



4A_124/2023

Urteil vom 22. Juni 2023

I. zivilrechtliche Abteilung

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

Verfahrensbeteiligte
A. _____,
vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. Tomas Poledna,
Beschwerdeführer,

gegen

B.A. _____ AG,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Alois Rimle,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Forderung aus Spitalzusatzversicherung,

Beschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau als Versicherungsgericht vom 11. Januar 2023 (VV.2021.172/E).

Sachverhalt:

A.
A. _____ (Kläger, Beschwerdeführer) verfügt bei der B.A. _____ AG (Beklagte, Beschwerdegegnerin) über die Spitalzusatzversicherung "X. _____" (halbprivate Spitalabteilung). Am 4. März 2021 ersuchte die Klinik C. _____ (nachfolgend: Klinik) die B.B. _____ AG um Kostengutsprache betreffend einen stationären Aufenthalt des Klägers für ca. sieben Tage. Gleichentags teilte die B.B. _____ AG der Klinik mit, sie übernehme die Kosten für leistungspflichtige Behandlungen, die medizinisch indiziert, zweckmässig und wirtschaftlich seien. Als Zusatzinformation hielt sie fest, im Zusatzversicherungsbereich bestehe ein vertragsloser Zustand. Die Rechnung über die Klinik- und Arztleistungen gemäss VVG (SR 221.229.1) sei direkt dem Kläger zuzustellen.
Mit Schreiben vom 5. März 2021 informierte die B.B. _____ AG den Kläger darüber, dass die Beklagte mit der Klinik für die halbprivate/private Abteilung keinen Tarifvertrag habe abschliessen können. Die von der Klinik verwendeten Tarife für die halbprivate/ private Abteilung akzeptiere sie nicht. Für den klägerischen Aufenthalt verfügte sie den von ihr festgelegten Höchstarif in Form einer Tagespauschale für Hotellerie-/Spital- und Arztleistungen von Fr. 1'080.--. Für den Fall, dass sich der Kläger ohne Mehrkosten behandeln lassen wolle, verwies sie auf die Möglichkeit, sich in einem ihrer Vertragsspitäler behandeln zu lassen.
Vom 18. bis 24. März 2021 begab sich der Kläger für den stationären Aufenthalt in die Klinik. Die Beklagte vergütete Fr. 7'560.-- der hierfür in Rechnung gestellten Fr. 14'617.20. In der Folge ersuchte der Kläger die Beklagte erfolglos um vollständige Kostenübernahme für den stationären Aufenthalt vom 18. bis 24. März 2021.

B.

Mit Klage vom 12. Juli 2021 beantragte der Kläger beim Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau als Versicherungsgericht, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm Fr. 7'057.20 nebst Zins von 5 % seit 1. Juli 2021 zu bezahlen.

Mit Urteil vom 11. Januar 2023 wies das Verwaltungsgericht die Klage ab. Es erwog, die Klinik habe sich im Zeitpunkt des stationären Aufenthalts des Klägers auf der Liste derjenigen Spitäler befunden, deren Tarife die Beklagte nicht anerkannt habe. Damit gelange die Bestimmung von Ziff. 7 der Zusätzlichen Versicherungsbedingungen 2014 (nachfolgend: ZVB) zur Anwendung. Gemäss Ziff. 7.1 ZVB vergüte die Beklagte in einem solchen Fall maximal 75 % der für das betreffende Spital anerkannten Tarife. Als anerkannt gälten die von der Beklagten definierten Höchstarife. Diese seien dem Kläger vergütet worden.

C.

Mit Beschwerde in Zivilsachen beantragt der Kläger dem Bundesgericht, der Entscheid des Verwaltungsgerichts sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm Fr. 7'057.20 nebst Zins von 5 % seit 1. Juli 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.

Umstritten ist, ob die Beschwerdegegnerin auf der Grundlage des Versicherungsvertrags befugt war, die Übernahme der Kosten aus dem Klinikaufenthalt des Beschwerdeführers zu kürzen.

3.1. Die auf die Spitalzusatzversicherung unbestritten anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2021 (AVB) enthalten unter anderem nachfolgende (von der Vorinstanz wiedergegebenen) Bestimmungen.

Ziff. 8 Anerkannte Leistungserbringer

8.1 Als anerkannte Leistungserbringer gelten diejenigen Personen und Einrichtungen, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als solche anerkannt sind.

8.2 Abweichungen von Ziff. 8.1 [AVB] sind in den ZVB geregelt.

Ziff. 27 Honorarvereinbarungen

Honorarvereinbarungen zwischen Rechnungssteller und versicherten Personen sind für B. _____ nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des von B. _____ für den betreffenden Leistungserbringer anerkannten Tarifs.

Die ebenfalls unbestritten ermässigen anwendbaren zusätzlichen Versicherungsbedingungen 2014 (ZVB) enthalten unter anderem die nachfolgenden (von der Vorinstanz wiedergegebenen) Bestimmungen:

Ziff. 3.1:

Aus der Y. _____ [Allgemeinabteilung] werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in denjenigen Spitälern übernommen, welche die Voraussetzungen nach Ziff. 8.1 der [...] (AVB) erfüllen. Bei Spitälern, welche nicht auf den kantonalen Planungs- und Spitalisten nach Art. 39 KVG aufgeführt sind (Listenspital), besteht in Konkretisierung dieses Grundsatzes nur dann ein Anspruch auf Leistungen aus der vorliegenden Versicherung, sofern der Versicherer mit dem betreffenden Spital einen KVG-Vertrag abgeschlossen hat (B. _____-KVG-Vertragsspital).

Der Versicherer führt eine Liste der B. _____-KVG-Vertragsspitäler, welche über die anerkannten Leistungsspektren Auskunft gibt. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

Ziff. 3.2:

Die X. _____ [halbprivate Spitalabteilung] deckt im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die

Kosten eines stationären Aufenthaltes in einem Zweibettzimmer der halbprivaten Abteilung eines Spitals.

Ziff. 3.4:

Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen oder werden die Tarife einer Abteilung vom Versicherer nicht anerkannt, gelangen diejenigen Bestimmungen zur Anwendung, wie wenn die versicherte Person sich in der Privatabteilung des Spitals aufhalten würde. Bei Unterversicherung gelten die Bestimmungen von Ziff. 7 dieser ZVB.

Ziff. 5.2:

Bei Spitalbehandlungen umfassen die Leistungen im Rahmen der vom Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Tarife:

- a) die Kosten für Unterkunft und Verpflegung,
- b) die Arzthonorare
- c) die Kosten für wissenschaftlich anerkannte [...] Massnahmen
- d) die Krankenpflege im Spital
- e) die Kosten für Medikamente, Heilmaterialien, Operationssaal und Narkose
- f) die Kosten für vom Spital verordnete Mittel und Gegenstände

Ziff. 7 Leistungen bei Unterversicherung

Ziff 7.1:

Personen, die beim Versicherer für die halbprivate Abteilung versichert sind, werden bei einem Aufenthalt in der privaten Abteilung 75 % der Leistungen der Z. _____ [private Spitalabteilung] gewährt, höchstens jedoch 75 % der vom Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Tarife.

Ziff. 7.2:

Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Spitäler, deren Tarife nicht anerkannt werden. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

3.2. Die Vorinstanz hielt fest, bei der Klinik handle es sich unbestrittenermassen um ein Listenspital im Sinne von Ziff. 8.1 AVB. Allerdings bestehe zwischen der Klinik und der Beschwerdegegnerin seit dem 1. Januar 2021 kein Tarifvertrag mehr betreffend Patienten mit Spitalzusatzversicherung, da die Klinik ein entsprechendes Vertragsverhältnis 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.

Die Argumentation des Beschwerdeführers, dass die vertraglichen Grundlagen eine Leistungskürzung nicht zulassen, überzeuge nicht. Dass die Deckung der Kosten eines stationären Aufenthaltes in einem Zweibettzimmer der halbprivaten Abteilung eines Spitals - zusätzlich zum Umstand, dass es sich hierbei um ein Listenspital gemäss Ziff. 8.1 AVB handeln müsse - von gewissen Voraussetzungen abhängt, ergebe sich bereits aus Ziff. 3.2 ZVB, die auf die "nachfolgenden Bestimmungen" Bezug nehme. Weiter sehe Ziff. 3.4 ZVB eine Regelung für den Fall vor, dass Tarife einer Abteilung eines Spitals von der Beschwerdegegnerin nicht anerkannt würden, wobei in diesem Zusammenhang auf Ziff. 7 ZVB verwiesen werde. Die Spitalleistungen würden in Ziff. 5 ZVB näher geregelt. Dabei werde in Ziff. 5.2 ZVB explizit erwähnt, dass Spitalbehandlungen gemäss Aufzählung "im Rahmen der vom Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Tarife" vergütet würden. Dass auf anerkannte Tarife abzustellen sei, ergebe sich sodann aus Ziff. 7 ZVB. So werde in Ziff. 7.1 ZVB dargelegt, dass Leistungen höchstens im Umfang von 75 % der von der Beschwerdegegnerin für das betreffende Spital anerkannten Tarife gewährt würden. In Ziff. 7.2 ZVB werde zudem darauf hingewiesen, dass die Beschwerdegegnerin eine Liste jener Spitäler führe, deren Tarife sie nicht anerkenne. Es gehe aus den ZVB somit unmissverständlich hervor, dass die Beschwerdegegnerin für Spitalaufenthalte in einem Listenspital nur Leistungen erbringe, soweit sie für das betreffende Spital Tarife anerkenne.

In Bezug auf Spitäler, die auf der Liste gemäss Ziff. 7.2 ZVB geführt würden, sei somit ohne Weiteres davon auszugehen, dass für die von diesen Spitalern in Rechnung gestellten Leistungen keine vollumfängliche Deckung bestehe. Zwar fänden sich weder in den AVB noch in den ZVB Ausführungen dazu, wie hoch der von der Beschwerdegegnerin anerkannte Höchstarif sei oder wie sich dieser berechne, aus den ZVB gehe aber implizit hervor, dass diesfalls die Anerkennung bzw. Festlegung von zu vergütenden Tarifen (einseitig) in der Kompetenz der Beschwerdegegnerin liege. Zur Zulässigkeit einer vertraglichen Regelung, wonach die Höhe der Kostenübernahme bei Fehlen eines Tarifvertrags einseitig durch die Versicherung festgesetzt werden dürfe, verwies die Vorinstanz auf das Urteil 4A_578/2019 vom 16. April 2020 E. 4.3 f.

3.3. Der Beschwerdeführer rügt, die vorinstanzliche Auslegung der relevanten Bestimmungen der ZVB verletze das Vertrauensprinzip (Art. 18 OR) sowie die Unklarheitsregel und Art. 33 VVG. Eine Verletzung der Ungewöhnlichkeitsregel macht er hingegen nicht geltend.

3.4.

3.4.1. 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).

3.4.2. 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).

3.4.3. 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 (Urteile 4A_72/2021 vom 28. September 2021 E. 6.4.2; 4A_499/2018 vom 10. Dezember 2018 E. 2).

3.5. Der Beschwerdeführer beanstandet den vorinstanzlichen Schluss, dass aus den ZVB unmissverständlich hervorgehe, dass die Beschwerdegegnerin für Spitalaufenthalte nur Leistungen erbringe, soweit sie für das entsprechende Spital Tarife anerkenne. Die Beschwerdegegnerin hingegen macht geltend, die Parteien hätten unmissverständlich ein Gestaltungsrecht zu ihren Gunsten vereinbart. Dabei handle es sich um die Befugnis, durch einseitige Willenserklärung die Rechtsstellung des Versicherten (ohne dessen Mitwirkung) zu verändern.

3.5.1. Der Beschwerdeführer weist zu Recht daraufhin, dass in der Police die Versicherungsdeckung umschrieben wird mit "Aufenthalt im Zweibettzimmer und freie Arzt- und Spitalwahl in der ganzen Schweiz". Dieser Grundsatz wird sodann in Ziff. 8.1 AVB i.V.m. Ziff. 3.1 ZVB dergestalt eingeschränkt, dass es sich um ein Listenspital handeln muss oder aber die Beschwerdegegnerin mit dem betreffenden Spital einen KVG-Vertrag abgeschlossen hat. Weitere Voraussetzungen lassen sich Ziff. 3.1 ZVB nicht entnehmen. Der Versicherungsnehmer darf somit als Grundsatz davon ausgehen, dass in allen Listenspitälern nach Art. 39 KVG volle Kostendeckung besteht.

Die Beschwerdegegnerin macht aber zutreffend geltend, es sei nicht erforderlich, dass ein Ausschluss von der Kostenübernahme bereits in Ziff. 3.1 ZVB enthalten sein müsste. Ziff. 3.1 ZVB enthalte lediglich den Grundsatz einer umfassenden Kostenübernahme bei Listenspitälern, der nachfolgend eingeschränkt werde. Eine solche Struktur von Grundsatz und Ausnahme sei in AVB's üblich. Ziff. 3.2 ZVB bestimme denn auch in diesem Sinne, dass die Kosten im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen übernommen würden. Entsprechend ist zu prüfen, ob sich aus den nachfolgenden Bestimmungen der ZVB hinreichend klar ergibt, dass die Beschwerdegegnerin über die einseitige Möglichkeit verfügt, Spitäler mit überhöhten Tarifen von der Versicherungsdeckung auszuschliessen oder deren Tarife nur bis zu einer bestimmten Höhe anzuerkennen. Der Beschwerdeführer macht in diesem Sinne geltend, es ergebe sich keine solche (hinreichend klare) Einschränkung der Versicherungsdeckung durch Ziff. 3.4, 5.2 oder 7 ZVB.

3.5.2. In einem ersten Schritt ist auf Ziff. 3.4 ZVB einzugehen. Wie der Beschwerdeführer zu Recht ausführt, regelt Ziff. 3.4 zwei verschiedene Konstellationen.

Zum einen wird die Konstellation geregelt, dass ein Spital nicht zwischen allgemeiner, halbprivater und privater Abteilung unterscheidet. Diese Konstellation liegt hier unbestrittenermassen nicht vor. Zum anderen regelt Ziff. 3.4 ZVB auch die Konstellation, dass die Beschwerdegegnerin die Tarife einer Abteilung nicht anerkennt. Die Vorinstanz erwog, Ziff. 3.4 ZVB verweise in diesem Zusammenhang auf Ziff. 7 ZVB. Die Beschwerdegegnerin macht in ihrer Beschwerdeantwort hingegen selbst geltend, bei genauer Betrachtung sei Ziff. 3.4 ZVB vorliegend gar nicht anwendbar. Diese Bestimmung betreffe den Fall, bei dem die Tarife nur der halbprivaten Abteilung eines Spitals vom Versicherer nicht anerkannt würden, und verweise für diesen Fall ersatzweise auf die Tarife der privaten Abteilung, was sich aus der Formulierung, "wie wenn die versicherte Person sich in der Privatabteilung des Spitals aufhalten würde", ergebe. Ein solcher Verweis mache aber nur Sinn, wenn die Tarife der privaten Abteilung vom Versicherer anerkannt würden, was vorliegend nicht der Fall sei. Es ergebe keinen Sinn, wegen nicht anerkannter Tarife in der halbprivaten Abteilung auf die private Abteilung zu verweisen, deren Tarife ebenfalls nicht anerkannt seien. Mit Ziff. 3.4 ZVB habe man ursprünglich die Möglichkeit schaffen wollen, nur die halbprivate Abteilung bzw. deren Tarife nicht anzuerkennen, jedoch in der Privatabteilung die Kosten voll zu übernehmen. Heute bestünden vertragslose Zustände immer für beide Abteilungen.

Es trifft zu, dass Ziff. 3.4 ZVB den vorliegenden Fall nicht regelt. Ziff. 3.4 regelt namentlich den Fall, dass die Tarife *einer* Abteilung nicht anerkannt werden und verweist dafür auf die Tarife der Privatabteilung. Gemäss Ziff. 3.4 i.V.m. Ziff. 7.1 ZVB würde in diesem Fall für einen halbprivat Versicherten 75 % des Privattarifs (höchstens jedoch 75 % des anerkannten Tarifs) bezahlt. Vorliegend wurden aber von der Beschwerdegegnerin sowohl die Tarife der Halb- als auch der Privatabteilung nicht anerkannt.

3.5.3. Die Vorinstanz hat sich in ihrer Argumentation namentlich auch auf Ziff. 7.2 ZVB gestützt. Sie führte aus, bei Spitälern, die auf der Liste gemäss Ziff. 7.2 ZVB aufgeführt seien, sei ohne Weiteres davon auszugehen, dass für die von diesen Spitälern in Rechnung gestellten Leistungen keine vollumfängliche

Deckung bestehe. Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, die Bestimmung könne hier nicht zur Anwendung gelangen, weil die Bestimmung unter dem Titel "Leistungen bei Unterversicherung" aufgeführt sei und eine Unterversicherung bei ihm gerade nicht vorgelegen habe. Für den Versicherungsnehmer, bei dem keine Unterversicherung vorliege, sei entsprechend nicht klar, dass Ziff. 7.2 ZVB für ihn relevant und anwendbar sein könnte.

Der Beschwerdeführer macht zu Recht geltend, dass von einem Fall einer "Unterversicherung" nach allgemeinem Verständnis dann auszugehen sei, wenn ein Versicherter sich in einer höheren Klasse aufhalte, als es seiner Versicherung entspreche, sich beispielsweise der halbprivat Versicherte in die private Abteilung begeben. In Ziff. 7.1 ZVB sei Unterversicherung denn auch in diesem Sinne definiert. Ziff. 7.2 ZVB ist zudem systematisch im Zusammenhang mit Ziff. 7.1 ZVB zu lesen, auf den sie folgt. Ziff. 7.1 regelt aber - wie erwähnt - gerade den Fall, dass sich halbprivat versicherte Personen in der privaten Spitalabteilung aufhalten. Der Einwand der Beschwerdegegnerin, "Unterversicherung" erfasse zusätzlich generell den Fall, dass Spitaltarife von ihr nicht anerkannt würden, wobei ein solches Verständnis für eine versicherte Person ohne besondere Versicherungskenntnisse nachvollziehbar sei, vermag nicht zu überzeugen. Der Titel von Ziff. 7 ZVB (Unterversicherung) gibt dem Versicherungsnehmer somit keinen Hinweis darauf, dass er für die vorliegend relevante Konstellation einschlägige Bestimmungen erwarten müsste, wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht.

3.5.4. Die Vorinstanz hat weiter auch auf Ziff. 5.2 ZVB (Spitalleistungen) abgestellt. Ziff. 5.2 ZVB hält einschränkend fest, dass die aufgezählten Leistungen "im Rahmen der vom Versicherer für das betreffende Spital *anerkannten Tarife*" umfasst seien (Herv. beigefügt). Allein daraus ergibt sich aber nicht ohne Weiteres, dass es der Beschwerdegegnerin auch bei Listenspitälern gemäss Ziff. 8.1 AVB i.V.m. Ziff. 3.1 ZVB offenstünde, während der Laufzeit der Versicherung einseitig Spitäler von der Versicherungsdeckung auszuschliessen oder deren Tarife nur bis zu einer bestimmten Höhe anzuerkennen. Wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht, wird in Ziff. 5.2 ZVB lediglich der Begriff der "für das betreffende Spital *anerkannten Tarife*" verwendet. Was darunter zu verstehen ist, wird nicht erklärt. Zudem fehlt es in Ziff. 5.2 ZVB auch an einem Hinweis auf Ziff. 7.2 ZVB, was gegen das von der Beschwerdegegnerin geltend gemachte Verständnis spricht.

3.5.5. Nichts für sich ableiten kann die Beschwerdegegnerin auch aus Ziff. 27 AVB. In diesen Bestimmungen werden bloss Honorarvereinbarungen zwischen Rechnungsstellern und versicherten Personen als nicht verbindlich erklärt. Auch aus dem zweiten Satz, dass ein Leistungsanspruch nur im Rahmen des von der Versicherung anerkannten Tarifs erfolgt, ergibt sich nicht ohne Weiteres, dass es der Beschwerdegegnerin auch bei Listenspitälern offenstünde, einseitig Tarife nicht anzuerkennen.

3.5.6. Zusammenfassend geht aus den ZVB somit bereits nicht hinreichend klar hervor, dass die Beschwerdegegnerin für Spitalaufenthalte in Listenspitälern nur Leistungen erbringt, soweit sie für das entsprechende Spital Tarife anerkennt. Nichts ändert der Hinweis der Beschwerdegegnerin auf die zu berücksichtigenden Umstände, insbesondere die Gegebenheit, dass die FINMA von den Versicherern verlange, die Kosten im Bereich der halbprivaten und privaten Spitalzusatzversicherung zu überprüfen.

3.6. Hinzu kommt, dass weder in den AVB noch in den ZVB die Rechtsfolgen für den Fall dargelegt werden, dass die Beschwerdegegnerin Tarife nicht anerkennt (fehlender Tarifvertrag). Es fehlt in den Versicherungsbedingungen eine explizite Regelung, dass die Beschwerdegegnerin bei den auf der Liste gemäss Ziff. 7.2 ZVB aufgeführten Spitälern nur Leistungen im Umfang von selbst festgelegten Höchstarifen vergüte.

Will sich die Beschwerdegegnerin das Recht vorbehalten, einseitig Maximaltarife festzulegen, muss dieses Recht jedenfalls hinreichend klar aus ihren Versicherungsbedingungen hervorgehen. Vorliegend bestimmt Ziff. 7.2 ZVB unter der Rubrik "Leistungen bei Unterversicherung" aber lediglich, dass die Beschwerdegegnerin eine Liste derjenigen Spitäler führe, deren Tarife nicht anerkannt würden, wobei diese Liste laufend angepasst werde und bei ihr eingesehen oder auszugsweise verlangt werden könne. Dass die Beschwerdegegnerin berechtigt wäre, Maximaltarife festzulegen, ergibt sich daraus nicht. Auch in den übrigen Bestimmungen wird nicht explizit gesagt, dass die Beschwerdegegnerin diesfalls über das Recht verfügt, einseitig Maximaltarife festzulegen. Entgegen der Vorinstanz reicht es zudem nicht aus, dass sich eine solche Rechtsfolge implizit aus den ZVB ableiten lassen soll. Vielmehr muss ein Recht der Beschwerdegegnerin, einseitig Maximaltarife festzulegen, *hinreichend klar* aus ihren Bestimmungen hervorgehen. Die Beschwerdegegnerin müsste mithin in ihren Versicherungsbedingungen explizit ausführen, dass sie unter gewissen Voraussetzungen berechtigt ist, *Maximaltarife festzulegen*. Die fehlende explizite Bestimmung der Rechtsfolge in den ZVB unterscheidet den vorliegenden Fall denn auch vom zitierten Urteil 4A_578/2019. Die diesem Urteil zugrunde liegenden ZVB enthielten gerade eine Bestimmung, welche die Versicherung *explizit* autorisierte, Maximaltarife festzulegen. So wurde im zitierten Urteil denn auch ausgeführt: "Aus dem Wortlaut der Bestimmung ergibt sich somit eindeutig, dass die Beschwerdegegnerin als Versicherung unter den vorliegenden Umständen bestimmen kann, bis zu welchem Betrag sie bei einem Aufenthalt die Kosten übernimmt" (zit. Urteil 4A_578/2019 E. 4.4).

3.7. Zusammenfassend ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen der Beschwerdegegnerin nicht hinreichend klar, dass diese befugt ist, bei Listenspitälern im Sinne von Ziff. 8.1 AVB, mit denen für die halbprivate Abteilung kein Tarifvertrag besteht bzw. deren Tarife sie nicht anerkennt, einseitig Maximaltarife festzulegen. Nach dem Gesagten kann offenbleiben, unter welchen Voraussetzungen sich die Versicherung im Sinne eines vertraglich eingeräumten einseitigen Gestaltungsrechts die Möglichkeit vorbehalten kann,

Spitäler mit überhöhten Tarifen von der Versicherungsdeckung auszuschliessen oder deren Tarife nur bis zu einer bestimmten Höhe anzuerkennen (vgl. aber immerhin: **BGE 133 III 607** E. 2.3; zit. Urteil 4A_578/2019 E. 4.4).

4.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen. Der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau (als Versicherungsgericht) vom 11. Januar 2023 ist aufzuheben und die Beschwerdegegnerin antragsgemäss zu verpflichten, dem Beschwerdeführer Fr. 7'057.20 nebst Zins von 5 % seit 1. Juli 2021 zu bezahlen. Bei diesem Ergebnis wird die Beschwerdegegnerin kosten- und entschädigungspflichtig (Art. 66 Abs. 1 und Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG). Die Vorinstanz wird die Entschädigungsfolgen des kantonalen Verfahrens neu zu regeln haben (Art. 68 Abs. 5 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen. Der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau (als Versicherungsgericht) vom 11. Januar 2023 wird aufgehoben und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer Fr. 7'057.20 nebst Zins von 5 % seit 1. Juli 2021 zu bezahlen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 2'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 2'500.-- zu entschädigen.

4.

Die Sache wird zu neuer Entscheidung über die Entschädigungsfolgen des kantonalen Verfahrens an das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau als Versicherungsgericht zurückgewiesen.

5.

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

Lausanne, 22. Juni 2023

Im Namen der I. zivilrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Die Präsidentin: Jametti

Der Gerichtsschreiber: Gross