

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2023.00004

vom 10. Juni 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-06-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2023.00004

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2023.00004 du 10 juin 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2023.00004 del 10 giugno 2023

Erwägungen

E. 1

Der bei der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG (nachfolgend: CONCORDIA) grund- und für stationäre Behandlungen in der privaten Abteilung bei freier Spital- und Arztwahl zusatzversicherte X.____ , geboren am 23. Oktober 1933 (Urk. 2/1), hielt sich vom 24. Juli bis 5. August 2022 wegen einer bakteriellen Superinfektion bei ausgedehnter Infarktpneumonie im rechten Lungenunterlappen im LungenZentrum der Klinik Y.____ Zürich auf (Urk. 2/3). Die CONCORDIA verneinte eine Leistungspflicht für die Kosten in der privaten Abteilung (Hotellerie- sowie Klinikleistungen) mit Schreiben vom 7. Oktober 2022, da ein vertragsloser Zustand mit der Klinik Y.____ Zürich vorliege (Urk. 2/5).

E. 1.1

Das Sozialversicherungsgericht ist als einzige kantonale Gerichtsinstanz für Klagen über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) zuständig (Art.

E. 1.2

Da der Streitwert Fr. 30'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Klage in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 GSVGer).

E. 1.3

Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 Satz 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG). Sie sind privatrechtlicher Natur (BGE 138 III 2 E. 1.1).

E. 1.4

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) oder Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB ; Michael Iten, Der private Versicherungsvertrag: Der Antrag und das Antragsverhältnis, unter Ausschluss der Anzeigepflichtverletzung , Freiburg, 1999, S. 23 N 72). 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; Rolf Nebel in: Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den

Versicherungsvertrag, Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basel/Zürich 2000, Art. 100 Rz 6).

E. 1.5

AGB sind Vertragsbestimmungen, die im Hinblick auf den künftigen Abschluss einer Vielzahl von Verträgen generell vorformuliert wurden. Sie haben von sich heraus keine Geltung zwischen den Parteien. Sie gelten nur und soweit, als die Parteien sie für ihren Vertrag ausdrücklich oder konkludent übernommen haben und sind nur dann vom Konsens erfasst, wenn die zustimmende Partei bei Vertragsschluss zumindest die Möglichkeit hatte, von ihrem Inhalt in einer zumutbaren Weise Kenntnis zu nehmen.

Stimmte die Partei der Übernahme der AGB global zu, d.h. ohne diese zu lesen, zur Kenntnis zu nehmen oder deren Tragweite zu verstehen, wird deren Geltung durch die sog. Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt: Der Verfasser von AGB muss nach dem Vertrauensgrundsatz davon ausgehen, dass der Vertragspartner ungewöhnlichen Klauseln nicht zustimmt. Entsprechend sind von der global erklärten Zustimmung alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die zustimmende Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist. Die Ungewöhnlichkeit beurteilt sich aus der Sicht des Zustimmenden im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls (sog. Zugänglichkeitsregel; BGE 148 III 57 E. 2.1-2.1.3 mit Hinweisen). Schliesslich und subsidiär müssen mehrdeutige Klauseln nach der Unklarheitsregel gegen den Versicherer als deren Verfasser ausgelegt werden (BGE 122 III 118 E. 2a). 2.

E. 2

Mit Eingabe vom 18. Januar 2023 erhob der Versicherte Klage gegen die CONCORDIA und beantragte, diese sei zu verpflichten, ihm Fr. 8'283.25 zuzüglich Zins von 5 % pro Jahr seit dem 22. August 2022 zu bezahlen (Urk. 1). Mit Klageantwort vom 14. Februar 2023 beantragte die Beklagte, auf die Klage sei nicht einzutreten (Urk. 5). Mit Verfügung vom 21. Februar 2023 wurde dem Kläger eine Frist von 30 Tagen zur Erstattung einer Replik angesetzt (Urk. 8), woraufhin sich dieser mit Eingabe vom 12. März 2023 nochmals zur Sache äusserte (Urk. 9 unter Beilage von Urk. 10/9a, Urk. 10/9b und Urk. 10/10). Mit Schreiben vom 11. April 2023 wurden dem Kläger sodann die Beilagen der Klageantwort (Urk. 6/1-7 und Urk. 7) im Doppel nachträglich zugestellt (Urk. 11). Der Kläger erkundigte sich am 24. Mai 2023 nach dem Stand des Verfahrens und verzichtete auf Nachfrage explizit auf die Durchführung einer mündlichen Hauptverhandlung (Urk. 13). Der Einzelrichter zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Der Kläger brachte vor (Urk. 1), er sei seit 2012 bei der Beklagten krankenversichert. Er habe sich am Sonntag, 24. Juli 2022, notfallmässig in die Klinik Y. begeben, da der Verdacht auf einen dritten Herzinfarkt bestanden habe. Der Spitalaufenthalt habe bis am 5. August 2022 gedauert. Nach über drei Stunden im Notfall sei ihm mitgeteilt worden, dass die Beklagte für die Leistungen in der halb- und privaten Abteilung voraussichtlich keine vollständige Kostenübernahme garantieren werde, da diese die Tarife der Klinik Y. ablehne. Er habe sich in nicht voll aufnahmefähigem Zustand dazu entschieden, die Vorteile der privaten Abteilung in Anspruch zu nehmen und habe mit einer teilweisen Kostenübernahme gerechnet. Nach dem Spitalaufenthalt habe ihm die Beklagte mit Schreiben vom 7. Oktober 2022 mitgeteilt, dass sie wegen eines seit 18. Juli 2022 bestehenden vertragslosen Zustands keine Kosten übernehme. Eine vorgängige Information

sei nie erfolgt. Die Rechnungen der Klinik Y.____ hätten sich ursprünglich auf Fr. 16'566.25 belaufen; sie habe mittlerweile auf einen Teil der Forderung verzichtet, sodass noch immer Fr. 8'283.25 zu seinen Lasten verblieben seien. Letztmals seien ihm die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB), Ausgabe 2012 (richtig wohl: 2010), zugestellt worden. Diese würden in Ziff. 17 festhalten, wann aus der Spital-Zusatzversicherung keine Leistungen erbracht würden. Der vertragslose Zustand mit einem Spital werde dort nicht aufgeführt, sondern es würden nur Behandlungen in Spitälern erwähnt, die nicht auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt seien. Auch Ziff. 4 der ZVB besage nicht, dass überhaupt keine Leistungen erbracht würden, wenn es keinen Vertrag mit einer Klinik gebe. Erst in den ZVB, Ausgabe 2022, welche er nie erhalten habe, werde ein Ausschluss vorgesehen. Er sei von der Beklagten auch nie informiert worden, dass sie die Kosten von gewissen Spitälern gar nicht decke.

E. 2.2

Die Beklagte hielt dem entgegen (Urk. 5), der Kläger habe keine Zahlungsbelege vorgelegt, weshalb eine Bezahlung durch ihn mit Nichtwissen bestritten werden müsse. Davon abgesehen habe der Kläger mit einer Kostenübernahme seinerseits gerechnet und diese auch akzeptiert. Die Klage sei bereits aus diesem Grund abzuweisen. Eine allenfalls unpräzise Information seitens der Klinik Y.____ liege sodann nicht im Machtbereich der Beklagten. Darüber hinaus werde in den ZVB 2022 auf das Erfordernis der Tarifierkennung verwiesen und es sei der Beklagten erlaubt, Zusatzversicherungsleistungen gänzlich zu verweigern. Dies gelte selbst bei Anwendung der ZVB 2010 und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2007; das Bundesgericht habe im Urteil 4A_578/2019 vom 16. April 2020 festgestellt, dass die Beklagte bei fehlender Tarifierkennung ihrerseits bestimmen könne, bis zu welchem Betrag sie bei einem Aufenthalt die Kosten übernehme (E. 4.4).

E. 2.3

Mit Replik vom 12. März 2023 legte der Kläger Belege über Zahlungen an die (Klinik) Y.____ AG im Gesamtbetrag von Fr. 8'283.25 auf (Urk. 9/a-b) und wandte ein, dass sich das von der Beklagten genannte Bundesgerichtsurteil auf die Zulässigkeit von Maximaltarifen beziehe. Vorliegend habe es die Beklagte jedoch versäumt, Maximaltarife festzusetzen. Sie könne deshalb nicht einfach gar nichts bezahlen. Sonst hätten die Versicherten in bestimmten Spitälern faktisch gar keinen Anspruch mehr auf Kostenersatz, also nicht einmal auf diejenigen Kosten, welche selbst die Beklagte für die jeweilige Behandlung als angemessen erachte (Urk. 9). 3. 3.1

Der Kläger berief sich auf einen gültigen Versicherungsvertrag und machte nicht geltend, diesen gekündigt zu haben. Zudem legte er die Belege dafür vor, dass er der Klinik Y.____ Fr. 8'283.25 überwiesen hat (Urk. 9/a-b). Es bleibt daher zu prüfen, ob die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger diesen Betrag zu erstatten. 3.1.1

Der Kläger, welcher gemäss eigenen Angaben seit 2012 bei der Beklagten krankenversichert ist (Urk. 1 S. 2),

ist gemäss der Versicherungspolice Nr. 93310230128.00001 vom 25. September 2021, gültig ab dem 1.

Januar 2022, grund- und für stationäre Behandlungen in der privaten Abteilung bei freier Spital- und Arztwahl zusatzversichert (Spitalversicherung PRIVAT). In der Versi

cherungspolice findet sich bei der Spitalversicherung PRIVAT der Hinweis, dass die «AVB 20 22 » und die «ZVB 20 22 » gültig seien (Urk. 2/1).

Des Weiteren informierte die Beklagte ihre Versicherten im firmeneigenen Magazin, Ausgabe März 2021, darüber, dass im Zuge einer Gesetzesrevision per 2022 die Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (AVB und ZVB) aktualisiert würden. Ab dem 1. Januar 2022 unterlägen deshalb alle Policen der Krankenzusatzversicherungen den neuen AVB und ZVB (Urk. 6/6 S. 28). Sodann wurde darauf hingewiesen, dass alle Details ab dem 1. Oktober 2021 übersichtlich und transparent auf der Webseite (unter Angabe des Links und eines QR-Codes) zu finden seien. Wer die neuen AVB und ZVB gedruckt beziehen wolle, könne dies über die eigene Agentur oder Geschäftsstelle tun (Urk. 6/6 S. 29). 3.1.2

Gemäss den AVB der Beklagten ist der (Versicherungs-)Vertrag für die in der Police angegebene feste Vertragsdauer (vorliegend ein Jahr [Urk. 2/1]) abgeschlossen. Er verlängert sich danach jeweils stillschweigend um ein Jahr, sofern nicht der Versicherungsnehmer den Vertrag auf Ende der Vertragsdauer gekündigt hat (AVB für die Pflegezusatzversicherungen, Ausgabe 2007, Ziff. 13.1 in Urk. 6/ 7; vgl. ebenso die Ausgabe 2022, Ziff. 14.1 in Urk. 6/ 4). Dieser Abrede steht kein Nichtigkeitsgrund entgegen (vgl. Art. 47 VVG; sowohl in der Fassung vor als auch nach dem 1. Januar 2022). 3.1.3

Gemäss Art. 3 Abs. 1 Satz 1 VVG muss das Versicherungsunternehmen den Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrags verständlich und in einer Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, über seine Identität und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags informieren (vgl. den Katalog in lit . a-j, welcher abschliessend ist [BSK VVG-Kuhn † /Körner, 2. Aufl., Basel 2023, Art. 3 N 6]).

Die Angaben sind dem Versicherungsnehmer so zu übergeben, dass er sie kennen kann, wenn er den Versicherungsvertrag beantragt oder annimmt. In jedem Fall muss er zu diesem Zeitpunkt im Besitz der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Information nach Ab s. 1 lit . g (die Bearbeitung der Personendaten einschliesslich Zweck und Art der Datensammlung sowie Empfänger und Aufbewahrung der Daten) sein (Art. 3 Abs. 2 VVG; vgl. auch den Hinweis der Beklagten in Ziff. 7 der AVB 2022) . Da die Informationen durch das Versicherungsunternehmen so mitgeteilt werden müssen , dass der Nachweis durch Text möglich ist , genügt auch eine elektronische Übermittlung des Dokuments mit den entsprechenden Informationen oder die Möglichkeit, das Dokument von einem Server herunterzuladen (BSK VVG-Kuhn † /Körner, a.a.O., Art. 3 N 44). Ob angesichts der jeweils einjährigen Vertragsdauer (vgl. E. 3.1.2) die Zustellung der neuen Versicherungspolice zu einer Vertragsänderung oder aber zu einem Neuabschluss eines Vertrags führt, kann offenbleiben. Da bei einem Neuabschluss der Nachweis durch Text genügt, reicht dies a maiore minus auch bei einer Vertragsänderung aus. Im kasseneigenen Kundenmagazin wurde nämlich angekündigt, dass sämtliche Policen der Krankenzusatzversicherungen den neuen AVB und ZVB unterlägen (Urk. 7/6 S. 28), diese seien ab 1. Oktober 2021 auf der Website des Versicherungsunternehmens verfügbar; wer eine gedruckte Version beziehen wolle, könne dies über eine Agentur oder Geschäftsstelle tun (Urk. 7/6 S. 29). In der Folge erhielt der Kläger die mit dem Datum vom 25. September 2021 versehene, ab 1. Januar 2022 gültige Versicherungspolice. Für die Zusatzversicherung «Spitalversicherung PRIVAT» wurde darin festgehalten, dass die AVB 2022 und ZVB 2022 gelten würden (Urk. 2/1 S. 2). Indem der Kläger auf eine Kündigung des Versicherungsvertrages verzichtete und weiterhin die entsprechende Prämie zahlte,

akzeptierte er die Vertragsänderungen ohne Weiteres. Unerheblich ist, ob er die neuen AVB und ZVB auf der Website der Versicherung eingesehen oder bei einer Geschäftsstelle in gedruckter Form bezogen hat. Mit dem Argument, er habe die neuen AVB 2022 und ZVB 2022 nie erhalten (Urk. 9 S. 2), vermag der Kläger somit nicht durchzudringen. 3.2 3. 2 .1

In den AVB 2022 (Urk. 6/4), wird statuiert, der Eintritt in ein Spital sei unverzüglich, spätestens aber nach fünf Tagen zu melden. Auf Verlangen des Leistungserbringers oder der versicherten Person werde bei Eintritt in ein Spital eine Kostengutsprache ausgestellt (Ziff. 29.1 und 29.2). Honorarvereinbarungen zwischen der versicherten Person und dem Leistungserbringer seien für den Versicherer nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch bestehe nur im Rahmen der vom Versicherer anerkannten Tarife (Ziff. 37).

In den ZVB zur Spitalversicherung, Ausgabe 2022 (Urk. 6/5), wird festgehalten, als private Abteilung gelte ein Ein- oder ausnahmsweise Zweibett-Zimmer mit vom Versicherer anerkanntem Tarif (Ziff. 4.3). Anerkenne der Versicherer die Tarife eines Spitals, einer Abteilung oder eines Leistungsbereichs nicht, so könne er die Vergütung gänzlich verweigern oder Maximaltarife festlegen, welche die höchstmöglichen Leistungen darstellten. Der Versicherer könne die Maximaltarife jederzeit anpassen (Ziff. 4.7). Der Versicherer publiziere, für welche Spitäler Leistungen voll, eingeschränkt oder nicht vergütet würden. Die Publikation werde laufend angepasst und könne beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden (Ziff. 4.8). Der Kläger hatte die Möglichkeit, vom Inhalt der AVB 2022 und der ZVB 2022 Kenntnis zu nehmen (vgl. E. 3.1.3). Ob er sie tatsächlich zur Kenntnis nahm, ist hingegen nicht von Belang. Davon abgesehen machte er nicht geltend, dass die vorstehend genannten Bestimmungen ungewöhnlich wären und deren Anwendung deshalb versagt bleibe (E. 1.5). Eine Ungewöhnlichkeit ist darüber hinaus auch nicht zu erkennen. 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). Inwiefern sich die vorgenannten Bestimmungen als unklar erweisen sollten (E. 1.5), legte der Kläger ebenfalls nicht dar und lässt sich auch nicht erkennen. 3.2.2

Aus dem Schreiben der Beklagten an die Klinik Y.____ Zürich vom 17. Mai 2022 ergibt sich, dass erstere den Vertrag betreffend Patienten mit einer Spitalzusatzversicherung, gültig ab 1. Oktober 2018, per 31. Dezember 2021 gekündigt hat. Grund für die Kündigung sei einerseits die Intervention der FINMA bei den Krankenzusatzversicherern und andererseits das daraus entstandene Branchenframework. Bei der Überprüfung des Vertrages sei festgestellt worden, dass die Tarife für die privaten und halbprivaten Abteilungen in der Privatklinik im Vergleich zu anderen Spitälern überhöht und in Bezug auf die angebotenen Leistungen nicht nachvollziehbar seien. Zudem sei festgestellt worden, dass relevante Unterschiede in den Preisen für verschiedene Versicherer für die gleiche Leistung bestünden. Da die Verantwortlichen der Y.____-Gruppe die Verhandlungen erst im November 2021 hätten aufnehmen können, sei eine Lösungsfindung per 1. Januar 2022 nicht mehr möglich gewesen. Aufgrund der langjährigen Partnerschaft bezahle die Beklagte für Eintritte ab dem 1. Januar 2022 bis zum aktuellen Zeitpunkt noch die alten und aus Sicht der Beklagten nicht mehr gerechtfertigten Tarife. Ab dem 18. Juli 2022 würden jedoch für die Versicherten aus der Schweiz und aus Liechtenstein für stationäre Behandlungen in der

Y.____ Klinik keine Leistungen mehr aus den Spitalversicherungen PRIVAT, HALBPRIVAT, LIBERO, PREMIUM und CARE vergütet. Bei Gesuchen von Kostengutsprachen würden die Versicherten auf diesen Umstand hingewiesen. Versicherte der Beklagten, welche sich in der Klinik behandeln lassen wollten, seien von der Klinik Y.____ vor dem Klinikeintritt über diesen Sachverhalt zu informieren (Urk. 6/3). 3.2.3

Im Moment, als sich der Kläger in die Klinik Y.____ in stationäre Behandlung begab, lag ein vertragsloser Zustand zwischen derselben und der Beklagten betreffend Leistungen aus den Spitalversicherungen PRIVAT, HALBPRIVAT, LIBERO, PREMIUM und CARE vor. Gemäss Ziff. 19.8 ZVB 2022 besteht keine Leistungspflicht der Beklagten aus der Spitalversicherung. Der Kläger muss sich ferner die Kenntnis von Ziff. 4.8 ZVB 2022 entgegenhalten lassen, wonach die Beklagte die Liste der Spitäler, deren Leistungen sie voll, eingeschränkt oder nicht vergütet, publiziert und laufend anpasst. Die jeweils massgebende Spitalliste wird vom Versicherer ohne Absprache mit seinen Versicherten festgelegt und abgeändert. Sie bildet nicht Vertragsbestandteil (BGE 133 III 607 E. 2.3). Die Notwendigkeit, sich vor einer geplanten Behandlung in einer privaten Abteilung eines Spitals – oder bei einer ungeplanten Behandlung unverzüglich nach deren Beginn – über die Kostendeckung des Krankenversicherers zu informieren, ist zudem hinlänglich bekannt. Ein Blick auf die Website der Beklagten hätte genügt, um sich ohne grösseren Aufwand Kenntnis über die Spitäler ohne (volle) Kostendeckung in den Spitalversicherungen zu verschaffen (

<https://www.concordia.ch/de/versicherungen/zusatzversicherungen/spital/privat.html>). Mit seinem Vorbringen, es sei ihm von der Beklagten nicht mitgeteilt worden, es liege ein vertragsloser Zustand mit der Klinik Y.____ vor und es würden keine Kosten im Zusammenhang mit seinem Aufenthalt in der privaten Abteilung übernommen (Urk. 1 S. 2), vermag der Kläger daher nicht durchzufragen. 3.2.4

Kommt hinzu, dass der Kläger am 24. Juli 2022 ein Formular der Klinik Y.____ (Urk. 2/4) unterzeichnete, in welchem Folgendes festgehalten wurde: «Wir müssen Ihnen mitteilen, dass die CONCORDIA Versicherungen AG (nachfolgend: CONCORDIA), bei der Sie die halbprivate (HP) oder private (P) Zusatzdeckung abgeschlossen haben, entschieden hat, die Tarife der Klinik Y.____ abzulehnen. Ihre Zusatzdeckung wird für Ihre notfallmässige Behandlung in der HP-/P-Abteilung voraussichtlich keine vollständige Kostenübernahme garantieren. Wir bedauern, dass Sie als Versicherungsnehmer/in mit einem Produkt ohne Spitaleinschränkung die/der Leidtragende des Vorgehens der CONCORDIA sind und bitten Sie, sich bei Fragen zu dieser Entscheidung direkt an die CONCORDIA zu wenden.» Dem Kläger wurden bei seinem Aufenthalt ohne operative Behandlung (ohne Honorar Belegarzt) zwei mögliche Vorgehensweisen präsentiert: Wenn er eine notfallmässige stationäre Behandlung in einer HP-/P-Abteilung wünsche und von Mehrleistungen der Klinik und der Ärztinnen und Ärzte profitieren wolle, kämen abhängig von der Aufenthaltsdauer ungefähr folgende Kosten auf ihn zu, die teilweise von der CONCORDIA übernommen würden. Bei zwei Tagen à je Fr. 2'000.-- betrage die Summe der provisorischen Kostenschätzung Fr. 4'000.--. Das Honorar der Belegärzte sowie die Privatauslagen des Patienten seien in dieser Kostenschätzung nicht inbegriffen und würden separat und zusätzlich in Rechnung gestellt. Es handle sich hierbei zudem um eine provisorische Kostenschätzung. Man werde in den nächsten Tagen einen detaillierten Kostenvorschlag zukommen lassen. Mit seiner Unterschrift bestätige der Patient, dass er über die Höhe der allfälligen Mehrkosten informiert worden sei, diese akzeptiere und ihm diese nach Austritt in Rechnung gestellt

würden. Alternativ könne der Patient eine notfallmässige stationäre Aufnahme in der Allgemein-Abteilung ohne Mehrleistungen wünschen (Urk. 2/4). Der Kläger wurde von der Klinik Y.____ mit Formular vom 24. Juli 2022 unmissverständlich darüber aufgeklärt, dass die Beklagte die Tarife der Klinik Y.____ betreffend die halbprivate und private Zusatzdeckung abgelehnt hatte. Spätestens diese Information hätte ihn veranlassen müssen, sich bei der Beklagten über die Kostendeckung zu erkundigen (was im Formular der Klinik Y.____ bei Fragen zum Entscheid der Tarifablehnung auch empfohlen wurde [Urk. 2/4]). Dass sich der Kläger ohne Rückfrage bei der Beklagten dazu entschied, die Vor teile der privaten Abteilung in Anspruch zu nehmen, da er «logischerweise mit einer teilweisen Kostenübernahme» rechnete, weil ihm mitgeteilt worden sei, es würde voraussichtlich keine vollständige Kostenübernahme garantiert (Urk. 1 S. 2), hat er sich daher selbst zuzuschreiben . Eine aus Sicht des Klägers missver ständliche Aufklärung durch die Klinik Y.____ («voraussichtlich keine voll ständige Kostenübernahme») hat jedenfalls nicht die Beklagte zu vertreten. Dass sich der Kläger angesichts seiner vorstehend wiedergegebenen Überlegungen zur teilweisen Kostenübernahme durch die Beklagte in nicht voll aufnahmefähigem Zustand befunden haben soll (Urk. 1 S. 2), lässt sich zudem schwer nachvollzie hen. 3.2.5

Mit der Unterzeichnung des Formulars der Klinik Y.____ am 24. Juli 2022 konnten keine b erechtigten Deckungserwartungen von Seiten des Klägers mehr entstehen.

Obwohl ihm gemäss eigenen Angaben zumindest bewusst war, dass keine vollständige Kostendeckung garantiert sein würde und die Klinik Y.____ in ihrem Formular darüber informiert hatte, dass pro Tag mit Kosten von Fr. 2'000.-- zu rechnen wäre, verweilte er vom 24. Juli bis 5. August 2022,

mithin 12 Nächte, stationär in der privaten Abteilung der Klinik Y.____ , ohne sich persönlich oder durch Angehörige über eine Kostenbeteiligung der Beklagten zu erkundigen oder zu informieren (Urk. 2/3 und Urk. 7/5). Dass sich der Gesamtbetrag für die Leistungen in der Klinik Y.____ gemäss Rechnung vom 22. August 2022 auf Fr. 28'033.90 belief, erstaunt angesichts der Aufenthaltsdauer von 12 Nächten und der angegebenen Kosten von Fr. 2'000.-- pro Tag denn auch nicht. Vom Gesamtbetrag wurden der Beklagten Fr. 5'276.15 und der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich Fr. 6'448.60 in Rechnung gestellt (Swiss DRG), sodass sich die vom Kläger zu übernehmenden Kosten noch auf Fr. 16'279.15 (Upgrade von insgesamt Fr. 16'780.-- abzüglich Fr. 500.85 für VVG Arzt [i.V.m . der freien Arztwahl]) beliefen (Urk. 7/5). Die am 26. Juli 2022 bereits geleistete Anzahlung des Klägers von Fr. 4'000.-- wurde von diesem Betrag in Abzug gebracht, sodass ihm noch Fr. 12'279.15 in Rechnung gestellt wurden (vgl. Urk. 10/9a). Gemäss den eigenen Angaben des Klägers verzichtete die Klinik Y.____ auf einen Teil ihrer Forderung, sodass zu seinen Lasten noch Fr. 8'283.25 verblieben (Urk. 1 S. 3), was ausgewiesen ist: In der Schlussrechnung der Klinik Y.____ vom 20. Dezember 2022 wurde die Position VVG Arzt (i.V.m . der freien Arztwahl) auf Fr. 213.75 festgesetzt und von den Fr. 16'780.-- in Abzug gebracht. Vom Zwischensaldo von Fr. 16 ' 566.25 wurden zusätzliche Fr. 8'283.-- gemäss Vereinbarung (Anmerkung des Gerichts: Verzicht der Klinik Y.____) in Abzug gebracht, was einen Schlussaldo von Fr. 8'283.25 ergab. Davon wurde wiederum die bereits geleistete Anzahlung des Klägers von Fr. 4'000.-- in Abzug gebracht, sodass dem Kläger am 20. Dezember 2022 neu noch ein Betrag von Fr. 4'283.25 in Rechnung gestellt wurde (Urk. 2/6). Der Kläger erreichte durch seine Intervention bei der Klinik Y.____ , dass er bloss die Hälfte des auf ihn entfallenden Kostenanteils bezahlen musste. Es lässt sich

daher nicht nachvollziehen, weshalb er von der Beklagten auch noch diesen Restbetrag einfordert, würde dies doch bedeuten, er hätte keinerlei Kosten für Hotellerie- sowie Klinikleistungen während seines Aufenthalts in der privaten Abteilung der Klinik Y.____ mehr zu tragen, obwohl ihm gemäss eigenen Angaben sehr wohl bewusst war, dass keine vollständige Kostendeckung garantiert sein würde. Sollte sich die klägerische Intention hingegen darauf gerichtet haben, mit seiner Klage einen Teilbetrag der eingeklagten Forderung erhältlich zu machen, ist er darauf hinzuweisen, dass der vertragslose Zustand zwischen der Beklagten und der Klinik Y.____ dazu führt, dass die Beklagte keine Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung gemäss VVG für die vom Kläger in Anspruch genommene stationäre Behandlung in der privaten Abteilung der Klinik Y.____ zu erbringen hat. Da die Leistungen nicht in der allgemeinen Abteilung erbracht wurden, besteht auch kein Anlass für einen derartigen Kostenersatz. 3.3

3.3.1

Der Kläger brachte replicando überdies vor, aufgrund des in Ziffer 43 AVB 2022 geregelten Bestandesschutzes seien für die Frage der Leistungspflicht der Beklagten in Bezug auf seine Spitalversicherungen die früheren AVB und ZVB anwendbar (Urk. 9 S. 2). 3.3.2

Gemäss Ziffer 43.1 der AVB 2022 finden auf Pflegezusatzversicherungen, die vor 2022 abgeschlossen worden sind, die Bestimmungen der bis am 31. Dezember 2021 geltenden AVB oder ZVB Anwendung, soweit sich die per 1. Januar 2022 vorgenommenen Anpassungen der AVB oder der ZVB zulasten der versicherten Person auswirken. 3.3.3

Entgegen der Ansicht des Klägers, wirken sich die im vorliegenden Fall einschlägigen Anpassungen nicht zu seinen Lasten aus. Bereits unter Geltung der AVB 2007 und ZVB 2010 bestand keine Leistungspflicht für jedes Spital; gemäss Ziffer 17.7 ZVB 2010 wurden sämtliche Behandlungen in Spitälern, welche nicht auf einer kantonalen Spitalliste figurierten, von der Leistungspflicht ausgeschlossen (Urk. 2/7). Mithin stellt der in Ziffer 19.8 ZVB 2022 geregelte Ausschluss von Behandlungen und Aufenthalten in Spitälern, mit welchen kein Tarifvertrag besteht, keine Neuerung zulasten der Versicherten dar. Bereits unter der Herrschaft der früheren AVB und ZVB mussten die Versicherten abklären, ob für die Behandlungen und den Aufenthalt in dem von ihnen bevorzugten Spital eine Versicherungsdeckung besteht. Ein Anspruch auf Übernahme von Behandlungs- und Aufenthaltskosten in einem bestimmten Spital wird vom Bestandesschutz jedenfalls nicht vermittelt. 3.4

Nach dem Gesagten trifft die Beklagte für die eingeklagten Leistungen während des stationären Aufenthalts in der Klinik Y.____ vom 24. Juli bis 5. August 2022 keine Leistungspflicht. Die Klage erweist sich daher als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 4. 4.1

Das Verfahren betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ist gemäss Art. 7 ZPO von Gesetzes wegen kostenlos (Art. 114 lit. e ZPO). 4.2

Der nicht durch einen externen Rechtsanwalt vertretenen Beklagten steht praxis gemäss keine Parteientschädigung zu (BGE 133 III 439 E. 4). Der Einzelrichter erkennt:

E. 7

der Schweizerischen Zivilprozessordnung, ZPO, in Verbindung mit § 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer; BGE 138 III 2 E. 1.2.2), ohne

dass vorgängig ein Schlichtungsverfahren durchzuführen ist (BGE 138 III 558 E. 4). Das Verfahren richtet sich nach der ZPO, wobei das vereinfachte Verfahren zur Anwendung gelangt (Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO).

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