



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS SCHWYZ

Kammer I

79/06

Entscheid vom 24. November 2006

Mitwirkend:

Dr. Josef Hensler, Vorsitz

Dr. Andreas Risi und Dr. Frank Lampert, Richter

lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

Im Ausstand: lic. iur. Werner Bruhin, Präsident und Dr. med. Beat Stoll, Richter

In der Beschwerde- und Klagesache

X, _____

Beschwerdeführer/Kläger,

gegen

Y _____

Vorinstanz/Beklagte,

vertreten durch Fürsprecher Franz Müller, Casinoplatz 8, Postfach, 3000 Bern 7

betreffend Krankenversicherung KVG/VVG (Kostenübernahme für Kataraktoperation)

ergibt sich:

A. Mit Schreiben vom 15. November 2005 meldete X, geb. 30. Mai 1929, der Y Krankenkasse einen Spitalaufenthalt wegen Augen-Operation im Spital Schwyz ab 21. November 2005 für die Dauer von ca. 3 - 4 Tagen (Vi-act. 6). Am 17. November 2005 ersuchte das Spital Schwyz die Y Krankenkasse um Kostengutsprache für eine ophtalmologische Intervention (Katarakt) bei X, wobei als Eintrittsdatum der 21. November 2005 angegeben wurde. Im Gesuch wurde u.a. festgehalten, dass ohne schriftlichen Gegenbericht innert 5 Arbeitstagen die Kostengutsprache / Garantie als erteilt erachtet werde (Vi-act. 7).

Mit Schreiben vom 9. Dezember 2005 teilte die Y Krankenkasse dem Spital Schwyz mit, dass sie Kostengutsprache für die ambulante Operation erteile, nicht aber für den stationären Aufenthalt. Nach Intervention durch X und verschiedenen Abklärungen hielt die Y Krankenkasse daran fest, lediglich die Kosten für die ambulante Operation zu übernehmen.

B. X verlangte am 2. März 2006 den Erlass einer anfechtbaren Verfügung.

Am 31. März 2006 verfügte die Y Krankenkasse gegenüber X was folgt:

„ Die Y Krankenkasse lehnt die Kostenübernahme für die im Spital Schwyz durchgeführte stationäre Kataraktoperation aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab. Die Kostenübernahme beschränkt sich nach dem Tarif für ambulante Behandlungen.“

B. Gegen diese Verfügung erhob X am 25. April 2006 Einsprache.

Mit Entscheid vom 17. Juli 2006 wies die Y Krankenkasse die Einsprache ab.

C. Dagegen erhob X mit Eingabe vom 8. August 2006 fristgemäss Beschwerde beim Verwaltungsgericht mit folgenden Anträgen:

- „ a) die Atupri habe die Spitalkosten zu übernehmen
- b) Kostenfolge zulasten Y“

D. Mit Beschwerdeantwort vom 30. August 2006 liess die Y Krankenkasse beantragen, die Beschwerde sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei. In den Ausführungen wurde u.a. festgehalten, dass Gegenstand des Beschwerdeverfahrens lediglich allfällige Ansprüche gestützt auf KVG seien und das Verwaltungsgericht für Streitigkeiten aus dem Privatversicherungsbereich (Zusatzversicherung) nicht zuständig sei.

E. Nachdem der Rechtsvertreter der Krankenversicherung durch die Gerichtsleitung mit Schreiben vom 31. August 2006 darauf hingewiesen wurde, dass das Verwaltungsgericht gemäss kantonalem Recht auch für die Beurteilung von Streitigkeiten aus dem Zusatzversicherungsbereich zwischen Krankenversicherer und Versichertem zuständig ist und ihm Frist angesetzt wurde, zu den Ansprüchen aus Zusatzversicherung Stellung zu nehmen, liess die Krankenkasse Y mit Eingabe vom 15. September 2006 folgende Anträge stellen:

- „ 1. Die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Y Krankenkasse vom 17. Juli 2006 sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.
- 2. Eventualiter: Die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Y Krankenkasse vom 17. Juli 2006 sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. In Bezug auf die geltend gemachten zivilrechtlichen Ansprüche aus der Versicherung „S halbprivat“ sei ein separates Zivilverfahren durchzuführen. Diese Klage sei abzuweisen.
- 3. Subeventualiter: Die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Y Krankenkasse vom 17. Juli 2006 sei vollumfänglich abzuweisen.
- 4. Über die Begehren von Ziff. 1 bis 3 hiervor sei jeweils unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu urteilen.“

F. X nahm dazu mit Eingabe vom 5. Oktober 2006 Stellung.

Das Verwaltungsgericht zieht in Betracht:

1 Der Präsident des Verwaltungsgerichts, lic. iur. Werner Bruhin, befindet sich im Ausstand, da seine Ehefrau mit der Ehefrau des Beschwerdeführers/Klägers nahe verwandt ist (Schwestern). Ebenfalls im Ausstand befindet sich Dr. med. Beat Stoll, Chefarzt Anästhesie im Spital Schwyz, dessen Honorierung als Anästhesist u.a. davon abhängig ist, ob ein Patient stationär oder ambulant behandelt wird.

2.1 Der Beschwerdeführer ist bei der Vorinstanz obligatorisch nach KVG versichert. Überdies hat er die Zusatzversicherungen D (Nichtpflichtmedikamente, Alternativmedizin, Transporte, Prävention), S (Halbprivate Abteilung) sowie E (Zahnbehandlungen, Brillen, Hilfsmittel) abgeschlossen. Es stellt sich zunächst die formellrechtliche Frage, ob das Gericht im vorliegenden Verfahren auch für die Beurteilung von Leistungsansprüchen aus dem Zusatzversicherungsbereich zuständig ist. Die Krankenkasse bestreitet dies. Sie macht diesbezüglich geltend:

dass bei den Zivil- und Verwaltungsverfahren unterschiedliche Prozessmaximen zur Anwendung gelangten. Während im Beschwerdeverfahren der Sachverhalt von Amtes wegen zu erforschen sei, obliege es im Zivilverfahren den Parteien, diesen vorzutragen. Das KVG-Beschwerdeverfahren habe für den Versicherten weder Kosten- noch Entschädigungsfolgen. Im Zivilprozess werde der Kläger dagegen kosten- und entschädigungspflichtig. Schlussendlich bestünden auf Bundesebene für Zivil- und Sozialversicherungsansprüche jeweils unterschiedliche Rechtsmittel; dass sie zwar anerkenne, dass gemäss § 13 Abs. 2 des Gesetzes über die Prämienverbilligung in der Krankenpflegeversicherung im Kanton Schwyz die Beurteilung der Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung dem Verwaltungsgericht obliege, es gehe aber nicht an, diese zivilrechtlichen Ansprüche in einem verwaltungsgerichtlichen Klageverfahren zusammen mit dem Beschwerdeverfahren bezüglich der KVG-Ansprüche zu beurteilen. Von Bundesrechts wegen sei vorgesehen, die Beurteilung dieser bundeszivilrechtlichen Ansprüche in einem Zivilverfahren mit den entsprechenden, vom Verwaltungsverfahren unterschiedlichen Prozessmaximen, durchzuführen. Falls sich das Verwaltungsgericht für die Beurteilung der Ansprüche aus Zusatzversicherung zuständig erklären sollte, seien die beiden Verfahren zumindest getrennt zu führen; der Versicherte habe lediglich „Beschwerde“ eingelegt. Eine Umdeutung dieser Beschwerde in eine Klage sei nicht zulässig. Eine Klage sei damit nicht rechtsgültig anhängig gemacht worden.

2.2 Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10; BG KVG) regelt die soziale Krankenversicherung, welche die obligatorische Kranken- und eine freiwillige Taggeldversicherung umfasst (Art. 1 Abs. 1 KVG). Das Versicherungsverhältnis untersteht dem öffentlichen Recht. Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, welche von den Krankenkassen angeboten werden können, unterstehen dem Privatrecht, womit auf sie das Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) anwendbar ist (Art. 12 Abs. 3 KVG). Von daher gelten diese Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen als privatrechtlich (vgl. BGE 124 III 46).

Gemäss Art. 85 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen vom 17. Dezember 2004 (VAG; bzw. vormals Art. 47 Abs. 1 VAG) entscheidet der Richter privatrechtliche Streitigkeiten zwischen Versicherungseinrichtungen oder zwischen solchen und den Versicherten. Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG haben die Kantone ein einfaches und rasches Verfahren vorzusehen, in dem der Richter den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt (Art. 85 Abs. 2 VAG). Bei Streitigkeiten im Sinne von Art. 85 Abs. 2 VAG dürfen den Parteien keine

Verfahrenskosten auferlegt werden; jedoch kann bei mutwilliger Prozessführung der Richter der fehlbaren Partei solche Kosten ganz oder teilweise auferlegen (Art. 85 Abs. 3 VAG).

Aus den Materialien (Erläuterungsbericht vom 7. Februar 1995 zur kantonalen Vernehmlassungsvorlage "Gesetz über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung") ergibt sich, dass das Verwaltungsgericht als kantonales Versicherungsgericht Streitigkeiten über Zusatzversicherungen beurteilen soll, was den Vorteil hat, dass bei Streitigkeiten im Grenzbereich zwischen der obligatorischen Versicherung und den Zusatzversicherungen die gleiche Behörde entscheidet und die Gefahr widersprüchlicher Urteile gemildert wird. Ein solches Vorgehen wurde zur Milderung der Nachteile, welche die Trennung der Prozesswege für die KVG-Versicherung und für die VVG-Zusatzversicherung für den Versicherten mit sich bringt, auch von der Lehre ausdrücklich gefordert, denn es ist nicht zu übersehen, dass die Trennung der Rechtswege zu einer Verfahrensverdoppelung führt und die Gefahr widersprüchlicher Entscheidungen in sich birgt. (vgl. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 136; Schön, Lage und Zukunft der Sozialversicherungsrechtspflege, BJM 2003 S. 73).

In der Folge hat der kantonale Gesetzgeber in § 13 Abs. 2 des kantonalen Gesetzes über die Prämienverbilligung in der Krankenpflegeversicherung (PVG; SRSZ 361.100) bestimmt, dass das Verwaltungsgericht als kantonales Versicherungsgericht "auch für die Entscheidung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach den Bestimmungen über das verwaltungsgerichtliche Klageverfahren zuständig ist". Mit dieser Regelung ist der Schwyzer Gesetzgeber einer Anregung des ständerätlichen Berichterstatters (Ständerat Huber, AG) in den parlamentarischen Beratungen vom 15. Dezember 1993 gefolgt, wonach die Kantone das gleiche Gericht für die KVG- und die Zusatzversicherungen bestimmen sollten (VGE 4/01 v. 18. April 2001, publiziert in EGV-SZ 2001 Nr. 3.4 S. 66 ff.; VGE 18/06 v. 17. Mai 2006).

Entgegen der Ansicht der Krankenkasse ist diese kantonale Regelung nicht bundesrechtswidrig. Streitigkeiten betreffend Ansprüche aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung werden denn auch in der Mehrheit der Kantone von den Sozialversicherungsgerichten beurteilt (vgl. Raselli, Verfahrensrechtliche Probleme bei der Beurteilung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, SZS 2005 S. 273). Die von der Krankenkasse geltend gemachten verfahrensrechtlichen Unterschiede zwischen dem Verfahren vor Verwaltungsgericht und dem zivilgerichtlichen Verfahren führen nicht zur Unzulässigkeit der im kantonalen Verfahrensrecht vorgesehenen Kompetenzattraktion. Das Bundesgericht hat denn in seiner Rechtsprechung auch ausdrücklich festgehalten, dass das Bundesrecht im Bereich der Krankenversicherung den Kantonen nicht vorschreibe, für die Streitsachen aus dem Bereich der Zusatzversicherungen und der obligatorischen Krankenversicherung unterschiedliche Gerichtsbarkeiten vorzusehen. Das Bundesrecht schreibe in Art. 85 Abs. 1 VAG lediglich

vor, dass ein „Richter“ privatrechtliche Streitigkeiten zwischen Versicherungsreinrichtungen oder zwischen solchen und den Versicherten zu beurteilen habe. Bei der Bestimmung des Gerichts blieben die Kantone aber frei. Es spreche nichts dagegen, im kantonalen Verfahrensrecht eine Kompetenzattraktion zu Gunsten des Sozialversicherungsgerichts vorzusehen (BGE 125 III 463 f. Erw. 2).

Es ist denn auch nicht ersichtlich, inwiefern im verwaltungsgerichtlichen Klageverfahren bei der Beurteilung von Streitigkeiten aus der Zusatzversicherung bundesrechtliche Verfahrensvorschriften verletzt werden sollen. Bereits von Bundesrechts wegen ist die Untersuchungsmaxime vorgeschrieben (Art. 85 Abs. 2 VAG), wie sie regelmässig in verwaltungsrechtlichen (nicht aber in zivilrechtlichen) Verfahren zur Anwendung gelangt. Des Weiteren richtet sich das verwaltungsgerichtliche Klageverfahren in verschiedenen Punkten nach der ZPO und es wird weitgehend von der Dispositionsmaxime beherrscht. Dies ergibt sich u.a. aus der Bestimmung von § 70 VRP, wonach für das verwaltungsgerichtliche Klageverfahren neben bestimmten Vorschriften der VRP die Bestimmungen der Zivilprozessordnung anzuwenden sind. Die in der VRP enthaltene Bestimmungen, welche die Offizialmaxime regeln (insbes. § 58 und 59 VRP), gelangen im verwaltungsgerichtlichen Klageverfahren nicht zur Anwendung.

Im Übrigen kommen auch im Verfahren vor dem Zivilrichter unterschiedliche Prozessmaximen — je nach Art des in Frage stehenden Rechtsverhältnisses — in unterschiedlicher Tragweite zur Anwendung.

1.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Verwaltungsgericht im vorliegenden Verfahren auch für die Beurteilung der geltend gemachten Ansprüche aus Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenversicherung zuständig ist und diese Ansprüche im vorliegenden Verfahren zu beurteilen sind. Eine Aufteilung des Beschwerde- und des Klageverfahrens ist vorliegend bei vereinigter sachlicher Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts weder verfahrensrechtlich vorgesehen noch prozessökonomisch sinnvoll, zumal die Parteien vorliegend vorgängig einen mehrfachen Schriftenwechsel geführt haben, was dem Klagevorverfahren nach § 68 VRP entspricht. Eine getrennte Beurteilung der Ansprüche würde zudem dem in Art. 85 Abs. 2 VAG statuierten Grundsatz, wonach die Kantone im Bereich der Zusatzversicherung, ein einfaches und rasches Verfahren vorzusehen haben, widersprechen.

Dem Einwand der Krankenkasse, der Versicherte habe lediglich „Beschwerde“ eingereicht und eine Umdeutung in eine Klage sei nicht zulässig, kann im Übrigen auch deshalb nicht gefolgt werden, weil die Kasse in ihrer Eingabe vom 30. August 2006 noch ausdrücklich ausführte, der Versicherte verlange die Kostenübernahme unter anderem nach VVG und er sei für die Geltendmachung von Ansprüchen aus dieser Privatversicherung ans Zivilgericht zu verweisen sei. Die Kasse ging damit in ihrer Antwort auf die Eingabe des Versicherten vom 8. August 2006 davon aus, dass auch Ansprüche aus

Zusatzversicherung geltend gemacht werden, weshalb sie sich widersprüchlich verhält, wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt — nach Bekanntgabe der Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts für Streitigkeiten aus dem Bereich der Zusatzversicherung durch die Gerichtsleitung - plötzlich von einer unzulässigen Umdeutung einer Beschwerde in eine Klage spricht. Der Versicherte hat denn in seiner Beschwerdeschrift auch klar Bezug genommen zu der von ihm abgeschlossenen Halbprivatversicherung und er verlangt Leistungen daraus. Die formelle Ausgestaltung einer Verwaltungsgerichtsbeschwerde und einer verwaltungsgerichtliche Klage in einer einzigen Rechtschrift ist vorliegend nicht zu beanstanden. Diesem Vorgehen steht keine Vorschrift entgegen (VGE 558/96 v. 17. Jan. 1997).

2.1 In materieller Hinsicht geht es vorliegend um die Übernahme der Kosten für die stationäre Behandlung im Rahmen einer Katarakt-Operation vom November 2005. Der Versicherte hielt sich für die Kataraktoperation (vom 22. November 2005) vom 21. bis zum 24. November 2005 im Spital auf. Die Kasse hat lediglich die Kosten für den Eingriff nach ambulantem Tarif (TARMED) übernommen. Sie begründet dies damit, dass Spitalbedürftigkeit nicht ausgewiesen sei und die Operation hätte ambulant durchgeführt werden können.

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, es habe Spitalbedürftigkeit bestanden. Er verweist zunächst auf seine Herz-/Kreislaufkrankung, welche einen stationären Aufenthalt erforderlich gemacht habe. Zudem legt er dar, dass auch während den zwei postoperativen Tagen im Spital regelmässige pflegerische und ärztliche Massnahmen und Kontrollen durchgeführt wurden (Blutdruckmessung alle 2 Stunden, Verabreichung von „Tropfen“ durch Schwester, augenärztliche Kontrollen an beiden postoperativen Tagen). Im Weiteren weist er darauf hin, dass es keine Möglichkeit gegeben habe, die Operation im näher gelegenen Spital Lachen durchzuführen. Nach der Operation sei seine Mobilität zudem eingeschränkt gewesen (vermindertes Blickfeld). Bei ambulanter Behandlung hätte er aber mehrmals von Siebnen nach Schwyz reisen müssen zur ärztlichen Nachkontrolle. Der behandelnde Arzt habe deshalb den Entscheid getroffen, die Operation stationär durchzuführen.

2.2 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt nach Art. 24 KVG die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25-31 KVG nach Massgabe der in Art. 32-34 festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen u.a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von Ärzten, Chiropraktoren und Personen, die im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG), die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation (Art. 25 Abs. 2 lit. d KVG) und den Aufenthalt in der allge-

meinen Abteilung eines Spitals (Art. 25 Abs. 2 lit. e KVG). Die Leistungen nach den Artikeln 25-31 KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Art. 32 Abs. 1 KVG).

Das Wirtschaftlichkeitsgebot bezieht sich nicht nur auf Art und Umfang der durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, sondern auch auf die Behandlungsform, insbesondere die Frage, ob eine bestimmte Massnahme ambulant oder stationär (bzw. teilstationär) durchzuführen ist und in welche Heilanstalt oder Abteilung einer solchen die versicherte Person vom medizinischen Standpunkt aus gehört (BGE 126 V 338.).

2.3 Die Leistungspflicht für stationäre Behandlung setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital, d.h. einer Anstalt oder deren Abteilung aufhält, das der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Des Weiteren muss eine Krankheit vorliegen, welche eine Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinne 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. Dabei kann eine Leistungspflicht für den Spitalaufenthalt auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (BGE 126 V 326 m.H.). Die Intensität der ärztlichen Behandlung, welche die Krankheit einer versicherten Person verlangt, ist somit nicht alleiniges Entscheidungskriterium für eine Hospitalisierung - insbesondere dann nicht, wenn eine versicherte Person wegen ihres hohen Alters, ihrer familiären Verhältnisse oder weil sie alleinstehend ist, keine Möglichkeit hat, die ihrem Zustand entsprechende Pflege und Beaufsichtigung zuhause zu erhalten, oder wenn dies der Familie der versicherten Person nicht zugemutet werden kann. Folglich ist der Umstand, dass die ärztliche oder andere Behandlungen überwiegen, nicht allein dafür ausschlaggebend, ob die Hospitalisationskosten einer versicherten Person zulasten der Krankenkasse gehen. Entscheidend ist, ob aufgrund der Schwere des Leidens und der Erfolglosigkeit einer längeren ambulanten Behandlung eine Notwendigkeit zur Hospitalisation gegeben ist (Pfiffner-Rauber, Das Recht auf Krankheitsbehandlung und Pflege, S. 191 m.H.).

Nicht entscheidend für die Übernahme der Hospitalisationskosten ist die Tatsache, dass Behandlung und Aufenthalt im Spital vom behandelnden Arzt verschrieben worden sind (Eugster in SBVR, Rz 138 m.H.).

2.4 Zur Frage der Spitalbedürftigkeit ergibt sich aus den medizinischen Akten was folgt:

2.4.1 Mit Antwortschreiben vom 24. November 2005 hielt Dr. med. O, Augenarzt FMH speziell Augenchirurgie, fest (Vi-act. 3):

¹¹Aufgrund des Versicherungsstatus Halbprivat-Versicherung ganze Schweiz mit freier Arzt- und Spitalwahl und bei vorliegender Diagnose Cataract rechts mehr als links (zusätzlich Hypertonie und Prostatahyperplasie) haben der Patient und ich entschieden, den Eingriff stationär vorzunehmen, wobei auch aufgrund der Wohnsituation mit 30 km (ein Weg) Distanz zwischen Wohn- und Behandlungsort die ambulante Behandlung für ihn nicht in Frage kam.

Grossmehrheitlich wird die Graustar-Operation auch bei mir in etwa 80% der Fälle ambulant gemacht, wobei immer die freie Arzt- und Spitalwahl im Vordergrund steht. Auch versicherungstechnisch hat der vor allem höher versicherte Patient vertraglich mit der Y abgemacht, dass er die Wahl hat, in welches Spital und bei welchem Arzt er sich für stationäre Behandlungen einweisen lässt.

Ich habe jetzt das erste Mal eine Rückfrage einer Versicherung bezüglich Einschränkung der freien Arzt- / Spitalwahl erhalten, mit der Frage, weshalb man diesen Eingriff nicht ambulant vorgenommen habe.

Die Indikation zur stationären Cataractbehandlung hängt in der Regel ab von entsprechenden Nebendiagnosen wie Rollstuhlabhängigkeit, Dauerantikoagulation, Altershilflosigkeit, was hier nicht vorliegt. Andererseits ist eben die freie Arzt- / Spitalwahl im Rahmen der Zusatzversicherung ein vertraglich zugesichertes Gut, welches dem Patienten nie abgesprochen wurde auch bis heute nicht von Atupri.

2.4.2 Mit Schreiben vom 10. Januar 2006 hielt Dr. med. O gegenüber dem Vertrauensarzt der Versicherung fest (Vi-act. 14):

1. (Ausführliche Begründung (Diagnose und Prognose) für die mehrtägige stationäre Hospitalisation.)

Die mehrtägige stationäre Hospitalisation beschränkte sich auf drei eigentliche Spitaltage, wobei ich bis heute nicht weiss, warum Anreisetag und Abreisetag je einen vollen Hospitalisationstag ergibt. Die Begründung liegt im Krankenkassenvertrag mit Ihnen, wonach er im Rahmen seiner halbprivat Zusatzversicherung freie Arzt- und Spitalwahl hat sicher in seinem Wohnkanton, und zwar uneingeschränkt nach Diskriminierung, da er keine Ausschlusskriterien in seinem Zusatzvertrag hat (Ausschluss von stationärer Cataractoperation ist nicht explizit erwähnt).

An Diagnosen finden sich bei Herr X eine therapierte Hypertonie und eine Prostatahyperplaise

2. (Warum konnte der Eingriff nicht ambulant bzw. teilstationär erfolgen?)

Der Wohnort und Behandlungsort, d.h. die zumutbare Strecke von Siebnen nach Schwyz beträgt etwa 30 km, wobei im Winterhalbjahr der Sattel regelmässig schneebedeckt ist und Herr X nicht zugemutet werden kann, dass er täglich mit dem öffentlichen Verkehrsmittel zur postoperativen Kontrolle kommt."

Beigelegt war dem Schreiben ein von der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft verfasster (und von der Versicherung eingeforderter) Fragebogen mit Punkteskala, welcher dazu dienen soll, die Kriterien zur Beurteilung der Frage ambulante oder stationäre Kataraktoperation transparent zu machen. Dabei wird festgehalten, dass es bei einem Wert von über 10 nach Ansicht der Versicherungskommission keiner zusätzlichen Erklärung gegenüber externen Vertretern für eine stationäre Behandlung bedürfe. Dr. med. O hat auf der fraglichen Skala für den konkreten Fall folgende Punktewerte festgehalten:

		(Maximum)
- Alter > 75 Jahre:	2	(2)
- Labile Hypertonie:	1	(1)
- Mobilitätsproblem:	6	(6)
- Höhlenauge:	3	(3)

2.4.3 Zum Bericht des behandelnden Augenarztes hielt der Vertrauensarzt der Atupri, Dr. K, am 16. Jan. 2006 handschriftlich fest (Vi-act. 14):

„ - keine genügenden med. Gründe für stat. Op. - Transport (Taxi) wäre übernommen worden - nur ambulante Op zu übernehmen"

2.5 Es ist grundsätzlich unbestritten, dass es sich bei der Katarakt-Operation um einen Routineeingriff handelt, welcher heute grossmehrheitlich ambulant durchgeführt wird. Der behandelnde Arzt begründet die Wahl des stationären Aufenthaltes einerseits mit dem Versicherungsstatus des Patienten und andererseits mit der Distanz zwischen Wohnort und Behandlungsort, welche bei der ambulanten Nachbetreuung für den Patienten zu Unannehmlichkeiten führe. Damit geht grundsätzlich auch der behandelnde Arzt davon aus, dass aus rein medizinischen Gründen postoperativ eine Spitalbedürftigkeit nicht gegeben war. Weder machte der Krankheitszustand des Versicherten einen Spitalaufenthalt notwendig, noch sprechen besondere persönliche Lebensumstände gegen eine ambulante Behandlung. Insbesondere verneinte der behandelnde Arzt sinngemäss, dass der Versicherte aus Altersgründen in seiner Mobilität behindert wäre (keine Altershilflosigkeiten, keine Rollstuhlabhängigkeit usw.). Im Fragebogen zur

dürftigkeit bei Katarakt-Operationen hat er zwar Mobilitätsprobleme festgehalten und mit dem Maximalwert von 6 Punkten bewertet, diese „Mobilitätsprobleme“ betreffen aber offenbar — wie die Kasse zu Recht festgestellt hat — nicht Einschränkungen des Versicherten im Alltag, sondern vielmehr einzig die Distanz zwischen Wohnort und Behandlungsort. Aus den Akten ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht, dass der Versicherte gehbehindert wäre oder aus anderen Gründen (z.B. Altersdemenz, Sturzneigung usw.) nicht zu den erforderlichen postoperativen Kontrollen an den Behandlungsort reisen könnte. Es ist nicht zu verkennen, dass die Reise mit öffentlichen Verkehrsmitteln von Siebnen nach Schwyz umständlich (mehrmaliges Umsteigen) und auch recht zeitraubend ist (ca. 1/2 h für einen Weg). Dies ändert aber nichts an der Tatsache, dass weder der Krankheitszustand noch die persönlichen Lebensumstände einen stationären Aufenthalt erforderten. Die auch für alle Krankenversicherten geltende Schadenminderungspflicht sowie das Gebot der Wirtschaftlichkeit bringen es mit sich, dass der Versicherte medizinische Leistungen nicht frei wählen kann und dass von ihm im Rahmen des Zumutbaren auch ein Mitwirken verlangt werden kann. Die notwendige medizinische Behandlung ist im konkreten Fall auch dann sichergestellt, wenn der Versicherte die postoperativen Kontrollen ambulant durchführen lässt, auch wenn dies offenkundig umständlicher ist, als wenn die Kontrollen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchgeführt werden.

Insgesamt ist nicht zu beanstanden, dass die Krankenkasse eine Spitalbedürftigkeit verneint hat.

3. Soweit Leistungen für den stationären Aufenthalt aufgrund der vom Versicherten abgeschlossenen Zusatzversicherung (Halbprivatversicherung nach VVG, S) geltend gemacht werden, weist die Krankenkasse zu Recht darauf hin, dass die Abgeltung für den stationären Aufenthalt auch bei der Zusatzversicherung eine Spitalbedürftigkeit voraussetzt. In den entsprechenden Versicherungsbedingungen wird für die Zusatzversicherung S festgehalten, dass Spitalleistungen nur erbracht werden, wenn unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung eine Akutspitalbedürftigkeit besteht (Art. 5.1 der zusätzlichen Versicherungsbedingungen zur S Versicherung). Auch wenn im Bereich der Zusatzversicherung freie Arzt- und Spitalwahl besteht, bedeutet dies nicht, dass Versicherungsleistungen voraussetzungslos geschuldet sind. Wenn im Versicherungsvertrag die Leistungen für einen Spitalaufenthalt von der Spitalbedürftigkeit abhängig gemacht werden, so ist nicht zu beanstanden, dass die Spitalbedürftigkeit nach den gleichen Grundsätzen wie im Bereich der Grundversicherung beurteilt wird. Es ist damit nicht zu beanstanden, dass aus Zusatzversicherung keine Leistungen für den stationären Aufenthalt gewährt wurden.

4. Es ist nicht zu verkennen, dass die Ablehnung der Kosten für den stationären Aufenthalt nach Durchführung der Behandlung für den Versicherten stossend ist, zumal der stationäre Aufenthalt vom behandelnden Arzt offensichtlich veranlasst worden war und der Versicherte sich wohl darauf verlassen hat, dass die entsprechenden Kosten von der Krankenkasse übernommen werden. Der Versicherte hat denn auch einige Tage vor der Operation (Schreiben vom 15. Nov. 2005) den vorgesehene Spitalaufenthalt der Versicherung gemeldet, aus dem Schreiben war für die Versicherung jedoch nicht ersichtlich, welche Operation beim Versicherten vorgesehen war (Vi-act. 6). Auch aus dem Gesuch um Kostengutsprache des Spitals Schwyz vom 17. November 2005 (Vi-act. 7), ist nicht ersichtlich, welche Operation vorgesehen war. Es wurde lediglich eine „ophthalm. Intervention“ erwähnt. Dass die Krankenkasse bei dieser Sachlage die Spitalbedürftigkeit erst nach Abschluss der Behandlung verneint hat, ist bei dieser Ausgangslage nachvollziehbar. Auf jeden Fall kann aus dem Umstand, dass die Versicherung die Spitalbedürftigkeit nicht bereits innert der kurzen Zeit zwischen der Meldung der Operation und Durchführung der Operation geprüft hat, nicht abgeleitet werden, dass die Versicherung die Spitalbedürftigkeit anerkannt hätte und daraus Leistungen aus Vertrauensschutz begründet wären. Kommt hinzu, dass das Gesuch des Spitals Schwyz um Kostengutsprache vom Donnerstag 17. November 2005 mit dem Vermerk „ohne Ihren schriftlichen Gegenbericht innert 5 Arbeitstagen erachten wir die Kostengutsprache / Garantie als erteilt“ auch bei Beantwortung der Versicherung innert 5 Arbeitstagen erst einen Tag vor Beendigung des viertägigen Spitalaufenthaltes beim Leistungserbringer eingetroffen wäre. Nach dem Gesagten kann der Versicherte aus dem Vorgehen der Krankenkasse nichts zu seinen Gunsten ableiten.

5. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG; Art. 85 Abs. 3 VAG). Soweit sich die Beschwerde auf die obligatorische Krankenversicherung bezieht, besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 61 Rz 29 m.H.). Für den Bereich der Zusatzversicherung dürfen demgegenüber Parteientschädigungen zugesprochen werden; Art. 85 Abs. 3 VAG verbietet lediglich die Auferlegung von Verfahrenskosten (Urteil BGer 5C.244/2000 v. 9. Jan. 2001). Nachdem die Krankenkasse bezüglich der Zusatzversicherung praktisch ausschliesslich formelle Einwendungen vorgebracht hat, welchen nicht gefolgt werden konnte, und sie sich bezüglich den materiellen Ansprüchen auf die Ausführungen zur Spitalbedürftigkeit gemäss der obligatorischen Grundversicherung beschränken konnte, ist vorliegend die Zusprechung einer Parteientschädigung nicht angebracht.

Das Verwaltungsgericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Klage wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
3. Es werden keine Kosten erhoben.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Gegen diesen Entscheid kann — soweit er die Zusatzversicherung betrifft - innert 30 Tagen seit der Zustellung Berufung eingereicht werden. Die Berufung ist beim Verwaltungsgericht zuhanden des Schweizerischen Bundesgerichts einzureichen.
6. Rechtsmittelbelehrung betr. Obligatorische Grundversicherung: siehe S. 14.
7. Zustellung an:
den Beschwerdeführer/Kläger (R)
den Rechtsvertreter der Krankenkasse (2/R)
das Bundesamt für Gesundheit, Bern (A)
und das Bundesamt für Privatversicherung, Bern (A).

Im Namen des Verwaltungsgerichts:

Der Vizepräsident:



Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen (bzw. innert 10 Tagen bei Zwischenverfügungen) seit der Eröffnung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden. Diese Frist kann nicht verlängert werden. Die Beschwerdeschrift ist in dreifacher Ausfertigung zuzustellen. In dieser Beschwerdeschrift muss

- a) genau angegeben werden, welche Entscheidung der Beschwerdeführer anstelle der angefochtenen Entscheidung beantragt;
- b) dargelegt werden, aus welchen Gründen der Beschwerdeführer diese andere Entscheidung verlangt;
- c) die Unterschrift des Beschwerdeführers oder dessen Vertreters enthalten sein.

Wenn die Beschwerdeschrift die unter a, b und c aufgeführten Elemente nicht aufweist, kann das Eidgenössische Versicherungsgericht sich mit ihr nicht materiell befassen und muss sie durch einen Nichteintretensentscheid erledigen. Beweismittel sind in der Beschwerdeschrift zu bezeichnen und, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hat, beizulegen; ebenfalls beizugeben sind der angefochtene Entscheid und der dazugehörige Briefumschlag.