

## **BL\_GERICHTE 731 13 141 vom 24. Oktober 2013**

BL Gerichte, 2013-10-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_731\\_13\\_141](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_731_13_141)

FR: BL\_GERICHTE 731 13 141 du 24 octobre 2013

IT: BL\_GERICHTE 731 13 141 del 24 ottobre 2013

### **Regeste**

Forderung

### **Volltext**

Entscheidung des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht vom 24. Oktober 2013 (731 13 141) Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung Leistungspflicht des Versicherers aus Zusatzversicherung bei stationärem Aufenthalt einer Palliativ-Patientin Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler Parteien A. , Kläger, vertreten durch Stefan Hofer, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel B. , Klägerin, vertreten durch Stefan Hofer, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel gegen INTRAS Kranken-Versicherung AG , Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern, Beklagte Betreff Forderung A. Die 1926 geborene C. war bis zu ihrem Tod am 26. Dezember 2011 bei der INTRAS Kranken-Versicherung AG (Krankenkasse) für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und im Rahmen der Zusatzversicherungen DUE+ und QUADRA+ gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 bei der INTRAS Versicherung AG (Versicherung) für zeitlich unbegrenzten Spitalaufenthalt in und ausserhalb des Wohnkantons sowie für Pensions- und Behandlungskosten in der privaten Abteilung eines Spitals oder Klinik versichert. Aufgrund eines Rektumsbzw. Zökumkarzinoms hielt sie sich ab Juni 2011 im D. auf. Infolge einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes wurde sie am 14. Juli 2011 ins E. verlegt, wo sie bis 17. Juli 2011 stationär in der Akutabteilung und anschliessend bis zu ihrem Tode in der Palliativabteilung des E. behandelt wurde. Das E. stellte für den Aufenthalt der Versicherten ab 31. Juli 2011 anstelle der Taxe für die Behandlung in der privaten Abteilung kulanterweise die Taxe für die Behandlung in der allgemeinen Abteilung in Rechnung. Die Krankenkasse übernahm die Kosten des Spitalaufenthalts vom 18. Juli 2011 bis 30. August 2011 in der Höhe der tarifvertraglich vereinbarten Spitaltagestaxe von Fr. 836.--. Ab 31. August 2011 legte sie der Berechnung der Vergütung - mit Ausnahme für die Zeit vom 19. bis 25. Oktober 2011 - den Pflorgetarif in Höhe von Fr. 109.10 zu Grunde. Zur Begründung führte sie an, dass für eine Vergütung nach Spitaltarif die Spitalbedürftigkeit gegeben sein müsse. Gemäss der Pflegedokumentation des E. habe jedoch ab 31. August 2011 bei der Versicherten keine Akutspitalbedürftigkeit mehr vorgelegen. Die Palliativbehandlung hätte auch in einem Pflegeheim durchgeführt werden können. Einzig für die Zeit vom 19. bis 25. Oktober 2011, als C. an einer akuten gastrointestinalen Blutung gelitten habe, habe wieder eine Spitalbedürftigkeit bestanden. Am 6. September 2011 verweigerte die Krankenkasse bzw. die Versicherung eine Kostengutsprache für die Mehrkosten, welche sich aus der Differenz zwischen der von ihr vergüteten Leistungen und dem Rechnungsbetrag des Spitals ergab. Für eine Vergütung der Behandlungs- und Pflegekosten nach Spitaltarif sei auch bei

Leistungen aus Zusatzversicherungen die Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt. B. Mit Schreiben vom 29. November 2012 unterbreitete die Krankenkasse bzw. die Versicherung den Erben der verstorbenen Versicherten, B. und A. , einen Vergleichsvorschlag. Danach verpflichtete sie sich, im Sinne einer einvernehmlichen Lösung die Behandlungskosten für die Zeit vom 31. August 2011 bis 18. Oktober 2011 und vom 26. Oktober 2011 bis 26. Dezember 2011 anstelle des bisher verrechneten Pflegetarifs von Fr. 109.90 zum Tagesansatz für die Palliativabteilung gemäss Basler Spitalvertrag in Höhe von Fr. 240.-- zu vergüten. Die Erben lehnten diesen Vergleichsvorschlag mit Schreiben vom 2. Januar 2013 ab. C. Mit Eingabe vom 8. Mai 2013 reichte Rechtsanwalt Stefan Hofer im Namen und Auftrag der Erben von C. Klage gegen die Versicherung ein. Er beantragte, die Versicherung sei zu verurteilen, den Klägern als Solidargläubiger den Betrag von Fr. 62'694.30 zurückzuerstatten, den diese für die Behandlung und Pflege der verstorbenen Mutter in der Palliativabteilung des E. vom 31. August 2011 bis 26. Dezember 2011 haben bezahlen müssen. Dabei sei der Betrag, den die Krankenkasse an die Kosten der Behandlung und Pflege der Versicherten aus der Grundversicherung bezahlt habe und gegebenenfalls noch zahlen müsse, in Abzug zu bringen; unter o/e Kostenfolge. In der Begründung wurde ausgeführt, dass für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und für die Zusatzversicherungen gemäss VVG eine Versicherungspolice ausgestellt worden sei. Die verstorbene Versicherte sei mit dieser Versicherung in einem Gesamt-paket optimal versichert gewesen, so auch für zeitlich unbegrenzte Spitalaufenthalte in der Privatabteilung eines Spitals oder Klinik. Die Krankenkasse und die Versicherung würden sich weigern, die Kosten der Behandlung und Pflege der Verstorbenen in der Palliativabteilung des E. zum Spitaltarif zu übernehmen, weil es an der Spitalbedürftigkeit fehle. Sie stellten sich auf den Standpunkt, dass die Behandlung auch in einem Pflegeheim hätte erbracht werden können. Es stehe ausser Frage, dass die Versicherte bis zu ihrem Ableben im E. palliativ habe behandelt werden müssen. Die Komplexität und Instabilität der Erkrankung der Versicherten (weit fortgeschrittene Tumorerkrankung mit rasch progredientem Kräftezerfall, instabile Schmerzsituation, Unverträglichkeit gegen Opiate, subkutane Verabreichung der Nicht-Opioide, Stuhlinkontinenz) erforderten eine spezialisierte Palliative Care, wie diese vom E. geleistet werde. Als am 19. Oktober 2011 eine gastrointestinale Blutung eingetreten sei, habe jederzeit mit dem Ableben der Versicherten gerechnet werden müssen. Die medizinischen Leistungen und notwendigen Behandlungen hätten angesichts des verschlechterten und ungewissen Verlaufs täglich einer Neubeurteilung unterzogen werden müssen. Die Stuhlinkontinenz habe bis zu einem achtmaligen Windelwechsel im Tag geführt. Zudem habe die individuell auf die Versicherte abgestimmte analgetische und antiemetische Therapie mehrmals täglich subkutan verabreicht werden müssen. Diese Behandlung habe von einem speziell geschulten Palliative-Care-Team geleistet werden müssen und gehe über das hinaus, was in einem normalen Pflegeheim möglich gewesen wäre. Ab 25. Oktober 2011 habe gemäss Schreiben der behandelnden Ärztin, Dr. med. F. , FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 12. April 2012 und Schreiben von Prof. Dr. med. G. , FMH Medizinische Onkologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 20. Februar 2012 eine präterminale Situation mit vollständiger Bettlägerigkeit bestanden und eine Unterbringung der Versicherten auf einer Palliativabteilung sei indiziert gewesen. Die Behandlung und Pflege in einem Pflegeheim wäre dabei nicht mehr durchführbar gewesen. Auch Dr. F. sei der Meinung gewesen, dass diese anspruchsvolle Pflege nicht in einem Pflegeheim hätte erbracht werden können. Die

Versicherte habe deshalb davon ausgehen dürfen, dass sie mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den Zusatzversicherungen umfassend und lückenlos für die Deckung sämtlicher Pflegekosten versichert gewesen sei. Die Palliative-Care-Behandlung hätte auch in einem dafür spezialisierten Palliative-Care-Hospiz geleistet werden können. Dies wäre allerdings nicht billiger gewesen als die Behandlung in der Palliative-Care-Abteilung im E. . Dazu sei auf das Urteil des Bundesgerichts vom 28. August 2012 hinzuweisen, in welchem die Auslegung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) über die Kostenvergütung im Zusammenhang mit Palliative Care Streitgegenstand gewesen sei. Aus dieser Entscheidung müsse e contrario der Schluss gezogen werden, dass die Verstorbene habe darauf vertrauen dürfen, die Behandlungskosten in einer Klinik für Palliative-Care würden von der Krankenkasse bzw. der Versicherung vergütet. D. In ihrer Klageantwort vom 27. Juni 2013 beantragte die Versicherung die Abweisung der Klage. Die Zusatzversicherungen DUE+ und QUADRA+ seien Versicherungen, die bei stationären Spitalaufenthalten nur Kosten vergüteten, die über die obligatorische Kostenvergütung nach KVG gingen. Sie würden die Leistungen koordinieren und hätten lediglich Ergänzungs- und nicht Ersatzcharakter. Demgemäss würden aus diesen Zusatzversicherungen für einen stationären Spitalaufenthalt nur Leistungen bezahlt, wenn Spitalbedürftigkeit vorliege. Sie wies darauf hin, dass das E. die für die verstorbene Versicherte erbrachten Leistungen ab 31. August 2011 nur noch aufgrund der Tagestaxe für die Behandlung in der allgemeinen Abteilung von Fr. 521.-- abgerechnet habe. Das Vorgehen des Spitals zeige, dass dieses auch davon ausgegangen sei, ab 31. Juli 2011 – bis auf die Zeit vom 19. bis 25. Oktober 2011 – habe keine Spitalbedürftigkeit vorgelegen. Der Pflegedokumentation sei weiter zu entnehmen, dass die Verstorbene und ihre Tochter die teilweise Übernahme der Spitalkosten auf eigene Rechnung akzeptiert hätten. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass die Palliativtaxe von Fr. 240.-- gemäss Basler Spitalvertrag 2011 nur für Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt gelte, weshalb die Versicherte keinen Rechtsanspruch auf Abrechnung der Behandlungskosten nach Palliativtaxe habe. E. An der heutigen Parteiverhandlung nehmen die Kläger, Rechtsanwalt Stefan Hofer und Simon Rothenfluh als Rechtsvertreter der Versicherung teil. Rechtsanwalt Hofer hält an seinen Rechtsbegehren gemäss Klage vom 8. Mai 2013 und seinen Ausführungen fest. Zudem macht er geltend, dass der Begriff "Spitalbedürftigkeit" bei stationären Palliativpatienten anders auszulegen sei als bei einem stationären Aufenthalt von Akutpatienten. Grundsätzlich sei zu unterscheiden, ob die Behandlung in einer akuten, rehabilitativen/psychiatrischen oder palliativen Abteilung erfolge. Wenn eine stationäre, palliative Behandlung einer versicherten Person notwendig sei, sei auch die Spitalbedürftigkeit in einer palliativen Abteilung zu bejahen. Vorliegend sei eine solche Behandlung indiziert gewesen, weshalb die Krankenkasse bzw. die Versicherung sowohl aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als auch aus den Zusatzversicherungen die strittigen Behandlungskosten zu übernehmen habe. Der Rechtsvertreter der Krankenkasse beantragt die Abweisung der Beschwerde. Das Kantonsgericht zieht in Erwägung: 1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 3 KVG 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 (BGE 138 III 558; 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. 25 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Einzel-Krankenzusatzversicherung (AVB-E), Ausgabe 1997, wonach ein Wahlgerichtsstand am Wohnsitz der versicherten Person besteht. Gemäss Erbenbescheinigung vom 25. Januar 2012 haben die Kläger die Erbschaft der Verstorbenen angetreten. Als Erben sind sie gemäss Art. 560 ff. ZGB als Partei in den vorliegenden Prozess eingetreten. Da die verstorbene Versicherte Wohnsitz in X. hatte, ist das angerufene Gericht auch örtlich zuständig. Auf die formgerecht beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht erhobene Klage ist einzutreten (vgl. Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KGSV] vom 13. August 2008, 731 08 3). 2.1 Der vorliegende Prozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO i.V.m. Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO). Danach hat das Gericht von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder die Beweisanträge der Parteien für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt, er wird ergänzt durch die Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). 2.2 Das Gericht hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Das Gericht darf eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt ist ( Max Kummer , Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 136). Während das Gericht im Sozialversicherungsrecht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen hat (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen), gründet die richterliche Überzeugung bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen – wie für Zivilverfahren üblich – auf dem vollen Beweis. 3.1. Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Versicherung aus den Zusatzversicherungen DUE+ und QUADRA+ die Differenz zwischen den von der Krankenkasse vergüteten Behandlungskosten nach Pflorgetarif und der vom E. in Rechnung gestellten Kosten nach Spitaltarif für die stationäre Behandlung der am 26. Dezember 2011

verstorbenen C. zu übernehmen hat. Dabei ist unbestritten, dass sich eine allfällige Leistungspflicht der Versicherung nach den AVB-E und den Speziellen Bedingungen (SB) der Zusatzversicherungen DUE+ und QUADRA+, Ausgabe 2001, richtet. Strittig ist dagegen die Auslegung der Vertragsbestimmungen.

3.2. Die Kläger bringen vor, dass ihre verstorbene Mutter nach Treu und Glauben habe darauf vertrauen dürfen, dass sie mit ihrer obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Krankenkasse und den Zusatzversicherungen bei der Versicherung im Fall von einem Spitalaufenthalt umfassenden Versicherungsschutz genieße. Dem Art. 2 Ziffer 2 der SB QUADRA+, der das Spitalwahlrecht der versicherten Person einräume, könne nicht entnommen werden, dass die Versicherung für die Behandlung eines Palliativpatienten in einer dafür spezialisierten Klinik oder Abteilung eines Spitals nicht aufkommen würde. Wenn die Versicherung eine palliative Behandlung hätte ausschliessen wollen, hätte sie dies in ihren AVB auch für einen Laien klar verständlich festlegen müssen. Die Versicherung stellt sich dagegen auf den Standpunkt, dass die Zusatzversicherungen DUE+ und QUADRA+ die über den KVG-Bereich hinausgehenden Kosten für einen stationären Spitalaufenthalt im Sinne einer Ergänzungsleistung übernehmen würden. Während die Zusatzversicherung DUE+ die zusätzlichen Kosten bei ausserkantonalen Wahlbehandlungen in der allgemeinen Abteilung vergüte, würden aus der Zusatzversicherung QUADRA+ die in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines Spitals anfallenden Mehrleistungen übernommen. Seien Leistungen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht versichert, so könnten diese nicht durch Leistungen aus Zusatzversicherungen ersetzt werden. Dies bedeute, dass Behandlungskosten für einen stationären Spitalaufenthalt nur vergütet würden, wenn die versicherte Person spitalbedürftig sei. Gemäss der Pflegedokumentation und den Äusserungen der behandelnden Ärzte des E. habe jedoch für die Zeit ab 31. Juli 2011 – mit Ausnahme vom 19. bis 25. Oktober 2011 – keine Spitalbedürftigkeit vorgelegen.

3.3 Ist hinsichtlich der Tragweite einer Klausel der vorformulierten AVB ein übereinstimmender wirklicher Wille der Parteien nicht festgestellt, richtet sich die Auslegung nach den Grundsätzen der normativen Vertragsauslegung. Vorformulierte Vertragsbestimmungen sind grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen (BGE 135 III 225 E. 1.3 S. 227 mit Hinweis); es ist demnach zu eruieren, wie der Versicherungsnehmer die AVB nach Treu und Glauben verstehen durfte (BGE 133 III 675 E. 3.3 S. 681 f.). Dabei hat das Gericht vom Wortlaut auszugehen und die Klauseln im Zusammenhang so auszulegen, wie sie nach den gesamten Umständen verstanden werden durften und mussten; es hat dabei auch zu berücksichtigen, was sachgerecht ist (BGE 133 III 607 E. 2.2). Von der global erklärten Zustimmung zu allgemeinen Vertragsbedingungen sind indessen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist, da davon auszugehen ist, dass ein unerfahrener Vertragspartner ungewöhnlichen Klauseln, die zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters führen oder in erheblichem Masse aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus fallen, nicht zustimmt. Je stärker eine Klausel die Rechtsstellung des Vertragspartners beeinträchtigt, desto eher ist sie als ungewöhnlich zu qualifizieren (BGE 135 III 225 E. 1.3 S. 227 f. mit Hinweisen).

3.4 Im Mittelpunkt der Auslegung stehen folgende Bestimmungen: AVB-E Art. 15: Begrenzung der Versicherungsdeckung Es werden keine Leistungen gewährt c) für Behandlungen, die im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) nicht vom Bundesrat anerkannt sind sowie für alle prophylaktischen Massnahmen (vorbehaltlich der in den Speziellen

Versicherungsbedingungen vorgesehenen Leistungen) oder ästhetischen Behandlungen (einschliesslich Verjüngungs- und Abmagerungskuren), die nicht Folge eines von INTRAS übernommenen Falls sind. Art. 24 : Koordinierung mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG Ist der Versicherte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung) bei einem anderen Versicherer gedeckt, hat er INTRAS die Originalabrechnung der von diesem Versicherer bezahlten Leistungen vorzulegen, um die bei INTRAS versicherten Leistungen vergütet zu bekommen. SB QUADRA+ Art. 1 : Umfang der Versicherung 1. Diese Zusatzversicherung deckt die zusätzlichen Behandlungs- und Pensionskosten bei einem Spitalaufenthalt gemäss versicherter Variante (Privatabteilung = Einbettzimmer oder Halbprivatabteilung = Mehrbettzimmer) in einer öffentlichen oder privaten Heilanstalt. Art. 2 : Wahl der Heilanstalt 1. Der Versicherte hat, ausser im Notfall, die freie Wahl zwischen den öffentlichen und privaten Heilanstalten auf der Liste der von den Kantonen (kantonale Planung) anerkannten Heilanstalten. 2. Der Versicherte muss eine Heilanstalt oder deren Abteilung wählen, die der Art der von ihm benötigten Pflegemassnahmen entspricht. Art. 3 : Spitalaufenthalt INTRAS übernimmt bei einem Spitalaufenthalt, sämtliche Behandlungs- und Pensionskosten gemäss vereinbarter Deckung (privat oder halbprivat) ohne Begrenzung von Dauer oder Höhe der Kosten. Art. 19 : Zusatzdeckung 1. Die in den vorliegenden Speziellen Bedingungen garantierten Leistungen werden zusätzlich zu denjenigen vergütet, die von der bei INTRAS oder einem anderen Versicherer abgeschlossenen obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG vorgesehen sind. SB DUE+ Art. 5: Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung in der Schweiz ausserhalb des Wohnkantons 2. Der Versicherte muss eine Heilanstalt oder deren Abteilung wählen, die der Art der von ihm benötigten Pflegemassnahmen entspricht. Art. 20 Zusatzdeckung 1. Die in den vorliegenden Speziellen Bedingungen garantierten Leistungen werden zusätzlich zu denjenigen vergütet, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG vorgesehen sind. 3.5 Aus Art. 3 SB QUADRA+ geht hervor, dass die Versicherung sämtliche Behandlungs- und Pensionskosten für einen Spitalaufenthalt gemäss versicherter Variante (hier: privat) zu übernehmen hat. Was unter "Spitalaufenthalt" zu verstehen ist, wird in den AVB-E und den SB DUE+ und QUADRA+ nicht definiert. Ebenso wenig ist der Begriff "Spitalbedürftigkeit" näher beschrieben. Aus dem Umstand, dass die speziellen Versicherungsbestimmungen nirgends die Spitalbedürftigkeit als Voraussetzung für die Vergütung der stationären Behandlungskosten zum Spitaltarif nennen, lässt sich noch nichts zu Gunsten der Kläger ableiten (vgl. Urteil des Bundesgerichts, 5C.17/2003, vom 19. August 2003, E. 3.1). Unbestritten sind DUE+ und QUADRA+ Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (vgl. auch Art. 19 SB QUADRA+ und Art. 20 DUE+). Zusatzversicherungen stehen in einem inneren Zusammenhang mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und sind zu ihr insofern komplementär, als sie Leistungen anbieten, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht übernehmen darf. Sie werden daher auch Komplementär- oder Ergänzungsversicherungen genannt. Eine Komplementär- oder Ergänzungsversicherung zeichnet sich dadurch aus, dass eine Versicherung primär zu leisten hat und die im Nachgang haftende Versicherung - die Komplementärversicherung - nicht den gleichen Schaden oder die gleiche Schadensposition deckt wie die zum Voraus leistende Versicherung ( Gebhard Eugster , Die Unterscheidung zwischen grund- und zusatzversicherten Leistungen im Spitalbereich, in: SZS 2005, S. 447 f.). Das Bundesgericht umschreibt diesen Sachverhalt mit dem Begriff "Mehrleistungen, die über

den Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hinausgehen" (BGE 135 V 443 E. 2.2). Da die Zusatzversicherungen als Ergänzung zur obligatorischen Krankenversicherung gemäss KVG zu verstehen sind, sind Begriffe, die in den speziellen Bestimmungen der Zusatzversicherungen nicht beschrieben werden, nach den Grundsätzen des KVG auszulegen.

3.6 Die vertraglichen Leistungskataloge der Spitalzusatzversicherungen sind in der Hauptsache so ausgestaltet, dass nur medizinische Indikationen, die in der Grundversicherung Pflichtleistungen darstellen, eine vertragliche Leistungspflicht auslösen. Mehrleistungen im Verhältnis zur Grundversicherung kommen bei den vom KVG nicht anerkannten Indikationen, Leistungskategorien oder Behandlungsmethoden praktisch nicht vor (Eugster, a.a.O., S. 453). Sinn und Zweck von Spitalzusatzversicherungen für die private Spitalabteilung ist, Wahlfreiheiten, Luxus und Komfort zu ermöglichen. Eine Mehrleistung bei Behandlungen, die in der Grundversicherung Pflichtleistung sind, gibt es aber bei medizinisch-technischen Leistungen nicht (Eugster, a.a.O., S. 461). Spitalzusatzversicherungsleistungen können auch im Tarifrecht des KVG begründet sein. Die Zusatzleistung gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht darin, dass es die Zusatzversicherung den versicherten Personen ermöglicht, dank der Zusatzdeckung das ausserkantonale Spital frei bzw. ohne Behinderung durch die Kostenfrage zu wählen. Keine Mehrleistung besteht in medizinischer und pflegerischer Hinsicht sowie bezüglich Unterkunft und Verpflegung gegenüber dem KVG-Leistungspaket (vgl. Eugster, a.a.O., S. 453 f.).

3.7 Aufgrund dieser Ausführungen ergibt sich, dass der Auffassung der Versicherung zu folgen ist. DUE+ und QUADRA+ ergänzen als Zusatzversicherungen die obligatorischen Krankenpflegeversicherungsleistungen. Der Leistungsumfang dieser Zusatzversicherungen knüpft – so jedenfalls bei Vergütungen von stationären Spitalaufenthalten – an bestehende Leistungsansprüche des KVG an. So bestimmt Art. 15 AVB-E, dass nur für medizinische Behandlungen, die in der Grundversicherung Pflichtleistungen darstellen, eine vertragliche Leistungspflicht aus den Zusatzversicherungen ausgelöst wird. Desgleichen stellt Art. 24 AVB-E eine Koordination zu bestehenden KVGpflichtigen Leistungen her. Dass das Vorliegen eines Leistungsanspruchs aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Anspruchsvoraussetzung für Zusatzversicherungsleistungen ist, geht deutlich aus Art. 1 SB QUADRA+ hervor, wonach von zusätzlichen Behandlungs- und Pensionskosten bei einem Spitalaufenthalt die Rede ist. Es steht daher eindeutig fest, dass Leistungen für stationäre Spitalaufenthalte aus den beiden Zusatzversicherungen DUE+ und QUADRA+ nur geschuldet sind, wenn ein entsprechender Leistungsanspruch gemäss KVG besteht.

4.1. Es ist somit zu prüfen, ob die Kläger einen Anspruch auf Übernahme der in Frage stehenden Behandlungskosten ihrer Mutter im E. gemäss KVG haben. Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung setzt die Leistungspflicht des Versicherers für eine stationäre Spitalbehandlung (u.a.) eine Krankheit voraus, welche die Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht (Art. 39 Abs. 1 KVG; BGE 126 V 323 E. 2b S. 326). Die Spitalbedürftigkeit ist gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital (d.h. unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes) zweckmässig durchgeführt werden können, weil sie zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedürfen, oder sofern die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Februar 2013, 9C\_413/2012, E. 4.2; Ueli Kieser, Die ärztliche Anordnung der Spitalbehandlung aus rechtlicher Sicht, in: Medizin und Sozialversicherung

im Gespräch, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], St. Gallen 2006, N. 7 und 28). 4.2. In seinem Urteil vom 24. Oktober 2013 ( 730 13 135 ) befasste sich das Kantonsgericht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit dem Leistungsanspruch der Kläger für den Aufenthalt ihrer verstorbenen Mutter in der Palliativabteilung des E. . Dabei beurteilte es die Frage, ob die Verstorbene während der Zeit vom 31. Juli 2011 bis 18. Oktober 2011 und vom 26. Oktober 2011 bis 26. Dezember 2011 spitalbedürftig sei. Es kam zum Schluss, dass keine Spitalbedürftigkeit vorgelegen habe, weshalb die zuständige Krankenkasse es zu Recht abgelehnt habe, die Behandlungskosten für den stationären Spitalaufenthalt nach Spitaltarif zu vergüten. Auf die entsprechenden Ausführungen des Urteils des Kantonsgerichts vom 24. Oktober 2013 ( 730 13 135 ) wird verwiesen. Damit steht fest, dass aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mangels Spitalbedürftigkeit kein Anspruch auf Vergütung der Behandlungs- und Pflegekosten der Verstorbenen nach Spitaltarif besteht. Demgemäss besteht für die Versicherung auch keine Pflicht, gestützt auf die Zusatzversicherungen DUE+ und QUADRA+ die strittigen Spitalkosten zum Spitaltarif zu übernehmen. 4.3 An diesem Ergebnis ändert der von den Klägern zitierte Entscheid des Bundesgerichts vom 28. August 2012 (4A\_228/2012) nichts. Darin schützte das Bundesgericht eine Bestimmung der AVB einer Versicherung, in welcher die Kostendeckung für stationäre palliative Behandlungen ausdrücklich ausgeschlossen wurde. Der von den Klägern vorgebrachten Schlussfolgerung, dass bei vorliegendem unklarem Ausschluss der Kostenübernahme von Palliativ-Behandlungen in den AVB e contrario eine entsprechende Leistungspflicht zu bejahen sei, kann nicht gefolgt werden. Wie die Versicherung zutreffend feststellt, enthält dieser Entscheid keine Äusserungen zur grundsätzlichen Leistungspflicht der Versicherer bei Palliative Care. Auch waren die Zusatzversicherungen DUE+ und QUADRA+ nicht Streitgegenstand jenes Entscheides. Dazu kommt, dass die Versicherung die Kosten für Palliative Care grundsätzlich entschädigt. Sie macht jedoch ihre Leistungspflicht vom Vorliegen der Spitalbedürftigkeit abhängig, was nicht zu beanstanden ist. Die Klage ist demgemäss abzuweisen. 5. Das Verfahren vor dem Versicherungsgericht ist nach Art. 114 Abs. 2 lit. f ZPO kostenlos. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Gegen diesen Entscheid wurde von den Klägern am 3. Februar 2014 Beschwerde beim Bundesgericht ( 4A\_67/2014 ) erhoben.

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