
KANTON AARGAU

Versicherungsgericht

3.Kammer

VKL.2016.13 / AW / fi

Art. 217

Urteil vom 8. November 2016

_____ Besetzung

Oberrichterin Plüss, Präsidentin
Oberrichter Hartmann
Oberrichterin Schircks Denzler
Gerichtsschreiberin Wittwer

_____ Kläger

A.
vertreten durch lic. iur. Michele Wehrli Roth, Rechtsanwältin,

_____ Beklagte

X. Versicherungen

_____ Gegenstand

Klageverfahren betreffend VVG (Spitalzusatzversicherung)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Der Kläger ist bei der Beklagten obligatorisch krankenpflegeversichert und verfügt bei ihr ausserdem über verschiedene Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, insbesondere über die Spitalversicherung _____, welche bei krankheits- oder unfallbedingten stationären Behandlungen Anspruch auf Behandlung in der privaten Abteilung bei freier Spital- und Arztwahl gewährleistet.

1.2.

Vom 2. September 2014 bis zum 24. Oktober 2014 befand sich der Kläger in einem stationären Aufenthalt an der psychiatrischen Klinik B. in _____. Auf sein Kostengutsprachege such vom 3. September 2014 hin erteilte ihm die Beklagte am 5. September 2014 zunächst Kostengutsprache für Mehrleistungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die private Abteilung während 30 Tagen im Umfang von Fr. 190.00 pro Tag.

1.3.

Nachdem der Beklagten mit Fax vom 9. September 2014 die ärztlichen Diagnosen mitgeteilt worden waren, revidierte diese mit Schreiben vom 10. September 2014 ihre vormalige Kostengutsprache und beschränkte sie auf die Übernahme der Kosten gemäss obligatorischer Krankenpflegeversicherung. Der Kläger machte für die Dauer des stationären Aufenthaltes vom 2. September 2014 bis am 24. Oktober 2014 weiterhin einen Anspruch aus der Spitalzusatzversicherung _____ geltend. Nach weiteren Abklärungen hielt die Beklagte mit der Begründung, es liege ein Leistungsausschlussstatbestand vor, an der Nichtübernahme der Kosten der privaten Hospitalisation fest.

2.

2.1.

Am 10. März 2016 erhob der Kläger Klage gegen die Beklagte und stellte folgende Anträge:

"1. Die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger die Tagespauschale aus der Pflegezusatzversicherung für die Dauer des stationären Aufenthaltes in der Psychiatrischen Klinik B. in _____ vom 2. September 2014 bis am 24. Oktober 2014, im Gesamtbetrag von 19'610.-, zuzüglich Zins zu 5 % seit wann rechtens, spätestens ab dem 24. November 2014, zu bezahlen.

2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu lasten der Beklagten."

2.2.

Mit Klageantwort vom 29. Juni 2016 beantragte die Beklagte innert mehrmals erstreckter Frist die Abweisung der Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu lasten des Klägers.

2.3.

Mit Replik vom 23. August 2016 änderte der Kläger innert erstreckter Frist den ersten Antragspunkt gestützt auf Art. 227 Abs. 3 ZPO wie folgt:

"1. Die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger die Tagespauschale aus der Pflegezusatzversicherung für die Dauer des stationären Aufenthalts in der Psychiatrischen Klinik B. in _____ vom 2. September 2014 bis am 24. Oktober 2014, im Gesamtbetrag von 10'070.-, zuzüglich Zins zu 5 % seit wann rechtens, spätestens ab dem 24. November 2014, zu bezahlen."

Im Weiteren hielt er an Ziffer 2 seiner Anträge gemäss Klage vom 10. März 2016 fest.

2.4.

Mit Duplik vom 13. Oktober 2016 erneuerte die Beklagte innert erstreckter Frist ihren Abweisungsantrag vom 29. Juni 2016.

2.5.

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 25. Oktober 2016 wurden die Parteien darüber informiert, dass eine Verhandlung zur Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts für nicht notwendig erachtet werde und sie gebeten würden, mitzuteilen, ob sie auf die Durchführung einer Hauptverhandlung verzichteten.

Mit Eingaben vom 27. Oktober 2016 und 1. November 2016 teilten die Parteien ihren Verzicht auf die Durchführung einer Hauptverhandlung mit.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1.

Der Kläger macht einen Leistungsanspruch aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung geltend.

1.2.

Er verfügt bei der Beklagten über die Zusatzversicherung Spitalversicherung _____ nach VVG (vgl. Police Nr. _____, Klagebeilage [KB] 3). Massgebend für die Beurteilung von Ansprüchen aus dieser Versicherung sind die Versicherungspolice, gültig ab 1. April 2014 (KB 3), die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Pflegezusatz-

versicherungen (Ausgabe 2007, KB 2), die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) für die Spitalversicherung (Ausgabe 2010, Klageantwortbeilage [AB] 2) und die Bestimmungen des VVG (vgl. Art. 1.3 AVB, KB 2). Soweit das VVG keine Vorschriften enthält, sind die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) anwendbar (Art. 100 Abs. 1 VVG).

2.

2.1.

Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 KVAG (bis zum 1. Januar 2016: Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG) dem VVG (vgl. auch die Urteile des Bundesgerichts 4A_220/2016 vom 27. Juli 2016 E 1; 4A_67/2014 vom 4. März 2015 E 1.2). Streitigkeiten aus Versicherungen nach VVG sind privatrechtlicher Natur. Für das Verfahren findet die ZPO Anwendung (vgl. Art. 243 Abs. 2 lit. f i.V.m. Art. 7 ZPO; BGE 138 III 558 E 3.2 S. 560 f.).

2.2.

Gemäss Art. 37.2 AVB (KB 2) steht der versicherten Person bei Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag wahlweise der Gerichtsstand Luzern oder der Gerichtsstand ihres schweizerischen Wohnsitzes zur Verfügung.

Der Kläger wohnt in _____ im Kanton Aargau, womit sich eine örtliche Zuständigkeit im Kanton Aargau befindet.

2.3.

Gemäss Art. 7 ZPO können die Kantone ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung zuständig ist.

Im Kanton Aargau entscheidet über derartige Streitigkeiten das Versicherungsgericht als einzige kantonale Instanz (§ 14 EG ZPO).

2.4.

Für die Beurteilung der mit Klage vom 10. März 2016 angehobenen Streitsache ist das Versicherungsgericht des Kantons Aargau somit örtlich und sachlich zuständig.

Da die übrigen Prozessvoraussetzungen ebenfalls erfüllt sind, ist auf die Klage einzutreten.

3.

3.1.

Der Kläger macht geltend, der Behandlungsauftrag während seines stationären Aufenthaltes in der psychiatrischen Klinik B. vom

3. September 2014 bis am 24. Oktober 2014 habe die depressive Grunderkrankung sowie die sich daraus entwickelte Abhängigkeitserkrankung betroffen und eine medikamentöse antidepressive Einstellung sowie eine qualifizierte Entzugsbehandlung umfasst. Insbesondere dem Austrittsbericht vom 17. Juli 2015 könne entnommen werden, dass die Zuweisung nicht nur zur stationären qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung, sondern auch zur antidepressiven Weiterbehandlung erfolgt sei. Der behandelnde Arzt, Dr. med. C., Oberarzt, Psychiatrische Klinik B., _____, habe darin ausdrücklich festgehalten, dass die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung und die damit zusammenhängende Behandlung nicht im Zusammenhang mit dem Alkoholmissbrauch gestanden hätten. Bereits im Bericht vom 23. Oktober 2014 habe der behandelnde Arzt ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die rezidivierende depressive Störung als Hauptdiagnose gestellt worden sei und sich das Alkoholabhängigkeitssyndrom als Folge der depressiven Grunderkrankung entwickelt habe. Entgegen der Auffassung der Beklagten liege daher kein Anwendungsfall von Art. 31.1 AVB vor; vielmehr handle es sich um eine vom Willen des Klägers unabhängige behandlungsbedürftige Gesundheitsstörung, wofür die Beklagte gemäss Art. 8.1 AVB leistungspflichtig sei.

3.2.

Die Beklagte bringt vor, sie habe zunächst Kostengutsprache erteilt, da auf dem Kostengutsprachege such vom 3. September 2014 lediglich "Krankheit" als Einweisungsgrund vermerkt gewesen sei. Erst als sie das um die genauen Diagnosen ergänzte Kostengutsprachege such am 9. September 2014 erhalten habe, habe sie ihre vormalige Gutsprache revidiert und auf die Kosten aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beschränkt.

Es möge sein, dass der behandelnde Arzt in seinem ersten Bericht vom 23. Oktober 2014 gestützt auf die Patientenanamnese zunächst angenommen habe, dass es sich beim Alkoholabhängigkeitssyndrom um eine Folgeerkrankung der zugrundeliegenden depressiven Störung handle. Sowohl aus dem späteren Austrittsbericht von Dr. med. C. vom 17. Juli 2015 als auch aus den wiederholten, alkoholbedingten Folgebehandlungen im Jahre 2015 sowie aufgrund der vertrauensärztlichen Beurteilungen könne hingegen gefolgert werden, dass nicht die depressive Erkrankung, sondern vielmehr der Alkoholmissbrauch des Klägers bzw. das qualifizierte, körperliche Alkoholentzugsprogramm massiv im Vordergrund gestanden habe. Diesen Umstand bescheinigten die mehrfachen, alkoholbedingten Rückfälle des Klägers und seine jeweils darauffolgenden stationären Alkoholentzugaufenthalte. Die stationäre Behandlung des Klägers vom 2. September 2014 bis zum 24. Oktober 2014 an der psychiatrischen Klinik B. stehe demnach im Zusammenhang mit der vorliegenden, massiven Alkoholproblematik bzw. mit dem vorlie-

genden Alkoholmissbrauch auf Seiten des Klägers. Damit sei das Ausschlusskriterium des Alkoholmissbrauchs gemäss Art. 17.9 ZVB i.V.m. Art. 31.1 AVB erfüllt, weshalb die Beklagte ihre Leistungspflicht aus der Spitalversicherung _____ zu Recht verneint habe.

Im Übrigen sei dem Austrittsbericht vom 17. Juli 2015 zu entnehmen, dass der Kläger "auch andere Drogen" konsumiert habe, was einen eigenständigen Ausschlussstatbestand darstelle, der die Beklagte zur Leistungsverweigerung berechtigen würde.

4.

4.1.

Der vorliegende Fall betrifft eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, bei welcher im gerichtlichen Verfahren die gemässigte Untersuchungsmaxime und das Prinzip der Rechtsanwendung von Amtes wegen gelten (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO).

Die beschränkte beziehungsweise soziale Untersuchungsmaxime bezweckt, die schwächere Partei zu schützen, die Gleichheit zwischen den Parteien zu garantieren und das Verfahren zu beschleunigen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung obliegt dem Gericht bei der sozialen Untersuchungsmaxime jedoch einzig eine verstärkte Fragepflicht. Wie im ordentlichen Zivilprozess im Rahmen der Verhandlungsmaxime haben die Parteien dem Gericht den Sachverhalt zu unterbreiten und tragen die Verantwortung für die Sachverhaltsermittlung. Insbesondere haben sie die Beweismittel zu benennen und beizubringen (BGE 130 III 102 E 2.2 S. 107; 125 III 231 E 4a S. 238; Urteile 4A_333/2015 vom 27. Januar 2016 E 6.1 sowie 4A_491/2014 vom 30. März 2015 E 2.6.1; vgl. auch PETER GUYAN, in: Basler Kommentar zur ZPO, 2. Aufl. 2013, N. 3 ff. zu Art. 153 ZPO, insb. N. 9; FRANZ HASENBÖHLER, in: ZPO Kommentar, 3. Aufl. 2016, N. 5 ff. zu Art. 153 ZPO; BERND HAUCK, in: ZPO Kommentar, N. 33 zu Art. 247 ZPO). Das Gericht ist nicht verpflichtet, die Akten von sich aus zu durchforsten, um abzuklären, was sich daraus zu Gunsten der Partei, die das Beweismittel eingereicht hat, herleiten liesse (Urteile 4A_491/2014 vom 30. März 2015 E 2.6.1; 4A_497/2008 vom 10. Februar 2009 E 4.2 sowie 5C.134/2004 vom 1. Oktober 2004 E 2.2). Die Untersuchungsmaxime ändert auch nichts an der formellen Beweislast. Im Fall der Beweislosigkeit fällt daher der Entscheid zu Ungunsten jener Partei aus, welche aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableitet (BGE 116 V 136 E 4b S. 140, HAUCK, a.a.O., N. 37 zu Art. 247 ZPO).

4.2.

Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat gemäss Art. 8 ZGB derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch gel-

tend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Der Eintritt des Versicherungsfalls ist nach diesen Grundsätzen vom Anspruchsberechtigten zu beweisen (BGE 130 III 321 E. 3.1 S. 323; 141 III 241 E. 3.1 S. 242; Urteil 4A_246/2015 vom 17. August 2015 E. 2.2; ROLAND SCHAER, Modemes Versicherungsrecht, 2007, S. 572).

4.3.

Bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen bedarf es, wie für Zivilverfahren üblich, grundsätzlich des vollen Beweises. Nach dem Regelbeweismass gilt ein Beweis als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist und ihm allfällige Zweifel als unerheblich erscheinen (BGE 132 III 715 E. 3.1 S. 719).

Wenn ein strikter Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich oder nicht zumutbar ist, insbesondere wenn die von der beweisbelasteten Partei behaupteten Tatsachen nur mittelbar durch Indizien bewiesen werden können, gelangt das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zur Anwendung (BGE 130 III 321 E. 3.2 S. 324 f.). Im Zusammenhang mit dem Eintritt des Versicherungsfalls geht die Rechtsprechung davon aus, dass in der Regel eine Beweisnot gegeben ist, sodass das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit genügt (BGE 130 III 31 E. 3.2 S. 325). Ein Sachverhalt gilt dann als überwiegend wahrscheinlich, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (BGE 130 III 321 E. 3.3 S. 325; Urteil 4A_458/2008 vom 21. Januar 2009 E. 2.3).

4.4.

Nach Art. 168 Abs. 1 ZPO sind als Beweismittel zulässig: Zeugnis (lit. a), Urkunde (lit. b), Augenschein (lit. c), Gutachten (lit. d), schriftliche Auskunft (lit. e) sowie Parteibefragung und Beweisaussage (lit. f). Diese Aufzählung ist abschliessend; im Zivilprozessrecht besteht insofern ein numerus clausus der Beweismittel (BGE 141 III 433 E. 2.5.1 S. 436). Ein Privatgutachten stellt kein Beweismittel, sondern eine blosser Parteibehauptung dar (BGE 141 III 433 E. 2.6 S. 437 f.). Weiter stellen auch Arztzeugnisse, fachärztliche Berichte und dergleichen beweisrechtlich betrachtet blosser Parteigutachten dar, welche bloss als Bestandteil der Parteivorbringen und nicht als eigentliche Beweismittel gelten (BGE 140 III 16 E. 2.5 S. 24; BGE 140 1124 E. 3.3.3 S. 29).

4.5.

Dabei ist zu beachten, dass nur Tatsachenbehauptungen bewiesen werden müssen, die ausdrücklich bestritten sind. Bestreitungen sind so konkret zu halten, dass sich bestimmen lässt, welche einzelnen Behauptungen des Klägers damit bestritten werden. Die Bestreitung muss ihrem Zweck entsprechend so konkret sein, dass die Gegenpartei weiss, welche einzelne Tatsachenbehauptung sie beweisen muss. Der Grad der Substanziierung einer Behauptung beeinflusst insofern den erforderlichen Grad an Substanziierung einer Bestreitung. Je detaillierter einzelne Tatsachen eines gesamten Sachverhalts behauptet werden, desto konkreter muss die Gegenpartei erklären, welche dieser einzelnen Tatsachen sie bestreitet. Je detaillierter mithin ein Parteivortrag ist, desto höher sind die Anforderungen an eine substanziierte Bestreitung. Diese sind zwar tiefer als die Anforderungen an die Substanziierung einer Behauptung; pauschale Bestreitungen reichen indessen nicht aus. Erforderlich ist eine klare Äusserung, dass der Wahrheitsgehalt einer bestimmten und konkreten gegnerischen Behauptung infrage gestellt wird. Parteibehauptungen, denen ein Privatgutachten zugrunde liegt, werden meist besonders substanziiert sein. Entsprechend genügt eine pauschale Bestreitung nicht. Die Gegenpartei ist vielmehr gehalten zu substanziiieren, welche einzelnen Tatsachen sie konkret bestreitet. Wird eine Tatsachenbehauptung von der Gegenpartei substanziiert bestritten, so vermögen Parteigutachten als reine Parteibehauptungen diese allein nicht zu beweisen. Als Parteibehauptungen mögen sie allenfalls zusammen mit - durch Beweismittel nachgewiesenen - Indizien den Beweis zu erbringen. Werden sie aber nicht durch Indizien gestützt, so dürfen sie als bestrittene Behauptungen nicht als erwiesen erachtet werden (vgl. zum Ganzen: BGE 141 III 433 E. 2.6 S. 437 mit Hinweisen).

5.

5.1.

Beweisthema ist vorliegend die Leistungspflicht der Beklagten aus der Spitalzusatzversicherung _____ für die stationäre Behandlung des Klägers vom 2. September 2014 bis zum 24. Oktober 2014 in der privaten Abteilung der psychiatrischen Klinik B.

Die Beklagte bestreitet ihre Leistungspflicht gestützt auf einen Ausschlussgrund gemäss Art. 17.9 ZVB i.V.m. Art. 31.1 AVB. Die Beweislast für das Vorliegen eines Leistungsausschlusstatbestandes trägt nach dem unter E 4.2 Dargelegten grundsätzlich die Beklagte. Jedoch hat sie ihre Tatsachenbehauptung nur insofern zu beweisen, als diese ausdrücklich bestritten wird (vgl. E. 4.5 vorstehend).

5.2.

Als Ausschlussgründe sieht Art. 31.1 AVB (KB 2) für den Bereich der Pflegezusatzversicherungen im Allgemeinen mitunter vor:

"31 Ausschlüsse

31.1 Krankheiten und Unfälle sowie deren Komplikationen und Spätfolgen, die in Zusammenhang mit nachstehenden Ereignissen auftreten, sind von der Versicherung ausgeschlossen:

[...]

- Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch;

[...]"

Für die Spitalzusatzversicherung im Besonderen statuiert Ziff. 17 ZVB (AB 2) unter anderem folgende Ausschlussgründe:

"17 Leistungsausschluss

Aus der Spitalversicherung werden keine Leistungen ausgerichtet:

[...]

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

[...]

17.9 in den Fällen, die in Art. 31 AVB aufgeführt sind.

[...]"

5.3.

Die Beklagte behauptet, es liege ein Ausschlussgrund im Sinne von Art. 17.9 ZVB i.V.m. Art. 31.1 AVB vor, da es sich bei der stationären Behandlung des Klägers vom 2. September 2014 bis zum 24. Oktober 2014 an der psychiatrischen Klinik B. um ein qualifiziertes, körperliches Alkoholentzugsprogramm gehandelt habe und die Behandlung damit in Zusammenhang mit der massiven Alkoholproblematik bzw. mit dem Alkoholmissbrauch auf Seiten des Klägers stehe. Es liege zudem ein weiterer Ausschlussgrund vor, da der Kläger angegeben habe, auch andere Drogen zu konsumieren (vgl. E 3.2 vorstehend).

5.4.

5.4.1.

Der Kläger bestreitet nicht, dass die Zuweisung in die Klinik B. zur stationären qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung erfolgt und in der Zeit vom 2. September 2014 bis am 24. Oktober 2014 durchgeführt worden ist (vgl. E 3.1). Dass die stationäre Behandlung mit dem Alkoholmissbrauch seitens des Klägers zusammenhängt, ist damit nicht bestritten und darf demnach als erwiesen erachtet werden (vgl. E 4.5).

5.4.2.

Soweit der Kläger vorbringt, die Einweisung sei nicht nur zur Alkoholentzugsbehandlung, sondern auch zur antidepressiven Weiterbehandlung erfolgt und sein Alkoholabhängigkeitssyndrom sei eine Folgeerkrankung seiner depressiven Störung, vermag dies an dem für den Ausschlussbestand erforderlichen Zusammenhang - der grundsätzlich nicht bestritten wird - nichts zu ändern. Weder setzt der Tatbestand nach Art. 17.9

ZVB i.V.m. Art. 31.1 AVB gemäss seinem Wortlaut voraus, dass eine Behandlung *ausschliesslich* im Zusammenhang mit einem Alkoholmissbrauch steht, noch ist erforderlich, dass es sich im Falle eines Alkoholabhängigkeitssyndroms um die Primärerkrankung handeln muss. Vielmehr liegt es in der Natur der Sache, dass mit einer qualifizierten stationären Alkoholentzugsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik mitunter auch psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungen einhergehen, um die mit einer Suchterkrankung regelmässig verbundenen psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen zu behandeln.

überdies ist anzumerken, dass stationäre Behandlungen in psychiatrischen Kliniken wegen Alkoholmissbrauchs nach Art. 17.2 ZVB generell von der Leistungspflicht ausgenommen sind.

5.5.

Die Beklagte behauptet, es liege ein zusätzlicher Ausschlussgrund vor, da der Kläger gemäss Austrittsbericht von Dr. med. C. vom 17. Juli 2015 (KB 13) auch andere Drogen konsumiere. Den anderweitigen Drogenkonsum bestreitet der Kläger, da es sich bei der entsprechende Formulierung im zitierten Arztbericht offensichtlich um einen Verschrieb handle, was sich aus dem Zusammenhang der fraglichen Textpassage ergebe.

Soweit sich die Parteien auf verschiedene ärztliche Zeugnisse, Stellungnahmen und Berichte (vgl. KB 11-15 sowie AB 4-10) berufen, handelt es sich rechtsprechungsgemäss um blosser Parteibehauptungen (vgl. E 4.4). Beweismittel im Sinne von Art. 168 ZPO werden weder vom Kläger noch von der Beklagten in den Prozess eingebracht. Ausserdem hat auch keine der Parteien Beweisanträge gestellt. Es liegt damit bezüglich der Frage nach einem allfälligen anderweitigen Drogenkonsum des Klägers Beweislosigkeit vor. Die Konsequenzen hat die beweisbelastete Partei und damit die Beklagte zu tragen. Der von ihr behauptete (zusätzliche) Ausschlussgrund wegen anderweitigem Drogenkonsum bzw. -missbrauch ist folglich nicht erstellt.

5.6.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die stationäre Behandlung des Klägers an der psychiatrischen Klinik B. vom 2. September 2014 bis am 24. Oktober 2014 in Zusammenhang mit dem Alkoholmissbrauch seitens des Klägers steht, womit gemäss Art. 17.9 ZVB i.V.m. Art. 31.1 AVB (sowie nach Art. 17.2 ZVB) ein Leistungsausschlussstatbestand vorliegt. Die Beklagte hat ihre Leistungspflicht aus der Spitalversicherung _____ infolge des Alkoholmissbrauchs seitens des Klägers daher zu Recht verneint, weshalb die Klage abzuweisen ist.

6.

6.1.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 114 lit. e ZPO).

6.2.

6.2.1.

Nach Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten, zu welchen die Parteientschädigung gehört (Art. 95 Abs. 1 lit. b ZPO), der unterliegenden Partei auferlegt.

6.2.2.

Im Hinblick darauf, dass auf Seiten der Beklagten bei ihr angestellte Anwälte prozessieren, wird der Beklagten ermessensweise eine pauschale Umtriebsentschädigung in der Höhe von Fr. 500.00 zugesprochen. Der Kläger hat der Beklagten eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 500.00 zu bezahlen.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Klage wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Der Kläger hat der Beklagten eine Parteientschädigung von Fr. 500.00 zu bezahlen.

Zustellung an:
den Kläger (Vertreterin; 2-fach)
die Beklagte
die eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA

Rechtsmittelbelehrung für die Beschwerde in Zivilsachen (Art. 72 ff., Art. 90 ff. BGG)

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen**, von der schriftlichen Eröffnung der vollständigen Ausfertigung des Entscheides an gerechnet, die Beschwerde an das Schweizerische Bundesgericht erhoben werden.

Die Beschwerde ist schriftlich oder in elektronischer Form beim **Schweizerischen Bundesgericht, 1000 Lausanne 14**, einzureichen. Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschriften bzw. eine anerkannte elektronische Signatur zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht (Art. 95 ff. BGG) verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in den Händen hat; ebenso ist der angefochtene Entscheid beizulegen (Art. 42 BGG).

Aarau, 8. November 2016

Versicherungsgericht des Kantons Aargau