

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 32

Urteil vom 10. August 2023

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Kläger,
vertreten durch Rechtsanwalt B._____,

gegen

C._____ **AG,**
Beklagte,

Gegenstand

Krankenversicherung (Erstattung Aufenthalts- und Behandlungskosten aus Zusatzversicherung zum KVG)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1951) verfügte im Jahr 2022 über die Versicherung 'Spitalversicherung PRIVAT' nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1) vom 2. April 1908 bei der C._____ AG (nachfolgend Beklagte) (BK-act. 1).

B. A._____ trat am 9. August 2022 für eine stationäre Behandlung in die Klinik D._____ (nachfolgend Klinik) ein und blieb da bis 18. August 2022 stationär, was ihm durch die Klinik mit Fr. 360.25 (in Anrechnung bereits geleisteter Anzahlung von Fr. 12'974) in Rechnung gestellt wurde (K-act. 7; 17). Eine weitere stationäre Behandlung in derselben Klinik erfolgte vom 6. bis 12. September 2022, welche ihm mit Fr. 535.95 (in Anrechnung bereits geleisteter Anzahlung von Fr. 11'645) in Rechnung gestellt wurde (K-act. 8; 18).

C. Gestützt auf die bei der Beklagten abgeschlossene Spitalversicherung PRIVAT forderte A._____ von der Beklagten die Rückerstattung der von ihm bezahlten Spitalrechnungen, was die Beklagte mit der Begründung ablehnte, dass sie mit der Klinik seit dem 18. Juli 2022 über keinen Tarifvertrag mehr verfüge (K-act. 11, 16). Am 17. Januar 2023 liess A._____ der Beklagten über seinen Rechtsvertreter mitteilen, dass die vollumfängliche Übernahme der angefallenen Leistungen ausmachend insgesamt Fr. 24'619 eingefordert würden, nötigenfalls auf dem Gerichtsweg (K-act. 12). Mit Schreiben vom 13. Februar 2023 bestätigte die Beklagte, dass mangels Tarifvertrag mit der Klinik keine Leistungspflicht bestehe (K-act. 13).

D. Am 6. April 2023 reicht A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Klage ein mit den Anträgen:

1. Die Beklagte sei zu verpflichten, gegenüber dem Kläger, für Aufenthalts- und Behandlungskosten aus dem stationären Aufenthalt vom 9. August 2022 bis zum 18. August 2022, Fr. 13'334.25 zuzüglich Verzugszins zu 5% seit dem 10. November 2022 zu bezahlen.
2. Die Beklagte sei zu verpflichten, gegenüber dem Kläger, für Aufenthalts- und Behandlungskosten aus dem stationären Aufenthalt vom 6. September 2022 bis zum 12. September 2022, Fr. 12'180.95 zuzüglich Verzugszins zu 5% seit dem 10. November 2022 zu bezahlen.
3. Allfällige Verfahrenskosten seien der Beklagten aufzuerlegen und diese sei zu verpflichten, den Kläger angemessen zu entschädigen (zuzüglich Auslagen und Mehrwertsteuer).

E. Mit Klageantwort vom 15. Mai 2023 beantragt die Beklagte:

1. Die Klage vom 6. April 2023 sei vollumfänglich abzuweisen.

2. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Klägers.

F. Mit Replik vom 12. Juni 2023 verzichtet der Kläger auf die Durchführung einer mündlichen Hauptverhandlung und bestätigt die Anträge der Klage. Auch die Beklagte hält mit Duplik vom 26. Juni 2023 an den Anträgen der Klageantwort fest, wozu der Kläger am 28. Juni 2023 Stellung nimmt.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

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 E. 1.1) und dass sich das Verfahren nach der ZPO richtet (Urteil BGer 4A_110/2017 vom 27.7.2017 E. 3), wobei vor der Klageeinreichung kein Schlichtungsverfahren durchzuführen ist (BGE 138 III 558 E. 4), und nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ohne Rücksicht auf den Streitwert das vereinfachte Verfahren gilt.

Bleibt anzufügen, dass am 1. Januar 2022 ein revidiertes VVG in Kraft getreten ist, wobei die Neuerungen mit Ausnahme der Formvorschriften und des Kündigungsrechts nach Art. 35a und 35b VVG nur für ab dem 1. Januar 2022 abgeschlossene Vertragsverhältnisse gelten (Art. 103a VVG; Giron/Tuor, Neues VVG - ausgewählte Auswirkungen auf die Krankentaggeldversicherung, private Erwerbsunfähigkeitsversicherung und überobligatorische Vorsorge, HAVE 2023, S. 109 ff.). Nachdem das vorliegende Versicherungsverhältnis bereits vor dem 1. Januar 2022 eingegangen wurde, gilt das neue VVG hier nur im Rahmen von Art. 103a VVG und im Übrigen das alte VVG (vgl. so explizit Allgemeine Versicherungsbedingungen Pflegezusatzversicherung, Ausgabe 2022 [AVB 2022]).

2.1 Gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (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 Entste-

hung oder Durchsetzbarkeit bestreitet (BGE 130 III 321 E. 3.1; BGE 148 III 105 E. 3.3.1).

Im Rahmen des Versicherungsvertrags hat die anspruchsberechtigte Person - in der Regel der Versicherungsnehmer - die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruchs (Art. 39 VVG) zu behaupten und zu beweisen (vgl. Urteil BGer 4A_144/2021 vom 13.9.2021 E. 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.

2.2 Grundsätzlich gilt nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung das Beweismass der vollen Überzeugung (BGE 148 III 105 E. 3.3.1). Der Beweis gilt als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist (Urteil BGer 4A_172/2022 vom 31.8.2022 E. 2.5). Eine Beweiserleichterung (im Sinne der überwiegenden Wahrscheinlichkeit) greift einzig im Falle einer 'Beweisnot', wenn ein strikter Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich oder nicht zumutbar ist, insbesondere, wenn die von der beweisbelasteten Partei behaupteten Tatsachen nur mittelbar durch Indizien bewiesen werden können. Eine Beweisnot liegt aber nicht schon darin begründet, dass eine Tatsache, die ihrer Natur nach ohne weiteres dem unmittelbaren Beweis zugänglich wäre, nicht bewiesen werden kann, weil der beweisbelasteten Partei die Beweismittel fehlen. Blosser Beweisschwierigkeiten im konkreten Einzelfall können nicht zu einer Beweiserleichterung führen (BGE 128 III 271 E. 2b/aa; Urteil BGer 5A_514/2022 vom 28.3.2023 E. 2.2.3).

3.1 Bei der Spitalversicherung PRIVAT handelt es sich um eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach VVG. Dieses enthält keine spezifischen Bestimmungen zur Versicherungsleistung im Krankheitsfall und der stationären Hospitalisation im Besonderen. Es ist deshalb grundsätzlich auf die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien abzustellen. Die Police (BK-act. 1) verweist für die Spitalversicherung PRIVAT auf die AVB 2022 sowie die Spitalversicherung, Zusätzliche Versicherungsbedingungen, Ausgabe 2022 (ZVB 2022).

3.2 AGB-Klauseln (AVB und ZVB) sind, wenn sie in Verträge übernommen werden, grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen (BGE 142 III 671 E. 3.3 mit Verweisen). Entscheidend ist demnach in erster Linie der übereinstimmende wirkliche Wille der Vertragsparteien und in zweiter Linie, falls ein solcher nicht festgestellt werden kann, die Aus-

legung der Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips, d.h. der mutmassliche Parteiwille ist danach zu ermitteln, wie der jeweilige Erklärungsempfänger die Willensäusserung der andern Vertragspartei nach den gesamten Umständen nach Treu und Glauben verstehen durfte und musste (BGE 140 III 134 E. 3.2). Dabei ist vom Wortlaut der Erklärungen auszugehen, welche jedoch nicht isoliert, sondern aus ihrem konkreten Sinngefüge heraus zu beurteilen sind (BGE 144 III 43 E. 3.3; BGE 142 III 671 E. 3.3; BGE 140 III 391 E. 2.3; BGE 138 III 659 E. 4.2.1).

3.3 Die Geltung vorformulierter allgemeiner Geschäftsbedingungen wird durch die Ungewöhnlichkeits- sowie die Unklarheitsregel eingeschränkt.

3.3.1 Nach der Ungewöhnlichkeitsregel sind von der global erklärten Zustimmung zu allgemeinen Vertragsbedingungen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist. Der Verfasser von allgemeinen Geschäftsbedingungen muss nach dem Vertrauensgrundsatz davon ausgehen, dass ein unerfahrener Vertragspartner ungewöhnlichen Klauseln nicht zustimmt. Die Ungewöhnlichkeit beurteilt sich aus der Sicht des Zustimmungsenden im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Für einen Branchenfremden können deshalb auch branchenübliche Klauseln ungewöhnlich sein. Die Ungewöhnlichkeitsregel kommt jedoch nur dann zur Anwendung, wenn neben der subjektiven Voraussetzung des Fehlens von Branchenerfahrung die betreffende Klausel objektiv beurteilt einen geschäftsfremden Inhalt aufweist. Dies ist dann zu bejahen, wenn sie zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters führt oder in erheblichem Masse aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus fällt. Je stärker eine Klausel die Rechtsstellung des Vertragspartners beeinträchtigt, desto eher ist sie als ungewöhnlich zu qualifizieren (BGE 138 III 411 E. 3.1; 135 III 1 E. 2.1). Bei Versicherungsverträgen sind die berechtigten Deckungserwartungen zu berücksichtigen (BGE 138 III 411 E. 3.1 mit Hinweis). Ist eine Vertragsklausel in diesem Sinne ungewöhnlich, ist ihr die Wirksamkeit gänzlich zu versagen (vgl. zur Ungewöhnlichkeitsregel Urteil BGer 4A_330/2021 vom 5.1.2022 E. 2.1.3).

3.3.2 Demgegenüber befasst sich die Unklarheitsregel mit mehrdeutigen Wendungen in allgemeinen Geschäftsbedingungen. Enthalten allgemeine Versicherungsbedingungen mehrdeutige Klauseln, sind diese gegen den Versicherer als deren Verfasser zu interpretieren (Urteil BGer 4A_330/2021 vom 5.1.2022 E. 2.2.2 mit Verweis auf BGE 146 III 339 E. 5.2.3). Der Versicherer haftet für alle Ereignisse, welche die Merkmale der versicherten Gefahr an sich tragen, es sei

denn, dass der Vertrag einzelne Ereignisse in bestimmter, unzweideutiger Fassung von der Versicherung ausschliesst (Art. 33 VVG). Die Unklarheitsregel kommt jedoch nur subsidiär zur Anwendung, wenn sämtliche übrigen Auslegungsmittel versagen. Es genügt mithin nicht, dass die Parteien über die Bedeutung einer Erklärung streiten, sondern es ist vorausgesetzt, dass die Erklärung nach Treu und Glauben auf verschiedene Weise verstanden werden kann (BGE 118 II 342 E. 1a) und es nicht möglich ist, den Zweifel mit den übrigen Auslegungsmitteln zu beseitigen (Urteil BGer 4A 92/2020 vom 5.8.2020 E. 3.2.2).

4. Vorliegend kann aufgrund der Parteiäusserungen sowie der eingereichten Unterlagen als unbestritten bzw. erwiesen gelten:

- a. Der Kläger verfügt für das Jahr 2022 über die Spitalversicherung PRIVAT der Beklagten, wobei die AVB 2022 und ZVB 2022 Anwendung finden (BK-act. 1).
- b. Die Beklagte hat ihren Vertrag betreffend Patienten mit einer Spitalzusatzversicherung mit der Klinik per 31. Dezember 2021 gekündigt. Am 17. Mai 2022 informierte sie die Klinik, sie sehe sich gezwungen, die Klinik [aus hier nicht weiter interessierenden Gründen] auf ihre Liste der Spitäler ohne volle Kostendeckung in den Spitalversicherungen zu setzen. Dies bedeute konkret, dass sie ihren Versicherten ab dem 18. Juli 2022 für stationäre Behandlungen in der Klinik keine Leistungen mehr aus der Spitalversicherung PRIVAT (u.w.) vergüten werde. Bei Gesuchen von Kostengutsprachen werde sie die Versicherten darauf hinweisen, dass bei einem Aufenthalt in der Klinik keine Kostendeckung in diesen Spitalversicherungen bestehe; Versicherte, welche sich in der Klinik behandeln lassen wollen, seien aufgrund der Informationspflicht durch die Klinik vor dem Klinikeintritt über diesen Sachverhalt zu informieren (vgl. BK-act. 1; Klage Rz. 13).
- c. Über die fehlende Kostendeckung in der privaten und halbprivaten Abteilung der Klinik ab dem 18. Juli 2022 für Zusatzversicherte der Beklagten informierte sowohl die Beklagte als auch die Klinik je über ihre Internetauftritte (BK-act. 1 und 2).
- d. Am 3. August 2022 ersuchte die Klinik die Beklagte um Kostengutsprache für eine stationäre Behandlung des Klägers ab dem 9. August 2022 in der Versicherungsklasse 'Allgemein' (BK-act. 3). Noch am 3. August 2022 erteilte die Beklagte der Klinik Kostengutsprache für die Kosten gemäss obligatorischer Krankenpflegeversicherung (K-act. 6).
- e. Am 7. September 2022 ersuchte die Klinik die Beklagte um Kostengutsprache für eine stationäre Behandlung des Klägers in der Versicherungsklasse 'Allgemein' bei notfallmässigem Eintritt und stationärer Behandlung ab dem

6. September 2022 (BK-act. 4). Am 13. September 2022 erteilte die Beklagte (gegenüber dem Kläger und der Klinik) Kostengutsprache für ärztliche Leistungen aus der Spitalversicherung PRIVAT. Seit dem 18. Juli 2022 bestehe mit der Klinik kein Vertrag mehr; von diesem vertragslosen Zustand nicht betroffen seien ärztliche Leistungen durch die Belegärzte, da dies nicht Bestandteil des gekündigten Vertrages sei. Das heisse, dass die klinischen Leistungen sowie die Hotellerie- und Komfortleistungen nur in der allgemeinen Abteilung der Klinik gedeckt seien, während der Kläger trotzdem von der Ärztin/dem Arzt seiner Wahl im Rahmen der Spitalversicherung PRIVAT behandelt werden könne (BK-act. 1).

- f. Der Kläger war vom 9. bis 18. August 2022 sowie vom 6. bis 12. September 2022 in stationärer Behandlung in der Klinik (K-act. 7, 8, 20, 21).
- g. Der Kläger hat für die erste Hospitalisation am 5. August 2022 eine Anzahlung von Fr. 12'974 geleistet (K-act. 17) sowie für die zweite Hospitalisation am 7. September 2022 eine Anzahlung von Fr. 11'645 (K-act. 18; Duplik Rz. 5). Für die erste Hospitalisation wurden ihm am 21. Oktober 2022 zusätzlich Fr. 360.25 in Rechnung gestellt (K-act. 7), für die zweite Hospitalisation gleichentags Fr. 535.95 (K-act. 8).
- h. Telefonisch am 10. November 2022 (K-act. 11) und per E-Mail am 11. November 2022 (K-act. 16) bestätigte die Beklagte gegenüber dem Kläger, sie könne sich aufgrund des vertragslosen Zustandes mit der Klinik bei einem Aufenthalt in der Klinik in der privaten Abteilung nur an den belegärztlichen Leistungen beteiligen. Dies (eine fehlende, darüber hinausgehende Kostendeckung) bestätigte sie mit Schreiben vom 13. Februar 2023 (K-act. 13).

Strittig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beklagte dem Kläger aufgrund der Spitalversicherung PRIVAT für die zwei stationären Aufenthalte in der privaten Abteilung der Klinik volle Kostendeckung zu gewähren und ihm die von ihm bezahlten Kosten zurückzuerstatten hat.

5. Für den Kläger ist unbestritten, dass die Beklagte für Behandlungen in der Privatabteilung der Klinik bis am 17. Juli 2022 aus der Spitalversicherung PRIVAT volle Kostendeckung gewährte (Beschwerde Rz. 12). Seinerseits bestreitet er auch nicht, dass der zwischen der Beklagten und der Klinik abgeschlossene Tarifvertrag per 18. Juli 2022 durch die Beklagte gekündigt war (Beschwerde Rz. 13).

Der Kläger begründet seinen Anspruch gegen die Beklagte damit, dass die Beklagte die Kündigung des Tarifvertrages ihm nicht entgegenhalten könne. Sie habe ihm die Einschränkung der Versicherungsdeckung nicht form- und fristge-

recht und damit nicht rechtswirksam angezeigt. Anerkanntermassen sei ein Zusatzversicherer berechtigt, die Leistungspflicht aus Zusatzversicherungen gemäss VVG auf Tarifspitäler zu beschränken. Soweit allerdings innerhalb eines auf Dauer abgeschlossenen Vertragsverhältnisses eine Änderung des Vertragsinhaltes geltend gemacht werde, habe dies in Wahrung der dazu vorgesehenen vertraglichen Formen und Fristen zu erfolgen, andernfalls auf Dauer abgeschlossene Verträge über die gesamte Dauer einzuhalten seien.

Vorliegend sei das Versicherungsverhältnis auf Dauer ausgelegt und verlängere sich ohne Kündigung jeweils per Ablauf des Kalenderjahres auf ein weiteres Kalenderjahr. Vertragsanpassungen und Vertragsänderungen seien in den AVB/ZVB geregelt. Gemäss AVB Ziff. 24 könnten 'Kostenbeteiligungsregelungen' durch den Versicherer auf den ersten Tag der kommenden Versicherungsperiode geändert werden. Vorausgesetzt sei die Einhaltung einer Anzeigepflicht von 25 Tagen vor Inkrafttreten. Zudem habe die Anzeige schriftlich zu erfolgen. Die Kündigung eines Tarifvertrages beinhalte offensichtlich die Änderung der vertraglichen 'Kostenbeteiligungsregelung' für stationäre Klinikaufenthalte. Damit sei die Beklagte zur form- und fristgebundenen Mitteilung gegenüber dem Kläger verpflichtet, andernfalls die Vertragsänderung und der damit verbundene Wegfall von Versicherungsdeckung nicht wirksam sei. Damit stehe fest, dass ein Wegfall der Versicherungsdeckung während der Dauer des Vertrags nur auf Ablauf der Versicherungsperiode hin möglich sei, nicht aber per 18. Juli 2022.

In der Stellungnahme vom 28. Juni 2023 fasst der Kläger seine Begründung der Klage derart zusammen, dass er "ausschliesslich den unterjährigen Wegfall eines Tarifspitals (per 18. Juli 2022) als unzulässige und nicht zwischen den Parteien vereinbarte Vertragsänderung des zwischen den Parteien auf Dauer abgeschlossenen Versicherungsvertrages gerügt" habe.

6. Der Kläger verfügte im Jahr 2022 bei der Beklagten unbestrittenermassen über die Spitalversicherung PRIVAT für stationäre Behandlungen in der privaten Abteilung bei freier Spital- und Arztwahl. Der Vertrag wurde befristet für ein Jahr bis 31. Dezember 2022 abgeschlossen (vgl. Versicherungspolice BK-act. 1).

6.1 Die Police verweist zum einen auf die AVB 2022, welche auch Regelungen betreffend Verlängerung, Änderung und Kündigung des Versicherungsvertrages enthalten.

Gemäss AVB Ziff. 14.1 verlängert sich der befristet abgeschlossene Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, sofern nicht die versicherungsnehmende Person auf Ende der Vertragsdauer gekündigt hat.

Die Versicherung erlischt u.a. durch Kündigung (AVB Ziff. 16.1). Die versicherungsnehmende Person kann schriftlich kündigen, u.a. bei Verträgen mit fester Vertragsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende der Vertragsdauer oder bei Anpassung der Prämientarife oder der Kostenbeteiligungsregelungen, bei Anpassung der Versicherungsbedingungen oder etwa auch jederzeit aus wichtigem Grund im Sinne von Art. 35b VVG (AVB Ziff. 17.1 und 2).

Was die Kündigungsmöglichkeit konkret bei Anpassung der Prämientarife oder der Kostenbeteiligungsregelungen anbelangt, so regelt AVB Ziff. 24, dass der Versicherer bei deren Änderung die Anpassung der Versicherung auf den ersten Tag der kommenden Versicherungsperiode verlangen kann. Zu diesem Zweck hat er der versicherungsnehmenden Person die neuen Vertragsbedingungen spätestens 25 Tage vor deren Inkrafttreten schriftlich bekannt zu geben. Die versicherungsnehmende Person hat hierauf das Recht, die Versicherung auf Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen. Macht sie davon Gebrauch, so erlischt die Versicherung mit Ablauf der laufenden Versicherungsperiode. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag der laufenden Versicherungsperiode beim Versicherer eintreffen. Unterlässt die versicherungsnehmende Person die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.

Zudem regeln die AVB 2022 auch das Erlöschen des Versicherungsanspruches (AVB Ziff. 18). Dies ist (von Ausnahmen abgesehen) der Fall mit dem Ende der Versicherung bzw. dem Ausschluss der entsprechenden Versicherungsdeckung.

6.2 Gültig für die Spitalversicherung PRIVAT sind sodann die ZVB 2022. Denen gemäss übernimmt die Spitalversicherung die Kosten eines Aufenthaltes in einem Spital (ZVB Ziff. 1.2), die Spitalversicherung PRIVAT konkret die Kosten des Aufenthaltes in der privaten Abteilung (ZVB Ziff. 2.1). Als private Abteilung gilt ein Ein- oder ausnahmsweise Zweibett-Zimmer mit vom Versicherer anerkanntem Tarif (ZVB Ziff. 4.3). Anerkennt der Versicherer die Tarife eines Spitals, einer Abteilung oder eines Leistungsbereichs nicht, so kann er die Vergütung gänzlich verweigern oder Maximaltarife festlegen, welche die höchstmöglichen Leistungen darstellen. Der Versicherer kann die Maximaltarife jederzeit anpassen (ZVB Ziff. 4.7). Er publiziert, für welche Spitäler Leistungen voll, eingeschränkt oder nicht vergütet werden. Die Publikation wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden (ZVB Ziff. 4.8).

Sofern und solange die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, umfassen die Versicherungsleistungen sämtliche Aufenthaltskosten und Kosten der wissenschaftlich anerkannten Behandlung des (u.a.) Spitals nach dem vom Versicherer anerkannten Tarif (ZVB Ziff. 7.1). Überschreitet ein Spital die vom Versicherer

anerkannten Tarife für die private Abteilung, werden höchstens die Maximaltarife vergütet (ZVB Ziff. 9.3).

Weiter regeln die ZVB auch den Leistungsausschluss. So werden aus der Spitalversicherung keine Leistungen ausgerichtet u.a. für die Behandlungen und Aufenthalte in Spitälern, deren Tarife der Versicherer gesamthaft, für die betreffende Abteilung oder für den betreffenden Leistungsbereich nicht anerkannt und für die er auch keine Maximaltarife festgelegt hat (ZVB Ziff. 19.8).

Und schliesslich regeln die ZVB 2022 auch die Versicherungsmöglichkeit einer eingeschränkten Spitalwahl (Ziff. 21) sowie einer Ausweitung der Spitalwahl (Ziff. 22). Bei der Variante mit Ausweitung der Spitalwahl richten sich die Leistungen höchstens nach dem für diese Variante vom Versicherer für das betreffende Spital, die betreffende Abteilung oder den betreffenden Leistungsbereich anerkannten Tarif oder Maximaltarif, wobei der Versicherer auf die Festlegung eines Maximaltarifes verzichten und Leistungen ganz verweigern kann (ZVB Ziff. 22.2).

7. Aufgrund dieser klaren vertraglichen Regelung der Spitalversicherung PRIVAT kann der Rüge des Klägers nicht gefolgt werden.

Vorab gilt es festzuhalten, dass der Kläger nichts ins Recht legt, das einen übereinstimmenden Willen der Parteien belegen würde, der ausserhalb des Versicherungsvertrages (Versicherungspolice, AVB/ZVB 2022) vereinbart worden wäre. Er behauptet auch nichts Entsprechendes. Vielmehr macht er geltend, seine Darstellung ergebe sich aus den zitierten vertraglichen Grundlagen. Es gilt daher, die anwendbaren Vertragsbestimmungen nach dem Vertrauensprinzip auszulegen. Im Zentrum steht dabei die Frage, ob die Liste der Vertragsspitäler Bestandteil des Versicherungsvertrages ist.

Entgegen seiner Ansicht stellt diese Liste der Spitäler mit von der Beklagten anerkannten Tarifen keinen Bestandteil des Vertrages zwischen Kläger und Beklagten dar. D.h. die für den Vertragsabschluss notwendige Willensübereinstimmung umfasst nicht auch diese Spitalliste. Hingegen anerkennt die versicherte Person mit Vertragsabschluss die AVB/ZVB, denen gemäss es alleinige Sache des Versicherers ist, Tarife der Spitäler anzuerkennen oder eben nicht. Entsprechend sind bei einer Änderung der Spitalliste entgegen den Ausführungen des Klägers auch nicht die Kündigungs- oder Vertragsänderungsfristen und -formvorschriften einzuhalten.

Aus den Vertragsgrundlagen ergibt sich zweifelsfrei, dass die versicherte Person (der Kläger) die freie Spitalwahl hat im Rahmen der Liste der Spitäler mit von der Beklagten anerkannten Tarifen. Die Beklagte kann diese Liste zudem laufend und jederzeit anpassen, was sich ebenso klar aus den ZVB ergibt. Versiche-

rungsdeckung besteht nur im Rahmen anerkannter Tarife. Fehlt ein anerkannter Tarif, besteht kein Leistungsanspruch. Denn versichert sind ausschliesslich Leistungen in Spitälern/Abteilungen/Leistungsbereichen mit anerkanntem Tarif.

Nicht einschlägig ist der Verweis des Klägers auf die Frist- und Formvorschriften bei Anpassungen der Kostenbeteiligungsregelungen. Die Kostenbeteiligung regelt den Anteil, mit welchem sich die versicherte Person an den Kosten der versicherten Leistung zu beteiligen hat. Vorliegend steht indes keine Kostenbeteiligung zur Diskussion, da Leistungen einer Spitalabteilung ohne anerkanntem Tarif von der Versicherung ausgeschlossen sind, also gar nicht versichert sind.

Nicht entscheidend ist sodann, ob der Kläger die Klinik infolge eines Wahleingriffes aufsuchte (Hospitalisation vom August 2022) oder notfallmässig (Hospitalisation vom September 2022). Die Vertragsgrundlagen treffen keine unterschiedliche Regelung der Kostendeckung. Auch wusste in beiden Fällen sowohl die Klinik als auch der Kläger um die fehlende Anerkennung der Kliniktarife durch die Beklagte. Bleibt zu ergänzen, dass die Klinik auch gar nicht um Kostengutsprache für die Abteilung privat, sondern allgemein ersucht und in der Folge zugesprochen erhalten hat.

Soweit der Kläger ein Schreiben des behandelnden Arztes Prof. Dr.med. E. _____ vom 12. Juni 2023 ins Recht legt (K-act. 21), rechtfertigt auch dieses keine vom Versicherungsvertrag abweichende Kostendeckung. Auch wenn der Kläger sein langjähriger Patient ist und aufgrund von Begleiterkrankungen ein komplexer Fall mit einer notwendigen Eins-zu-eins-Betreuung darstellt und es sich teils um hochspezialisierte Medizin handelt, so gibt dies keinen Anspruch auf eine Kostenübernahme ausserhalb der vertraglichen Versicherungsdeckung. Bleibt zu ergänzen, dass die Leistung von Prof. Dr.med. E. _____ ohnehin gedeckt war, also auch durch die Beklagte nicht in Abrede gestellt wurde. Auch für die Behandlung in der Klinik erteilte die Beklagte Kostengutsprache, auch wenn nur im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Diese vertragliche Regelung in den AVB/ZVB ist derart transparent und unzweideutig, dass kein Platz für die Anwendung der Unklarheitsregel besteht (vgl. oben E. 3.3.2). Die in den Vertragsgrundlagen mehrfach und übereinstimmend festgehaltene Bestimmung, wonach Versicherungsdeckung nur im Rahmen anerkannter Tarife besteht, die Anerkennung (von Spital- und/oder Abteilungstarifen) allein Sache des Versicherers ist und die Liste jederzeit angepasst werden kann, lässt keinen davon abweichenden Interpretationsspielraum zu. Insbesondere lassen die Vertragsgrundlagen auch den Schluss nicht zu, die Veränderung der Spitalliste sei bei befristeten Verträgen innerhalb der Vertragsdauer gar nicht möglich und löse ein Kündigungsrecht der versicherten Person zusätzlich zum

ordentlichen Kündigungsrecht aus. Auch weist diese vertragliche Regelung objektiv betrachtet keinen geschäftsfremden Inhalt auf; selbst für in der Branche nicht bewanderte Personen handelt es sich nicht um eine ungewöhnliche, überraschende Regelung im Sinne der Rechtsprechung, weshalb auch die Ungewöhnlichkeitsregel unbeachtlich ist (vgl. auch Urteil BGer 5C_20/2007 vom 2.8.2007 E. 5.2; nicht publiziert in BGE 133 III 607; vgl. auch Urteil BGer 4A_578/2019 vom 16.4.2020).

8. Damit erweist sich die Rüge insgesamt als unbegründet, weshalb die Klage abzuweisen ist.

9. Es werden keine Kosten erhoben (Art. 114 lit. e ZPO). Die nicht anwaltschaftlich vertretene Beklagte hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO; vgl. Urteil BGer 4A_474/2022 vom 16.2.2023 E. 6).

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 Zivilsachen nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Klägers (2/R)
 - die Beklagte (R)
 - und die Eidg. Finanzmarktaufsicht FINMA, 3003 Bern (A).

Schwyz, 10. August 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***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. August 2023