Abs. 2 VAG kann deshalb wohl kaum gesagt werden, das Begehren sei völlig unspezifiziert und unsubstantiiert (so die Duplik) beziehungsweise es müsste ein (spezifiziertes) Leistungsbegehren gestellt werden. Es gilt jedoch - wie gesagt - die Dispositionsmaxime. Auf die Klage ist einzutreten.
- e) Der Entscheid über die Klage untersteht der Berufung an das Bundesgericht, soweit der Streitwert wenigstens Fr. 8'000.- beträgt (Art. 46 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege vom 16. Dezember 1943 [OG]). Die Klägerin scheint dies anzunehmen, nennt sie doch einen Betrag von Fr. 12'753.10, doch wird die Limite - wie noch zu zeigen sein wird (vgl. E. 3) -, nicht erreicht.
2. a) Haushalthilfe gehört im Gegensatz zur Hauskrankenpflege nicht zu den Pflichtleistungen gemäss Art. 7 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KLV; vgl. Maurer, Das neue Krankenversicherungsgesetz, Basel und Frankfurt a.M., 1996, S. 46 bei N. 110, 60 bei N. 157 und S. 66). Es geht damit unbestrittenermassen einzig um die Bestimmungen der Zusatzversicherung „D“ und nicht auch der Zusatzversicherung „S“, denn ein Spitalaufenthalt wird für die behauptete Zeitperiode nicht geltend gemacht (Art. 1.2 ZVB „S“). Die ZVB „D“ begrenzt die Leistungen des Versicherers auf Beiträge an

die Kosten der Haushalthilfe auf jährlich 30 Taggeldleistungen zwischen Fr. 30.– und Fr. 50.– (vgl. Art. 8.1 ZVB „D“). Diese Bestimmung setzt voraus, dass die versicherte Person aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei „vollständiger Arbeitsunfähigkeit“ wegen seines Gesundheitszustands und wegen ihrer persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt. Die Beklagte will gestützt darauf, im Gegensatz zu den früher erbrachten Leistungen (das heisst, vor ihrer Leistungssperre wegen Prämienverzugs), solche Beiträge nicht weiter erbringen, da der Hausarzt der Klägerin attestiert habe, bei der Verrichtung der Haushaltarbeiten nicht vollständig, sondern lediglich „teilweise eingeschränkt“ zu sein. Damit liege keine vollständige Arbeitsunfähigkeit - im Haushalt - im Sinne von Art. 8.1 ZVB „D“ vor. Der Wortlaut dieser Vertragsbestimmung sei klar und habe der Klägerin schon bei Vertragsabschluss nach Treu und Glauben bewusst sein müssen.

- b) Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenversicherung unterstehen dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) und sind damit Teil des Zivilrechts (vgl. Maurer, a.a.O., S. 131 ff., insbesondere S. 138). Sie beruhen in den meisten Fällen auf vom Versicherer standardmässig formulierten Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), welche für die Versicherten oftmals schwer verständlich und nicht leicht zu überblicken sind, so dass sie ihre Rechte und Pflichten oft gar nicht genau beurteilen können. Sie sind als Massenverträge bestimmt für eine unbegrenzte Anzahl von Einzelverträgen einer bestimmten Gefahrengemeinschaft, aufgebaut auf der Basis von Risikoschätzung und Kalkulation. Die Auslegung der entsprechenden Vertragsbestimmungen folgt daher den allgemeinen zivil- und obligationenrechtlichen Grundsätzen, insbesondere dem Vertrauensprinzip, wonach die Bestimmungen eines Vertrags so auszulegen sind, wie ihr Empfänger sie in guten Treuen verstehen durfte und musste und der Erklärende in seinem Vertrauen auf vernünftiges Verstehen gleichfalls geschützt wird. Nach der Unklarheitsregel sind jedoch unklare Formulierungen in AVB und Besonderen Vertragsbedingungen zu Ungunsten des Verfassers aus-

zulegen. Dabei ist zunächst vom allgemeinen Sprachgebrauch auszugehen; fachtechnische Ausdrücke sind so auszulegen, wie ein Versicherungsnehmer sie nach Treu und Glauben verstehen würde. Die Unklarheitsregel darf erst herangezogen werden, wenn sich der wirkliche Wille der Parteien nicht aus Sinn und Wortlaut des Vertrags ermitteln lässt, wobei versucht werden muss, Unklarheiten nach dem Vertrauensprinzip zu beheben. Auch bei der Unklarheitsregel ist sodann nach Vernunft und Korrektheit zu urteilen (vgl. Maurer, Schweiz. Privatversicherungsrecht, 3. Aufl., Bern 1995, S. 160 ff.).

- c) Art. 8.1 ZVB „D“ verlangt für Haushalthilfebeiträge, dass der Versicherte aufgrund einer ärztlichen Verordnung „bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit“ wegen seines Gesundheitszustands und wegen seiner persönlichen familiären Verhältnisse „eine Haushalthilfe benötigt“. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit (wie jener der Erwerbsunfähigkeit) stammt klarenweise aus dem Bereich des ausserhäuslichen Arbeits- und Erwerbslebens, und wird namentlich für die Bestimmung von Taggeld-/Rentenansprüchen im Bereich der Unfall-, Kranken-, Arbeitslosen- und Invalidenversicherung angewendet. Art. 8.1 ZVB „D“ setzt diese (Arbeitsunfähigkeit) aber jedenfalls für den Beitragsanspruch bereits voraus und verlangt zusätzlich, dass der Arzt die Haushalthilfe wegen des Gesundheitszustands und der persönlichen familiären Verhältnisse des Versicherten für nötig hält. Es geht also in diesem Zusammenhang gar nicht (mehr) darum, dass der Versicherte im Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsleben „vollständig“ unfähig ist, und der Arzt dies bezeugt; vielmehr hat sich die ärztliche Verordnung über die Notwendigkeit der Haushalthilfe auszusprechen, was ja nicht bei jedem Arbeitsunfähigen der Fall sein muss. Die Beklagte war vorliegend über den Gesundheitszustand der Versicherten hinsichtlich ihrer allgemeinen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bestens informiert, da sie ihr ja aus der Grundversicherung auch die Hauskrankenpflege finanziert und die Klägerin seit Ende 1993 eine volle IV-Rente erhält. Die IV-Rente erhält sie deshalb, weil sie nicht (mehr) im Stande ist, im Erwerbsleben etwas zu verdienen. Allerdings können aufgrund einer Sonderregelung auch (bisher) Nichterwerbstätige eine Rente erhalten,

nämlich für die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was besonders bei Hausfrauen oder -männern zutreffen kann. Gleichwohl wird der Invaliditätsbegriff nur so verstanden, dass er die durch einen versicherten Gesundheitsschaden verursachte durchschnittliche Beeinträchtigung der Erwerbsmöglichkeit auf dem für den Versicherten in Betracht fallenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt umfasst (vgl. Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, Basel 1993, S. 140 f.).

- d) Es kommt dazu, dass Art. 8.1 ZVB „D“ von Haushalthilfe spricht. Mit Betonung auf „Hilfe“ ergibt sich klar, dass die versicherte Person in aller Regel noch eine gewisse Haushaltstätigkeit selbst (oder durch die Familie) erbringen kann und dass also externe „Hilfe“ benötigt wird. Es geht nicht darum, ob eine vollständige Einschränkung in der Haushaltsführung besteht oder nicht (wie die Y im Schreiben vom 6. Oktober 2000 festhält), sondern eben, ob jemand Hilfe braucht.
- e) Die ärztliche Verordnung für eine externe Haushalthilfe liegt vor (gültig ab 1. März 2000 für 6 Monate). Damit sind die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht der Beklagten aufgrund des Wortlautes von Art. 8.1 ZVB „D“ klar erfüllt. Die Unklarheitsregel kommt damit nicht zur Anwendung.
- f) Anscheinend sind die Prämien für diese Zusatzversicherung ab 1. März 1999 nicht oder nur teilweise bezahlt worden. Per 18. Mai 2000 sind hinterher jedoch sämtliche Prämienausstände beglichen worden. Die Y macht deshalb geltend, eine Leistungspflicht bestehe auch aufgrund dieser Leistungssperre nicht. Davon geht auch die Klägerin aus. Die ZVB „D“ ist eine Versicherung nach VVG (vgl. Art. 12 Abs. 3 KVG). Die Frage eines Prämienzahlungsverzugs richtet sich deshalb nach dem VVG, beziehungsweise nach dem Versicherungsvertrag, sofern die Bestimmungen von Art. 20 und 21 VVG zu Gunsten der Anspruchsberechtigten abgeändert worden sind (Art. 98 VVG). Die AVB der Y wiederholen aber im Grunde nur die VVG-Regelung. Um aber in Prämienverzug zu ge-

raten, ist auf jeden Fall eine Mahnung des Versicherers erforderlich (vgl. Roelli, Kommentar zum Schweizerischen Gesetz über den Versicherungsvertrag, Bern 1968, S. 337 f.). Eine solche ist aus den Akten nirgends zu sehen und kann auch nicht aus den Schreiben der Y vom 7. März 2000 oder 10. April 2000 (act. 3 und 11) herausgelesen werden. So ergibt sich denn, dass auch keine Leistungssperre geltend gemacht werden kann, weshalb die Klage grundsätzlich gutzuheissen ist. Allerdings hat die Beklagte noch klar auszuweisen, bis wann sie effektiv geleistet hat (anscheinend bis Ende 1998). Nicht verlangt werden kann eine nachträgliche ärztliche Verordnung für diese Haushalthilfe ab jenem Zeitpunkt und eine solche bis Ende 2001, spricht doch nichts dafür, dass die Bestätigungen Dr. S vom 25. Februar / 22. September / 5. Oktober 2000 für diese Zeiträume anders ausfallen würden.

3. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 47 Abs. 3 VAG).

Die obsiegende Klägerin hat Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten, die sich nach dem Anwaltstarif für Zivilstreitigkeiten richten. Ausgehend von einem Streitwert von 30 x Fr. 30.-- für 1999 bis Ende 2001 = Fr. 2'700.-- beträgt die Entschädigung zwischen Fr. 600.-- bis Fr. 1'500.--, wobei der Maximalansatz aufgrund des zweiten Schriftenwechsels um 40% erhöht wird, so dass Fr. 2'100.-- zugesprochen werden; diese hat die Beklagte auszurichten.



Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

versandt:

20. MRZ. 2002