



VV 8

**Das Verwaltungsgericht  
des Kantons Thurgau  
als Versicherungsgericht**

in der Besetzung:

Dr. J. Spring, Präsident  
R. Bartholdi  
R. Wenger-Lenherr  
J. Zehnder, Gerichtssekretär

**hat in der Sitzung vom 18. Januar 2006**

in Sachen

**X**  
v.d. RA Dr. Kurt Meier, Langstr. 4, 8004 Zürich

Klägerin

gegen

**Y Kranken- und  
Unfallversicherung,**

Beklagte

betreffend **Forderung aus Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung**

- Klage vom 23. September 2005

**entschieden:**

1. Die Klage wird gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin die Teilkosten für die stationäre Behandlung vom 17. November 2004 bis zum 11. Februar 2005 in der Klinik Wyss in der Höhe von Fr. 35'021.55 aus der Zusatzversicherung Spitalversicherung B 1 rückzuvergüten nebst Zins zu 5% ab dem 23. September 2005.
2. Die Beklagte wird darüber hinaus verpflichtet, den Restbetrag der Totalrechnung von Fr. 29'587.-- der Klinik Wyss direkt zu vergüten.
3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
4. Die Beklagte hat die Klägerin ausserrechtlich mit Fr. 4'000.-- zuzüglich 7.6% Mehrwertsteuer zu entschädigen.

5. Mitteilung an: RA Dr. Kurt Meier, Langstr. 4, 8004 Zürich, zuhanden der Klägerin

Y Kranken- und Unfallversicherung,  
Bundesplatz 15, 6002 Luzern

Bundesamt für Privatversicherungswesen,  
Friedheimweg 14, 3003 Bern

**Rechtsmittel**

Gegen diesen Entscheid ist die Berufung an des Bundesgericht zulässig. Die Berufung ist binnen 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung dieses Urteils beim Verwaltungsgesicht des Kantons Thurgau, 8570 Weinfelden, einzureichen. Die Berufungsschrift ist in fünffacher Ausfertigung einzureichen und deren Inhalt hat Art. 55 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege vom 16. Dezember 1943 (OG) zu entsprechen.

## Sachverhalt

X ist bei der Y Kranken- und Unfallversicherung (nachfolgend: Y) obligatorisch krankenpflegeversichert und hat zudem für die Spalkosten in einer privaten Abteilung eines Spitals eine Zusatzversicherung abgeschlossen (halbprivat, Spitalzusatzversicherung PE1). Zuzolge ihrer beruflichen Belastungssituation stand X seit Herbst 2004 in Behandlung bei ihrem Hausarzt, Dr. med. R. Dieser wies sie am 17. November 2004 wegen einer schweren depressiven Episode in die Klinik Wyss in Münchenbuchsee ein (Diagnose: „reaktive Depression mit Tentamen infolge beruflicher Ueberlastung, kein Mobbing“). In der Folge stellte die Klinik gleichentags bei der Y ein Deckungszusagegesuch, allerdings ohne die genaue Diagnose des Hausarztes anzugeben. Am 24. November 2004 erteilte die Y Kostengutsprache ab dem 17. November 2004 für 30 Tage. Mit Bericht vom 3. Dezember 2004 teilte die Klinik Wyss der Y mit, die Klägerin sel „vor Eintritt suizidal“ gewesen. Daraufhin ersuchte der Vertrauenspsychiater der Y, Dr. med. B, um Auskunft, ob dem Klinikeintritt ein Suizidversuch vorausgegangen war. In der Folge entwickelte sich zwischen der Klinik Wyss und Dr. B ein Schriftverkehr betreffend Einweisungsdiagnose, wobei nach Auffassung des Vertrauensarztes keine eindeutige Antwort erging. Nach dem Austritt aus der Klinik Wyss trat B am 1. März 2005 in die Tagesklinik der Klinik Littenheid ein. Im Kostengutsprachegesuch für diese Klinik vom 22. März 2005 ist festgehalten, dass die Patientin im Anschluss an einen Suizidversuch in der Privatklinik Wyss zur psychotherapeutischen Krisenintervention hospitalisiert gewesen sei. Aufgrund dieser Ausführungen empfahl Dr. B der Y, keine Leistungen aus Zusatzversicherungen auszurichten, zumal er nachträglich auch feststellte, dass Dr. R im Ueberweisungsschreiben einen vorangegangenen Suizidversuch („reaktive Depression mit Tentamen“) festgehalten hatte. Gestützt auf diese Ausführungen weigerte sich die Y, Leistungen aus der Zusatzversicherung zu erbringen.

Mit Klage vom 23. September 2005 gegen die Y gelangte daher X an das Verwaltungsgericht als Versicherungsgericht, wobei folgende Anträge gestellt werden:

„1. Die Beklagte sei zu verpflichten, der Klägerin die Teilkosten für die stationäre Behandlung vom 17. November 2004 bis 11. Februar 2005 in der Klinik Wyss in der Höhe von Fr. 35'021.55 aus der Zusatzversicherung Spitalversicherung PE 1 rückzuvorgüten, nebst Zins zu 5% ab Klageerhebung.

2. Die Beklagte sei zu verpflichten, den Restbetrag der Totalrechnung von Fr. 29'587.-- der Klinik Wyss direkt zu vergüten.

3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten.“

Zur Begründung der Klage wird vorgebracht, die Beklagte berufe sich zur Leistungsverweigerung auf Art. 31 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu den Pflegezusatzversicherungen (AVB), wonach Krankheiten und Unfälle, die im Zusammenhang mit nachstehenden Ereignissen auftreten, von der Versicherung ausgeschlossen seien. Als nachstehendes Ereignis werde unter anderem die versuchte oder vollendete Selbsttötung oder Selbstverstümmelung genannt. Einweisungsgrund in die Klinik Wyss sei jedoch unbestrittenermassen eine schwere depressive Episode gewesen. Wegen dieser Diagnose und gestützt darauf sei sie behandelt und das Behandlungsprogramm entsprechend ausgerichtet worden. Diese Meinung werde sowohl vom Hausarzt, Dr. R, als auch von den Aerzten der Klinik Wyss sowie vom leitenden Arzt der Tagesklinik in Littenheid vertreten. Bei psychischen Diagnosen liege in fast allen Fallen eine Suizidalität, also die latente Gefährdung, vor. Das bedeute aber nicht schon eine versuchte oder vollendete Selbsttötung. Wesentlich erscheine allerdings, dass der vorliegende Sachverhalt nicht per se rechtsgültig unter Art. 31.1 AVB subsumiert werden könne. Die Klägerin sei seit Herbst 2004 wegen ihrer diagnostizierten Krankheit behandlungsbedürftig und die Einweisung in die Klinik Wyss aufgrund des Krankheitsbildes medizinisch notwendig gewesen. Die Krankheit sei nicht im Zusammenhang mit dem Suizidversuch, sondern wenn schon der Suizidversuch im Zusammenhang mit der bestehenden Krankheit aufgetreten.

Mit Klageantwort vom 12. Oktober 2004 beantragt die Y vollumfängliche Abweisung der Klage. Geltend gemacht wird, im initialen Kostengutsprachege such vom 11. November 2004 sei als Eintrittsdiagnose eine affektive Störung aufgeführt worden. Darum habe man vorerst Kostengutsprache erteilt. Im Schreiben vom 3. Dezember 2004 sei dann mitgeteilt worden, die Klägerin sei vor Eintritt suizidal gewesen. Dem Vertrauensarzt habe man keine genaue Auskunft in Bezug auf die Suizidalität der Klägerin gegeben, weshalb er empfohlen habe, keine Leistungen zu erbringen. Beim nachfolgenden Klinikaufenthalt in der Tagesklinik Littenheid sei eine neurotische Belastungs- und somatoforme Störung diagnostiziert worden. Die Klinikärztin in Littenheid habe in einem Bericht bestätigt, dass die Patientin im Anschluss an einen Suizidversuch nach einer Krisenintervention in die Klinik eingewiesen worden sei. Der Ausschlussgrund der versuchten Selbsttötung komme hier zum Tragen. Die nachträgliche Schutzbehauptung des behandelnden Hausarztes, dass er den Suizidversuch nur erwähnt habe, um eine möglichst baldige Hospitalisation zu erreichen, sei nicht glaubwürdig, da unzulässig und wider die Standesregeln. Die Einnahme von 8 Tabletten Temesta, die die Klägerin zu sich genommen habe, könne durchaus ausreichen, um einen Suizidversuch zu begehen. Es stehe zweifelsfrei fest, dass ein Selbsttötungsversuch vorgenommen worden sei, der zum Ausschluss der Leistungen führe.

In der Replik vom 7. November 2005 hält die Klägerin an den gestellten Anträgen fest. Dr. R habe in seiner Krankengeschichte eine schwere Depression mit latenter Suizidalität festgehalten, was massgebend sei. Die psychische Erkrankung allein habe die Kriterien für die akute klinische Behandlungsbedürftigkeit erfüllt. Wäre die Suizidalität der Einweisungsgrund gewesen, hätte die Patientin in einer geschlossenen Station behandelt werden müssen, was nicht der Fall gewesen sei. Zudem reichten 8 Tabletten des Medikamentes Temesta à 1 mg keinesfalls für eine Selbsttötung aus.

Dem wird in der Duplik vom 16. November 2005 entgegengehalten, es sei geradezu standeswidrig, aus taktischen Gründen in einem Arztzeugnis eine äusserst gravierende Diagnose (Selbsttötungsversuch) zu stellen. Der Einweisungsgrund sei aufgrund der Berichte der Klinik Littenheid jedoch eindeutig nicht eine akute Suizidalität, sondern ein tatsächlich durchgeführter Suizidversuch gewesen. Es gehe nicht an, dass eine Klinik den Krankenversicherer um Kostengutsprache ersuche, ihm gleichzeitig aber zu erkennen gebe, dass ihr die völlig zu Recht gestellten legitimen Fragen von dessen Vertrauenspsychiater auf die Nerven gingen. Solches Verhalten verdiene keinen Rechtsschutz.

Auf die Vorbringen der Parteien wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

## **Erwägungen**

1. Die Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts zur Beurteilung der vorliegenden Klage ergibt sich aus § 69a Abs. 1 Ziff. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Februar 1981 (VRG). Die fristgerecht eingereichte Klageschrift enthält einen Antrag und eine Begründung. Sie entspricht damit § 57 Abs. 1, 2. Satz i.V. mit § 69b Abs. 1 VRG. Die Klägerin ist zur Klageerhebung legitimiert, so dass, da auch alle übrigen Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, auf die Klage einzutreten ist.

2. a) aa) Gemäss Art. 33 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) haftet der Versicherer für alle Ereignisse, welche die Merkmale der Gefahr, gegen deren Folgen Versicherung vorgenommen wurde, in sich tragen, es sei denn, dass der Vertrag einzelne Ereignisse in bestimmter, unzweideutiger Fassung von der Versicherung ausschliesst. Gestützt auf diese Norm hat die Y in Art. 31.1 folgende Ausschlüsse formuliert:

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

- 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 Hilfeleistung 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.“

Gemäss Art. 8.1 AVB gilt als Krankheit jede vom Willen des Versicherten unabhängige, medizinisch wahrnehmbare körperliche oder geistige Gesundheitsstörung, die ärztliche Behandlung notwendig macht und nicht auf einen Unfall oder eine unfallähnliche Körperschädigung entsprechend der Definition in der obligatorischen Unfallversicherung zurückzuführen ist. Als Unfall gilt gemäss Art. 9 AVB die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper sowie unfallähnliche

Körperschädigungen entsprechend der Definition in der obligatorischen Unfallversicherung.

bb) Die Geltung vorformulierter AVB wird durch die sogenannte Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt. Nach der Unklarheitsregel sind mehrdeutige Klauseln in Versicherungsverträgen gegen den Versicherer als deren Verfasser auszulegen (BGE 122 III 118, E. 2a, S. 121). Diese Regel ist indes erst dann anzuwenden, wenn die übrigen Auslegungsmittel zu keinem Resultat führen und der bestehende Zweifel nicht anders beseitigt werden kann.

Nach der Ungewöhnlichkeitsregel sind von der globalen Zustimmung zu allgemeinen Geschäftsbedingungen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht besonders aufmerksam gemacht worden ist. Im Bereich der AVB kann diese Regel zur Anwendung gelangen, wenn der durch Bezeichnung und Werbung beschriebene Deckungsumfang ganz erheblich reduziert wird, so dass gerade die häufigsten Risiken nicht mehr gedeckt sind, wenn Sinn und Tragweite einer Bestimmung infolge komplizierter Formulierung verklausuliert sind oder wenn sie aufgrund ihres Standorts innerhalb der AVB für den Versicherungsnehmer überraschend und unerwartet erscheint (BGE vom 1. Oktober 2004, Fall Nr. 5C.134/2004). Mit der Relativierung der Eindeutigkeitsregel ist nicht mehr zwingend auf den klaren Wortlaut abzustellen; indes besteht nur dann Anlass, vom Wortsinn abzuweichen, wenn triftige Gründe für die Annahme bestehen, der Wortlaut entspreche nicht dem wirklichen Parteiwillen (BGE 128 III 212, E. 2b/bb).

b) aa) Damit die Beklagte unter Berufung auf Art. 33.1 AVB ihre Leistung verweigern darf, muss zunächst einmal ein Selbsttötungsversuch vorliegen. Dabei genügt es selbstverständlich nicht, dass ein Versicherter eine (seiner Meinung nach) selbstschädigende Handlung vornimmt, verbunden mit dem Wunsch, nicht mehr weiter zu leben. Vielmehr muss

darüber hinaus verlangt werden, dass die vorgenommene Handlung auch objektiv dazu geeignet ist, den entsprechenden Schaden (die Selbsttötung oder zumindest eine Selbstschädigung) herbeizuführen.

Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit führt die Einnahme von 8 Tabletten Temesta à 1 mg nicht zum Tod. Dies gilt jedenfalls so lange, als das Medikament nicht in Kombination mit anderen Medikamenten eingenommen wird. Vorliegend ist den Akten kein Hinweis zu entnehmen, dass die Klägerin noch weitere Medikamente eingenommen hätte. In der Fachinformation des Arzneimittel-Kompodium der Schweiz zu Temesta (AMZV 9.11.2001) steht beschrieben, dass eine Ueberdosis dieses Medikamentes sehr selten, also in weniger als 0.01% der Fälle zum Tod führen kann.

Fraglich ist im Uebrigen allein schon, ob die von der Versicherten eingenommene Menge (8 mg) überhaupt als Ueberdosis bezeichnet werden muss. Die Klägerin weist zu Recht darauf hin, dass 3x2.5 mg einer ordentlichen Tagesdosis entsprechen. Es kann also höchstens von einer erhöhten Dosis, nicht aber von einer Ueberdosis, was für einen Selbstmordversuch notwendig wäre, gesprochen werden. Selbst wenn also die Klägerin im Moment der Einnahme ihren Lebensmut völlig verloren hätte, so wäre von einem untauglichen Versuch auszugehen. Objektiv betrachtet lag kein Selbstmordversuch vor. Die Voraussetzungen von Art. 31.1 AVB sind somit nicht erfüllt.

- bb) Die Bestimmung von Art. 33.1 AVB, wonach die Leistungspflicht ausgeschlossen ist, wenn Krankheit oder Unfall im Zusammenhang mit einem Selbsttötungsversuch stehen, ist auslegungsbedürftig. Mit der Bestimmung von Art. 31.1 AVB hat die Beklagte Ereignisse von der Versicherungspflicht ausgeschlossen, wenn die Krankheit oder der Unfall Folge eines dieser Ereignisse sind. Dies gilt jedenfalls für die weit überwiegende Zahl der Ereignisse, die in der Aufzählung von Art. 31.1 AVB genannt werden (Teilnahme an Unruhen, Ausübung von Verbrechen,

Beteiligung an Rauferei, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch etc.). Im Kontext mit den übrigen Fällen von Art. 31.1 AVB ist daher die Bestimmung, wonach die Leistungen ausgeschlossen sind, wenn sie im Zusammenhang mit versuchter oder vollendeter Selbsttötung auftreten, so zu verstehen, dass sie nur dann zur Anwendung gelangt, wenn dadurch tatsächlich ein an sich leistungsauslösender Gesundheitsschaden eintritt. Diese Auslegung von Art. 31.1 AVB muss deshalb verlangt werden, weil bei depressiven Patienten notorisch eine gewisse Suizidalität latent vorhanden ist und die Krankheit (Depression) ja nicht selten auch mit Medikamenten wie Temesta oder ähnlichen Präparaten (unter anderem bei Schlafstörungen) behandelt wird. Nur so kann in den nicht seltenen Fällen einer depressiven Erkrankung zwischen leistungspflichtigen Fällen und denjenigen, in denen die Leistung verweigert werden darf, eindeutig unterschieden werden.

Die Einnahme der erhöhten Dosis Temesta hat keinerlei Gesundheitsschäden zur Folge gehabt, für die die Beklagte einstehen müsste. Vielmehr steht die Behandlungsbedürftigkeit der Klägerin im Zusammenhang mit ihrer reaktiven Depression, die so schwere Züge angenommen hat, dass auch ohne den genannten Vorfall eine stationäre Behandlung notwendig geworden ist. Dies wird von Seiten der Privatklinik Wyss mehrfach dargelegt und die Beklagte beziehungsweise ihr Vertrauensarzt bestreitet dies auch nicht ernsthaft. Allerdings, und darin ist der Beklagten Recht zu geben, war das Verhalten der Klinik Wyss völlig inakzeptabel. Dem Vertrauensarzt der Beklagten hätte sofort und umfassend Auskunft erteilt werden müssen. Solange dies nicht der Fall war, durfte die Beklagte die Leistung verweigern.

- cc) Wie bereits ausgeführt, ist die Bestimmung betreffend Ausschluss der Leistungspflicht bei einem Suizidversuch verglichen mit den übrigen Ausschlussstatbeständen in Art. 31.1 AVB so zu verstehen, dass eine Leistungspflicht nicht gegeben ist, wenn aufgrund des Selbsttötungs-

versuchs eine Behandlung irgendwelcher Art notwendig wird. Eine latente Suizidalität bei depressiven Personen ist gerichtsnotorisch und wird von Seiten der Beklagten nicht bestritten. Auch der Bericht von Dr. W spricht zwar davon, dass die Einweisung eine Folge einer Krisenintervention nach Suizidversuch gewesen sei, hält jedoch ebenfalls das Stadium der Krankheit bei der Klägerin für so akut, dass unabhängig vom Suizidvorfall eine stationäre Behandlung indiziert gewesen sei. Dass dem der Fall ist, geht unter anderem auch daraus hervor, dass selbst nach einer dreimonatigen stationären und bei fort-dauernden tagesklinischen Betreuung die behandelnde Aerztin der Klinik in Littenheid, Dr. S, im Bericht vom 18. April 2005 damit rechnete, wegen der Schwere der Depression erscheine eine Rückver-setzung in die stationäre Klinik als möglich („es bleibt zu hoffen, dass das tagesklinische Setting ausreicht und keine erneute vollstationäre Behandlung notwendig wird.“) Damit ist erwiesen, dass der von der Beklagten geltend gemachte Suizidversuch - ein solcher liegt nach Auffassung des Gerichtes bei richtiger Auslegung von Art. 31.1 AVG aber gerade nicht vor - allenfalls Auslöser für die Therapie war, jedoch zwischen der Therapie und dem Ereignis kein eigentlicher Zusammen-hang bestand. Auch die Vorgabe von Art. 31.1. AVG ist somit nicht erfüllt.

dd) Da die Beklagte die geltend gemachte Forderung weder bezüglich Höhe, noch bezüglich Verzinsung in Frage stellt, ist von deren Richtig-keit auszugehen und die Klage in materieller Hinsicht gemäss den gestellten Anträgen gutzuheissen.

3. a) Das Verfahren ist kostenlos (Art. 47 Abs. 3 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungen vom 23. Juni 1978).

b) Die obsiegende Klägerin hat Anspruch auf Ersatz ihrer ausseramtlichen Kosten (§ 80 Abs. 1 und 3 VRG).



Der Präsident

Der Gerichtssekretär :

versandt: **27. Feb. 2006**

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'P' or similar character, positioned above a horizontal line.