

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2021 51

## Urteil vom 14. Januar 2022

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Klägerin,

**gegen**

**B. \_\_\_\_\_ AG,**  
Beklagte,

---

Gegenstand

Krankenversicherung (Forderung aus Zusatzversicherung zum  
KVG; Massage-Kosten)

### **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1958) verfügt über eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung bei der B.\_\_\_\_\_ AG (nachfolgend B.\_\_\_\_\_ AG). Es handelt sich um die Zusatzversicherung 'Basic 1', Versicherung für nichtpflichtige Medikamente, Alternativmedizin und KVG-Ärzte ganze Schweiz (B-act. 1).

**B.** A.\_\_\_\_\_ reichte der B.\_\_\_\_\_ AG Rechnungen von über Fr. 648.-- resp. Fr. 216.-- für im Zeitraum vom 5. Januar 2021 bis 16. März 2021 und 20. April 2021 bis 11. Mai 2021 von G.\_\_\_\_\_ (Therapeutin, Praxis Komplementärmedizin.ch, Adliswil) erbrachte Massage-Behandlungen ein. Mit Leistungsabrechnungen vom 24. März 2021 und 4. August 2021 lehnte die B.\_\_\_\_\_ AG die Kostenübernahme ab (K-act. 1 und 2).

**C.** Am 18. August 2021 erhob A.\_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Klage gegen die B.\_\_\_\_\_ AG mit dem sinngemässen Antrag, die B.\_\_\_\_\_ AG sei zur Kostenübernahme der beiden Rechnungen für Massage-Behandlungen in der Gesamthöhe von Fr. 864.-- (Fr. 648 + Fr. 216) zu verpflichten.

Die Klage enthielt den Vermerk, die Klägerin weile vom 12. September bis Ende November 2021 je nach Covid-Situation im Ausland.

**D.** Mit Klageantwort vom 15. Oktober 2021 beantragt die B.\_\_\_\_\_ AG:

1. Die Klage sei vollumfänglich abzuweisen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Klägerin.

**E.** Am 19. Oktober 2021 stellte das Gericht der Klägerin die Klageantwort zu. Am 3. Dezember 2021 setzte es der Klägerin eine Frist bis 20. Dezember 2021, um entweder eine Replik zur Klageantwort einzureichen oder eine mündliche Verhandlung zu verlangen; Stillschweigen werde als Verzicht sowohl auf eine Replik als auch auf eine mündliche Verhandlung interpretiert. Die Klägerin verzichtete auf eine Eingabe.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

1. Eingeklagt sind Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Klägerin beantragt, die Beklagte habe gestützt auf die Zusatzversicherung Basic 1 die Kosten der von G.\_\_\_\_\_ erbrachten Massage-Behandlungen in der Höhe von Fr. 826.-- zu übernehmen.

**1.1** Es ist zwischen den Parteien unbestritten, dass es sich bei vorliegender Streitigkeit um eine solche aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung handelt, dass hierfür im Kanton Schwyz das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz zuständig ist (Art. 7 Schweizerische Zivilprozessordnung [Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272] vom 19.12.2008 i.V.m. § 24 Abs. 2 Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung [EGzKVG; SRSZ 361.100] vom 19.9.2007), dass Streitigkeiten aus solchen Versicherungen privatrechtlicher Natur sind (BGE 138 III 2 Erw. 1.1) und dass sich das Verfahren nach der ZPO richtet (Urteil BGer 4A\_110/2017 vom 27.7.2017 Erw. 3), wobei vor der Klageeinreichung kein Schlichtungsverfahren durchzuführen ist (BGE 138 III 558 Erw. 4) und nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ohne Rücksicht auf den Streitwert das vereinfachte Verfahren gilt.

**1.2.1** Gemäss Art. 8 Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB; SR 210) vom 10. Dezember 1907 hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet (BGE 130 III 321 Erw. 3.1; Urteil BGer 4A\_117/2021 vom 31.8.2021 Erw. 3.3).

Im Rahmen des Versicherungsvertrags hat die anspruchsberechtigte Person - in der Regel die Versicherungsnehmerin - die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruchs (Art. 39 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag [Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1] vom 2.4.1908) zu behaupten und zu beweisen (vgl. Urteil BGer 4A\_144/2021 vom 13.9.2021 Erw. 4.2.1).

Den Versicherer trifft demgegenüber die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglich vorgesehenen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen, wie u.a. die betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs nach Art. 40 VVG.

Anspruchsberechtigter und Versicherer haben im Streit um vertragliche Leistungen also je ihr eigenes Beweisthema (BGE 130 III 321 Erw. 3.1; Urteile BGer 4A\_117/2021 vom 31.8.2021 Erw. 3.3.1; 4A\_382/2014 vom 3.3.2014 Erw. 5.3 mit Hinweis).

**1.2.2** Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, genießt der Versicherungsnehmer insofern eine Beweiserleichterung, als er nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Beim Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist verlangt, dass die Möglichkeit, es könnte sich auch anders verhalten, zwar nicht ausgeschlossen ist, sie aber für die betreffende Tatsache weder eine massgebende Rolle spielen noch vernünftigerweise in Betracht fallen darf (BGE 141 III 241 Erw. 3.1; BGE 130 III 321 Erw. 3.3; Urteile BGer 4A\_117/2021 vom 31.8.2021 Erw. 3.3.1; 4A\_516/2014 vom 11.3.2015 Erw. 4.1; 4A\_186/2009 vom 3.3.2010 Erw. 6.2.1). Diese Beweiserleichterung setzt allerdings eine Beweisnot voraus, was erfüllt ist, wenn ein strikter Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Blosser Beweisschwierigkeiten im konkreten Einzelfall können nicht zu einer Erleichterung führen. Beweisnot liegt etwa bei einer Diebstahlversicherung vor. Sie kann hingegen für die Leistungsvoraussetzung der 'Krankheit' ebensowenig gelten wie für die 'Arbeitsunfähigkeit', kann sie doch wie diese mit entsprechenden Zeugnissen bewiesen werden, weshalb das ordentliche Beweismass der vollen Überzeugung gilt (Urteile BGer 4A\_117/2021 vom 31.8.2021 Erw. 3.3.1; 4A\_144/2021 vom 13.9.2021 Erw. 5.2).

**1.2.3** Die Beweislastverteilung regelt die Folgen der Beweislosigkeit. Gelangt ein Gericht dagegen in Würdigung der Beweise zum Schluss, eine Tatsachenbehauptung sei bewiesen oder widerlegt, ist die Beweislastverteilung gegenstandslos. Tatsächliche Vermutungen lassen den Schluss auf das Vorhandensein oder das Fehlen bestimmter Tatsachen zu und bilden Teil der Beweiswürdigung (BGE 141 III 241 Erw. 3.2 mit Hinweisen u.a. auf BGE 138 III 359 Erw. 6.3; BGE 135 II 161 Erw. 3; BGE 134 III 235 Erw. 4.3.4).

**1.3.1** Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten. Der Vertragsinhalt richtet sich häufig nach vorformulierten Allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB). Das Schweizerische Obligationenrecht (OR) gilt immer subsidiär, wenn das VVG - das hinsichtlich des (Zusatz-)Versicherungsvertrages zahlreiche vom OR abweichende oder dieses ergänzende Bestimmungen enthält - eine Frage nicht regelt (vgl. Art. 100 Abs. 1 VVG).

**1.3.2** Die Klägerin schloss bei der Beklagten die Zusatzversicherung Basic 1 nach VVG ab (B-act. 1). Diese richtet sich zum einen nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Ausgabe 01.1997, Fassung 2020, zum anderen nach den Zusatzbedingungen (ZB) 01.1997, Fassung 2020 für die Versicherung

für nichtpflichtige Medikamente, Alternativmedizin und KVG-Ärzte ganze Schweiz (B-act. 2 und 3). Diese Grundlagen sind seitens der Parteien unbestritten.

**1.3.3** Klauseln von allgemeinen Geschäfts- resp. Versicherungsbedingungen sind, wenn sie in Verträge übernommen werden, grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen (BGE 142 III 671 Erw. 3.3 mit Verweisen). Entscheidend ist demnach in erster Linie der übereinstimmende wirkliche Wille der Vertragsparteien und in zweiter Linie, falls ein solcher - wie hier - nicht festgestellt werden kann, die Auslegung der Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips. Dabei ist vom Wortlaut der Erklärungen auszugehen, welche jedoch nicht isoliert, sondern aus ihrem konkreten Sinngefüge heraus zu beurteilen sind (BGE 140 III 391 Erw. 2.3; BGE 138 III 659 Erw. 4.2.1). Demnach ist der vom Erklärenden verfolgte Regelungszweck massgebend, wie ihn der Erklärungsempfänger in guten Treuen verstehen durfte und musste (BGE 142 III 671 Erw. 3.3; BGE 140 III 391 Erw. 2.3).

**1.3.4** Gemäss ZB Basic 1 erbringt die Beklagte Leistungen u.a. für Alternativmedizin, nämlich (ZB Basic 1 Ziff. 2.3; B-act. 3):

80% der Kosten (Untersuchungen, Therapien, abgegebene Medikamente), max. Fr. 5'000.-- pro Kalenderjahr, wenn die Behandlung durch folgende Leistungserbringer notwendig ist:

- Arzt
- Apotheker mit entsprechender Zusatzausbildung
- kantonale gesetzlich zugelassener Naturheilarzt
- Naturheilpraktiker NVS (Vollmitglied)

Sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt, werden Leistungen auch bei andern, entsprechend ausgebildeten Therapeuten erbracht.

Grundlagen der ZB Basic 1 bilden die AVB. Denen gemäss versichert die Beklagte die wirtschaftlichen Folgen u.a. von Krankheit (AVB Ziff. 2), wobei als Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit gilt, die nicht Folge eines Unfalls ist, und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert (AVB Ziff. 5 Abs. 1). Vergütet werden die Kosten in Ergänzung zu den Leistungen der Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (AVB Ziff. 2 Satz 2; B-act. 2). Die versicherten Leistungen umfassen u.a. Kosten für ambulante und/oder stationäre Behandlungen und zwar im Rahmen der ungedeckten Kosten (AVB Ziff. 3 und 4 Abs. 1).

**2.** Bezüglich der von der Klägerin geltend gemachten Leistungen für Massage-Behandlungen ergibt sich aus den Akten:

**2.1** Am 16. Juni 2020 ersuchte die Klägerin um Übernahme von Kosten für Massage-Behandlungen (B-act. 4). Sie habe mit der Beklagten einen entspre-

chenden Versicherungsvertrag. Dieser verlange keine Kostengutsprache durch die Beklagte, sondern es werde lediglich die Maximalleistung von Fr. 5'000.-- pro Jahr festgelegt, welche sie nie bis zum letzten Rappen ausgeschöpft habe.

Die Therapeutin G. \_\_\_\_\_ (Med. Masseurin, Med.- & Rhythmische Massage, Bodyforming, Fussreflexzonen, Medizinische Bädertherapie; gemäss Web-Auftritt [www....ch](http://www....ch), zuletzt eingesehen am 20.12.2021) schrieb der Beklagten am 3. August 2020, sie habe die Klägerin im Mai 2020 dreimal behandelt wegen starken Nacken-/ Schulterverspannungen mit verstärktem Tinnitus und Unruhezustand und Schlafschwierigkeiten. Mit medizinischen Massagen habe sie den Gewebe- und Muskeltonus regulieren können. Die tiefere Atmung habe sich positiv auf den Tinnitus und die Unruhe ausgewirkt, sie sei wieder zur Ruhe gekommen und das tiefere Schlafen habe wieder eingesetzt. Aktuell (8.2020) sei sie nach einem strengen Umzug wegen starken Verspannungen im Nacken und Schultergürtel in der medizinischen Massage. Auch der Tinnitus habe sich in der sehr intensiven Phase wieder bemerkbar gemacht und sie könne schlecht schlafen. Die Klägerin spreche auf medizinische Massagen in intensiven Lebensphasen äusserst positiv und schnell an. Sie könne das System der Klägerin mit gezielten Sitzungen wieder mobilisieren (B-act. 5).

Am 28. August 2020 antwortete die Beklagte der Klägerin, das vertraglich definierte Leistungsmaximum von Fr. 5'000.-- berechtige nicht zum Leistungsbezug bis zu dieser Grenze, ohne dass der Versicherer die Leistungspflicht überprüfen würde. Auch im Zusatzversicherungsbereich würden Leistungen auf Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit geprüft. Vorliegend würden Unterlagen fehlen, um die Notwendigkeit der Massage-Behandlungen und die Leistungspflicht überprüfen zu können (B-act. 6).

**2.2** Am 1. September 2020 berichtete med.pract. C. \_\_\_\_\_ (FMH Allgemeine Innere Medizin) der Beklagten, die Klägerin leide im Rahmen von degenerativen Veränderungen unter chronischen Beschwerden im Zusammenhang mit Verspannungen. Durch die aktuelle Situation seien diese noch deutlich verstärkt worden. Eine ursächliche Therapie existiere nicht; sie könne jedoch die Beschwerden mit regelmässiger Massage, natürlich nebst konsequent durchgeführtem Heimtraining, im Gleichgewicht halten. Auf kostspielige Abklärungen habe man deshalb verzichtet; die Weiterführung der Massagen wäre sehr wünschenswert, um die positive Situation lange erhalten zu können (B-act. 7).

Die Beklagte teilte der Klägerin am 24. September 2020 mit, den vorliegenden Informationen sei zu entnehmen, dass kein konkretes Therapiekonzept zur Behandlung der Diagnose (vordergründig Nacken-/ Schulterverspannungen) vorhanden sei. Med.pract. C. \_\_\_\_\_ bezeichne die Weiterführung der Massage-

Therapie als medizinisch wünschenswert und nicht notwendig. Das Ausmass der geklagten Beschwerden (über Jahre hinweg) habe ärztlich nicht genauer beschrieben werden können. Es bestünden keine weiteren Abklärungen zu diesen länger anhaltenden Beschwerden; es seien keine Befunde durch einen Spezialisten verifiziert worden. Die Massage-Therapien würden jeweils einen kurzfristig positiven Effekt aufweisen. Mit dieser passiven, manuellen Behandlungsmethode sei eine gewisse Zweckmässigkeit gegeben. Hingegen könne die Beklagte mit dieser Methode keinen langanhaltenden wirksamen Effekt auf das Fortschreiten der Erkrankung erkennen. Es müsse ein integrales und längerfristig wirksames Therapiekonzept vorhanden sein, was die Klägerin mit der Hausärztin und Therapeutin besprechen möge. Unpräjudiziell sprach die Beklagte eine Kostengutsprache von 4 Massage-Sitzungen im 2020 gut (B-act. 8).

**2.3** Nach weiterer Leistungsablehnung gelangte die Klägerin mit E-Mail vom 2. April 2021 an die Beklagte. Diese bestreite die medizinische Indikation. Ihre Ärztin habe bereits etliche Male bestätigt, dass es keine ursächliche Behandlung der Beschwerde gebe und durch regelmässige manuelle Anwendungen die Lebensqualität wesentlich verbessert oder mindestens gehalten werden könne. Sie habe mehrmals angeboten, sich vertrauensärztlich untersuchen zu lassen, was die Beklagte stets abgelehnt habe. Sie werde die Behandlungen nun im 3-Wochen-Rhythmus ansetzen und schauen, ob sich die Beschwerden damit einigermaßen beschwichtigen liessen. Starke Medikamente wolle sie nicht einnehmen, solange es weniger invasive, helfende Methoden gebe, wofür sie ja auch vor Jahren die Zusatzversicherung abgeschlossen habe (B-act. 9).

Hierauf antwortete die Beklagte am 9. April 2021 mit Verweis auf das Schreiben vom 24. September 2020. Sie benötige zur Leistungsprüfung ein schriftliches integrales und längerfristiges Therapiekonzept, das bis dato nicht vorliege. Entsprechend sei eine Kostenübernahme nicht möglich (B-act. 9).

Gleichen Tags verwies die Klägerin auf eine E-Mail der Beklagten vom 14. Oktober 2020, in welcher bestätigt werde, dass Frau G. \_\_\_\_\_ als Therapeutin anerkannt sei. Im Versicherungsvertrag stehe nichts von einer alljährlich sich wiederholenden Überprüfung der Leistungspflicht. Sie nehme die Dienste von naturheilkundlichen Therapien in Anspruch, wenn sie diese benötige, statt das Geld mit Arztbesuchen (die gar nichts brächten) zu verschleudern. Sie werde ihren Anspruch gerichtlich durchsetzen (B-act. 9).

Am 4. Mai 2021 antwortete die Beklagte, die Leistungsablehnung sei nicht mangels Anerkennung der Therapeutin oder Therapiemethode erfolgt, sondern weil das Kriterium der Notwendigkeit der Behandlung nicht belegt sei. In den Zusatzbedingungen unter Ziff. 2.3 Alternativmedizin sei vermerkt, dass die Behandlung

übernommen werde, sofern diese als notwendig eingestuft werden könne. Für die Prüfung der Notwendigkeit würden die in der Krankenversicherung üblichen Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit herangezogen. Bei Langzeit- und Dauerbehandlungen stehe dabei die Fortdauer der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit im Vordergrund. Aus der Zusatzversicherung bezahlte Massagebehandlungen seien nicht als Langzeit- oder Dauerabonnement gedacht. Nach lange andauernder Therapie müsse eine Besserung oder Reduktion der Therapiefrequenz eintreten. Andernfalls sei es nicht erstellt, dass Massagen die richtige Therapie für das in Frage stehende Leiden seien. Zudem gelte der Grundsatz der Präferenz von aktiven gegenüber passiven Behandlungsmassnahmen. Da bis dato kein ausführlicher und detaillierter Verlaufsbericht inkl. Therapiekonzept und Prognose vorliege, könne keine Leistungsüberprüfung, insbesondere in Bezug auf die Notwendigkeit, erfolgen (B-act. 10).

**2.4** Mit Bericht vom 7. Juni 2021 wiederholte med.pract. C.\_\_\_\_\_, die Klägerin leide im Rahmen von degenerativen Veränderungen unter verschiedenen chronischen Beschwerden hauptsächlich im HWS-Bereich. Eine ursächliche Therapie bestehe nicht, mit regelmässiger Massage nebst konsequentem Heimtraining könnten die Beschwerden im Gleichgewicht gehalten werden. Auf kostspielige Abklärungen habe man verzichtet; Therapieversuche mit anerkannten Methoden wie bspw. Physiotherapie, Psychotherapie seien frustriert gewesen, eine medikamentöse Dauertherapie sei sicherlich auch nicht optimal. Die Weiterführung der Massagen sei kosteneffizient und erwiesenermassen erfolgreich und damit wünschenswert, um die positive Situation möglichst lange erhalten zu können (B-act. 11).

**2.5** Am 23. Juni 2021 unterbreitete die Beklagte ihrem Vertrauensarzt die Frage, ob eine Weiterführung der Massagebehandlung bei den Diagnosen (gestützt auf den Bericht C.\_\_\_\_\_) notwendig sei, wenn ja, in welcher Frequenz, welche alternativen Behandlungsmethoden durchgeführt werden könnten, ob es Sinn mache, die Massagebehandlung nur in Akutphasen gutzuheissen? (Bf-act. 12)

Der Vertrauensarzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (Praktischer Arzt, Vertrauensarzt SGV) antwortete am 24. Juni 2021 (B-act. 12):

Grundsätzlich ist von ausschliesslich passiven Massnahmen keine nachhaltige Verbesserung zu erwarten. Massagen machen dann Sinn, wenn die Muskulatur vor einer aktiven Therapie - Physiotherapie - gelockert werden muss, um diese überhaupt trainieren zu können. Bei chronischen degenerativen Veränderungen sind zwischendurch evt. Massagen angezeigt, um sich neu bildende Myogelosen zu lockern. Eine Dauertherapie führt jedoch eher zur Chronifizierung des Problems, wenn keine aktiven Massnahmen durchgeführt werden. Dann tut es gut,

hilft aber nicht auf Dauer. Die Fortsetzung macht nur Sinn, wenn sie mit aktiven Massnahmen, die kontrolliert werden müssen, kombiniert werden.

Ich empfehle daher eine Ablehnung, solange dies nicht erfolgt.

**2.6** Mit Bericht vom 28. Juni 2021 informiert G.\_\_\_\_\_ die Beklagte, sie behandle die Klägerin seit 17. November 2020 bis 11. Mai 2021 mit Nacken-/Schulterverspannungen mit verstärktem Tinnitus und Unruhezustand und Schlafschwierigkeiten. Mit medizinischer Massage und rhythmischer Massage habe sie den Gewebe- und Muskeltonus regulieren können. Die tiefere Atmung wirke sich positiv auf den Tinnitus und die Unruhe aus. Die Klägerin sei wieder zur Ruhe gekommen und das tiefere Schlafen habe wieder eingesetzt, die Allergieintervalle hätten abgenommen. Die Klägerin spreche in ihren intensiven Lebensphasen äusserst positiv und schnell auf die medizinischen und rhythmischen Massagen an. Ihr System könne mit gezielten Sitzungen wieder mobilisiert werden (B-act. 13).

Am 2. Juli 2021 wiederholt zudem med.pract. C.\_\_\_\_\_ ihre Ausführungen (vgl. oben Erw. 2.4). Die Therapien seien in ihrem individuellen Fall über Jahre erprobt und eintitriert und entsprächen einer chronischen Therapie bei einer chronischen Krankheit. Die Wirtschaftlichkeit sei gegeben, da die Klägerin keine kostspieligen Medikamente und Abklärungen benötige (B-act. 14).

**2.7** Auf die Berichte med.pract. C.\_\_\_\_\_ und des Vertrauensarztes Bezug nehmend, informierte die Beklagte am 15. Juli 2021 die Klägerin, die Ärztin beschreibe chronische Beschwerden, zu welchen keine ursächliche Therapie existiere, die Massagebehandlungen seien wünschenswert. Gemäss Vertrauensarzt sei von ausschliesslich passiven Massnahmen aber keine nachhaltige Verbesserung zu erwarten; eine Weiterführung mache nur in Kombination mit einer aktiven Therapie wie z.B. Physiotherapie Sinn.

Die Weiterführung der Therapie wie im bisherigen Rahmen werde abgelehnt, jedoch würden 4 bis max. 5 Massage-Behandlungen ab 1. Juli 2021 für ein Jahr in Akutphasen übernommen unter der Voraussetzung, dass eine begleitete aktive Massnahme kombiniert werde. Seien ab Juli 2022 noch immer Massagebehandlungen notwendig, benötige die Beklagte einen ausführlichen und detaillierten Verlaufsbericht inkl. Therapiekonzept, Wirksamkeit und Prognose der behandelnden Ärztin mit Bezug auf die aktive Massnahme (B-act. 15).

**3.1** Vor Verwaltungsgericht macht die Klägerin geltend, sie erfülle alle Vorgaben des Versicherungsvertrages, damit die Beklagte die Leistungen übernehmen müsse. Die Beklagte versuche wie in den Vorjahren, sich aus der Zahlungspflicht zu schleichen, Physiotherapie vorauszusetzen und die Kosten auf die Grundver-

sicherung zu verlagern, den Leistungsumfang ausservertraglich zu begrenzen. Zudem verweist sie auf die Berichte med.pract. C. \_\_\_\_\_ vom 2. Juli 2021 und der Therapeutin G. \_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2021 sowie ihre Bereitschaft, sich vertrauensärztlich untersuchen zu lassen.

**3.2** In der Klageantwort bekräftigt die Beklagte, gemäss Ziff. 2.3 der ZB Basic 1 müsse die Behandlung notwendig sein. Der Grundsatz, dass nicht jede Behandlung zu einer Deckung führe, sondern nur dann, wenn sich die Notwendigkeit aus den Umständen im Einzelfall ergebe, sei in der Krankenversicherung - Grund- und Zusatzversicherung - üblich. In der Grundversicherung werde der Begriff 'Wirtschaftlichkeit' verwendet. Es sollen nicht unnötige, unwirksame bzw. nicht mehr wirksame unzweckmässige Massnahmen zu Lasten der Zusatzversicherung bezahlt werden. In Ziff. 11 AVB werde dies mit der Formulierung "oder zu anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken" konkretisiert.

Vorliegend sei die Notwendigkeit seit geraumer Zeit nicht mehr gegeben, was der Vertrauensarzt bestätige. Die Vorgaben für die Leistungsübernahme seien nicht erfüllt, was sich aus den Zusatzbedingungen und somit aus Vertrag ergebe.

Physiotherapie habe medizinisch gesehen einen aktiven und zielgerichteten Ansatz, weshalb sie auch von der Grundversicherung und nicht der Zusatzversicherung bezahlt werde. Die Beklagte bestreitet, Kosten auf die Grundversicherung abwälzen zu wollen.

Gegen die Notwendigkeit der Massagebehandlungen sprächen, wie bereits im Schreiben vom 24. September 2020 ausgeführt, das Fehlen eines Therapiekonzeptes, die blossе medizinische Wünschbarkeit, das Fehlen einer Beschreibung des konkreten Ausmasses der Beschwerden, fehlende Spezifizierung durch Spezialisten. Insbesondere sei auch die Nachhaltigkeit in Frage zu stellen.

In Würdigung, dass Massagen im Akutfall vorübergehend eine einigermaßen begründbare positive Wirkung entfalten könnten, habe man bereits in den vergangenen Jahren eine begrenzte Anzahl von Behandlungen bezahlt.

Eine persönliche Untersuchung durch den Vertrauensarzt sei nicht üblich und auch nicht notwendig, da sie keine höheren Erkenntnisse hervorbringe, als dies nicht bereits durch die Akten möglich sei.

**4.1** Vorab gilt es zu wiederholen, dass die Klägerin, die Leistungen gestützt auf den Versicherungsvertrag geltend macht, beweispflichtig ist für die Leistungsvoraussetzungen. Sie hat die rechtserheblichen Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruches zu behaupten und zu beweisen. Gelingt ihr dieser Be-

weis nicht, ist die Beklagte nicht leistungspflichtig (vgl. oben Erw. 1.2.1). Vorliegend bedeutet dies insbesondere, dass die Klägerin das Vorliegen einer Krankheit beweisen muss, wobei gemäss AVB Ziff. 5 Abs. 1 als Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit gilt, die nicht Folge eines Unfalles ist, und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert. Zudem hat sie gestützt auf ZB Ziff 2.3 den Nachweis zu erbringen, dass die durch einen Arzt, Apotheker mit entsprechender Zusatzausbildung, kantonally gesetzlich zugelassener Naturheilarzt oder Naturheilpraktiker NVS (Vollmitglied) zu erbringende Behandlung notwendig ist. ZB Ziff. 2.3 Abs. 2, wonach Leistungen auch für Behandlungen bei anderen, entsprechend ausgebildeten Therapeuten erbracht werden, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt, ändert nichts daran, dass die Notwendigkeit der Behandlung auch hier gegeben sein muss. Mithin muss feststehen, dass die erbrachte bzw. bezogene Leistung für die Behandlung einer Krankheit notwendig ist.

Diesen Nachweis vermag die (beweisbelastete) Klägerin nicht zu erbringen.

**4.2.1** Vorliegend fehlt es bereits am Nachweis einer Krankheit als eine Grundvoraussetzung, damit ein Anspruch auf Leistungen der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung besteht (vgl. AVB Ziff. 2).

Der in den AVB Ziff. 5 Abs. 1 definierte Begriff 'Krankheit' entspricht weitestgehend jenem von Art. 3 ATSG (einzig der Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit fehlt). Es handelt sich dabei um einen Rechtsbegriff, der sich nicht unbedingt mit der medizinischen Definition von Krankheit überschneidet (vgl. BGE 130 V 284 Erw. 3; BGE 124 V 118). Er setzt einerseits eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit im Sinne eines von der Norm abweichenden physischen, psychischen oder geistigen Zustands und andererseits die Notwendigkeit einer Untersuchung oder medizinischen Behandlung voraus. Die Übernahme der Folgen einer Krankheit setzt voraus, dass sie durch eine Beeinträchtigung der Gesundheit, welche als Krankheit im Rechtssinne zu qualifizieren ist, verursacht wurden. Dafür muss die gesundheitliche Beeinträchtigung ein gewisses Mindestmass erreichen, damit ihr Krankheitswert zukommt. Auf übliche und erträgliche Abweichungen von Ideal- oder Normvorstellungen trifft dies nicht zu (vgl. BGE 137 V 295 Erw. 4.2.2). Die Kostenübernahme für die Behandlung von Krankheitsfolgen bedingt, dass diese auf einer pathologischen (vgl. BGE 121 V 289 Erw. 2b) Veränderung des Gesundheitszustandes beruhen und daher als Krankheit zu qualifizieren sind (vgl. Urteile BGer 9C\_592/2019 vom 25.5.2020 Erw. 2.2; Urteil BGer 9C\_552/2018 vom 21.12.2018 Erw. 5.2). Dies gilt nicht nur für die obligatorische Krankenversicherung, sondern ebenso für die vorliegende Zusatzversicherung, die explizit nur Leistungen für (u.a.) Folgen von Krankheiten

erbringt und Kosten in Ergänzung zu den Leistungen gemäss KVG vergütet. AVB Ziff. 11 Pt. 4 hält denn auch explizit fest, dass keine Leistungen für Heilungskosten erbracht werden, wenn nicht die Behandlung einer Krankheit bezweckt werde.

**4.2.2** Die Therapeutin G.\_\_\_\_\_ schreibt unspezifisch von starken Nacken-/Schulterverspannungen mit verstärktem Tinnitus und Unruhezustand und Schlafschwierigkeiten. Sie habe ihr System mit gezielten Sitzungen wieder mobilisieren können (vgl. oben Erw. 2.1 und 2.6). Weder G.\_\_\_\_\_ noch die Klägerin legen eine ärztliche Verordnung als Grundlage für die von der Therapeutin erbrachten Massagen vor, aus welcher ggfs. Befunde mit Krankheitswert gelesen werden könnten.

Aber auch die Berichte von med.pract. C.\_\_\_\_\_ vermögen das Vorliegen einer Krankheit nicht zu belegen (vgl. oben Erw. 2.2, 2.4 und 2.6). Sie spricht in allen Berichten wenig erhellend von "degenerativen Veränderungen" sowie "chronischen Beschwerden im HWS-Bereich", von Verspannungen. Den Tinnitus oder Schlafstörungen erwähnt sie im Gegensatz zu G.\_\_\_\_\_ nie. Vor allem aber nennt med.pract. C.\_\_\_\_\_ nie Befunde und sie stellt nie eine Diagnose. Aus ihren Berichten kann eine Beeinträchtigung der Gesundheit im zuvor beschriebenen Sinne einer behandlungsbedürftigen Krankheit nicht abgeleitet werden.

Fehlt es aber bereits am Nachweis einer Beeinträchtigung der Gesundheit mit Krankheitswert, so besteht kein Anspruch auf Leistungen aus der Zusatzversicherung Basic 1.

**4.3.1** Neben der Krankheit fehlt es ebenso am Nachweis der Notwendigkeit der Behandlung, der Massagen.

Eine Behandlung oder ärztliche Untersuchung ist notwendig, wenn die Beeinträchtigung der Gesundheit die körperlichen oder geistigen Funktionen so stark einschränkt, dass der Patient oder die Patientin medizinische Unterstützung benötigt oder der Heilungsprozess ohne diese Unterstützung nicht mehr oder zumindest nicht mit realen Erfolgchancen noch möglich ist, oder wenn dem Patienten oder der Patientin nicht zugemutet werden kann weiterzuleben, ohne mindestens eine Behandlung versucht zu haben (vgl. BGE 137 V 295 Erw. 4.2.2).

**4.3.2** Obwohl sich med.pract. C.\_\_\_\_\_ mehrfach an die Beklagte richtet, begründet sie nie eine Notwendigkeit der Behandlung. Vielmehr spricht sie von Wünschbarkeit. Wünschbarkeit stellt keine Notwendigkeit dar. ZB Ziff. 2.3 spricht aber klar von 'Notwendigkeit' der alternativmedizinischen Behandlung. Diese ein-

deutige Formulierung lässt keinen Interpretationsspielraum zu in dem Sinne, dass auch wünschbare Behandlungen Versicherungsdeckung geniessen könnten.

**4.4** Die Beklagte verneint darüber hinaus auch die Wirksamkeit der Massnahme. Dies zumindest im Sinne, dass keine Nachhaltigkeit bestehe. Diesbezüglich sind die Ausführungen des Vertrauensarztes Dr.med. F. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar, wenn er feststellt, bei chronischen degenerativen Veränderungen, wie sie med.pract. C. \_\_\_\_\_ festhält, seien zwischendurch evt. Massagen angezeigt, um sich neu bildende Myogelosen zu lockern, eine Dauertherapie führe jedoch eher zur Chronifizierung des Problems, wenn keine aktiven Massnahmen durchgeführt würden. Es tue dann gut, helfe aber nicht auf Dauer. Von ausschliesslich passiven Massnahmen, d.h. nicht als Ergänzung zu aktiven Massnahmen, sei keine nachhaltige Verbesserung zu erwarten. Vorliegend jedoch behauptet die Klägerin nicht, die Massagen seien kombiniert mit aktiven Massnahmen. Im Gegenteil beharrt sie darauf, dass die Massagen bedingungslos zu übernehmen seien. Med.pract. C. \_\_\_\_\_ schreibt wohl, Therapieversuche mit anerkannten Methoden wie Physiotherapie oder Psychotherapie seien frustriert gewesen. Sie unterlässt es jedoch, dies mittels Verlaufsdocumentation zu belegen oder ihrerseits einen Therapieplan, wie dies die Beklagte forderte, vorzulegen. Der ärztlichen Beurteilung des Vertrauensarztes widerspricht sie zudem nicht.

**4.5** Nicht weiter einzugehen ist auf die von der Klägerin bekundete Bereitschaft, sich vertrauensärztlich untersuchen zu lassen. Aus den Schriften ergibt sich, dass die Übernahme der Massage-Kosten zwischen den Parteien bereits seit längerem strittig ist. Dokumentiert ist, dass die Beklagte die Klägerin mehrfach auf die Voraussetzungen hinwies und insbesondere aussagekräftige Berichte der behandelnden Ärzte einforderte. Trotz Aufforderung brachte die Klägerin diese nie bei. Eine Untersuchungspflicht, wie sie für den Versicherer im Bereich des KVG besteht, trifft den Zusatzversicherer nicht. Zudem ist die Klägerin beweisbelastet für die rechtserheblichen Tatsachen, aus welchen sie ihren Anspruch ableitet. Da die Beklagte Leistungen nicht grundsätzlich verweigert, sondern namentlich von ärztlichen Berichten und Therapieplanungen abhängig macht, muss es auch aus diesem Grunde im eigenen Interesse der Klägerin liegen, diese beizubringen.

**4.6** Zusammenfassend vermag die Klägerin die rechtserheblichen Tatsachen, die eine Versicherungspflicht der Beklagten zu begründen vermöchten, nicht nachzuweisen. Weder ist eine Krankheit erwiesen, noch die Notwendigkeit der Massagen zur Behandlung einer Krankheit. Fehlt es aber an diesen Vorausset-

zungen, besteht für die Beklagte keine Pflicht die Kosten der Massagen-Behandlungen zu übernehmen. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass die Beklagte in der Vergangenheit und für die Zukunft (unpräjudiziell) bereit war, einige Massagen zu übernehmen (B-act. 8 und 15). Die von der Klägerin vertretene Auffassung, wonach sie jährlich Anspruch auf Massagen bis Fr. 5'000.-- habe, ohne dass die Beklagte zusätzlich zu diesem Kostendach weitere Voraussetzungen zu überprüfen habe, geht jedoch fehl. Wie aufgezeigt, hat die Beklagte auch in der Zusatzversicherung Basic 1, Alternativmedizin, nur für die wirtschaftlichen Folgen einer Krankheit und nur für notwendige Behandlungen aufzukommen, was sie durchaus zu überprüfen hat.

**5.** Diesem Ergebnis entsprechend ist die Klage abzuweisen. Kosten werden keine erhoben (Art. 114 lit. e ZPO). Die nicht anwaltschaftlich vertretene Beklagte hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO).

**6.** Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind privatrechtlicher Natur, weshalb als Rechtsmittel an das Bundesgericht die Beschwerde in Zivilsachen gemäss Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz, BGG; SR 173.110) vom 17. Juni 2005 in Betracht kommt (BGE 133 III 439 Erw. 2.1; Urteil BGer 4A\_695/2011 vom 18.1.2012 Erw. 1.2). Weil das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung als einzige kantonale Instanz beurteilt, ist die Beschwerde in Zivilsachen zulässig, auch wenn der Streitwert von Fr. 30'000.-- nicht erreicht werden sollte (BGE 138 III 2, Regeste und Erw. 1).

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in Zivilsachen beim Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, erhoben werden (Art. 42 und 72ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
  - die Klägerin (R)
  - die Beklagte (R)
  - und die Eidg. Finanzmarktaufsicht FINMA, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. Januar 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 25. Januar 2022