

# ZH\_VERWALTUNGSGERICHT VB.2020.00835 vom 14. Mai 2021

ZH Verwaltungsgericht, 2021-05-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_verwaltungsgericht\\_\\_VB.2020.00835](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_verwaltungsgericht__VB.2020.00835)

FR: ZH\_VERWALTUNGSGERICHT VB.2020.00835 du 14 mai 2021

IT: ZH\_VERWALTUNGSGERICHT VB.2020.00835 del 14 maggio 2021

## Regeste

Spitaltaxen Wiederaufnahme von VB.2018.00759 | Spitaltaxen: Gebühren für eine private Behandlung im Spital. Das Spital hat eine wirtschaftliche Aufklärungspflicht. Es obliegt ihm, die Patientinnen und Patienten über die voraussichtlichen Kosten einer Behandlung aufzuklären und sie insbesondere darauf aufmerksam zu machen, wenn ein Eingriff oder die ärztlichen Honorare von der Versicherung nicht gedeckt sind oder wenn darüber Zweifel bestehen oder bestehen sollten (E. 4.1). Ein pauschaler - wenn auch optisch hervorgehobener - Hinweis auf die grundsätzliche Kostentragungspflicht auf dem Anmeldeformular genügt diesen Anforderungen noch nicht per se. Die wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Leistungserbringers kann nicht so weit gehen, als er sich Kenntnisse über den Inhalt und den Umfang des privaten Versicherungsschutzes eines Patienten oder einer Patientin verschaffen muss. Dies liegt vielmehr im Verantwortungsbereich des Patienten oder der Patientin. Eine Aufklärungspflicht könnte höchstens dann angenommen werden, wenn der Leistungserbringer Kenntnis davon hat oder zumindest hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine bestimmte Leistung vom Zusatzversicherer ganz oder teilweise nicht übernommen wird. Anlass, an der Kostenübernahme durch den Zusatzversicherer zu zweifeln, bestand nicht (E. 4.2). Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise (E. 4.2.3). Es kann offenbleiben, ob der Zusatzversicherer mangels Wirtschaftlichkeit der Behandlung die Übernahme der Kosten hätte verweigern dürfen. Die Geltendmachung entsprechender Ansprüche auf Kostenübernahme durch den Zusatzversicherer ist Sache des Versicherten (E. 5.2 f.). Für die Auferlegung von Mahnspesen fehlt eine gesetzliche Grundlage, weshalb die Beschwerde in Bezug auf diese teilweise gutzuheissen und im Übrigen abzuweisen ist (E. 6). Teilweise Guttheissung.

## Erwägungen

### E. 3

Abteilung VB.2020.00835 Urteil der 3. Kammer vom 14. Mai 2021 Mitwirkend: Abteilungspräsident Rudolf Bodmer (Vorsitz), Verwaltungsrichter André Moser, Verwaltungsrichterin Silvia Hunziker, Gerichtsschreiberin Cornelia Moser. In Sachen A, vertreten durch RA B, Beschwerdeführer, gegen Universitätsspital Zürich, Direktion Finanzen, Beschwerdegegnerin, betreffend Spitaltaxen Wiederaufnahme von VB.2018.00759, hat sich ergeben: I. A. A, geboren im Jahr 1969, wurde am 20. Oktober 2015 ambulant in der Klinik I des Universitätsspitals Zürich (USZ) und vom 10. bis 28. Dezember 2015 ambulant in der Klinik J des USZ behandelt. Vom 2. bis 12. Januar 2016 erfolgte eine private stationäre Behandlung in der Klinik C des USZ. Am 27. Januar 2016 stellte die Direktion Finanzen des USZ, A eine Rechnung in der Höhe von Fr. 631.10 für die erste (ambulante) Behandlung, am 12. Februar 2016 eine solche in der Höhe von

Fr. 992.- für die zweite (ambulante) Behandlung und eine letzte vom 26. Februar 2016 über Fr. 16'030.- für die dritte (stationäre) Behandlung zu. Nachdem A trotz mehrfacher Ermahnung die Rechnungen nicht beglichen hatte, leitete die Direktion Finanzen am 28. April 2017 die Betreibung für den ausstehenden Betrag von insgesamt Fr. 17'653.10 nebst Zins zu 5 % seit 23. April 2016 sowie der Mahnspesen von Fr. 20.- ein. A erhob dagegen am 10. Mai 2017 Teilrechtsvorschlag in Bezug auf die Rechnung vom 26. Februar 2017. B. Mit Verfügung vom 8. September 2017 verpflichtete die Direktion Finanzen des USZ, A, den Betrag von Fr. 17'653.10 nebst Zins zu 5 % seit dem 23. April 2016 zu bezahlen. Sie hob den Teilrechtsvorschlag vom 10. Mai 2017 für die Behandlungskosten von Fr. 16'030.- zuzüglich Fr. 103.30 Betreibungskosten und Fr. 20.- Mahnspesen auf und auferlegte A zudem Fr. 250.- Gebühren. II. Dagegen rekurrierte A am 11. Oktober 2017 bei der Spitaldirektion des USZ und beantragte unter Entschädigungsfolge die Aufhebung der Verfügung, die Aufrechterhaltung des Teilrechtsvorschlags vom 10. Mai 2017, die Tragung der Kosten durch das USZ bzw. die Einforderung von der Krankenversicherung D, die Annullation der strittigen Rechnung sowie das Absehen von einer Auferlegung von Mahnspesen und Gebühren. Mit Beschluss vom 17. Oktober 2018 wies die Spitaldirektion des USZ den Rekurs von A ab und auferlegte ihm Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 500.-. III. A. Dagegen gelangte A mit Beschwerde vom 26. November 2018 an das Verwaltungsgericht und beantragte Folgendes: "1. In Gutheissung der Beschwerde sei der Beschluss der Spitaldirektion des USZ vom 17. Oktober 2018 aufzuheben sowie es seien Dispositiv-Ziff. I und II der Verfügung des USZ, Direktion Finanzen, vom 8. September 2017 aufzuheben. 2. Der Teilrechtsvorschlag über CHF 16'030.00 vom 10.05.2017 in der Betreibung Nr. 01 des Betreibungsamtes E sei aufrecht zu erhalten und die Betreibungskosten seien vom USZ zu tragen. 3. Die Behandlungskosten von CHF 16'030.00 seien vom USZ selbst zu tragen. 4. Die Rechnung über CHF 16'030.00 per 26.02.2016 an den Beschwerdeführer sei zu annullieren. 5. Dem Beschwerdeführer seien weder Mahnspesen noch Gebühren, weder aus dem Rechtsöffnungs- noch aus dem Rekursverfahren, aufzuerlegen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge (zuzüglich 7.7% MwSt) zu Lasten des Beschwerdegegners." In prozessualer Hinsicht beantragte A den Beizug der vollständigen Akten der Rekursinstanz sowie eine Anhörung seiner selbst sowie der ihn behandelnden Ärzte. B. Mit Urteil VB.2018.00759 der Einzelrichterin vom 24. Februar 2020 hiess das Verwaltungsgericht die Beschwerde teilweise gut, soweit die Mahngebühr von Fr. 20.- betroffen war. Im Übrigen wies es die Beschwerde ab und beseitigte den am 10. Mai 2017 erklärten Teilrechtsvorschlag in der Betreibung Nr. 01 des Betreibungsamtes E (Datum der Zustellung des Zahlungsbefehls vom 5. Mai 2017) im Umfang von Fr. 16'030.- nebst Zins zu 5 % seit 23. April 2016 und Fr. 103.30 Betreibungskosten. Die Gerichtskosten im Umfang von Fr. 1'640.- auferlegte es A und sprach ihm keine Parteientschädigung zu. IV. A. Gegen dieses Urteil gelangte A mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten vom 19. Mai 2020 an das Bundesgericht und beantragte die Aufhebung des Urteils vom 24. Februar 2020, des Beschlusses vom 17. Oktober 2018 sowie der Verfügung vom 8. September 2017. Der Teilrechtsvorschlag vom 10. Mai 2017 über Fr. 16'030.- nebst Zins zu 5 % seit dem 23. April 2016 sei aufrechtzuerhalten, und es sei festzustellen, dass das USZ die Betreibungskosten sowie die am 26. Februar 2016 in Rechnung gestellten Spitalgebühren selbst zu tragen habe. Eventualiter sei das Urteil vom 24. Februar 2020 aufzuheben und zur Neuurteilung nach Durchführung einer Gerichtsverhandlung sowie von Beweisabnahmen an die Vorinstanz zurückzuweisen. B. Das Bundesgericht hiess die Beschwerde mit Urteil

vom 10. November 2020 gut, soweit es darauf eintrat, und hob das Urteil des Verwaltungsgerichts vom 24. Februar 2020 auf. Es wies die Angelegenheit zur Durchführung einer Gerichtsverhandlung mit öffentlicher Anhörung von A und zur Neuurteilung an das Verwaltungsgericht zurück. Sodann auferlegte es die Gerichtskosten dem USZ und verpflichtete dieses, A eine Parteientschädigung zu bezahlen. C. Das Verwaltungsgericht nahm das Verfahren mit Präsidialverfügung vom 28. Dezember 2020 nunmehr als Kammergeschäft VB.2020.00835 wieder auf und stellte die Durchführung einer mündlichen öffentlichen Verhandlung im Sinn von Art. 6 Abs. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) mit persönlicher Anhörung von A in Aussicht. Am 24. April 2021 reichte A eine Stellungnahme im Hinblick auf die öffentliche Verhandlung ein. D. Die mündliche öffentliche Verhandlung fand am 29. April 2021 am Verwaltungsgericht statt. Mit Beschluss desselben Tages wurde das Protokoll den Parteien zur Kenntnisnahme zugestellt. Die Spitaldirektion des USZ ersuchte mit Eingabe vom 5. Mai 2021 um Ansetzung einer Frist zur Stellungnahme zur Eingabe von A vom 24. April 2021. Das Verwaltungsgericht nahm diese Eingabe mit Präsidialverfügung vom 7. Mai 2021 zur Kenntnis und stellte den Parteien in Aussicht, über allfällige weitere Verfahrensschritte zu informieren. Die Kammer erwägt:

1. 1.1 Im Anschluss an einen Rückweisungsentscheid des Bundesgerichts wird das kantonale Verfahren in dem Zustand wiederaufgenommen, in welchem es sich unmittelbar vor dem Erlass des aufgehobenen Entscheids befunden hat. Das Verfahren VB.2018.00759 wurde gemäss Präsidialverfügung vom 29. Dezember 2020 dementsprechend unter der neuen Nummer VB.2020.00835 als Kammergeschäft wiederaufgenommen. Für die erneute Beurteilung durch die kantonalen Instanzen sind die Erwägungen des Bundesgerichts verbindlich (Johanna Dormann, Basler Kommentar zum Bundesgerichtsgesetz [BGG], 3. A., Basel 2018, Art. 107 N. 18; VGr, 23. August 2018, VB.2018.00312, E. 1.2).
- 1.2 Das Bundesgericht hatte in seinem Urteil vom 10. November 2020 beanstandet, dass das Verwaltungsgericht trotz eines entsprechenden Antrags des Beschwerdeführers keine öffentliche und mündliche Verhandlung durchgeführt hatte. Zwar handle es sich bei der infrage stehenden Forderung um eine öffentlich-rechtliche Abgabe, und abgaberechtliche Verpflichtungen seien grundsätzlich vom Anwendungsbereich von Art. 6 Abs. 1 EMRK ausgenommen. Allerdings sei die hier zu beurteilende öffentlich-rechtliche Forderung mit einer privatrechtlichen Forderung für eine Behandlung in einem privatrechtlich organisierten Spital vergleichbar und falle deswegen unter den Anwendungsbereich von Art. 6 EMRK. Eine öffentliche und mündliche Verhandlung sei insbesondere dann notwendig, wenn – wie vorliegend – die Überprüfung oder Ermittlung des Sachverhalts erforderlich sei und die Beurteilung der Angelegenheit vom persönlichen Eindruck abhängen könne (Verfahren 2C\_410/2020).
- 1.3 Nach Durchführung der öffentlichen mündlichen Verhandlung am 29. April 2021 ist nun erneut materiell über die Anträge des Beschwerdeführers zu befinden. Die Sache erweist sich als spruchreif, weshalb auf weitere, u. a. die beantragten, Sachverhaltsabklärungen und auf die Durchführung eines Beweisverfahrens verzichtet werden kann (vgl. E. 4.2.3).

2. Es ist von folgendem Sachverhalt auszugehen:

- 2.1 Der Beschwerdeführer ist im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Versicherung F grundversichert. Zudem verfügt er über eine Zusatzversicherung bei der Krankenversicherung D.
- 2.2 Im Jahr 2013 erlitt der Beschwerdeführer einen multiplen Fussbruch und im Mai 2014 seinen ersten Herzinfarkt. Im Sommer 2015 erlitt der Beschwerdeführer sodann gemäss eigenen Angaben einen Unfall beim Rollerbladfahren, wobei auch sein Rücken geprellt wurde. Aufgrund starker Schmerzen bzw. von

Kreislaufproblemen und Kribbeln in den Beinen und Händen begab sich der Beschwerdeführer im September, Oktober und Dezember 2015 mehrmals in die Notfallaufnahme. Aufgrund der Zuweisung des Hausarztes vom 15. Dezember 2015 wurde zur Untersuchung und Behandlung der (Herz- und) Rückenprobleme ein stationärer Aufenthalt in der Klinik C des USZ ab 11. Januar 2016 geplant. Der Beschwerdeführer macht geltend, er habe diesbezüglich mit der zuständigen Sachbearbeiterin der Krankenversicherung D am 28. Dezember 2015 Kontakt aufgenommen. Diese habe ihm bestätigt, dass der Spitalaufenthalt versichert sei und die Kosten übernommen würden. Weil er unter grossen Schmerzen gelitten habe, habe er sich schon am 2. Januar 2016 in die Notfallaufnahme des USZ begeben. Dort seien am Empfang die Aufnahmeformalitäten erledigt worden. Eine Mitarbeiterin habe das Formular ausgefüllt. Auf die Frage nach der Versicherungsdeckung habe er gestützt auf die von der Krankenversicherung D mündlich erteilte Kostengutsprache in guten Treuen "privat" angegeben. Zur Art der gewünschten stationären Behandlung sei er nicht befragt worden.

2.3 Der Beschwerdeführer kam vom 2. bis 12. Januar 2016 in den Genuss einer stationären Behandlung auf der privaten Abteilung. Die Versicherung F übernahm in der Folge die Kosten der Grundversicherung. Mit Schreiben vom 2. Februar 2016 lehnte die Krankenversicherung D demgegenüber eine Kostengutsprache für die private Behandlung ab mit der Begründung, sie übernehme nur kassenpflichtige Behandlungen, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich seien. Der Leistungserbringer müsse zudem auf der Spitalliste stehen und für die Behandlung über den entsprechenden Leistungsauftrag verfügen bzw. allfällige Kontingente dürften noch nicht ausgeschöpft sein. Das bestehende Leiden falle unter Artikel 4.1.9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, weshalb sie sich nicht an den Kosten der privaten Abteilung beteilige. Gemäss Artikel 4.1.9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung gemäss VVG der Krankenversicherung D ist Folgendes von der Versicherung ausgenommen (Ausgabe 07.2015): "Höhen- und Erholungskuren, Wasser- und Thalassotherapien, Behandlungen von Übergewicht, Korrekturen von Sehschwächen, Spitalaufenthalte aus sozialen Gründen, Palliativbehandlungen, diätische Massnahmen, Behandlungen zur Wiedereingliederung, Rehabilitation und Schmerzbehandlungen."

2.4 Mit Schreiben vom 24. Februar 2016 ersuchte die Beschwerdegegnerin die Krankenversicherung D um Wiedererwägung der Ablehnung des Kostengutsprache gesuchs für den privaten stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers. Die Hospitalisation sei zweckmässig und wirksam gewesen, da während des stationären Aufenthalts eine adäquate Diagnostik erfolgt sei und die entsprechenden Therapiemassnahmen eingeleitet worden seien. Mit Schreiben vom 18. April 2016 antwortete der Vertrauensarzt der Krankenversicherung D im Wesentlichen, dass bei den vorhandenen diskreten Befunden und nicht mehr beschriebenen vegetativen Begleitsymptomen die Indikation für die Hospitalisation kaum nachvollziehbar sei. Die diversen Abklärungen wie auch die Physiotherapie, Ergotherapie und Manualtherapie hätten problemlos auch ambulant durchgeführt werden können. Die stationäre Behandlung sei deshalb unzweckmässig und unwirtschaftlich, weshalb er dem (Zusatz-)Krankenversicherer keine Empfehlung zur Kostengutsprache erteilen könne. Daraufhin machte die Beschwerdegegnerin gegenüber der Krankenversicherung D mit Schreiben vom 20. April 2016 erneut geltend, dass es im Vorfeld der Hospitalisation am 2. Januar 2016 wiederholt zur Vorstellung des Beschwerdeführers auf der Notfallstation gekommen sei. Das ambulante Management sei deshalb entgegen der Einschätzung des Vertrauensarztes weder zielführend noch wirtschaftlich gewesen. Nach Versagen der

ambulanten Betreuung und akuter Schmerzexazerbation sei die Hospitalisation damit klar indiziert gewesen. Mit Schreiben vom 26. April 2016 wies die Krankenversicherung D eine Übernahme der Kosten definitiv ab.

### **E. 3.1**

Gemäss § 16 Abs. 1 des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes vom 2. Mai 2011 (SPFG) sind die Leistungen der vom Kanton und den Gemeinden betriebenen öffentlich-rechtlichen Spitäler gebührenpflichtig. Für Zusatzleistungen können über den Vollkosten liegende Taxen erhoben werden. Ergänzend kann ein ärztliches Zusatzhonorar verrechnet werden. Die Taxen und die ärztlichen Zusatzhonorare werden nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen festgelegt (§ 16 Abs. 2 SPFG). Nach § 1 Abs. 1 der Taxordnung des USZ vom 25. März 2009 (TO USZ) erhebt dieses – mit hier nicht interessierenden Vorbehalten – für seine Leistungen Gebühren. Für Zusatzleistungen zugunsten von Privatpatienten erhebt das USZ Zusatztaxen (§ 8, § 14 Abs. 1 und 3 und § 16 TO USZ). Die Taxen werden in erster Linie vom Patienten geschuldet (§ 25 lit. a TO USZ; vgl. § 16 Abs. 3 SPFG; Art. 42 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994 [KVG]).

### **E. 3.2**

Bei den strittigen Spitaltaxen handelt es sich um die für die Nutzung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt geschuldeten Benutzungsgebühren aufgrund eines öffentlich-rechtlichen Sonderstatusverhältnisses ohne vertragliche Komponente (BGr, 29. September 2011, 2C\_336/2011, E. 4.1; RB 1982 Nr. 161; VGr, 22. Oktober 2015, VB.2015.00277, E. 3; 23. Oktober 2003, VB.2003.00240, E. 2b; 8. Dezember 2000, VB.2000.00250 E. 3b; 14. Dezember 2001, VB.2001.00322 E. 2 f.; Walter Fellmann in: Moritz W. Kuhn/Tomas Poledna [Hrsg.], *Arztrecht in der Praxis*, 2. A., Zürich etc. 2007, S. 159 ff.; vgl. Tomas Poledna/Brigitte Berger, *Öffentliches Gesundheitsrecht*, Bern 2002, Rz. 105 ff.). Voraussetzung für den rechtmässigen Bestand der Gebührenschuld ist daher im Wesentlichen neben der tatsächlichen Erbringung bzw. Inanspruchnahme der Spitalleistung eine gesetzliche Grundlage für die Gebühr (vgl. E. 3.1), ein (bei Spitaltaxen ohne Weiteres zu bejahendes) öffentliches Interesse und grundsätzlich die Einhaltung des Kostendeckungs- und Äquivalenzprinzips.

### **E. 3.3**

Die Verletzung spitalseitiger Pflichten kann die Gebührenschuld gemäss Taxordnung ganz oder teilweise infrage stellen. Die für öffentlich-rechtliche Spitäler massgebenden Gebührenordnungen definieren nämlich von vornherein nur die für mängelfrei erbrachte Leistungen geschuldeten Gebühren. Daher kann argumentiert werden, es fehle an einer gesetzlichen Grundlage für die Verrechnung nur mangelhaft erbrachter Leistungen oder Teilleistungen. Selbst wenn davon ausgegangen würde, die Gebührenpflicht entstünde vorerst unabhängig von der Qualität der Spitalleistungen aufgrund der Taxordnung, hielte eine formal der Taxordnung entsprechende Gebühr für eine nur mangelhaft erbrachte Leistung infolge des Missverhältnisses zwischen Leistung und Gebühr letztlich vor dem Äquivalenzprinzip nicht stand (VGr, 26. April 2016, VB.2016.00050, E. 2.2.1). Insofern lässt sich das Verhältnis zwischen öffentlich-rechtlichem Spital und Patient mit der Situation im privatrechtlichen Arztvertrag vergleichen, wo der Honoraranspruch des Beauftragten bei Schlechterfüllung seines Auftrags ebenfalls ganz oder teilweise entfällt (BGE 124 III 423 = Pra 88/1999 Nr. 22). Diese Auffassung liegt auch verschiedenen

Entscheiden des Verwaltungsgerichts zugrunde, in denen die Reduktion einer Spitaltaxforderung wegen mangelhafter Spitalleistung geprüft und teilweise bejaht wurde (vgl. zum Ganzen: VGr, 22. Oktober 2015, VB.2015.00277, E. 3; 24. Januar 2013, VB.2012.00232/233, E. 6.2; 6. Juli 2005, VB.2005.00111, E. 3.1; 23. Oktober 2003, VB.2003.00240, E. 2.b mit weiteren Hinweisen).

#### **E. 4.1**

Das Spital hat eintretende Patienten über die von ihnen persönlich zu übernehmenden voraussichtlichen Kosten der Behandlung aufzuklären (§ 7 Abs. 1 lit. c des Patientinnen- und Patientengesetzes vom 5. April 2004; vgl. § 24 Abs. 1 lit. e TO USZ). Bei notfallmässig eingelieferten Personen gelten zwar im Allgemeinen keine allzu strengen Anforderungen, doch sind auch sie bzw. die für sie handelnden Personen in adäquater Weise zu informieren (VGr, 16. November 2001, VB.2001.00199, E. 2d; 23. September 1997, VB.1996.00214, E. 2a). Das Spital hat somit eine wirtschaftliche Aufklärungspflicht. Es obliegt ihm, die Patientinnen und Patienten über die voraussichtlichen Kosten einer Behandlung aufzuklären und sie insbesondere darauf aufmerksam zu machen, wenn ein Eingriff oder die ärztlichen Honorare von der Versicherung nicht gedeckt sind oder wenn darüber Zweifel bestehen oder bestehen sollten (BGE 119 II 456 = Pra 84 [1995] Nr. 72 E. 2d). Die wirtschaftliche Aufklärung bildet nicht Hauptpflicht des Spitals, sondern lediglich eine leistungsbegleitende Nebenpflicht (VGr, 23. Oktober 2003, VB.2003.00240, E. 2d).

##### **E. 4.1.1**

Der Beschwerdeführer wurde beim Eintritt ins USZ über seine Versicherungsverhältnisse befragt. Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer angab, privat versichert zu sein (vorne, E. 2.2). Er macht indes geltend, nicht zur Art der gewünschten stationären Behandlung gefragt worden zu sein. Die Mitarbeiterin am Empfang bzw. das Aufnahmepersonal habe offenbar von sich aus unter dieser Rubrik ein Kreuz bei "Privat" angebracht. Ob dieses Kreuz schon anlässlich der Unterzeichnung oder erst danach angebracht worden sei, wisse er nicht mehr. Ein Auftrag für eine private stationäre Behandlung habe deshalb nicht vorgelegen.

##### **E. 4.1.2**

Dieser Ansicht des Beschwerdeführers kann nicht gefolgt werden. Unbestrittenermassen gab er bei Spitaleintritt an, über eine Zusatzversicherung für die private Behandlung zu verfügen – was auch korrekt war. Aufgrund dieser Angabe durfte das Spital davon ausgehen, dass der Beschwerdeführer eine stationäre Behandlung auf der privaten Abteilung wünschte, nachdem dies für seinen stationären Aufenthalt auch so vorgesehen gewesen war (vorne, E. 2.2). Zumal der Beschwerdeführer mit seiner Unterschrift auf dem Aufnahmeformular Entsprechendes auch bestätigte. Der Beschwerdeführer behauptet zwar, dass das betreffende Kreuz nicht von ihm und möglicherweise erst nachträglich angebracht worden sei; er räumt indessen ein, zumindest mündlich angegeben zu haben, privat versichert zu sein. Er opponierte in der Folge während seines Aufenthalts nicht gegen die stationäre Behandlung auf der privaten Abteilung, sondern nahm diese vorbehaltlos in Anspruch. Hätte er keine Behandlung in der privaten Abteilung gewünscht, wäre zu erwarten gewesen, dass der Beschwerdeführer dies während seines 11-tägigen Spitalaufenthalts dem Personal entsprechend mitgeteilt hätte.

##### **E. 4.1.3**

Mit Unterzeichnung des Aufnahmeformulars bestätigte der Beschwerdeführer, seinen Versicherungsschutz zu kennen und die Kosten, sollte keine vollumfängliche Kostengutsprache und/oder Kostenübernahme des Leistungsträgers vorliegen, zu tragen. Der Beschwerdeführer macht geltend, er sei nicht fähig gewesen, das Formular unter der grossen Schmerzbelastung eingehend zu studieren. Der Einwand ist unbegründet. Der Beschwerdeführer mag zwar bei seinem Spitaleintritt unter Schmerzen gelitten haben. Er war jedoch bei vollem Bewusstsein und entschied sich in Kenntnis seiner Versicherungsverhältnisse für die Behandlung in der Privatabteilung. Wie er selber geltend macht, sei er – aufgrund der mündlichen Auskunft der Krankenversicherung D – davon ausgegangen, dass die Behandlung vom Zusatzversicherer übernommen würde. Da er betreffend den ursprünglich am 11. Januar 2016 geplanten Spitaleintritt die entsprechenden Abklärungen mit seinem Zusatzversicherer getroffen hatte, ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die Grundsätze der Kostentragung bei einem Aufenthalt in der privaten Abteilung sehr wohl bewusst gewesen waren. Anhaltspunkte dafür, dass die grundsätzlich zu vermutende Urteilsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der fraglichen Erklärung nicht vorhanden gewesen sein sollte, sind keine ersichtlich. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt, wird im Bericht des Rettungsdienstes G vom 2. Januar 2016 die Selbsteinschätzung der Schmerzen durch den Patienten nach der visuellen Analogskala mit 0 (VAS) angegeben. Weder ist es ersichtlich, dass der Beschwerdeführer auf dem Transport zur oder bei seinem Eintritt in die Notfallaufnahme eine die Urteilsfähigkeit beeinträchtigende Schmerzmedikation erhalten hätte, noch ergeben sich aus dem Bericht über die stationäre Aufnahme vom 2. Januar 2016 Anhaltspunkte, dass beim Beschwerdeführer eine verminderte Urteilsfähigkeit bestanden hätte. Auf die Urteilsfähigkeit des Beschwerdeführers deutet auch dessen sehr klare Schilderung der damaligen Situation, wie er nach dem Versicherungsschutz gefragt wurde, das Kreuz nicht selbst angebracht und daraufhin das Formular unterzeichnet habe, hin (Protokoll vom 29. April 2021). Der Beschwerdeführer war damit über die Grundsätze der Kostenübernahme informiert worden.

#### **E. 4.2**

Damit ist die Frage, ob die Beschwerdegegnerin ihre Aufklärungspflicht in Bezug auf die wirtschaftlichen Folgen der Behandlung genügend wahrgenommen hat, jedoch noch nicht abschliessend beantwortet. Inhalt und Form der wirtschaftlichen Aufklärung hängen vom Einzelfall ab, so etwa von der Dringlichkeit des Eingriffs oder der Höhe der mutmasslichen Kosten; sie hat dem Bildungsgrad und der Erfahrung des Adressaten zu entsprechen (VGr, 6. Juli 2005, VB.2005.00111, E. 4.1). Ein pauschaler – wenn auch optisch hervorgehobener – Hinweis auf die grundsätzliche Kostentragungspflicht der Patientinnen und Patienten auf dem Anmeldeformular genügt diesen Anforderungen noch nicht per se.

##### **E. 4.2.1**

Festzuhalten ist, dass die Zusatzversicherung die Kostenübernahme nach erfolgtem Spitalaufenthalt des Beschwerdeführers zunächst mit Verweis auf Art. 4.1.9 ihrer Allgemeinen Versicherungsbedingungen (vgl. E. 2.3) ablehnte und den Beschwerdeführer an die Grundversicherung verwies. Zusatzversicherungen zur sozialen, obligatorischen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; vgl. Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung vom 26. September 2014 [KVAG]; vgl. SVGr, 16. Januar 2012, KK.2010.00024, E. 1.1).

Zusatzversicherungen sind damit nach privatrechtlichen Grundsätzen geregelt. Es herrscht das Prinzip der Vertragsfreiheit, weshalb die Angebote der Zusatzversicherer sehr vielfältig ausfallen können. Die wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Leistungserbringers kann aber nicht so weit gehen, als er sich Kenntnisse über den Inhalt und den Umfang des privaten Versicherungsschutzes eines Patienten oder einer Patientin verschaffen muss. Dies liegt vielmehr im Verantwortungsbereich des Patienten oder der Patientin. Eine Aufklärungspflicht könnte höchstens dann angenommen werden, wenn der Leistungserbringer Kenntnis davon hat oder zumindest hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine bestimmte Leistung vom Zusatzversicherer ganz oder teilweise nicht übernommen wird (vgl. VGr, 23. Oktober 2003, VB.2003.00240, E. 3c). Im Gegensatz zur Grundversicherung nach KVG, bei welcher vom Arzt aufgrund seiner Einbindung in das System des KVG erwartet werden kann, dass er wenigstens die zweifelhaften Fälle erkennt, die möglicherweise nicht von den Krankenkassen übernommen werden ( BGE 119 II 456 = Pra 84 [1995] Nr. 72 E. 2d ), ist fraglich, inwiefern vom Leistungserbringer verlangt werden kann, Ausschlussgründe bei Zusatzversicherungen zu erkennen, da deren Leistungsumfang erheblich variieren kann. Jedenfalls macht der Beschwerdeführer keine Anhaltspunkte geltend, aufgrund welcher die Beschwerdegegnerin die Leistungsübernahme des Zusatzversicherers hätte infrage stellen müssen, und es sind auch keine ersichtlich. Die Beschwerdegegnerin war nicht gehalten, den Beschwerdeführer auf sämtliche denkbaren Einwände seitens des Zusatzversicherers aufmerksam zu machen (vgl. Beschwerdeentscheid der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern vom 28. Januar 2014, E. 2.4 S. 17 [Nr. 2012-0035, unter [www.gef.be.ch](http://www.gef.be.ch)]). Die Beschwerdegegnerin traf auch keine Verpflichtung, sich vorgängig beim privaten Zusatzversicherer des Beschwerdeführers um Deckung für die Kosten zu bemühen.

#### **E. 4.2.2**

Erst im Rahmen der Wiedererwägung der Ablehnung des Kostenübernahmegesuchs auf Ersuchen der Beschwerdegegnerin hin prüfte der Vertrauensarzt der Zusatzversicherung, ob die Behandlung auch wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gewesen sei. Er kam zum Schluss, dass zu keiner Zeit eine Spitalbedürftigkeit vorgelegen habe und die Abklärungen und Therapien problemlos ambulant hätten durchgeführt werden können. Der Begriff der Wirtschaftlichkeit, um welchen es vorliegend geht, entstammt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die anerkannten Krankenkassen haben die Kosten nach Massgabe der in Art. 32–34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). Art. 32 Abs. 1 KVG hält fest, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (vgl. SVGr, 18. November 2014, KV.2012.00084, E. 2.1 ff., auch zum Folgenden). Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit verlangt einen Kostenvergleich der möglichen Behandlungsalternativen mit ungefähr gleichem medizinischem Nutzen. Sind mehrere Behandlungen möglich, hat eine Abwägung stattzufinden zwischen den Kosten und dem Nutzen der einzelnen Vorkehren. Von zwei gleichermassen zweckmässigen Behandlungsalternativen gilt grundsätzlich nur die kostengünstigere als notwendig und wirtschaftlich (BGE 128 V 66 E. 6). Wenn mit der Behandlungsalternative das Therapieziel kostengünstiger erreicht werden kann, besteht somit kein Anspruch auf Übernahme der teureren Behandlung. Der infrage kommende alternative Behandlungsweg muss aber deutlich kostengünstiger sein. Dies muss für den Leistungserbringer zudem auch erkennbar sein (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, Basel 2016, Rz. 336). Die Leistungspflicht für eine

stationäre Behandlung setzt voraus, dass eine Krankheit vorliegt, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinn ist einerseits dann gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können, andererseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht (BGE 126 V 326 E. 2b; BGE 120 V 206 E. 6a mit Hinweisen). Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdegegnerin davon ausging, dass eine Indikation für eine Hospitalisierung gegeben war und der Zusatzversicherer entsprechend die Kosten übernehmen werde. Auch der Hausarzt des Beschwerdeführers ging davon aus, dass eine stationäre Aufnahme indiziert sei, und hatte diesen am 15. Dezember 2015 für eine interdisziplinäre stationäre Therapie an das USZ überwiesen. Die stationäre Aufnahme war für den 11. Januar 2016 geplant, weshalb eine Abklärung der Kostenübernahme beim Zusatzversicherer in die Wege geleitet worden war. Die Ansicht, dass eine Indikation für eine Hospitalisierung vorlag, scheint auch die Grundversicherung des Beschwerdeführers zu teilen, hat diese doch die Kosten für die stationäre Behandlung übernommen, zumal sie Leistungen, die weder wirksam noch zweckmässig noch wirtschaftlich sind, nicht übernehmen dürfte (Art. 34 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 32 Abs. 1 KVG). Auch der Beschwerdeführer ging stets davon aus, dass die Hospitalisation indiziert war (Protokoll vom 29. April 2021) und der Zusatzversicherer die Kosten der Behandlung übernehmen werde. Selbst der Zusatzversicherer soll, wie der Beschwerdeführer selbst vorbringt, anfänglich mündlich einer Übernahme der Kosten zugestimmt haben. Anlass, an der Kostenübernahme durch den Zusatzversicherer zu zweifeln, bestand deshalb nicht. Entsprechend hatte die Beschwerdegegnerin keine Veranlassung, Berechnungen über mutmassliche Behandlungskosten anzustellen oder ein Depot vom Beschwerdeführer zu verlangen. Erst mit Schreiben vom 2. Februar 2016, das heisst nach Beendigung des stationären Aufenthalts, lehnte der Zusatzversicherer eine Kostengutsprache für die private Behandlung ab, zunächst mit der Begründung, die Leistungen würden unter eine Ausschlussklausel in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen fallen, später mit der Begründung, die Behandlungen und Abklärungen hätten problemlos auch ambulant durchgeführt werden können. Da die Beschwerdegegnerin von der Notwendigkeit der stationären Behandlung ausging und für sie keine Anhaltspunkte bestanden, dass die (Zusatz-)Versicherung eine Kostenübernahme aufgrund fehlender Wirtschaftlichkeit und/oder Zweckmässigkeit ablehnen würde, wäre sie ohnehin nicht, d. h. auch nicht bei grundsätzlicher Bejahung einer solchen Pflicht (dazu oben, E. 4.2.1), verpflichtet gewesen, den Beschwerdeführer über den möglichen Leistungsumfang bzw. -Ausschluss seiner Zusatzversicherung aufzuklären. Unter diesen Umständen kann der Beschwerdegegnerin keine Verletzung der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht vorgeworfen werden.

### **E. 4.2.3**

In diesem Zusammenhang beantragte der Beschwerdeführer die Befragung der behandelnden Ärzte insbesondere zum Entscheid der stationären Behandlung sowie der Sachbearbeiterin H der Krankenversicherung D. Aus dem in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung vom 18. April 1999 (BV) verankerten Anspruch der Parteien auf rechtliches Gehör ergibt sich unter anderem ein Anspruch auf Abnahme der von den Beteiligten angebotenen Beweismittel über erhebliche Tatsachen (Alain Griffel, in: Derselbe [Hrsg.], Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich

[VRG], 3. A., Zürich etc. 2014, § 8 N. 34). Der Anspruch auf Beweisabnahme gilt nicht absolut: Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann eine Behörde von der Abnahme offerierter Beweismittel insbesondere dann absehen, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich ist (Unerheblichkeit des Beweismittels), wenn durch den angebotenen Beweis bereits Feststehendes bewiesen werden soll (Überflüssigkeit des Beweismittels) oder wenn von vornherein gewiss ist, dass der angebotene Beweis keine Klärung herbeizuführen vermag (mangelnde Tauglichkeit des Beweismittels; zum Ganzen VGr, 25. April 2019, VB.2018.00482, E. 3.1 mit Hinweisen). Um festzustellen, ob ein Sachverhalt hinreichend feststeht und ein Beweis zur Klärung der Sachlage etwas beiträgt, kommt das Gericht allerdings nicht umhin, das Beweisergebnis im Rahmen einer antizipierten Beweiswürdigung vorläufig zu würdigen. Erscheint der Sachverhalt genügend ermittelt, auch wenn nicht alle Möglichkeiten der Beweisführung ausgeschöpft wurden, und versprechen zusätzliche Abklärungen keine wesentlichen neuen Erkenntnisse, so rechtfertigt es sich, auf weitere Untersuchungen zu verzichten. Deshalb kann das Gericht, wenn es die Beweiserhebung als unnötig oder ein konkretes Beweismittel als nicht tauglich erachtet, in Vorwegnahme des Beweisergebnisses von der Beweisführung absehen. Ein solches Vorgehen dient schliesslich der Verfahrensbeschleunigung und ist mit dem Anspruch auf rechtliches Gehör im Sinn von Art. 29 Abs. 2 BV vereinbar (VGr, 22. Oktober 2015, VB.2015.00387, E. 3.1, mit Hinweis auf BGr, 21. März 2013, 2C\_921/2012, E. 4.3 sowie BGE 136 I 229 E. 5.3 und BGE 134 I 140 E. 5.3; Kaspar Plüss, Kommentar VRG, § 7 N. 18 f.; Marco Donatsch, Kommentar VRG, § 60 N. 11). Da sich für die Beurteilung der entscheiderelevanten Aspekte der Sachverhalt in genügender Weise aus den Akten und der persönlichen Anhörung des Beschwerdeführers ergibt (oben, insbesondere E. 4.2.1 f.), kann vorliegend auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden. Insbesondere ergibt sich aus den Akten, dass sowohl der Hausarzt des Beschwerdeführers als auch die Beschwerdegegnerin von der Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts ausgingen. Es ist unwahrscheinlich, dass sich die behandelnden Ärzte nun mehr als fünf Jahre nach dem umstrittenen Spitalaufenthalt diesbezüglich anders äussern würden. Sodann kann auch auf die Befragung der Sachbearbeiterin der Krankenversicherung D verzichtet werden, da der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde ausführt, ihm sei telefonisch versichert worden, der Spitalaufenthalt sei versichert und die Kosten würden übernommen; etwas anderes wird von keiner Partei behauptet und es besteht auch kein Anlass, an dieser Schilderung zu zweifeln, zumal Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens nicht die Frage, ob die Krankenversicherung D die Kosten übernimmt, bildet. Insofern bestehen ohnehin keine Lücken im Sachverhalt, die mit einer Befragung der Sachbearbeiterin der Krankenversicherung D geklärt werden könnten.

### **E. 5.1**

Mit Eingabe vom 24. April 2021 bestreitet der Beschwerdeführer erstmals, dass die von der Beschwerdegegnerin verrechneten Leistungen überhaupt erbracht wurden. Ob es sich dabei um eine (in diesem Verfahrensstadium) unzulässige neue Tatsachenbehauptung handelt (Donatsch, § 52 N. 26 ff.), kann vorliegend offengelassen werden. Soweit der Beschwerdeführer bei der persönlichen Anhörung zu Protokoll gab, dass er betreffend die medizinische Versorgung anlässlich seines stationären Spitalaufenthalts keine Beanstandungen habe (vgl. Protokoll vom 29. April 2021), stünde die (neue) Tatsachenbehauptung ohnehin im Widerspruch dazu. Damit ist vorliegend davon auszugehen, dass die Pflegeleistungen des Spitals tatsächlich sowie einwandfrei erbracht wurden und es erübrigte sich, der Beschwerdegegnerin, wie von ihr beantragt, eine Frist zur

Stellungnahme zu den vom USZ verrechneten Leistungen, anzusetzen.

### **E. 5.2**

Es lässt sich jedoch fragen, ob insofern eine gebührenreduzierende Mangelhaftigkeit besteht, als das Spital nicht die nach wirtschaftlichen bzw. versicherungsrechtlichen Aspekten richtige Behandlungsart (ambulant statt stationär) gewählt haben sollte. Für die obligatorische Krankenversicherung sieht Art. 56 Abs. 1 KVG vor, dass sich der Leistungserbringer in seinen Leistungen auf das Mass zu beschränken hat, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (sogenanntes Wirtschaftlichkeitsgebot). Das bedeutet, dass sie alle gebotene Sorgfalt darauf zu verwenden haben, nicht unnötige Leistungen zu erbringen oder zu veranlassen (Eugster, Rz. 343). Vorliegend hat die Grundversicherung jedoch die Kosten des stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers übernommen, was dagegenspricht, dass unnötige Leistungen erbracht worden sein sollten (vorne, E. 4.2.2). Ob der Zusatzversicherer die Zusatzkosten für die private Behandlung hätte übernehmen müssen, ist demgegenüber nicht in diesem Verfahren zu entscheiden. Für Streitigkeiten zwischen Zusatzversicherern und Versicherten ist das Verwaltungsgericht nicht zuständig. Da die Kostenübernahme ohnehin mit Verweis auf Art. 4.1.9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen verweigert wurde, kann vorliegend offenbleiben, ob der Zusatzversicherer die Kostenübernahme mangels Wirtschaftlichkeit der Behandlung hätte verweigern dürfen. Denn Zusatzversicherungen decken "echte" Mehrleistungen ab und können daher auch Zusatzleistungen erbringen, welche die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht erfüllen (Dominik Vock/Christian Nater, Basler Kommentar, 3. A., 2017, Art. 7 ZPO N 5).

### **E. 5.3**

Die Geltendmachung entsprechender Ansprüche auf Kostenübernahme durch den Zusatzversicherer ist denn auch nicht Sache des Leistungserbringers, sondern des Versicherten selber. Hat der Leistungserbringer – wie hier – die zumutbaren Abklärungen in Bezug auf das vorhandene Versicherungsmodell des Patienten getroffen und gehen überdies sämtliche Beteiligte (mit Ausnahme der Zusatzversicherung) von der Indikation der betreffenden (stationären) Behandlung aus, liegt das Risiko der tatsächlichen Kostenübernahme bzw. -Rückvergütung durch den Zusatzversicherer beim Versicherten. Die Gebührenerhebung durch den Leistungserbringer (Beschwerdegegnerin) gegenüber dem leistungsbeziehenden und gebührenpflichtigen Patienten (Beschwerdeführer) steht diesfalls nicht unter dem Vorbehalt der tatsächlichen Kostenübernahme im Verhältnis zwischen dem Patienten und seiner Zusatzversicherung.

### **E. 6.1**

Nach dem Gesagten stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer somit zu Recht eine Gebühr von Fr. 16'030.- sowie Verzugszins von 5 % seit dem 23. April 2016 in Rechnung. Nicht zu beanstanden ist sodann die Auferlegung der Betreibungskosten in der Höhe von Fr. 103.30 sowie die Gebühren von Fr. 250.- für das Verwaltungsverfahren.

### **E. 6.2**

Was hingegen die Mahnspesen von Fr. 20.- betrifft, so bedürfen diese einer gesetzlichen Grundlage, welche vorliegend nicht gegeben ist. Nicht zu den Betreibungskosten zählend, könnten die betreffenden Ausgaben dem Beschwerdeführer zudem auch nicht einfach gestützt auf Art. 68 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 11. April 1889 über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) in der Betreibung über die Hauptforderung überwältzt werden ( vgl.

Frank Emmel, Basler Kommentar, 2010, Art. 68 SchKG N. 2 f., 18; vgl. VGr, 6. Dezember 2016, VB.2016.00387, E. 3.4).

### **E. 6.3**

Die Beschwerde ist in diesem Sinn in Bezug auf die Mahnspesen von Fr. 20.- teilweise gutzuheissen, im Übrigen jedoch abzuweisen.

### **E. 7.1**

Mehrere am Verfahren Beteiligte tragen die Kosten in der Regel entsprechend ihrem Unterliegen (§ 65a Abs. 2 in Verbindung mit § 13 Abs. 2 VRG). Nachdem der Beschwerdeführer überwiegend unterliegt und die teilweise Guttheissung in Bezug auf die Mahngebühr von Fr. 20.- kaum ins Gewicht fällt, sind ihm die gesamten Gerichtskosten aufzuerlegen. Eine Parteientschädigung ist ihm entsprechend nicht zuzusprechen (§ 17 Abs. 2 VRG). Die teilweise Guttheissung rechtfertigt ebenso wenig die Anpassung der Nebenfolgen des vorinstanzlichen Entscheids.

### **E. 7.2**

Die Beschwerdegegnerin hat ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da die Erhebung und Beantwortung von Rechtsmitteln zu ihrem Aufgabenbereich gehört und vorliegend keine besonderen Umstände ersichtlich sind, die das Zusprechen einer Parteientschädigung gerechtfertigt erscheinen liessen (Plüss, § 17 N. 51 f.).

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