

Abteilung I in Zivilsachen

Präsident Weingand, Amtsrichterin Rüede Schaufelberger, Amtsrichter Zumthurn, Gerichtsschreiberin Fessler

Urteil vom 9. Juli 2007

X.,
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Beat Meyer,

Klägerin

gegen

A. **Versicherung AG,**

Beklagte

betreffend Forderung aus Zusatzversicherung zur Sozialen Krankenversicherung

Sachverhalt

1. Mit Klage vom 10.3.2006 beantragte die Klägerin, die Beklagte habe ihr für den Aufenthalt in der Klinik L. vom 27.6. bis 21.9.2005 (87 Tage) Fr. 44'892.-- nebst 5 % Zins ab Klagedatum zu bezahlen. Weiter sei festzustellen, dass sie aus der A. -Standardversicherung bei einer Behandlung in der Klinik L., Zug Anspruch auf Erteilung einer Kostengutsprache im Betrag von Fr. 630.-- pro Tag zuzüglich Kosten für Spitalleistungen, abzüglich Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besitze, und ihr bei einem Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken oder Spitalabteilungen gegenüber der Beklagten aus der A. -Standardversicherung ein Leistungsanspruch von 360 Tagen innert 900 aufeinanderfolgenden Tagen zustünde.
2. Mit Klageantwort vom 15.5.2006 verlangte die Beklagte die Abweisung der Klage.
3. Am 9.6.2006 wurde der Prozess bis auf Weiteres sistiert (amtl. Bel. 4 - 7).
4. Mit Verfügung vom 21.2.2007 wurde die Sistierung aufgehoben. Die aufgelegten Urkunden wurden zu den Akten genommen und den Parteien eine Frist gesetzt, um allfällige weitere Beweisanträge zu stellen. Ferner wurde den Parteien in Aussicht gestellt, dass voraussichtlich auf die Durchführung einer Instruktionsverhandlung verzichtet werde (amtl. Bel. 11).
5. Mit Eingabe vom 26.3.2007 ergänzte die Klägerin ihre Sachvorbringen und stellte neue Beweisanträge (amtl. Bel. 13). Die Beklagte nahm mit Eingabe vom 20.4.2007 dazu Stellung (amtl. Bel. 19).
6. Mit Verfügung vom 12.6.2007 wurde gegenüber der Beklagten eine Edition angeordnet (amtl. Bel. 24).
7. Am 25.6.2007 fand die Hauptverhandlung statt (Verfahrensprotokoll [VP] S. 1; amtl. Bel. 26). Anschliessend wurde das Beweisverfahren geschlossen. Die Klägerin reichte ihre Kostennote ein (amtl. Bel. 27).

Erwägungen

1. Die Klägerin ist bei der Beklagten und der B. Kranken-Versicherung AG versichert. Sie hat bei der B. Kranken-Versicherung AG die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18.3.1994 (KVG; SR 832.10), und bei der Beklagten eine Zusatzversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz vom 2.4.1908 (VVG; SR 221.229.1), genannt „Standardversicherung“, abgeschlossen. Sie leidet an einer psychischen Erkrankung, die vom 27.6. bis 21.9.2005 eine stationäre Behandlung in der Klinik L., Zug erforderlich machte. Der Aufenthalt erfolgte in der Abteilung Zweibettzimmer halbprivat. Die Beklagte hat mit Kostengutsprachen vom 6.7. und 3.11.2005 aus der OKP die Referenztaxe des Kantons Luzern im Betrag von Fr. 214.-- pro Tag garantiert, hingegen Leistungen aus der Standardversicherung verweigert. Bei der Klinik L. handelt es sich um eine psychiatrisch-psychotherapeutische Klinik für Frauen. Sie war als Heilanstalt nach KUVG anerkannt und ist nunmehr als zugelassene Leistungserbringerin nach KVG auf der Spitalliste des Kantons Zug aufgeführt. Sie führt eine Allgemein-, eine Halbprivat- und eine Privatabteilung mit 1- und 2-Bettzimmern. Bis Ende 1999 bestand zwischen der Klinik und der Beklagten bzw. deren Rechtsvorgängerin ein Tarifvertrag.

2. Zur Begründung ihrer Forderung auf Bezahlung von Fr. 44'892.-- nebst Zins durch die Beklagte macht die Klägerin im Wesentlichen geltend, nach Auslaufen des Tarifvertrages mit der Klinik L. habe die Beklagte ab 2000 für Versicherte nach A. - Standardversicherung, Allgemeine Abteilung ganze Schweiz, bei Behandlung in der privaten Abteilung 25 % der nach Abzug der OKP-Referenztaxe verbliebenen Restkosten anerkannt und bezahlt. Dies habe der Regelung entsprochen, wie sie im Reglement der kombinierten Spitalversicherung, Ausgabe 01.1995, Art. 5.3 Leistungsumfang, vorgesehen gewesen sei für die Deckung Allgemeine Abteilung bei Hospitalisation auf der Privatabteilung. Mit Schreiben vom 6.5.2002, 6.4.2004, 3.3.2005 und 4.3.2005 habe die Beklagte ihre Anerkennungspraxis jeweils wieder geändert. In rechtlicher Hinsicht macht die Klägerin Ausführungen über die altrechtlichen Bestimmungen und die übergangsrechtliche Bestimmung in Art. 102 Abs. 2 KVG. Unter dem Titel „neurechtliche Zusatzversicherung nach VVG“ behauptet die Klägerin im Wesentlichen, massgebend für den Anspruch auf Versicherungsleistungen aus der Standardversicherung sei das Verhältnis zwischen den Parteien, und nicht jenes zwischen der Beklagten und der Klinik L. oder anderen Spitälern. Privatrechtliche Verträge

wie der Vertrag aus Zusatzversicherung nach VVG könnten nicht einseitig abgeändert werden. Massgebend sei, auf welche Leistungen der Versicherte im Zeitpunkt des Vertragschlusses im Schadenfall Anspruch gehabt hätte. Jede spätere Schmälerung dieses Anspruches sei unzulässig. Zweck der Spitalversicherung Allgemeine Abteilung ganze Schweiz sei die Gewährleistung der Wahlfreiheit in der ganzen Schweiz mit voller Deckung des Risikos. Gemäss Art. 13 Abs. 1 lit. I AVB, Ausgabe 01.1997, übernehme die Beklagte im Schadenfall die Kosten für die allgemeine Abteilung in öffentlichen und privaten Spitälern in der ganzen Schweiz, die sich auf der für die Beklagten verbindlichen Spitalliste nach KVG und auf der Liste der Spitäler mit von der Beklagten anerkanntem Tarif befänden, ohne Selbstbehalt auf die A. -Standardversicherung. Im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses habe die Klinik L. die Voraussetzungen gemäss Art. 13 Abs. 1 lit. I AVB erfüllt. Die Behandlungsmöglichkeit in der Klinik L. sei somit Vertragsbestandteil und könne nicht nachträglich und einseitig von der Beklagten widerrufen oder abgeändert werden. Bei der Klinik L. handle es sich demgemäss für die ganze Dauer des Versicherungsvertrages um ein Spital mit anerkannter Kostenübernahme im Sinne von Art. 13.1 lit. I AVB, d.h. um ein im Krankheitsfall wählbares Spital. Sie habe nach Treu und Glauben davon ausgehen dürfen, dass sie sich in allen nach KVG zugelassenen Spitälern behandeln lassen dürfe. Für die Frage der zulässigen Spitalwahl sei das Bestehen eines Vertragsverhältnisses zwischen der Beklagten und dem Spital nicht notwendig. Die einmal erfolgte Anerkennung wirke nicht gegenüber dem Spital, sondern beschlage das Verhältnis mit den Versicherten und führe dazu, dass dieses Spital zur Liste der Spitäler mit anerkanntem Tarif gehöre. Nach Beendigung des Tarifvertrages mit der Klinik L. habe die Beklagte denn auch bis Frühling 2005 Versicherungsleistungen für die Behandlung in dieser Klinik ausgerichtet. Privatrechtliche Verträge könnten im Übrigen auch nicht durch Mitteilung in Mitgliederzeitungen einseitig geändert werden. Auch Art. 9 AVB über Vertragsanpassungen erwähne keine Änderung oder Anpassung der Spitalliste. In ihrem Fall müsse jener Tarif zur Anwendung gelangen, den die Beklagte bei Behandlung in einem anderen wählbaren Spital anerkannt hätte. Das ergäbe sich nicht nur aus dem Vertragszweck und insbesondere aus Art. 13 Abs. 1 lit. I AVB, sondern auch aus dem Gleichbehandlungsgebot und dem Grundsatz der Austauschbefugnis. Ihr stehe deshalb mindestens eine Tagespauschale von Fr. 630.-- (abzüglich OKP-Tarif) zuzüglich Übernahme der Kosten jener Spitalleistungen zu, wie sie die Beklagte bei einer Behandlung in der Klinik Schlössli erbracht hätte. Da die Beklagte nach der Kündigung des Tarifvertrages bei Behandlung in der Klinik L. weiterhin Vertragsleistungen erbracht habe, sei mindestens in diesem Umfang im Verhältnis zu den Versicher-

ten von einem anerkannten Tarif bzw. von einer zugesicherten Kostenübernahme auszugehen, also in der Höhe von Fr. 460.-- pro Tag bzw. mindestens 25 % der nach Abzug der OKP-Referenztaxe verbleibenden Restkosten. Geltend gemacht würden die vertragsgemäss geschuldeten Behandlungskosten in der allgemeinen Abteilung. Die Klägerin spezifizierte in der Folge ihre Forderung (Hauptantrag Fr. 44'892.--, Eventualantrag Fr. 23'375.--, Subeventualantrag Fr. 21'401.--, Subsubeventualantrag Fr. 14'609.35). Ferner machte die Klägerin Ausführungen zu den Feststellungsanträgen. In der Eingabe vom 26.3.2007 (amtl. Bel. 13) verwies die Klägerin auf den wirklichen übereinstimmenden Willen der Parteien bei Vertragsschluss. Anlässlich der Hauptverhandlung vom 25.6.2007 machte die Klägerin neu geltend, sie sei erst nach Klinikeintritt, am 6.7.2005 über die angebliche Nichtdeckung informiert worden. Das Erfordernis der KVG-Spittalliste in Art. 13.1 lit. e AVB 01.1997 mache keinen Sinn, wenn ohnehin nur die A. -Liste massgebend sei. Zudem entspräche die Behandlungsmöglichkeit in einem nicht anerkannten Spital mit tieferen Kosten dem Schadenminderungsgebot. Die Austauschbefugnis sei deshalb ein Anspruch, der sich aus Treu und Glauben ergäbe und dessen grundlose Verweigerung rechtsmissbräuchlich sei. Schliesslich machte die Klägerin geltend, A. handle als Firmenkonglomerat und trete als Konzern auf, nicht als Einzelfirma. Der von santésuisse mit der Klinik L. abgeschlossene Tarifvertrag vom 22.3.2004 sei für die Beklagte deshalb ebenfalls verbindlich.

3. Die Beklagte wendet ein, die Klägerin sei erst seit 1.1.1999 bei ihr versichert. Ab 2000 habe sie einzig aus Kulanzgründen Zahlungen an die Klinik L. für ihre Versicherten geleistet. Die A. -Standardversicherung garantiere keinesfalls Leistungen bei allen Leistungserbringern in der Schweiz, sondern einzig die Behandlung in der allgemeinen Abteilung jener ausserkantonalen Spitäler, die sich einerseits auf der Spittalliste nach KVG und andererseits auf der Liste der Spitäler mit von ihr anerkanntem Tarif befänden. Der Klägerin stünden unzählige ausserkantonale psychiatrische Kliniken für die Behandlung zur Verfügung. Es bestehe für sie, die Beklagte, kein Verhandlungs- und Abschlusszwang mit den Leistungserbringern. Eine Tarifbindung bestehe einerseits dann, wenn sie mit einem Spital einen Tarifvertrag habe. Andererseits habe sie aber auch die Möglichkeit, einseitig Beträge festzulegen, die sie dem Spital maximal pro Person und Tag vergüte. Wie sie das gegenüber der Klinik L. vom 6.5.2002 bis 31.3.2005 getan habe bzw. im Bereich der privaten Abteilung bis heute tue. Da solche Tarifanerkennungen einseitig und freiwillig erfolgten, könnten sie von ihr auch jederzeit widerrufen werden. Die Liste der Spitäler, die über keine von ihr anerkannte allgemeine und/oder halbprivate Abteilung verfügten, würde

von ihr regelmässig in ihrer Kundenzeitschrift publiziert. Zudem würden die Versicherten auch durch eine Kopie der ablehnenden Kostengutsprache und durch einen entsprechenden Begleitbrief auf die ungenügende Versicherungsdeckung aufmerksam gemacht. Das VVG garantiere weder eine Gleichbehandlung der Leistungserbringer noch eine solche der Versicherten. Die Gleichbehandlung aller Versicherten sei jedoch durch ihre AVB gewährleistet. So würden allen Versicherten beim Besuch einer Klinik ohne von ihr anerkanntem Tarif aus der Standardversicherung keine Leistungen vergütet.

4. Die Klägerin begründet ihre Forderung gegenüber der Beklagten mit einer Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenversicherung.

4.1 Nach Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG unterliegen Zusatzversicherungen, welche die Krankenkassen neben der sozialen Krankenversicherung anbieten, dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2.4.1908 (VVG; SR 221.229.1); Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (Urteil BGer 5C.134/2004 vom 1.10.2004 E. 1). Gemäss Art. 85 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen vom 17.12.2004 (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG; SR 961.01) entscheidet privatrechtliche Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherten das Gericht. Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG sehen die Kantone ein einfaches und rasches Verfahren vor, in dem das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt (Abs. 1 und 2). Im Kanton Luzern steht dafür der einfache Prozess nach § 220 ff. ZPO zur Verfügung.

4.2 Die Klägerin beantragt in ihrer Klage die Anordnung eines zweiten Rechtsschriftenwechsels.

Im einfachen Prozess wird ein zweiter Rechtsschriftenwechsel nur bei Vorliegen besonderer Gründe angeordnet (§ 221 lit. c ZPO). Vorliegend sind keine besonderen Gründe ersichtlich, welche einen zweiten Rechtsschriftenwechsel erforderlich machen würden, weshalb auf dessen Anordnung verzichtet worden ist.

5. Die Klägerin weiss nicht mehr, seit wann sie bei der Beklagten versichert ist. Die Beklagte brachte bereits in ihrer Klageantwort vor, dies sei erst seit 1.1.1999 der Fall. Auf Antrag der Klägerin wurde die Beklagte in der Editionsverfügung vom 12.6.2007 aufgefordert, die Eintrittsunterlagen betreffend die Klägerin aufzulegen (amtl. Bel. 24). Gemäss Versicherungsantrag der Klägerin vom 28.10.1998 war sie ab dem 1.1.1999 bei der Beklagten versichert (bekl. Bel. 4). Davon ist auszugehen. Ausführungen zum alten Recht, zur Übergangsrechtlichen Bestimmung von Art. 102 Abs. 2 Satz 3 KVG und eine Abnahme der diesbezüglichen Beweisanträge (Edition der Genehmigungsakten durch das Bundesamt für Privatversicherungen und des vollständigen Genehmigungsgesuchs durch die Beklagte sowie die Edition sämtlicher Verlautbarungen der Beklagten zur Einführung und Anwendung der neuen Zusatzversicherungen) sind nicht nötig.

6. Die Klägerin beruft sich für ihre Forderung auf die AVB 01.1997 zur Standardversicherung.

6.1 Das VVG enthält neben dem lediglich auf Ausschlussklauseln anwendbaren Art. 33 keine allgemeine Auslegungsregel. Dies bedeutet, dass gemäss Art. 100 VVG die allgemeinen Grundsätze des OR und damit auch die Einleitungsbestimmungen des ZGB Geltung haben. Massgebende Grundlage für die Auslegung von Versicherungsverträgen (AVBs etc.) bildet daher Art. 2 Abs. 1 ZGB bzw. das Vertrauensprinzip. Dabei ist in erster Priorität der individuelle Vertragswille der Parteien zu eruieren. Im Vordergrund steht der Wortlaut einer AVB-Bestimmung (grammatikalische Auslegung), der in einen logischen Gesamtzusammenhang gestellt werden muss. Eine AVB-Bestimmung ist nach allgemeiner Lehre in dem Sinne auszulegen, wie sie der Versicherungsnehmer verstanden hat und nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch, der Verkehrssitte sowie Treu und Glauben verstehen durfte. Die Auslegung hat sich nach den objektiven Kriterien der Vernunft und der Korrektheit zu richten. Zusammenfassend gesagt, ergibt sich mit Bezug auf die AVB die Regel, dass diese in dem Sinne auszulegen sind, der ihnen vernünftigerweise und korrekterweise in Würdigung der generellen, objektiven Umstände beizumessen ist (Kuhn/Müller-Studer/Eckert, Privatversicherungsrecht, 2002, S. 170 ff.; vgl. zum Ganzen auch Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 1995, S. 160 ff.). Erhebliches Gewicht kommt schliesslich bei umfangreichen allgemeinen Vertragsbedingungen, wie dies AVB meist sind, der systematischen Auslegung zu. Einzelne Vertragsbestimmungen sind nicht isoliert, sondern anhand des Vertrages in seiner Gesamtheit auszulegen. Die Unklarheitenregel (im Versicherungsrecht „in du-

bio contra assecuratorem“) kommt nur zur Anwendung, wenn sich die Bedeutung einer Bestimmung durch Auslegung anhand von Sinn und Wortlaut des Vertrages nicht ermitteln lässt (Stoessel, in: Basler Kommentar, 2001, N 25 und 28 zu Vorbemerkungen zu Art. 1 – 3 VVG; zum Grundsatz der individuellen Auslegung von Allgemeinen Versicherungsbedingungen vgl. Gauch/Schluep/Schmid/Rey, Schweizerisches Obligationenrecht Allgemeiner Teil, Band I, 2003, N 1240 f.).

6.2 Das Bundesgericht hatte im Jahre 2006 eine Klage einer Versicherten gegen die vorliegend Beklagte (im Urteil „Y.“) zu beurteilen, worin es ebenfalls um Leistungen der Klinik L. (im Urteil „Klinik Z.“) ab April 2005 ging. Die Versicherte war bis Ende 1996 in der KUVG-Zusatzversicherung „Kombinierte Spitalversicherung“ (AVB 01.1995), Allgemeine Abteilung (Mehrbettzimmer mit anerkannter Tarifbindung) versichert. Mit Einführung des KVG und der Unterstellung der Zusatzversicherungen unter das VVG erfolgte auf den 1.1.1997 die Überführung der „Kombinierten Spitalversicherung Allgemeine Abteilung“ in die „Standardversicherung“ (AVB 01.1997). Bei der massgebenden AVB-Bestimmung, welche das Bundesgericht auszulegen hatte, handelt es sich um Art. 13.1 lit. I AVB 01.1997, welche auch vorliegend Vertragsgrundlage ist (Urteil Bundesgericht 5C.150/2006 vom 6.11.2006, E. 2.4; kläg. Bel. 3: Art. 13.1 lit. I). Das Bundesgericht führte im Rahmen der mangels Feststellung eines übereinstimmenden wirklichen Willens der Parteien normativen Auslegung dieser Bestimmung Folgendes aus:

„Art. 13.1 lit. I AVB sieht im Weiteren vor, dass Versicherungsleistungen nur für Spitäler ausgerichtet werden, mit denen Y. überdies einen Tarifvertrag abgeschlossen hat. Dies ist im Hinblick auf die Klinik Y. (recte Z.) seit Anfang 2000 nicht mehr der Fall. Bei einem solchen Tarifvertrag handelt es sich ebenfalls um eine Vereinbarung zwischen dem Versicherer und einem Leistungserbringer. Die Versicherten sind auch hier weder Vertragspartei noch in irgendeiner Weise vertreten. Daraus folgt, dass Art. 13.1 lit. I AVB bestimmte Leistungen zu Gunsten der Versicherten umschreibt, jedoch vorbehält, die Leistungserbringer durch den Abschluss eines Tarifvertrages selber zu bestimmen. Durch die Annahme der AVB durch den Versicherten hat dieser sich auch Art. 13.1 lit. I AVB unterworfen, womit die konkrete Auswahl der Leistungserbringer, vorliegend der Spitäler, für die vertraglich zugesagten Leistungen ausschliesslich dem Versicherer überlassen bleibt. Mit anderen Worten, die jeweils massgebende Spitalliste wird vom Versicherer ohne Absprache mit seinen Versicherten festgelegt und abgeändert. Sie bildet nicht Vertragsbestandteil. Der Berufungsklägerin kann damit nicht gefolgt werden, wenn sie Art. 13.1 lit. I AVB dahin gehend auslegt, dass die Parteien bei Vertragsabschluss die Spitäler festgelegt haben, welche für eine allfällige spätere Behandlung in Frage kommen. Diese Sichtweise mag einem subjektiven Bedürfnis entsprechen, geht aber an der Realität sich ständig ändernder Ver-

hältnisse auf Seiten der Leistungserbringer vorbei. Zudem blendet die Berufungsklägerin aus, dass sie gerade nicht Partei eines staatlich genehmigten oder eines privaten Tarifvertrages ist.“

6.3 Die Klägerin macht geltend, der wirkliche übereinstimmende Wille der Vertragsparteien bei Vertragsabschluss sei ein anderer gewesen, nämlich dass unter neuem Recht ab 1997 der gleiche Versicherungsschutz wie bis anhin gelte, was die Beklagte durch ihre Mitgliederzeitungen immer wieder mitgeteilt habe. Sowohl unter Geltung des alten Rechts als auch ab 1997 habe sie jeweils kommuniziert, dass sie im Rahmen der Ergänzungsversicherungen mindestens einen Teil der Behandlungskosten in nicht anerkannten Spitälern übernehme. Die Beklagte erwidert, die vor 1997 bzw. 1996 geltenden Bestimmungen seien vorliegend nicht massgebend, da die Klägerin erst seit 1.1.1999 bei ihr versichert sei. Aber auch unter altem Recht habe es keine uneingeschränkte Spitalwahlfreiheit gegeben. So habe sie es auch unter der Geltung des KUVG in der Hand gehabt, Leistungen bei Nichtvertragsspitälern zu erbringen oder nicht.

Der wirkliche Wille der Parteien bei Vertragsabschluss ist an sich heute nicht mehr festzustellen. Jedoch können spätere Handlungen der Parteien, insbesondere der Beklagten, Aufschluss geben über diesen Vertragswillen. Da die AVB 01.1997 Vertragsgrundlage des zwischen den Parteien per 1.1.1999 abgeschlossenen Versicherungsvertrages bilden, können sodann auch Verlautbarungen der Beklagten vor dem 1.1.1999 zu den AVB 01.1997 (und nur zu diesen) allenfalls Rückschlüsse auf das Verständnis der AVB seitens der Beklagten liefern. Die Klägerin führt diesbezüglich Beweis mit verschiedenen Urkunden (vgl. amtl. Bel. 13). Der Bericht vom 20.3.2007 über die „Auswertung der Vertragsunterlagen und offiziellen Mitteilungen zur Standard- und ... -Versicherung der A.“ von O. (kläg. Bel. Beilage b/1A) stellt eine reine Parteibehauptung ohne Beweiskraft dar (vgl. auch kläg. Bel. 1 f. zum Vertretungsverhältnis der Klägerin im Prozess). In den von der Klägerin ins Recht gelegten A. -Mitgliederzeitungen aus den Jahren 1996 bis 1999 publizierte die Beklagte jeweils eine Liste der „Spitäler ohne allgemeine und/oder halbprivate Abteilung“, und hielt dazu fest, diese Liste enthalte alle Spitäler, die keine allgemeine oder halbprivate Abteilung im Sinne der A. führten. Wer sich in einem dieser Spitäler behandeln lasse und nicht über die notwendige Versicherungsdeckung verfüge, müsse einen Teil der Behandlungskosten selber übernehmen (kläg. Beilage b/8A, 9A, 10B). Damit ist entgegen der Auffassung der Klägerin nicht belegt, dass die Beklagte eingestanden hätte, aufgrund der sie dazu verpflichtenden AVB mindestens einen Teil der Kosten über die Zusatzversicherung abzugelten. Mit

der Mitgliederzeitung informierte und informiert die Beklagte nämlich die Versicherten über ihre momentane Leistungspraxis, ob diese nun aus Vertragspflicht oder aus „Kulanz“ erfolgt. Da bis Ende 1999 zwischen der Beklagten und der Klinik L. noch ein Tarifvertrag bestand und vorliegend nicht zur Debatte steht, welche Leistungen die Beklagte damals bei Behandlungen in Kliniken ohne Tarifvertrag erbracht hat, kann nicht eruiert werden, ob die Beklagte dort Leistungen aus Kulanz erbracht hat. Jedenfalls hat sie dies aber ab dem Jahre 2000, als die Klinik L. ebenfalls auf die Liste der nicht anerkannten Spitäler kam, (auch) gemacht. Nach Ende des Tarifvertrages, ab dem Jahre 2000 bis 2002 bezahlte die Beklagte offenbar 25% der Restkosten nach Abzug der OKP-Referenztaxe, dies jedoch ohne Hinweis auf ein sie dazu verpflichtendes Reglement (kläg. Beilage b/23A), bzw. in einem Fall mit offensichtlich falschem, globalem Hinweis auf die AVB zur Standardversicherung (kläg. Beilage b/22A), obwohl die massgebenden AVB 01.1997 überhaupt keine solche Regelung enthalten. In ihrem Schreiben vom 6.5.2002 änderte die Beklagte ihre Anerkennungspraxis erneut, nun sogar mit dem ausdrücklichen Hinweis, dass dies unpräjudizierlich und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht erfolge (kläg. Bel. 12). Mit Schreiben vom 6.4.2004 (kläg. Bel. 13) änderte die Beklagte wiederum ihre Praxis, rückwirkend per 1.10.2003. Dies aber nicht, weil die Beklagte sich aufgrund alter Reglemente dazu verpflichtet gefühlt hat, sondern aus Kulanz, da die A. Krankenversicherung AG (anerkannte Krankenkasse, welche die Grundversicherung betreibt) auf diesen Zeitpunkt einen Tarifvertrag mit der Klinik L. für die Grundversicherung abgeschlossen hatte (als Mitglied der santésuisse, dessen Mitglied die Beklagte gerade nicht ist; vgl. www.santésuisse.ch; vgl. kläg. Beilage b/24A und 25A). Zusammenfassend kann in der Praxis der Beklagten in den Jahren 2000 bis 2005 keine verbindliche Anerkennung einer Leistungspflicht gesehen werden, obwohl Leistungen an eine Klinik der „schwarzen Liste“ erbracht worden sind. Die A. - Mitgliederzeitungen aus dieser Zeit sind deshalb in diesem Licht zu sehen, nämlich dass die Ergänzungsversicherungen wie die Standardversicherung nicht alle entstandenen Kosten deckten (nämlich nur die, welche die Beklagte zur Zeit aus Kulanz bereit war, zu decken), die Leistungen aus der Grundversicherung aber nicht betroffen seien (kläg. Beilage b/11, 12, 13A, 14, 15a). Mit Schreiben vom 3.3. und 4.3.2005 teilte die Beklagte der Klinik L.

sodann mit, dass die bisherigen Leistungen freiwillig gewesen seien und in Zukunft nur noch die OKP-Leistungen oder -Referenztaxen übernommen würden (kläg. Bel. 14 und 15). Dies wurde in der A. -Zeitung vom Februar und Mai 2005 angekündigt bzw. mitgeteilt (kläg. Beilage b/16a und 17A). Die aufgelegten A. -Mitgliederzeitungen bestätigen also nur die Praxis der Beklagten in den Jahren nach Beendigung des Tarifvertrages (bzw. bezüglich

anderer Kliniken bereits ab 1997), besagen selber jedoch nichts über eine Leistungspflicht der Beklagten aus den AVB. Die „Leistungsübersichten“ der Beklagten aus den Jahren 1997 und 1998 (kläg. Beilage b/20A und 21A) halten eingangs ausdrücklich fest, dass es sich nur um einen Überblick handelt und die betreffenden Produkte verbindlich in den AVB geregelt sind. Die Klägerin kann also auch daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Dass die Beklagte auch heute in ihrer Mitgliederzeitung kommuniziert, die „schwarze Liste“ beziehe sich ausschliesslich auf die Ergänzungsversicherungen und diese deckten in den genannten Spitalabteilungen nicht alle entstandenen Kosten, wobei die Leistungen aus der Grundversicherung nicht betroffen seien (kläg. Beilage b/18A und 19A), kann nur so verstanden werden, dass ein Zusatzversicherter sich zwar in eine ausserkantonale, nicht anerkannte Klinik in Behandlung geben kann, in diesem Fall aus der Ergänzungsversicherung aber nur die OKP-Referenztaxe des Wohnsitzkantons bezahlt wird (was bei einem ausserkantonalen, nur obligatorisch Versicherten nicht der Fall wäre). Zusammenfassend ist ein übereinstimmender wirklicher Wille der Parteien im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nicht bewiesen, weshalb man sich der normativen Auslegung des Bundesgerichts anschliessen kann. Da es sich bei der Standardversicherung um eine Privatversicherung nach VVG handelt und dort weitgehend Vertragsfreiheit herrscht, erübrigt sich eine Expertise zur Branchenüblichkeit der Zusatzversicherung „Allgemeine Abteilung ganze Schweiz“.

7. Die Klägerin beruft sich für ihre geltend gemachte Forderung schliesslich auf das Gleichbehandlungsgebot, auf die Austauschbefugnis und auf den Grundsatz von Treu und Glauben. Die Beklagte bestreitet einen Anspruch.

7.1 Was das Gleichbehandlungsgebot anbetrifft, macht die Klägerin nicht geltend, die Beklagte habe gegenüber anderen, in gleichem Umfang wie die Klägerin versicherten Personen ab April 2005 aus der Standardversicherung Leistungen an eine Behandlung in der Klinik L. erbracht. Aber nur ein solches Verhalten würde allenfalls gegen ein Gleichbehandlungsgebot verstossen bzw. wäre widersprüchlich. Auf diesen Vorwurf ist deshalb nicht weiter einzugehen.

7.2 Eine sogenannte Austauschbefugnis, wie sie die Klägerin für sich beanspruchen will, findet in den massgebenden AVB eben gerade keine Stütze, weil die Spitalwahlfreiheit durch die Voraussetzung der Anerkennung einer Heilanstalt durch die Beklagte begrenzt ist. Weitere Ausführungen zu diesem Thema erübrigen sich also.

7.3 Die Klägerin macht geltend, sie habe zu Recht auf die Übernahme der Kosten durch die Beklagte vertraut und sei in diesem Vertrauen zu schützen.

Die Beklagte hat bereits in ihrer Mitgliederzeitung vom Februar 2005 mitgeteilt, dass in Spitälern ohne Anerkennung ihrerseits nur eine Kostendeckung im Umfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bestehe (kläg. Beilage b/16a und bekl. Bel. 2). In der Mitgliederzeitung vom Mai 2005 wurde die Liste der Spitäler, welche von der Beklagten nicht anerkannt sind, darunter auch die Klinik L., letztmals vor Spitäleintritt der Klägerin veröffentlicht (bekl. Bel. 1; kläg. Beilage b/17A). Die Klägerin behauptet nicht, sie habe diese Zeitungen nicht erhalten. Die Klägerin ist am 27.6.2005 in die Klinik L. eingetreten. Es ist überdies unbestritten, dass die Beklagte den abschlägigen Bescheid betreffend Kostengutsprache aus der Standardversicherung und folgende in Kopie auch an die Klägerin persönlich gesandt (vgl. kläg. Bel. 6 f.) und sie zusätzlich mit Schreiben vom 6.7.2005 über die ungenügende Deckung informiert hat (vgl. kläg. Bel. 8). Spätestens in diesem Zeitpunkt musste die Klägerin wissen, dass ihr Aufenthalt in der Klinik L. nur im Rahmen der Grundversicherung gedeckt sein würde. Wenn die Klägerin sich nicht vor bzw. anlässlich des Klinikeintritts darüber informiert hat, ob und in welchem Umfang sie in der Klinik L. versichert ist, ist das nicht der Beklagten anzulasten. Jedenfalls macht die Klägerin nicht geltend, dies sei ihr nicht möglich gewesen. Dass sie das offensichtlich auch nicht gekümmert hat, zeigt die Tatsache, dass sie auch nach dem negativen Bescheid der Beklagten am 6.7.2005 in der Klinik verblieben ist (was allerdings angesichts der Aussicht auf einen Erlass sämtlicher Kosten seitens der Klinik bei Nichtübernahme durch die Beklagte verständlich ist; vgl. dazu kläg. Bel. 19, S. 3; kläg. Bel. 20 und 21, jeweils S. 2). Die Klägerin konnte unter diesen Umständen nicht in guten Treuen davon ausgehen, die Beklagte werde die Kosten des Aufenthalts in der Klinik L. voll übernehmen, weshalb die geltend gemachte Forderung auch nicht aufgrund von Treu und Glauben gutgeheissen werden kann.

8. Zusammenfassend ist der Antrag der Klägerin auf Bezahlung von Fr. 44'892.-- nebst Zins durch die Beklagte abzuweisen, da die vertragliche Grundlage dazu fehlt. Daraus folgt auch die Abweisung des klägerischen Antrags auf Feststellung, dass sie aus der Standardversicherung bei einer Behandlung in der Klinik L., Zug Anspruch auf Erteilung einer Kostengutsprache im Betrag von Fr. 630.-- pro Tag zuzüglich Kosten für Spital-

leistungen, abzüglich Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besitze. Der zweite Feststellungsantrag der Klägerin, nämlich dass ihr bei einem Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken oder Spitallabteilungen gegenüber der Beklagten aus der Standardversicherung ein Leistungsanspruch von 360 Tagen innert 900 aufeinanderfolgenden Tagen zustünde, kann, da vertraglich gerade keine uneingeschränkte Freiheit in der Klinikwahl besteht, in dieser allgemeinen Weise nicht gutgeheissen werden. Die Klage ist vollumfänglich abzuweisen.

9. Gemäss Art. 85 VAG dürfen den Parteien im Verfahren vor Gericht über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung grundsätzlich keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Gleiches galt bereits unter dem alten VAG (Art. 47 Abs. 2 und 3 aVAG). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu Art. 47 aVAG befreit dies die Parteien nur von Gerichtskosten; eine Parteientschädigung an die obsiegende Gegenpartei, und zwar auch an eine obsiegende Krankenkasse, bleibt grundsätzlich geschuldet (Urteil BGer 5C.244/2000 vom 9.1.2001 E. 5). Die Beklagte wurde intern durch einen Rechtsanwalt vertreten, was dazu führt, dass eine reduzierte Anwaltsgebühr von maximal 70 % zugesprochen werden kann (vgl. § 47 Abs. 4 KoV). In Anwendung von § 51 KoV wird die Parteientschädigung für die Beklagte auf pauschal Fr. 5'500.-- festgesetzt.

R e c h t s s p r u c h

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Die Klägerin hat der Beklagten eine Parteientschädigung von Fr. 5'500.-- zu bezahlen.

3. Gegen dieses Urteil ist die Appellation zulässig (§§ 245 ff. ZPO). Die Appellationserklärung ist innert 20 Tagen seit Zustellung des Urteils schriftlich beim Obergericht des Kantons Luzern einzureichen (in je einem Exemplar für das Gericht und jede Gegenpartei). Sie muss die Anträge auf Änderung des erstinstanzlichen Rechtspruchs enthalten. Das angefochtene Urteil ist beizulegen.

4. Dieses Urteil ist den Parteien und nach Rechtskraft dem Bundesamt für Privatversicherung zuzustellen.



Amtsgericht Luzern-Stadt

I. Abteilung

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

i.V.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'C' followed by a horizontal line.

Zur Vollstreckung dieses Urteils ist eine Rechtskraftbescheinigung des Obergerichts erforderlich. Diese Bescheinigung kann nach Ablauf der im Urteil angeführten Rechtsmittelfrist schriftlich beim Obergericht des Kantons Luzern, Hirschengraben 16, 6002 Luzern, verlangt werden. Das Urteil ist beizulegen. Da für die Ausstellung der Rechtskraftbescheinigung Abklärungen erforderlich sind, muss mit gewisser Zeit gerechnet werden, bis die Bescheinigung zugestellt werden kann. Es wird daher empfohlen, das Gesuch um Erteilung der Rechtskraftbescheinigung rechtzeitig einzureichen.