

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2019.00024

vom 4. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2019.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2019.00024 du 4 septembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2019.00024 del 4 settembre 2020

Erwägungen

E. 1.1

Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Klage in die einz elrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs.

1 des Gesetzes über das Sozialver sicherungsgericht , GSVGer , in der bis 31. Mai 2020 gültig gewesenen Fassung).

E. 1.2

Zu beurteilen ist ein Anspruch aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Kran kenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Ansprüche aus der Zusatzversicherung unterstehen nach Art. 2 Abs. 2 Satz 2 des Bundesgesetzes über die Aufsicht über die Krankenkassen (KVAG) dem Bundes gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Die Kantone können ge stützt auf Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten über über den Anspruch aus einer Zusatzversicherung sachlich zuständig ist. Im Kanton Zürich liegt die Zuständigkeit beim Sozialversicherungsgericht (§ 2 Abs. 2 lit . b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer).

E. 1.3

Die für das Sozialversicherungsgericht verbindliche Reg elung der örtlichen Zu ständigkeit im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Kranken versiche rung findet sich in Art. 32 ZPO. Demnach ist bei Streitigkeiten aus Konsumen tenverträgen das Gericht am Wohnsitz oder Sitz einer der Parteien zuständig (Art. 32 Abs. 1 lit . a ZPO; vgl. Urs Feller/Jürg Bloch, in: Sutter- Somm / Hasen böhler /Leuenberger, ZPO-Kommentar, Art. 32 N 45 ff.). Die Klägerin hat ihren Wohns itz im Kanton Zürich; damit ist die örtliche Zuständigkeit des Sozialversi che rungsgerichts des Kantons Zürich gegeben.

E. 1.4

Das Verfahren richtet sich nach der ZPO, wobei das vereinfachte Verfahren zur Anwendung gelangt (Art. 243 Abs. 2 lit . f ZPO) und die Klage direkt beim Gericht anhängig zu machen ist (BGE 138 III 558 E.

E. 1.5

.3

Die Geltung vorformulierter allgemeiner Geschäftsbedingungen wird gemäss der Rechtsprechung sodann durch die Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt. Danach sind von der global erklärten Zustimmung zu allgemeinen Vertrags bedingungen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vor handensein 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 Zustimmungenden im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Für einen Branchenfremden können deshalb auch branchenübliche Klauseln ungewöhnlich sein. Eine Ungewöhnlichkeit ist jedoch nur dann zu bejahen, 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. Bei Versicherungsverträgen sind die berechtigten Deckungserwartungen zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 4A_238/2019 vom 2. Dezember 2019 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 4A_232/2019 vom 28. November 2019 E. 2.2).

2.1

Die Klägerin machte geltend, gemäss der Versicherungspolice vom 30. September 2017 habe sie mit der Beklagten eine Zusatzversicherung abgeschlossen, darunter die «Spitalversicherung Halbprivat». Diese beinhalte Spitalleistungen in der halbprivaten Abteilung bei freier Arzt- und Spitalwahl (Urk. 1 S. 6). Die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB, Ausgabe 2010) enthielten in Ziff. 4.6 eine Einschränkung der versicherten Leistungen («Der Versicherer kann Maximaltarife festlegen, die als Kriterium für die Einteilung zu den versicherten Abteilungen gelten»). Aus der Versicherungspolice vom 30. September 2017 ergebe sich nicht ausdrücklich, dass der Versicherer eine Leistungseinschränkung in den ZVB vorsehen könne. Die Klägerin sei sich überhaupt nicht im Klaren darüber gewesen, dass die Beklagte nicht die gesamten Leistungen vergüte. Davon habe sie erst im Rahmen der Leistungsabrechnung erfahren (Urk. 1 S. 7). Es handle sich um eine ungewöhnliche Klausel in den ZVB. Die Beklagte habe nach dem Vertrauensgrundsatz davon ausgehen müssen, dass die Klägerin, welche mit Versicherungsverträgen völlig unerfahren sei, dieser Klausel nicht zugestimmt beziehungsweise die «Spitalversicherung Halbprivat» mit dieser Leistungseinschränkung nicht oder nicht zur vereinbarten Prämie abgeschlossen hätte. Die Klausel führe zu einer wesentlichen Änderung des Vertragsinhalts und beeinflusse das Gleichgewicht zwischen Leistung und Gegenleistung erheblich. Die Klägerin brachte weiter vor, mit der fraglichen Klausel könnte die Beklagte einen beliebig niedrigen Tarif verfügen. Hinzu komme, dass sich die von der Beklagten vorgenommene Einschränkung (Mittelstandstarif abzüglich 10%) nicht einmal aus den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen selbst ergebe. Vielmehr stelle diese Klausel gewissermassen den Freipass für die Beklagte dar, die Versicherungsleistung im Einzelfall im Rahmen der Kostengutsprache beliebig einzuschränken. Der Ziff. 4.6 der ZVB sei die Anwendung daher zu versagen. Sofern das Gericht davon ausgehe, die Anwendung des Mittelstandstarifs sei vertraglich zulässig, wäre in jedem Fall der von der Beklagten vorgenommene Abzug im Umfang von 10% unstatthaft, da dieser willkürlich und ohne vertragliche Grundlage erfolgt sei (Urk. 1 S. 9 f.). 2.2

Die Beklagte brachte demgegenüber vor, die Klägerin sei nicht vor vollendete Tatsachen gestellt worden. Das Kostengutsprachegesuch der Klinik Y.____ für den geplanten

stationären Geburtsaufenthalt der Klägerin vom 19. März 2018 sei umgehend geprüft worden. Die Kostengutsprache für die Vergütung des Mittelstandstarifs abzüglich 10 % sei bereits am Folgetag an die Klinik Y.____ ver sandt worden. Gleichzeitig seien auch die Belegärztin und die Klägerin mit einer Kopie dieser Kostengutsprache bedient worden (Urk. 8 S. 2). Die Beschränkung der Kostengutsprache sei so hingenommen worden, und der stationäre Aufenthalt habe ungeachtet dessen planmässig stattgefunden. Der Kostengutsprache habe die Klägerin konkludent zugestimmt. Der vertragslose Tarifzustand mit der zürcherischen Klinik Y.____ dauere seit sechs Jahren. Es sei daher davon aus zu gehen, dass sich sämtliche involvierten Leistungserbringer über die beschränkte Kostenvergütung seitens der Beklagten im Klaren gewesen seien und die Klägerin entsprechend rechtzeitig darüber informiert hätten. Allfällige Versäumnisse seitens der Leistungserbringer und/oder die bewusste Inkaufnahme von selbst zu tragenden Kosten seitens der Klägerin könnten nachträglich nicht zulasten der Beklagten interpretiert werden (Urk. 8 S. 3). Es habe eine rechtsgenügende vertragliche Grundlage für die Festlegung von Maximaltarifen seitens der Beklagten bestanden. Es sei in der Versicherungspolice auf die AVB (Allgemeine Versicherungsbedingungen) und die ZVB (Zusätzliche Versicherungsbedingungen) verwiesen worden. Das Vorsehen von Leistungseinschränkungs- und (gänzlichen) Leistungsverweigerungsgründen und das Erfordernis der Existenz eines Tarifvertrages zwischen dem Privatversicherer und dem betreffenden Leistungserbringer sei schlichtweg branchenüblich und in keiner Art und Weise ungewöhnlich und/oder irreführend (Urk. 8 S. 5 f.). Es sei nicht der Sinn und Zweck von Maximaltarifen, die involvierten Leistungserbringer – mit denen notabene bislang keine vertragliche Einigung hinsichtlich der anwendbaren Tarife habe gefunden werden können – besser zu stellen, als dies mit einem Vertrag der Fall wäre (Urk. 8 S. 8). Dass die Klägerin erst im Rahmen der Leistungsabrechnung von der Leistungseinschränkung erfahren habe, treffe nicht zu (Urk. 8 S. 9). Es werde sodann bestritten, dass der Klägerin tatsächlich selbst zu tragende Kosten entstanden seien; sofern dies der Fall sei, fehle es an einem Rechtsschutzinteresse für die vorliegende Klage (Urk. 8 S. 10). Ein Ersatz vorprozessualer Anwaltskosten stehe der Klägerin nicht zu (Urk. 8 S. 11). 2.3

Replicando

führte die Klägerin aus, sie habe kurz vor der Geburt ihres Sohnes andere Sorgen gehabt, als sich um die verklausulierte Formulierung «Mittelstandstarif minus 10 %» zu kümmern. Der vertragslose Tarifzustand habe sie nicht zu interessieren. Dieser Umstand könne nicht dazu führen, dass die Beklagte ihre vertragliche Leistungspflicht ablehne. Die Klägerin hielt sodann daran fest, erst im Rahmen der Leistungsabrechnungen von den konkreten Auswirkungen der Leistungseinschränkung erfahren zu haben. Sie habe die Leistungseinschränkung in keiner Weise akzeptiert und die AVB und ZVB auch nicht genehmigt. Sie sei sich über die betragsmässigen Konsequenzen dieser Leistungseinschränkungen nicht im Klaren gewesen. Die Klägerin habe den Differenzbetrag selbst beglichen und könne dies nach Einholung der Belege bei der Bank auch nachweisen; ein Rechtsschutzinteresse bestehe in jedem Fall.

Es lägen ungewöhnliche Klauseln vor, und es sei nicht übersichtlich, wenn in den Standardverträgen sich widersprechende Ziffern enthalten seien und sich die Leistungseinschränkung erst aus der Homepage der Beklagten ergebe. Die Klägerin habe den ärztlichen Eingriff in der Klinik Y.____ bereits vollständig geplant und abgesprochen gehabt, bevor sie von der Beklagten über die Leistungseinschränkung orientiert worden sei.

Von der Beklagten zu verlangen, alles abzurechnen und kurz vor der Geburt eine neue Frauenärztin zu suchen, sei absurd und gehe an der Realität vorbei. Das von der Beklagten eingereichte Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 22. Oktober 2019 sei sodann nicht einschlägig (Urk. 21). 2.4

Duplicando

führte die Beklagte aus, die Klägerin bestreite nicht, dass sowohl sie als auch die Klinik Y.____ sowie die Belegärztin rechtzeitig und vorgängig (zum Spitalaufenthalt) über die beschränkte Kostenübernahme seitens der Beklagten orientiert worden seien. Dass der stationäre Aufenthalt dennoch planmässig stattgefunden habe, könne einzig dahingehend interpretiert werden, dass die involvierten Leistungserbringer und/oder die Klägerin der zugrundeliegenden Kostengutsprache konkludent zugestimmt hätten. Die Klägerin habe zudem vor dem geplanten stationären Aufenthalt ihren Rechtsvertreter mit der Wahrnehmung ihrer Interessen mandatiert (Urk. 25) . 2.5

Mit Eingabe vom 3. Juni 2020 beantragte die Klägerin, die Eingabe der Beklagten vom 7. Mai 2020 sei samt Beilage (Urteil des Bundesgerichts vom 16. April 2020) aus dem Recht zu weisen, da die Eingabe in unzulässiger Weise ausserhalb jedes Schriftenwechsels eingereicht worden sei. Davon abgesehen trage das bundesgerichtliche Urteil nichts Konstruktives zu den sich in casu stellenden Rechtsfragen bei (Urk. 30).

E. 3

' 088.5 0 (Fr. 2'346.-- gemäss Leistungsabrechnung vom 24. Juli 2018 und Fr. 742.50 gemäss Leistungsabrechnung vom 6. Dezember 2018). Als nicht versicherte Kosten wurden Beträge in der Höhe von Fr. 679. --, Fr. 165. -- (Urk. 10/12 f.) und Fr. 82.50 (Urk. 10/14 f.) ausgeschieden. Für die ärztliche Behandlung des Neugeborenen wurden von Dr. med. Z.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Kinderchirurgie, Fr. 825.-- in Rechnung gestellt; die Concordia vergütete Fr. 742.50 (Urk. 10/2- 10). Für die ärztliche Behandlung der Versicherten (Kaiserschnitt beziehungsweise Sectio, sechs Visiten und Geburts-/Austrittsbericht) wurden von Dr. med. A.____, Spezialärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, Fr. 2'560. -- in Rechnung gestellt; die Concordia vergütete Fr. 1'881. -- (Urk. 10/15). Sodann wurde im Zusammenhang mit dem Kaiserschnitt bei der Versicherten das Assistenzhonorar von PD Dr. med. B.____, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe,

im Umfang von Fr. 630. -- in Rechnung gestellt; die Concordia vergütete

Fr. 465.-- (Urk. 10/16). Die Vergütungen der Concordia entsprachen jeweils dem

Mittelstandstarif minus 10 % (Urk. 10/2 und Urk. 10/26).

E. 3.1

Die Beklagte behauptete, üblicherweise würden die Leistungserbringer darauf verzichten, die von den Versicherern nicht getragenen Kosten von den Patienten einzufordern beziehungsweise zu vollstrecken; sofern dies der Fall sei, fehle es an einem Rechtsschutzinteresse für die vorliegende Klage (Urk. 8 S. 10). Dabei handelt es sich um eine unsubstantiierte Behauptung. Hätten die Leistungserbringer vermeiden wollen, dass die Klägerin eigene

Kosten zu tragen hätte, hätten sie von Anfang an zum Mittelstandstarif minus 10 Prozent oder aber zum Spitalleistungskatalog plus 45 % abgerechnet; der Klinik Y.____ war seit

Längerem bekannt, dass die Beklagte die von den Belegärzten ausgestellten Rechnungen auf den Maximaltarif (Spitalleistungskatalog plus 45 % oder Zürcher Mittelstands tarif abzüglich 10 %) kürzen würde (vgl. das Schreiben der Beklagten an die Klinik Y.____ vom 12. August 2013 [Urk. 9/3]) . In der Kostengutsprache der Beklagten vom 20. März 2018 wurde schliesslich nochmals darauf hingewiesen, dass eine volle Deckung für die ärztlichen Honorare nur bestehe, wenn auf Grundlage der obgenannten Tarife abgerechnet werde (Urk. 2/3). Die Belegärzte stellten der Klägerin trotz dieser Hinweise die Kosten gemäss eigenem Tarif in Rechnung (vgl. insbesondere Urk. 10/4 f., Urk. 10/15 und Urk. 10/16). Es beste hen daher keine Anhaltspunkte dafür, dass die Leistungserbringer der Klägerin die Schuld hätten erlassen wollen.

Selbst wenn dem so wäre, wäre dies für die Frage des Rechtsschutzinteresses der Klägerin hinsichtlich der Geltendmachung des vertraglichen Anspruchs geg enüber der Beklagten aber irrelevant (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 4A_127/2019 vom 7. Juni 2019 E.

5) .

E. 3.2

Des Weiteren ist in Erinnerung zu rufen, dass das Gericht bei der vorliegenden Streitigkeit den Sachverhalt

i m Rahmen der sogenannten «sozialen» Untersu chungsmaxime von Amtes wegen fest stellt (Art. 247 Abs. 2 lit . a in Verbindung mit Art. 243 Abs. 2 ZPO ; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 4A_106/2020 vom 8. Juli 2020 E. 2.1). Es berücksichtigt

dabei neue Tatsachen und Beweismittel bis zur Urteilsberatung (Art. 229 ZPO ; vgl. auch BGE 139 III 457 E. 4.4.3.2) .

Eine Partei kann aber auch unter Geltung der soziale n Untersuchungsmaxime nach Art. 247 Abs. 2 ZPO mit einer prozessualen Handlung ausgeschlossen werden, wenn sie diese trotz Hinweis auf die Säumnisfolgen nicht rechtzeitig vorgenom men hat (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 4A_106/2020 vom 8. Juli 2020 E. 2.2 mit Hinweisen) .

Die Beklagte legte mit ihrer Eingabe vom 7. Mai 2020 (Urk. 27) das Urteil des Bundesgerichts 4A_578/2019 vom 16. April 2020 (Urk. 28) auf, welches sie einen Tag zuvor, am 6. Mai 2020, erhalten hatte . Inwiefern dies in prozessualer Hinsicht hätte unzulässig sein sollen (das Vorbringen der Klägerin i n der Eingabe vom 3. Juni 2020 [Urk. 30]), lässt sich angesichts der vorstehenden Erwägungen nicht nachvollziehen. Des Weiteren hat sich das Gericht in Anwendung des Grund satzes « iura

novit

curia » die Kenntnis des anwendbaren Rechts von Amtes wegen zu verschaffen, gleichgültig, ob es sich um zwingendes oder nicht zwingendes Recht handelt, und ob ein Rechtssatz im Gesetz ausdrücklich ausgesprochen oder das Ergebnis der Auslegung oder der Gerichtspraxis ist (Daniel Glasl , DIKE-Komm-ZPO, 2. Aufl. 2016, Art. 57 N 10 sowie BSK ZPO-Myriam A. Gehri , 3. Aufl. 2017 , Art. 57 N 9). Sofern das von der Klägerin aufgelegte Urteil des Bundesgerichts für die Beurteilung der vorliegenden Streitigkeit einschlägig ist , steht es dem Gericht vorbehaltlos frei, die ses heranzuziehen.

E. 3.3

Auf der Homepage der Beklagten lassen sich ohne grösseren Aufwand die Listen der Spitäler ohne (volle) Kostendeckung in den Spitalversicherungen finden (<https://www.co>

ncordia.ch/de/versicherungen/zusatzversicherungen/spital/spitalliste/ohneKostendeckungSpitalversicherungen.html).

E. 4

. 3

In den ZVB 2010 zur Spitalversicherung (Urk. 10/45) wird festgehalten, die Spitalversicherung gelte als Zusatzversicherung zur OKP im Rahmen der AVB. Die Spitalversicherung übernehme die Kosten eines Aufenthaltes in einem Spital (Ziff. 1.1 und Ziff. 1.2 Satz 1). Die Spitalversicherung HALBPRIVAT betreffe den Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung. Unter anderem bestehe die Möglichkeit, die Versicherung mit freier Spitalwahl nach KVG abzuschliessen (Ziff. 2.1 und 2.3). Als halbprivate Abteilung gelte ein Zweibett-Zimmer oder ausnahmsweise ein Zimmer mit mehr als zwei Betten mit vom Versicherer anerkanntem Tarif (Ziff. 4.4; die allgemeine Abteilung wird in der Ziff. 4.3 und die allgemeine Abteilung in der Ziff. 4.5 umschrieben). Kenne ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die obgenannten oder würden die Tarife einer Abteilung vom Versicherer nicht anerkannt, so handle es sich um eine private Abteilung. Der Versicherer könne Maximaltarife festlegen, die als Kriterium für die Einteilung zu den versicherten Abteilungen gälten. Der Versicherer führe eine Liste der Spitäler, die keine private, halbprivate oder allgemeine Abteilung im Sinne dieser Bestimmungen führten. Diese Liste werde laufend angepasst und könne beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden (Ziff. 4.6). Sofern und solange die Leistungsvoraussetzungen erfüllt seien, umfassten die Leistungen sämtliche Aufenthaltskosten und Kosten der wissenschaftlich anerkannten Behandlung des Akutspitals sowie Behandlungskosten der Ärzte je nach vereinbarter Versicherung (allgemeine, halbprivate oder private Abteilung) nach vom Versicherer anerkanntem Tarif (Ziff. 7.1).

E. 5

.1

Den nachfolgenden Erwägungen ist vorzuschicken, dass irrelevant ist, ob die Beklagte die Klägerin mit der Kostengutsprache vom 20. März 2018 (Urk. 2/3) auf die Deckungsbeschränkung hinwies, denn massgeblich ist, wie die Klägerin die Vertragsbedingungen nach Treu und Glauben bei Abschluss des Vertrages verstehen durfte (Urteil des Bundesgerichts 4A_166/2020 vom 23. Juli 2020 E. 3.4).

Nichts destotrotz ist darauf hinzuweisen, dass die Schilderungen in der Klageschrift, die Klägerin hätte erst im Rahmen der Leistungsabrechnung davon erfahren, dass nicht die gesamten Leistungen vergütet würden (Urk. 1 S. 7 Rz. 22), nicht zutreffen. Die Kostengutsprache der Beklagten an die Klinik Y.____

mit dem Hinweis auf die Maximaltarife datiert vom 20. März 2018 (Urk. 2/3). Gemäss der Telefonnotiz der Beklagten vom 28. März 2018 mit der Praxis von Dr. A.____

wurde die Klägerin am 27. März 2018 vom Leistungserbringer über die Kostengutsprache informiert (Urk. 9/2). Die Klägerin mandatierte ihren Rechtsvertreter in der vorliegenden

Angelegenheit am 4. April 2018 (Urk. 3), mithin fünf Tage vor dem stationären Aufenthalt in der Klinik Y.____. Es

ist daher erstellt, dass die Klägerin bereits vor dem Klinikaufenthalt über die Deckungsbeschränkung informiert wurde und nicht erst im Rahmen der Leistungsabrechnung.

E. 5.2

Es wurde nicht geltend gemacht, hinsichtlich der Tragweite der hier strittigen Klausel in Ziff. 4.6 der ZVB habe ein übereinstimmender wirklicher Wille der Parteien vorgelegen. Die Auslegung von Ziff. 4.6 der ZVB richtet sich daher nach den Grundsätzen der normativen Vertragsauslegung. Dabei gelangen namentlich das Vertrauensprinzip sowie mit Bezug auf die AVB und ZVB die Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel zur Anwendung (Urteil des Bundesgerichts 5C.150/2006 vom 6. November 2006 E. 2.4.1).

E. 5.3.1

Die Klägerin machte zunächst geltend, aus der Versicherungspolice vom 30. September 2017 ergebe sich nicht ausdrücklich, dass die Beklagte eine Leistungseinschränkung in den ZVB vorsehen könne. Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. Die Bezeichnung des Versicherungsprodukts lässt zwar Rückschlüsse auf den Zweck einer Zusatzversicherung zu. Aus der Formulierung «Spitalversicherung HALBPRIVAT – für Spitalleistungen in der halbprivaten Abteilung bei freier Arzt- und Spitalwahl» in der Versicherungspolice (Urk. 10/40) kann jedoch nicht abgeleitet werden, es best

ehe in jeglicher Hinsicht eine umfassende Wahlfreiheit und uneingeschränkte Versicherungsdeckung. Der beim Versicherungsprodukt «Spitalversicherung HALBPRIVAT» eigens angebrachte Hinweis auf die AVB 2007 und die ZVB 2010

lässt vielmehr erkennen, dass darin in Konkretisierung des Versicherungsprodukts die Einzelheiten des Leistungsumfanges geregelt werden. Es ist demnach zu eruieren, wie die Klägerin die AVB und die ZVB nach Treu und Glauben verstehen durfte.

E. 5.3.2

Aus Art. 36 der AVB ergibt sich, dass ein Leistungsanspruch nur im Rahmen der vom Versicherer anerkannten Tarife besteht. Auch wenn die Beklagte die für die schweizerischen Sozialversicherungen gültigen Tarife und die üblicherweise verwendeten Privattarife anerkennt, behält sie sich abweichende Bestimmungen in den ZVB vor (E. 4.2), konkret in der Ziff. 4.6 der ZVB. Darin wird explizit festgehalten: «Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die obgenannten oder werden die Tarife einer Abteilung vom Versicherer nicht anerkannt, so handelt es sich um eine private Abteilung. Der Versicherer kann Maximaltarife festlegen, die als Kriterium für die Einteilung zu den versicherten Abteilungen gelten. Der Versicherer führt eine Liste der Spitäler, die keine private, halbprivate oder allgemeine Abteilung im Sinne dieser Bestimmungen führen. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden». Mit der Auslegung exakt dieser Klausel setzte sich bereits das Versicherungsgericht des Kantons Aargau, 3. Kammer, in seinem Urteil vom 22. Oktober 2019, welches von der Beklagten zu den Akten gereicht wurde (Urk. 17; vgl. E. 4.3.2), auseinander. Wie im vom Versicherungsgericht des Kantons Aargau zu beurteilenden Fall geht es auch hier um die Konstellation, dass «die Tarife einer Abteilung vom Versicherer nicht anerkannt» werden, was dem Schreiben vom 12. August 2013 der Beklagten an die Klinik Y.____ zu entnehmen ist. Darin hielt die Beklagte fest, für Behandlungen auf der halbprivaten und der privaten Abteilung eines Spitals würden mit den Leistungserbringern Tarifverträge abgeschlossen. Im Falle der Klinik Y.____

umfasse der Tarifvertrag die Leistungen der Klinik. Leider habe bisher kein Tarifvertrag für die Leistungen der Belegärzte abgeschlossen werden können. Ohne tarifliche Regelung würden gemäss Art. 4.6 der ZVB Maximaltarife festgelegt. Diese seien für die Arztleistungen der halbprivaten Abteilung SLK (Spitalleistungskatalog) plus 45 % oder Zürcher Mitte Istandstarif abzüglich 10 %. Eine Kostengutsprache werde von der Beklagten jeweils mit Angabe der Maximaltarife ausgestellt. Die Situation bezüglich Klinik Y.____ sei auf der Homepage der Beklagten und im Kundenmagazin publiziert. Sollte sich der behandelnde Arzt oder die Klinik nicht an diesen Tarif halten, werde auf die Aufklärungspflicht vor Behandlungsbeginn hingewiesen. Es werde gebeten, die Rechnungen an die Beklagte gemäss Kostengutsprache auszustellen. Anders ausgestellte Rechnungen an die Beklagte würden ohne weitere Mitteilung auf die Maximaltarife gekürzt (Urk. 9/3).

E. 5.3.4

Angesichts der vorstehenden Ausführungen ergibt sich aus den AVB und den ZVB eindeutig, dass die Beklagte als Versicherung bestimmen kann, bis zu welchem Betrag sie bei einem Aufenthalt die Kosten übernimmt, wenn sie die Tarife einer Abteilung nicht anerkannt hat. In welchen Fällen dies der Fall ist, lässt sich anhand der Homepage der Beklagten leicht evaluieren. Das Bundesgericht, welches über die Beschwerde gegen das Urteil des Kantons Aargau vom 22. Oktober 2019 in seinem Urteil vom 16. April 2020 (4A_578/2019) zu befinden hatte, gelangte hinsichtlich der Ziff. 4.6 ZVB zur selben Auffassung

(E. 4.4). Demnach ist eine Unklarheit der vorgenannten Klausel zu verneinen.

E. 5.4.1

Die Klägerin monierte sodann, es liege eine ungewöhnliche Klausel vor. Aus subjektiver Sicht der branchenunerfahrenen Klägerin mag die Klausel als ungewöhnlich erscheinen. Eine Ungewöhnlichkeit ist jedoch nur dann zu bejahen, wenn die Klausel auch objektiv beurteilt einen geschäftsfremden Inhalt aufweist. Dies ist der Fall, 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. Bei Versicherungsverträgen sind die berechtigten Deckungserwartungen zu berücksichtigen (E. 1.5.3).

E. 5.4.2

Die Beklagte machte geltend, das Stipulieren von Leistungseinschränkungs- und (gänzlichen) Leistungsverweigerungsgründen und das Erfordernis der Existenz eines Tarifvertrags zwischen dem Privatversicherer und dem betreffenden Leistungserbringer sei branchenüblich und in keiner Art und Weise ungewöhnlich und/oder irreführend (Urk. 8 S. 5 f.). Dem ist zuzustimmen. Das Bundesgericht gelangte bereits in einem Entscheid aus dem Jahre 2007 zur Leistungspflicht einer Krankenzusatzversicherung für die stationäre Behandlung einer Versicherten in einer Klinik, mit der kein Tarifvertrag mehr bestand, zum Schluss, ein Versicherer könne in seinen AVB vorsehen, dass Leistungen nur für den Aufenthalt in einem Spital ausgerichtet würden, mit dem er einen Tarifvertrag abgeschlossen hat (Regeste im BGE 133 III 607). A maiore minus muss es daher auch zulässig sein, in den AVB Maximaltarife für die stationäre Behandlung einer versicherten Person in einer Klinik, mit der kein Tarifvertrag besteht, vorzusehen. Die Branchenüblichkeit ergibt sich bereits aus dem folgenden Hinweis auf der Homepage der

Klinik Y.____ selbst: «Sind Sie Zusatzversichert (Halbprivat oder Privat), steht Ihnen das gesamte Leistungsangebot der Kliniken und Beleg ärzte mit allen Vorteilen zur Verfügung. Zusatzversicherungen verfügen jedoch über verschiedene Angebote, die zum Teil wesentliche Einschränkungen in Ihrer persönlichen Wahlfreiheit aufweisen. So schränken beispielsweise einige Produkte einerseits mit vorgegebenen Spitallisten die freie Spitalwahl ein oder andererseits mit Ärztelisten die freie Arztwahl. Wer also Wert darauf legt, vom Arzt und von einer Klinik seiner Wahl behandelt zu werden, sollte darauf achten, eine Zusatzversicherung ohne Einschränkungen abzuschliessen.» .

Dass Zusatzversicherungen häufig Einschränkungen enthalten, ist hinlänglich bekannt. Berechtigte Deckungserwartungen konnten somit angesichts der abgeschlossenen Police sowie den AVB und ZVB nicht entstehen . Es ist denn auch absolut üblich, sich im Vorfeld eines geplanten stationären Aufenthalts in einer privaten Klinik über die Versicherungsdeckung zu erkundigen. Statt in der Klinik Y.____ hätte die Klägerin auch in einige n andere n Kliniken ohne Leistungseinschränkung entbinden können . Das Vorliegen einer starken

Beeinträchtigung in der

Rechtsstellung der Klägerin

ist daher zu verneinen .

E. 5.4.3

Nach dem Gesagten besteht auch keine Ungewöhnlichkeit der strittigen Klausel .

E. 5.5

Der Klausel in Ziff. 4.6 der ZVB kann die Anwendung mangels Unklarheit und Ungewöhnlichkeit somit nicht versagt werden.

E. 5.6

Die Klägerin rügte des Weiteren , mit der fraglichen Klausel könne die Beklagte im Rahmen der Versicherungsdeckung einen beliebig niedrigen Tarif verfügen, beispielsweise nur 5 % der Spitalleistungen (Urk. 1 S. 9 und Urk. 21 S. 5). Dem ist entgegenzuhalten, dass nicht aufgrund von Hypothesen, sondern anhand des vorliegenden Sachverhalts zu prüfen ist, ob ein Verstoß gegen Treu und Glauben vorliegt. In concreto wandte die Beklagte den Zürcher Mittelstandstarif abzüglich 10 % an. Inwiefern es sich dabei um einen gegen Treu und Glauben verstossenden oder willkürlichen Maximaltarif (Urk. 1 S. 9 f.) handeln sollte, legte die Klägerin indessen nicht substantiiert dar. Der Mittelstandstarif ist zwar in die Jahre gekommen und soll durch ein aktuelles und permanent weiterentwickeltes Tarifierungssystem in Anlehnung an das DRG- Fallpauschalensystem abgelöst werden

(vgl. den Geschäftsbericht 2017 des Verband s Zürcher Krankenhäuser [VKZ]) .

Willkürlich ist der Mittelstandstarif damit aber nicht. Auch ein zusätzlicher Abzug von 10 % erweist sich nicht als willkürlich angesichts der betragsmäßig doch eher geringen Differenz zwischen den von den Beleg ärzten in Rechnung gestellten Honoraren und der Versicherungsdeckung durch die Beklagte (die Abweichung beträgt 10 % bis rund 26.5 %). Dies gilt umso mehr, als die Honorare der Belegärzte der Klinik Y.____ in Berichterstattungen der Vergangenheit wiederholt als zu hoch kritisiert wurden , was der

breiten Öffentlichkeit bekannt sein dürfte. Die von der Beklagten im Schreiben an die Klinik Y. ___ vom 12. August 2013 (Urk. 9/3) angegebenen Tarife, welche bei Fehlen einer tariflichen Regelung für die Arztleistungen der halbprivaten Abteilung abgerechnet werden, entsprechen sich betragsmässig in etwa (Spitalleistungskatalog plus 45 % und Zürcher Mittelstandstarif abzüglich 10 %). Daraus ergibt sich, dass eine Entschädigung gemäss dem Zürcher Mittelstandstarif abzüglich 10 % noch immer deutlich über einer Entschädigung gemäss OKP liegt. Es versteht sich

sodann

von selbst, dass im Rahmen einer halbprivaten Zusatzversicherung gewisse Limiten

vorgesehen werden müssen und dass nicht

jede noch so exorbitante Luxusbehandlung übernommen werden kann, ansonsten sich dies massiv auf die Höhe der Prämien niederschläge. Würden die Leistungsbeschränkungen auf sämtliche oder zu viele Spitäler ausgedehnt, würde sich die Frage zwar stellen, ob dadurch die Zusatzversicherung ihres Gehalts entleert würde. Vorliegend ist dies jedoch nicht der Fall. Wie bereits erwähnt (E. 5.4.2), hätte die Klägerin in vielen anderen Kliniken ohne Leistungseinschränkung entbinden können.

E. 6

Nach dem Gesagten ist nicht festzustellen, dass die Beklagte die Leistungen aus der Zusatzversicherung nicht korrekt erbracht hätte. Damit besteht auch keine Anspruchsgrundlage für eine Entschädigung

vorprozessualer Anwaltskosten. Die Klage erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

E. 7.1

Das Verfahren betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ist gemäss Art. 7 ZPO von Gesetzes wegen kostenlos (Art. 114 lit. e ZPO).

E. 7.2

Ausgangsgemäss ist der Klägerin keine Parteientschädigung zuzusprechen. Der nicht durch einen externen Rechtsanwalt vertretenen Beklagten steht sodann praxisgemäss keine Parteientschädigung zu (BGE 133 III 439 E. 4). Der Einzelrichter erkennt:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.