

Rathausgasse 1  
3011 Bern  
Telefon +41 (31) 633 79 20  
Telefax +41 (31) 633 79 09  
www.gef.be.ch

kr  
RA Nr. 2012.13

## BESCHWERDEENTSCHEID vom 28. Januar 2014

in der Beschwerdesache zwischen

**X,**

Beschwerdeführer  
vertreten durch...



gegen

**Y,**

Vorinstanz  
vertreten durch...

betreffend die Verfügung der Vorinstanz vom 30. April 2012 (betreffend Behandlungskosten und Aufhebung des Rechtsvorschlages)

### I. Sachverhalt

1. X (fortan: Beschwerdeführer) wurde am 27. Dezember 2010 notfallmässig im Spital Y (fortan: Vorinstanz) eingeliefert und bis am 5. Januar 2011 auf der privaten Abteilung stationär behandelt.
2. Am 27. Dezember 2010 (Eintrittstag) unterzeichnete die Schwester des Beschwerdeführers das Formular „Verpflichtungserklärung Privat-/ Halbprivatabteilung“ und wünschte die Behandlung des Beschwerdeführers auf der Privatabteilung.

3. Am 27. Dezember 2010, um 18:49 und 18:50 Uhr, sandte die Vorinstanz per Fax je ein Gesuch um Kostengutsprache an die A Krankenkasse (Grundversicherung des Beschwerdeführers) und die B (Zusatzversicherung des Beschwerdeführers). Als Behandlungsgrund führte sie jeweils Krankheit infolge „C2 Abusus bei Unterkühlung“ auf.
4. Am 3. Januar 2011 bestätigte die B die Kenntnisnahme des Kostengutsprachegesuchs mit Eingangsstempel. Am 5. Januar 2011 ersuchte die B die Vorinstanz um weitere Auskünfte für die Abklärung der Leistungspflicht und teilte mit, bis zum Erhalt des Berichtes könne keine Kostengutsprache erteilt werden.
5. Am 11. Januar 2011 erteilte Dr. med. Z, Assistenzarzt Medizin bei der Vorinstanz, der B die gewünschten Auskünfte. Er gab an, es sei eine „depressive Störung bei psychosozialer Belastungssituation“ diagnostiziert worden und die Behandlung sei im Zusammenhang mit einer Alkoholintoxikation erfolgt.
6. Mit Schreiben vom 17. Januar 2010 [recte: 2011] verweigerte die B die Ausrichtung von Leistungen für die privaten Mehrkosten wegen Ausschlusskriterien gemäss Art. 31 ihrer Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), wonach Krankheiten und Unfälle sowie deren Komplikationen und Spätfolgen, die in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch auftreten, von der Versicherung ausgeschlossen seien.
7. Mit Schreiben vom 23. März 2011, 20. Mai 2011, 3. August 2011 und 7. September 2011 ersuchte die Vorinstanz die B um direkte Begleichung der auf die Behandlung des Beschwerdeführers auf der privaten Abteilung entfallenden Kosten von CHF 7'175.30. Die Vorinstanz machte geltend, der Beschwerdeführer sei aufgrund einer psychiatrischen Diagnose hospitalisiert worden, weswegen die Ausschlusskriterien nach Art. 31 AVB nicht zuträfen. Zudem wies sie auf die vertraglichen Vereinbarungen zwischen ihr und der B hin, wonach die B bis zum Rückzug der Kostengutsprache am 17. Januar 2011 hafte.
8. Mit Schreiben vom 1. April 2011, 1. Juni 2011, 9. August und 15. September 2011 verweigerte die B die Kostenübernahme. Sie machte geltend, die Behandlung sei im Zusammenhang mit einer Alkoholintoxikation erfolgt und falle damit unter die Ausschlusskriterien von Art. 31 AVB. Den Leistungserbringern müsse bewusst sein, dass Behandlungen u.a. im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch von der Leistungspflicht der Zusatzversicherung ausgeschlossen seien. Das Kostengutsprachegesuch der Vorinstanz habe sie erst am 3. Januar 2011 erhalten. Am 5. Januar 2011 habe sie bei der Vorinstanz weitere Auskünfte verlangt und darauf hingewiesen, dass bis zum Erhalt des entsprechenden Berichtes keine Kostengutsprache erteilt werden könne. Nachdem die verlangten Auskünfte am 14. Januar 2011 eingetroffen seien, habe sie die Kostengutsprache am 17. Januar 2011 abgelehnt.

9. Am 28. September 2011 stellte die Vorinstanz dem Beschwerdeführer den Betrag von CHF 7'175.30 für die stationäre Behandlung auf der privaten Abteilung vom 27. Dezember 2010 bis am 5. Januar 2011 in Rechnung (Endabrechnung Nr. ....).
10. Am 3. Januar 2012 wies der Beschwerdeführer die Direktion der B darauf hin, dass er seit mehreren Jahren unter psychischen Problemen leide, was der B hinreichend bekannt sei und nicht unter die Ausschlusskriterien falle. Mit Schreiben vom 6. Januar 2012 begründete die B die Ablehnung der Kostenübernahme wiederum mit dem Ausschlusskriterium von Art. 31.1 der AVB (Alkoholintoxikation).
11. Am 13. Februar 2012 ersuchte die C, Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers, die Vorinstanz von Inkassomassnahmen abzusehen, da nicht der Beschwerdeführer, sondern die B Schuldnerin des ausstehenden Betrags sei. Am 1. März 2012 bat die C Dr. D, Chefarzt der medizinischen Klinik der Vorinstanz, um die Beantwortung von Fragen im Zusammenhang mit der Hospitalisation des Beschwerdeführers.
12. Mit zwei Schreiben vom 5. März 2012 hielt die Vorinstanz gegenüber der C und der Vorinstanz fest, der Beschwerdeführer habe bereits Wochen vor der Hospitalisation an einem deutlich depressiven Zustand gelitten. Am 26. Dezember 2010 sei es im Rahmen eines familiären Konflikts zu übermässigem Alkoholkonsum gekommen, woraufhin der Beschwerdeführer in der Nacht in den Wald gegangen und gestürzt sei. Er habe mehrere Stunden im Freien gelegen und sich dadurch ein schweres Liegetrauma zugezogen. Die zehntägige stationäre Behandlung sei aufgrund des Liegetraumas und nicht infolge eines Alkoholexzesses erfolgt.
13. Am 12. März 2012 leitete die Vorinstanz die Betreuung ein gegen den Beschwerdeführer über den Betrag von CHF 7'175.30 nebst Zins zu 5 % seit 28. November 2011. Am 19. März 2012 wurde dem Beschwerdeführer in der Betreuung Nr. .... der Zahlungsbefehl über den in Betreuung gesetzten Betrag zugestellt. Gleichentags hat der Beschwerdeführer ohne Angabe von Gründen Rechtsvorschlag erhoben.
14. Mit Schreiben vom 17. und 23. April 2012 beharrte die B gegenüber der C auf ihrer Ablehnung der Kostenübernahme infolge Alkoholabusus, wobei die psychische Belastung keine Rolle spiele.
15. Mit Verfügung vom 30. April 2012 hielt die Vorinstanz sinngemäss fest, der Beschwerdeführer schulde ihr CHF 7'175.30 nebst Verzugszins zu 5 % seit dem 28. November 2011 sowie die Kosten des Zahlungsbefehls von CHF 73.00. Der Rechtsvorschlag in der Betreuung Nr. .... vom 19. März 2012 des Betreibungsamtes Dienststelle Oberaargau, 4900 Langenthal, sei in diesem Umfang aufzuheben.

16. Diese Verfügung hat der Beschwerdeführer mit Beschwerde vom 23. Mai 2012 angefochten. Er beantragt, die Verfügung der Vorinstanz sei aufzuheben und es sei festzustellen dass die Vorinstanz keine Berechtigung zum Erlass einer Verfügung betreffend Aufhebung des Rechtsvorschlages habe, eventuell sei der Rechtsvorschlag nicht aufzuheben und es sei festzustellen, dass die in Betreuung gesetzte Forderung nicht bestehe.

17. Das Rechtsamt, welches die Beschwerdeverfahren für die GEF leitet,<sup>1</sup> holte die Vorakten ein und führte den Schriftenwechsel durch. Die Vorinstanz beantragt in ihrer Beschwerdevernehmlassung vom 4. September 2012 die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde vom 23. Mai 2012. Mit Eingaben vom 8. und 16. November 2012 sowie dem 18. Februar 2013 äusserten sich der Beschwerdeführer und die Vorinstanz zudem zur Aufklärung über das Kostenrisiko durch die Vorinstanz.

Auf die Rechtsschriften und Akten wird, soweit für den Entscheid wesentlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

## **II. Erwägungen**

### **1. Sachurteilsvoraussetzungen**

#### **1.1 Verfügungskompetenz der Vorinstanz und Zuständigkeit**

**1.1.1** Der Beschwerdeführer beantragt, es sei festzustellen, dass die Vorinstanz keine Berechtigung zum Erlass einer Verfügung betreffend Aufhebung des Rechtsvorschlages habe. Damit bestreitet der Beschwerdeführer die Verfahrensart sowie implizit die Zuständigkeit der Beschwerdeinstanz.

Der Beschwerdeführer bringt unter Hinweis auf das Urteil des Verwaltungsgerichts Graubünden vom 22. Februar 2011 vor, die Vorinstanz handle nach Art. 2 Abs. 1 Bst. c VRPG<sup>2</sup> als Private in Erfüllung ihr übertragener öffentlich-rechtlicher Aufgaben. Sie sei zwar auf der Spitalliste des Kantons Bern aufgeführt, gelte damit aber nicht als öffentliches Spital. Falls das Behandlungsverhältnis öffentlich-rechtlicher Natur sei (was Gegenstand der Streitigkeit sei), müsse es mangels anderslautender Regelung im kantonalen Gesundheitsrecht durch verwaltungsrechtlichen Vertrag geregelt werden. Das hier zu prüfende Rechtsverhältnis zwischen Patient und Spital werde im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung durch das

---

<sup>1</sup> Art. 10 der Verordnung vom 29. November 2000 über die Organisation und die Aufgaben der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (Organisationsverordnung GEF, OrV GEF; BSG 152.221.121)

<sup>2</sup> Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21)

KVG<sup>3</sup> und Falle von Zusatzversicherungen durch das VVG<sup>4</sup> geregelt. Beide Gesetze sähen keine Verfügungsbefugnis des Leistungserbringers gegenüber dem Versicherten vor. Die Vorinstanz werde nur im Bereich des KVG hoheitlich tätig, während Leistungen aus Zusatzversicherungen auf privatrechtlichen Verträgen beruhen würden.

Demgegenüber bejaht die Vorinstanz ihre Verfügungskompetenz mit folgender Begründung: Sie sei ein öffentliches Spital, da sie mit der Sicherstellung der umfassenden regionalen Grundversorgung einen öffentlichen Zweck verfolge und der Kanton Bern 100 % ihrer Aktien besitze. Als private Verwaltungsträgerin und Leistungserbringerin im Bereich öffentlicher Aufgaben sei sie dem Kanton zuzuordnen und gelte als Behörde im Sinne von Art. 2 Abs. 1 Bst. a VRPG. Die Regelung des Rechtsverhältnisses zwischen Spital und Patient falle in die Zuständigkeit der Kantone. Selbst wenn der Bund in diesem Bereich regelungsbefugt wäre, müsste sich das Handeln der Vorinstanz als kantonale Behörde nach dem VRPG richten. Art. 49 Abs. 1 VRPG sehe zur Regelung von öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnissen die Verfügung vor, wohingegen kein kantonales Gesetz für das Handeln von öffentlichen Spitälern die Vertragsform vorsehe oder auf den Klageweg verweise. Demnach müsse die Vorinstanz durch Verfügung handeln.<sup>5</sup>

**1.1.2** Am 1. Januar 2014 sind das neue SpVG<sup>6</sup> und die neue SpVV<sup>7</sup> in Kraft getreten. Gemäss dem neuen Art. 117 SpVG begründen die im Kanton Bern gelegenen Listenspitäler, Listengeburtshäuser und Rettungsdienste ihre Rechtsverhältnisse mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit einem öffentlich-rechtlichen Vertrag. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben,<sup>8</sup> sind die neuen Bestimmungen hier nicht anwendbar. Im vorliegenden Fall ist die Bezahlung der Kosten für die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers im Zeitraum vom 27. Dezember 2010 bis 5. Januar 2011 zu beurteilen. Massgebend sind demnach die in diesem Zeitraum geltenden Rechtsgrundlagen. Namentlich ist das SpVG vom 5. Juni 2005, Version in Kraft vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2013 (aSpVG, BAG 05-106), zur Beurteilung des vorliegenden Falles heranzuziehen.

**1.1.3** Sind die Aufgaben und die Rechtsstellung eines Spitals durch das kantonale öffentliche Recht geregelt und erbringt das Spital einen öffentlichen Dienst, handelt es sich um ein öffentliches Spital. Das Rechtsverhältnis zwischen dem Patienten und dem Spital untersteht in diesem Fall grundsätzlich dem öffentlichen Recht. Daran ändert sich auch nichts, wenn der

<sup>3</sup> Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)

<sup>4</sup> Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1)

<sup>5</sup> Beschwerdevernehmlassung vom 4. September 2012

<sup>6</sup> Spitalversorgungsgesetz des Kantons Bern vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11)

<sup>7</sup> Spitalversorgungsverordnung vom 23. Oktober 2013 (SpVV; BSG 812.112)

<sup>8</sup> BGE 130 V 329, E. 2.2 und 2.3; 129 V 1, E. 1.2; 127 V 467 E. 1; 123 V 71 E. 2

Träger des Spitals nicht öffentlich-rechtlich, sondern privatrechtlich organisiert ist.<sup>9</sup> Entsprechend gelten nach Art. 2 Abs. 1 Bst. c VRPG Private, soweit sie in Erfüllung ihnen übertragener öffentlich-rechtlicher Aufgaben verfügen, als Behörden.

Als öffentliche Aufgabe oder Staatsaufgabe gilt eine Tätigkeit, die dem Staat kraft Verfassung und Gesetz zugewiesen ist.<sup>10</sup> Gemäss Art. 41 Abs. 1 KV<sup>11</sup> schützen und fördern Kanton und Gemeinden die Gesundheit. Sie sorgen für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung und stellen die dafür notwendigen Einrichtungen bereit. Dementsprechend bezweckt das Spitalversorgungsgesetz die Sicherstellung der Spitalversorgung für die Bevölkerung des Kantons (Art. 1 Abs. 1 aSpVG).

Die Spitalversorgung ist folglich eine öffentliche Aufgabe. Mit deren Erfüllung kann der Kanton öffentliche und private Leistungserbringer betrauen (Art. 9 Abs. 1 und 5 i.V.m. Art. 1 Abs. 2 aSpVG). Solche Leistungserbringer sind unter anderem die Regionalen Spitalzentren (RSZ), denen die Sicherstellung der umfassenden Grundversorgung in den Regionen obliegt (Art. 9 Abs. 4, Art. 10 Abs. 1 und Art. 35 Abs. 1 aSpVG).<sup>12</sup>

Hinsichtlich der Übertragung von Aufgaben der Spitalversorgung an RSZ wurde mit der Teilrevision des KVG ein neues System der Spitalfinanzierung eingeführt, welches durch die Kantone bis Ende 2011 umzusetzen war.<sup>13</sup> Nach dem alten Recht hatte der Kanton mit einzelnen Spitalzentren Leistungsverträge abgeschlossen, welche zur Erbringung von Spitalleistungen in einem bestimmten Umfang verpflichteten (vgl. Art. 35 Abs. 2, Art. 16 und Art. 17 Abs. 1 und 2 aSpVG). Auf der Grundlage dieser Verträge leistete er Beiträge an die Betriebs- und Investitionskosten der Spitalzentren (vgl. Art. 29 Abs. 1 Satz 1 aSpVG). Im Umfang ihrer Pflicht zur Erbringung von Spitalleistungen, für welche sie vom Kanton entschädigt wurden, erfüllten die Spitalzentren öffentliche Aufgaben.<sup>14</sup>

Aufgrund der neuen Spitalfinanzierung sind die Kantone verpflichtet, sämtlichen auf der Spitalliste aufgeführten Spitälern für die Erbringung von Leistungen der Grundversorgung eine Vergütung zu entrichten. Im Gegenzug sind die Listenspitäler im Rahmen ihrer Leistungsaufträge – diese ergeben sich aus der Spitalliste (vgl. Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG) – und ihrer Kapazitäten verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten.<sup>15</sup>

---

<sup>9</sup> W. Fellmann, Arzt und das Rechtsverhältnis zum Patienten, in: M.W. Kuhn/T. Poledna (Hrsg.), *Arztrecht in der Praxis*, 2. Auflage 2007, S. 159, mit Hinweisen

<sup>10</sup> Tschannen/Zimmerli/Müller, *Allgemeines Verwaltungsrecht*, 3. Aufl. 2009, § 1 N. 14

<sup>11</sup> Verfassung des Kantons Bern vom 6. Juni 1993 (KV; BSG 101.1)

<sup>12</sup> BVR 2013 S. 251 E. 3.2; nicht publiziertes Urteil des Verwaltungsgerichts vom 26. Juni 2012 (100.2011.305 U)

<sup>13</sup> BGE 138 II 398, E. 2, Abs. 1 der Übergangsbestimmungen der Änderung des KVG vom 21.12.2007, in AS 2008 S. 2056

<sup>14</sup> BVR 2013 S. 251, E. 3.3

<sup>15</sup> BVR 2013 S. 251 E. 3.3

**1.1.4** Die Vorinstanz ist als privatrechtliche Aktiengesellschaft organisiert und bezweckt die Erbringung von Spitaldienstleistungen der umfassenden Grundversorgung. Als regionales Spitalzentrum (Art. 10 aSpVG) ist sie Leistungserbringerin nach Art. 9 Abs. 4 aSpVG und trägt damit zur Sicherstellung der Spitalversorgung für die Bevölkerung des Kantons Bern bei (Art. 1 Abs. 1 aSpVG). Da der Vorinstanz jedoch sowohl vor als auch nach der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung umfassende Aufgaben der Spitalversorgung übertragen waren und sind, hat sie nach altem Recht im Umfang der ihr vertraglich überbundenen Aufgaben ebenso eine öffentliche Aufgabe erfüllt, wie sie dies nach heute geltender Regelung im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben gemäss Spitalliste tut.<sup>16</sup> Demnach gilt die Behandlung des Beschwerdeführers als Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe,<sup>17</sup> wobei der Patient zum Spital in ein öffentlich-rechtliches Benutzungsverhältnis tritt.<sup>18</sup> Aus diesem Rechtsverhältnis fliessende Ansprüche richten sich demzufolge nach öffentlichem Recht.<sup>19</sup>

**1.1.5** Die Rechtsgrundlagen des öffentlich-rechtlichen Behandlungsverhältnisses zwischen Patient und Spital finden sich in den kantonalen Gesundheitsgesetzen und deren Vollzugsverordnungen, in Spitalreglementen etc.<sup>20</sup> Das KVG regelt demgegenüber gestützt auf Art. 117 BV<sup>21</sup> die soziale Krankenversicherung (vgl. auch Art. 1a Abs. 1 KVG), mithin die Rechtsverhältnisse zwischen Versicherern und Versicherten einerseits, und zwischen Versicherern und Leistungserbringern andererseits. Das VVG hat demgegenüber gestützt auf Art. 98 Abs. 3 BV das Verhältnis zwischen Privatversicherer und Versicherten zum Gegenstand. Das Rechtsverhältnis zwischen Vorinstanz und Beschwerdeführer ist entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers mangels Aufgabenübertragung an den Bund von den Kantonen zu regeln (Art. 3 BV).

**1.1.6** Im Kanton Bern sind öffentlich-rechtliche Rechtsverhältnisse mittels Verfügung zu regeln, es sei denn, das Gesetz sehe ausdrücklich etwas anderes vor oder verweise zur Streiterledigung auf den Klageweg (Art. 49 Abs. 1 VRPG). Art. 49 VRPG statuiert den Vorrang der Verfügung als Handlungsweise zur Regelung öffentlich-rechtlicher Rechtsverhältnisse. Andere Regelungsformen wie zweiseitige Vereinbarungen in Form öffentlich-rechtlicher Verträge werden absichtlich zurückgedrängt und sind nur zulässig, wenn ein Gesetz im formellen Sinn sie ausdrücklich vorsieht. Demgegenüber kann im Bund vom Grundsatz des verfügungsmässigen Handelns bereits dann abgewichen werden, wenn zur Regelung verwaltungsrechtlicher Rechte und Pflichten andere Formen, insbesondere die Vertragsform, geeigneter erscheinen als

---

<sup>16</sup> BVR 2013 S. 251 ff. Erw. 3.4, mit Hinweisen

<sup>17</sup> BVR 2012 S. 252 E. 1.1, BVR 2004 S. 289 E. 1.1, BVR 1997 S. 172 E. 2.a) mit Hinweisen; BGE 4C.97/2002 Erw. 2.1

<sup>18</sup> W. Fellmann, a.a.O., S. 160, mit Hinweisen

<sup>19</sup> BVR 1997 S. 172 E. 2.a) mit Hinweisen

<sup>20</sup> W. Fellmann, a.a.O., S. 162

<sup>21</sup> Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV; SR 101)

die Verfügung und die Gesetzgebung hierfür Raum lässt. Im Gegensatz zur kantonalbernerischen Regelung muss die Vertragsform nicht explizit vorgesehen sein.<sup>22</sup>

Bis Ende 2013 sah weder das aSpVG noch sonst ein formelles Gesetz im Kanton Bern eine von Art. 49 VRPG abweichende Regelung des Rechtsverhältnisses zwischen Spital und Patient vor. Im Gegensatz zur rechtlichen Situation im Kanton Graubünden (vgl. das vom Beschwerdeführer zitierte Urteil des Verwaltungsgerichts Graubünden vom 22. Februar 2011) wurde die Vertragsform damit im Kanton Bern nicht zugelassen zur Regelung des Behandlungsverhältnisses zwischen Beschwerdeführer und Vorinstanz. Demnach hatte die Vorinstanz das Behandlungsverhältnis zum Beschwerdeführer mit Verfügung zu regeln.

**1.1.7** Schliesslich stellt sich die Frage, ob auch die Erbringung von zusatzversicherten Leistungen zu den öffentlichen Aufgaben der Vorinstanz gehört und zusatzversicherte Behandlungskosten Verfügungsmaterie sein können.

Von Spitälern erbrachte Zusatzleistungen gehören als solche nicht zur medizinischen Grundversorgung. Allerdings können in einem Behandlungsverhältnis Zusatzleistungen mit Grundversicherungsleistungen verbunden sein. Dies ist dann der Fall, wenn Leistungen, die zur Grundversicherung gehören, für privat oder halbprivat Versicherte erbracht werden und dafür entsprechend ein Sockelbeitrag aus der Grundversicherung geschuldet ist. Bei Leistungen mit Sockelbeitrag handelt es sich um Behandlungen, die von der Grundversicherung abgedeckt und darüber hinaus mit privat oder halbprivat versicherten Zusatzleistungen (freie Arztwahl, Einzelzimmer u.a.) verbunden sind. Leistungen ohne Sockelbeitrag sind demgegenüber ausschliesslich zusatzversicherte Leistungen wie z.B. gewisse Leistungen im Bereich der Zahnmedizin, der Komplementärmedizin oder der Fortpflanzungsmedizin. Das Behandlungsverhältnis kann dabei zwar rechnerisch, nicht aber tatsächlich in einen grundversicherten und einen privat versicherten Teil auseinander dividiert werden. Aus diesem Grund ist das Behandlungsverhältnis als Ganzes entweder als öffentliche oder private Tätigkeit zu qualifizieren.<sup>23</sup>

Dieser Auffassung entspricht sowohl die kantonale als auch die bundesgerichtliche Praxis:

Am 23. Oktober 2003 hatte das Verwaltungsgericht des Kantons Zürich zu beurteilen, ob ein Kantonsspital einem Patienten Zusatzleistungen für die Behandlung auf der halbprivaten Abteilung direkt in Rechnung stellen durfte, nachdem zwar der grundversicherte Anteil, nicht aber der zusatzversicherte Anteil der Behandlungskosten vollumfänglich von der Versicherung übernommen worden war. Das Verwaltungsgericht des Kantons Zürich unterteilte das

---

<sup>22</sup> Merkli/Aeschlimann/Herzog, Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, Bern 1997, Art. 49 Nr. 5; Markus Müller, Bernische Verwaltungsrechtspflege, Bern 2011, S. 107 f.

<sup>23</sup> Bernhard Rütscbe, Datenschutzrechtliche Aufsicht über Spitäler nach Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung, Gutachten vom 31. März 2012, Nrn 55 und 92

Behandlungsverhältnis nicht in einen grundversicherten und einen zusatzversicherten Teil, sondern hielt fest, es handle sich bei den strittigen Spitaltaxen um die für die Nutzung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt geschuldeten Benutzungsgebühren aufgrund eines öffentlich-rechtlichen Sonderstatusverhältnisses ohne vertragliche Komponente.<sup>24</sup>

Am 22. Februar 2011 hatte das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden zu beurteilen, ob das Kantonsspital einer Patientin die Behandlungskosten der privaten Abteilung direkt in Rechnung stellen durfte, nachdem die Zusatzversicherung die Zahlung verweigert hatte. Das Verwaltungsgericht hielt dabei fest, das Behandlungsverhältnis zwischen Patienten und dem Kantonsspital Graubünden unterstehe [als Ganzes] dem öffentlichen Recht.<sup>25</sup>

Auch das Bundesgericht hat sich mehrfach gegen ein gespaltenes Rechtsverhältnis ausgesprochen. In einem den Kanton Solothurn betreffenden Entscheid hielt es fest, dass jeder Patient, gleich welcher Abteilung, bei seiner Einweisung in das besondere, vom öffentlichen Recht des Kantons beherrschte Rechtsverhältnis eintrete. Welcher Teil des vom Privatpatienten zu entrichtende Entgelt an den Chefarzt fliessen und wie viel von den Taxen dem Kanton verbleibe, sei für die rechtliche Qualifikation der Beziehung nicht von Belang.<sup>26</sup> In späteren Urteilen entschied das Bundesgericht, dass für hospitalisierte (stationäre) Patienten, die mit dem Spitaleintritt ohnehin in ein öffentlich-rechtliches Verhältnis zum Spital treten würden, keine Differenzierung zwischen öffentlicher oder privater Tätigkeit erfolgen dürfe.<sup>27</sup>

In einem Urteil von 2006 hat das Bundesgericht schliesslich entschieden, dass privat und halbprivat versicherte stationäre Behandlungen in die Spitalplanung einzubeziehen seien, da durch solche Leistungen die Grundversicherung mitbelastet werde, weil auch Zusatzversicherte bei Spitalbehandlung einen Anspruch auf den Betrag, den die Grundversicherung bei einer Behandlung in der allgemeinen Abteilung leisten müsste (sog. Sockelbeitrag aus der Grundversicherung), hätten.<sup>28</sup> Entsprechend sind privat und halbprivat versicherte stationäre Behandlungen auch als Teil der kantonalen Spitalversorgung zu betrachten. Mit solchen zusatzversicherten Behandlungen wird folglich eine öffentliche Aufgabe erfüllt.<sup>29</sup>

Vorliegend stellte die Vorinstanz für die Behandlung des Beschwerdeführers sowohl der Grund- wie auch der Zusatzversicherung Rechnung. Der Endabrechnung vom 28. September 2011 lässt sich entnehmen, dass sich die Behandlungskosten insgesamt auf CHF 9'474.- beliefen, wovon CHF 2'281.10 von der Grundversicherung und CHF 17.60 vom Beschwerdeführer übernommen wurden. Bei den von der Zusatzversicherung zu übernehmenden CHF 7'175.30 handelt es sich um Kostenzuschläge für die private Abteilung, welche auf dem

<sup>24</sup> Urteil des Verwaltungsgerichts Zürich vom 23. Oktober 2003 (VB.2003.00240), E. 2.b), mit Hinweisen

<sup>25</sup> Urteil des Verwaltungsgerichts Graubünden vom 22. Februar 2011 (S 10 176), E. 3.d

<sup>26</sup> BGE 102 II 45 S. 50 Erw. 2.d)

<sup>27</sup> BGE 112 Ib 334, S. 338 Erw. 2.c)

<sup>28</sup> BGE 132 V 6 E. 2.4.2 S. 12 f.

<sup>29</sup> Gutachten Rüttsche, a.a.O., Nr. 93

Sockelbetrag der Grundversicherung von CHF 2'281.10 basieren. Demnach wurden vorliegend Grundversicherungsleistungen mit Zusatzversicherungsleistungen verbunden, womit das ganze Behandlungsverhältnis als öffentliche Tätigkeit zu qualifizieren ist. Damit sind auch die von der Vorinstanz erbrachten Zusatzleistungen Gegenstand des öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnisses zwischen ihr und dem Beschwerdeführer und damit Verfügungsmaterie.

**1.1.8** Die Verfügungskompetenz der Vorinstanz ist damit vorliegend zu bejahen und die Verfügung vom 30. April 2012 ist gestützt auf Art. 62 VRPG bei der GEF anfechtbar.

## **1.2 Beschwerdelegitimation**

Die Beschwerdeführerin ist als Verfügungsadressatin ohne weiteres zur Anfechtung legitimiert (Art. 65 VRPG).

## **1.3 Form und Frist**

Auf die gemäss Art. 67 i.V.m. Art. 32 VRPG form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

## **2. Auferlegung der Kosten für die Behandlung auf der privaten Abteilung**

**2.1** Unbestrittenermassen war der Beschwerdeführer zwischen dem 27. Dezember 2010 und dem 5. Januar 2011 auf der privaten Abteilung der Vorinstanz hospitalisiert und hat Zusatzversicherte Leistungen in der Höhe von CHF 7'175.30 in Anspruch genommen. Umstritten ist demgegenüber, ob die Vorinstanz den Beschwerdeführer zu Recht direkt zur Bezahlung der Zusatzversicherten Leistungen in der Höhe von CHF 7'175.30, zur Bezahlung eines Verzugszinses von 5 % ab dem 28. November 2011 sowie zur Bezahlung der Kosten des Zahlungsbefehls von CHF 73.00 verpflichten durfte und ob die Vorinstanz zu Recht den über diesen Betrag erhobenen Rechtsvorschlag des Beschwerdeführers beseitigt hat.

**2.2** Während das Verhältnis zwischen Patient und Spital (Leistungserbringer) wie erwähnt als öffentlich-rechtliches Benutzungsverhältnis zu qualifizieren ist, wird das Verhältnis zwischen Patient und Zusatzversicherer durch den Zusatzversicherungsvertrag geregelt. Der Leistungserbringer hat gegenüber dem Zusatzversicherer im Allgemeinen kein direktes Forderungsrecht hat, es sei denn, ein solches sei vereinbart worden.

Vorliegend hatte die Vorinstanz für die Jahre 2009 und 2010 mit der B einen Vertrag betreffend die Rechnungsstellung bei stationären Akutpatienten der Halbprivat- und Privatabteilung abgeschlossen,<sup>30</sup> während für die Zeit vom 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2011 gemäss Angaben der Vorinstanz kein solcher Vertrag mehr bestand.<sup>31</sup> Gemäss Art. 2 Abs. 3 des Vertrags zwischen der Vorinstanz und der B hatte der Versicherer innert maximal fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Eintrittsmeldung die Übernahme der Kosten zu garantieren oder die Kostenübernahme mit einer schriftlichen Begründung abzulehnen, unter gleichzeitiger Information des Versicherten. Nach dieser Frist galt die Kostengutsprache – unter dem Vorbehalt von Nichtpflichtleistungen – als erteilt. Sollte sich nachträglich herausstellen, dass generell oder infolge eines Versicherungsvorbehaltes keine Leistungspflicht bestand, hatte der Versicherer die Kostengutsprache unverzüglich mit einer schriftlichen Begründung zurückzuziehen, wobei der Versicherer bis dahin haftete (Art. 2 Abs. 10 des Vertrags zwischen der Vorinstanz und der B). In Art. 6 hatten die Vorinstanz und die B das System des „Tiers payant“ vereinbart.

Das Kostenvergütungssystem des „Tiers payant“ besagt, dass der Versicherer direkt Schuldner des Leistungserbringers ist. Der Versicherer bezahlt die Rechnung des Leistungserbringers direkt und agiert somit als „Tiers payant“.<sup>32</sup> Dies bringt mit sich, dass die versicherte Person sich nicht um die Bezahlung dieser Leistung zu kümmern hat.<sup>33</sup> Bei der Vereinbarung des Systems des "Tiers payant" wird eine pauschale Schuldübernahme des Versicherers stipuliert. Dadurch wird die versicherte Person von vornherein von der Schuld gegenüber der Leistungserbringerin befreit und eine damit zusammenhängende Verzugszinspflicht kann sie nicht treffen.<sup>34</sup>

Im System eines „bedingten Tiers payant“ hat der Versicherer innert einer bestimmten Frist ein Gesuch um Kostengutsprache abzulehnen, wenn er die Voraussetzungen für eine Leistung als nicht erfüllt oder zu wenig abgeklärt erachtet, andernfalls diese als erteilt gilt.<sup>35</sup>

Demgegenüber schulden im System des „Tiers garant“ die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung, wobei die Versicherten in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung haben (vgl. für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung Art. 42 Abs. 1 KVG). Danach steht der Leistungserbringer mit dem Leistungsbezüger direkt in rechtlicher Beziehung, d.h. Schuldner des Leistungserbringers ist die versicherte Person. Der Versicherungsträger hat nachträglich der versicherten Person die Kosten zu

---

<sup>30</sup> Vertrag vom 31. März 2009 betreffend die Rechnungsstellung bei stationären Akutpatienten der Halbprivat- und Privatabteilung

<sup>31</sup> Eingabe der Vorinstanz vom 23. Oktober 2013

<sup>32</sup> Gabriela Riemer-Kafka, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Bern 2012, N. 5.23

<sup>33</sup> Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2009, N 10 zu Art. 14 ATSG

<sup>34</sup> BGE 9C\_354/2012 vom 6. Februar 2013, E. 3.2.3; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 2. Aufl. 2007, S. 732 Rz. 986

<sup>35</sup> BGE 132 V 18 E. 5.2

vergüten, d.h. die versicherte Person hat einen Ersatzanspruch gegenüber der Versicherung auf die von ihr erbrachten Vorleistungen.<sup>36</sup>

Vorliegend hatten die Vorinstanz und die B nebst der Geltung des Systems des „Tiers payant“ vereinbart, dass die Kostengutsprache durch die B mangels schriftlich begründeter Ablehnung nach Ablauf von maximal fünf Arbeitstagen als erteilt galt (Art. 6 i.V.m. Art. 2 Abs. 3 des Vertrags zwischen der Vorinstanz und der B). Diese Vereinbarung entspricht dem Kostenvergütungssystem des „bedingten Tiers payant“. Danach ist die Anwendbarkeit des Kostenvergütungssystems des „Tiers payant“ bedingt durch die vorgängige Erteilung der Kostengutsprache und es ist vorab zu prüfen, ob die Kostengutsprache der B als erteilt gelten kann.

Die Vorinstanz hatte der B die Eintrittsmeldung und das Gesuch um Kostengutsprache am Montag, 27. Dezember 2010, um 18:50 Uhr per Fax zugestellt (vgl. den entsprechenden Senderbericht). Obwohl die B den Eingang des Faxes erst am Montag, 3. Januar 2011, mittels Eingangsstempel quittiert hat, sind Eintrittsmeldung und Gesuch um Kostengutsprache bereits am 27. Dezember 2010 zugegangen. Nach Ablauf von maximal fünf Arbeitstagen nach Erhalt der Kostengutsprache, also spätestens am Dienstag, 4. Januar 2011, galt das Gesuch um Kostengutsprache mangels schriftlich begründeter Ablehnung als erteilt. Ein erster Vorbehalt bezüglich der Kostengutsprache seitens der B erfolgte jedoch erst am 5. Januar 2011, der schriftlich begründete Rückzug der Kostengutsprache sogar erst am 17. Januar 2011. Somit galt die Kostengutsprache gestützt auf den Vertrag zwischen der Vorinstanz und der B mindestens bis zum 5. Januar 2011 als erteilt, und die Vorinstanz hatte nach dem Kostenvergütungssystem des „Tiers payant“ abzurechnen.

Der Vertrag zwischen der Vorinstanz und der B und damit auch das Kostenvergütungsprinzip des „Tiers payant“ galten indessen nur bis am 31. Dezember 2010. Das bedeutet, dass für die auf die Zeit vom 27. bis 31. Dezember 2010 entfallenden Behandlungskosten die B direkte Schuldnerin der Vorinstanz ist, während der Beschwerdeführer in diesem Umfang von der Schuld gegenüber der Vorinstanz befreit wird. Die Vorinstanz hat somit die auf das Jahr 2010 entfallenden zusatzversicherten Behandlungskosten direkt bei der B einzufordern. Die nachträgliche Weigerung der B, die Behandlungskosten der privaten Abteilung zu übernehmen, kann nicht ausreichen, um die Schuldnerstellung der B aufzuheben und eine Schuldnerstellung des Beschwerdeführers zu begründen, es sei denn, die Leistungspflicht der B wäre von Vorneherein offensichtlich zu verneinen (vgl. zur vorfrageweisen Überprüfung der Leistungspflicht der B Ziff. 2.3 hienach).

Ab dem 1. Januar 2011 galt demgegenüber mangels Vereinbarung des Systems des „Tiers payant“ das Kostenvergütungssystem des „Tiers garant“. Das bedeutet, dass der Beschwerdeführer Schuldner der auf die Zeit vom 1. Januar 2011 bis 5. Januar 2011 entfallenden zu-

---

<sup>36</sup> Riemer-Kafka, a.a.O., N 5.25

satzversicherten Behandlungskosten ist und somit die Vorinstanz diese Kosten direkt dem Beschwerdeführer in Rechnung stellen durfte. Es ist Sache des Beschwerdeführers, diese Kosten nachträglich von der B einzufordern.

## 2.3

**2.3.1** Die auf das Jahr 2010 entfallenden zusatzversicherten Behandlungskosten hat die Vorinstanz aufgrund des vereinbarten Systems des „Tiers payant“ gegenüber der B geltend zu machen. Fällt jedoch eine Leistungspflicht der B von Vorneherein offensichtlich ausser Betracht, könnte die Vorinstanz allenfalls auch bei Geltung des Systems des „Tiers payant“ den Beschwerdeführer zur Übernahme der bis Ende 2010 angefallenen Behandlungskosten verpflichten.

Das Rechtsverhältnis zwischen der Vorinstanz und der B ist nicht im vorliegenden Verfahren zu beurteilen, da Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung grundsätzlich privatrechtlicher Natur sind,<sup>37</sup> und privatrechtliche Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen und Leistungserbringern nicht in die Zuständigkeit der GEF fallen (ebenso wenig privatrechtliche Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherten, vgl. Art. 85 VAG<sup>38</sup>).<sup>39</sup> Mitunter muss jedoch eine Frage aus einem anderen Rechtsgebiet beantwortet werden, bevor über den Verfahrensgegenstand im eigenen Zuständigkeitsbereich entschieden werden kann. Die Verwaltungsrechtspflegeorgane sind unter Vorbehalt abweichender gesetzlicher Regelung befugt, solche fremdrechtliche Vorfragen zu prüfen, solange die für die Hauptfrage zuständige Behörde noch nicht darüber entschieden hat. Die Beurteilung fremdrechtlicher Vorfragen präjudiziert ein Verfahren vor der zuständigen Instanz nicht. Es bleibt den Parteien im Übrigen unbenommen, die bloss vorfrageweise beantwortete Rechtsfrage der sachlich zuständigen Instanz zur Entscheidung vorzulegen, wobei eine spätere Beurteilung der Vorfrage durch die zuständige Behörde keinen Einfluss auf die Erkenntnis der Verwaltungsrechtspflegebehörde hat. Ist eine fremdrechtliche Vorfrage zu beantworten, kann die Verwaltungsrechtspflegebehörde das Verfahren auch einstellen und den Interessierten Gelegenheit geben, die Vorfrage durch die zuständige Instanz entschieden zu lassen, wobei keine Pflicht zur Verfahrenseinstellung besteht.<sup>40</sup>

Das Bestehen oder Nichtbestehen einer Leistungspflicht der B wurde bis anhin nicht gerichtlich entschieden, hat jedoch vorliegend einen Einfluss auf die Beurteilung der Beschwerde, da bei einer klaren Verneinung der Leistungspflicht der B der Beschwerdeführer zur Bezahlung der gesamten (und nicht nur der auf das Jahr 2011 entfallenden) Behandlungskosten ver-

---

<sup>37</sup> BG-Urteil 4A\_158/2011 vom 6. April 2011 E. 1.1; BGE 133 III 439 E. 2.1

<sup>38</sup> Bundesgesetz vom 17. Dezember 2004 betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG; SR 961.01)

<sup>39</sup> Urteil des Verwaltungsgerichts Graubünden vom 24.05.2011 (S 09 54), E. 1.b) und 1.c), mit Hinweisen

<sup>40</sup> Merkli/Aeschlimann/Herzog, a.a.O., Art. 5 Nr. 5 und 6

pflichtet werden darf. Die Leistungspflicht der B wird deshalb im vorliegenden Verfahren als Vorfrage geprüft.

**2.3.2** Die Vorinstanz und der Beschwerdeführer vertreten übereinstimmend die Meinung, die Behandlungskosten der privaten Abteilung hätten von der B übernommen werden müssen. So hatte die Vorinstanz die B wiederholt zur Kostenübernahme aufgefordert und die zusatzversicherten Kosten jeweils in Rechnung gestellt. Erst nach mehrmaliger Weigerung der B, diese Kosten zu übernehmen, hat die Vorinstanz den Beschwerdeführer ins Recht gefasst. Jedoch vertrat die Vorinstanz weiterhin die Meinung, die B habe für die Kosten aufzukommen.<sup>41</sup> Auch der Beschwerdeführer hat die B mehrmals zur Übernahme der zusatzversicherten Behandlungskosten aufgefordert. Die B verweigerte jedoch stets die Übernahme der Behandlungskosten, da die Behandlung im Zusammenhang mit einer Alkoholintoxikation erfolgt sei, was ein Ausschlusskriterium gemäss ihren AVB darstelle.

**2.3.3** Im Verhältnis zwischen dem Beschwerdeführer und der B gelten der Versicherungsvertrag sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Pflegezusatzversicherungen der B (Ausgabe 2007). Gemäss Art. 31.1 dieser AVB sind Krankheiten und Unfälle sowie deren Komplikationen und Spätfolgen, die in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch auftreten, von der Versicherung ausgeschlossen.

Zwischen der Vorinstanz und der B bestand demgegenüber nie ein Versicherungsvertrag, womit die AVB in diesem Verhältnis von Vorneherein keine Geltung haben können. Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Vertrags zwischen der Vorinstanz und der B betreffend Mehrleistung der Vergütung der akut-stationären Behandlung von Patienten in der Halbprivat- oder Privatabteilung des Spitals waren unter anderem Aufenthalte aufgrund Alkoholmissbrauchs vom Geltungsbereich des Vertrags ausgenommen.

**2.3.4** Auf dem Kostengutsprachege such vom 27. Dezember 2010 hatte ein Assistenzarzt der Vorinstanz als Behandlungsgrund Krankheit infolge „C2 Abusus bei Unterkühlung“ aufgeführt, da dies zum Zeitpunkt der Notaufnahme dem primär ersichtlichen Zustand des Beschwerdeführers entsprochen habe. Nachdem der Beschwerdeführer während der Hospitalisation in der Psychiatrieabteilung der Vorinstanz evaluiert worden war, äusserte sich die zuständige Ärztin klar dahingehend, dass der Beschwerdeführer ein deutlich depressives Zustandsbild gezeigt habe und es im Rahmen einer Konfliktsituation zu übermässigem Alkoholkonsum gekommen sei.<sup>42</sup> Daraufhin korrigierte die Vorinstanz am 11. Januar 2011 gegenüber der B die anfängliche Diagnose und verwies auf das Vorliegen einer psychischen Störung bei psychischer Belastungssituation. Am 5. März 2012 hielt die Vorinstanz wiederum gegenüber der B sowie gegenüber der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers ausdrücklich

---

<sup>41</sup> Beschwerdevernehmlassung vom 4. September 2012 S. 7, letzter Absatz

<sup>42</sup> Schreiben Dr. D (Chefarzt) und Dr. Z (Assistenzarzt) an den Vertrauensarzt der B vom 5. März 2012

fest, die Ursache der Hospitalisation sei eine psychische Erkrankung mit konsekutivem einmaligem Alkoholexzess. Der Beschwerdeführer habe bereits Wochen vor der Hospitalisation an einem deutlich depressiven Zustand gelitten, beeinflusst durch die starke Arbeitsbelastung und die Komplikationen der Frühschwangerschaft der Ehefrau. Am 26. Dezember 2010 sei es im Rahmen eines familiären Konflikts zu übermässigem Alkoholkonsum gekommen, woraufhin der Beschwerdeführer in der Nacht in den Wald gegangen und gestürzt sei. Er habe mehrere Stunden im Freien gelegen und sich dadurch ein schweres Liegetrauma zugezogen.<sup>43</sup> Der Beschwerdeführer sei aufgrund eines Liegetraumas hospitalisiert worden. Beim Spitaleintritt habe sich ein stark unterkühlter Patient in reduziertem Allgemeinzustand und mit Schürfwunden an beiden Händen, einer Prellung am Kopf und einem Zungenbiss gezeigt. Aufgrund des Liegetraumas sei eine zehntägige stationäre Behandlung mit intravenöser Flüssigkeitsabgabe, Kontrolle der Nierenfunktion und Behandlung der Erfrierungen indiziert gewesen. Bei einem Alkoholexzess werde der Patient dagegen in der Regel eine Nacht überwacht und am nächsten Tag wieder entlassen. Der Beschwerdeführer habe keinerlei Entzugserscheinungen gezeigt, was dafür spreche, dass es sich um einen einmaligen Alkoholexzess und nicht um ein Alkoholabhängigkeitssyndrom handle.<sup>44</sup>

**2.3.5** Die behandelnden Ärzte haben demnach übereinstimmend festgestellt, dass der vorbestehende depressive Zustand des Beschwerdeführers bei psychischer Belastungssituation ursächlich dafür war, dass der Beschwerdeführer zu viel Alkohol konsumiert und sich ein Liegetrauma zugezogen hatte. Das dem Spitalaufenthalt des Beschwerdeführers zugrunde liegende Liegetrauma ist damit auf eine psychische Erkrankung (Depression) und nicht auf einen Alkoholmissbrauch zurückzuführen.<sup>45</sup>

Die B kann somit weder gegenüber der Vorinstanz die Kostenübernahme mit dem Argument ablehnen, es handle sich um einen Spitalaufenthalt aufgrund Alkoholmissbrauchs, noch kann sie gegenüber dem Beschwerdeführer einwenden, seine psychische Erkrankung (und das darauf zurückzuführende Liegetrauma) seien im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch aufgetreten.

Damit ist im Rahmen einer vorfrageweisen Überprüfung die Leistungspflicht der B zu bejahen. Dies bedeutet für den vorliegenden Fall, dass die Vorinstanz die auf die Zeit vom 27. Dezember 2010 bis 31. Dezember 2010 entfallenden Behandlungskosten zuerst auf dem Rechtsweg von der B hätte einfordern müssen. Erst nach einem rechtskräftigen, die Leistungspflicht der B verneinenden Entscheid hätte die Vorinstanz direkt gegen den Beschwerdeführer vorgehen dürfen. Bis dahin bleibt die B Schuldnerin der auf die Zeit vom 27. Dezember

---

<sup>43</sup> Schreiben Dr. D (Chefarzt) und Dr. Z (Assistenzarzt) an den Vertrauensarzt der B vom 5. März 2012

<sup>44</sup> Schreiben Dr. D an die C Rechtsschutzversicherung vom 5. März 2012

<sup>45</sup> Vgl. zur Leistungspflicht der Zusatzversicherung bei Alkoholkonsum auch das Urteil des Verwaltungsgerichts Graubünden vom 24.05.2011 (S 09 54), E. 3

bis 31. Dezember 2010 entfallenden Behandlungskosten, und die Vorinstanz durfte diese Kosten nicht vom Beschwerdeführer einfordern.

Als Zwischenresultat ist festzuhalten, dass die Vorinstanz mangels Vereinbarung des Kostenvergütungssystems des „Tiers payant“ ab dem Jahr 2011 höchstens die auf das Jahr 2011 entfallenden Behandlungskosten direkt beim Beschwerdeführer einfordern durfte.

**2.4** Der Beschwerdeführer rügt weiter, die Vorinstanz sei ihrer wirtschaftlichen Aufklärungspflicht ihm gegenüber nicht nachgekommen. Zudem hätte die Vorinstanz erkennen müssen, dass die B die Kostengutsprache infolge ihrer Eintrittsdiagnose „C2 Abusus bei Unterkühlung“ ablehnen würde. Die entscheidende Information, dass die B allenfalls eine Kostenbeteiligung ablehnen könnte, sei nicht mitgeteilt worden. Da die B bisherige stationäre Aufenthalte des Beschwerdeführers stets bezahlt habe, habe er nicht damit rechnen müssen, dass sie die Kostenbeteiligung in der Privatabteilung der Vorinstanz ablehnen würde.

Die Schwester des Beschwerdeführers hat mit Schreiben vom 6. November 2012 festgehalten, sie sei von der Vorinstanz nicht über das Kostenrisiko informiert worden. Die Vorinstanz habe vielmehr die Kostendeckung durch die Versicherungen bestätigt.

Die Vorinstanz hält dazu fest, der Beschwerdeführer trage das Risiko, dass die Zusatzversicherung eine Kostenübernahme ablehne, da er in korrekter Art und Weise auf dieses Risiko aufmerksam gemacht worden sei. Die Schwester des Beschwerdeführers habe das Formular „Verpflichtungserklärung Privat-/Halbprivatabteilung“ unterzeichnet, worauf unmissverständlich auf das Kostenrisiko im Falle einer ungenügenden Versicherungsdeckung hingewiesen werde. Der Beschwerdeführer müsse sich die Unterzeichnung dieser Verpflichtungserklärung durch seine Angehörige anrechnen lassen, selbst wenn seine Schwester das Formular nicht durchgelesen haben sollte.

Die Gebühren für die ärztliche Behandlung an einem öffentlichen Spital sind nur für pflichtgemäss erbrachte Leistungen geschuldet.<sup>46</sup> Zu den allgemeinen Berufspflichten des Arztes gehört unabhängig davon, ob er im Rahmen eines privatrechtlichen Vertragsverhältnisses oder als Angestellter des Staates handelt, die Pflicht, den Patienten vor einem ärztlichen Eingriff in angemessener Weise aufzuklären.<sup>47</sup> Diese Aufklärung beinhaltet auch eine minimale wirtschaftliche Aufklärung. Es obliegt daher dem Arzt oder Spital, den Patienten über die voraussichtlichen Kosten einer Behandlung aufzuklären und ihn insbesondere darauf aufmerksam zu machen, wenn keine ausreichende Versicherungsdeckung besteht oder darüber zumindest Zweifel herrscht.<sup>48</sup> Die wirtschaftliche Aufklärung ist lediglich eine leistungsbegleitende Ne-

---

<sup>46</sup> VGE 19683 E. 2b; Urteil des Verwaltungsgerichts ZH vom 23. Oktober 2003 (VB.2003.00240), E. 2.b

<sup>47</sup> BGE 117 Ib 197 E. 2a

<sup>48</sup> BGE 119 II 456 E. 2

benpflicht des Spitals.<sup>49</sup> Auch nach Art. 39 GesG<sup>50</sup> ist die Patientin oder der Patient in vollständiger, angemessener und verständlicher Weise unter anderem über die Kosten einer beabsichtigten vorbeugenden, diagnostischen oder therapeutischen Massnahme und Behandlungsalternativen aufzuklären. Gemäss Art. 40 Abs. 2 GesG wird die Zustimmung in Notfällen vermutet, wenn die Massnahme dringlich und unerlässlich ist, um eine unmittelbare und schwere Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit der Patientin oder des Patienten abzuwenden, und wenn keine entgegenstehende Meinungsäusserung bekannt ist. Die Aufklärung ist nachzuholen, sobald die Umstände es erlauben.

Vorliegend hat die Schwester des Beschwerdeführers bei dessen notfallmässiger Einlieferung auf der „Verpflichtungserklärung Privat- / Halbprivatabteilung“ angegeben, dass ihr Bruder über eine Zusatzversicherung für die private Abteilung verfüge. Zudem hat sie ihn mit ihrer Unterschrift verpflichtet, für die Zusatzleistungen bzw. für den Differenzbetrag zwischen der Kostenübernahme der Versicherung nach gültiger Versicherungsklasse und der gewünschten Unterbringungsart selber aufzukommen, sollte keine Zusatzversicherung für die gewünschte Unterbringungsart bestehen.

Dem Beschwerdeführer musste aufgrund der zwischen ihm und der B geltenden AVB bekannt sein, dass übermässiger Alkoholkonsum unter Umständen zu einem Ausschluss der Leistungspflicht führen kann. Da Alkoholmissbrauch nicht nur in den AVB, sondern auch im Vertrag zwischen der Vorinstanz und der B als Ausschlusskriterium aufgeführt war, musste auch die Vorinstanz aufgrund ihrer ursprünglichen und später korrigierten Diagnose vom 27. Dezember 2010 vermerkten Diagnose „C2 Abusus bei Unterkühlung“ gewisse Zweifel an der Kostenübernahme durch die B haben. Es stellt sich jedoch die Frage, wie weit die wirtschaftliche Aufklärungspflicht der Vorinstanz geht.

Die Vorinstanz hatte sich ab dem 11. Januar 2011 wiederholt dahingehend geäussert, der Beschwerdeführer sei wegen einem schweren Liegetrauma, welches auf eine depressive Erkrankung mit psychischer Belastungssituation zurückzuführen war, hospitalisiert worden.

Die B hätte, wie unter Ziff. 2.3 dargelegt, bei dieser Diagnose die Kosten übernehmen müssen. Die wirtschaftliche Aufklärungspflicht kann nicht soweit reichen, dass die Vorinstanz den Beschwerdeführer auf sämtliche denkbaren (und auch unbegründeten) Einwände seitens der B aufmerksam machen musste. Ein entsprechender Hinweis seitens der Vorinstanz, die B übernehme möglicherweise die Kosten wegen des Alkoholkonsums nicht, hätten zudem wohl zu keinem anderen Ergebnis geführt, da der Beschwerdeführer ebenfalls stets der Überzeugung war, die B müsse die Kosten übernehmen.

---

<sup>49</sup> Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Zürich vom 23. Oktober 2003 (VB.2003.00240), E. 2.d)

<sup>50</sup> Gesundheitsgesetz vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01)

Der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht war demnach mit dem Hinweis der Vorinstanz auf das Kostenrisiko im Falle einer ungenügenden Versicherungsdeckung Genüge getan.

**2.5** Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Vorinstanz die auf die Zeit vom 27. Dezember 2010 bis 31. Dezember 2010 entfallenden zusatzversicherten Behandlungskosten im Widerspruch zu dem zwischen ihr und der B geltenden Vertrag und damit zu Unrecht direkt beim Beschwerdeführer eingefordert hat. In diesem Umfang ist die Beschwerde gutzuheissen.

Die auf die Zeit vom 1. Januar 2011 bis 5. Januar 2011 entfallenden Kosten durfte die Vorinstanz indessen mangels vertraglicher Vereinbarung des Systems des „Tiers payant“ direkt beim Beschwerdeführer einfordern. In diesem Umfang ist die Beschwerde abzuweisen.

Da weder der Rechnung Nr. .... vom 28. September 2011 noch der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2012 zu entnehmen ist, welche der zusatzversicherten Leistungen im Jahr 2010 resp. 2011 erbracht wurden, wird die Vorinstanz zwei neue Rechnungen (zuhanden der B sowie zuhanden des Beschwerdeführers) mit der entsprechenden Aufteilung auf die Jahre 2010 und 2011 erstellen und die auf das Jahr 2011 entfallenden zusatzversicherten Behandlungskosten gegenüber dem Beschwerdeführer neu verfügen müssen.

### **3. Verzugszins**

Sodann ist die Auferlegung des Verzugszinses zu 5 % ab dem 28. November 2011 an den Beschwerdeführer zu prüfen.

Verzugszins ist grundsätzlich auch bei öffentlich-rechtlichen Geldforderungen geschuldet; der gewöhnliche Zinssatz liegt wie im Privatrecht bei 5 %.<sup>51</sup> Die Grundsätze des Privatrechts (Art. 102 OR<sup>52</sup>) sind analog anzuwenden.<sup>53</sup> Ist eine Verbindlichkeit fällig, so wird der Schuldner durch Mahnung des Gläubigers in Verzug gesetzt (Art. 102 Abs. 1 OR). Zahlungsfristen wie "zahlbar innert 30 Tagen" stellen eine Mahnung dar, weil der Gläubiger unmissverständlich zum Ausdruck bringt, dass er bis zum Ablauf der gesetzten Frist auf Erfüllung besteht.<sup>54</sup>

Vorliegend hat die Vorinstanz dem Beschwerdeführer am 28. September 2011 Rechnung gestellt unter Einräumung einer 30-tägigen Zahlungsfrist. Nach unbenütztem Ablauf der 30-tägigen Zahlungsfrist fiel der Beschwerdeführer ohne weiteres in Verzug und hat spätestens

---

<sup>51</sup> Nicht publiziertes Urteil des Verwaltungsgerichts vom 8. März 2010 (100.2009.236U), E. 2.6, mit Hinweisen

<sup>52</sup> Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht) vom 30. März 1911 (OR, SR 220)

<sup>53</sup> BVR 1992 S. 54, 67 E. 9

<sup>54</sup> Marius Schraner, Kommentar zum schweizerischen Zivilrecht (Zürcher Kommentar), Bd. V/1e, Die Erfüllung der Obligationen, Art. 68-96 OR, 2000, S. 170 N. 37

ab dem 28. November 2011 einen Verzugszins von 5 % auf den auf die Zeit vom 1. Januar 2011 bis 5. Januar 2011 entfallenden zusatzversicherten Behandlungskosten zu entrichten.

#### **4. Kosten des Zahlungsbefehls**

Schliesslich ist die Auferlegung der Kosten des Zahlungsbefehls an den Beschwerdeführer zu prüfen.

Kosten für Betreibungen, die vor dem Erlass einer Verfügung entstanden sind, können nicht mittels Verfügung auf den Schuldner überwältzt werden. Das ergibt sich aus dem in Art. 49 VRPG verankerten Grundsatzes des Vorrangs der Verfügung, wonach öffentlich-rechtliche Rechtsverhältnisse von Gesetzes wegen auf dem Verfügungsweg zu regeln sind. Damit kommt auch zum Ausdruck, dass öffentlich-rechtliche Geldforderungen grundsätzlich durch Verfügung festzusetzen sind, bevor sie in Betreibung gesetzt werden. Zwar kann es durchaus sinnvoll sein, öffentlich-rechtliche Geldleistungen zunächst auf dem Wege der Rechnungstellung und Mahnung einzufordern und erst anschliessend eine Verfügung zu erlassen. Leitet die Behörde jedoch – wie hier – vor dem Erlass einer Verfügung die Betreibung ein, verursacht sie dadurch zulasten des Schuldners Kosten, bevor dieser im Besitz einer Verfügung ist, dem sie den Grund für die Forderung entnehmen kann. Dadurch werden die Betroffenen im Falle des Unterliegens gezwungen, Betreibungskosten zu bezahlen, die tatsächlich unnötig gewesen wären.<sup>55</sup>

Demnach darf die Vorinstanz vorliegend die Kosten für den vor Erlass der Verfügung zugestellten Zahlungsbefehl (Betreibungskosten) nicht dem Beschwerdeführer überwältzen.

#### **5. Aufhebung des Rechtsvorschlages durch die Vorinstanz**

**5.1** Der Beschwerdeführer beantragt, der von ihm in der Betreibung Nr. .... erhobene Rechtsvorschlag sei nicht aufzuheben.

**5.2** Gemäss Art. 79 SchKG<sup>56</sup> hat ein Gläubiger, gegen dessen Betreibung Rechtsvorschlag erhoben worden ist, seinen Anspruch im Zivilprozess oder im Verwaltungsverfahren geltend zu machen. Er kann die Fortsetzung der Betreibung nur aufgrund eines rechtskräftigen Entscheids erwirken, der den Rechtsvorschlag ausdrücklich beseitigt.

Diejenigen Verwaltungsbehörden, deren materielle Verfügungen im Rechtsöffnungsverfahren zur definitiven Rechtsöffnung berechtigen würden, können einen Rechtsvorschlag selber beseitigen. Es handelt sich hierbei um Entscheide der Bundesbehörden und der kantonalen Be-

---

<sup>55</sup> BVR 1993 S. 500 ff.; BVR 1999 S. 525 ff. Erw. 3.c)

<sup>56</sup> Bundesgesetz vom 11. April 1889 über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG, SR 281.1)

hörden, soweit sie das kantonale Recht den vollstreckbaren gerichtlichen Urteilen gleichsetzt (Art. 81 Abs. 2 Ziff. 2 und 3 SchKG).<sup>57</sup>

Im Kanton Bern werden im Rechtsöffnungsverfahren rechtskräftige Verfügungen und Entschiede von Behörden im Sinne von Art. 2 VRPG einem vollstreckbaren Gerichtsurteil gleichgestellt (Art. 14 Bst. a EG SchKG<sup>58</sup>). Verwaltungsbehörde ist neben den Beschwerdeinstanzen insbesondere auch die erstinstanzlich verfügende Behörde.<sup>59</sup>

Voraussetzung für eine direkte Fortsetzung der Betreuung ohne Durchlaufen des Rechtsöffnungsverfahrens nach Art. 80 SchKG ist zudem, dass das Dispositiv der Verwaltungsverfügung mit Bestimmtheit auf die hängige Betreuung Bezug nimmt und den Rechtsvorschlag ausdrücklich als aufgehoben erklärt, sei es vollumfänglich oder in einer bestimmten Höhe.<sup>60</sup> Die Verwaltungsbehörde hat demnach in ihrer Verfügung nicht bloss einen Sachentscheid über die Verpflichtung des Versicherten zu einer Geldzahlung zu fällen, sondern gleichzeitig auch als Rechtsöffnungsinstanz über die Aufhebung des Rechtsvorschlags zu befinden.<sup>61</sup> Die materielle Verfügung über den in Betreuung gesetzten Anspruch muss nach erhobenem Rechtsvorschlag und zusammen mit dessen Beseitigung erlassen werden. Hat die Verwaltungsbehörde bereits vor Einleitung der Betreuung eine Verfügung erlassen, so kann sie nicht nachträglich den Rechtsvorschlag beseitigen, sondern muss das Verfahren der definitiven Rechtsöffnung einleiten. Vollstreckungsrichterliche Funktionen kommen der Verwaltungsbehörde nur zu, wenn sie gleichzeitig materiell über den Anspruch entscheidet.<sup>62</sup>

**5.3** Die Vorinstanz handelt vorliegend als Behörde i.S.v. Art. 2 Abs. 1 Bst. c VRPG. Die angefochtene materielle Verfügung (Zahlungsverpflichtung des Beschwerdeführers) würde nach Eintritt der Rechtskraft im Rechtsöffnungsverfahren als definitiver Rechtsöffnungstitel anerkannt. Die Vorinstanz nimmt in der angefochtenen Verfügung Bezug auf die beim Betreibungsamt Dienststelle Oberaargau hängige Betreuung Nr. .... und erklärt, der Rechtsvorschlag sei im Umfang von CHF 7'248.30 (Behandlungskosten und Kosten des Zahlungsfehls) nebst Verzugszins aufzuheben. Zugleich entscheidet die Vorinstanz in der angefochtenen Verfügung materiell über den in Betreuung gesetzten Anspruch. Als Zwischenresultat kann somit festgehalten werden, dass die Vorinstanz grundsätzlich berechtigt war, den Rechtsvorschlag des Beschwerdeführers zu beseitigen.

---

<sup>57</sup> Daniel Staehelin, Die Beseitigung des Rechtsvorschlags (Art. 79 – 84 SchKG), Sonderdruck aus dem Kommentar zum Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs, 1998, Nrn 14 f. zu Art. 79 SchKG

<sup>58</sup> Einführungsgesetz vom 16. März 1995 zum Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs (EG SchKG, BSG 281.1)

<sup>59</sup> BGE 121 V 111

<sup>60</sup> BGE 109 V 49 E. 3b, 107 III 64 E. 3; ZAK 1989 S. 519, 1984 S. 191 E. 4b, 1982 S. 357; vgl. ferner RKUV 1984 Nr. K 577 S. 102

<sup>61</sup> BGE 107 III 65; ZAK 1984 S. 191 E. 4b; BGE 119 V 329

<sup>62</sup> Staehelin, a.a.O., N 16 zu Art. 79 SchKG

**5.4** Der Rechtsvorschlag kann nur in demjenigen Umfang aufgehoben werden, in dem die materielle Verpflichtung zu Recht verfügt wurde. Wie vorangehend dargelegt, bestätigt der vorliegende Entscheid die Rechtmässigkeit der Forderung der Vorinstanz gegenüber dem Beschwerdeführer im Umfang der auf die Zeit vom 1. Januar 2011 bis 5. Januar 2011 entfallenden Behandlungskosten nebst Verzugszins zu 5 % seit 28. November 2011 auf diesem Betrag. Da jedoch die auf das Jahr 2011 entfallenden zusatzversicherten Behandlungskosten nicht beziffert werden können, ist ebenfalls unklar, in welchem Umfang der Rechtsvorschlag aufzuheben ist. Der Rechtsvorschlag in der Betreuung Nr. .... vom 19. März 2012 des Betreibungsamtes Dienststelle Oberaargau muss demnach vollumfänglich bestehen bleiben, während die angefochtene Verfügung vom 30. April 2012 aufzuheben ist.

## **6. Ergebnis**

Die Vorinstanz war nicht berechtigt, die auf das Jahr 2010 entfallenden zusatzversicherten Behandlungskosten nebst Verzugszins zu 5 % seit 28. November 2011 sowie die Kosten des Zahlungsbefehls dem Beschwerdeführer zur Zahlung aufzuerlegen. Die Beschwerde ist insoweit gutzuheissen.

Demgegenüber durfte die Vorinstanz die auf das Jahr 2011 entfallenden zusatzversicherten Behandlungskosten nebst Verzugszins zu 5 % seit dem 28. November 2011 dem Beschwerdeführer zur Zahlung auferlegen. Die Beschwerde ist insoweit abzuweisen.

Da nicht bestimmbar ist, welche zusatzversicherten Leistungen die Vorinstanz im Jahr 2010 bzw. im Jahr 2011 erbracht hat, kann auch nicht bestimmt werden, in welchem Umfang der Rechtsvorschlag aufzuheben ist. Der Rechtsvorschlag bleibt demnach – bei Aufhebung der Verfügung vom 30. April 2012 – vollumfänglich bestehen. Die Vorinstanz hat die auf das Jahr 2011 entfallenden zusatzversicherten Behandlungskosten gegenüber dem Beschwerdeführer neu zu verfügen und gegebenenfalls eine neue Betreuung anzuheben.

## **7. Kosten**

**7.1** Die Verfahrenskosten, bestehend aus einer Pauschalgebühr, werden gestützt auf die gesetzliche Gebührenordnung nach pflichtgemäßem Ermessen festgesetzt (Art. 103 Abs. 1 und 2 VRPG). Vorliegend werden die Verfahrenskosten pauschal auf CHF 1'200.00 festgesetzt (Art. 19 Abs. 1 i.V.m. Art. 4 Abs. 2 GebV<sup>63</sup>).

---

<sup>63</sup> Verordnung vom 22. Februar 1995 über die Gebühren der Kantonsverwaltung (Gebührenverordnung, GebV; BSG 154.21)

Die Verfahrenskosten werden der unterliegenden Partei auferlegt, es sei denn, das prozessuale Verhalten einer Partei gebiete eine andere Verlegung oder die besonderen Umstände rechtfertigten, keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 108 Abs.1 VRPG). Werden die Begehren keiner Partei vollumfänglich gutgeheissen, unterliegen alle Parteien teilweise und richtet sich ihre Kostenpflicht im Normalfall nach dem Mass des Unterliegens.<sup>64</sup>

Behörden im Sinne von Art. 2 Abs. 1 Bst. a VRPG werden keine Verfahrenskosten auferlegt. Anderen Vorinstanzen oder beschwerdeführenden und unterliegenden Behörden werden Verfahrenskosten nur auferlegt, wenn sie in ihren Vermögensinteressen betroffen sind (Art. 108 Abs. 2 VRPG). Vermögensrechtliche Streitigkeiten bzw. überwiegend vermögensrechtliche Rechtsstreite sind solche um geldwerte Ansprüche und Verpflichtungen, wobei die finanziellen Gesichtspunkte im Vordergrund stehen müssen.<sup>65</sup>

Der Beschwerdeführer ist mit seinen Anträgen bezüglich der auf das Jahr 2010 entfallenden Behandlungskosten, der Kosten des Zahlungsbefehls und der Aufrechterhaltung des Rechtsvorschlages durchgedrungen und bezüglich der Verfügungskompetenz der Vorinstanz und der auf das Jahr 2011 entfallenden Behandlungskosten unterlegen. Der Beschwerdeführer wie auch die Vorinstanz unterliegen damit vorliegend rund zur Hälfte und es rechtfertigt sich eine hälftige Teilung der Verfahrenskosten (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Die Vorinstanz ist als Behörde im Sinne von Art. 2 Abs. 1 Bst. c VRPG in ihren Vermögensinteressen betroffen und daher ebenfalls kostenpflichtig.

**7.2** Die unterliegende Partei hat der Gegenpartei die Parteikosten zu ersetzen, sofern nicht deren prozessuales Verhalten oder die besonderen Umstände eine andere Teilung oder Wettschlagung gebieten oder die Auflage der Parteikosten ans Gemeinwesen als gerechtfertigt erscheint (Art. 108 Abs. 3 VRPG). Die Parteikosten umfassen den durch die berufsmässige Parteivertretung anfallenden Aufwand. Die Bemessung des Parteikostenersatzes richtet sich nach den Vorschriften der Anwaltsgesetzgebung (Art. 104 Abs. 1 VRPG).

Vorliegend sind sowohl der Beschwerdeführer als auch die Vorinstanz anwaltlich vertreten. Der Beschwerdeführer beziffert seine Parteikosten mit CHF 4'067.70, während die Vorinstanz Parteikosten in der Höhe von CHF 4'975.65 geltend macht. Die von den Rechtsvertretern der Verfahrensbeteiligten eingereichten Kostennoten geben keinen Anlass zu Bemerkungen. Da sowohl der Beschwerdeführer als auch die Vorinstanz rund zur Hälfte unterliegen, werden die Parteikosten wettgeschlagen.

---

<sup>64</sup> Merkli/Aeschlimann/Herzog, a.a.O., Art. 108 N.2

<sup>65</sup> Merkli/Aeschlimann/Herzog, a.a.O., Art. 104 N. 3

### **III. Entscheid**

1. Betreffend die auf das Jahr 2010 entfallenden zusatzversicherten Behandlungskosten nebst Verzugszins zu 5 % seit dem 28. November 2011 wird die Beschwerde gutgeheissen.
2. Betreffend die Kosten des Zahlungsbefehls in der Höhe von CHF 73.00 wird die Beschwerde gutgeheissen.
3. Soweit weitergehend, wird die Beschwerde abgewiesen.
4. Die Verfügung der Vorinstanz vom 30. April 2012 wird aufgehoben.
5. Die Vorinstanz wird angewiesen, im Sinne der Erwägungen die auf das Jahr 2011 entfallenden zusatzversicherten Behandlungskosten gegenüber dem Beschwerdeführer neu zu verfügen.
6. Dem Beschwerdeführer werden Verfahrenskosten in der Höhe von CHF 600.00 zur Bezahlung auferlegt.  
Eine separate Zahlungseinladung folgt nach Rechtskraft dieses Entscheides.
7. Der Vorinstanz werden Verfahrenskosten in der Höhe von CHF 600.00 zur Bezahlung auferlegt.  
Eine separate Zahlungseinladung folgt nach Rechtskraft dieses Entscheides.
8. Parteikosten werden keine gesprochen.

### **IV. Eröffnung**

- Beschwerdeführer, per GU
- Vorinstanz, [Adresse]per GU

DER GESUNDHEITS- UND  
FÜRSORGEDIREKTOR

sig. Perrenoud

Philippe Perrenoud  
Regierungsrat

### **Rechtsmittelbelehrung**

Dieser Entscheid kann innert 30 Tagen seit seiner Eröffnung mit schriftlicher und begründeter Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Verwaltungsrechtliche Abteilung, Speichergasse 12, 3011 Bern angefochten werden. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde, die mindestens in 2 Exemplaren einzureichen ist, muss einen Antrag, die Angabe von Tatsachen und Beweismitteln, eine Begründung sowie eine Unterschrift enthalten; der angefochtene Entscheid und greifbare Beweismittel sind beizulegen.