



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 20. März 2018 (731 17 358 / 79)

Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung

Auslegung der AVB; Leistungsausschluss nur, wenn Klinikaufenthalt ausschliesslich auf einem der Ausschlussgründe (Drogen, Betäubungs- und Suchtmittel, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch) beruht

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz

Parteien **A.**_____, Kläger, vertreten durch Pascal Riedo, Advokat, Hauptstrasse 54, 4132 Muttenz

gegen

CONCORDIA Versicherungen AG, Bundesplatz 15, Postfach, 6002 Luzern, Beklagte

Betreff Forderung

A. Der 1956 geborene A._____ ist bei der CONCORDIA Versicherungen AG (Versicherung) für die obligatorische Krankenpflege und im Rahmen der Zusatzversicherungen gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 für Spitalleistungen in der

halbprivaten Abteilung bei freier Arzt- und Spitalwahl versichert (Spitalversicherung HALBPRIVAT). A._____ ist seit längerem bei seinem Hausarzt, Dr. med. B._____, FMH Allgemeinmedizin, wegen Depressionen, Rückenbeschwerden, eines Restless Legs Syndroms mit Schlafstörungen sowie wegen der Folgen eines im Sommer 2016 behandelten Plattenepithelkarzinoms des Gaumens und einer Alkoholproblematik in Behandlung. Am 28. September 2016 wurde er von der Sanität ins Spital eingeliefert und dort bis zum 17. Oktober 2016 stationär behandelt. Die C._____ stellte A._____ für diesen Aufenthalt die Mehrkosten der halbprivaten Abteilung in Rechnung, nachdem die Versicherung die Deckung aus der Zusatzversicherung ablehnte mit der Begründung, dass der stationäre Aufenthalt aufgrund eines Alkoholentzugs erfolgt sei und deshalb gestützt auf Art. 31 Ziffer 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Art. 17 Ziffer 2 der Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) der Spitalversicherung HALBPRIVAT keine Leistungspflicht bestehe. Am 31. Januar 2017 ersuchte A._____, vertreten durch Advokat Pascal Riedo, die Versicherung, die ausstehende Rechnung zu begleichen. Der stationäre Aufenthalt sei in erster Linie wegen einer schweren Hyponatriämie erfolgt, die als medikamentös-bedingtes SIADH (Syndrom der inadäquaten ADH [antidiuretisches Hormon]-Sekretion) interpretiert worden sei und nicht aufgrund Alkoholmissbrauchs. Die Leistungsverweigerung sei folglich unrechtmässig. Mit Schreiben vom 15. Februar 2017 lehnte die Versicherung die Kostenvergütung ab. Es sei irrelevant, ob der Spitalaufenthalt primär oder nur sekundär infolge Konsums von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln oder Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs erfolgt sei. Gemäss Austrittsbericht vom 25. Oktober 2016 und vertrauensärztlicher Beurteilung sei Alkoholmissbrauch mit ein Grund für die Einweisung gewesen. Auch nach einem weiteren Schriftenwechsel vom 29. März 2017 und 15. September 2017 hielten die Parteien an ihren Auffassungen fest.

B. Mit Eingabe vom 23. Oktober 2017 reichte A._____ durch seinen Rechtsvertreter Klage gegen die Versicherung ein. Er beantragte, diese sei zu verurteilen, Fr. 7'309.50 zuzüglich Zins von 5 % seit dem 7. Dezember 2016 zu bezahlen. Ob die Alkoholproblematik im Zentrum oder am Rand der Behandlung gestanden habe, sei irrelevant, solange sie nicht alleinige Ursache für die Hospitalisation gewesen sei. Dies sei hier nicht der Fall gewesen, weshalb die Versicherung leistungspflichtig sei.

C. In ihrer Klageantwort vom 11. Dezember 2017 beantragte die Versicherung die Abweisung der Klage. Massgebend für die Beurteilung der Leistungspflicht seien die medizinischen Akten des Spitals bzw. der C._____. Der Austrittsbericht des Spitals vom 25. Oktober 2016, das Minimal Clinical Dataset (MCD) vom 16. November 2016, die Rechnung an die Beklagte vom 14. November 2016 sowie der vom Kläger eingereichte Rückforderungsbeleg vom 7. Dezember 2016 hätten allein das Alkoholentzugsdelir als Grund für die stationäre Behandlung genannt. Dementsprechend habe sie ihre Leistungspflicht zu Recht abgelehnt.

D. An der heutigen Parteiverhandlung nehmen der Kläger, sein Rechtsvertreter, Pascal Riedo, sowie die Rechtsvertreterin der Versicherung teil. Die Parteien halten an ihren Anträgen und Begründungen fest.

Die Präsidentin zieht **in Erwägung** :

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 dem VVG. Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind privatrechtlicher Natur, weshalb strittige Ansprüche darüber in einem zivilprozessualen Verfahren geltend zu machen sind. Das Verfahren im Zivilprozess regelt die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO) vom 19. Dezember 2008.

1.2 Die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ergibt sich aus Art. 7 ZPO i.V.m. § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993. Wie das Bundesgericht in BGE 138 III 558 festhielt, ist bei Klagen betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung keine vorgängige Schlichtung durchzuführen, womit sie direkt am Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, einzureichen sind (vgl. auch Beschluss des Kantonsgerichts vom 1. Dezember 2011, 731 11 262).

1.3 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich grundsätzlich nach Art. 9 ff. ZPO. Der dem vorliegenden Fall zu Grunde liegende Versicherungsvertrag ist als Konsumentenvertrag im Sinne von Art. 32 ZPO zu qualifizieren, weshalb die Klage am Wohnsitz der versicherten Person eingereicht werden kann (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO; vgl. NOËLLE KAISER JOB, in: Schweizerische Zivilprozessordnung, Spühler/Tenchio/Infanger [Hrsg.], Basel 2013, Art. 32 N 7 und 14 ff.). Nichts anderes ergibt sich im vorliegenden Fall aus Art. 37 Ziffer 2 AVB, Ausgabe 2007, wonach ein Wahlgerichtsstand am Wohnsitz der versicherten Person besteht. Da der Kläger in X._____ wohnt, ist das angerufene Gericht auch örtlich zuständig. Auf die formgerecht beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht erhobene Klage ist einzutreten (vgl. Urteil des Kantonsgerichts vom 13. August 2008, 731 08 3).

1.4 Nach § 55 Abs. 1 VPO entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 10'000.-- durch Präsidialentscheid. Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sind Versicherungsleistungen in Höhe von Fr. 7'309.50. Die Angelegenheit ist demnach präsidial zu entscheiden.

2.1 Nach Art. 247 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ist der vorliegende Prozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Die Untersuchungsmaxime gebietet es dem Gericht zwar, den Sachverhalt mit eigenen Mitteln abzuklären und mit vertretbarem Aufwand zu einem hinreichend sicheren Beweisergebnis zu gelangen; es ist dabei aber nicht an Beweisanträge gebunden und kann auch von sich aus Beweis erheben. Die Parteien werden dadurch jedoch nicht von der Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhaltes entbunden. Sie sind es, die primär die Verantwortung für die Ermittlung des Sachverhaltes tragen. Das Bundesgericht hat die in den Vorgängernormen zu Abs. 2 enthaltene Untersuchungsmaxime daher bisweilen auch als gemilderte Verhandlungsmaxime bezeichnet. Nur wenn an der Vollständigkeit der Behauptungen oder Beweise ernsthafte Zweifel bestehen, muss das Gericht nachforschen. Diese Nachforschung besteht aber allein darin, die Parteien

auf ihre Mitwirkungspflicht sowie auf die Pflicht zum Beibringen von Beweisen hinzuweisen. Die Untersuchungsmaxime zwingt das Gericht nicht dazu, das Beweisverfahren beliebig auszudehnen oder alle möglichen Beweise abzunehmen. Ebenso wenig verleiht die Untersuchungsmaxime den Parteien Anspruch auf ein bestimmtes Beweismittel. Das Gericht muss die betroffene Partei nur einmal auf etwaige Unzulänglichkeiten in ihren Tatsachenbehauptungen und Beweismitteln hinweisen. Bei anwaltlicher Vertretung ist das Mass der gerichtlichen Mitwirkung auf "krasse Fälle" beschränkt. Indessen verpflichtet die Untersuchungsmaxime das Gericht, ordnungsgemäss eingebrachte und taugliche Beweismittel zu berücksichtigen, wenn es von der Nichterweislichkeit einer bestimmten Tatsache ausgehen will. Die Untersuchungsmaxime ändert nichts an der formellen Beweislast. Kann etwa das Bestehen einer entscheidungserheblichen Tatsache durch das Gericht weder bejaht noch verneint werden, so entscheidet das Gericht trotz Untersuchungsmaxime gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907 nach Beweislastgesichtspunkten (vgl. BERND HAUCK, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, Art. 247 Abs. 2 ZPO N 33 ff.).

2.2 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. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung müssen im Privatversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen lediglich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen sein (BGE 130 III 327 E. 3.5). Das gilt auch für den Beweis von anspruchshindernden Tatsachen, für welche die Beweislast aufgrund von Art. 8 ZGB beim Versicherer liegt (Praxis 80/1991, Nr. 230, S. 964 f. E. 3b [Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts vom 22. November 1990]).

2.3 Gelangt das Gericht in Würdigung von Beweisen zur Überzeugung, eine Tatsachenbehauptung sei bewiesen oder widerlegt, ist die Beweislastverteilung gegenstandslos (BGE 109 II 251 E. 3.5). Diesfalls liegt freie Beweiswürdigung vor, die bundesrechtlich nicht geregelt ist, auch nicht durch Art. 8 ZGB. Diese Bestimmung schreibt dem Gericht nicht vor, mit welchen Mitteln der Sachverhalt abzuklären und wie das Ergebnis davon zu würdigen ist (BGE 112 II 179); sie schliesst selbst vorweggenommene Beweiswürdigung und Indizienbeweise nicht aus (BGE 109 II 31 E. 3b und 344/45). Eine beschränkte Beweisabnahme verletzt Art. 8 ZGB daher nicht, wenn das Gericht schon nach deren Ergebnis von der Sachdarstellung einer Partei überzeugt ist, gegenteilige Behauptungen also für unbewiesen hält (BGE 114 II 290 E. 2). Ebenso schliesst der im Verfahren zur Beurteilung von Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung herrschende Untersuchungsgrundsatz die antizipierte Beweiswürdigung nicht aus (Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2006, 5C.206, E. 2.1).

2.4 Dem Versicherer steht ein - aus Art. 8 ZGB abgeleitetes - Recht auf Gegenbeweis zu. Für das Gelingen des Gegenbeweises ist mithin bloss erforderlich, dass der Hauptbeweis erschüttert wird (BGE 120 II 393 E. 4b) und damit die Sachbehauptungen nicht mehr als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Gelingt der Gegenbeweis, an der Sachdarstellung des Anspruchsberechtigten erhebliche Zweifel zu wecken, so ist der Hauptbeweis des Anspruchsberechtigten gescheitert.

3.1 Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die Beklagte die Kosten für die stationäre Behandlung des Klägers im Spital vom 28. September 2016 bis 17. Oktober 2016 in der halbprivaten Abteilung aus der Spitalversicherung HALBPRIVAT zu übernehmen hat. Dabei ist unbestritten, dass sich eine allfällige Leistungspflicht der Versicherung nach Art. 31 Ziffer 1 AVB, Ausgabe 2007, und Art. 17 Ziffer 2 ZVB, Ausgabe 2010, richtet. Die Versicherung vertrat zuerst die Auffassung, dass es für einen Leistungsausschluss genüge, wenn der Alkoholmissbrauch lediglich eine Teilursache für den Klinikaufenthalt darstelle (vgl. Schreiben vom 15. Februar 2017). Der Kläger wendete dagegen mit Verweis auf das Urteil des Kantonsgerichts vom 17. September 2015 (731 15 105) ein, dass die Ausschlussgründe nach Art. 31 Ziffer 1 AVB und Art. 17 Ziffer 2 ZVB nur dann zum Tragen kämen, wenn sie die alleinige Ursache für einen Spitalaufenthalt seien. Soweit – wie im vorliegenden Fall – die Alkoholproblematik neben der Hyponatriämie und des lumbovertebralen Schmerzsyndroms Anlass zur stationären Behandlung gegeben habe, könne die Versicherung sich ihrer Leistungspflicht nicht entziehen. Daraufhin stellte sich die Versicherung auf den Standpunkt, dass das Alkoholentzugsdelir alleiniger Grund für die Hospitalisation gewesen sei. Dies gehe klar aus dem Austrittsbericht des Spitals vom 25. Oktober 2016 sowie anderen Dokumenten hervor, worin als Eintrittsgrund explizit das Alkoholentzugsdelir genannt werde. Eine Pflicht, die Kosten für den Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung zu übernehmen, bestehe demnach nicht.

3.2 Wie der Kläger richtig vorgebracht hat, hat das Kantonsgericht mit Entscheid vom 17. September 2015 einen vergleichbaren Fall beurteilt. In Bezug auf die Ausführungen und Erwägungen zur Auslegung von vorformulierten AVB im Allgemeinen (E. 3.2) und zur Bedeutung von Art. 33 VVG, wonach es Sache des Versicherers ist, darzutun, dass ein Ereignis aufgrund vertraglicher Vereinbarung aus der Versicherung ausgeschlossen ist, wird auf die Erwägungen 3.2 und 3.3 des Urteils verwiesen. Im Besonderen war gleich wie im vorliegenden Fall die Auslegung von Art. 31 Ziffer 1 AVB und Art. 17 Ziffer 2 ZVB strittig.

3.3 Nach Art. 31 Ziffer 1 AVB entfällt eine Leistungspflicht der Versicherung, wenn Krankheiten oder Unfälle sowie deren Komplikationen und Spätfolgen im Zusammenhang mit dem Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie mit Alkohol- und Medikamentenmissbrauch auftreten. Als Krankheit gilt gemäss Art. 8 Ziffer 1 AVB jede vom Willen der versicherten Person unabhängige, medizinisch wahrnehmbare körperliche oder geistige Gesundheitsstörung, die ärztliche Behandlung notwendig macht und nicht auf einen Unfall oder eine unfallähnliche Körperschädigung gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 zurückzuführen ist. Gemäss Art. 17 Ziffer 2 ZVB werden aus der Spitalversicherung für die Behandlung und den Aufenthalt in Akutspitalern und psychiatrischen Kliniken wegen Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauchs sowie bei chronischer Erkrankung keine Leistungen ausgerichtet. Die Formulierung "im Zusammenhang mit Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch" kann – wie die Versicherung zuerst vorbrachte – dahingehend verstanden werden, dass Leistungen bereits verweigert werden können, wenn ein Ausschlussgrund teilursächlich für eine ärztliche Behandlung und einen Klinikaufenthalt ist, unabhängig davon, ob vom Leistungsausschluss nicht betroffene Ursachen vorliegen. Sie kann aber auch so ausgelegt

werden, dass die Versicherung nur dann einen Leistungsausschluss geltend machen kann, wenn ein Ausschlussgrund dafür alleinige Ursache ist. Diese Auslegung wird von Art. 17 Ziffer 2 ZVB unterstützt, indem der Begriff "wegen" eher darauf deutet, dass eine Leistung nur dann entfällt, wenn die Notwendigkeit der Behandlung und des Aufenthalts ausschliesslich auf die Einnahme von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln oder auf den Missbrauch von Alkohol oder Medikamenten zurückzuführen ist. Das Kantonsgericht kam in seiner ausführlichen Urteilsbegründung zum Schluss, dass weder die Police noch die AVB noch die ZVB einen klaren Haftungsausschluss für den Fall formuliert hätten, dass ein Ausschlussgrund neben anderen Gründen für die ärztliche Behandlung bzw. einen Klinikaufenthalt verantwortlich gewesen sei. Folglich könne sich die Versicherung mit Blick auf Art. 33 VVG ihrer Leistungspflicht nicht entziehen, wenn ein Ausschlussgrund Teilursache von medizinischen Leistungen bilde (vgl. E. 4.1 des Urteils vom 17. September 2015). Daran ist festzuhalten.

4.1 Demnach ist in Würdigung der ärztlichen Berichte zu beurteilen, ob der Klinikaufenthalt des Beschwerdeführers im Spital einzig auf den Ausschlussgrund Alkoholmissbrauch zurückzuführen ist.

4.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist analog zur Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Bei der Würdigung von Berichten behandelnder Ärztinnen und Ärzte ist (ebenfalls analog zur Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht) zu beachten, dass sie in der Regel nicht den Zweck verfolgen, zu einem medizinischen Sachverhalt abschliessend Stellung zu nehmen und eine objektive Beurteilung von Versicherungsansprüchen zu erlauben, denn ihre Verfasserinnen und Verfasser sind auf die Behandlung der versicherten Person konzentriert. Dennoch sind ihre Berichte korrekt zu würdigen und Anhaltspunkte zu beachten, wonach die Feststellungen der begutachtenden oder von versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen (vgl. BGE 135 V 470 f. E. 4.5 f., 125 V 353 E. 3b/cc sowie Urteile des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2013, 4A_172/2013, E. 3.3, mit weiteren Hinweisen, vom 12. Februar 2010, 8C_907/2009, E. 1.1 und vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.2).

4.3 Der Versicherte wurde am 28. September 2016 notfallmässig ins Spital eingewiesen und dort stationär bis zum 17. Oktober 2016 behandelt. Aus dem Austrittsbericht des Spitals vom 25. Oktober 2016 geht hervor, dass er morgens aufgewacht sei und am ganzen Körper gezittert und leichte Kopfschmerzen verspürt habe. Er konsumiere in der Regel jeden Tag eine Flasche Weisswein. Am Vortag habe er jedoch mit dem Trinken aufgehört. Sein Hausarzt habe ihm Temesta verschrieben und er habe sich zuhause zum Schlafen hingelegt. Da sich sein Zustand nicht gebessert habe, sei er von seinem Hausarzt ins Spital überwiesen worden. Als Hauptdiagnosen führten die behandelnden Ärzte ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom, eine schwere Hyponatriämie, ein Alkoholentzugsdelir, eine hyporegenerative, makrozytäre Anämie multifaktorieller Genese, eine passagere Thrombopenie sowie einen Verdacht auf rezidivierende Gicht-

schübe an. Als Nebendiagnosen wurden ein Status nach Oropharynx-Plattenepithelkarzinom, eine arterielle Hypertonie, eine depressive Störung sowie ein Restless Legs Syndrom genannt. Bei einem progredienten Natrium-Abfall bis 115 mmol/l und zunehmender Deliranz sei am 30. September 2016 die Verlegung auf die Überwachungsstation erfolgt. Die Infusionstherapie mit 3 % NaCl Lösung sei dort fortgeführt und die Trinkmenge auf 700 ml pro Tag reduziert worden. Am 2. Oktober 2016 sei bei der Körperpflege ein Fentanylpflaster am Brustkorb entdeckt worden. Bei Verdacht auf einen zusätzlichen Opiatentzug sei ein Fentanylpflaster in kleinster Dosierung zum Abfangen der Symptome verabreicht worden. Bei steigenden Natriumwerten und regredienter Entzugssymptomatik habe der Versicherte am 3. Oktober 2016 auf die Station zurückverlegt werden können. Die therapieresistente Hyponatriämie sei als medikamentös-bedingtes SIADH zu interpretieren. Zusätzlich seien die Medikamente Pramipexol (gegen das Restless Legs Syndrom) und Escitalopram (Antidepressivum) bei stabilem psychischem Zustand gestoppt worden. Bei chronischer, therapieresistenter Lumbalgie sei das Fentanyl in der Dosierung erhöht sowie eine Physiotherapie eingeleitet worden. In Bezug auf das weitere Vorgehen sei unter anderem insbesondere zu berücksichtigen, dass möglichst auf die Abgabe von Thiazid-Diuretika (harntreibende Bluthochdruckmittel) sowie Pramipexol nach schwerer Hyponatriämie verzichtet werde. Weiter sei eine intensive stationäre Rehabilitation bei lumbovertebralem Schmerzsyndrom, schwerem Restless Leg Syndrom und nach Hyponatriämie und Alkoholentzugsdelir wichtig.

4.4 Aus dem Austrittsbericht geht erkennbar hervor, dass das Alkoholentzugsdelir nicht der alleinige Grund für den Spitaleintritt war. Im Vordergrund stand die schwere Hyponatriämie, welche den behandelnden Ärzten zufolge auf die Einnahme von Escitalopram und Pramipexol zurückzuführen war. Ferner bestand der Verdacht auf Entzugerscheinungen aufgrund eines längere Zeit verborgenen und deshalb nicht rechtzeitig ersetzten Fentanylpflasters, welches der Versicherte zur Behandlung der chronischen Rückenbeschwerden appliziert hatte. Diesbezüglich führte der Hausarzt in seinem Bericht vom 15. September 2017 aus, dass bei der Fentanyltherapie das hochpotente Opioid mittels Pflaster auf die Haut appliziert werde, welches alle 72 Stunden gewechselt werden müsse. Die verabreichte Dosis von 25µg/h Fentanyl entspreche einer Tagesdosis von 60 mg Morphin per os täglich. Zum Vergleich werde zu Beginn einer Opioidtherapie mit 3 mg pro Applikation gestartet. Der abrupte Stopp einer solch hohen Dosis könne ohne weiteres zu Entzugssymptomen führen. Dies sei vorliegend wahrscheinlich auch der Fall gewesen.

4.5 Dem Einwand der Versicherung, dass sowohl im Austrittsbericht des Spitals vom 25. Oktober 2016 als auch im MCD vom 16. November 2016, in der Rechnung an die Beklagte vom 14. November 2016 sowie im vom Kläger eingereichten Rückforderungsbeleg vom 7. Dezember 2016 das Alkoholentzugsdelir als Grund für den Spitalaufenthalt genannt werde, womit ein Ausschlussgrund vorliege, kann nicht gefolgt werden. Es trifft zwar zu, dass im Austrittsbericht des Spitals auf Seite 2 unter dem Titel Therapie und Verlauf steht, die stationäre Aufnahme sei infolge eines Alkoholentzugssyndroms erfolgt. Isoliert betrachtet, könnte diese Eintrittsdiagnose, welche unbesehen in die Rechnungsdaten übernommen wurde, auf einen Ausschlussgrund hinweisen. Die Schlussfolgerung der Versicherung, dass das Alkoholentzugssyndrom daher einziger Grund für die Hospitalisation gewesen sei, überzeugt in Kenntnis des ganzen Austritts-

berichts des Spitals sowie der Ausführungen des Hausarztes aber nicht. Daraus ergibt sich nämlich ein differenziertes Bild vom Gesundheitszustand des Versicherten und von den verschiedenen Leiden, die zum Spitalaufenthalt geführt haben. Das Alkoholentzugssyndrom war ein Grund unter mehreren. Dabei ist nicht von Bedeutung, ob es im Zentrum oder nur am Rande der Behandlung stand. Massgebend ist allein, dass die schwere Hyponatriämie und das lumbovertebrale Schmerzsyndrom zusammen mit dem Alkoholentzugsdelir als mitwirkende Ursache zum Klinikaufenthalt führten. Damit ist die Versicherung für den Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung des Spitals vom 28. September 2016 bis 17. Oktober 2016 im Rahmen der Spitalversicherung HALBPRIVAT leistungspflichtig. Da verschiedene Rechnungsbeträge in den Akten sind und der Betrag für die Spitalleistungen in der halbprivaten Abteilung - auch auf Nachfrage an der heutigen Parteiverhandlung hin - nicht genau beziffert werden kann, ist die eingeklagte Summe von Fr. 7'309.50 in ihrer Höhe nicht zu bestätigen. Insbesondere ist unklar, ob darin noch Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung berücksichtigt sind. Die Beklagte wird aber verpflichtet, für die zusätzlichen Kosten aus dem stationären Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung des Spitals gemäss Zusatzversicherungen aufzukommen. Die Klage ist in diesem Sinne gutzuheissen.

5. Der Kläger beantragt eine Verzinsung der Forderung zu 5 % seit dem 7. Dezember 2016. Nach Auskunft des Klägers und seines Rechtvertreters an der heutigen Verhandlung sind die in Rechnung gestellten Kosten noch nicht beglichen worden, sondern es wurde eine Stundung vereinbart. Somit ist dem Kläger kein finanzieller Schaden erwachsen, weshalb von einer Verzinsung abzusehen ist.

6. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Das Verfahren vor dem Versicherungsgericht ist nach Art. 114 Abs. 2 lit. f ZPO kostenlos. Dem obsiegenden Kläger ist gestützt auf Art. 106 Abs. 1 ZPO eine Parteientschädigung zu Lasten der Versicherung zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Klägers machte in seiner Honorarnote vom 4. Januar 2018 einen zeitlichen Aufwand von 14,6 Stunden geltend, was angemessen ist. Dazu ist eine Stunde für die Parteiverhandlung zu vergüten. Gemäss dem praxisgemäss zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- (vgl. § 2 Abs. 1 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003) hat der Kläger Anspruch auf Vergütung der Parteikosten in Höhe von Fr. 4'283.05 (inkl. Auslagen in Höhe von Fr. 50.-- und 8 % bzw. 7,7 % Mehrwertsteuer [für den Aufwand ab Januar 2018]).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Guttheissung der Klage wird die Beklagte verurteilt, die Kosten für den stationären Aufenthalt vom 28. September 2016 bis 17. Oktober 2016 in der Halbprivat-Abteilung des Spitals gestützt auf die Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (Spitalversicherung HALBPRIVAT) zu bezahlen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beklagte hat dem Kläger eine Parteientschädigung von Fr. 4'283.05 (inkl. Auslagen und 8 % bzw. 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>