

1B1 20 6

Abteilung 1
Einzelrichterin

EZ52/AVL

Urteil vom 14. Oktober 2020

A,
vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Marko Mrjjes,

Kläger

gegen

X. Versicherungen,

Beklagte

betreffend Forderung Pflegezusatzversicherung

Sachverhalt

1.

Mit Klage vom 14.2.2020 beantragte der Kläger, die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger Fr. 10'857.25 nebst Zins von 5 % seit dem 31.8.2018 zu bezahlen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten.

2.

Die Beklagte schloss in ihrer Klageantwort vom 21.2.2020 auf vollumfängliche Klageabweisung; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers.

3.

Mit Beweisverfügung vom 9.3.2020 äusserte sich die Einzelrichterin zur Beweislast und nahm die aufgelegten Urkunden zu den Akten (amtl. Bel. 2).

4.

Am 4.6.2020 fand die Hauptverhandlung statt. Im Rahmen der Hauptverhandlung erhielten die Parteien Gelegenheit zur unbeschränkten mündlichen Stellungnahme (Verhandlungsprotokoll [VP] S. 1 f.). Der Rechtsvertreter des Klägers reichte anlässlich der Hauptverhandlung Plädoyernotizen (amtl. Bel. 4) und weitere Beweisurkunden ein, welche zu den Akten genommen wurden. Überdies beantragte der Kläger eine Parteibefragung sowie die Befragung seiner Ehefrau als Zeugin. Die Parteien verzichteten zugunsten schriftlicher Schlussvorträge auf mündliche Schlussvorträge (VP S. 2).

5.

Mit Verfügung vom 9.6.2020 verzichtete die Einzelrichterin auf die Abnahme weiterer Beweismittel und setzte Frist für die Eingabe der schriftlichen Schlussvorträge und der Kostennoten (amtl. Bel. 5).

6.

Am 21.8.2020 reichte der Kläger innert erstreckter Frist seinen schriftlichen Schlussvortrag samt Kostennote ein (amtl. Bel. 7 f.). Die Beklagte liess sich nicht mehr vernehmen.

Erwägungen

1. Verfahren

Der Kläger macht einen Anspruch aus einer Pflegezusatz- resp. Spitalversicherung geltend. Die Pflegezusatz- resp. Spitalversicherung qualifiziert sich als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (BGE 124 III 44 E. 1 a/aa; Lehner, Zum Begriff der "Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung" im Sinne der Schweizerischen ZPO, in: BJM 2010, S. 183 ff. m.w.H.). Damit untersteht sie gemäss Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung vom 26.9.2014 (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG; SR 832.12) dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2.4.1908 (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1). Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 138 III 558 E. 3.2; BGE 133 III 439 E. 2.1). Das Verfahren richtet sich nach der ZPO (Sutter-Somm/Klingler, in: Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger [Hrsg.], 2016, N 4b zur Art. 1 ZPO). Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung schreibt Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO das vereinfachte Verfahren vor, wobei die (soziale) Untersuchungsmaxime zur Anwendung gelangt (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO).

2. Zuständigkeit

Der Kläger wie auch die Beklagte haben ihren (Wohn)Sitz in _____. Damit ist das angerufene Gericht örtlich zuständig (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO; vgl. auch Art. 37.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen [Ausgabe 2007] der Beklagten [AVB; kläg. Bel. 3]). Die Schlichtungsverhandlung vor dem Friedensrichteramt _____ am 14.11.2019 verlief – infolge Fernbleibens der Beklagten – unvermittelt, weshalb dem Kläger gleichentags die Klagebewilligung ausgestellt wurde. Der Streitwert liegt bei Fr. 10'857.25. Folglich ist die Einzelrichterin für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache sachlich und funktionell zuständig (§ 31 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Organisation der Gerichte und Behörden in Zivil-, Straf-, und verwaltungsgerichtlichen Verfahren [Justizgesetz, JusG; SRL 260] i.V.m. Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO).

3. Beweis

Das Gericht hat die aufgelegten Urkunden zu den Akten genommen. Damit ist der rechtserhebliche Sachverhalt erstellt. Weitere Beweisvorkehren sind nicht erforderlich. Insbesondere verzichtet das Gericht wie noch näher zu begründen sein wird (vgl. unten E. 5.2.2.4) – auf eine Befragung des Klägers resp. seiner Ehefrau.

4. Standpunkte der Parteien

4.1. Standpunkt des Klägers

4.1.1.

Der Kläger stützt seinen Anspruch auf seine bei der Beklagten bestehende Pflegezusatzversicherung nach VVG. Er führt zur Begründung seiner Klage im Wesentlichen aus, er sei vom 4.4.2018 bis zum 11.4.2018 in der Klinik B. stationär behandelt worden (Klage, S. 4).

4.1.2.

Gemäss Austrittsbericht vom 11.4.2018 sei eine perioperative Verschlechterung der Leberfunktion festgestellt worden. Postoperativ sei es sodann zu einem Abfall des "Quick" sowie zu einer deutlichen Thrombozytopenie und Bilirubinämie gekommen, weshalb im späteren Verlauf ein Delirium tremes eingetreten sei. Der Quick-Wert werde unter anderem zur Beurteilung der Leberfunktion bei Lebererkrankungen herangezogen. Auch die festgestellte Bilirubinämie bestätige die bereits bekannte Lebererkrankung. So sei dem Kläger denn auch unverzüglich nach dem Aufwachen mitgeteilt worden, dass er einen Leberschaden habe und deswegen behandelt werden müsse. Bereits am ersten Tag sei optisch eine Gelbsucht festgestellt worden. Als sich die Situation weiter verschlechtert habe, hätten die Ärzte beschlossen, den Kläger auf die Intensivstation zu verlegen (amtl. Bel. 4, S. 4 f.).

4.1.3.

Mit Schreiben vom 31.8.2018 habe die Beklagte der Klinik mitgeteilt, dass Kosten in Höhe von Fr. 10'857.25 nicht übernommen würden, da für die zugrundeliegende Behandlung in Art. 31 AVB ein Versicherungsausschluss bestehe. Mit einem weiteren Schreiben habe die Beklagte am 1.2.2019 die Ablehnung der Kostenübernahme dahingehend konkretisiert, dass die Kosten entstanden seien, weil der Kläger aufgrund eines Delirium tremens rund 48 Stunden postoperativ auf die Intensivstation verlegt werden müssen, was Folge eines Alkoholmissbrauchs sei. Dem setzt der Kläger in seinen Ausführungen entgegen, dass die Beklagte weder begründet habe, weshalb von einem Alkoholmissbrauch auszugehen sei, noch sei in den AVB konkretisiert, was unter einem Alkoholmissbrauch zu verstehen sei (Klage, S. 4).

4.1.4.

Der Beweis, dass ein Alkoholmissbrauch für die postoperative Behandlung kausal sei, misslinge der Beklagten. So habe Dr. C., der behandelnde Arzt, in seinem Bericht vom

21.1.2019 dezidiert die Meinung vertreten, dass der Entscheid der Beklagten [betr. Verweigerung der Kostenübernahme] grundlegend falsch und deren Einschätzungen aus medizinischer Sicht inakzeptabel sei. Weiter führte der Kläger aus, dass er demnächst 73 Jahre alt werde und dass vor wie auch nach der Operation vom April 2018 nie eine medizinische Behandlung aufgrund Alkoholkonsums nötig gewesen sei, da kein Alkoholmissbrauch bestehe (Klage, S. 4 f.).

4.1.5.

Aus dem Austrittsbericht vom 11.4.2018 gehe nicht hervor, dass postoperativ alles in Ordnung gewesen sei. Auch sei die Frage, ob der eigentliche Eingriff (ventrale Bauchwandhernie) komplikationslos verlaufen sei, irrelevant für die Frage, weshalb sich die Leberfunktion perioperativ verschlechtert habe. Im Austrittsbericht sei im Übrigen keine alkoholbedingte Leberzirrhose diagnostiziert worden. Vielmehr sei, bezugnehmend auf einen hepatologischen Bericht vom 21.4.2015, wonach beim Kläger eine nicht alkoholische Fettleber bestehe, eine Leberzirrhose anamnetisch St. n. Hepatitis E diagnostiziert worden. So habe Dr. C. im Bericht vom 21.1.2019 denn auch schlüssig dargelegt, dass es wahrscheinlicher erscheine, dass die Verschlechterung der bereits diagnostisch festgehaltenen eingeschränkten Leberfunktion resp. das postoperative Delirium tremens multifaktoriell (Durchführung der Operation, Durchführung einer Intubationsnarkose mit Narkosemittel, Durchführung einer peri- und postoperativen Schmerztherapie mit starken Medikamenten) zu erklären sei. Schliesslich sei beim Kläger vorgängig weder eine Alkoholabhängigkeit (F10.2) nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) noch ein Entzugssyndrom mit Delir (F10.4) diagnostiziert worden. Gegen eine Alkoholabhängigkeit des Klägers spreche auch, dass dieser seit über 50 Jahren einen Führerausweis für verschiedene Kategorien besitze und auch rege benutze. Es sei nie zu einem Vorfall mit Alkohol gekommen. Auch sei der Beklagte seit Jahrzehnten bei den gleichen Ärzten in Behandlung. Hätte der Kläger ein Alkoholproblem, so hätten die langjährigen Ärzte des Klägers dies schon längst diagnostiziert (amtl. Bel. 4, S. 6 f.).

4.2. Standpunkt der Beklagten

4.2.1.

Nach Darstellung der Beklagten bestehe für die Pflegezusatzversicherung des Klägers mit Art. 31.1 AVB ein klarer Leistungsausschluss für auf Alkoholmissbrauch zurückzuführende Behandlungen. Der Austrittsbericht nehme eine klare Abgrenzung vor zwischen der bis auf eine Einblutung wegen Gerinnungsstörung komplikationslos verlaufenen Operation und dem

unabhängig vom Eingriff 48 Stunden später eingetretenen Delirium tremens, welches zur Behandlung auf der Intensivstation geführt habe. Das Delirium tremens sei eine gängige Folge störung eines Alkoholentzuges und die eingeleitete Therapie mit Temesta, Benerva und Becocozym entspreche der Standardbehandlung bei einem Alkoholentzug. Das Delirium tremens und dessen Therapie seien somit klar vom operativen Eingriff abgrenzbar. Die Therapie sei somit zweifelsfrei kausal auf einen Alkoholmissbrauch zurückzuführen und unterliege damit einem Leistungsausschluss (Klageantwort, S. 3 f.).

4.2.2.

Die von Dr. C. erhältlich gemachte zweite Stellungnahme vom 21.1.2019 widerspreche dessen Ausführungen im Austrittsbericht vom 11.4.2018. Dies sei darauf zurückzuführen, dass behandelnde Ärzte im Zweifel zu Gunsten ihrer Patienten argumentieren würden. Die pauschale Behauptung des behandelnden Arztes, das konkret behandelte Delirium tremens könne mit einer Alkoholproblematik zusammenhängen, könne aber genauso gut auf ein multifaktorielles Geschehen zurückgeführt werden, sei nicht schlüssig. Es fehle eine Erklärung, weshalb vorliegend Narkosemittel und perioperativ verabreichte Schmerzmittel und Sedative und gerade nicht der Alkoholentzug massgebliche Ursache für das Delirium tremens gewesen sein sollen. Wäre das Delirium tremens als Auswirkung der Operation aufgetreten, so wäre dieses im Austrittsbericht als Komplikation derselben aufzuführen gewesen. Dies sei aber gerade nicht der Fall gewesen. Der Austrittsbericht nehme vielmehr eine klare Abgrenzung zwischen der komplikationslosen Operation und dem auf den Alkoholentzug zurückzuführenden Delirium tremens vor. Ferner gehe aus dem Austrittsbericht vom 11.4.2018 hervor, dass im Zeitpunkt der Behandlung eine intraoperativ festgestellte alkoholbedingte Leberzirrhose (sog. "C2-Leberzirrhose") vorgelegen habe (Klageantwort, S. 4 f.).

4.2.3.

Im Rahmen der Hauptverhandlung ergänzte die Beklagte sodann, dass die neu eingereichten Berichte von 2015 (kläg. Bel. 10 und 11) keine Aussage zur Situation im Austrittszeitpunkt 2018 zulassen würden. Von einer C2-toxischen Leberzirrhose sei aber insbesondere auch auszugehen, weil Dr. C. den Gastroenterologen Dr. D. zur Abklärung von Ösophagusvarizen beigezogen habe. Ösophagusvarizen träten nämlich als Begleiterscheinungen eines Alkoholmissbrauchs auf (VP S. 1).

5. Anspruch des Klägers

5.1.

Der Bestand eines Versicherungsverhältnisses zwischen den Parteien und der Eintritt des versicherten Ereignisses sind unbestritten. Auch die Höhe der Behandlungskosten ist nicht umstritten. Strittig ist einzig, ob sich die Beklagte im Umfang der eingeklagten Behandlungskosten von Fr. 10'857.25 auf einen Leistungsausschluss berufen kann.

5.2. Ausschlussstatbestand nach Art. 31.1 AVB und Art. 17.2 ZVB

Die Beklagte beruft sich auf den in Art. 31.1 AVB vorgesehenen Ausschluss. Demnach sind:

"Krankheiten und Unfälle sowie deren Komplikationen und Spätfolgen, die im Zusammenhang mit nachstehenden Ereignissen auftreten, [...] von der Versicherung ausgeschlossen:

[...]

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

[...]" (kläg. Bel. 3, S. 7).

Ähnliches sieht auch Art. 17.2 der Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (Ausgabe 2010) zur Spitalversicherung (ZVB; bekl. Bel. 9) vor, wonach:

"[a]us der Spitalversicherung [...] keine Leistungen ausgerichtet [werden]:

[...]

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

[...]."

Der Kläger stellt sich diesbezüglich auf den Standpunkt, dass einerseits nicht klar sei, was unter einem Alkoholmissbrauch im Sinne von Art. 31.1 AVB zu verstehen sei, weshalb sich die Beklagte nach Art. 33 VVG nicht auf diesen Ausschlussgrund berufen könne (unten, Rz. 5.2.1) und andererseits die Beklagte den ihr obliegende Beweis, dass die Erkrankung auf einen Alkoholmissbrauch zurückzuführen sei, nicht erbracht habe (unten Rz. 5.2.2).

5.2.1. Alkoholmissbrauch nach Art. 31.1 AVB und 17.2 ZVB

5.2.1.1.

Nach Art. 33 VVG haftet der Versicherer für alle Ereignisse, welche die Merkmale der Gefahr, gegen deren Folgen Versicherung genommen wurde, an sich tragen, es sei denn, dass der Vertrag einzelne Ereignisse in bestimmter, unzweideutiger Fassung von der Versicherung ausschliesst.

5.2.1.2.

Der Kläger macht geltend, dass nach ICD-10 der schädliche Gebrauch bzw. ein Alkoholmissbrauch mit F10.1, eine Alkoholabhängigkeit dagegen mit F10.2 kodiert werde. Damit kämen für den Begriff Alkoholmissbrauch mehrere Bedeutungen in Frage, der Ausschluss sei mithin nicht in unzweideutiger Fassung erfolgt, weshalb die Beklagte nicht darauf abstellen könne (Klage, S. 4).

5.2.1.3.

Vorab ist anzumerken, dass der in Art. 33 VVG enthaltene Unklarheitsregel keine selbständige Bedeutung zukommt, soweit Ausschlussstatbestände mittels Allgemeiner Geschäftsbedingungen Eingang in den Vertrag gefunden haben und damit nach den gewöhnlichen AGB-rechtlichen Grundsätzen beurteilt werden (Fuhrer, Basler Kommentar, 2001, N 19 zu Art. 33 VVG). Nach überwiegender Ansicht wäre sodann ein unklar formulierter Ausschlussstatbestand auch nicht schlechthin unwirksam, sondern es wäre lediglich jener vertretbaren Auslegung der Vorzug zu geben, die für den Versicherten am günstigsten ist (BGE 122 III 118 E. 2a; Urteil BGer 4A_166/2020 vom 23.7.2020 E. 3; Fuhrer, a.a.O., N 153 und 247 ff zu Art. 133 VVG).

5.2.1.4.

Im vorliegenden Fall bedarf es der Unklarheitsregel jedoch gar nicht. Der Kläger selbst setzt in seinen Plädoyernotizen den Alkoholmissbrauch mit dem schädlichen Gebrauch von Alkohol (F10.1) gleich (amtl. Bel. 4, S. 4). Damit scheint bereits klar, dass auch nach seinem Verständnis ein Alkoholmissbrauch im Sinne des Ausschlussstatbestands nicht erst bei Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit (F10.2), sondern bereits schon bei schädlichem Gebrauch von Alkohol (F10.1) vorliegt. Dem entspricht im Übrigen auch der natürliche Wortsinn und das landläufige Verständnis des Begriffs "Alkoholmissbrauch". Im Ergebnis ist damit der angerufene Ausschlussstatbestand von Art. 31.1 AVB und Art. 17.2 ZVB im Sinne von Art. 33 VVG als unzweideutig zu qualifizieren.

5.2.2. Kausale Verursachung der Behandlungskosten durch Alkoholmissbrauch

5.2.2.1.

Damit bleibt zu prüfen, ob die konkret eingeklagten Behandlungskosten im Sinne des Ausschlussstatbestands von Art. 31.1 AVB und Art. 17.2 ZVB kausal von einem Alkoholmissbrauch verursacht wurden. Die Beweislast trifft nach Art. 8 ZGB die Beklagte (amtl. Bel. 2).

5.2.2.2.

Die Beklagte stützt sich auf die Nebendiagnose des behandelnden Arztes gemäss Austrittsbericht vom 11.4.2018:

- "1. *V.a. C2-toxische Leberzirrhose (Child B) mit/bei:*
- *Perioperative Verschlechterung der Leberfunktion*
 - *Anamnetisch St. n. Hepatitis E*
 - *Splenomegalie und Thrombozytopenie sowie Bilirubinämie*
2. *postoperatives Delirium tremens*
[...]" (bekl. Bel. 2, S. 1).

Der Ausdruck C2-toxische Leberzirrhose sei der medizinische Begriff für eine alkoholisch induzierte Leberzirrhose (VP S. 1). Weiter deute der gemäss "Therapie und Verlauf" erfolgte Bezug des Gastroenterologen zwecks Abklärung von Ösophagusvarizen (bekl. Bel. 2, S. 2) auf einen Alkoholmissbrauch hin, da Ösophagusvarizen als Begleiterscheinung von Alkoholmissbrauch auftreten (VP S. 1). Das Delirium tremens sei eine gängige Folgestörung eines Alkoholentzuges und die eingeleitete Behandlung entspreche der Standardbehandlung bei einem Alkoholentzug (Klageantwort, S. 4). Sodann sei das Delirium tremens gemäss Austrittsbericht rund 48 Stunden postoperativ aufgetreten (bekl. Bel. 2), weshalb die spätere Ausführung des behandelnden Arztes, wonach das Delirium tremens eine Komplikation des Eingriffs darstellen könne, nicht schlüssig sei (Klageantwort, S. 4 f.). Damit sei die Leberzirrhose und das Delirium tremens auf einen Alkoholmissbrauch zurückzuführen, womit die Behandlung ab Manifestation des Delirium tremens nicht mehr unter die Versicherung falle (VP S. 1).

5.2.2.3.

Nach Ansicht des Klägers handle es sich bei der Darstellung der Beklagten, wonach die diagnostizierte Leberzirrhose durch Alkoholmissbrauch bedingt sei, bzw. dass C2 der medizinische Begriff für eine alkoholische Leberzirrhose sei, um eine reine Parteibehauptung, welche auch durch den ICD-10 Katalog nicht gestützt werde. Der Code K70.1, welche nach ICD-10 für eine alkoholische Leberzirrhose stehe, finde sich in keinem der medizinischen Berichte (amtl. Bel. 7, S. 3). Ohnehin gehe aus den Berichten aus dem Jahr 2015 (kläg. Bel. 10 und 11) hervor, dass der Kläger bereits damals an einer nicht-alkoholischen Fettleber gelitten habe (amtl. Bel. 4, S. 3). Entgegen den Behauptungen der Beklagten nehme der Austrittsbericht keine klare Abgrenzung zwischen der Operation und dem Delirium tremens vor. Dem Kläger sei unmittelbar nach der Operation mitgeteilt worden, dass er einen Leberschaden habe und deswegen behandelt werden müsse. Bereits am ersten Tag sei optisch eine Gelbsucht festgestellt

worden. Auch aus den nach Eintritt des Delirium tremens verabreichten Medikamenten könne nicht auf einen Alkoholzug geschlossen werden, da diese auch wegen reduzierter Leberfunktion verabreicht würden. Im Bericht vom 21.1.2019 (kläg. Bel. 6) habe der behandelnde Arzt sodann schlüssig dargelegt, dass es wahrscheinlicher erscheine, dass die Verschlechterung der bereits diagnostisch festgehaltenen eingeschränkten Leberfunktion respektive das Auftreten eines postoperativen Delirium tremens multifaktoriell (Durchführung der Operation, Durchführung einer Intubationsnarkose mit Narkosemittel, Durchführung einer peri- und postoperativen Schmerztherapie mit starken Medikamenten) zu erklären sei (amtl. Bel. 4, S 6).

5.2.2.4.

Der Kläger beantragte eine Parteibefragung und auch eine Befragung seiner Ehefrau als Zeugin zu der Behauptung, dass die Leberfunktion bereits nach dem Aufwachen – und nicht erst 48 Stunden postoperativ – eingeschränkt war und zum Alkoholkonsum des Klägers. Ob ein medizinischer Laie in der Lage ist, eine belastbare Einschätzung der Leberfunktion vorzunehmen, scheint äusserst fraglich. Mit Bezug auf den Kläger kommt sodann erschwerend hinzu, dass er sich nach dem Aufwachen aus der Narkose allenfalls noch unter Einfluss der Operation und der verabreichten Narkotika befunden hat. Auch für die Ehefrau, als nahe Angehörige des Klägers, dürfte die Operation des Ehemanns eine aussergewöhnlich belastende Situation dargestellt haben, welche die Beweistauglichkeit ihrer (Laien-)Einschätzung des medizinischen Zustands des Klägers weiter reduziert. In Bezug auf den Alkoholkonsum des Klägers ist der Inhalt der Aussagen des Klägers und dessen Ehefrau vorhersehbar, jedoch käme diesen Aussagen aufgrund der Interessenlage im vorliegenden Verfahren neben den urkundlich festgehaltenen Diagnosen kaum Beweiskraft zu. Vor diesem Hintergrund kann auf die Abnahme der beantragten Parteibefragung bzw. Zeugenaussage verzichtet werden.

5.2.2.5.

Im Zentrum der Beweiswürdigung stehen der Austrittsbericht vom 11.4.2018 (bekl. Bel. 2) und der Bericht vom 21.1.2019 (kläg. Bel. 6): Beide wurden von Dr. C., dem im Zeitraum zwischen 4.4.2018 bis 11.4.2018 behandelnden Arzt, verfasst. Umstritten ist, ob die durch die Behandlung des Delirium tremens entstandenen Kosten kausal durch einen Alkoholmissbrauch im Sinne des Ausschlussstatbestands von Art. 31.1 AVB resp. 17.2 ZVB verursacht wurden. Hinsichtlich des Berichts vom 21.1.2019 ist anzumerken, dass die an den Arzt gerichteten Fragestellungen vom Kläger nicht beigebracht wurden, was die Würdigung der Antworten erschwert.

Die Beklagte stellt sich auf den Standpunkt, mit dem Begriff "C2-toxische Leberzirrhose" im Austrittsbericht 11.4.2018 (bekl. Bel. 2) sei eine alkoholbedingte Leberzirrhose diagnostiziert worden. Dass der Ausdruck "C2" als Ableitung der zwei im Ethanolmolekül (C_2H_6O) enthaltenen Kohlenstoffatome im medizinischen Alltagsgebrauch für trinkbaren Alkohol steht, ist notorisch und bedarf keines weiteren Beweises. Der behandelnde Arzt hat damit im Austrittsbericht vom 11.4.2018 eine alkoholtoxische Leberzirrhose als Nebendiagnose 1 gestellt. Als Nebendiagnose 2 hielt er ein postoperatives Delirium tremens fest. Delirium tremens ist der Fachbegriff für Störungen, die auftreten, wenn Alkoholranke plötzlich mit dem Trinken aufhören. Die Symptome treten typischerweise nach zwei- bis dreitägiger Alkoholabstinenz auf. Der Kläger wurde am 4.4.2018 direkt zur Operation hospitalisiert; das Delirium tremens trat gemäss Austrittsbericht rund 48 Stunden postoperativ auf (bekl. Bel. 2). Damit trat das Delirium tremens ca. zwei bis drei Tage nach der letztmaligen Gelegenheit zum Alkoholkonsum auf. Diese Tatsache verbunden mit der Diagnose einer alkoholbedingten Leberzirrhose durch den behandelnden Arzt genügen nach Ansicht des Gerichts für den Hauptbeweis, dass die durch die Behandlung des Delirium tremens verursachten Kosten kausal auf einen Alkoholmissbrauch im Sinne des Ausschlussstatbestands gemäss Art. 31.1 AVB und 17.2 ZVB zurückzuführen sind.

Der Kläger führt zum Gegenbeweis den zweiten Bericht vom 21.1.2019 (kläg. Bel. 6) und zwei weitere Berichte aus dem Jahr 2015 (kläg. Bel. 10 und 11) an. Weiter bestreitet er, dass im Austrittsbericht eine alkoholische Leberzirrhose diagnostiziert worden sei, da die Klassifikation K70.1 nach ICD-10 nicht verwendet wurde. In den Berichten aus dem Jahr 2015 ist jeweils von einer nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung die Rede (kläg. Bel. 10 und 11). Der Beklagten ist aber zuzustimmen, wenn sie vorbringt, dass diese Berichte nicht über den Gesundheitszustand im Jahr 2018 Aufschluss geben. Hinsichtlich der vom Kläger gehegten Zweifel an der Diagnose einer alkoholischen Leberzirrhose ist sodann festzuhalten, dass in keinem der aktenkundigen medizinischen Berichte eine Klassifikation nach ICD-10 enthalten ist. Dies gilt auch hinsichtlich der Diagnose einer nicht-alkoholischen Fettleber in den Berichten aus dem Jahr 2015. Aus dem Fehlen der Klassifikationen K70.1 lässt sich deshalb nicht ableiten, dass beim Kläger keine alkoholische Leberzirrhose diagnostiziert wurde. Mit Blick auf den zweiten Bericht des behandelnden Arztes vom 21.1.2019 ist sodann anzumerken, dass darin von der Diagnose einer alkoholischen Leberzirrhose nicht Abstand genommen wird. Der behandelte Arzt führte lediglich aus, dass *"die Leberzirrhose sowie das Auftreten eines postoperativen Delirium tremens in Zusammenhang mit einer Alkoholproblematik stehen [kann,] wobei es wahrscheinlicher erscheint, dass die Verschlechterung der Leberfunktion*

respektive das Auftreten eines postoperativen Delirium tremens multifaktoriell zu erklären sind [...]“ (kläg. Bel. 6). Mit dieser Ausführung wird die ursprüngliche Diagnose der alkoholtoxischen Leberzirrhose nicht in Frage gestellt, sondern angedeutet, dass die perioperative Verschlechterung der Leberfunktion und das postoperative Delirium tremens wahrscheinlich durch andere Faktoren (mit-)verursacht worden sei. Vor dem Hintergrund, dass der Beweiswert einer nachträglich und in Kenntnis des Streits entstandenen Urkunde regelmässig geringer ist, als jener einer unmittelbar im Zeitpunkt des Geschehens erstellten Urkunde, vermag dies den von der Beklagten bezüglich des Vorliegens des Ausschlussgrundes erbrachten Hauptbeweis nicht zu entkräften.

5.2.2.6.

Aufgrund des Beweisergebnisses kommt das Gericht zum Schluss, dass das Delirium tremens und die damit verbundenen Behandlungskosten auf einen Alkoholmissbrauch zurückzuführen sind. Damit besteht aufgrund des Ausschlussstatbestands der Art. 31.1 AVB und 17.2 ZVB kein Anspruch auf Übernahme der entsprechenden Kosten durch die Beklagte. Die Klage ist folglich abzuweisen.

6. Kosten

6.1. Gerichtskosten

Gemäss Art. 114 lit. e ZPO werden den Parteien im Entscheidverfahren über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung grundsätzlich keine Gerichtskosten auferlegt.

6.2. Parteientschädigung

Art. 114 lit. e ZPO befreit die Parteien gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung und Lehre nur von den Gerichtskosten; eine Parteientschädigung an die obsiegende Gegenpartei bleibt grundsätzlich geschuldet (Urteil BGer 4A_194/2010 vom 17.11.2010 E. 2.2; Rüegg/Rüegg, Basler Kommentar, 2017, N 1 zu Art. 114 ZPO; Jenny, in: Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger [Hrsg.], 2016, N 2 zur Art. 114 ZPO). Die Beklagte war im vorliegenden Verfahren nicht berufsmässig vertreten. Nicht berufsmässig vertretene Parteien haben nur in begründeten Fällen Anspruch auf eine angemessene Umtriebsentschädigung (Art. 95 Abs. 3 lit. c ZPO; vgl. BGE 125 II 518 E. 5.b). Die ansprechende Partei muss die Entschädigung beantragen und dem Gericht sachlich überzeugende Gründe für die geltend gemachte Höhe der Umtriebsentschädigung vorlegen (Rü-

egg, Basler Kommentar, 2013, N 21 zu Art. 95 ZPO). Die Beklagte hat keine Kostennote eingereicht und nicht begründet, weshalb ihr ausnahmsweise eine Umtriebsentschädigung zugesprochen werden soll. Daher ist von der Zusprechung einer solchen abzusehen.

7. Rechtsmittel

Der Streitwert beträgt Fr. 10'857.25. Gegen das vorliegende Urteil ist somit die Beschwerde zulässig (Art. 319 lit. a i.V.m. 308 Abs. 2 ZPO).

R e c h t s s p r u c h

1.

Die Klage wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben und keine Parteientschädigung zugesprochen

3.

Gegen dieses Urteil ist die Beschwerde zulässig (Art. 319 ff. ZPO). Diese ist innert 30 Tagen seit Zustellung des Urteils schriftlich mit Anträgen und Begründung beim Kantonsgericht einzureichen (in je einem Exemplar für das Gericht und jede Gegenpartei). Das angefochtene Urteil ist beizulegen. Die Beschwerde hemmt die Rechtskraft und die Vollstreckbarkeit des angefochtenen Urteils nicht. Auf Parteiantrag kann die Beschwerdeinstanz die Vollstreckung aufschieben.

4.

Dieses Urteil wird den Parteien und nach Rechtskraft der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht FINMA, Einsteinstrasse 2, 3003 Bern zugestellt.

Bezirksgericht Luzern

Abteilung 1