

ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2003.00240 vom 23. Oktober 2003

ZH Verwaltungsgericht, 2003-10-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_verwaltungsgericht__VB.2003.00240

FR: ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2003.00240 du 23 octobre 2003

IT: ZH_VERWALTUNGSGERICHT VB.2003.00240 del 23 ottobre 2003

Regeste

Spitaltaxen | Spitaltaxen: Tragung der Taxen für halbprivate Behandlung durch den Patienten nach Ablauf des Versicherungsschutzes während des Spitalaufenthalts Spitaltaxen sind Benutzungsgebühren. Allfällige Schadenersatzansprüche sind bei Zivilgerichten geltend zu machen (E. 2b). Die Aufklärungspflicht des P a t i e n t e n umfasst die Information über bestehende Versicherungen (E. 2c 2. Teil). Die Aufklärungspflicht des A r z t e s umfasst auch eine Information über die voraussichtlichen Behandlungskosten und den Versicherungsschutz. Diese Aufklärung in wirtschaftlicher Hinsicht bildet bloss eine leistungsbegleitende Nebenpflicht. Wenn sich diese Pflicht gebührenmässig wie vorliegend nicht einzelnen Taxpositionen zuordnen lässt, sondern über die Taxpositionen für die Hauptleistung der ärztlichen Behandlung gedeckt wird, könnte eine Verletzung der Aufklärungspflicht in wirtschaftlicher Hinsicht letztlich nur zu einer geringfügigen Reduktion der geschuldeten Gebühren führen (E. 2c 1. Teil, 2d). Das Spital hat die Aufklärungspflicht konkret nicht verletzt; auch konnte ihm vom Ende der Versicherungsdeckung während des Spitalaufenthalts nichts bekannt sein (E. 3a 1. Teil). Fraglich, ob das Spital während der Behandlung auftretenden Zweifeln am ausreichenden Versicherungsschutz nachzugehen hat (E. 3a 1. Teil, b, c 1. Teil). Der Patient hätte das Spital über den kurz nach Eintritt ablaufenden Versicherungsschutz unterrichten müssen, zumal ihm zum vornherein bekannt war, dass der Spitalaufenthalt länger als der Versicherungsschutz dauern würde (E. 3a 2. Teil, c 2. Teil). Keine Hinweise auf fehlende Urteilsfähigkeit des Patienten im Zeitpunkt des Spitaleintritts (E. 4a). Gegen den Rechnungsbetrag lässt sich konkret nicht einwenden, während der Behandlung auf der Intensivstation dürften nur die Taxen für in der Allgemeinabteilung behandelte Patienten verlangt werden. Keine Anhaltspunkte, wonach die Leistungen, auf die ein halbprivat versicherter Patient Anspruch hat, nicht erbracht worden sind (E. 4b). Abweisung.

Erwägungen

E. 3

a) Der Beschwerdeführer gab bei Spitaleintritt an, über eine Grund- und eine Zusatzversicherung für die halbprivate Behandlung zu verfügen. Bezüglich letzterer machte er keinerlei Einschränkungen hinsichtlich des Versicherungszeitraums, obwohl er selber die Versicherung auf Ende Jahr gekündigt hatte. Aufgrund dieser Angaben durfte das Spital davon ausgehen, die halbprivate Behandlung werde von der Grund- und Zusatzversicherung des Patienten voll gedeckt, und es hatte vorerst gar keinen Anlass dazu, Berechnungen über mutmassliche Behandlungskosten anzustellen oder ein Depot vom Beschwerdeführer zu verlangen. Dennoch wies die vom Beschwerdeführer unterschriebene Erklärung auf die Bestandteile der Mehrkosten der Halbprivat-Behandlung (Zusatztaxe, diagnostische,

therapeutische und ärztliche Leistungen sowie Medikamente und Materialien) hin und war mit einem Auszug aus der Taxordnung versehen. Damit kam der Beschwerdegegner seiner wirtschaftlichen Aufklärungspflicht vorerst genügend nach. Die Begründung des Beschwerdeführers, weshalb er selber die Kündigung nicht erwähnt habe, rechtfertigt keinen anderen Schluss. Zu Unrecht bringt er hierzu vor, die Informationen des Spitals über die Behandlungsdauer hätten seine Annahme bestätigt, dass diese noch im Jahr 1997 abgeschlossen sein würde. Nach dem Aufklärungsprotokoll vom 22. Dezember 1997 wurde der Beschwerdeführer darüber informiert, dass er nach der Operation vom 23. Dezember 1997 vorerst in der Intensivstation überwacht und anschliessend voraussichtlich 10 Tage auf der Abteilung behandelt werden müsse. Bei dieser Planung wäre daher eine Spitalentlassung im aller günstigsten Fall erst am 3. Januar 1998 in Frage gekommen. Bereits dieser Umstand hätte den Beschwerdeführer dazu veranlassen müssen, die zeitliche Beschränkung der Versicherungsdeckung beim Spitaleintritt zu erwähnen. Um so mehr hat dies zu gelten, als der Beschwerdeführer im gleichen Gespräch auch darüber aufgeklärt wurde, dass bei Komplikationen eine erneute Operation notwendig werden könnte, wodurch sich die mutmassliche Behandlungsdauer selbstverständlich wesentlich verlängert hätte. Soweit der Beschwerdeführer glaubte, infolge eines geschätzten minimalen Spitalaufenthalts die beschränkten Kosten für die Zeit nach dem 1. Januar 1998 selber tragen zu können, kann er den ungünstigen Verlauf der Behandlung nicht dem Spital anlasten. Hätte er selber von Anfang an pflichtgemäss über die Kündigung informiert, so wäre von ihm vermutlich ein Depot für die Mehrkosten des Klassenwechsels ab 1. Januar 1998 verlangt worden. Als sich in der Folge noch im Verlaufe des Dezembers 1997 abzeichnete, dass ein erneutes Öffnen der Bauchhöhle notwendig war, musste dem Beschwerdeführer bewusst sein, dass die Spitalbehandlung tatsächlich bis weit ins Jahr 1998 hinein fort dauern werde. Er hätte daher noch vor dem zweiten operativen Eingriff auf das Fehlen einer Zusatzversicherung ab 1998 hinweisen können und müssen, um damit den Entscheid über einen allfälligen Klassenwechsel nach bester Abschätzung der möglichen wirtschaftlichen Folgen treffen zu können.

b) Entgegen dem Dafürhalten des Beschwerdeführers enthalten die Akten keine Hinweise darauf, dass der Beschwerdegegner von der Kündigung der Zusatzversicherung bzw. von der ab 1. Januar 1998 ungenügenden Versicherungsdeckung tatsächlich wusste. Im Gegenteil ging das Spital noch bei der Rechnung vom 15. Juli 1998 davon aus, die Y-Krankenversicherung werde die Zusatzkosten der halbprivaten Behandlung ganz übernehmen. Auch aus der vom Beschwerdeführer angerufenen handschriftlichen Notiz auf der Kostengutsprache der X-Krankenversicherung vom 5. Januar 1998 ergibt sich nichts anderes. Gemäss dieser Notiz informierte die X-Krankenversicherung darüber, dass der Patient nur allgemein versichert sei, und zwar seit dem 1. Juli 1997. Die derart wiedergegebene Auskunft kann sich aber naturgemäss nur auf die Versicherungsdeckung bei der X-Krankenversicherung selber beziehen, ansonsten der Zusatz "seit 1. Juli 1997" auch keinen Sinn ergäbe. Zudem datiert die Notiz ohnehin erst vom 24. Juli 1998 und war offenbar auf das Schreiben der Y-Krankenversicherung vom 21. Juli 1998 hin veranlasst worden, wo diese erstmals über die Kündigung der Zusatzversicherung auf Ende 1997 informiert hatte. Infolge dieses zeitlichen Ablaufs lässt sich aus dieser Notiz jedenfalls nichts über das Wissen des Spitals im massgeblichen Zeitraum der Spitalbehandlung ableiten.

c) Der Beschwerdeführer bringt schliesslich vor, der Beschwerdegegner hätte aufgrund der limitierten Kostengutsprache der Y-Krankenversicherung vom 5. Januar 1998 von der Kündigung wissen bzw. zumindest Zweifel über die Versicherungsdeckung haben müssen. Der Beschwerdegegner macht dazu

geltend, dass zeitliche Limitierungen von Kostengutsprachen aufgrund einer mutmasslichen Behandlungsdauer auch ohne das Vorliegen einer Kündigung durchaus üblich seien. Am 23. Dezember 1997 ersuchte das Spital die Y-Krankenversicherung um Kostengutsprache und gab als voraussichtliche Dauer der Hospitalisierung den Zeitraum von zwei bis vier Wochen an, was – ausgehend vom ebenfalls genannten Spitaleintritt am 22. Dezember 1997 – einem Spitalaufenthalt bis zum 5. bzw. 19. Januar 1998 entsprochen hätte. Am 5. Januar 1998 (Eingang am 7. Januar 1998) gab die Y-Krankenversicherung die ersuchte Kostengutsprache mit einer Gültigkeit bis 31. Dezember 1997 ab. Auch wenn Limitierungen von Kostengutsprachen der Krankenversicherer im Allgemeinen nicht ungewöhnlich sein mögen, so konnte diese Limitierung auf einen Zeitpunkt vor Ablauf der kürzest möglichen Behandlungsdauer entgegen dem Dafürhalten des Beschwerdegegners nicht mit dem blossen Hinweis auf die mutmassliche Behandlungsdauer erklärt werden. Trotz dieser Ungereimtheit nahm der Beschwerdegegner jedoch keine weitere diesbezügliche Abklärung vor, noch wurde je um eine Verlängerung der Kostengutsprache bei der Y-Krankenversicherung ersucht. Es ist fraglich, ob zur spitalärztlichen Aufklärungspflicht auch die Pflicht gehört, allfälligen erst während einer Behandlung auftretenden Zweifeln am Fortbestand einer Versicherungsdeckung nachzugehen. Die Frage kann jedoch offen bleiben. Wenn der Beschwerdeführer die ihn treffenden wirtschaftlichen Folgen des Spitalaufenthaltes bzw. des Klassenwechsels nicht realistisch eingeschätzt hat, so ist dies weit weniger auf die Unterlassung des Spitals, als auf das eigene Verhalten des Beschwerdeführers zurückzuführen. Er selber hat eine Kostenabschätzung und Depotforderung von Seiten des Spitals durch seine unvollständigen Angaben bei Spitaleintritt verhindert. Im Gegensatz zum Spital wusste er von der eigenen Kündigung und musste daher von Anfang an mit der zeitlichen Limitierung der Kostengutsprache durch die Y-Krankenversicherung rechnen. Er macht denn auch nicht etwa einen Irrtum über den Umfang der tatsächlichen Versicherungsdeckung geltend. Schliesslich hätte es der Beschwerdeführer auch nach dem voraussehbaren Ablauf der Versicherungsdeckung jederzeit in der Hand gehabt, selber oder mittels seiner Ehefrau genauere Auskünfte über mutmassliche Mehrkosten einzuholen und allenfalls die Verlegung in die allgemeine Abteilung zu verlangen. Unter diesen Umständen kann dem Beschwerdegegner keine Verletzung der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht vorgeworfen werden.

E. 4

a) Der Beschwerdeführer bringt sodann vor, bei der Unterschrift der Erklärung vom 22. Dezember 1997 nicht im vollem Besitz seiner körperlichen und geistigen Kräfte gewesen zu sein. Damit bezweifelt er offenbar seine eigene Urteilsfähigkeit bei der Abgabe der Erklärung und bestreitet damit deren Massgeblichkeit. Der Einwand ist unbegründet. Der Beschwerdeführer hatte bei seinem Spitaleintritt zwar offensichtlich zunehmende Beschwerden, weshalb auch die ursprünglich erst auf den 8. Januar 1997 vorgesehene Operation vorverlegt werden musste. Jedoch war er am 22. Dezember 1997 bei vollem Bewusstsein und entschied sich durchaus in Kenntnis seiner Versicherungsverhältnisse für die Halbprivat-Behandlung. So führt er selber aus, er habe sich bei Spitaleintritt zu Recht als Halbprivat-Patient gemeldet, im Wissen, dass eine Operation/Hospitalisation bis Ende 1997 beendet sein würde. Demgemäss bestehen keine Anhaltspunkte dafür, weshalb die grundsätzlich zu vermutende Urteilsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der fraglichen Erklärung nicht vorhanden gewesen sein sollte. b) Gegen den Rechnungsbetrag als solchen bringt der Beschwerdeführer einzig vor, auf der Intensivstation sei ihm die gleiche Behandlung zuteil geworden wie den in der Allgemein-Abteilung behandelten

Patienten, weshalb er für diese Zeit keine zusätzlichen Kosten übernehmen müsse. Der Einwand geht fehlt. Die TaxO unterscheidet weder bei den je nach Behandlungsart (allgemein, halbprivat oder privat) differenzierten Grundtaxen noch bei den Zusatztaxen danach, ob ein Patient in der Intensivstation oder in einer Abteilung behandelt wird. Halbprivat-Patienten haben im Unterschied zu allgemein versicherten Patienten nicht nur Anspruch auf Unterbringung in der Halbprivat-Abteilung sondern auch auf Behandlung durch den Chefarzt oder dessen Stellvertreter. Da sie von diesem Vorteil auch bei der Operation und der nachfolgenden Betreuung in der Intensivstation profitieren, sind höhere Grund- und Zusatztaxen für die gesamte Dauer des Spitalaufenthaltes gerechtfertigt. Zwar mag es zutreffen, dass ein Chefarzt bei einem besonders schwierigen Eingriff auch einen allgemein versicherten Patienten behandelt, jedoch besteht bei dieser Versicherung eben kein Anspruch auf eine solche Behandlung. Bereits im Rekursverfahren hatte der Beschwerdegegner dargetan, dass alle Untersuchungen, Operationen sowie täglichen Besuche und Verordnungen während des gesamten Spitalaufenthaltes durch Chefärzte oder leitende Ärzte des Spitals erbracht worden seien. Diese besondere Behandlung bestreitet der Beschwerdeführer, indem er erstmals im Beschwerdeverfahren das Fehlen von Protokollen der angeblich durch Chef- oder Oberärzte erfolgten Besuche auf der Intensivabteilung beklagt. Diese Rüge erscheint als reine Schutzbehauptung und verdient mangels näherer Substanziierung keiner weiteren Abklärung. Der Beschwerdeführer bzw. während dessen Bewusstlosigkeit seine Ehefrau hatten ohne Zweifel Kenntnis davon, wer den Patienten während des rund zwei Wochen dauernden Aufenthalts auf der Intensivstation tatsächlich betreute. Träfe die Behauptung des Spitals zur Betreuung nicht zu, so hätte der Beschwerdeführer sicherlich schon im Rekursverfahren substantiiert vorgebracht, welcher Arzt die Betreuung in der Intensivstation seines Wissens nach tatsächlich besorgt hat, zumal ihm auch jederzeit das Recht zustand, Einsicht in die zur Krankengeschichte gehörenden Unterlagen zu verlangen (§ 14 PRV). Diese Substanziierung hat der Beschwerdeführer aber nicht einmal im Beschwerdeverfahren vorgenommen. Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 5

Bei diesem Ausgang des Beschwerdeverfahrens wird der Beschwerdeführer kostenpflichtig (§ 70 in Verbindung mit § 13 Abs. 2 VRG). Eine Parteientschädigung steht ihm daher von vornherein nicht zu. Der Beschwerdegegner seinerseits hat keine solche verlangt. Demgemäss entscheidet die Kammer: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Gerichtsgebühr wird festgesetzt auf Fr. 4'000.--; die übrigen Kosten betragen: Fr. 60.-- Zustellungskosten, Fr. 4'060.-- Total der Kosten. 3. Die Gerichtskosten werden dem Beschwerdeführer auferlegt. 4. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen. 5. ...

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