



731 06 287 / 186

Urteil des Vizepräsidenten vom 26. Juli 2007

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien X, Kläger,
vertreten durch Raymond Marti, Advokat, Hauptstrasse 15, Postfach
158, 4102 Binningen 1

gegen

Y Versicherung AG,
Beklagte

Betreff Forderung (148-96-160/0003)

A. Der 1951 geborene X hatte mit der Y Krankenversicherung (Y) im Rahmen einer Zusatzversicherung gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 eine Spitalversicherung halbprivat (AVG-Ausgabe 01.1997) abgeschlossen. Vom 11. bis 16. Dezember 2006 hielt sich der Versicherte in der E-Klinik auf, in welcher er von Dr. W, ORL FMH, Liestal, operiert wurde. Mit Schreiben vom 16. Dezember 2005 teilte die Y dem Versicherten mit, dass für den Aufenthalt in der E-Klinik mangels ungenügender Versicherungsdeckung kein Leistungsanspruch aus der Zusatzversicherung bestehe. Es würden deshalb nur die Leistungen aus der obligatorischen Krankenversicherung erbracht. In der Folge vergütete die Y das von Dr.W in Rechnung gestellte Honorar in Höhe von Fr. 3'921.50 nicht.

B. Am 30. Oktober 2006 erhob der Versicherte, vertreten durch Raymond Marti, Advokat, Binningen, Klage beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Er beantragte, die Y sei zu verurteilen, ihm den Betrag von Fr. 3'931.50 nebst Zins zu 5 % seit 14. Juni 2006 zu bezahlen; unter o/e-Kostenfolge.

C. In der Klageantwort vom 21. Dezember 2006 schloss die Y auf Abweisung der Klage.

Der Vizepräsident zieht **in Erwägung** :

11 Die vorliegende Streitigkeit betrifft einzig Leistungen aus der Zusatzversicherung zur

sozialen Krankenversicherung, welche dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 unterliegt (vgl. Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG] vom 18. März 1994). Sie ist damit nicht sozialversicherungs-, sondern ausschliesslich privatrechtlicher Natur. Als solche fällt sie in die Zuständigkeit der Zivilgerichtsbarkeit (BGE 124 III 232 E. 2b, 124 V 135 E. 3), wobei sie verfahrensrechtlich nach Art. 85 Abs. 1 und 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (VAG) vom 17. Dezember 2004 (in Kraft seit 1. Januar 2006) zu beurteilen ist. Das VAG überlässt es den Kantonen, Streitigkeiten aus der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung den kantonalen Versicherungsgerichten zur Beurteilung zuzuweisen. Im Kanton Basel-Landschaft ist das Kantonsgericht als Versicherungsgericht für die Beurteilung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung zuständig (§ 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung [VPO] vom 16. Dezember 1993; vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 2. August 2006, K 66/06, E. 2.1).

12 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach dem Bundesgesetz über den Gerichtsstand

in Zivilsachen (GestG) vom 24. März 2000. Gemäss Art. 3 Abs. 1 lit. b GestG ist eine Klage gegen eine juristische Person grundsätzlich an deren Sitz zu erheben. Art. 9 Abs. 1 GestG hält fest, dass — soweit das Gesetz nichts anderes vorsieht — die Parteien für einen bestehenden oder für einen künftigen Rechtsstreit über Ansprüche aus einem bestimmten Rechtsverhältnis einen Gerichtsstand vereinbaren können. Gemäss Art. 20 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Y, Ausgabe 01.1997, kann die versicherte Person bei Rechtsstreitigkeiten auch an ihrem schweizerischen Wohnort Klage erheben. Der Versicherte hat seinen Wohnsitz in Pratteln. Das Kantonsgericht ist demnach auch örtlich zur Behandlung der Streitigkeit zuständig, weshalb auf die Klage einzutreten ist.

2.1 Im Bereich der Zusatzversicherungen steht den Krankenkassen keine hoheitliche Ge-

walt zu. Sie sind demnach nicht befugt, über Ansprüche der versicherten Personen aus Zusatzversicherungen Verfügungen zu erlassen. Bei Streitigkeiten aus solchen Zusatzversicherungen

gelangt deshalb ein Klageverfahren zur Anwendung (JELI KIESER, Die Neuordnung der Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung, in: AJP 1997 S. 11 ff., S. 17; RAYMOND SPIRA, Die Rechtspflege in der neuen Krankenversicherung, in: CHSS 1995, S. 256 ff.). In verfahrensrechtlicher Hinsicht schreibt Art. 85 Abs. 2 VAG ein einfaches und rasches Verfahren vor, in welchem das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt. Ferner dürfen den Parteien — ausser bei mutwilliger Prozessführung — keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 85 Abs. 3 VAG). Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach kantonalem Prozessrecht. Dies führt zur Besonderheit, dass Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung in einem öffentlichrechtlichen Verfahren beurteilt werden (vgl. zum Ganzen: NICCOLO RASELLI, Die Untersuchungsmaxime im Verfahren gemäss Art. 47 Abs. 2 VAG, schriftliche Fassung eines am 29. Oktober 2004 anlässlich einer vom Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich organisierten Weiterbildungsveranstaltung gehaltenen Referates), obwohl es sich bei diesen um privatrechtliche Streitigkeiten handelt (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juni 2001, 5C.5212001, E. 1 b).

2.2 Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 10'000.-- entscheidet gemäss § 55 Abs. 1 VPO die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts durch Präsidialentscheid. Im vorliegenden Fall beläuft sich die klageweise geltend gemachte Forderung auf Fr. 3'921.50; die Beurteilung der Klage vom 30. Oktober 2006 fällt demnach in die Kompetenz der präsidierenden Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts.

3 Vorliegend ist zu prüfen, ob die Y zu Recht die Übernahme der im Zusammenhang mit der in der E-Klinik durchgeführten Operation erstellten Honorarrechnung von Dr. W vom 24. Januar 2006 aus der Zusatzversicherung abgelehnt hat.

3.1 Inwiefern die Zusatzversicherung für die geltend gemachten Kosten aufkommen muss, bestimmt sich nach Art. 13 AVB. Danach bezahlt die Y die Aufenthalts- und Behandlungsergänzungskosten in einem Spital in der ganzen Schweiz (Art. 13.1 AVB). Gemäss Art. 13.2 AVB sind auf der Police folgende versicherte Varianten aufgeführt: Halbprivate Abteilung: Zweibettzimmer mit Tarifbindung mit der Y (lit. a); oder halbprivate Abteilung: Zweibettzimmer mit Tarifbindung mit der Y nach der einschränkenden Spitalliste der Y (lit. b). Aus der vorliegenden Versicherungspolice, gültig ab 1. Januar 2006, geht hervor, dass der Kläger mit der Y eine Spitalversicherung halbprivat mit Tarifbindung gemäss Art. 13.2 lit. a AVB abgeschlossen hat.

3.2 Die Parteien sind sich über die Tragweite des Art. 13.2 lit. a AVB nicht einig. Das VVG enthält keine allgemein gültigen Regeln über die Auslegung von Versicherungsverträgen. Im Privatversicherungsrecht gelten deshalb die allgemeinen Regeln über die Auslegung von Verträgen. Entscheidend ist primär der übereinstimmende wirkliche Wille der Parteien. Lässt sich kein übereinstimmender Wille feststellen, muss auf den mutmasslichen Parteiwillen abgestellt

werden. Dabei gilt das Vertrauensprinzip. Bei der Auslegung vorformulierter Vertragsbestimmungen gelten grundsätzlich die gleichen Regeln wie bei individuell verfassten Vertragsklauseln, so dass auch bei AVB der mutmassliche Parteiwille nach dem Vertrauensgrundsatz zu ermitteln ist (GERHARD STOESEL, Vorbemerkungen zu Art. 1 - 3, in: Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basel/Genf/München 2001, S. 24 f.).

322 Der in Art. 13.2 lit. a AVB umschriebene Leistungsumfang erfasst die Versicherungs-

leistungen für den Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung. Weiter ist mit dem Wortlaut "mit Tarifbindung" vorausgesetzt, dass Versicherungsleistungen nur ausgerichtet werden, wenn zwischen der Y und dem Leistungserbringer ein Tarifvertrag abgeschlossen worden ist. Bei einem solchen Tarifvertrag handelt es sich um eine Vereinbarung zwischen Versicherer und einem Leistungserbringer. Die versicherten Personen sind nicht Vertragspartei (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 6. November 2006, 5C.15012006, E. 2.4.2). Daraus folgt, dass Art. 13.2 AVB bestimmte Leistungen zu Gunsten der versicherten Person umschreibt, jedoch vorbehält, die Leistungserbringer durch den Abschluss eines Tarifvertrages selber zu bestimmen (vgl. auch Art. 17 AVB). Durch die Annahme der AVB hat sich die versicherte Person auch Art. 13.2 lit. a AVB unterworfen, womit die konkrete Auswahl der Spitäler für die vertraglich zugesagten Leistungen ausschliesslich dem Versicherer überlassen bleibt. Mit anderen Worten wird die jeweils massgebende Spitalliste vom Krankenversicherer ohne Absprache mit der versicherten Person festgelegt und abgeändert. Sie bildet nicht Vertragsbestandteil (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. November 2006, 5C.150/2006, E. 2.4.2). Aus diesem Grund kann der Ansicht des Klägers nicht gefolgt werden, dass die Spitalliste für ihn nicht verbindlich sei, da diese zum Zeitpunkt des Erlasses der AVB oder Abschlusses des Versicherungsvertrages noch nicht in der heutigen Form existiert habe. Da bis anhin zwischen der Y und der E-Klinik kein Tarifvertrag zustande gekommen ist, hat die Y die E-Klinik auf die Spitalliste aufgenommen, für welche die Y nicht alle entstandenen Kosten aus der Zusatzversicherung deckt. Da die Honorarrechnung von Dr. W unbestrittenermassen eine Leistung aus der Spitalversicherung halbprivat betrifft und in der E-Klinik durchgeführt worden ist, hat die Y zu Recht Leistungen aus der Zusatzversicherung abgelehnt.

33 Der Kläger beruft sich im Weiteren auf die Unklarheitenregel. Dabei verkennt er, dass mehrdeutige oder unklare Klauseln nur subsidiär im Zweifel zum Nachteil ihres Verfassers ("in dubio contra stipulatorem") auszulegen sind. Die Unklarheitenregel darf somit nur als "Ultima ratio" angewendet werden, d.h. in denjenigen Fällen, in welchen eine Bestimmung nach sachlicher und sorgfältiger Prüfung in guten Treuen verschieden aufgefasst werden kann. Da sich vorliegend die Bedeutung des Art. 13 AVB durch Auslegung anhand von Sinn und Wortlaut klar ermitteln lässt, besteht kein Raum für die Anwendung der Unklarheitenregel.

34 Schliesslich macht der Kläger geltend, dass er sich in Kenntnis der Spitalliste nicht in der E-Klinik hätte operieren lassen. Da er jedoch nie eine solche Liste erhalten habe, sei er

davon ausgegangen, dass die Behandlungskosten von Dr. W wie bei der im Jahr 2003 erfolgten Operation in der B Klinik auch aus der Zusatzversicherung übernommen würden.

Gemäss Art. 15.17 AVB stellt die Y auf Wunsch die in den AVB genannten Listen, mit Einzelheiten über Leistungen oder zugelassene Leistungserbringern, jederzeit zur Verfügung. Die Y weist damit die versicherten Personen ausdrücklich darauf hin, dass Listen über zugelassene Leistungserbringer existieren. Die Y hat nun unter anderem eine Spitalliste, auf welcher sie diejenigen Spitäler aufführt, deren allgemeine und/oder halbprivate Abteilungen sie nicht anerkennt. Der Kläger kann sich daher nicht in guten Treuen auf die Unkenntnis der Liste der nicht zugelassenen Leistungserbringer berufen; zumal die Y die versicherten Personen in den monatlichen Ausgaben ihrer Mitgliederzeitschrift diese Spitalliste mehrmals veröffentlichte oder zumindest auf ihr Bestehen hinwies (vgl. Y Magazin Oktober 2004, Februar 2005 und Mai 2005). Dieser Spitalliste hätte er entnehmen können, dass die Y die in der Praxisklinik E entstandenen Kosten nicht oder nicht vollumfänglich decken, dagegen diejenigen der B Klinik. Er kann sich daher aus dem Umstand, dass die Kosten für den Aufenthalt in der B Klinik im Jahre 2003 von der Y übernommen wurden, nichts zu seinen Gunsten ableiten. Es wäre ihm auch offen gestanden, mit der zuständigen Y-Agentur die Kostendeckung vorgängig abzuklären. Im Übrigen hätte er auch einige Zeit vor seinem Eintritt in die E-Klinik ein Gesuch um Kostenübernahme stellen können. Stattdessen wurde ein solches erst am Tag des Klinikseintritts am 11. Dezember 2005 der Y eingereicht. Ohne rechtzeitige Rücksprache mit der Y hat er sich somit für den Aufenthalt in der E-Klinik entschieden, weshalb er für seine Dispositionen verantwortlich ist. Die Klage ist demgemäss abzuweisen.

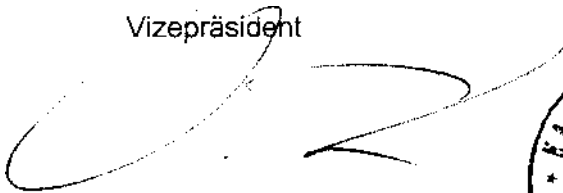
Demgemäss wird **erkannt**:

- ://:
1. Die Klage wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Mitteilung an Parteien
Bundesamt für Privatversicherungen

Vizepräsident

Gerichtsschreiberin



W. Schmid

Rechtsmittelbelehrung:

Der Streitwert gemäss Art. 74 BGG ist nicht erreicht. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit schriftlicher Eröffnung beim Bundesgericht subsidiäre Verfassungsbeschwerde nach Art. 113 ff. des Bundesgerichtsgesetzes (BGG) vom 17. Juni 2005 oder, falls sich eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung stellt, Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. BGG eingereicht werden. Diese Frist kann nicht verlängert werden (Art. 47 Abs. 1 BGG). Werden beide Rechtsmittel ergriffen, so sind sie mit der gleichen Rechtsschrift einzureichen (Art. 119 Abs. BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, einzureichen. Sie ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten (Art. 42 Abs. 1 BGG). In der Begründung ist bei der subsidiären Verfassungsbeschwerde darzulegen, inwiefern der angefochtene Akt verfassungsmässige Rechte verletzt (Art. 42 Abs. 2 BGG). Bei der Beschwerde in Zivilsachen ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Akt Recht verletzt, und es ist aufzuführen, warum sich eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung stellt. Die Urkunden, auf die sich die Beschwerde führende Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat. Ebenfalls beizulegen ist der angefochtene Entscheid (Art. 42 Abs. 3 BGG).