

BL_GERICHTE 731 2015 105 vom 17. September 2015

BL Gerichte, 2015-09-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_731_2015_105

FR: BL_GERICHTE 731 2015 105 du 17 septembre 2015

IT: BL_GERICHTE 731 2015 105 del 17 settembre 2015

Regeste

Forderung

Volltext

Basel-Land Kantonsgericht Abteilung Sozialversicherungsrecht 17.09.2015 731 2015 105 (731 15 105)

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht vom 17. September 2015 (731 15 105) Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung Auslegung von AVB; Anspruch auf Kostenübernahme für ärztliche Behandlungen und Klinikaufenthalte bejaht, wenn Versicherungsausschlussgründe wie Drogen, Betäubungs- und Suchtmittel, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch und psychische Krankheit zusammenwirken Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler Parteien A. , Klägerin, vertreten durch Evelyne Alder, Advokatin, Bernoullistrasse 20, 4056 Basel gegen CONCORDIA Versicherungen AG , Bundesplatz 15, Postfach, 6002 Luzern, Beklagte Betreff Forderung A. Die 1989 geborene A. ist bei der CONCORDIA Kranken- und Unfallversicherung AG (Krankenkasse) für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und im Rahmen der Zusatzversicherungen gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 bei der CONCORDIA Versicherungen AG (Versicherung) für Spitalleistungen in der halbprivaten Abteilung bei freier Arzt- und Spitalwahl versichert (PE 2; ab 1. Oktober 2013: Spitalversicherung HALBPRIVAT). Infolge ihrer psychischen Erkrankung ist A. seit längerer Zeit in Behandlung und war wiederholt stationär hospitalisiert. So hielt sie sich auch vom 19. März 2013 bis 18. April 2013 in den B. auf. Die B. stellten A. für diesen Aufenthalt den Anteil der Zusatzversicherung im Betrag von Fr. 13'692.10 in Rechnung. Die Versicherung lehnte am 26. Juni 2013 eine Kostenübernahme ab, mit der Begründung, dass der stationäre Aufenthalt in den B. im Zusammenhang mit dem Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch gestanden habe und deshalb gestützt auf Art. 31 Ziffer 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu den Pflegezusatzversicherungen (AVB) keine Leistungspflicht bestehe. B. Mit Eingabe vom 16. März 2015 reichte Advokatin Evelyne Alder namens und im Auftrag von A. Klage gegen die Versicherung ein. Sie beantragte, die Versicherung sei zu verurteilen, der Klägerin für den stationären Aufenthalt vom 19. März 2013 bis 18. April 2013 in der Halbprivat-Abteilung der B. Leistungen aus der damaligen Spitalversicherung PE 2 auszurichten und der Klägerin demgemäss den Betrag von Fr. 13'692.10 nebst Zins zu 5 % seit 5. November 2013 zu bezahlen; unter o/e Kostenfolge. Zudem sei der Klägerin die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung zu bewilligen. Für einen Leistungsausschluss nach Art. 31 Ziffer 1 AVB sei gemäss dessen klaren Wortlaut

Voraussetzung, dass die Behandlungsbedürftigkeit Folge des Konsums von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sei. Der fragliche Aufenthalt sei aufgrund der psychischen Erkrankung der Klägerin erfolgt, weshalb diese Bestimmung vorliegend nicht anwendbar sei. Selbst wenn der Wortlaut von Art. 31 Ziffer 1 AVB nicht als klar erachtet würde, führe eine Auslegung dieser Bestimmung zum gleichen Ergebnis. Die Klägerin sei aufgrund ihres erheblich verschlechterten psychischen Zustandes in die B. eingetreten. Sie habe - nicht zuletzt auch aufgrund ihrer früheren stationären Behandlungen - darauf vertrauen dürfen, dass für den stationären Aufenthalt Leistungen aus der Spitalversicherung PE 2 erbracht würden. Bei dieser Ausgangslage sei nicht damit zu rechnen gewesen, dass sich die Versicherung auf einen Ausschlussgrund berufen würde. Zudem stehe die sogenannte Unklarheits- und Ungewöhnlichkeitsregel gegen die Auffassung der Versicherung. C. In ihrer Klageantwort vom 4. Juni 2015 beantragte die Versicherung die Abweisung der Klage. Entgegen den Vorbringen der Klägerin sei diese nicht nur wegen der rezidivierenden depressiven Störung und der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, sondern auch wegen schädlichen Gebrauchs von Alkohol und Cannabinoiden sowie Tabakabhängigkeit in stationärer Behandlung in den B. gewesen. Die Verbesserung der Symptome beim Austritt sei nicht nur auf die Umstellung der verordneten Medikation, sondern vor allem auch auf die Cannabis-Abstinenz zurückzuführen. Zudem sei während des Aufenthalts in den B. die Aufklärung der Versicherten über die Risiken von Psychopharmaka, THC, Nikotin und Alkohol bei Schwangerschaft im Zentrum gestanden. Gemäss klarem Wortlaut von Art. 31 Ziffer 1 AVB könnten Leistungen bei Krankheiten, die im Zusammenhang mit einem darin genannten Ausschlussgrund ständen, verweigert werden. Es sei nicht erforderlich, dass die Behandlung einzig aufgrund eines der Ausschlusskriterien erfolgt sei. Ein Zusammenhang zwischen der Behandlung und Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch müsse aufgrund des Austrittsberichts der B. vom 24. April 2013 und dem ärztlichen Zeugnis von Dr. med. C. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, B. , vom 12. April 2013 bejaht werden. Aufgrund des klaren Wortlautes von Art. 31 Ziffer 1 AVB komme die Ungewöhnlichkeits- bzw. Unklarheitsregel nicht zum Tragen. D. Mit Verfügung vom 5. Juni 2015 bewilligte das Kantonsgericht die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokatin Evelyne Alder als Rechtsvertreterin. E. Auf entsprechenden Antrag der Klägerin vom 6. Juli 2015 verfügte das Kantonsgericht am 12. August 2015, dass auf die Durchführung einer Parteiverhandlung verzichtet werde. Das Kantonsgericht zieht i n E r w ä g u n g : 1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 dem VVG. Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind privatrechtlicher Natur, weshalb strittige Ansprüche darüber in einem zivilprozessualen Verfahren geltend zu machen sind. Das Verfahren im Zivilprozess regelt die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO) vom 19. Dezember 2008. 1.2 Die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ergibt sich aus Art. 7 ZPO i.V.m. § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993. Wie das Bundesgericht in BGE 138 III 558 festhielt, ist bei Klagen betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung keine vorgängige Schlichtung durchzuführen, womit sie direkt am Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, einzureichen sind (vgl. auch: Beschluss des Kantonsgerichts vom 1. Dezember 2011, 731 11 262). 1.3 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich grundsätzlich nach Art. 9 ff. ZPO. Der dem vorliegenden Fall zu

Grunde liegende Versicherungsvertrag ist als Konsumentenvertrag im Sinne von Art. 32 ZPO zu qualifizieren, weshalb die Klage am Wohnsitz der versicherten Person eingereicht werden kann (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO; vgl. Noëlle Kaiser Job, in: Schweizerische Zivilprozessordnung, Spühler/Tenchio/Infanger [Hrsg.], Basel 2013, Art. 32 N 7 und 14 ff.). Nichts anderes ergibt sich im vorliegenden Fall aus Art. 37 Ziffer 2 AVB, Ausgabe 2007, wonach ein Wahlgerichtsstand am Wohnsitz der versicherten Person besteht. Da die Klägerin in X. wohnt, ist das angerufene Gericht auch örtlich zuständig. Auf die formgerecht beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht erhobene Klage ist einzutreten (vgl. Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KGSV], vom 13. August 2008, 731 08 3).

2.1 Der vorliegende Prozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO i.V.m. Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO). Danach hat das Gericht von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder die Beweisanträge der Parteien für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt, er wird ergänzt durch die Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

2.2 Das Gericht hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Das Gericht darf eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt ist (Max Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 136). Während das Gericht im Sozialversicherungsrecht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen hat (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen), gründet die richterliche Überzeugung bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen – wie für Zivilverfahren üblich – auf dem vollen Beweis.

3.1. Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Versicherung aus der Zusatzversicherung PE 2 für die von den B. in Rechnung gestellten Kosten von Fr. 13'692.10 für die stationäre Behandlung der Klägerin vom 19. März 2013 bis 18. April 2013 in der halbprivaten Abteilung zu übernehmen hat. Dabei ist unbestritten, dass sich eine allfällige Leistungspflicht der Versicherung nach den AVB, Ausgabe 2007, richtet. Strittig ist dagegen die Auslegung der Bestimmung von Art. 31 Ziffer 1 AVB. Gemäss dieser Bestimmung sind Krankheiten und Unfälle sowie deren Komplikationen und Spätfolgen, die in Zusammenhang mit Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch auftreten, von der Versicherung ausgeschlossen. Eine im Wesentlichen gleich lautende Bestimmung lässt sich zudem in Art. 17 Ziffer 2 der zusätzlichen Versicherungsbedingungen zur Spitalversicherung (ZVB), Ausgabe 2010, finden. Die Klägerin bringt als Erstes vor, dass sie in den B. wegen ihrer psychischen Erkrankung und nicht wegen eines in Art. 31 Ziffer 1 AVB bzw. in Art. 17 Ziffer 2 ZVB genannten Leistungsausschlussgrundes behandelt worden sei. Eine Ablehnung der Leistungspflicht sei nur zulässig, wenn die Behandlungsbedürftigkeit Folge

des Konsums von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs sei. Dies sei vorliegend aber nicht der Fall. Die Beklagte macht demgegenüber geltend, dass die Klägerin nicht nur wegen der psychischen Erkrankung, sondern ebenso wegen Alkohol- und Cannabismissbrauchs sowie Tabakabhängigkeit in den B. behandelt worden sei. Damit sei ein Zusammenhang zwischen ihrer Krankheit und den in Art. 31 Ziffer 1 AVB aufgeführten Ausschlussgründen gegeben.

3.2 Bei der Auslegung vorformulierter Vertragsbestimmungen gelten grundsätzlich die gleichen Regeln wie bei individuell verfassten Vertragsklauseln (BGE 135 III 225 E. 1.3 S. 227 mit Hinweis). Das bedeutet, dass primär der übereinstimmende wirkliche Wille der Parteien ermittelt werden muss. Lässt sich hinsichtlich der Tragweite einer Klausel der vorformulierten AVB ein übereinstimmender wirklicher Wille der Parteien nicht feststellen, richtet sich die Auslegung nach den Grundsätzen der normativen Vertragsauslegung. Demnach ist zu eruieren, wie der Versicherungsnehmer die AVB nach Treu und Glauben verstehen durfte (BGE 133 III 675 E. 3.3 S. 681 f.). Dabei hat das Gericht vom Wortlaut auszugehen und die Klauseln im Zusammenhang so auszulegen, wie sie nach den gesamten Umständen verstanden werden durften und mussten; es hat dabei auch zu berücksichtigen, was sachgerecht ist (BGE 133 III 607 E. 2.2; Gerhard Stoessel, in: Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basler Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Basel 2001, Vorbemerkungen Art. 1-3 N 22 f.). Von der global erklärten Zustimmung zu allgemeinen Vertragsbedingungen sind indessen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist, da davon auszugehen ist, dass ein unerfahrener Vertragspartner ungewöhnlichen Klauseln, die zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters führen oder in erheblichem Masse aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus fallen, nicht zustimmt. Je stärker eine Klausel die Rechtsstellung des Vertragspartners beeinträchtigt, desto eher ist sie als ungewöhnlich zu qualifizieren (BGE 135 III 225 E. 1.3 S. 227 f. mit Hinweisen).

3.3 Nach Art. 33 VVG haftet der Versicherer für alle Ereignisse, welche die Merkmale der Gefahr, gegen deren Folgen eine Versicherung abgeschlossen wurde, an sich tragen, es sei denn, dass der Vertrag einzelne Ereignisse in bestimmter, unzweideutiger Fassung von der Versicherung ausschliesst. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung normiert Art. 33 VVG im Interesse der Sicherheit des Geschäftsverkehrs und der Rechtsprechung den Umfang der vom Versicherer im Zweifel übernommenen Gefahr in dem Sinne, dass von einer umfassenden Übernahme der versicherten Gefahr durch den Versicherer auszugehen ist. Davon ist nur abzuweichen, wenn das Gesetz oder der Versicherungsvertrag eine bestimmte und unzweideutige Beschränkung der Gefahrsübernahme enthält, wobei dem Versicherer grundsätzlich freie Hand gelassen wird, Umfang und Voraussetzungen seiner Leistungspflicht vertraglich zu fixieren (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juni 2015, 4A_153/2015, E. 4.1; BBl 1904 I 241 ff., S. 288 f. zu Art. 32 Entwurf; Stephan Fuhrer, in: Basler Kommentar, Versicherungsvertragsgesetz, 2000, N. 1 ff. zu Art. 33 VVG). Die Beweislast dafür, dass ein Ereignis die Merkmale der grundsätzlich versicherten Gefahr im Sinne von Art. 33 VVG aufweist, trifft nach der allgemeinen Beweislastregel von Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907 den Anspruchsberechtigten. Da die Versicherung nach Art. 33 VVG die Gefahr überhaupt erfasst, ist es dagegen Sache des Versicherers darzutun, dass das Ereignis aufgrund vertraglicher Vereinbarung aus der Versicherung ausgeschlossen ist (BGE 131 III 321 E. 3.1 S. 323; allgemeiner: BGE 139 III 13 E. 3.1.3.1 S. 17 f. mit Hinweisen).

4.1 Der

Wortlaut der Bestimmungen von Art. 31 Ziffer 1 AVB und Art. 17 Ziffer 2 ZVB erscheint auf den ersten Blick klar. Nach Art. 31 Ziffer 1 AVB entfällt eine Leistungspflicht der Versicherung, wenn Krankheiten oder Unfälle sowie deren Komplikationen und Spätfolgen im Zusammenhang mit Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch auftreten. Als Krankheit gilt gemäss Art. 8 Ziffer 1 AVB jede vom Willen der versicherten Person unabhängige, medizinisch wahrnehmbare körperliche oder geistige Gesundheitsstörung, die ärztliche Behandlung notwendig macht und nicht auf einen Unfall oder eine unfallähnliche Körperschädigung gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 zurückzuführen ist. Gemäss Art. 17 Ziffer 2 ZVB werden aus der Spitalversicherung für Behandlung und Aufenthalt in Akutspitälern und psychiatrischen Kliniken wegen Drogen, Betäubungs- und Suchtmittel, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauchs sowie bei chronischer Erkrankung keine Leistungen ausgerichtet. Bei näherer Betrachtung dieser Bestimmungen ist festzustellen, dass der Fall, in welchem eine ärztliche Behandlung durch das Zusammenwirken eines oder mehrerer Ausschlussgründe gemäss Art. 31 Ziffer 1 AVB bzw. Art. 17 Ziffer 2 ZVB und einer versicherten Krankheit erforderlich ist, nicht eindeutig geregelt ist. Die Formulierung "im Zusammenhang mit Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch" kann - wie die Versicherung vorbringt - dahingehend verstanden werden, dass Leistungen bereits verweigert werden können, wenn ein Ausschlussgrund teilursächlich für eine ärztliche Behandlung und einen Klinikaufenthalt ist, unabhängig davon, ob vom Leistungsausschluss nicht betroffene Ursachen vorliegen. Sie kann aber auch so ausgelegt werden, dass die Versicherung nur dann einen Leistungsausschluss geltend machen kann, wenn ein Ausschlussgrund dafür alleinige Ursache ist. Die zuletzt aufgeführte Auslegung wird von Art. 17 Ziffer 2 ZVB unterstützt, indem der Begriff "wegen" eher darauf hindeutet, dass eine Leistung nur dann entfällt, wenn die Notwendigkeit der Behandlung und des Aufenthalts ausschliesslich auf Drogen, Betäubungs- und Suchtmittel, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen ist. Mit Blick auf Art. 33 VVG steht schliesslich eindeutig fest, dass die von der Versicherung vorgenommene Auslegung, wonach keine Leistungspflicht bestehe, sobald einer der in dieser Bestimmung genannten Ausschlussgründe Teilursache der ärztlichen Behandlung und des Klinikaufenthalts bilde, nicht beigeplantet werden kann. Gemäss dem in Art. 33 VVG verankerten Grundsatz müssen Versicherer eine von ihnen versicherte Gefahr umfassend tragen. Ein Abweichen von diesem Grundsatz ist nur möglich, wenn das Gesetz selbst die Leistungspflicht des Versicherers einschränkt oder der Versicherungsvertrag eine solche Beschränkung in bestimmter und eindeutiger Formulierung enthält (vgl. Fuhrer, a.a.O., N 1 ff. zu Art. 33 VVG). Unbestimmte oder zweideutige Ausschlussbestimmungen vermögen eine Begrenzung der vertraglich übernommenen Haftung nicht zu begründen. Klauseln, welche den Versicherungsumfang einschränken, sind restriktiv zu interpretieren, weil sie im Widerspruch zum Zweck der Versicherung stehen. Sie dürfen demnach nicht dahin ausgelegt werden, die Versicherung biete keine Deckung, sobald eine nicht versicherte Gefahr Einfluss auf den Schaden hatte (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juni 2015, 4A_153/2015, E. 4.1 mit Hinweisen; zur restriktiven Auslegung von Ausschlussklauseln: BGE 118 II 342 E. 1a S. 345). Vorliegend sieht weder die Police noch die AVB noch die ZVB eine eindeutige Begrenzung der Haftung für den Fall vor, in welchem ärztliche Behandlungen und Klinikaufenthalte durch das Zusammenwirken von Drogen, Betäubungs- und Suchtmittel, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch und Krankheit

erforderlich sind. Mangels einer solchen entsprechenden Ausschlussklausel kann sich die Versicherung ihrer Leistungspflicht nicht entziehen, wenn ein Ausschlussgrund Teilursache von medizinischen Leistungen bildet. 4.2 Daran ändert auch das Urteil des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2004 (5C.134/2004) nichts. In jenem Fall befasste sich das Bundesgericht mit der Auslegung von Art. 31 Ziffer 1 AVB der Versicherung. In jenem Fall wurde die psychisch erkrankte Person nach erstmaliger Einnahme von rund 40 mg Temesta und etwa 20 Tabletten Nardyl ins Spital eingeliefert. Die Versicherung verweigerte – wie hier – gestützt auf Art. 31 Ziffer 1 AVB ihre Leistungspflicht für die Spalkosten aus den Zusatzversicherungen. Streitgegenstand bildete die Auslegung des Begriffs "Medikamentenmissbrauch" im Sinne von Art. 31 Ziffer 1 AVB. Das Bundesgericht kam in seinem Urteil vom 1. Oktober 2004 zum Schluss, dass darunter auch eine einmalige Überdosis von Medikamenten zu verstehen sei. Die in Art. 31 Ziffer 1 AVB verankerte Ausschlussklausel lasse sich nicht dahingehend auslegen, dass der Deckungsausschluss nur für den Fall eines vorbestehenden Suchtverhaltens bestehe (vgl. E. 4.3 des zitierten Urteils des Bundesgerichts). Die vorliegend strittige Frage, ob Art. 31 Ziffer 1 AVB bzw. Art. 17 Ziffer 2 ZVB so zu interpretieren ist, dass bereits dann Leistungen verweigert werden können, wenn ein Ausschlussgrund als mitwirkende Teilursache zum Schaden führt, hatte das Bundesgericht nicht zu entscheiden. Daraus ergibt sich, dass die Schlussfolgerungen des Bundesgerichts in seiner Entscheidung vom 1. April 2004 nicht auf den vorliegenden Fall übertragen werden können. 5.1. Im Hinblick auf das in Erwägung 4.1 dargelegte Auslegungsergebnis des Art. 31 Ziffer 1 AVB bzw. Art. 17 Ziffer 2 ZVB ist zu prüfen, ob der Klinikaufenthalt der Versicherten vom 19. März 2013 bis 18. April 2013 in den B. ausschliesslich auf einen der Ausschlussgründe (Drogen, Betäubungs- und Suchtmittel sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch) zurückzuführen ist. Dabei ist von folgendem medizinischen Sachverhalt auszugehen: Dem Zeugnis von Dr. C. vom 12. April 2013 zufolge erfolgte die Einweisung in die B. aufgrund einer emotional instabilen Persönlichkeit vom Borderline-Typ, einer dissoziativen Störung und einem Alkoholmissbrauch. Im Austrittsbericht der B. vom 24. April 2013 wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typ, eine dissoziative Störung und ein schädlicher Gebrauch von Alkohol und Cannabinoiden sowie eine Tabakabhängigkeit aufgeführt. Aus der Fremdanamnese geht hervor, dass die Klägerin extrem starke Stimmungsschwankungen habe. Es sei vermehrt zu dissoziativen Anfällen, in denen sie zu Boden gehe und nicht mehr reagiere, gekommen. Die Klägerin trinke ca. alle 4 Wochen exzessiv Alkohol und habe bis vor Klinikeintritt regelmässig 2 - 4 Mal THC konsumiert. Zum Psychostatus beim Eintritt wurde festgehalten, dass die Klägerin leicht affektarm, deprimiert, innerlich unruhig, klagsam, leicht ängstlich, antriebsarm und -gehemmt sowie ambivalent gewesen sei. Es habe Gefühlslosigkeit und eine Störung der Vitalgefühle bestanden. Offensichtlich nahm die Klägerin anlässlich eines Klinikurlaubs daheim ohne ärztliche Verordnung 11 mg Haldol ein, da sie gemäss ihren Angaben in einen Spannungszustand gestanden habe und daraufhin Verfolgungs-ideen gehabt habe. Aufgrund der dadurch eingetretenen Medikamentenintoxikation musste sie am 28. März 2013 die Notfallstation des D. aufsuchen (vgl. Bericht der Notfallstation vom 28. März 2013). Nach einer Überwachung wurde sie wieder an die B. überwiesen. Dem Austrittsbericht der B. vom 24. April 2013 ist zum Therapieverlauf zu entnehmen, dass eine Medikamentenumstellung auf Efexor ER erfolgt sei, weil die vorbestehende Medikation mit Fluctine die depressive Symptomatik verursacht habe. Weiter wurde vermerkt, dass die

dissoziativen Anfälle sukzessive zurückgegangen seien, was unter Umständen auf die Cannabis-Abstinenz während des Klinikaufenthalts zurückzuführen sei. In der Psychoedukation habe die Vermittlung von Informationen über körperliche, soziale und psychische Aspekte des THC- und Alkoholkonsums, insbesondere bei Schwangerschaft, im Vordergrund gestanden. Im körperlichen Aufbautraining habe die Klägerin ihre Belastbarkeit verbessern und in verhaltenstherapeutischen Gesprächen ihre aktuelle Problematik bearbeiten können.

5.2. Aufgrund der vorliegenden beiden Berichte der behandelnden Ärzteschaft steht fest, dass die Versicherte sowohl an psychischen Beeinträchtigungen als auch an einer erheblichen Suchtproblematik leidet, die stark miteinander verwoben sind. Dieser Ansicht folgt auch der Vertrauensarzt der Versicherung, Dr. med. E., FMH Allgemeine Innere Medizin. In seiner Stellungnahme vom 7. Oktober 2014 führte er aus, dass sich die psychische Erkrankung und der Suchtmittelkonsum nicht voneinander trennen liessen. Auch der Vertrauensarzt Dr. med. F., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, legte in seinen Stellungnahmen vom 18. Juni 2013 und 9. September 2013 dar, dass die Klägerin wegen eines depressiven Krankheitsbildes im Rahmen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung und einer dissoziativen Störung in die B. gekommen sei. Gleichzeitig beständen aber auch beträchtliche Alkoholprobleme und ein nachgewiesener Cannabis-Konsum. Beide Vertrauensärzte wiesen darauf hin, dass die Behandlung der Suchtproblematik im Zentrum gestanden habe. Die im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung erfolgte Medikamentenumstellung habe eine untergeordnete Rolle gespielt. Dass die Suchtprobleme den alleinigen Grund für die Hospitalisation waren, ist ihren Ausführungen aber nicht zu entnehmen. Daraus folgt, dass die Einweisung und die Behandlung der Versicherten in der B. für die Zeit vom 19. März 2013 bis 18. April 2013 sowohl auf die Suchtproblematik als auch auf die bestehende psychische Krankheit der Versicherten zurückzuführen sind. Ob die Suchtprobleme - wie die Vertrauensärzte darlegen - im Zentrum oder nur am Rande der Behandlung standen, ist nicht von Relevanz. Massgebend ist allein, dass die psychische Erkrankung zusammen mit der Suchtproblematik als mitwirkende Teilursache zum Klinikaufenthalt führte. Damit ist die Versicherung für den vom 19. März 2013 bis 18. April 2013 erfolgten Aufenthalt der Versicherten in den B. in vollem Umfang leistungspflichtig. Da die übrigen Voraussetzungen der Leistungspflicht der Versicherung und deren Quantität unbestritten sind, ist die Klage gutzuheissen.

6. Die Klägerin beantragt eine Verzinsung der Forderung zu 5 % ab 5. November 2013. Den AVB und den ZVB sind keine Bestimmungen über den Zins bei Leistungen der Versicherung zu entnehmen. Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG finden auf den Versicherungsvertrag die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) vom 30. März 1911 Anwendung. Gemäss Art. 102 Abs. 1 OR gerät der Versicherer mit einer Mahnung in Verzug. Mit Schreiben vom 11. April 2014 forderte die Klägerin die Versicherung unmissverständlich auf, die von den B. in Rechnung gestellten Kosten für den Aufenthalt vom 19. März 2013 bis 18. April 2013 zu bezahlen. Mit dieser Mahnung setzte sie die Beklagte in Verzug, womit ab diesem Datum ein Verzugszins von 5 % zu leisten ist. Der geschuldete Betrag von Fr. 13'692.10 ist somit ab 11. April 2014 mit 5 % zu verzinsen.

7.1 Das Verfahren vor dem Versicherungsgericht ist nach Art. 114 Abs. 2 lit. f ZPO kostenlos. 7.2 Der obsiegenden Klägerin ist gestützt auf Art. 106 Abs. 1 ZPO eine Parteientschädigung zu Lasten der Versicherung zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin der Klägerin machte in ihrer Honorarnote vom 6. Juli 2015 angemessene 11,5 Stunden geltend. Gemäss dem praxisgemäss zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- (vgl. § 2 Abs. 1 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte [TO] vom 17. November

2003) hat die Klägerin Anspruch auf Vergütung der Parteikosten in Höhe von Fr. 3'500.95 (11,5 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen in Höhe von Fr. 287.60 inkl. 8 % Mehrwertsteuer). Demgemäss wird e r k a n n t : 1. In Gutheissung der Klage wird die CONCORDIA Versicherungen AG verpflichtet, der Klägerin für den stationären Aufenthalt vom 19. März 2013 bis 18. April 2013 in der Halbprivat-Abteilung der B. aus der Spitalversicherung PE 2 (heute: HALBPRIVAT) den Betrag von Fr. 13'692.10 nebst Zins zu 5 % seit 11. April 2014 zu bezahlen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die CONCORDIA Versicherungen AG hat der Klägerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.95 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu entrichten.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.