

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20060427_d_sg_o_01 vom 27. April 2006

FINMA Versicherungsrecht, 2006-04-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20060427_d_sg_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20060427_d_sg_o_01 du 27 avril 2006

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20060427_d_sg_o_01 del 27 aprile 2006

Erwägungen

E. 1

Der Kläger, geboren 1956, war von Oktober 1990 bis zu seiner Entlassung Ende Mai 2000 für eine deutsche Grossbank in Genf, Frankfurt und Zürich sowie im mittleren Osten tätig, wobei er ab Mai 1995 den Rang eines Vizedirektors innehatte (Klage, 4). Berufliche und persönliche Belastungsfaktoren führten dazu, dass er vermehrt unter psychischen Problemen litt. Im August 1999 suchte er wegen Schlaflosigkeit, innerer Unruhe, Schweissausbrüchen, Atemnot und Angstzuständen seinen Hausarzt auf; dieser diagnostizierte neben den genannten Symptomen psychosomatische Beschwerden sowie eine deutlich depressive Stimmungslage und empfahl dem Kläger – da die festgestellten Symptome auf einen bevorstehenden Herzinfarkt oder eine Herzphobie hinwiesen – einen Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik G (Klage, 5). Der Kläger nahm Kontakt mit der Klinik G auf und stellte bei der Beklagten – bei der er neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter anderem eine Zusatzversicherung PE 1 (Deckung der Spitalkosten in der privaten Abteilung) abgeschlossen hatte – ein Gesuch um Kostengutsprache. Die Beklagte holte in der Folge beim Hausarzt des Klägers ein Arztzeugnis ein (Klage, 5; kläg. act. 1). In diesem wurden die Krankheitssymptome (deutlich depressive Stimmungslage, innere Unruhe, Häufung psychosomatischer Beschwerden) beschrieben; zugleich wurde empfohlen, den Kläger möglichst rasch aus der belastenden Umgebung herauszunehmen, bei gleichzeitigem Stressabbau durch körperliches Training, was in der Rehabilitationsklinik G ideal möglich sei, da dort auch eine psychologische und psychiatrische Betreuung erfolgen könne. Im Übrigen wurde darauf hingewiesen, dass der Kläger gelegentlich Drogen konsumiere, ohne jedoch je in eine Sucht geraten zu sein. Am 24. September 1999 verweigerte die Beklagte die beantragte Kostengutsprache mit der Begründung, die Rehabilitationsklinik G führe keine Abteilung, die psychische Krankheiten fachspezifisch behandle (Klage, 6; kläg. act. 2). Der vom Hausarzt empfohlene Aufenthalt in der Klinik G kam in der Folge nicht zustande.

E. 2

Im Dezember 1999 wandte sich der Kläger an Dr. med. A, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Zürich. Dieser verschrieb ihm Antidepressiva, begann mit einer Gesprächstherapie und empfahl einen stationären Aufenthalt in der Psychiatrischen Privatklinik Sanatorium K (nachstehend: Klinik K), in deren Privatabteilung der Kläger am 22. Februar 2000 eintrat (Klage, 7). Noch am Eintrittstag stellte die Klinik K bei der Beklagten ein Gesuch um Kostengutsprache (kläg. act. 3). Mit Schreiben vom 1. März 2000 erteilte die Beklagte die Kostengutsprache nur für den Aufenthalt und die

Behandlung in der allgemeinen Abteilung, dies mit dem Hinweis, zu den Mehrkosten für die private Abteilung könne sie noch nicht Stellung nehmen, da in diesem Zusammenhang noch Abklärungen notwendig seien (kläg. act. 4). Am 14. März 2000 stellte die Klinik K dem Vertrauensarzt der Beklagten, Dr. B, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein kurzes ärztliches Zeugnis zu. Darin wurde u.a. ausgeführt, der Kläger sei "hospitalisiert wegen eines mittelgradig depressiven Zustandbildes sowie zum Kokainentzug (Polytoxikomanie)" (kläg. act. 5). In einem weiteren an den Vertrauensarzt der Beklagten gerichteten Zeugnis der Klinik K vom 3. April 2000 wurde das Krankheitsbild als mittelgradige Depression mit latenter Suizidalität und sekundärer Polytoxikomanie beschrieben, wobei letztere als Selbstheilungsversuch des Patienten beurteilt werde (kläg. act. 6).

Am 20. April 2000 wurde der Kläger aus der Klinik K entlassen, aber weiterhin ambulant therapiert (Klage, 8). Mit Schreiben vom 26. April 2000 forderte die Beklagte bei der Klinik K einen Bericht über das Krankheitsbild des Klägers, die durchgeführten Therapien, den Heilungsverlauf und die Prognose an (kläg. act. 7). Der entsprechende Bericht wurde dem Vertrauensarzt der Beklagten am 16. Mai 2000 zugestellt. Darin wurde das Krankheitsbild des Klägers als mittelschwere depressive Episode ohne somatisches Syndrom bei Überlastungssituation, mit sekundärer Störung durch multiplen Substanzgebrauch, gegenwärtig abstinent, beschrieben. Die Therapie und deren Verlauf wurden im wesentlichen wie folgt beschrieben: Aufnahme in die geschlossene Akutstation zur psychischen Stabilisierung; nach einem Monat Verlegung in die offene Station; auffangen initialer Entzugssymptome mit Nozinan und Truxal; intensive psychotherapeutische Einzelgespräche; begleitende paramedizinische Therapien wie Kunst- und Bewegungstherapie; Klärung der familiären und beruflichen Verhältnisse; Einschaltung des Sozialdienstes; schrittweise Verbesserung der primär bestehenden depressiven Symptomatik ohne Zwischenfälle bezüglich des multiplen Substanzgebrauchs. Empfohlen wurde sodann eine weitere Hospitalisation zur definitiven Stabilisierung und Remission der depressiven Symptomatik (kläg. act. 8). Am 7. Mai 2000 stellte zudem Dr. A dem Kläger ein ärztliches Zeugnis zuhanden der Krankenkasse aus. Darin bezeichnete er den Zeitpunkt für eine (bloss) ambulante Behandlung – angesichts erneuter depressiver Stimmungslage mit Schlafstörungen und Resignation – als zu früh und empfahl einen weiteren stationären Aufenthalt in der Klinik K für zwei bis drei Monate (kläg. act. 9).

Mit Schreiben vom 31. Mai 2000 erkundigte sich die Klinik K bei der Beklagten nach der noch immer ausstehenden Kostengutsprache für den Privataufenthalt (kläg. act. 10). In der Folge wandte sich der Vertrauensarzt der Beklagten, Dr. B, mit Schreiben vom 17. Juni 2000 an die Klinik K und ersuchte um weitere Informationen zum

Krankheitszustand des Klägers und zum Therapieverlauf. Insbesondere interessierte ihn der im Bericht vom 16. Mai 2000 enthaltene Vermerk "Sekundäre Störung durch multiplen Substanzgebrauch", wobei er u.a. nach dem Stellenwert des multiplen Substanzgebrauchs bezüglich des Eintritts in die Klinik fragte und wissen wollte, ob "die mittelschwere depressive Episode ohne somatisches Syndrom Folge des multiplen Substanzgebrauchs oder ... umgekehrt der multiple Substanzgebrauch Folge einer depressiven Störung" sei (kläg. act. 11). Am 4. September 2000 liess die Klinik K Dr. B – nach zweimaliger Mahnung durch die Beklagte (bekl. act. 9 und 11) – unter Bezugnahme auf die Anfrage vom 17. Juni 2000 den gewünschten Ergänzungsbericht zukommen. Darin wurde u.a. ausgeführt, bei der Aufnahme des Klägers habe eine mittelschwere depressive Episode

sowie ein Konsum multipler psychotroper Substanzen (Kokain und Heroin, nasal und per Inhalation eingenommen, in geringem Ausmass auch Amphetaminderivate, Cannabinoide und Alkohol) bestanden. Das depressive Zustandsbild habe in zunehmendem Ausmass seit ca. einem Jahr vor der stationären Aufnahme vorgelegen und habe in Zusammenhang mit einer beruflichen Belastungssituation gestanden, wobei der Kläger seit August 1999 aufgrund dieser Symptomatik krankgeschrieben gewesen sei. Nach eigenen Angaben habe der Kläger zwar seit der Jugend (ca. 21. Lebensjahr) gelegentlich psychotrope Substanzen konsumiert, jedoch nicht im Sinne eines Abhängigkeitssyndroms; erst seit ca. fünf Monaten vor Eintritt in die Klinik habe der Kläger täglich in höheren Dosen Kokain und Heroin nasal bzw. per Inhalation eingenommen. Aufgrund dieses zeitlichen Ablaufes sei aus Sicht der behandelnden Ärzte der Substanzgebrauch im Ausmass, wie er unmittelbar vor Aufnahme (im Sinne einer Abhängigkeit) bestanden habe, als sekundäres Phänomen des depressiven Syndroms anzusehen (kläg. act. 14).

E. 3

In einem Brief vom 6. November 2000 an den früheren Rechtsvertreter des Klägers, Rechtsanwalt Dr. S, empfahl der ambulant behandelnde Psychiater Dr. A für den Kläger erneut einen stationären Klinikaufenthalt; er führte zudem aus, der Kläger scheinere "offensichtlich wegen der finanziellen Unklarheit seitens seiner Krankenkasse bzw. von deren vertrauensärztlichen Entscheiden" daran "gehindert" (kläg. act. 15). Mit Schreiben vom 7. November 2000 gelangte in der Folge Rechtsanwalt Dr. S an die Beklagte und ersuchte unter Beilage einer Kopie des Schreibens von Dr. A um "die nachgesuchte Kostengutsprache im Rahmen der Spitalzusatzversicherung" bis spätestens 15. November 2000 (kläg. act. 16). Mit Brief vom 9. November 2000 teilte in der Folge die Beklagte Rechtsanwalt Dr. S mit, sie könne zur Leistungspflicht für die Mehrkosten in der privaten Abteilung nach wie vor keine Stellung nehmen, dies mit der (freilich unzutreffenden) Begründung, der am 17. Juni 2000 vom Vertrauensarzt bei der Klinik K angeforderte Bericht liege noch immer nicht vor (kläg. act. 17; vgl. auch kläg. act. 14).

Am 22. November 2000 wurde der Kläger von Dr. A – suizidgefährdet und notfallmässig – erneut in die Klinik K eingewiesen (Klage, 11; kläg. act. 18). Da weiterhin Unsicherheit bezüglich der Kostenübernahme für die Privatabteilung bestand, trat er in die Allgemeinabteilung ein (Klage, 11). Mit Schreiben vom 24. November 2000 ersuchte Rechtsanwalt Dr. S die Beklagte um "unverzögliche Kostengutsprache für Halbprivat und Grundversicherung" (kläg. act. 18). Am 29. November 2000 teilte die Beklagte Rechtsanwalt Dr. S mit, dass sie "zur Leistungspflicht ... immer noch nicht Stellung" nehmen könne, da sich "der Fall" noch immer beim Vertrauensarzt "in Abklärung" befinde; zugleich erteilte sie eine Kostengutsprache "für die Kosten der allgemeinen Abteilung analog der Psych. Klinik W von Fr. 200.– pro Tag" (kläg. act. 19). Ebenfalls mit Schreiben vom 29. November 2000 wandte sich der Vertrauensarzt der Beklagten an Rechtsanwalt Dr. S und teilte ihm unter Bezugnahme auf dessen Schreiben vom 7. November 2000 mit, "die Angelegenheit" könne "noch nicht beantwortet" bzw. "die Frage von Zusatzversicherungsleistungen PE nicht beurteilt" werden, da der von ihm am 17. Juni 2000 angeforderte Bericht der Klinik K noch immer nicht vorliege (was indes wie dargelegt nicht zutraf, vgl. kläg. act. 14). Im Weiteren führte er aus, gemäss dem Bericht vom 16. Mai 2000 seien nach dem Klinikeintritt Entzugssymptome aufgetreten, und auch dem Bericht von Dr. A vom 6. November 2000 könne entnommen werden, dass sich der Kläger "vermutlich immer wieder mit Substanzgebrauch über Wasser gehalten" habe. Die Beklagte sei

"bezüglich den Zusatzversicherungen PE nicht leistungspflichtig, wenn es sich um Suchtleiden" handle. Aufgrund der bis dahin vorliegenden Unterlagen gehe aber eindeutig hervor, dass ein multipler Substanzgebrauch bestanden habe und wahrscheinlich weiter bestehe, wobei insbesondere auf initiale Entzugserscheinungen anlässlich des Klinikaufenthaltes hinzuweisen sei, sodass "Zusatzversicherungsleistungen PE gemäss den bis anhin vorliegenden Auskünften mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht in Frage" kämen. Allgemeinversicherungsleistungen gemäss KVG würden hingegen "von Seiten des Vertrauensarztes ... nicht bestritten" (kläg. act. 20). Am 6. Dezember 2000 liess die Klinik K dem Vertrauensarzt der Beklagten einen weiteren Bericht zukommen (kläg. act. 22). Darin wurde ausgeführt, die erste Hospitalisation des Klägers sei wegen einer mittelschweren depressiven Episode ohne somatisches Syndrom mit Kokain- und Heroinabusus erfolgt, wobei die depressive Episode nicht Folge des multiplen Substanzgebrauchs gewesen sei. Vielmehr zeige die Anamnese, dass der Kläger schon früher mehrere Phasen mit Hoffnungslosigkeit, Antriebslosigkeit und Traurigkeit durchlebt habe, wobei unklar sei, ob es sich um eine Dysthymie oder eine rezidivierend depressive Störung gehandelt habe. Nach der ersten Hospitalisation sei der Kläger nach kurzer Zeit wieder zunehmend depressiv geworden und habe in der Folge Heroin und Kokain intravenös konsumiert. Die erneute, notfallmässige Einweisung sei wegen latenter Suizidalität bei

mittelschwerer depressiver Episode ohne somatisches Syndrom sowie Polytoxikomanie erfolgt; eine antidepressive Therapie werde eingeleitet (kläg. act. 22). Mit Schreiben vom 19. Dezember 2000 an Rechtsanwalt Dr. S nahm in der Folge der Vertrauensarzt der Beklagten abschliessend Stellung (kläg. act. 23). Bezüglich des ersten Klinikaufenthaltes führte er aus, gestützt auf die vorliegenden Arztberichte der Klinik K und von Dr. A komme er zum Schluss, dass "der Versicherte spitalbedürftig ... im Rahmen der Grundversicherung gemäss KVG, analog Kanton St. Gallen" gewesen sei. Es hätten "depressive Symptome, aber auch deutliche Symptome einer Polytoxikomanie" bestanden, sodass "auch ein Entzug" habe durchgeführt werden müssen; die Zusatzversicherung schliesse aber "Leistungen aus, wenn es um die Behandlung eines Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten, resp. Drogen" gehe. Auch für den zweiten Klinikaufenthalt kam er zum Schluss, es kämen "ausschliesslich Akutspitalleistungen gemäss KVG, analog Kanton St. Gallen" in Frage, da "eindeutig ein intravenöser Drogenmissbrauch mit einem durchzuführenden Drogenentzug nachgewiesen" sei, sodass "Zusatzversicherungsleistungen gemäss PE wegen eines Missbrauchs von Drogen ... ausgeschlossen" seien. Aufgrund des Berichts der Klinik K vom 12. Dezember 2000 könne er der Beklagten "empfehlen, die Akutspitalleistungen vorerst für insgesamt zwei Monate ... gemäss KVG zuzusichern"; eine weiterdauernde Akutspitalbedürftigkeit müsste seitens der Ärzte der Klinik K "ausgewiesen werden" (kläg. act. 23, S. 3 f.). Mit Schreiben vom 27. Dezember 2000 an die Klinik K lehnte schliesslich die Beklagte für beide Klinikaufenthalte des Klägers eine Beteiligung an den Mehrkosten der privaten Abteilung ab. Zur Begründung führte sie aus, "Behandlungen, welche infolge Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln, sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch" erfolgten, seien gemäss Art. 31.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu den Pflegezusatzversicherungen (AVB) und Art. 17.2 der Zusätzlichen Versicherungsbedingungen für die Spitalversicherung PE (ZVB) von der Versicherung ausgeschlossen (kläg. act. 24).

E. 4

Die Klinik K stellte daraufhin dem Kläger am 12. Januar 2001 Rechnung für die Leistungen, die von der Grundversicherung nicht übernommen worden waren. Für den ersten Klinikaufenthalt in der Privatabteilung belief sich der ungedeckte Betrag auf Fr. 42'248.15 (kläg. act. 25). Für den zweiten Aufenthalt in der Allgemeinabteilung ergab sich ein ungedeckter Betrag von Fr. 7'986.90 (Differenz zwischen den Tarifansätzen der Klinik W und der Klinik K für die Zeit ab 2. Dezember 2000, vgl. kläg. act. 26 und Klage, 14; für die Zeit bis 1. Dezember 2000 lag eine kantonsärztliche Kostengutsprache gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG vor; vgl. kläg. act. 19a). Mit Schreiben vom 18. Januar 2001 gelangte in der Folge Rechtsanwalt Dr. S an die Beklagte und ersuchte darum, den ablehnenden Entscheid vom 27. Dezember 2000 zu überdenken; denn er lasse unberücksichtigt, dass die

Klinikaufenthalte in erster Linie zur Behandlung der Depression erfolgt seien und lediglich neben dem depressiven Zustandsbild eine sekundäre Polytoxikomanie bestanden habe (kläg. act. 27). Die Beklagte hielt nach nochmaliger Rücksprache mit dem Vertrauensarzt mit Schreiben vom 28. Februar 2001 an ihrem ablehnenden Entscheid fest (kläg. act. 29).

E. 5

Nach erfolglosem (fakultativem) Vermittlungsverfahren und erfolglosen Vergleichsbemühungen (vgl. Klage, 15 f.) gelangte der Kläger am 25. Juni 2001 an das Bezirksgericht Rorschach (heute: Kreisgericht Rorschach) mit dem Begehren, es sei festzustellen, dass er Anspruch auf alle Leistungen aus seiner Privatversicherung bei der Beklagten habe, die aus der Behandlung der bestehenden psychischen Erkrankung gemäss Arztberichten des Sanatoriums K vom 4. September 2000 und 6. Dezember 2000 zuhanden des Vertrauensarztes der Beklagten in der Vergangenheit und inskünftig resultieren, d.h. Leistungsberechtigung in der Privatabteilung in jeder anerkannten psychiatrischen Klinik in der Schweiz, und die Beklagte sei zu verpflichten, ihm aus seiner Krankenversicherung PE 1 Fr. 55'067.95 nebst 5% Zins seit 16. Februar 2001 zu bezahlen, nämlich Fr. 42'248.15 Mehrkosten für die private Abteilung beim Aufenthalt in der Klinik K vom 22. Februar bis 20. April 2000, Fr. 7'986.90 Mehrkosten für ausserkantonale Patienten beim Aufenthalt in der Klinik K vom 22. November bis 22. Dezember 2000 sowie Schadenersatz von Fr. 4'832.90 für die Leistungsdifferenz allgemein/privat beim Aufenthalt in der Klinik K vom 22. November bis 22. Dezember 2000 (vi-act. 1). Mit Klageantwort vom 3. Oktober 2001 beantragte die Beklagte die vollumfängliche Abweisung der Klage (vi-act. 7). Am 8. Oktober 2001 ordnete die Vorinstanz gestützt auf Art. 180 Abs. 2 ZPO einen zweiten Schriftenwechsel an (vi-act. 8; vgl. dazu auch unten Erw. II.3). Am 14. Februar 2002 erliess die Vorinstanz einen – begründeten – Beweisbeschluss, mit welchem sie die Einholung eines Berichts bei der Klinik K zu den Fragen anordnete, inwieweit die beiden Rechnungen vom 12. Januar 2001 für die Aufenthalte vom 22. Februar bis 20. April 2000 und vom 22. November bis 22. Dezember 2000 Leistungen enthalten, die einerseits aufgrund der psychischen Erkrankung des Klägers und andererseits "direkt und einzig" aufgrund des Drogenkonsums angefallen seien, sowie inwieweit der Drogenkonsum die Klinikaufenthalte verlängert und wie sich dies auf die Kosten ausgewirkt habe (vi-act. 17). Die Klinik K erstattete am 18. April 2002 einen entsprechenden Bericht (vi-act. 19). Diesen stellte sie allerdings nicht der Vorinstanz, sondern dem klägerischen Rechtsanwalt Dr. S zu – der zur fraglichen Zeit auch Delegierter des Verwaltungsrates der Klinik K war –, worauf die Beklagte die Zuverlässigkeit des Berichts in Frage stellte und beantragte, er sei aus dem Recht zu weisen (vi-act. 22). In der Folge ordnete die Vorinstanz die Einholung einer

entsprechenden Expertise an (vi-act. 23). Das nach einem Expertenwechsel schliesslich von Dr. med. R (Leitender Arzt des forensisch-psychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Z) erstellte Gutachten lag Ende September 2004 vor (vi-act. 52). Zu den Ergänzungsfragen der Parteien nahm Dr. R am 25. Januar 2005 Stellung (vi-act. 59). Mit Eingaben vom 28. Februar bzw. 3. März 2005 nahmen die Parteien zum Beweisergebnis Stellung, wobei der Kläger seine Forderung aufgrund des Gutachtens um Fr. 1'675.20 (nämlich um Fr. 1'399.20 für den ersten und um Fr. 276.– für den zweiten Klinikaufenthalt) reduzierte (vi-act. 65 und 66). Mit Entscheid vom 7. April 2005 stellte die Vorinstanz fest, der Kläger habe Anspruch auf alle Leistungen aus seiner Privatversicherung bei der Beklagten, die aus der Behandlung der bestehenden psychischen Erkrankung resultieren. Zudem verpflichtete sie die Beklagte, dem Kläger Fr. 48'459.05 (Mehrkosten des ersten Klinikaufenthaltes von Fr. 40'848.95 sowie Mehrkosten des zweiten Klinikaufenthaltes von Fr. 7'610.10) nebst 5% Zins seit 21. März 2001 zu bezahlen; im Mehrbetrag wies sie die Forderungsklage ab. Die Kosten des Gutachtens wurden zufolge Kostenlosigkeit des Verfahrens (vgl. Art. 47 Abs. 3 VAG in der bis Ende 2005 gültigen Fassung) auf die Staatskasse genommen; zudem wurde die Gerichtskasse angewiesen, dem Kläger die geleistete Einschreibgebühr zurückzuerstatten. Parteikosten wurden gestützt auf Art. 47 Abs. 3 alt VAG keine zugesprochen (vi-act. 68).

E. 6

Gegen diesen Entscheid erhob die Beklagte am 18. Mai 2005 die vorliegende Berufung mit dem Antrag, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben, und es sei festzustellen, dass sie keine Leistungen aus der Spitalversicherung PE 1 für die Aufenthalte des Klägers in der Klinik K vom 22. Februar bis 20. April 2000 sowie 22. November bis 22. Dezember 2000 zu erbringen habe. Eventualiter sei über die im erstinstanzlichen Beweisbeschluss vom 14. Februar 2002 gestellten Fragen sowie ihre entsprechenden Zusatzfragen ein Obergutachten einzuholen (B/1). Mit Berufungsantwort vom 24. Juni 2005 liess der Kläger die Abweisung der Berufung beantragen; zugleich erhob er Anschlussberufung mit dem Begehren, ihm sei für das erstinstanzliche Verfahren eine Parteientschädigung zuzusprechen (B/6). Mit Eingabe vom 6. Juli 2005 teilte die Beklagte mit, bezüglich der Anschlussberufung verzichte sie auf eine Stellungnahme; zugleich nahm sie zu verschiedenen Ausführungen in der Berufungsantwort Stellung (vi-act. 9). Eine Berufungsverhandlung wurde nicht durchgeführt, und auf einen zweiten Schriftenwechsel gemäss Art. 234 Abs. 3 lit. a ZPO haben die Parteien verzichtet.

II.

1. Soweit die Beklagte im Berufungsverfahren beantragt, es sei festzustellen, dass sie keine Leistungen aus der Spitalversicherung PE 1 für die Aufenthalte des Klägers in der Klinik K vom 22. Februar bis 20. April 2000 sowie 22. November bis 22. Dezember

2000 zu erbringen habe, ist offenkundig, dass sie damit kein Feststellungsbegehren stellen, sondern die vollumfängliche Abweisung der Klage beantragen will.

2. In der Anschlussberufungsantwort vom 6. Juli 2005 äussert sich die Beklagte im wesentlichen nicht zur Anschlussberufung, sondern zu verschiedenen Vorbringen des Klägers in der Berufungsantwort, ohne jedoch darzulegen, inwiefern die Voraussetzungen für eine nachträgliche Eingabe im Sinne von Art. 164 Abs. 1 ZPO gegeben wären. Soweit ersichtlich wird mit den betreffenden Ausführungen denn auch lediglich zur Berufungsantwort repliziert; sie sind daher als verspätet aus dem Recht zu weisen.

3. Gemäss Art. 47 Abs. 2 alt VAG und Art. 85 Abs. 2 VAG, in Kraft getreten am 1. Januar 2006 (SR 961.01), sehen die Kantone für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG ein einfaches und rasches Verfahren vor, in welchem der Richter den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt. Die beschränkte Untersuchungsmaxime entbindet die Parteien indes nicht davon, die entscheiderelevanten Fakten vorzubringen und die entsprechenden Beweismittel zu nennen (BRÖNNIMANN, Gedanken zur Untersuchungsmaxime, in: ZBJV 1990, 341 f.; vgl. auch STAEHELIN, Zürcher Kommentar, N 31 zu Art. 343 OR; BGE 107 II 233 Erw. 2c; BGE 125 III 231 Erw. 4a; BGE 130 III 102 Erw. 2.2; Entscheid des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2004, 5C.134/2004/bnm Erw. 2.2). Dabei sind an die Vorbringen der Parteien generell strengere Anforderungen zu stellen, wenn sie – wie hier – anwaltlich vertreten sind (vgl. STAEHELIN, a.a.O.).

III.

Wie dargelegt hat die Vorinstanz am 14. Februar 2002 einen begründeten Beweisbeschluss erlassen, mit welchem sie die Einholung eines Berichts bei der Klinik K zu den Fragen anordnete, inwieweit die zwei Rechnungen vom 12. Januar 2001 für die beiden Klinikaufenthalte des Klägers Leistungen enthalten, die einerseits aufgrund der psychischen Erkrankung des Klägers und andererseits "direkt und einzig" aufgrund des Drogenkonsums angefallen sind, sowie inwieweit der Drogenkonsum die Klinikaufenthalte verlängert und wie sich dies auf die Kosten ausgewirkt hat (vi-act. 17). In den Erwägungen dieses Beweisbeschlusses – der auch Basis für die später angeordnete Expertise war (vgl. vi-act. 23 und 44) – legte die Vorinstanz im einzelnen dar, aus welchen Gründen die Beklagte dem Kläger für die beiden Klinikaufenthalte grundsätzlich die Leistungen aus der Privatversicherung auszurichten habe. Die Beklagte stellt sich im Berufungsverfahren auf den Standpunkt, dieser Beweisbeschluss sei "aus formellen Gründen ... klar unzulässig" gewesen. Die Vorinstanz sei damit über eine bloss "antizipierte Beweiswürdigung" hinausgegangen, indem sie den Endentscheid vorweggenommen und die übliche prozessuale Verfahrensabfolge (Festlegung der Beweismittel, Abnahme der Beweise, Würdigung der abgenommenen Beweise, Rechtsfindung) "förmlich auf den Kopf gestellt" habe. Zumindest hätte die vorweggenommene materielle Beurteilung in Form eines Vor- oder Teilentscheides erfolgen müssen. Mangels eines solchen Vorgehens habe gegen den im Beweisbeschluss enthaltenen "faktischen Endentscheid" während drei Jahren kein Rechtsmittel zur Verfügung gestanden; nicht einmal die Möglichkeit zu einer Stellungnahme sei den Parteien eingeräumt worden. Dies stelle eine massive Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör dar (Berufung, 6 ff.; vgl. auch B/9, 2).

Dem ist entgegenzuhalten, dass im Zivilprozess nur über Tatsachen Beweis zu erheben ist, die im Hinblick auf die Beurteilung der konkreten Streitigkeit auch erheblich sind. Es ist daher unerlässlich – und im Hinblick auf die Prozessökonomie im Übrigen auch angezeigt –, dass der Richter vor Anordnung einer Beweisabnahme ihre Relevanz eingehend prüft, was je nach den Umständen bedeuten kann, dass er sich über Vorfragen bereits ein Urteil bilden muss. Nichts anderes als dies hat die Vorinstanz hier getan. Inwiefern sie damit die übliche prozessuale Verfahrensabfolge nicht eingehalten hätte und in unzulässiger Weise über eine antizipierte Beweiswürdigung hinausgegangen wäre, ist nicht ersichtlich; die Beklagte scheint in diesem Zusammenhang zu verkennen, dass eine Analyse der Rechnungen der Klinik K nicht Voraussetzung für die Bestimmung der grundsätzlichen Leistungspflicht der Beklagten war, sondern vielmehr umgekehrt zuerst die grundsätzliche

Leistungspflicht definiert werden musste, bevor überhaupt beurteilt werden konnte, ob und in welchem Umfang die vom Kläger beanspruchten Leistungen von ihr abgedeckt sind. Soweit die Beklagte geltend macht, die Vorinstanz hätte zur Frage der grundsätzlichen Leistungspflicht zumindest einen Teilentscheid fällen müssen, ist ihr entgegenzuhalten, dass Art. 84 Abs. 1 ZPO eine blosser Kann-Vorschrift ist; es liegt daher im Ermessen des Richters, ob er über eine materielle Vorfrage einen Teilentscheid erlassen will oder nicht. Sieht er – wie hier – von einem Teilentscheid ab, hat dies lediglich zur Folge, dass der Entscheid über die Vorfrage erst mit dem Endentscheid anfechtbar ist. Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör liegt darin nicht; insbesondere besteht auch kein Anspruch der Parteien, zur (im Beweisbeschluss allenfalls begründeten) Meinung des Richters über die Vorfrage Stellung zu nehmen. Beizufügen bleibt, dass zwar das Gesetz (abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen) die Begründung von Beweisbeschlüssen nicht vorsieht (vgl. LEUENBERGER/UFFER-TOBLER, Kommentar zur Zivilprozessordnung des Kantons St. Gallen, N 9b zu Art. 99 ZPO). Dies schliesst jedoch nicht aus, dass der Richter im Einzelfall dennoch – im Beweisbeschluss selbst oder allenfalls in einem Begleitbrief – die der Beweiserhebung zugrundeliegenden Überlegungen erläutert. Eine solche Begründung ist zwar fakultativ, aber

keineswegs unzulässig. Im Übrigen kann sie im Hinblick auf allfällige Vergleichsgespräche durchaus sinnvoll sein und daher nicht zuletzt auch im wohlverstandenen Interesse der Parteien liegen.

Eine andere Frage ist, ob die von der Vorinstanz angeordnete Beweiserhebung notwendig und sachgerecht war; darauf ist im Folgenden noch zurückzukommen.

IV.

1. Der Kläger stellt sich im wesentlichen auf den Standpunkt, in seinem Fall habe die depressive Symptomatik die Hospitalisierungen ausgelöst, und auch der Schwerpunkt der Behandlung habe der Depression gegolten, während der Polytoxikomanie lediglich sekundäre Bedeutung zugekommen sei. Aufgrund der von der Beklagten angerufenen Ausschlussklauseln in Art. 31.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu den Pflegezusatzversicherungen (im Folgenden: AVB) und Art. 17.2 der Zusätzlichen Versicherungsbedingungen für die Spitalversicherung PE (im Folgenden: ZVB) sei indes eine Leistungsverweigerung aus der Zusatzversicherung nur dann zulässig, wenn der Substanzgebrauch primär und ursächlich sei (vgl. insbes. Klage, 16 ff.; Duplik, 6 und 8 ff.; Berufungsantwort, 4, 7 ff.). Die Beklagte hält dem im wesentlichen entgegen, gestützt auf Art. 31.1 AVB und Art. 17.2 ZVB sei sie bereits dann zur Verweigerung der Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung berechtigt, wenn eine Krankheit bzw. ein Unfall gleichzeitig mit dem Substanzgebrauch aufgetreten sei und ein innerer Zusammenhang zwischen beidem bestehe; ob der Substanzgebrauch primärer oder sekundärer Natur sei – eine Unterscheidung, die ohnehin unwissenschaftlich sei – sei dabei unerheblich. Im Übrigen habe der Kläger seit ca. fünf Monaten vor der ersten Klinikeinweisung täglich und in höheren Dosen Kokain und Heroin konsumiert, womit entgegen der Auffassung des Klägers ein Kausalzusammenhang zwischen dem Substanzgebrauch und den Klinikaufenthalten durchaus gegeben sei (vgl. insbes. Klageantwort, 5 ff.; Duplik, 2 ff.; Berufung, 9 ff.).

2. Zu prüfen ist zunächst die Leistungspflicht der Beklagten für den ersten Aufenthalt des Klägers in der Klinik K vom 22. Februar bis zum 20. April 2000.

a) Soweit die erste Hospitalisation des Klägers betroffen ist, geht aus den vorliegenden Berichten der behandelnden Ärzte der Klinik K hervor, dass – nach deren Beurteilung – die depressive Symptomatik im Mittelpunkt stand, während der Polytoxikomanie lediglich sekundäre Bedeutung zukam, wobei diese für die Depression nicht ursächlich war, sondern vielmehr als Selbstheilungsversuch – und somit als

Begleiterscheinung der Grunderkrankung – zu bewerten war (Bericht Dr. med. N und Dr. med. T vom 3. April 2000 = kläg. act. 6; Bericht Prof. Dr. med. G und med. pract. Z vom 16. Mai 2000 = kläg. act. 8; Bericht Prof. G und Dr. med. H vom 4. September 2000 = kläg. act. 14; Bericht Dr. N und Dr. T vom 6. Dezember 2000 = kläg. act. 22). Dr. A äusserte sich in seinem an den früheren klägerischen Rechtsvertreter gerichteten Bericht vom 6. November 2000, welcher von diesem an die Beklagte weitergeleitet wurde, dahingehend, die (erste) Hospitalisation sei zur Klärung möglicher hinter dem "Absturz" steckender affektiver Störungen (Verdacht auf manisch-depressive Schwankungen) erfolgt, wobei auch er den Substanzgebrauch sinngemäss als Selbstmedikation bewertete ("Ich vermute, dass er sich ... mit Substanzgebrauch über Wasser hielt"; "Er geriet in eine depressiv-verzweifelte Stimmung, aus der er sich mit Medikamenten herauszuholen suchte, ..."). Der Vertrauensarzt der Beklagten, Dr. B, weist zwar die Beurteilung der behandelnden Ärzte der Klinik K namentlich in zwei Schreiben an die Beklagte vom 26. September 2000 (bekl. act. 13) und 12. Februar 2001 (bekl. act. 26) zurück. Dabei stellt er sich im zweiten dieser beiden Schreiben auf den Standpunkt, beide Hospitalisierungen seien "wegen des Suchtproblems" erfolgt, wobei gleichzeitig eine depressive Erkrankung vorgelegen habe, und führt weiter aus, von Seiten der Ärzte der Klinik K werde "darzulegen versucht, dass wahrscheinlich bereits früher mehrere längere Phasen mit Hoffnungslosigkeit, Antriebslosigkeit und Traurigkeit vorgelegen hätten", womit "allerdings die bestehende Polytoxikomanie nicht wegdiskutiert werden" könne, die durchaus "vordergründig" und nicht – wie die Ärzte der Klinik K es darstellen würden – "eine Folge der Depression" gewesen sei (bekl. act. 26). Diese Auffassung begründet er in diesem Schreiben allerdings nur für den zweiten Klinikaufenthalt (vor dem unbestrittenermassen ein regelmässiger Konsum von Heroin und Kokain intravenös stattgefunden hatte) konkret, während er sich im Übrigen mit dem allgemeinen Hinweis begnügt, die beiden Krankheitsbilder könnten und dürften nicht voneinander getrennt bzw. als primär oder sekundär betrachtet werden, da sowohl bei Polytoxikomanien wie auch bei Depressionen einerseits depressive Neigungen und andererseits süchtige Neigungen häufig bestehen würden, weshalb in Fällen wie dem vorliegenden eine Unterscheidung in primär und sekundär rein willkürlich und aus medizinisch-psychiatrischer Sicht nicht haltbar sei (a.a.O., 2).

Zu diesen divergierenden Standpunkten fällt folgendes in Betracht: Die – von der Beklagten übernommene – Auffassung von Dr. B, wonach vorliegend eine Unterscheidung in primäre und sekundäre Symptomatik nicht haltbar sei, vermag schon deshalb nicht zu überzeugen, weil Dr. B eine entsprechende Differenzierung in einer früheren Phase offensichtlich selbst noch als möglich (und im Übrigen auch als für die Leistungspflicht relevant) erachtet hat. Dies ergibt sich namentlich aus seinem Schreiben an die Klinik

Ki vom 17. Juni 2000, in welchem er sich u.a. nach dem Stellenwert des multiplen Substanzgebrauchs bezüglich der Einweisung in die Klinik erkundigte und in diesem Zusammenhang fragte: "Ist die mittelschwere depressive Episode ohne somatisches Syndrom Folge des multiplen Substanzgebrauches oder ist umgekehrt der multiple Substanzgebrauch Folge einer depressiven Störung?" (kläg. act. 11). Aber auch sonst

besteht aufgrund der Ausführungen des beklagteschen Vertrauensarztes – auf welche sich die Beklagte im vorliegenden Zusammenhang allein stützt (eine Expertise wird von ihrer Seite insoweit nicht beantragt) – kein Anlass, bezüglich des ersten Klinikaufenthaltes die Beurteilung der behandelnden Ärzte der Klinik K und von Dr. A in Zweifel zu ziehen; dies umso weniger, als Dr. B – soweit aus den Akten ersichtlich – weder den Kläger einer vertrauensärztlichen Untersuchung unterzogen noch sich näher mit dessen persönlicher Anamnese befasst hat und denn auch nicht erkennbar ist, worauf er seine Meinung stützt, im Falle des Klägers sei die Polytoxikomanie durchaus "vordergründig", nicht Folge der Depression, und für die Hospitalisation auch ursächlich gewesen. Vielmehr ist im Lichte der erwähnten, in sich übereinstimmenden Berichte der stationär und ambulant behandelnden Ärzte zur Überzeugung des Gerichts dargetan, dass beim ersten Klinikaufenthalt des Klägers primär eine Depression bestand und denn auch die Behandlung dieser psychischen Erkrankung im Mittelpunkt stand, während die zugleich bestehende Polytoxikomanie (wenn auch unumstrittenermassen Entzugserscheinungen vorlagen) als bloss sekundäre Begleiterscheinung (im Sinne einer Selbstmedikation) zu bewerten war, die im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzepts mitbehandelt wurde. Daran ändert der Umstand nichts, dass der Kläger die letzten fünf Monate vor der Einweisung vermehrt Suchtmittel konsumierte (Bericht vom 4. September 2000; kläg. act 14). Jedenfalls liegt der Schluss nahe, dass bei der ersten Hospitalisierung die Depression überwiegender Grund und unmittelbarer Anlass für die Einweisung war, während der Drogenproblematik insoweit keine zentrale Bedeutung zukam. Soweit das Vorhandensein und die Behandlung der Polytoxikomanie in den Berichten der Klinik K zur ersten Hospitalisierung erwähnt werden, ist dies denn auch offensichtlich nicht dahingehend zu verstehen, dass die Drogenproblematik für die Einweisung ursächlich gewesen wäre; vielmehr will damit nach dem Gesamtzusammenhang zu schliessen (nur) gesagt werden, dass die Behandlung dieser sekundären Begleitstörung in die – umfassende – Behandlung der Grunderkrankung einbezogen wurde.

b) Die Beklagte sieht sich vorliegend aufgrund von Art. 31.1 AVB und Art. 17.2 ZVB zur Verweigerung von Leistungen aus der Spitalversicherung PE berechtigt. Die von ihr angerufenen Bestimmungen lauten wie folgt:

(Art. 31.1 AVB):

" Krankheiten und Unfälle, die in Zusammenhang mit nachstehenden Ereignissen auftreten, sind von der Versicherung ausgeschlossen:

- Folgen von kriegerischen Ereignissen in der Schweiz und im Ausland. Wird der Versicherte jedoch im Land, wo er sich aufhält, vom Ausbruch solcher Ereignisse überrascht, erlischt der Versicherungsschutz erst 14 Tage nach deren erstmaligem Auftreten; - ausländischer Militärdienst; - Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten; - Teilnahme an Unruhen, Demonstrationen oder ähnlichen Anlässen; - vorsätzliche oder grobfahrlässige Ausübung von Verbrechen und Vergehen; - Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistungen für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden; - Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert; - Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie; - Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch; - versuchte oder vollendete Selbsttötung oder Selbstverstümmelung." (Art. 17.2 ZVB):

" Aus der Spitalversicherung PE werden keine Leistungen ausgerichtet:

17.2 für Behandlung und Aufenthalt in Akutspitälern und psychiatrischen Kliniken wegen Drogen-, Suchtmittel-, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauchs sowie bei chronischer Erkrankung;

..."

aa) Die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterliegen gemäss Art. 12 Abs. 3 KVG den Bestimmungen des VVG. Gemäss Art. 33 VVG haftet der Versicherer, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, für alle Ereignisse, welche die Merkmale der Gefahr aufweisen, gegen deren Folgen die Versicherung abgeschlossen wurde, es sei denn, dass der Vertrag einzelne Ereignisse in bestimmter, unzweideutiger Fassung von der Versicherung ausschliesst. Die Anwendung dieser Unklarheitsregel setzt nach herrschender Auffassung voraus, dass eine vorausgegangene Auslegung der in Frage stehenden Ausschlussbestimmung zu keinem oder zu mehreren Ergebnissen geführt hat (FUHRER, Balsler Kommentar, N 13 zu Art. 33 VVG).

bb) Die hier in Frage stehenden Ausschlussklauseln sind in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Beklagten enthalten. Allgemeine Geschäftsbedingungen unterliegen grundsätzlich einer Geltungskontrolle, einer Auslegungskontrolle und einer Inhaltskontrolle (FUHRER, a.a.O., N 22 zu Art. 33 VVG). Eine Geltungskontrolle erübrigt sich vorliegend, da die Übernahme und Geltung der in Frage stehenden Bestimmungen als solche nicht umstritten ist; uneinig sind sich die Parteien lediglich über deren Auslegung. Nicht weiter einzugehen ist daher namentlich auf die in der Berufungsschrift enthaltenen Ausführungen der Beklagten zur Ungewöhnlichkeitsregel; denn sie wären nur im Hinblick auf eine Geltungskontrolle relevant (vgl. FUHRER, a.a.O., N 22 und 57 ff. zu Art. 33 VVG). Hingegen sind die umstrittenen Ausschlussklauseln im Folgenden einer Auslegungskontrolle zu unterziehen (vgl. dazu FUHRER, a.a.O., N 22 und N 92 ff. zu Art. 33 VVG).

cc) Grundsätzlich sind Allgemeine Vertragsbedingungen nach den gleichen Regeln wie Individualverträge auszulegen (FUHRER, a.a.O., N 93 zu Art. 33 VVG). Festzustellen ist demnach in erster Linie der übereinstimmende wirkliche Wille, den die Parteien ausdrücklich oder stillschweigend erklärt haben (sog. subjektive Auslegung; FUHRER, a.a.O., N 98 zu Art. 33 VVG; GAUCH/SCHLUEP/SCHMID/REY, Schweizerisches Obligationenrecht, Allgemeiner Teil, 8. Aufl., N 1200; JÄGGI/GAUCH, Zürcher Kommentar, N 304, N 332 zu Art. 18 OR). Lässt sich dieser nicht mehr mit hinreichender Sicherheit feststellen, muss der Richter durch objektivierte (normative) Auslegung jenen Vertragswillen ermitteln, den die Parteien mutmasslich gehabt haben (FUHRER, a.a.O.; GAUCH/ SCHLUEP/SCHMID/REY, a.a.O., N 1201; JÄGGI/GAUCH, a.a.O., N 306, N 332 zu Art. 18 OR). Dabei hat er das als Vertragswille anzusehen, was vernünftig und korrekt handelnde Parteien unter den gegebenen Umständen durch die Verwendung der auszulegenden Worte und ihr sonstiges Verhalten ausgedrückt und folglich gewollt haben würden (GAUCH/SCHLUEP/ SCHMID/REY, a.a.O.; JÄGGI/GAUCH, a.a.O.).

Die Vertragsauslegung richtet sich in erster Linie nach dem von den Parteien verwendeten Wortlaut. Als ergänzende Auslegungsmittel fallen sodann namentlich die Begleitumstände des Vertragsschlusses, der Vertragszweck, die Interessenlage der Parteien bei Zustandekommen des Vertrages sowie ihr Verhalten vor und nach Vertragsschluss in Betracht (FUHRER, a.a.O., N 102 ff. zu Art. 33 VVG);

GAUCH/SCHLUEP/SCHMID/REY, a.a.O., N 1205 ff.; JÄGGI/GAUCH, a.a.O., N 344 ff., 354 ff. zu Art. 18 OR). Dabei lässt vor allem das Verhalten der Parteien nach dem Vertragsschluss – im Sinne einer subjektiven Auslegung – auf den wirklichen Parteiwillen schliessen (GAUCH/ SCHLUEP/ SCHMID/REY, a.a.O., N 1215; JÄGGI/GAUCH, a.a.O., N 308 zu Art. 18 OR). Die Vertragsauslegung richtet sich nach bestimmten Auslegungsregeln; insbesondere hat die normative Auslegung unter Berücksichtigung des Vertragsganzen, nach dem Vertrauensprinzip und gesetzeskonform zu erfolgen (GAUCH/ SCHLUEP/SCHMID/REY, a.a.O., N 1224 ff.; JÄGGI/GAUCH, a.a.O., N 411 ff. zu Art. 18 OR). Lässt sich auf diesem Weg der massgebende Sinn einer Vertragsbestimmung, die in Allgemeinen Geschäftsbedingungen enthalten ist, nicht mit letzter Klarheit bestimmen, indem mindestens zwei verschiedene Deutungen verbleiben, die als ernsthaft vertretbar erscheinen, sind die speziellen Regeln für Zweifelsfälle heranzuziehen; dazu gehören namentlich die (sich im vorliegenden Zusammenhang auch aus Art. 33 VVG ergebende) Unklarheitsregel sowie das sogenannte Restriktionsprinzip (FUHRER, a.a.O., N 3, N 98 und N 150 ff. zu Art. 33 VVG).

dd) Hier scheint der von der Beklagten angerufene Passus aus Art. 31.1 AVB auf den ersten Blick auf die Interpretation der Beklagten hinzuweisen, wonach Ereignisse (schon)

von der Zusatzversicherung ausgeschlossen sind, wenn sie in blossen Zusammenhang mit dem Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch auftreten, und keine Rolle spielt, ob der Substanzgebrauch im Rahmen des Gesamtereignisses von tragender oder nur untergeordneter Bedeutung ist. Schon allein wenn man indes die übrigen in Art. 31.1 AVB aufgeführten Ausschlussgründe näher betrachtet, zeigt sich, dass die hier umstrittene Bestimmung auch dahingehend verstanden werden kann, dass mit ihr (nur) Leistungen für Ereignisse ausgeschlossen werden sollen, für die der Konsum von Drogen, Betäubungs- oder Suchtmitteln oder der Alkohol- und Medikamentenmissbrauch ursächlich ist; denn ein wesentlicher Teil dieser weiteren Ausschlussgründe (z.B. kriegerische Ereignisse, Teilnahme an Terrorakten, Unruhen oder Demonstrationen, Ausübung von Verbrechen oder Vergehen, Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, Einwirkung ionisierender Strahlen, Schäden aus Atomenergie, Suizid oder Selbstverstümmelung) machen nur unter dieser Prämisse Sinn. Im Hinblick auf den hier zu beurteilenden Fall fällt im Übrigen ohnehin in Betracht, dass die AVB der Beklagten alle Pflegezusatzversicherungen betreffen, während die ZVB speziell für die Spitalzusatzversicherungen gelten, Art. 17.2 ZVB aber nur einen Leistungsausschluss für Behandlungen und Aufenthalte in Akutspitälern und psychiatrischen Kliniken wegen Drogen-, Suchtmittel-, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauchs vorsieht, also offensichtlich voraussetzt, dass der Substanzgebrauch für die Hospitalisierung kausal ist. Soweit die Beklagte in dieser Hinsicht in der Duplik – erstmals – den Standpunkt vertreten liess, die beiden Bestimmungen würden "andere Sachverhalte" betreffen bzw. sich allenfalls "ergänzen" (Duplik, 6), kann dieser Meinung nicht gefolgt werden, und sie deckt sich denn auch nicht mit der von der Beklagten noch in der Klageantwort selbst vertretenen Auffassung, wonach Art. 31.1 AVB gegenüber Art. 17.2 ZVB lediglich "weiter gefasst" sei, da sie nicht nur die Spitalzusatzversicherungen, sondern sämtliche Pflegezusatzversicherungen betreffe (Klageantwort, 7). Richtigerweise muss sich vielmehr – wenn wie hier eine Behandlung und ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik in Frage steht – der Leistungsausschluss nach jener Bestimmung richten, welche die Beklagte speziell für diesen Versicherungsfall

in ihre Vertragsbedingungen aufgenommen hat, und dies ist Art. 17.2 ZVB, der wie dargelegt verlangt, dass der Substanzgebrauch Anlass für die Hospitalisierung ist. Davon, dass im vorliegenden Fall der Leistungsausschluss eine entsprechende Kausalität voraussetzt, muss im Übrigen jedenfalls in einer ersten Phase auch die Beklagte selbst ausgegangen sein: Dies zeigen zunächst schon die Abklärungen ihres Vertrauensarztes, die offensichtlich darauf abzielten, den Stellenwert des Substanzgebrauchs bezüglich der Einweisung in die Klinik K zu ermitteln sowie abzuklären, ob die Depression Ursache des Substanzgebrauchs war oder umgekehrt (so explizit in dessen Schreiben an die Klinik K vom 17. Juni 2000; kläg. act. 11). Solche Abklärungen wären nicht nötig gewesen, wenn die Beklagte bereits damals davon ausgegangen wäre, ein blosser Substanzgebrauch reiche – unabhängig von seiner Bedeutung im Rahmen der Gesamterkrankung und insbesondere auch unabhängig davon, ob er für die Einweisung kausal war oder nicht – aus, um Leistungen aus der Zusatzversicherung auszuschliessen. Denn dass vorliegend der Einweisung u.a. auch ein Drogenkonsum vorausgegangen war, stand schon aufgrund des Schreibens des Hausarztes an den Vertrauensarzt der Beklagten vom 7. September 1999 fest (kläg. act. 1), und auch im ersten Bericht der Klinik K vom 14. März 2000 wurde bereits auf den Substanzgebrauch und seine Behandlung hingewiesen (kläg. act. 5); wäre die Beklagte davon ausgegangen, der Stellenwert des Substanzgebrauchs im Verhältnis zur Gesamterkrankung und namentlich seine Kausalität für die Klinikeinweisung seien unerheblich, hätte sie schon damals ohne weitere Abklärungen ihre Leistungspflicht aus der Spitalzuzusatzversicherung abgelehnt. Darauf, dass vorprozessual durchaus auch die Beklagte annahm, ein Leistungsausschluss setze voraus, dass die Drogenproblematik zentral und namentlich für den Spitalaufenthalt ursächlich sei, weist im Weiteren auch der Umstand hin, dass Dr. B in seinen Schreiben an den früheren klägerischen Rechtsvertreter vom 29. November 2000 und 19. Dezember 2000 ausführte, die Beklagte sei bezüglich der Spitalzuzusatzversicherung nicht leistungspflichtig, "wenn es sich um Suchtleiden handelt" (kläg. act. 20, 2) bzw. entsprechende Leistungen seien ausgeschlossen, "wenn es um die Behandlung eines Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten, resp. Drogen geht" (kläg. act. 23, 3), und dass sich namentlich die Beklagte selbst in ihrem abweisenden Entscheid vom 27. Dezember 2000 noch dahingehend äusserte, "Behandlungen, welche infolge Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln, sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch erfolgen" würden, seien von Leistungen aus der Zusatzversicherung ausgeschlossen (kläg. act. 24; alle Hervorhebungen nicht im Original). Beizufügen bleibt, dass das Verhalten des Vertrauensarztes gegenüber dem Kläger durchaus Rückschlüsse auf die entsprechende Rechtsauffassung der Beklagten selber zulässt. Denn dieser ist im vorliegenden Zusammenhang nicht nur unter ihrem Briefkopf aufgetreten, sondern hat gegenüber dem Kläger bzw. dessen Rechtsvertreter auch explizit zur Leistungspflicht der Beklagten als solcher Stellung genommen (vgl. z.B. vi-act. 23, 3 f.), was die Beklagte in ihren Rechtsschriften im Übrigen selbst anerkennt ("... teilte der Vertrauenspsychiater dem Rechtsvertreter des Klägers mit, dass aufgrund des Drogenmissbrauchs Leistungen aus der Spitalversicherung PE ausgeschlossen seien"; Klageantwort, 4; so auch Berufung, 4). Der Einwand der Beklagten, der Vertrauensarzt habe lediglich beratende Funktion gehabt und der Kläger könne aus seinem Verhalten nichts zu seinen Gunsten herleiten, ist daher nicht stichhaltig.

Im Ergebnis ist aufgrund des Gesagten davon auszugehen, dass die Parteien nach ihrem übereinstimmenden wirklichen Willen nur für den Fall, dass eine Hospitalisierung durch

den Konsum von Drogen und Suchtmitteln verursacht wird, der Substanzgebrauch mithin überwiegender Grund und unmittelbarer Anlass für den Spitalaufenthalt ist, den Ausschluss von Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung PE 1 vereinbaren wollten. Selbst wenn man im Übrigen einen entsprechenden übereinstimmenden Willen nicht annehmen wollte, wäre im Lichte der obigen Erwägungen jedenfalls aufgrund einer normativen Auslegung davon auszugehen, dass der Kläger unter den gegebenen Umständen nach Treu und Glauben von einer dahingehenden Abrede ausgehen durfte.

Beizufügen bleibt, dass die Beklagte im vorliegenden Zusammenhang auch aus den Entscheiden der Einzelrichterin am Sozialversicherungsgericht Zürich vom 4. Mai 2004 (bekl. act. 33) und des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2004 (bekl. act. 34) nichts zu ihren Gunsten herleiten kann: Zunächst lag jenen Entscheiden ein völlig anderer Sachverhalt als der vorliegende zugrunde, nämlich die Einweisung aufgrund einer einmaligen Medikamentenintoxikation in Suizidabsicht. Überhaupt nicht zur Diskussion stand sodann in jenem Fall der – hier wie dargelegt zentrale – Art. 17.2 ZVB; massgebend war vielmehr allein Art. 31.1 AVB, auf den Art. 17.9 ZVB pauschal verweist. Soweit sich die Beklagte darauf beruft, in den erwähnten Entscheiden werde der Standpunkt vertreten, Wortlaut und Sinn von Art. 31.1 AVB seien unzweideutig und bestimmt, ist dem entgegenzuhalten, dass sich – wie schon die Vorinstanz zutreffend festgehalten hat – die Frage, ob eine Vertragsbestimmung klar und eindeutig ist, nur im Hinblick auf bestimmte Sachverhalte beurteilen lässt. Eben dies ergibt sich aus den Erwägungen des Bundesgerichts im von der Beklagten angerufenen Entscheid, wenn dieses ausführt: "Im vorliegenden Fall besteht kein Grund zur Annahme, die Parteien könnten unter dem Begriff 'Medikamentenmissbrauch' etwas anderes als einen Vorfall wie den zu beurteilenden verstanden haben" (Hervorhebung nicht im Original). Zudem lässt sich diesen zwei Entscheiden entnehmen, dass sowohl die Einzelrichterin am Sozialversicherungsgericht Zürich wie auch das Bundesgericht – wenngleich nur Art. 31.1 AVB zur Diskussion stand – für die Beurteilung der Leistungspflicht aus der Spitalzusatzversicherung als massgeblich erachteten, ob die Medikamentenintoxikation unmittelbarer Anlass für die Einweisung war oder nicht.

ee) Zu prüfen bleibt, ob die getroffene Abrede – wovon offenbar die Vorinstanz ausgegangen ist – dahingehend zu verstehen ist, dass in Fällen, in denen der Substanzgebrauch für die Hospitalisierung nicht kausal war, lediglich eine grundsätzliche Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung besteht, die Beklagte aber entsprechende Leistungen verweigern kann, soweit Mehrkosten der Privatabteilung die Drogenproblematik

betreffen. Dies ist jedenfalls im Hinblick auf Fälle, in denen – wie hier – der Substanzgebrauch nur eine sekundäre Begleiterscheinung der Grunderkrankung ist und die Behandlung der Grunderkrankung und der Drogenproblematik ineinanderfliessen, zu verneinen: Zwar ist der Vorinstanz zuzugestehen, dass der blosser Wortlaut von Art. 17.2 ZVB die von ihr offenbar vorgenommene Auslegung zulässt. Gegen eine dahingehende Interpretation spricht indes der Umstand, dass für den Versicherten im Zeitpunkt des Klinikeintrittes abschätzbar sein muss, ob bzw. inwieweit die Versicherung die Kosten für den Aufenthalt und die Behandlung in der Privatabteilung übernimmt oder nicht, weshalb diesbezüglich berechenbare Kriterien gelten müssen. Dies ist nicht der Fall, wenn die Versicherung die Kosten der Privatabteilung zwar grundsätzlich trägt, zugleich aber berechtigt ist, den auf die Drogenproblematik entfallenden Kostenanteil in Abzug zu

bringen; denn wie die Beklagte im Berufungsverfahren selbst anerkennt (B/9, 4 f.) und im Übrigen auch das von der Vorinstanz eingeholte Gutachten eindrücklich zeigt (vi-act. 52), lässt sich dieser Anteil dann, wenn die Behandlung des (sekundären) Suchtverhaltens Bestandteil des Therapiekonzepts für die Grunderkrankung ist, kaum und jedenfalls nicht nach zuverlässigen Regeln ermitteln. Der Versicherte sähe sich hier vor die Wahl gestellt, entweder trotz der grundsätzlichen Leistungspflicht der Versicherung in die Allgemeinabteilung einzutreten und damit auf berechnete Leistungen zu verzichten oder aber in die Privatabteilung einzutreten, ohne jedoch den Umfang der eigenen Leistungspflicht abschätzen zu können, was nicht zumutbar erscheint und dem Gebot der Rechtssicherheit (vgl. dazu STÖSSEL, Basler Kommentar, N 20 Allg. Einleitung, mit Hinweisen) widersprechen würde. Insoweit ist daher (wenn man nicht ohnehin von einem dahingehenden übereinstimmenden Willen ausgehen will) jedenfalls aufgrund einer normativen Auslegung davon auszugehen, dass der Kläger in guten Treuen annehmen durfte, dass dann, wenn ein vertraglich nicht ausgeschlossenes Ereignis unmittelbarer Anlass für die Hospitalisierung ist, auch bei (zusätzlichem) Vorliegen einer (sekundären) Drogenproblematik ein vollumfänglicher Leistungsanspruch aus der Spitalzusatzversicherung besteht.

ff) Aus dem Gesagten folgt, dass die Beklagte die Kosten für den ersten Klinikaufenthalt des Klägers vom 22. Februar bis 20. April 2000 grundsätzlich vollumfänglich zu tragen hat. Immerhin ist der Kläger aber prozessual dabei zu behaften, dass er im erstinstanzlichen Verfahren im Hinblick auf den ersten Klinikaufenthalt nachträglich auf die Bezahlung von Laborkosten von Fr. 1'399.20 durch die Beklagte verzichtet hat (vgl. Urteil, 5).

gg) Bei diesem Ergebnis erübrigen sich Erwägungen zum von der Vorinstanz eingeholten Gutachten sowie zum beklagten Antrag auf Einholung eines entsprechenden Obergutachtens.

3. Zu prüfen bleibt die Leistungspflicht der Beklagten für den zweiten Aufenthalt des Klägers in der Klinik K vom 22. November bis zum 22. Dezember 2000. Hier war der Kläger wie dargelegt in der Allgemeinabteilung untergebracht. Erstinstanzlich eingeklagt hat er die Mehrkosten für die Zeit ab 2. Dezember 2000 für ausserkantonale Patienten von Fr. 7'986.90 (für die Zeit bis 1. Dezember 2000 lag eine kantonsärztliche Kostengutsprache gemäss Art. 41 Abs. 3 KVG vor, vgl. kläg. act. 19a). Davon steht im Berufungsverfahren noch der von der Vorinstanz zugesprochene Betrag von Fr. 7'610.10 zur Diskussion.

Aus dem Bericht der Klinik K vom 6. Dezember 2000 ergibt sich, dass der Kläger nach dem ersten Klinikaufenthalt wieder depressiv wurde und in der Folge erneut Heroin und Kokain konsumierte (kläg. act. 22). Dabei ist offenkundig, dass es im Vorfeld zur zweiten Einweisung zu einer Verschärfung der Drogenproblematik gekommen war, indem der Kläger nunmehr auch intravenös Drogen applizierte (vgl. a.a.O.) Dem fraglichen Bericht ist denn auch – im Gegensatz zu den darin ebenfalls enthaltenen Ausführungen zum ersten Klinikaufenthalt – nicht zu entnehmen, dass die behandelnden Ärzte der Polytoxikomanie, wie sie sich im Zeitpunkt der zweiten Einweisung präsentierte, lediglich eine untergeordnete Bedeutung beimassen; vielmehr werden die Depression und die Polytoxikomanie in diesem Zusammenhang – wenn auch mit dem Hinweis, erstere sei nicht Folge der letzteren – ohne entsprechende Einschränkung nebeneinander genannt. Unter diesen Umständen ist naheliegend, dass bei der zweiten Hospitalisierung die Depression als solche nicht überwiegender Grund für die Einweisung war, sondern hier – im Unterschied zum ersten Klinikaufenthalt – der Drogenproblematik eine tragende Bedeutung zukam,

womit der Kläger insoweit keine Leistungen aus der Spitalzusatzversicherung geltend machen kann.

4. Soweit sich die vorliegende Berufung gegen Dispositiv-Ziffer 1 des angefochtenen Entscheides richtet, in welcher festgestellt wird, dass der Kläger Anspruch auf alle Leistungen aus seiner Privatversicherung bei der Beklagten habe, die aus der Behandlung der bestehenden psychischen Erkrankung resultieren, erweist sie sich als berechtigt. Denn die Rechtsverbindlichkeit der Spitalzusatzversicherung als solche ist von der Beklagten nie angezweifelt worden, und für den Fall, dass diese die Übernahme weiterer, vorliegend nicht Streitgegenstand bildender ärztlicher Leistungen oder Spitalaufenthalte verweigern sollte, würde dem Kläger jederzeit die Leistungsklage offen stehen. Insofern fehlt ihm daher ein rechtliches und aktuelles Interesse an sofortiger Feststellung (vgl. dazu: LEUENBERGER/UFFER-TOBLER, a.a.O., N 4 zu Art. 64 ZPO; VOGEL/SPÜHLER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 7. Aufl., 7. Kapitel, N 26 ff.; BGE 97 II 371 E. 2 und 123 III 49 E. 1a; so auch das Bundesgericht im von der Beklagten eingereichten Entscheid 5C.143/2004/bnm vom 1. Oktober 2004 in E. 1, vgl. bekl. act. 34). Auf die Feststellungsklage ist unter diesen

Umständen nicht einzutreten (LEUENBERGER/UFFER-TOBLER, a.a.O., N 1a und N 3a zu Art. 79 ZPO).

5. Im Ergebnis ist die Beklagte somit zu verpflichten, dem Kläger Fr. 40'848.95 (Fr. 42'248.15 abzüglich Fr. 1'399.20) zu bezahlen; auf diesem Betrag ist das von der Vorinstanz zugesprochene Zinsbetreffnis von 5% seit 21. März 2001 (Vermittlungsbegehren) ausgewiesen (Art. 102 Abs. 1, 104 Abs. 1 OR). Im Übrigen ist die Forderungsklage abzuweisen. Auf das klägerische Feststellungsbegehren ist nicht einzutreten.

V.

Der Kläger stellt mit seiner Anschlussberufung das Begehren, ihm sei für das erstinstanzliche Verfahren eine Parteientschädigung zuzusprechen.

Art. 47 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 alt VAG sieht (wie auch Art. 85 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 des am 1. Januar 2006 in Kraft getretenen VAG) vor, dass den Parteien bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zu sozialen Krankenversicherungen keine Verfahrenskosten auferlegt werden dürfen. Die Vorinstanz geht im angefochtenen Urteil unter Hinweis auf BGE 126 V 151 sowie eine Kommentierung dieses Entscheides durch UELI KIESER (AJP 2001, 113 ff.) davon aus, diese Bestimmung verbiete auch die Zusprechung einer Parteientschädigung (Urteil, 15 f.). Dem ist entgegenzuhalten, dass sich der genannte Bundesgerichtsentscheid auf Verfahren der berufliche Vorsorge und der Arbeitslosenversicherung bezieht. Die angerufene Kommentierung dieses Entscheides äussert sich zwar auch zu Art. 47 Abs. 2 und 3 alt VAG. Sie spricht sich jedoch nur – mit Blick auf die Interessen des Versicherungsnehmers als sozial schwächere Partei – zur Frage aus, ob der unterliegende Versicherungsnehmer der obsiegenden Krankenversicherung eine Parteientschädigung auszurichten habe. Weder der angerufene Bundesgerichtsentscheid noch die entsprechende Kommentierung können daher unbeschadet auf den vorliegenden Fall übertragen werden. Hingegen hat das Bundesgericht – wie der Kläger zu Recht geltend macht – in einem Entscheid vom 9. Januar 2001 (5C.244/2000) in Erw. 5 explizit klargestellt, dass Art. 47 Abs. 3 alt VAG nur die Gerichtskosten betrifft, nicht aber auch die Parteientschädigung. Dem ist jedenfalls im vorliegenden Fall – in welchem der von KIESER erwähnte und im

Übrigen auch BGE 126 V 151 zugrunde liegende sozialpolitische Grundgedanke nicht relevant ist (oder höchstens im Gegenteil für die Zusprechung einer Parteientschädigung spricht, sofern – wie hier – eine anwaltliche Vertretung angezeigt war) – zu folgen. Die Anschlussberufung erweist sich daher im Grundsatz als begründet.

VI.

1. Da das Verfahren kostenlos ist (Art. 47 Abs. 3 alt VAG; Art. 85 Abs. 3 VAG), bleibt Dispositiv-Ziffer 3 des angefochtenen Entscheides unverändert und sind auch für das Berufungsverfahren keine Kosten zu erheben.

2. a) Gemessen an seinen Rechtsbegehren vor erster Instanz obsiegt der Kläger mit seiner Leistungsklage zu rund 74%, während er mit seiner Feststellungsklage (für die sich ein konkreter Streitwert nicht ermitteln lässt, welche indes für die Parteien nur mit einem geringfügigen Mehraufwand verbunden war) unterliegt. Es erscheint unter diesen Umständen angemessen, den Kläger als zu 60% obsiegend zu betrachten und ihm für das erstinstanzliche Verfahren eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 2'800.– zuzusprechen (volles Honorar gemäss Art. 14 lit. d, 18 Abs. 1 lit. b, 28 und 29 bis HonO – unter Berücksichtigung eines Zuschlages für den Mehraufwand in Zusammenhang mit der Feststellungsklage gemäss Art. 23 HonO – von Fr. 14'000.–, davon 20%).

b) Im Berufungsverfahren obsiegt der Kläger mit seiner Leistungsklage zu rund 84 %. Zudem obsiegt er mit seinem Begehren um Zusprechung einer erstinstanzlichen Parteientschädigung, während er mit der Feststellungsklage unterliegt. Es erscheint bei diesem Ergebnis als angemessen, den Kläger als zu 75% obsiegend zu betrachten. Die Parteikosten sind, ausgehend von einem Streitwert von Fr. 51'259.05 (Fr. 48'459.05 [erstinstanzlich geschützte Forderung] + Fr. 2'800.– [Parteientschädigung für das erstinstanzliche Verfahren]), auf Fr. 4'538.10 zu veranschlagen (Art. 6, Art. 14 lit. d [Fr. 8'110.80], Art. 26 [davon 50% oder Fr. 4'055.40], Art. 29bis Abs. 1 [zuzüglich 4% von Fr. 4'055.40 oder Fr. 162.20] und Art. 28 [zuzüglich 7,6% von Fr. 4'217.60 oder Fr. 320.50] HonO). Davon hat die Beklagte dem Kläger 50% (75% abzüglich 25%; GVP 1983 Nr. 56) oder Fr. 2'269.05 zu ersetzen.

c) Die Parteientschädigung für beide Verfahren beträgt somit Fr. 5'069.05.

Die III. Zivilkammer hat

entschieden:

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