



4A_142/2023

Urteil vom 15. August 2023

I. zivilrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichterin Jametti, Präsidentin,
Bundesrichterin Kiss,
Bundesrichter Rüedi,
Gerichtsschreiber Gross.

Verfahrensbeteiligte
A. _____,
vertreten durch Rechtsanwältin Claudia Keller,
Beschwerdeführer,

gegen

B.B. _____ AG,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Spitalzusatzversicherung nach VVG,

Beschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau als Versicherungsgericht vom 11. Januar 2023 (VV.2021.147/E).

Sachverhalt:

A.
A. _____ (Versicherter, Beschwerdeführer) verfügte bei der B.B. _____ AG (Versicherung, Beschwerdegegnerin) unter anderem über eine Spitalzusatzversicherung nach dem VVG (SR 221.229.1) in Form der X. _____ halbprivate Spitalabteilung (nachfolgend: Zusatzversicherung 1). Per 1. Januar 2019 wechselte er in das Produkt Y. _____ "Halbprivat" (nachfolgend: Zusatzversicherung 2). Am 19. Januar 2021 ersuchte die Klinik C. _____ (nachfolgend: Klinik) die B.A. _____ AG um Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt des Versicherten von ca. sieben Tagen ab 11. Februar 2021. Gleichentags teilte die B.A. _____ AG der Klinik mit, sie übernehme die Kosten für leistungspflichtige Behandlungen, die medizinisch indiziert, zweckmässig und wirtschaftlich seien. Als Zusatzinformation hielt sie fest, es bestehe für die Zusatzversicherung 2 kein Tarifvertrag betreffend die Klinik. Daher gingen alle Mehrkosten ausserhalb der Leistungen der Grundversicherung zu Lasten des Versicherten.
Mit Schreiben vom 21. Januar 2021 teilte die B.A. _____ AG dem Versicherten im Wesentlichen mit, sie führe gemäss Ziff. 3 ihrer Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) eine Liste mit Spitälern und Belegärzten ohne Kostendeckung. Die Klinik sei auf dieser Liste aufgeführt, da die Versicherung keinen Tarifvertrag für die halbprivate/ private Abteilung habe abschliessen können. Sie werde sich (einzig) aus der Grundversicherung an den Kosten für die allgemeine Abteilung beteiligen. Für den Fall, dass er sich ohne Mehrkosten behandeln lassen wolle, verwies sie den Versicherten auf die Möglichkeit, sich in einem ihrer Vertragsspitäler behandeln zu lassen.
Vom 11. bis 17. Februar 2021 begab sich der Versicherte in stationäre Behandlung in die Klinik, wofür ihm Fr. 16'524.60 in Rechnung gestellt wurden. In der Folge ersuchte er (bzw. die Klinik) die Versicherung erfolglos um Kostenübernahme.

B.

Am 9. Juni 2021 erhob der Versicherte Klage beim Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau (Versicherungsgericht). Er verlangte, die Versicherung sei zu verpflichten, ihm Fr. 16'524.60 nebst Zins von 5 % seit 1. April 2021 zu bezahlen.

Mit Entscheid vom 11. Januar 2023 wies das Verwaltungsgericht die Klage ab. Es erwog, da die Klinik im Zeitraum des stationären Aufenthalts des Versicherten auf der Negativliste gemäss Ziff. 3.3 der ZVB figuriert habe, habe ihm die Versicherung gestützt auf Ziff. 3.1 und 3.2 der ZVB zu Recht keine Leistungen vergütet.

C.

Mit Beschwerde in Zivilsachen beantragt der Versicherte dem Bundesgericht, es sei der Entscheid des Verwaltungsgerichts aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm Fr. 16'524.60 zuzüglich Zins von 5 % seit dem 1. April 2021 zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin beantragt - ebenso wie die Vorinstanz -, die Beschwerde abzuweisen. Die Parteien haben unaufgefordert repliziert und dupliziert.

Erwägungen:

1.

Da die Vorinstanz als einzige kantonale Instanz entschieden hat (Art. 74 Abs. 2 lit. b BGG; vgl. **BGE 138 III 799 E. 1.1**), ist die Beschwerde unabhängig vom Streitwert zulässig. Die übrigen Eintretensvoraussetzungen geben keinen Anlass zu Bemerkungen. Auf die Beschwerde ist - unter Vorbehalt einer genügenden Begründung (Art. 42 Abs. 2 BGG) - einzutreten.

2.

Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es prüft aber unter Berücksichtigung der allgemeinen Begründungsanforderungen (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG) grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind. Es ist nicht gehalten, wie eine erstinstanzliche Behörde alle sich stellenden rechtlichen Fragen zu untersuchen, wenn diese vor Bundesgericht nicht mehr vorgetragen werden (**BGE 140 III 86 E. 2, 115 E. 2**). Die Beschwerde ist dabei hinreichend zu begründen, andernfalls wird darauf nicht eingetreten. Unerlässlich ist im Hinblick auf Art. 42 Abs. 2 BGG, dass die Beschwerde auf die Begründung des angefochtenen Entscheids eingeht und im Einzelnen aufzeigt, worin eine Verletzung von Bundesrecht liegt. Die beschwerdeführende Partei soll in der Beschwerdeschrift nicht bloss die Rechtsstandpunkte, die sie im kantonalen Verfahren eingenommen hat, erneut bekräftigen, sondern mit ihrer Kritik an den als rechtsfehlerhaft erachteten Erwägungen der Vorinstanz ansetzen (vgl. **BGE 134 II 244 E. 2.1**).

3.

Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Dazu gehören sowohl die Feststellungen über den streitgegenständlichen Lebenssachverhalt als auch jene über den Ablauf des vor- und erstinstanzlichen Verfahrens, also die Feststellungen über den Prozesssachverhalt (**BGE 140 III 16 E. 1.3.1 mit Hinweisen**). Es kann die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG). "Offensichtlich unrichtig" bedeutet dabei "willkürlich" (**BGE 140 III 115 E. 2; 135 III 397 E. 1.5**). Überdies muss die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein können (Art. 97 Abs. 1 BGG). Für eine Kritik am festgestellten Sachverhalt gilt das strenge Rügeprinzip von Art. 106 Abs. 2 BGG (**BGE 140 III 264 E. 2.3 mit Hinweisen**). Die Partei, welche die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz anfechten will, muss klar und substantiiert aufzeigen, inwiefern diese Voraussetzungen erfüllt sein sollen (**BGE 140 III 16 E. 1.3.1 mit Hinweisen**). Wenn sie den Sachverhalt ergänzen will, hat sie zudem mit präzisen Aktenhinweisen darzulegen, dass sie entsprechende rechtsrelevante Tatsachen und taugliche Beweismittel bereits bei den Vorinstanzen prozesskonform eingebracht hat (**BGE 140 III 86 E. 2**). Genügt die Kritik diesen Anforderungen nicht, können Vorbringen mit Bezug auf einen Sachverhalt, der vom angefochtenen Entscheid abweicht, nicht berücksichtigt werden (**BGE 140 III 16 E. 1.3.1**).

4.

Die Begründung hat in der Beschwerdeschrift selbst zu erfolgen. Die beschwerdeführende Partei darf eine allfällige Replik nicht dazu verwenden, ihre Beschwerde zu ergänzen oder zu verbessern. Zulässig sind nur Vorbringen, zu denen erst die Ausführungen in der Vernehmlassung eines anderen Verfahrensbeteiligten Anlass geben (vgl. **BGE 135 I 19 E. 2.2; 132 I 42 E. 3.3.4**).

5.

Umstritten ist, ob die Beschwerdegegnerin befugt war, die Übernahme der Kosten aus dem Klinikaufenthalt des Beschwerdeführers aus der Zusatzversicherung 2 zu verweigern.

5.1. Die Vorinstanz erwog, gemäss der Police für das Jahr 2021 fänden auf die Zusatzversicherung 2 die AVB 2021 sowie die ZVB 2018 Anwendung. Als anerkannte Leistungserbringende gälten diejenigen Personen und Einrichtungen, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als solche anerkannt seien (Ziff. 8.1 AVB). Abweichungen von Ziff. 8.1 AVB seien in den ZVB geregelt (Ziff. 8.2 AVB). Ziff. 3 der ZVB ("Anerkannte Leistungserbringer") lautet wie folgt:

"3.1 Aus der Y. _____ "Halbprivat" oder Z. _____ "Privat" werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in Spitälern übernommen, die die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllen (anerkannte Spitäler)

- Spitäler, die mit dem entsprechenden Leistungsauftrag auf den kantonalen Planungs- und Spitallisten gemäss Art. 39 KVG aufgeführt sind (Listenspitäler) oder mit denen B. _____ einen Vertrag nach Art. 49a Abs. 4 KVG für den entsprechenden Leistungsbereich abgeschlossen hat (KVG Vertragsspitäler) und
- Spitäler, mit denen B. _____ einen Tarifvertrag für die halbprivate oder die private Abteilung für das gesamte Leistungsangebot oder für einzelne Fachbereiche des Spitals abgeschlossen hat.

3.2 Bei Spitälern, die zum Zeitpunkt des Aufenthaltes respektive der Behandlung die Bedingungen gemäss Ziff. 3.1 nicht erfüllen, besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme.

3.3 B. _____ führt jeweils eine Liste mit:

- KVG-Vertragsspitälern, welche über die anerkannten Leistungsbereiche Auskunft gibt (Positivliste), sowie
- Spitälern, mit denen B. _____ keinen Tarifvertrag für die halbprivate oder die private Abteilung für das gesamte Leistungsangebot oder für einzelne Fachbereiche des Spitals abgeschlossen hat (Negativliste).

Die Listen werden laufend angepasst und können in der jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage von B. _____ eingesehen oder bei B. _____ verlangt werden.

3.4 [...]"

Bei der Klinik handle es sich um ein Listenspital gemäss Ziff. 8.1 der AVB. Allerdings bestehe zwischen der Klinik und der Beschwerdegegnerin seit 1. Januar 2021 kein Vertrag mehr betreffend Patienten mit Spitalzusatzversicherung. Dies nachdem die Klinik einen entsprechenden Vertrag per 31. Dezember 2020 gekündigt habe und in der Folge kein neuer Vertrag abgeschlossen worden sei. Die Beschwerdegegnerin führe die Klinik auf der Liste derjenigen Spitäler, deren Tarife sie nicht anerkenne (Negativliste).

5.2. Der Beschwerdeführer rügt, die Vorinstanz habe zu Unrecht eine absichtliche Täuschung (Art. 28 OR) verneint. Er sei in Bezug auf den Wechsel der Zusatzversicherung getäuscht worden, weshalb Ziff. 3 der ZVB für ihn nicht verbindlich sei.

5.2.1. Der Vertrag ist für denjenigen unverbindlich, der sich beim Abschluss in einem wesentlichen Irrtum befunden hat (Art. 23 OR). Ist ein Vertragschliessender durch absichtliche Täuschung seitens des anderen zum Vertragsabschluss verleitet worden, so ist der Vertrag für den Getäuschten auch dann nicht verbindlich, wenn der erregte Irrtum kein wesentlicher war (Art. 28 Abs. 1 OR).

Der Tatbestand der absichtlichen Täuschung setzt einerseits voraus, dass der Vertragspartner - durch positives Verhalten oder durch Schweigen (vgl. **BGE 132 II 161** E. 4.1; **116 II 431** E. 3a) - absichtlich getäuscht wurde; für die Täuschungsabsicht genügt Eventualvorsatz (**BGE 136 III 528** E. 3.4.2; **53 II 143** E. 1a). Andererseits ist erforderlich, dass der Vertragspartner durch die Täuschung zum Vertragsabschluss verleitet wurde. Der durch die Täuschung hervorgerufene Irrtum muss somit kausal für den Abschluss des Vertrages gewesen sein (**BGE 136 III 528** E. 3.4.2 mit Hinweisen).

5.2.2. Die Vorinstanz hielt fest, die Beschwerdegegnerin habe dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 9. August 2018 mitgeteilt, der Zusatzversicherung 1 hätten in der letzten Zeit zu wenig neue Versicherte zugeführt werden können, weshalb diese als "geschlossener Bestand" im Sinne von Art. 156 der Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (Aufsichtsverordnung, AVO; SR 961.011) qualifiziert werde (vgl. dazu das Urteil 4A_627/2015 vom 9. Juni 2016 E. 4). Das Versicherungsprodukt werde jedoch mit sämtlichen Leistungen weitergeführt. Bei einem geschlossenen Produkt könne die Prämie langfristig stärker ansteigen als bei einem solchen mit offenem Bestand. Aus diesem Grund habe er das Recht, freiwillig in ein möglichst gleichwertiges Versicherungsprodukt mit offenem Bestand zu wechseln. Das neue Versicherungsprodukt (die Zusatzversicherung 2) garantiere einen vergleichbaren Versicherungsschutz.

Der Beschwerdeführer sei (so die Vorinstanz weiter) darauf hingewiesen worden, dass im Falle eines Wechsels die ZVB 2018 gälten. Zudem sei ihm ein tabellarischer Vergleich der beiden Zusatzversicherungen unterbreitet worden. Diesem hätten die jeweiligen Leistungen entnommen werden können, wobei die abweichenden Konditionen grau hinterlegt worden seien. Bei der grau hinterlegten Leistung "[f]reie Spitalwahl" sei in der Fussnote 2b erläutert worden, dass dies allein bei den von der Beschwerdegegnerin anerkannten Spitälern der Fall sei, wobei sich die Liste der Spitäler ohne Kostendeckung unter "B. _____ .ch/tarifverhandlungen" finden lasse. Der Beschwerdeführer habe dem Wechsel (per 1. Januar 2019) am 21. August 2018 zugestimmt.

Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers sei die Weiterführung sämtlicher Leistungen ohne Änderungen nicht garantiert worden. Für den Fall, dass er unveränderte Leistungen gewünscht hätte, sei ihm vielmehr aufgezeigt worden, dass seine bisherige Versicherung (mit geschlossenem Bestand) weitergeführt werde und er diese beibehalten könne. Es sei somit klar gewesen, dass ein Wechsel auch mit einer Änderung der Leistungen verbunden sei. Dies habe er bereits aus dem Umstand schliessen müssen, dass er eine Prämienrückzahlung erhalten habe und die Prämie für die Zusatzversicherung 2 tiefer gewesen sei. Zudem ergäben sich die Unterschiede deutlich aus dem tabellarischen Vergleich der beiden

Zusatzversicherungen. Er sei denn auch darauf aufmerksam gemacht worden, dass es sich um ein "möglichst gleichwertiges" Produkt mit offenem Bestand handle, das einen "vergleichbaren Versicherungsschutz" garantiere. Von Unveränderlichkeit sei nicht die Rede gewesen. Ein täuschendes Verhalten der Beschwerdegegnerin sei nicht ersichtlich.

5.2.3. Der Beschwerdeführer macht im Einzelnen geltend, bei einer Einschränkung der freien Spitalwahl dergestalt, dass keine Versicherungsdeckung bestehe, wenn ein Tarifvertrag fehle, hätte die Beschwerdegegnerin zwingend einen entsprechenden Vorbehalt anbringen müssen und ihn ausdrücklich auf diese erhebliche Einschränkung der Versicherungsdeckung aufmerksam machen müssen. Die Vorinstanz habe ihrer Beurteilung einen offensichtlich unrichtigen Sachverhalt zugrunde gelegt, indem sie festhalte, die Unterschiede ergäben sich deutlich aus dem tabellarischen Vergleich der beiden Zusatzversicherungen. Auch habe sie betreffend die erhaltene Prämienrückzahlung und den Grund für die tieferen Prämien den Sachverhalt offensichtlich unrichtig festgestellt.

Der Beschwerdeführer vermag nicht darzutun, dass die Vorinstanz in Willkür verfallen wäre, indem sie erwog, die Unterschiede ergäben sich deutlich aus dem tabellarischen Vergleich der beiden Zusatzversicherungen. Die Vorinstanz erwog zutreffend, die abweichenden Konditionen seien darin grau hinterlegt worden und dies gelte auch für die Leistung "[f]reie Spitalwahl". Entsprechend musste der Beschwerdeführer davon ausgehen, dass betreffend den Umfang der freien Spitalwahl Unterschiede zwischen dem alten und dem neuen Versicherungsprodukt bestehen. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführt, machte er in seiner Klage selbst geltend, es sei ihm bewusst gewesen, dass auch unter der Zusatzversicherung 1 keine absolut freie Spitalwahl bestanden, sondern sich diese auf "anerkannte Spitäler" beschränkt habe. Diese Aussage entspricht der Fussnote 2a des tabellarischen Vergleichs. Darin wird angegeben, es bestehe keine volle Kostendeckung in Spitälern mit von der Beschwerdegegnerin nicht anerkannten Abteilungen/Tarifen. Aufgrund der grauen Hinterlegung des Begriffs "[f]reie Spitalwahl" musste dem Beschwerdeführer bewusst sein, dass die Zusatzversicherungen diesbezüglich nicht absolut deckungsgleich sind, zumal ihm (wie die Vorinstanz für das Bundesgericht verbindlich festhielt) die Weiterführung sämtlicher Leistungen ohne irgendwelche Änderungen nicht garantiert wurde. Vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz davon ausgeht, der Beschwerdeführer hätte die Fussnote 2b im tabellarischen Vergleich lesen müssen. Darin wird für die Zusatzversicherung 2 einschränkend bemerkt, freie Spitalwahl bestehe nur bei den von der Beschwerdegegnerin anerkannten Spitälern (mit Verweis auf die Negativliste).

Auch ist nicht ersichtlich, dass die Vorinstanz in Willkür verfallen ist, indem sie die tiefere Prämie ergänzend als einen weiteren Aspekt dafür berücksichtigte, dass der Beschwerdeführer nicht von einer Weiterführung sämtlicher Leistungen ohne irgendwelche Änderungen ausgehen dürfen. Dass die von der Vorinstanz ebenfalls berücksichtigte Prämienrückzahlung schliesslich vielmehr dem Umstand geschuldet gewesen sein soll, dass er eigentlich bereits per Anfang 2018 das Recht gehabt hätte, in ein möglichst gleichwertiges Versicherungsprodukt zu wechseln, ein solches damals aber nicht angeboten werden konnte, mag zutreffen. Dies ändert aber für sich allein nichts an der zutreffenden vorinstanzlichen Feststellung, dass ihm habe klar sein müssen, dass ein Wechsel des Versicherungsprodukts auch mit einer Änderung der Leistung verbunden sein würde.

Der Beschwerdeführer vermag insgesamt nicht darzutun, dass - entgegen der Vorinstanz - von einem täuschenden Verhalten der Beschwerdegegnerin hätte ausgegangen werden müssen.

5.3. Der Beschwerdeführer rügt, die Vorinstanz habe Ziff. 3.2 i.V.m. Ziff. 3.1 der ZVB zu Unrecht nicht als ungewöhnlich qualifiziert. Die Klausel sei sowohl objektiv als auch subjektiv ungewöhnlich.

5.3.1.

5.3.1.1. Stimmt die Partei der Übernahme der Allgemeinen Geschäftsbedingungen global zu, d.h. ohne diese zu lesen, zur Kenntnis zu nehmen oder deren Tragweite zu verstehen (sog. Globalübernahme; **BGE 119 II 443** E. 1a; **109 II 452** E. 4; Urteil 4C.282/2003 vom 15. Dezember 2003 E. 3.1), wird die Geltung Allgemeiner Geschäftsbedingungen durch die sog. Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt: Der Verfasser von Allgemeinen Geschäftsbedingungen muss nach dem Vertrauensgrundsatz davon ausgehen, dass der Vertragspartner ungewöhnlichen Klauseln nicht zustimmt (Urteil 4A_499/2018 vom 10. Dezember 2018 E. 3.3.3). Entsprechend sind von der global erklärten Zustimmung alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die zustimmende Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist (**BGE 138 III 411** E. 3.1; **135 III 1** E. 2.1, 225 E. 1.3; **119 II 443** E. 1a). Die Ungewöhnlichkeit beurteilt sich aus der Sicht des Zustimmenden im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses (**BGE 138 III 411** E. 3.1; **135 III 1** E. 2.1; **119 II 443** E. 1a) unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls (**BGE 148 III 57** E. 2.1.3; **135 III 1** E. 2.1; **119 II 443** E. 1a).

5.3.1.2. Die AGB-Klausel hat für die zustimmende Partei zunächst subjektiv ungewöhnlich zu sein. Zu berücksichtigen ist unter anderem, ob der Zustimmende geschäfts- und branchenkundig ist: Je weniger geschäfts- oder branchenerfahren er ist, umso eher wird eine Klausel für ihn ungewöhnlich sein (zit. Urteil 4A_499/2018 E. 3.3.3). So können branchenübliche Klauseln für einen Branchenfremden ungewöhnlich sein, für einen Branchenkenner demgegenüber nicht (**BGE 138 III 411** E. 3.1; **119 II 443** E. 1a). Branchenkenntnis oder Geschäftserfahrung schliesst aber die Ungewöhnlichkeit nicht zwingend aus. Auch für einen Branchenkundigen oder Geschäftserfahrenen kann eine AGB-Klausel unter Umständen ungewöhnlich sein (**BGE 148 III 57** E. 2.1.3.2; zit. Urteil 4A_499/2018 E. 3.3.3).

5.3.1.3. Neben der subjektiven Ungewöhnlichkeit hat die fragliche Klausel objektiv beurteilt einen geschäftsfremden Inhalt aufzuweisen, damit die Ungewöhnlichkeitsregel zur Anwendung gelangt. Sie hat mithin objektiv ungewöhnlich zu sein. Dies ist dann zu bejahen, wenn sie zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters führt oder in erheblichem Masse aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus fällt. Je stärker eine Klausel die Rechtsstellung des Vertragspartners beeinträchtigt, desto eher ist sie als ungewöhnlich zu qualifizieren (**BGE 148 III 57** E. 2.1.3.3; **138 III 411** E. 3.1; **135 III 1** E. 2.1). Bei Versicherungsverträgen sind auch die berechtigten Deckungserwartungen zu berücksichtigen (**BGE 138 III 411** E. 3.1; Urteile 4A_232/2019 vom 18. November 2019 E. 2.2; 4A_48/2015 vom 29. April 2015 E. 2.1). Entsprechend kann eine in allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehene Haftungsbeschränkung als ungewöhnlich qualifiziert werden, wenn der durch die Bezeichnung und Werbung beschriebene Deckungsumfang erheblich reduziert wird, so dass gerade die häufigsten Risiken nicht mehr gedeckt sind (**BGE 148 III 57** E. 2.1.3.3; **138 III 411** E. 3.1; Urteile 4A_176/2018 vom 6. August 2018 E. 4.2; 4A_152/2017 vom 2. November 2017 E. 4.3).

5.3.1.4. Das Bundesgericht prüft die Anwendung der Ungewöhnlichkeitsregel als Rechtsfrage frei (Art. 106 Abs. 1 BGG; **BGE 142 V 466** E. 6.2; **140 V 50** E. 2.3). Es ist dabei an die Feststellungen der kantonalen Gerichte über die äusseren Umstände sowie das Wissen und Wollen der Beteiligten grundsätzlich gebunden (Art. 105 Abs. 1 BGG; **BGE 148 III 57** E. 2.1.3.4; **138 III 411** E. 3.4).

5.3.2. Die Vorinstanz erwog, die vertraglichen Regelungen mit den Leistungserbringern und die dabei erstellten Spitallisten würden nicht Gegenstand des Vertrags zwischen dem Beschwerdeführer und der Beschwerdegegnerin bilden (mit Verweis auf **BGE 133 III 607** E. 2.3). Im Bereich der Spitalzusatzversicherung entspreche es der gelebten Realität, dass sich Versicherer die Nichtanerkennung von Spitalern und damit einhergehend die Verweigerung der Versicherungsleistungen im Bereich der überobligatorischen Tarife vorbehalten und auch vorbehalten dürften. Grundsätzlich müsse mit einem solchen Vorbehalt gerechnet werden, wenn er hinreichend klar vor Vertragsschluss mitgeteilt werde. Die Versicherer sollten nötigenfalls die Verträge mit den Leistungserbringern anpassen oder neu abschliessen können, um dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit Rechnung zu tragen. Vor diesem Hintergrund erweise sich die Regelung in den ZVB nicht als objektiv ungewöhnlich. Zudem sei dem Beschwerdeführer im Rahmen des offerierten Wechsels der Zusatzversicherung dargelegt worden, was unter freier Spitalwahl zu verstehen sei. Es sei im tabellarischen Vergleich kenntlich gemacht worden, dass betreffend die freie Spitalwahl zwischen der Zusatzversicherung 1 und 2 Unterschiede bestünden, die sich aus den Fussnoten 2a und 2b des tabellarischen Vergleichs ergäben. Damit fehle es auch an der subjektiven Ungewöhnlichkeit.

5.3.3. Der Beschwerdeführer macht geltend, die besagte Regelung in den ZVB dürfe nur als üblich erachtet werden, wenn ein konkreter Nachweis vorliege, dass eine Vielzahl von Versicherern in der Schweiz in ihren Versicherungsbedingungen eine Kostenübernahme für die Zusatzversicherung vollumfänglich ausschliessen würden, falls kein Tarifvertrag bestehe. Einen solchen Nachweis habe die Beschwerdegegnerin nicht erbracht.

Die Beschwerdegegnerin macht zu Recht geltend, es sei nicht zwingend vorausgesetzt, dass eine Vielzahl der Versicherer in der Schweiz eine entsprechende Bestimmung in ihren Versicherungsbedingungen vorsähen. Vielmehr ist entscheidend, ob Ziff. 3.2 i.V.m. Ziff. 3.1 der ZVB einen geschäftsfremden Inhalt aufweist (vgl. hiervor E. 5.3.1.3).

Die Vorinstanz hat sich mit Hinweis auf **BGE 133 III 607** E. 2.3 ausführlich mit dieser Frage auseinandergesetzt und einen geschäftsfremden Inhalt verneint. Der Beschwerdeführer setzt sich mit diesen vorinstanzlichen Ausführungen nicht hinreichend auseinander (vgl. hiervor E. 2). Er zeigt insbesondere nicht auf, dass die betreffenden Bestimmungen in den ZVB einen Inhalt aufwiesen, der zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters führt. Die Regelung ist insbesondere nicht bereits deshalb als ungewöhnlich zu qualifizieren, weil sie - anders als diejenige, die dem Urteil 4A_578/2019 vom 16. April 2020 zugrunde lag - bei fehlendem Tarifvertrag nicht bloss eine Kostenübernahme im Rahmen von einseitig festgelegten Maximaltarifen vorsieht. Allein die Konsequenz, dass die Kostendeckung betreffend die halbprivate und private Abteilung ganz ausgeschlossen wird, vermag keine objektive Ungewöhnlichkeit einer Bestimmung zu begründen, die in der Spitalzusatzversicherung die Leistungspflicht an eine Tarifbindung knüpft.

Im Übrigen fehlt es auch an der subjektiven Ungewöhnlichkeit, da der Beschwerdeführer im tabellarischen Vergleich auf die (weitergehende) Einschränkung der freien Spitalwahl aufmerksam gemacht worden ist. Es kann auf die Ausführungen unter E. 5.2.3 hiervor verwiesen werden.

5.4. Der Beschwerdeführer rügt eine Verletzung der Unklarheitsregel. Ziff. 3.1 der ZVB sei mehrdeutig und für einen Laien nicht ohne Weiteres verständlich.

5.4.1. AGB-Klauseln sind, wenn sie in Verträge übernommen werden, grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen (**BGE 142 III 671** E. 3.3; **135 III 1** E. 2; je mit Hinweisen). Entscheidend ist demnach in erster Linie der übereinstimmende wirkliche Wille der Vertragsparteien und in zweiter Linie, falls ein solcher nicht festgestellt werden kann, die Auslegung der Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips. Dabei ist vom Wortlaut der Erklärungen auszugehen, welche jedoch nicht isoliert, sondern aus ihrem konkreten Sinngefüge heraus zu beurteilen sind. Demnach ist der vom Erklärenden verfolgte Regelungszweck massgebend, wie ihn der Erklärungsempfänger in guten Treuen verstehen durfte und musste (**BGE 142 III 671** E. 3.3; **140 III 391** E.

2.3; je mit Hinweisen). Das Bundesgericht überprüft diese objektivierte Auslegung von Willenserklärungen als Rechtsfrage, wobei es an Feststellungen des kantonalen Richters über die äusseren Umstände sowie das Wissen und Wollen der Beteiligten grundsätzlich gebunden ist (Art. 105 Abs. 1 BGG; **BGE 142 III 671** E. 3.3 mit Hinweisen).

Mehrdeutige Klauseln in allgemeinen Versicherungsbedingungen sind nach der Unklarheitsregel gegen den Versicherer als deren Verfasser auszulegen (**BGE 133 III 61** E. 2.2.2.3, 607 E. 2.2; **124 III 155** E. 1b). Sie gelangt jedoch nur zur Anwendung, wenn sämtliche übrigen Auslegungsmittel versagen (**BGE 133 III 61** E. 2.2.2.3; **122 III 118** E. 2a und E. 2d; Urteil 4A_166/2020 vom 23. Juli 2020 E. 3 mit Hinweisen).

Gemäss Art. 33 VVG kann ein Haftungsausschluss nur durch eine bestimmte, unzweideutige Ausnahmeregelung getroffen werden. Art. 33 VVG konkretisiert insoweit die Unklarheitsregel und kommt damit erst zur Anwendung, wenn gleichwertige Auslegungsergebnisse bestehen und die Zweifel durch die übrigen Auslegungsmittel nicht beseitigt werden können (Urteil 4A_72/2021 vom 28. September 2021 E. 6.4.2; zit. Urteil 4A_499/2018 E. 2).

5.4.2. Der Beschwerdeführer vermag keine Unklarheit darzutun. Aus Ziff. 3.1 der ZVB ergibt sich explizit, dass Spitäler kumulativ zwei Voraussetzungen erfüllen müssen, um als anerkanntes Spital zu qualifizieren. Es muss sich einerseits um ein Listenspital oder alternativ um ein KVG-Vertragsspital handeln (erster Spiegelstrich) und die Beschwerdegegnerin muss andererseits mit dem Spital einen Tarifvertrag für die halbprivate oder private Abteilung abgeschlossen haben (zweiter Spiegelstrich). Dem Beschwerdeführer ist nicht zu folgen, wenn er geltend macht, erst nach vertieftem Studium erschliesse sich einem Juristen, dass es sich bei der Aufzählung unter dem zweiten Spiegelstrich nicht um eine separate, dritte Kategorie von Spitälern, sondern um eine zusätzliche Voraussetzung (Abschluss eines Tarifvertrags) handle. Ziff. 3.1 der ZVB ist auch für einen Laien verständlich. Einleitend wird ausgeführt, es "[...] werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in Spitälern übernommen, die die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllen", anschliessend werden in zwei Spiegelstrichen zwei Voraussetzungen genannt, die *kumulativ* erfüllt sein müssen. Ziff. 3.2 der ZVB hält anschliessend fest, dass bei Spitälern, die die Bedingungen (Plural) gemäss Ziff. 3.1 nicht erfüllten, kein Anspruch auf Kostenübernahme besteht. Zusammenfassend bleibt für die Anwendung der Unklarheitsregel bzw. Art. 33 VVG kein Raum.

5.5. Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, die Vorinstanz habe eine Verletzung von Art. 8 UWG (SR 241) zu Unrecht verneint. Bei richtiger Rechtsanwendung hätte sie zum Ergebnis gelangen müssen, dass Ziff. 3.2 i.V.m. Ziff. 3.1 der ZVB unlauter sei und die zusätzliche Voraussetzung eines Tarifvertrags zwischen der Beschwerdegegnerin und dem gewählten Spital ihm gegenüber keine Geltung habe.

5.5.1. Unlauter handelt gemäss Art. 8 UWG insbesondere, wer allgemeine Geschäftsbedingungen verwendet, die in Treu und Glauben verletzender Weise zum Nachteil der Konsumentinnen und Konsumenten ein erhebliches und ungerechtfertigtes Missverhältnis zwischen den vertraglichen Rechten und den vertraglichen Pflichten vorsehen.

5.5.2. Die Vorinstanz erwog, eine freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz - ungeachtet der Tarifbindungen - entspreche nicht der Realität. Sodann seien Versicherer im stationären Bereich nicht zum Abschluss einer Zusatzversicherung verpflichtet, die die Mehrkosten der Behandlung bis zur Höhe des Privatarifs decke, sofern dadurch nicht echte Mehrleistungen abgegolten würden. Vielmehr seien die Versicherer angehalten, ihre Verträge mit den Leistungserbringern anzupassen oder neue Verträge abzuschliessen, um diesen Kriterien (Abgeltung echter Mehrleistungen) Rechnung zu tragen. Angesichts der geringen Anzahl nicht auf der Spitalliste der Beschwerdegegnerin enthaltenen Spitäler (12 von insgesamt ca. 310 Kliniken in der gesamten Schweiz gemäss unbestrittener Darlegung der Beschwerdegegnerin) könne nicht von einem erheblichen und ungerechtfertigten Missverhältnis zwischen den vertraglichen Rechten und Pflichten zum Nachteil des Beschwerdeführers gesprochen werden.

5.5.3. Der Beschwerdeführer vermag kein erhebliches Missverhältnis zwischen seinen vertraglichen Rechten und Pflichten darzutun. Er sieht dieses Missverhältnis im Wesentlichen darin, dass die Beschwerdegegnerin bei Spitälern, die auf der Negativliste aufgeführt seien, aus der Spitalzusatzversicherung überhaupt keine Leistungen vergüte, statt einseitig Maximaltarife festzulegen. Es ist aber nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz in diesem Zusammenhang namentlich betrachtet, wie viele Kliniken sich schweizweit auf der Negativliste befinden und ausgehend davon ein erhebliches Missverhältnis zwischen den vertraglichen Rechten und Pflichten zulasten des Beschwerdeführers verneint. Die Beschwerdegegnerin macht zutreffend geltend, ihr wäre in den Tarifverhandlungen mit den Spitälern die Hände gebunden, wenn sie letztlich mit allen Spitälern einen Tarifvertrag abschliessen müsste, was sich negativ auf die Höhe der Prämien auswirken würde. Ein Missbrauch des Gestaltungsrechts der Beschwerdegegnerin ist nicht ersichtlich.

6.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Bei diesem Ergebnis wird der Beschwerdeführer kostenpflichtig (Art. 66 Abs. 1 BGG). Eine Parteientschädigung ist nicht geschuldet, da die Beschwerdegegnerin nicht anwaltlich, sondern durch ihren internen Rechtsdienst vertreten war, womit ihr kein entschädigungspflichtiger Aufwand entstanden ist.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 2'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

3.

Dieses Urteil wird den Parteien und dem Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau als Versicherungsgericht schriftlich mitgeteilt.

Lausanne, 15. August 2023

Im Namen der I. zivilrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Die Präsidentin: Jametti

Der Gerichtsschreiber: Gross