Obergericht Appenzell Ausserrhoden

3. Abteilung

Urteil vom 19. Mai 2026

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident D. Hofmann Oberrichterinnen K. Schindler-Pfister, S. Scheidegger Oberrichter H.P. Fischer, M. Schneider Obergerichtsschreiber M. Giger
Verfahren Nr.	O3V 25 21
Ort des Entscheids	Trogen
Kläger	**A.** vertreten durch: RA AA.
Beklagte	**B.**
Gegenstand	**Forderung aus Zusatzversicherung nach VVG**

Rechtsbegehren

a) des Klägers (gemäss Klageschrift):

1. Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger Fr. 102.33 zu bezahlen, zuzüglich Zins zu 5 % ab Rechtshängigkeit.
2. Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger die zukünftigen Kosten für das Medikament "Circadin Ret. Tabl. 2 mg 21 Stk." im Rahmen einer ärztlichen Verordnung und gemäss den vertraglichen Bestimmungen zu vergüten.
3. Eventualiter zu 2. sei festzustellen, dass die Beklagte dem Kläger 90 % der zukünftigen Kosten für das Medikament "Circadin Ret. Tabl. 2 mg 21 Stk." im Rahmen einer ärztlichen Verordnung und gemäss den vertraglichen Bestimmungen zu vergüten hat.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich Mehrwertsteuer zu Lasten der Beklagten.

b) der Beklagten:

1. Die Klage sei vollumfänglich abzuweisen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers.

Sachverhalt

A. Der XXXX geborene A. verfügt bei der B. AG über die Police "Ambulantversicherung myFlex" (vgl. kläg. act. 2). Aufgrund einer Verordnung seiner Ärztin Dr. D. bezieht er das Medikament "Circadin Ret. Tabl. 2 mg 21 Stk.". Die B. AG lehnt gegenüber dem Versicherten die Übernahme der Kosten für das Präparat ab, mit der Begründung, letztere seien durch die Ambulantversicherung myFlex nicht gedeckt (vgl. namentlich kläg. act. 12).

B. Am 10. Juli 2025 gelangte A., vertreten durch RA AA., klageweise ans Obergericht Appenzell Ausserrhoden und stellte das eingangs zitierte Rechtsbegehren (act. 1). Die Klageantwort der B. mit dem Antrag auf Abweisung der Klage wurde am 2. September 2025 erstattet (act. 6). Mit Replik vom 7. Oktober 2025 hielt der Kläger an seinem Rechtsbegehren fest (act. 11), des Gleichen die Beklagte in ihrer Duplik vom 28. Oktober 2025 (act. 14).

C. Auf die einzelnen Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften sowie auf die im Recht liegenden Beweismittel wird, soweit rechtserheblich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG, SR 932.12) vom 26. September 2014 dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG, SR 221.229.1) vom 2. April 1908. Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind somit privatrechtlicher Natur, weshalb strittige Ansprüche darüber in einem zivilprozessualen Verfahren geltend zu machen sind. Das Verfahren im Zivilprozess regelt die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) vom 19. Dezember 2008 (Urteil des Kantonsgerichts Basel-Landschaft 731 23 92 / 125 vom 30. Mai 2024 E. 1.1).

1.2 Gemäss Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO ist bei Streitigkeiten aus Konsumentenverträgen für Klagen der Konsumenten das Gericht am Wohnsitz oder Sitz einer der Parteien zuständig. Auf diesen Gerichtsstand kann der Konsument nicht zum Voraus oder durch Einlassung verzichten (Art. 35 Abs. 1 lit. a ZPO). Als Konsumentenverträge gelten nach Art. 32 Abs. 2 ZPO Verträge über Leistungen des üblichen Verbrauchs, die für die persönlichen oder familiären Bedürfnisse der Konsumentin oder des Konsumenten bestimmt sind und von der anderen Partei im Rahmen ihrer beruflichen oder gewerblichen Tätigkeit angeboten werden. Verträge zwischen einer Privatperson und einer Versicherungsgesellschaft über eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung gelten als Konsumentenvertrag (Urteil des Obergerichts Appenzell Ausserrhoden ERV 22 38 vom 12. Juli 2023 E. 1.3). Vorliegend hat der Kläger in seiner Eigenschaft als Konsument somit das Recht, das Gericht an seinem Wohnsitz (C.) im Kanton Appenzell Ausserrhoden anzurufen. Dies entspricht im Übrigen den einschlägigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten (AVB, Ausgabe 01.2025). Gemäss Ziffer 42.2 der AVB sind nämlich für Klagen gegen die B. (u.a.) die Gerichte am schweizerischen Wohnort des Versicherungsnehmers zuständig (kläg. act. 3).

1.3 Laut Art. 7 ZPO können die Kantone für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz zuständig ist. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden ist nach Art. 28 lit. c des Justizgesetzes (JG; bGS 145.31) das Obergericht in seiner Funktion als Organ der Verwaltungsrechtspflege für Streitigkeiten um Leistungen aus Zusatzversicherungen zuständig. Im vorliegenden Fall ist die sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts somit gegeben.

1.4 Als privatrechtliche Streitigkeit unterliegt der Streit um Leistungen aus der Zusatzversicherung der ZPO, auch wenn - wie vorliegend - nicht das Zivilgericht zuständig ist (Art. 1 lit. a ZPO). Somit kommt grundsätzlich auch Art. 197 ZPO zur Anwendung. Diese Bestimmung sieht vor, dass dem zivilrechtlichen Entscheidverfahren in der Regel ein Schlichtungsversuch vor einer Schlichtungsbehörde vorausgeht. Nach der Rechtsprechung ist indessen bei Streitigkeiten um Leistungen aus der Zusatzversicherung auf ein vorgängiges Schlichtungsverfahren zu verzichten, weil für diese Streitigkeiten eine Gleichbehandlung angebracht ist mit den Streitigkeiten, welche im Ausnahmekatalog von Art. 198 ZPO aufgeführt sind. Vorliegend hat der Kläger somit zu Recht direkt Klage beim Obergericht erhoben (Urteil des Obergerichts Appenzell Ausserrhoden ERV 22 38 vom 12. Juli 2023 E. 1.3 lit. c, mit Verweisen).

1.5 Die vorliegende Streitigkeit untersteht ohne Rücksicht auf den Streitwert den Regeln über das vereinfachte Verfahren (Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO), wobei gemäss Art. 219 ZPO die Bestimmungen über das ordentliche Verfahren sinngemäss gelten (Urteil des Obergerichts Appenzell Ausserrhoden ERV 22 38 vom 12. Juli 2023 E. 1.3 lit. d, mit Verweisen). Vorliegend wurde ein doppelter Schriftenwechsel durchgeführt, mangels eines entsprechenden Antrags der Parteien indessen auf eine Hauptverhandlung verzichtet.

1.6 Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO sieht vor, dass das Gericht in Angelegenheiten nach Art. 243 Abs. 2 ZPO den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt (sogenannte abgeschwächte oder soziale Untersuchungsmaxime). Im Geltungsbereich dieser Untersuchungsmaxime besteht begriffsnotwendig keine Beweisführungslast. Der Untersuchungsgrundsatz befreit die Parteien indessen nicht davon, bei der Feststellung des entscheidwesentlichen Sachverhalts aktiv mitzuwirken. Sie haben die relevanten Fakten vorzubringen und die allenfalls zu erhebenden Beweismittel nach Möglichkeit zu bezeichnen. Das Gericht hat jedoch nach den Regeln der Beweislast zu urteilen (Urteil des Obergerichts Appenzell Ausserrhoden ERV 22 38 vom 12. Juli 2023 E. 1.3 lit. e, mit Verweisen).

1.7 In Streitigkeiten aus Krankentaggeldversicherungen nach VVG können neue Tatsachen und Beweismittel bis zur Urteilsberatung vorgebracht werden (Art. 219 in Verbindung mit Art. 229 Abs. 3 ZPO).

1.8 Grundsätzlich kann auf die Klage nach dem Gesagten eingetreten werden. Zu beachten gilt es zwar noch, dass der Kläger replikweise Ziffer 1 seines Rechtsbegehrens betragsmässig ausgeweitet hat. Ob und inwieweit dies zulässig, braucht freilich nicht beantwortet zu werden. Denn der Kläger hat gegenüber der Beklagten ohnehin keinerlei Rechtsansprüche in Bezug auf den hier zu beurteilenden Streitgegenstand (konkret die Frage der

Kostenübernahmepflicht der B. hinsichtlich des Präparats Circadin), wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen werden.

2.

2.1 Nach Art. 8 ZGB hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Diese Grundregel, die durch abweichende gesetzliche Regelungen verändert werden kann, gilt auch im Bereich des Versicherungsvertragsgesetzes. Der Eintritt des Versicherungsfalls ist nach diesen Grundsätzen vom Anspruchsberechtigten zu beweisen (Urteil des Obergerichts Appenzell Ausserrhoden ERV 22 38 vom 12. Juli 2023 E. 1.4, mit Verweisen).

2.2 In der Regel gilt der Beweis für eine rechtserhebliche Tatsache als erbracht, wenn das zuständige Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist. Absolute Gewissheit ist hierzu nicht erforderlich. Es genügt, wenn das Gericht am Vorliegen der behaupteten Tatsache keine ernsthaften Zweifel mehr hat oder allenfalls verbleibende Zweifel unter den gegebenen Umständen nicht nennenswert ins Gewicht fallen. Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst der Versicherungsnehmer insofern eine Beweiserleichterung, als er nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Für andere rechtserhebliche Tatsachen, deren Beweis keine besonderen Schwierigkeiten bietet, gilt hingegen das ordentliche Beweismass. Beim Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist verlangt, dass die Möglichkeit, es könnte sich auch anders verhalten, zwar nicht ausgeschlossen ist, sie aber für die betreffende Tatsache weder eine massgebende Rolle spielen noch vernünftigerweise in Betracht fallen darf. Nach der Rechtsprechung kann sich, wenn der strikte Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich beziehungsweise nicht zumutbar ist, auch der Versicherer in Bezug auf Tatsachen, für welche ihm die Beweislast obliegt, auf eine Reduktion des Beweismasses auf den Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit berufen. Gemäss Art. 157 ZPO bildet sich das Gericht seine Überzeugung nach freier Würdigung der Beweise. Das Gericht legt demzufolge die Kraft eines Beweismittels nach seiner Überzeugung fest und befindet frei von Beweisregeln, nach seiner eigenen Überzeugung darüber, ob es eine behauptete Tatsache als wahr oder

unwahr einstuft (Urteil des Obergerichts Appenzell Ausserrhoden ERV 22 38 vom 12. Juli 2023 E. 1.4, mit Verweisen).

3. Streitig ist, ob der Kläger gegenüber der Beklagten Anspruch darauf hat, dass diese ihm auf der Grundlage der Zusatzversicherung "Ambulantversicherung myFlex" die Kosten für das Medikament "Circadin Ret. Tabl. 2 mg 21 Stk" vergütet.

4. 4.1

Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten. Der Vertragsinhalt richtet sich häufig nach vorformulierten Allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB; MICHAEL ITEN, Der private Versicherungsvertrag: Der Antrag und das Antragsverhältnis, unter Ausschluss der Anzeigepflicht, Freiburg, 1999, S. 23 N. 72). Das Schweizerische Obligationenrecht (OR) gilt immer subsidiär, wenn das VVG - das hinsichtlich des (Zusatz-)Versicherungsvertrages zahlreiche vom OR abweichende oder dieses ergänzende Bestimmungen enthält - eine Frage nicht regelt (vgl. Art. 100 Abs. 1 VVG). Vorformulierte Vertragsbestimmungen sind grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen. Dabei hat das Gericht vom Wortlaut auszugehen und zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint. Es orientiert sich dabei am dispositiven Recht, weil derjenige Vertragspartner, der dieses verdrängen will, das mit hinreichender Deutlichkeit zum Ausdruck bringen muss (BGE 122 III 118 E. 2; Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich KK.2019.00017 vom 2. April 2020 E. 1.5 f.).

4.2

Das grundsätzlich anwendbare VVG enthält keine Bestimmungen, die für die Beurteilung des klägerischen Anspruchs von konkreter Relevanz erscheinen. Es sind deshalb vorab die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend. Zu beachten sind diesbezüglich die Bestimmungen "Krankenzusatzversicherungen nach VVG, Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.2015 (kläg. act. 3) sowie die Regelungen "Ambulantversicherung myFlex", Krankenzusatzversicherung nach VVG, Zusatzbedingungen (ZB), Ausgabe 01.2009 (kläg. act. 4). Im Folgenden sind zunächst die vorliegend von Bedeutung erscheinenden AVB-Regelungen darzustellen (E. 4.2.1), hernach jene der ZB (E. 4.2.2).

4.2.1

Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien sind in der Versicherungspolice, in den vorliegenden AVB, in den Zusatzbedingungen (ZB) sowie in allfälligen übrigen Vereinbarungen geregelt (Ziff. 2.2 AVB).

Die ZB regeln das Versicherungsverhältnis näher und ergänzend zu den vorliegenden AVB. Abweichende Bestimmungen in den ZB gehen den vorliegenden AVB vor (Ziff. 2.3 AVB).

Die Auslegung der in den vorliegenden AVB und in den ZB beschriebenen und verwendeten Begriffe der Krankheit, der Mutterschaft und des Unfalls (vgl. Ziffern 7 und 8), der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit (vgl. Ziffer 27.1) sowie des Wohnsitzes (vgl. Ziffern 13 lit. d oder 38.3) beurteilt sich analog den geltenden Bestimmungen und Kriterien im Sozialversicherungsrecht (Ziff. 6 AVB).

Die Kostenbeteiligungen werden in den ZB geregelt (Art. 17.3 AVB).

Leistungen der B. werden für wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche diagnostische und therapeutische Massnahmen, Medikamente und Hilfsmittel ausgerichtet, wenn diese von einem anerkannten Leistungserbringer gemäss Ziffer 9 erbracht werden. Näheres zum Leistungsanspruch wird in den ZB geregelt (Ziff. 27.1 AVB).

Die B. ist aus einem der nachstehend aufgeführten Gründe berechtigt, die AVB und ZB einseitig anzupassen:
a) Entwicklung der modernen Medizin bzw. Pflege;
b) Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapie- oder Pflegeformen wie z.B. Operationstechniken, Medikamente und Ähnliches;
c) Leistungsänderungen im KVG oder Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung.
Werden die Versicherungsbedingungen angepasst, gelten für die versicherte Person und die B. die neuen Bedingungen. Die B. teilt der versicherten Person die Anpassungen spätestens 30 Tage vor deren Inkrafttreten schriftlich mit (Ziff. 40 AVB).

Die in den vorliegenden AVB und in den ZB genannten, jeweils gültigen Listen der B. (bspw. B.-anerkannte Leistungserbringer gemäss Ziffer 9 AVB) können von ihr jederzeit einseitig geändert werden. Der versicherten Person steht bei einer Änderung der Listen kein Kündigungsrecht zu.
Massgebend sind immer die zum Behandlungszeitpunkt gültigen Listen.
Die Listen können bei der zuständigen Agentur bezogen werden, sofern die ZB nichts Abweichendes vorsehen. Ausserdem kann die B. die Listen im Internet publizieren (Ziff. 41 AVB)

4.2.2

Grundlage der nachstehenden Zusatzbedingungen (ZB) bilden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenzusatzversicherungen nach VVG der B. AG, sofern die vorliegenden ZB keine anders lautenden Regelungen vorsehen (Titelseite).

Die B. erbringt im Versicherungsfall folgende Leistungen ergänzend und im Nachgang zu den Leistungen anderer Sozialversicherungen, insbesondere zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) und/oder zur Unfallversicherung nach Unfallversicherungsgesetz (UVG). Der jeweilige Leistungsumfang für die entsprechend abgeschlossene Versicherungsstufe ist in nachfolgender Tabelle geregelt (Ziff. 2).

(…)

Medikamente: Ärztlich verordnete, wirksame, zweckmässige, wirtschaftliche und in der Schweiz wissenschaftlich anerkannte Medikamente zu den marktüblichen Preisen, die der Krankheitsbehandlung dienen, die nicht in der Spezialitätenliste (SL) und nicht in der «Liste der Präparate für spezielle Verwendungen (LPPV)» enthalten sind. Die B. kann zusätzlich oder anstelle der LPPV eine eigene Liste mit Präparaten führen (vgl. Ziffer 41 AVB), die aus dieser Versicherung nicht oder nur teilweise übernommen werden. 90 %, betraglich unbegrenzt (Ziff. 2.1.3 ZB).

Die B. bestimmt in einer Liste (vgl. Ziffer 41 AVB), welche im Verhältnis zu Ziffer 2 zusätzlichen Leistungen als Dienst- und Mehrleistungen, wie zum Beispiel Gesundheitsförderung, Prävention oder Assistance, erbracht werden können. Es bestehen auch bei den angebotenen Dienst- und Mehrleistungen die drei Angebotsstufen «Economy», «Balance» und «Premium». Die B. bestimmt den jeweiligen Leistungsumfang der einzelnen Angebotsstufen ebenso autonom. Dienst- und Mehrleistungen werden von der Erfüllung gewisser von der B. einseitig formulierten und jederzeit abänderbaren Bedingungen abhängig gemacht. Die Liste der aktuellen Leistungen publiziert die B. im Internet. Sollte die B. im Internet keine solche Liste publizieren, können die Leistungen auf den B.-Agenturen eingesehen werden (Ziff. 3 ZB).

5. AGB-Klauseln (AVB und ZVB) sind, wenn sie in Verträge übernommen werden, grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen (BGE 142 III 671 E. 3.3, mit Verweisen). Entscheidend ist demnach in erster Linie der übereinstimmende wirkliche Wille der Vertragsparteien und in zweiter Linie, falls ein solcher nicht festgestellt werden kann, die Auslegung der Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips, d.h. der mutmassliche Parteiwille ist danach zu ermitteln, wie der jeweilige Erklärungsempfänger die Willensäusserung der andern Vertragspartei nach den gesamten Umständen nach Treu und Glauben verstehen durfte und musste (BGE 140 III 134 E. 3.2). Dabei ist vom Wortlaut der Erklärungen auszugehen, welche jedoch nicht isoliert, sondern aus ihrem konkreten Sinngefüge heraus zu beurteilen sind (BGE 144 III 43 E. 3.3; BGE 142 III 671 E. 3.3; BGE 140 III 391 E. 2.3; BGE 138 III 659 E. 4.2.1). Stimmte eine Partei der Übernahme der Allgemeinen Geschäftsbedingungen global zu, d.h. ohne diese zu lesen, zur Kenntnis zu nehmen oder deren Tragweite zu verstehen (sog. Globalübernahme), wird die Geltung Allgemeiner Geschäftsbedingungen durch die sog. Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt (Urteil des Bundesgerichts 4A_330/2021 vom 5. Januar 2022 E. 2.1.3, mit Verweisen). Nach der Ungewöhnlichkeitsregel sind von der global erklärten Zustimmung zu allgemeinen Vertragsbedingungen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist. Der Verfasser von allgemeinen Geschäftsbedingungen muss nach dem Vertrauensgrundsatz davon ausgehen, dass ein unerfahrener Vertragspartner ungewöhnlichen Klauseln nicht zustimmt. Die Ungewöhnlichkeit beurteilt sich aus der Sicht des Zustimmenden im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Für einen Branchenfremden können deshalb auch branchenübliche Klauseln ungewöhnlich sein. Die

Ungewöhnlichkeitsregel kommt jedoch nur dann zur Anwendung, wenn neben der subjektiven Voraussetzung des Fehlens von Branchenerfahrung die betreffende Klausel objektiv beurteilt einen geschäftsfremden Inhalt aufweist. Dies ist dann zu bejahen, wenn sie zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters führt oder in erheblichem Masse aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus fällt. Je stärker eine Klausel die Rechtsstellung des Vertragspartners beeinträchtigt, desto eher ist sie als ungewöhnlich zu qualifizieren (BGE 138 III 411 E. 3.1; 135 III 1 E. 2.1). Bei Versicherungsverträgen sind die berechtigten Deckungserwartungen zu berücksichtigen (BGE 138 III 411 E. 3.1 mit Hinweis). Ist eine Vertragsklausel in diesem Sinne ungewöhnlich, ist ihr die Wirksamkeit gänzlich zu versagen (vgl. zur Ungewöhnlichkeitsregel das Urteil des Bundesgerichts 4A_330/2021 vom 5. Januar 2022 E. 2.1.3). Neben der Ungewöhnlichkeitsregel gilt es ausserdem die Unklarheitsregel zu beachten. Diese befasst sich mit mehrdeutigen Wendungen in allgemeinen Geschäftsbedingungen. Enthalten allgemeine Versicherungsbedingungen mehrdeutige Klauseln, sind diese gegen den Versicherer als deren Verfasser zu interpretieren (Urteil des Bundesgerichts 4A_330/2021 vom 5. Januar 2022 E. 2.2.2, mit Verweis auf BGE 146 III 339 E. 5.2.3). Die Unklarheitsregel kommt jedoch nur subsidiär zur Anwendung, wenn sämtliche übrigen Auslegungsmittel versagen. Es genügt mithin nicht, dass die Parteien über die Bedeutung einer Erklärung streiten, sondern es ist vorausgesetzt, dass die Erklärung nach Treu und Glauben auf verschiedene Weise verstanden werden kann (BGE 118 II 342 E. 1a) und es nicht möglich ist, den Zweifel mit den übrigen Auslegungsmitteln zu beseitigen (Urteil des Bundesgerichts 4A 92/2020 vom 5. August 2020 E. 3.2.2; vgl. zum Ganzen Urteil des Verwaltungsgerichts Schwyz I 2023 32 vom 10. August 2023 E. 3.2 f.).

6. 6.1

Die Beklagte hat eine Kostenübernahme in Bezug auf das Medikament Circadin abgelehnt, unter Verweis darauf, sie sei aufgrund ihrer Privatautonomie berechtigt, die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme eines nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Medikamentes in ihren AVB selber zu definieren. Sie (die Beklagte) habe das vorliegend gemacht und explizit festgehalten, eine Kostenübernahme erfolge nur für wirksame, zweckmässige, wirtschaftliche und in der Schweiz wissenschaftlich anerkannte Medikamente. Der wirksame Einsatz von Circadin bei Patienten unter 55 Jahren sei weder in der Schweiz noch im Übrigen Europaraum wissenschaftlich anerkannt, auch wenn im Einzelfall eine positive Wirkung verzeichnet werden könne. Entsprechend den gültigen Vorgaben gemäss den "ZB Ambulantversicherung myFlex" müsse ein negativer Kostenübernahmebescheid ergehen.

6.2

Der Kläger macht geltend, wenn man einzelne internationale wissenschaftliche Studien bezüglich des Wirkstoffs Melatonin konsultiere, finde sich nirgends eine Altersbeschränkung. Hingegen werde durchwegs bei allen Altersgruppen eine medizinische Wirksamkeit gegen primäre Schlafstörungen attestiert. Dies stelle einen Widerspruch zur heilmittelrechtlichen Einschränkung der Indikation dar. Weiter erklärt der Kläger, die Verweigerung der Kostenübernahme widerspreche den sog. "WZW-Kriterien" (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit). Im Übrigen sei zu beachten, dass Circadin anders als viele andere Medikamente nicht auf der von der Beklagten erlassenen "Ergänzungsliste zur Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) enthalten sei. Die Beklagte müsse sich somit entgegenhalten lassen, dass sie trotz gegebener Möglichkeit keinen Ausschluss der Circadins von der Leistungspflicht getätigt habe. Schliesslich sei mit Bezug auf die bei AVB geltende Unklarheitsregel festzustellen, dass die Beklagte zu Unrecht in die AVB "hineinlese", dass eine Übernahme der Kosten des Circadins durch die Zusatzversicherung nur bei Erfüllen der entsprechenden Indikation erfolge. Solches finde weder in den AVB oder den ZB eine Stütze.

7. 7.1

Zwischen den Parteien ist (zu Recht) unbestritten, dass Circadin weder auf der Spezialitätenliste (SL) nach Art. 64 ff. der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) und Art. 30 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) noch auf der Arzneiliste mit Tarif (ALT) nach Art. 63 KVV und Art. 29 KLV aufgeführt ist. Circadin ist zudem nicht auf der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) enthalten. Ebenso nicht in der Ergänzungsliste zur Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) der B. (nach Ziff. 2.1.3 ZB i.V.m. Ziff. 41 AVB).

7.2

Um konkret auf die Ergänzungsliste zur Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) der B. einzugehen, findet sich darauf der Hinweis, dass alle aufgeführten Präparate von der Ambulantversicherung myFlex nicht bezahlt werden. Damit hat die Beklagte von der in Ziff. 2.1.3 ZB vorgesehenen Kompetenz Gebrauch gemacht, bestimmte Präparate ganz oder teilweise von der fraglichen Versicherung auszuschliessen (vgl. kläg. act. 6). Der Kläger bringt wie gesehen vor, die Beklagte hätte die Möglichkeit gehabt, Circadin auf der Liste aufzuführen. Einen Ausschluss der Circadins von der Leistungspflicht habe sie damit gerade nicht getätigt. Diesen Ausführungen des Klägers ist aber nicht zu folgen. Es ginge definitiv zu weit, von der Beklagten zu verlangen, dass sie in Bezug auf sämtliche in der Schweiz zugelassene und vertriebene Arzneimittel eine

ausdrückliche Erklärung abgeben muss, wenn sie dafür im Rahmen einer Zusatzversicherung nicht aufgekommen möchte. In diesem Sinne hat die B. auf der Liste gemäss kläg. act. 6 ja auch den expliziten Vermerk angebracht, letztere sei nicht abschliessend.

7.3

a) Für die Beurteilung der vorliegenden Klage erscheint letztlich entscheidend, wie man die Klausel in Ziff. 2.1.3 der ZB auslegt, wonach die B. ärztlich verordnete, wirksame, zweckmässige, wirtschaftliche und in der Schweiz wissenschaftlich anerkannte Medikamente zu den marktüblichen Preisen, die der Krankheitsbehandlung dienen, übernimmt. Im Zentrum des Rechtsstreits steht die Frage, wie "*in der Schweiz wissenschaftlich anerkannt*" zu verstehen ist. Die Parteien sind sich bezüglich der Auslegung des Begriffs der "Wissenschaftlichkeit" uneinig. Die Beklagte ist der Ansicht, dass Circadin für Personen in der Altersklasse des Klägers wissenschaftlich nicht indiziert sei. Sie hält sich diesbezüglich an die "Swissmedic-genehmigte Fachinformation" des Zulassungsinhabers "Neurim Pharmaceuticals AG". Dieser Patienteninformation ist folgender Passus zu entnehmen: "*Nach dem heutigen Stand der Kenntnisse sollte dieses Arzneimittel nicht an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren und nicht an Personen unter 55 Jahren verabreicht werden.*" Zu prüfen ist nun, ob sich der Kläger das Rechtsverständnis der Beklagten, welches auf den Einschätzungen der Swissmedic bzw. des Zulassungsinhabers beruht, nach dem im Vertragsrecht geltenden Vertrauensprinzip (vgl. dazu oben E. 5) entgegenhalten lassen muss. Die ist im Ergebnis klar zu bejahen. Hervorgehoben sei zunächst insbesondere die Bedeutung der Stellung der Swissmedic, deren Kenntnis aus rechtlicher Sicht auch dem Laien zugemutet werden muss. Die Swissmedic ist die Zulassungs- und Kontrollbehörde für Heilmittel in der Schweiz. Die Swissmedic erteilt nach Prüfung insbesondere der Qualität, der Sicherheit und der Wirksamkeit des Arzneimittels (vgl. Art. 10 Abs. 1 lit. a und Abs. 2 des Heilmittelgesetzes; HMG; SR 812.21) die heilmittelrechtliche Zulassung ausdrücklich für definierte Indikationen oder Anwendungsgebiete. Die Swissmedic genehmigt ferner auch die entsprechende Arzneimittelinformation (Urteil des Bundesgerichts 9C_8/2021 vom 8. Februar 2022 E. 6.2.1, mit Verweisen). Soweit also die Swissmedic der Auffassung ist, es lasse sich nach den in der Schweiz geltenden medizinischen Grundsätzen wissenschaftlich nicht vertreten, wenn Circadin an Personen unter 55 Jahren verabreicht wird, besteht aus richterlicher Sicht kein Anlass, an der Richtigkeit dieser Beurteilung zu zweifeln, und insbesondere durfte sich auch die Beklagte darauf verlassen. Zu beachten ist im Übrigen, dass laut der Europäischen Arzneimittelagentur Circadin ebenfalls nur für Patienten ab 55 Jahren vorgesehen ist (vgl. die Homepage https://www.ema.europa.eu/de/documents/overview/circadin-epar-summary-public_de.pdf, abgerufen am: 18. Mai 2025). Der Kläger zitiert zwar in seiner Replik eine Reihe an internationalen Studien, welche alle zum Schluss

gekommen seien, dass Circadin auch bei Personen unter 55 seine Wirkung gezeigt habe. Wirksamkeit und die tatsächliche Angemessenheit der Anwendung sind allerdings zwei ganz unterschiedliche Betrachtungsweisen. Auch wenn ein Arzneimittel die ihm inhärente Wirkung zeigt, können Kontraindikationen insgesamt gegen eine Verabreichung sprechen. In der Tat zitiert die Beklagte in ihrer Klageantwort zutreffend bestimmte Studien, welche die Abgabe von Circadin an Personen unter 55 Jahren unter dem Strich als problematisch ansehen. Namentlich besteht demnach die Sorge, dass eine zusätzliche Melatoninzufuhr den natürlichen Schlaf-Wach-Rhythmus stören könnte, da deren körpereigene Produktion in der Regel noch ausreichend ist. Im Übrigen ist zu beachten, dass die Verwendung des Circadins durch den Kläger möglicherweise noch in einem weiteren Punkt nicht der von Swissmedic zugelassenen Indikation entspricht. So ist laut der erwähnten Patienteninformation zu beachten, dass Circadin nur für die kurzzeitige Behandlung einer Insomnie vorgesehen ist. Im Zusammenhang mit der Dosierung wird dies dahingehend konkretisiert, dass letztere bis zu 3 Wochen beibehalten werden kann. In medizinisch begründeten Einzelfällen kann eine Verlängerung der Behandlung bis zu 13 Wochen (3 Monate) erfolgen. Dies sollte jedoch nicht ohne neuerliche Abschätzung durch den Arzt durchgeführt werden. Bezugnehmend auf das Rechtsbegehren und die Begründung in der Klage erscheint es fraglich, ob die vom Kläger vorgesehene Verwendung des Präparats diesen zeitlichen wissenschaftlichen Empfehlungen entspricht.

b) Dass keine Leistungen aus einer Zusatzversicherung erfolgen, wenn ein Medikament zwar grundsätzlich von Swissmedic zugelassen ist, aber nicht entsprechend der von dieser Institution zugelassenen Indikation verwendet wird, zeigt im Übrigen auch ein Blick in die bisherige Rechtsprechung. Im Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Basel-Stadt ZV.2012.3 vom 8. April 2013 ging es um das Präparat "NaCl Braun 0.9%-Lösung". Dieses war auf der Liste der Swissmedic mit den zugelassenen Arzneimitteln grundsätzlich enthalten. Als Indikation wurde dabei die Verwendung als Infusionslösung angegeben. Die betroffene Person verwendete das nämliche Produkt indes als Spül- und nicht als Infusionslösung und damit nicht entsprechend der von Swissmedic zugelassenen medizinischen Indikation. Für das Basler Gericht war letzteres einer der Gründe dafür, weshalb die "NaCl Braun 0.9%-Lösung" von der Zusatzversicherung des beklagten Versicherungsträgers nicht erfasst sei bzw. eine Leistungspflicht des Versicherungsträgers entfalle. Im darauffolgenden bundesgerichtlichen Verfahren hatte sich die betroffene Person auf den Standpunkt gestellt, es ”wäre entgegen ein jedes Verständnis”, wenn ein Heilmittel, das per Infusion verabreicht werde, kassenpflichtig wäre, nicht aber, wenn es oral eingenommen werde oder anders verpackt sei. Das Bundesgericht kam indes zum Schluss, dass die vorinstanzliche Vertragsauslegung betreffend die in Frage stehende

Zusatzversicherung kein Bundesrecht verletze (Urteil des Bundesgerichts 4D_43/2013 vom 28.Oktober 2013 E. 2.2 f.).

c) Es bleibt ergänzend festzustellen, dass die in den ZB enthaltene Klausel "in der Schweiz wissenschaftlich anerkannt" ausreichend transparent ist. Für die Anwendung der Unklarheitsregel ist kein Raum. Der Kläger als Erklärungsempfänger musste besagte Klausel nach Treu und Glauben klarerweise so verstehen, dass Anspruch auf eine Vergütung durch die Beklagte nur besteht, wenn die Verwendung des Circadins im Einklang steht mit der zugelassenen medizinischen Indikation, wie sie von Swissmedic als oberster Zulassungs- und Kontrollbehörde für Arzneimittel festgelegt wird. Es gilt so zu resümieren, dass der Kläger vertraglich (vermutungsweise via Globalübernahme) sein Einverständnis dazu erteilt hat, dass die Zusatzversicherung der Beklagten nur für die Kosten von Arzneimitteln aufkommt, bei denen die Anwendung getreu der heilmittelrechtlichen Zulassung des Präparats in der Schweiz erfolgt. Anzumerken ist, dass der Kläger die Ungewöhnlichkeitsregel (zu Recht) nicht zum Thema macht, nachdem die fragliche AGB-Klausel keinen geschäftsfremden Inhalt aufweist. In diesem Sinne gelangt man letztlich zum Schluss, dass die Beklagte gestützt auf ihre AVB eine Kostenübernahme für das Circadin angesichts der Tatsache, dass das Präparat für Personen der Altersklasse des Klägers in der Schweiz wissenschaftlich nicht anerkannt ist, zu Recht abgelehnt hat. Offen bleiben kann im Übrigen, ob die Verwendung des Circadins den WZW-Kriterien entspricht. Damit ist gleichzeitig gesagt, dass für die Einholung des vom Kläger beantragten Gutachtens kein Anlass besteht. Zusammengefasst ist die Klage abzuweisen.

8. 8.1

Für das vorliegende Verfahren werden keine Gerichtskosten erhoben (Art 114 lit. e ZPO).

8.2

Dem unterliegenden Kläger steht keine Parteientschädigung zu (Art. 106 Abs. 1 ZPO). Der Beklagten – wiewohl sie obsiegt – ebenfalls nicht, da sie in diesem Verfahren nicht durch einen externen Anwalt, sondern ihren eigenen Rechtsdienst vertreten wurde (Urteil des Bundesgerichts 4A_3/2024 vom 18. Juni 2024 E. 5; Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft 731 22 270 / 51 vom 16. Februar 2023 E. 8.2).

Das Obergericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.

4. **Rechtsmittel:**
   Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen von der Zustellung an Beschwerde in Zivilsachen erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 72 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG). Es handelt sich um eine streitwertunabhängige Angelegenheit (Art. 74 Abs. 2 lit. b BGG).

5. Mitteilung an:
   - RA AA., mit Gerichtsurkunde
   - B. AG, mit Gerichtsurkunde
   - Eidgenössische Finanzmarktaufsicht, mit Gerichtsurkunde

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:	Der Gerichtsschreiber:
lic. iur. D. Hofmann	lic. iur. M. Giger

versandt am: 22. Mai 2026