

KK.2009.00013

Sozialversicherungsgericht
des Kantons Zürich
I. Kammer

Sozialversicherungsrichterin Grünig, Vorsitzende
Sozialversicherungsrichter Spitz
Ersatzrichterin Maurer Reiter
Gerichtssekretärin Kobel

Urteil vom 24. Juni 2010

in Sachen

X.____

Kläger

gegen

Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung
Hauptsitz, Rechtsdienst
Bundesplatz 15, 6002 Luzern
Beklagte

Sachverhalt:

1. X.____ war bis Ende Dezember 2008 bei der Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung (Concordia) für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert und hatte in diesem Rahmen das Versicherungsmodell der Hausarztversicherung myDoc gewählt. Daneben verfügte er bei der Concordia über die Zusatzversicherungen DIVERSA und NATURA sowie über die Spitalversicherung PE 2 (halbprivate Abteilung) (vgl. die Versicherungspolice für das Jahr 2008, Urk. 7/1). Per 31. Dezember 2008 kündigte X.____ die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei der Concordia und wechselte dafür per 1. Januar 2009 zur Atupri Krankenkasse (Atupri; vgl. Urk. 7/3 und die Offerte der Atupri vom 27. Oktober 2008, Urk. 2/3). Die Concordia stellte ihm daraufhin am 9. Dezember 2008 für das Jahr 2009 eine neue Police für die beibehaltenen Zusatzversicherungen aus, gemäss der die monatliche Prämie für die Zusatzversicherung DIVERSA wie bisher Fr. 13.60 und die monatliche Prämie für die Zusatzversicherung NATURA wie bisher Fr. 16.60 betrug, wogegen die Prämie für die Spitalversicherung statt auf Fr. 123.90 neu auf Fr. 145.70 festgesetzt war (Urk. 2/2; vgl. demgegenüber die für das Jahr 2009 ursprünglich ausgestellte Police vom 14. Oktober 2008, Urk. 2/1). In der nachfolgenden Korrespondenz (Urk. 2/5-12, Urk. 7/5-11) begründete die Concordia die Erhöhung der Prämie der Spitalversicherung PE 2 damit, dass der entsprechende Rabatt mit dem Bestehen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Hausarztversicherungsmodell verknüpft gewesen sei und daher mit dem Entfallen dieser Versicherung nicht mehr zu gewähren sei. Demgegenüber verlangte der Versicherte die Weitergewährung des Rabattes.

2. Am 29. März 2009 reichte X.____ Klage ein und beantragte sinngemäss, die Concordia sei zu verpflichten, ihm den bisherigen Rabatt auf den Zusatzversicherungsprämien zu gewähren (Urk. 1). Die Concordia schloss in der Klageantwort vom 3. Juni 2009 auf Abweisung der Klage (Urk. 6) und legte in der zusätzlichen Eingabe vom 10. Juni 2009 dar, dass der Versicherte ab dem 1. Januar 2009 nur monatliche Zusatzversicherungsprämien im Gesamtbetrag von Fr. 154.10 gemäss der ursprünglichen ausgestellten Police vom 14. Oktober 2008 anstelle der Zusatzversicherungsprämien im Gesamtbetrag von Fr. 175.90 gemäss der neuen Police

vom 9. Dezember 2008 bezahlt habe (Urk. 9 mit der beigelegten Aufstellung in Urk. 10). In der Replik vom 8. Juli 2009 (Urk. 13) und in der Duplik vom 4. August 2009 (Urk. 16) blieben die Parteien bei ihren Standpunkten.

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Zu überprüfen ist die Höhe der Versicherungsprämien, die der Kläger der Beklagten ab dem 1. Januar 2009 zu bezahlen hat. Wie der ursprünglichen Police vom 14. Oktober 2008 (Urk. 2/1) und der geänderten Police vom 9. Dezember 2008 (Urk. 2/2) zu entnehmen ist, ist einzig die Höhe der Prämie für die Spitalversicherung PE 2 umstritten; die Beklagte setzte diese aufgrund dessen, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung wegfiel, von Fr. 123.90 auf Fr. 145.70 hinauf.

Eingeklagt ist nicht eine Leistung - der Kläger ist der Beklagten gemäss deren Vorbringen vom 10. Juni 2009 (Urk. 9 und Urk. 10) die strittige Prämien Differenz schuldig geblieben und verlangt somit keine Prämienrückerstattung von ihr -, sondern es geht um die Ausgestaltung des Vertrags über die Spitalversicherung PE 2 in Bezug auf die Prämienhöhe. Es liegt somit eine Gestaltungs klage vor (vgl. Frank/Sträuli/Messmer, Kommentar zur zürcherischen Zivilprozessordnung [ZPO], 3. Auflage, Zürich 1997, § 59 Rz 27). Das Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung dieser Klage ist ohne Weiteres gegeben (vgl. Frank/Sträuli/Messmer, a.a.O., § 51 Rz 3c), sodass darauf einzutreten ist.

2.

2.1 Gemäss der unbestrittenen Darstellung der Beklagten (Urk. 6 S. 3 f.) hatte diese bis Ende 2004 ein Hausarztversicherungsmodell des Namens CareMed-Hausarztversicherung angeboten, eine obligatorische Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, wie sie in Art. 41 und Art. 62 Abs. 1 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und Art. 99-101 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vorgesehen ist. Neben dem Reglement "Obligatorische Krankenpflegeversicherung" (vgl. die Ausgabe 2007 in Urk. 7/12) war für dieses Versicherungsmodell das Zusatzreglement "CareMed-Hausarztversicherung" erstellt worden (Urk. 7/13 S. 1-3). Sodann waren die Zusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; vgl. Art. 12 Abs. 2 und Abs. 3 KVG) von Inhabern einer CareMed-Hausarztversicherung ebenfalls als Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer geführt worden; dafür galten neben den "Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Pflegezusatzversicherungen" (vgl. die Ausgaben 2007 und 1997 in Urk. 18/1 und Urk. 18/2) die "Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) für Zusatzversicherungen von CareMed-Versicherten" (Urk. 7/13 S. 4). Wie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hatte den Zusatzversicherungsinhabern im CareMed-Modell ein Prämienrabatt zugestanden (vgl. Art. 4 der "BVB für Zusatzversicherungen von CareMed-Versicherten"). Per 1. Januar 2005 hatte die Beklagte das angebotene Hausarztversicherungsmodell in myDoc umbenannt und dafür das Zusatzreglement "myDoc Hausarztversicherung" geschaffen (vgl. die Ausgabe 2007 in Urk. 7/14). Gleichzeitig wurden die "BVB für Zusatzversicherungen von CareMed-Versicherten" aufgehoben; die Zusatzversicherungen von Inhabern der myDoc Hausarztversicherung wurden fortan nicht mehr als Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer geführt. Dies ist einem Informationsschreiben der Beklagten vom Oktober 2004 (Urk. 7/15 S. 2) und der Kundenzeitschrift "Care" der Ausgabe Dezember 2004 (Urk. 7/16 S. 3) zu entnehmen. Den bisherigen CareMed-Versicherten wurde indessen der Rabatt auf der Spitalversicherung PE weitergewährt, währenddem die Rabatte auf den übrigen Zusatzversicherungen wegfielen (vgl. Urk. 7/15 S. 2).

2.2 Wie ebenfalls nicht strittig ist, hatte der Kläger zur Kategorie derjenigen Versicherten gehört, die vor dem 1. Januar 2005 in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des CareMed-Modells versichert gewesen waren und dessen Zusatzversicherungen daher als Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der

Leistungserbringer und entsprechendem Prämienrabatt geführt worden waren. Aus der Police des Jahres 2008 (Urk. 7/1) ist sodann ersichtlich, dass die Hausarztversicherung des Klägers per 1. Januar 2005 in Anwendung der von der Beklagten vorgenommenen Änderungen in myDoc Hausarztversicherung umbenannt worden war, und die Beklagte legte dar, dass die Zusatzversicherungen des Klägers wie bei allen von den Änderungen betroffenen Versicherten nicht mehr Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gewesen seien, dass dem Kläger als myDoc-Versichertem und bisherigem CareMed-Versichertem jedoch auf der Spitalversicherung PE 2 weiterhin ein Rabatt gewährt worden sei (Urk. 6 S. 4). Dieser Rabatt entfiel indessen nach der Auffassung der Beklagten ab dem Zeitpunkt, ab dem der Kläger die obligatorische Krankenpflegeversicherung und damit auch das Versicherungsmodell myDoc aufgegeben hatte (Urk. 6 S. 4 und S. 6, Urk. 16 S. 3).

2.3 Der Kläger hält dieser Auffassung vorab entgegen, die Aufhebung der "BVB für Zusatzversicherungen von Caremed-Versicherten", welche die Zusatzversicherungen von der Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer befreite und damit auch die entsprechenden Rabatte grundsätzlich entfallen liess, sei ihm gegenüber nicht wirksam geworden (Urk. 13). Die "AVB Pflegezusatzversicherungen" in der Ausgabe 1997, die zur Zeit der besagten Aufhebung der "BVB für Zusatzversicherungen von Caremed-Versicherten" in Kraft gewesen waren (Urk. 18/2), sehen indessen in Art. 41 die Möglichkeit der Kasse vor, die Versicherungsbedingungen anzupassen. Da in Art. 2 der "BVB für Zusatzversicherungen von CareMed-Versicherten" unter anderem auf die AVB für die Zusatzversicherungen verwiesen wird, stellt der besagte Art. 41 eine gültige Rechtsgrundlage für die Aufhebung der zur Diskussion stehenden BVB dar. Voraussetzung für das Wirksamwerden von Anpassungen ist nach Art. 41 der "AVB Pflegezusatzversicherungen" jedoch, dass der Versicherer diese dem Versicherungsnehmer spätestens 25 Tage vor deren Inkrafttreten mitteilt, worauf der Versicherungsnehmer das Recht hat, die Versicherung auf Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen. Eine solche Mitteilung ist vorliegendenfalls erfolgt, und zwar nicht nur mittels der Kundenzeitschrift "Care" vom Dezember 2004 (Urk. 7/16), sondern bereits vorher durch das Informationsschreiben vom Oktober 2004 (Urk. 7/15). Dessen Erhalt stellt der Kläger nicht in Abrede, sondern er macht nur geltend, keine neuen Bestimmungen unterzeichnet zu haben (Urk. 13 S. 1), was jedoch keine Voraussetzung für eine gültige Vertragsänderung ist.

Des Weiteren bringt die Beklagte zu Recht sinngemäss vor, dass der Prämienrabatt auf der Spitalversicherung PE 2 mit der Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung selbst dann entfallen wäre, wenn für den Kläger die CareMed-Versicherung in der ursprünglichen Form und mit der ursprünglichen Verknüpfung mit den Zusatzversicherungen weitergegolten hätte (vgl. Urk. 6 S. 4). Denn in Art. 1.1 der "BVB für Zusatzversicherungen von CareMed-Versicherten" ist festgehalten, dass diese Zusatzversicherungen mit Rabatt nur in Verbindung mit einer CareMed-Hausarztversicherung der Concordia abgeschlossen werden können (Urk. 7/13 S. 4). Schon daraus folgte, dass der Rabatt entfiel, wenn die CareMed-Hausarztversicherung nicht mehr bestand, ungeachtet dessen, ob bei einem anderen Versicherer wiederum eine obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer abgeschlossen wurde.

2.4 Der Kläger macht zusätzlich geltend, das Entfallen des Zusatzversicherungsrabattes beim Übertritt in die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Hausarztmodell eines anderen Versicherers erschwere den Krankenkassenwechsel übermässig (Urk. 1, Urk. 13 S. 2). Zwar ist in Art. 7 Abs. 7 KVG vorgeschrieben, dass der bisherige Versicherer eine versicherte Person nicht dazu zwingen darf, bei einem Wechsel des Versicherers auch die ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen nach Art. 12 KVG zu kündigen. Hingegen wird es als zulässig erachtet, die Kündigung der Grundversicherung mit Nachteilen bei den Zusatzversicherungen zu verknüpfen (Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2. Auflage, Basel 2007, S. 448 Rz 162; Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über

die Krankenversicherung [KVG], Zürich 2010, Art. 7 Rz 16). Art. 7 Abs. 7 KVG steht somit dem Vorgehen der Beklagten nicht entgegen.

2.5 Damit ist die Erhöhung der Prämie der Spitalversicherung PE 2 von Fr. 123.90 auf Fr. 145.70 per 1. Januar 2009 rechtes und die Klage ist abzuweisen.

Der für das Rechtsmittel an das Bundesgericht massgebende Streitwert berechnet sich bei wiederkehrenden Leistungen gestützt auf Art. 51 Abs. 4 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) nach dem zwanzigfachen Betrag der einjährigen Leistung. Strittig ist eine monatliche Prämien Differenz von Fr. 21.80 (Fr. 145.70 - 123.90), was pro Jahr einen Betrag von Fr. 261.60 ergibt. Das Zwanzigfache davon ist eine Summe von Fr. 5'232.--.

Das Gericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - X.____ unter Beilage je einer Kopie von Urk. 18/1-5
 - Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung
 - Bundesamt für Privatversicherungen
4. Da der Streitwert unter Fr. 30'000.-- liegt, kann gegen diesen Entscheid innert **30 Tagen** seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) eingereicht werden, wenn sich eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung stellt (Art. 74 Abs. 2 lit. a BGG).

Soweit keine Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. BGG zulässig ist, kann gegen diesen Entscheid innert der gleichen Frist von **30 Tagen** seit der Zustellung beim Bundesgericht die subsidiäre Verfassungsbeschwerde nach Art. 113 ff. BGG erhoben werden. Gerügt werden kann nach Art. 116 BGG die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten.

Werden sowohl die zivilrechtliche Beschwerde als auch die subsidiäre Verfassungsbeschwerde erhoben, sind beide Rechtsmittel in der gleichen Rechtsschrift einzureichen (Art. 119 Abs. 1 BGG).

Die Fristen stehen während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).