Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 29. November 2012 (731 10 355 / 315)

Zusatzversicherung nach VVG

Auslegung von unklaren Vertragsbestimmungen; Anspruch auf ein Pflegegeld bejaht

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli
Parteien	**A.___,** Klägerin, vertreten durch Dr. Caroline Franz Waldner, Advokatin, Behindertenforum, Bachlettenstrasse 12, 4054 Basel gegen **Visana Versicherungen AG**, Thunstrasse 164, 3074 Muri b. Bern, Beklagte
Betreff	Leistungen

A. A.____ leidet an Multipler Sklerose. Seit dem 23. Oktober 2006 wohnt sie in der Institution B.____. Mit Eingabe vom 6. Dezember 2010 liess sie, vertreten durch Dr. Caroline Franz Waldner, Advokatin, Behindertenforum in Basel, beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), Klage gegen die Visana Versicherungen AG (Visana) erheben und beantragte, es sei ihr aus der VVG-Zusatzversicherung "Haus- und Langzeitpflege" rückwirkend ab Mai 2008 (nach Einbezug der Wartefrist von 730 Tagen) ein Pflegegeld von Fr. 50.-- pro Tag samt Verzugszinsen zu 5 % mindestens ab Datum der Klage-

erhebung auszurichten; unter o/e-Kostenfolge zu Lasten der Beklagten. Zudem beantragte sie in verfahrensrechtlicher Hinsicht die Zusammenlegung des Klageverfahrens mit dem ebenfalls am Kantonsgericht hängigen Beschwerdeverfahren in Sachen A.____ gegen Visana (730 10 356) betreffend Kostenvergütung für die Krankenpflegeleistungen in der Institution B.____. Zur Begründung der Klage wird im Wesentlichen ausgeführt, dass die Klägerin bei der Beklagten verschiedene Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgeschlossen habe. Dazu gehöre auch die Zusatzversicherung "Langzeitpflege stationär", im Rahmen derer ein Pflegegeld von Fr. 50.-- pro Tag vereinbart worden sei. Gemäss Ziff. 1.5 der Zusatzbedingungen "Pflegetaggeldversicherung" würden Leistungen erbracht an Kosten für Unterkunft, Pflege und Behandlung in zweckdienlichen und von der kantonalen Spital- und Pflegeheimplanung anerkannten Institutionen. Die Leistungen würden sowohl eine medizinische Indikation für die stationäre Behandlung und Pflege voraussetzen als auch den regelmässigen Bedarf an Leistungen aufgrund der Grund- und Behandlungspflege aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Klägerin leide an Multipler Sklerose, welche zu einer ausgewiesenen Pflegebedürftigkeit geführt habe. Im Rahmen des stationären Aufenthalts in der Institution B.____ sei sie täglich auf Massnahmen in den Bereichen Grund- und Behandlungspflege angewiesen. Da die Klägerin ausserdem bei der Beklagten auch obligatorisch krankenpflegeversichert sei und gestützt auf die Grundversicherung regelmässig Leistungen beziehe, seien die Voraussetzungen von Ziff. 1.5 der Zusatzbedingungen "Pflegetaggeldversicherung" zweifellos erfüllt. Dies gelte erst recht, wenn für die Institution B.____ die Pflegeheimqualität gemäss der kantonalen Pflegeheimliste mindestens bis 31. Dezember 2008 anerkannt werde. Aus diesem Grund stehe der Klägerin ein Pflegegeld von Fr. 50.-- pro Tag ab Mai 2008 (unter Einbezug einer Wartefrist von 730 Tagen gemäss Ziff. 1.3 der Zusatzbedingungen "Pflegetaggeldversicherung") zu.

B. In ihrer Klagantwort vom 9. März 2011 beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage. Eventualiter sei das Verfahren bis zur rechtskräftigen Erledigung des Beschwerdeverfahrens in Sachen A.____ gegen Visana (730 10 356) zu sistieren. In ihrer Begründung legte die Beklagte dar, dass gemäss Versicherungspolice die AVB-Ausgabe 01.07 und die ZB-Ausgabe 01.02 der "Haus- und Langzeitpflege" anwendbar seien. Es seien Pflegegelder und nicht Pflegetaggelder für stationäre Aufenthalte versichert. Die Klägerin habe ihre Ausführungen offensichtlich unter Berücksichtigung der Zusatzbedingungen zur Krankenzusatzversicherung "Pflegetaggeldversicherung" und nicht jener der Krankenzusatzversicherung "Haus- und Langzeitpflege" gemacht. Die Leistungsvoraussetzungen würden jedoch bei beiden Zusatzversicherungen in etwa gleich lauten. Der wesentliche Unterschied bestehe darin, dass bei der Zusatzversicherung "Pflegetaggeldversicherung" das Taggeld erst nach einer Wartefrist von 730 Tagen, unabhängig von der Beachtung der persönlichen Einkünfte, ausgerichtet werde. Bei der Zusatzversicherung "Haus- und Langzeitpflege" andererseits werde das versicherte Pflegegeld bei fehlender Unterhaltspflicht der versicherten Person gegenüber Ehegatten und/oder Kindern nur soweit erbracht, als die persönlichen Einkünfte inkl. Sozialversicherungsleistungen exkl. Hilflosenentschädigungen und Ergänzungsleistungen zur Deckung der Kosten für Unterkunft, Pflege und Behandlung nicht ausreichen würden. Für die Berechnung der persönlichen Einkünfte werde auf das steuerbare Einkommen abgestellt und eine freie Quote in der Höhe von 15 % der Einkünfte nicht berücksichtigt. Da aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine

Leistungen für stationäre Behandlungen geschuldet seien, müsse vorliegend eine Leistungspflicht verneint werden.

C. Nachdem sich die Klägerin mit Eingabe vom 26. April 2011 mit der Sistierung des Klageverfahrens einverstanden erklärt hatte, wurde das Verfahren mit Verfügung des Instruktionsrichters vom 5. Mai 2011 bis zur rechtskräftigen Erledigung des Beschwerdeverfahrens in Sachen A.____ gegen Visana (730 10 356) sistiert.

D. Mit Urteil vom 13. Oktober 2011 hiess das Kantonsgericht die Beschwerde der Klägerin gegen die Beklagte im Beschwerdeverfahren 730 10 356 gut und verpflichtete die Visana unter anderem dazu, der Klägerin rückwirkend ab 23. Oktober 2006 die Kostenvergütung für die Krankenpflegeleistungen in der Institution B.____ gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung auszurichten. Nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils hob der Instruktionsrichter mit Verfügung vom 2. März 2012 die Sistierung des Klageverfahrens auf und ordnete die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels an.

E. Mit Replik vom 2. April 2012 beantragte die Klägerin, es sei die Beklagte im Anschluss an das Urteil des Kantonsgerichts vom 13. Oktober 2011 betreffend Übernahme von Pflegekosten zu verpflichten, ihr ab Mai 2006 ein Pflegegeld von Fr. 50.-- pro Tag auszurichten; unter o/e-Kostenfolge zu Lasten der Beklagten. In der Begründung wurde vorgebracht, dass die Ausgaben der Klägerin für die Zeit ab Mai 2006 bis Ende 2008 mehr als doppelt so hoch gewesen seien wie die in dieser Zeitspanne zu berücksichtigenden Einnahmen, so dass die Verpflichtung zur Ausrichtung eines Pflegegelds von Fr. 50.-- seit Beginn der stationären Pflegebehandlung (Mai 2006) zu bejahen sei. Für die Zeit ab 1. Januar 2009 sei ebenfalls ein Pflegegeld von Fr. 50.-- pro Tag geschuldet, da alle Voraussetzungen der ZB "Haus- und Langzeitpflege" gegeben seien.

F. Mit Duplik vom 1. Juni 2012 beantragte die Beklagte unter o/e-Kostenfolge, die Klägerin sei anzuweisen, die fehlenden Unterlagen zur Berechnung des Anspruchs einzureichen.

G. Mit Eingabe vom 6. August 2012 reichte die Klägerin die fehlenden Unterlagen nach und beantragte unter o/e-Kostenfolge die Gutheissung der Klage auf Ausrichtung eines Pflegegelds in der Höhe von Fr. 50.-- pro Tag ab dem 23. Oktober 2006.

H. Mit Eingabe vom 27. August 2012 anerkannte die Beklagte ihre Verpflichtung, der Klägerin vom 23. Oktober 2006 bis 31. Dezember 2006 Fr. 50.-- pro Tag und vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2008 Fr. 27.80 pro Tag zu bezahlen. Soweit die Klage weiter gehe, sei sie abzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. Die Vertragsbestimmungen würden klarer Weise vorsehen, dass bei der Berechnung der Einkünfte die freie Quote in der Höhe von 15 % der Einkünfte nicht gewährt werden könne.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 unterstehen nach Art. 12 Abs. 3 KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind privatrechtlicher Natur; strittige Ansprüche darüber sind in einem zivilprozessualen Verfahren geltend zu machen. Das Verfahren im Zivilprozess regelt die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO) vom 19. Dezember 2008. Diese ist am 1. Januar 2011 in Kraft getreten, währenddessen die Klage am 6. Dezember 2010 anhängig gemacht wurde. Gemäss Art. 404 Abs. 1 ZPO gilt für Verfahren, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes rechtshängig sind, das bisherige Verfahrensrecht bis zum Abschluss vor der betreffenden Instanz. Vorliegend gelten daher die Bestimmungen des Gesetzes betreffend Zivilprozessordnung des Kantons Basel-Landschaft vom 21. September 1961 (ZPO BL). Die örtliche Zuständigkeit bestimmt sich gemäss Abs. 2 hingegen grundsätzlich nach neuem Recht. Eine bestehende Zuständigkeit nach dem alten Recht bleibt aber erhalten. Die örtliche Zuständigkeit im Bereich der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung richtete sich bis 31. Dezember 2010 nach dem Bundesgesetz über den Gerichtsstand in Zivilsachen (GestG). Gemäss Art. 3 Abs. 1 lit. b GestG ist für die Behandlung von Klagen gegen eine juristische Person das Gericht an deren Sitz zuständig. Es steht den Parteien gemäss Art. 9 GestG allerdings frei, für einen bestehenden oder einen künftigen Rechtsstreit einen Gerichtsstand zu vereinbaren. Dies ist vorliegend der Fall. Gemäss Ziff. 9.4 der allgemeinen Vertragsbestimmungen zur Krankenzusatzversicherung (VVG), gültig ab 2007, (AVB; Klageantwortbeilage 2), kann die Klägerin wahlweise an ihrem Wohnsitz klagen. Die Klägerin wohnt in Z.____. Die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts ist damit gegeben. Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ist im Kanton Basel-Landschaft das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, sachlich zuständig (§ 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung [VPO] vom 16. Dezember 1993). Auf die Klage ist demzufolge einzutreten.

2.1 Vorab ist zu klären, was Streitgegenstand des vorliegenden Klageverfahrens ist. Mit Klage vom 6. Dezember 2010 beantragte die Klägerin, es sei ihr rückwirkend ab Mai 2008 (nach Einbezug der Wartefrist von 730 Tagen) ein Pflegegeld von Fr. 50.-- pro Tag samt Verzugszinsen zu 5 % mindestens ab Datum der Klageerhebung auszurichten. In der Replik vom 2. April 2012 stellte sie das Rechtsbegehren, es sei ihr ab Mai 2006 ein Pflegegeld von Fr. 50.-- pro Tag auszurichten. Die Klägerin erweiterte somit replicando ihr Leistungsbegehren in zeitlicher Hinsicht um zwei weitere Jahre, ohne ein formelles Gesuch um Klageänderung zu stellen. Zu prüfen ist, ob diese Klageänderung zugelassen werden kann.

2.2 Die vorliegend noch anwendbare ZPO BL kannte keine ausdrückliche Vorschrift über die Klageänderung. Nach damaliger basellandschaftlicher Gerichtspraxis ergab sich aufgrund der Eventualmaxime und des Grundsatzes, dass mit dem Eintritt der Rechtshängigkeit der Klage auch der Streitgegenstand fixiert wird, ein grundsätzliches Verbot der Klageänderung. Die Klageänderung wurde aber dann zugelassen, wenn entweder die Gegenpartei zugestimmt hatte oder wenn ein Novum vorlag und durch die Änderung der Klage die prozessuale Stellung der Gegenpartei weder beeinträchtigt noch das Prozessverfahren erschwert wurde (ADRIAN

STAEHELIN/THOMAS SUTTER, Zivilprozessrecht nach den Gesetzen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft unter Einbezug des Bundesrechts, Zürich 1992, § 11 Rz. 50).

2.3 Die Klägerin änderte ihre Rechtsbegehren replicando ab und forderte neu ein Pflegegeld bereits ab Mai 2006. Die Beklagte äusserte sich in ihren nachfolgenden Eingaben nicht zur Klageänderung. Unter der Berücksichtigung des Umstands, dass die Änderung zu keiner Verschlechterung der prozessualen Stellung der Beklagten geführt hat, kann von einer stillschweigenden Zustimmung zur Klageänderung ausgegangen werden. Die Klageänderung dient zudem der Prozessökonomie, indem ein zweiter Prozess verhindert werden kann. Weiter ist der geänderte Anspruch in der gleichen Verfahrensart zu behandeln und steht – da es sich um das gleiche Vertragsverhältnis handelt – mit dem bisherigen Anspruch in einem sachlichen Zusammenhang. Ausserdem ist das Kantonsgericht auch zuständig, das Pflegegeld ab Mai 2006 zu beurteilen. Aus diesen Gründen kann die Klageänderung ohne Weiteres zugelassen werden. Streitgegenstand des vorliegenden Klageverfahrens bildet somit die Frage, ob die Beklagte zu verpflichten ist, der Klägerin ab Mai 2006 ein Pflegegeld in der Höhe von Fr. 50.-- pro Tag auszurichten; unter o/e-Kostenfolge zu Lasten der Beklagten.

3.1 Mit Eingabe vom 27. August 2012 hat die Beklagte ihre Leistungspflicht gegenüber der Klägerin insoweit anerkannt, als sie ihr vom 23. Oktober 2006 bis 31. Dezember 2006 den maximalen Pflegegeldanspruch von Fr. 50.-- pro Tag zugesprochen hat.

3.2 Zudem hat die Beklagte anerkannt, dass die Klägerin vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2008 grundsätzlich Anspruch auf Pflegegeld hat. Umstritten ist jedoch, wie hoch das tägliche Pflegegeld ist. Die Klägerin beantragt ein Pflegegeld von Fr. 50.-- pro Tag, die Beklagte anerkennt ein tägliches Pflegegeld von Fr. 27.80.

3.3 Die Klägerin hat bei der Beklagten unter anderem die Zusatzversicherung nach VVG "Langzeitpflege stationär" abgeschlossen (vgl. Versicherungspolice 2009, Klagebeilage 4). Anwendung finden daher die AVB sowie die Zusatzbedingungen zur Krankenzusatzversicherung (VVG) "Haus- und Langzeitpflege", Ausgabe Januar 2002 (ZB "Haus- und Langzeitpflege"; Klageantwortbeilage 3). Gegenstand dieser Krankenzusatzversicherung ist die Versicherung eines täglichen Pflegegelds von mind. Fr. 15.-- bei einem stationären Aufenthalt in einer anerkannten Institution (Teil A der ZB "Haus- und Langzeitpflege"). Der Versicherungspolice kann entnommen werden, dass die Klägerin ein Pflegegeld von Fr. 50.-- pro Tag hat versichern lassen. Die Zusatzbedingungen zur Krankenzusatzversicherung VVG "Pflegetaggeldversicherung" (Klagebeilage 5), auf die sich die Klägerin in der Klage noch abgestützt hat, sind für die Beurteilung des geltend gemachten Anspruchs unbeachtlich.

4.1 In Teil A Ziff. 1.1 der ZB "Haus- und Langzeitpflege" werden die Voraussetzungen genannt, die erfüllt sein müssen, damit die Beklagte Leistungen zu erbringen hat. Danach werden Leistungen erbracht an Unterkunft, Pflege und Behandlung in zweckdienlichen und von der kantonalen Spital- und Pflegeheimplanung anerkannten Institutionen oder Abteilungen (z.B. in Pflegeheimen) für den Aufenthalt von chronischkranken oder pflegebedürftigen Versicherten. Die Leistungen setzen eine medizinische Indikation für die stationäre Behandlung und Pflege vor-

aus und werden ausschliesslich in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgerichtet. Kostenanteile, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt, sowie Selbstbeteiligungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind nicht versichert, unabhängig davon, ob die obligatorische Versicherung besteht oder nicht. Es werden in jedem Fall höchstens die effektiv entstandenen Kosten vergütet. Schliesslich werden die Leistungen bei fehlender Unterhaltspflicht der versicherten Person gegenüber Ehegatten und/oder Kindern nur soweit erbracht, als die persönlichen Einkünfte inklusive Sozialversicherungsleistungen exklusive Hilflosenentschädigung und Ergänzungsleistungen zur Deckung der Kosten für Unterkunft, Pflege und Behandlung nicht ausreichen. Für die Berechnung der persönlichen Einkünfte wird auf das steuerbare Einkommen abgestellt. Bei der Berechnung der Einkünfte wird eine freie Quote in der Höhe von 15 % der Einkünfte nicht berücksichtigt. In Teil A Ziff. 2.1 wird schliesslich festgehalten, dass das versicherte Pflegegeld (abzüglich allfälliger Kürzungen bei fehlender Unterhaltspflicht) ab dem 1. Tag des stationären Aufenthalts für unbeschränkte Dauer ausgerichtet wird. Zu klären gilt es daher, ob die kumulativ erforderlichen Anspruchsvoraussetzungen von Teil A Ziff. 1.1 der ZB "Haus- und Langzeitpflege" gegeben sind.

4.2 Mit den Parteien ist davon auszugehen, dass eine medizinische Indikation für die stationäre Behandlung vorliegt. Dr. med. G.____, FMH Neurologie, hält in seinem Schreiben vom 30. November 2010 fest, dass die Klägerin seit Mai 1996 aufgrund einer Multiplen Sklerose bei ihm in neurologischer Behandlung stehe (Bericht von Dr. G.____ vom 30. November 2010, Klagebeilage 2). Die Pflegebedürftigkeit sei seit 2006 ohne jeden Zweifel ausgewiesen. Sie resultiere aus der körperlichen und psychischen/verhaltensneurologischen Symptomatik mit invalidisierender Ausprägung.

4.3.1 Weiter setzt der Leistungsanspruch voraus, dass es sich um Kosten handelt, die aufgrund eines Aufenthalts in einer zweckdienlichen und von der kantonalen Spital- und Pflegeheimplanung anerkannten Institution oder Abteilung entstanden sind. Es ist daher zu prüfen, ob die Institution B.____ diese Voraussetzungen erfüllt. Die Beklagte stellt sich auf den Standpunkt, dass dies ab dem 1. Januar 2009 nicht mehr der Fall gewesen sei und verweist auf das im Beschwerdeverfahren ergangene Urteil des Kantonsgerichts vom 13. Oktober 2011.

4.3.2 Die Klägerin befindet sich aufgrund ihrer schweren Erkrankung seit dem 23. Oktober 2006 in stationärer Behandlung in der Institution B.____. Das Kantonsgericht hat in seinem Urteil vom 13. Oktober 2011 in Erwägung 5 festgestellt, dass es sich bei dieser Pflegeeinrichtung bis Ende 2008 um eine von der kantonalen Spital- und Pflegeheimplanung anerkannte Institution gehandelt habe. Die Institution habe sich bis 31. Dezember 2008 als "Spezielle Institution" auf der kantonalen Pflegheimliste befunden und bis zu diesem Zeitpunkt alle Voraussetzungen des KVG erfüllt. Da die Institution B.____ ab dem 1. Januar 2009 nicht mehr auf der Spitalliste aufgeführt worden sei, müssten weitere Ansprüche aus KVG abgelehnt werden.

4.3.3 Für das vorliegende Klageverfahren ist zu keinem anderen Schluss zu kommen. Bis zum 31. Dezember 2008 war die Institution B.____ eine zweckdienliche und von der kantonalen Spitalplanung anerkannte Institution. Da die Institution B.____ ab dem 1. Januar 2009 nicht mehr auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt worden ist, ist ab diesem Zeitpunkt eine der für

die Leistungspflicht kumulativ erforderlichen Anspruchsvoraussetzungen weggefallen. Ab dem 1. Januar 2009 ist deshalb ein Anspruch der Klägerin auf Pflegegeld aus VVG zu verneinen. Soweit die Klägerin über den 31. Dezember 2008 hinaus Leistungen beantragt hat, ist die Klage abzuweisen.

4.4 Für die Bejahung des Pflegegeldanspruchs vom 23. Oktober 2006 bis 31. Dezember 2008 ist ausserdem vorausgesetzt, dass Leistungen aus der KVG-Grundversicherung erbracht worden sind. Da die Beklagte der Klägerin gestützt auf das Urteil des Kantonsgerichts vom 13. Oktober 2011 in diesem Zeitraum aus der Grundversicherung eine Kostenvergütung von Fr. 94.-- täglich ausgerichtet hat, ist diese Voraussetzung ohne weiteres als erfüllt zu betrachten.

4.5.1 Sodann werden die Leistungen bei versicherten Personen, die keine Unterhaltspflicht gegenüber Ehegatten und/oder Kindern haben, nur soweit erbracht, als die persönlichen Einkünfte inklusive Sozialversicherungsleistungen exklusive Hilflosenentschädigung und Ergänzungsleistungen zur Deckung der Kosten für Unterkunft, Pflege und Behandlung nicht ausreichen (3. Absatz der Ziff. 1.1, Teil A, ZB "Haus- und Langzeitpflege"). Für die Berechnung der persönlichen Einkünfte wird auf das steuerbare Einkommen abgestellt. Bei der Berechnung der Einkünfte wird eine freie Quote in der Höhe von 15 % der Einkünfte nicht berücksichtigt.

4.5.2 Es steht fest, dass die Klägerin keine Unterhaltspflicht gegenüber einem Ehegatten oder Kindern hat. Sie erhält somit nur Leistungen, soweit ihre persönlichen Einkünfte zur Deckung der Kosten für die Unterkunft, Pflege und Behandlung im Institution B.____ nicht ausreichen. Zwischen den Parteien ist jedoch umstritten, ob bei der Berechnung der Einkünfte eine freie Quote in der Höhe von 15 % berücksichtigt werden darf.

4.5.3 Das VVG enthält keine allgemein gültigen Regeln über die Auslegung von Versicherungsverträgen, weshalb die allgemeinen Regeln über die Vertragsauslegung, namentlich Art. 2 Abs. 1 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907 und Art. 18 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR) vom 30. März 1911 zur Anwendung gelangen. Bei der Auslegung vorformulierter Vertragsbestimmungen gelten grundsätzlich die gleichen Regeln wie bei individuell verfassten Vertragsklauseln. Das bedeutet, dass primär der übereinstimmende wirkliche Wille der Parteien ermittelt werden muss. Lässt sich keiner feststellen, muss auf den mutmasslichen Parteiwillen abgestellt werden. Dabei ist massgeblich, wie die Erklärungen der Parteien nach ihrem Wortlaut und Zusammenhang sowie nach den gesamten Umständen in Anwendung des Vertrauensprinzips verstanden werden durften und mussten (BGE 133 III 681 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2005, 5C.271/2004, E. 2; vgl. auch GERHARD STOESSEL, in: Honsell/Vogt/Schnyder, Basler Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Basel 2001, Vor Art. 1-3 N 22 f., sowie GERHARD STOESSEL, in: Honsell/Vogt/Schnyder/Grolimund, Basler Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Versicherungsvertragsgesetz, Nachführungsband, Basel 2012, Vor Art. 1-3 ad N 22 ff.). Dabei hat das Gericht vom Wortlaut auszugehen und zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint. Es orientiert sich am dispositiven Recht, weil derjenige Vertragspartner, der

dieses verdrängen will, das mit hinreichender Deutlichkeit zum Ausdruck bringen muss. Auch dem systematischen Element muss bei der Auslegung breit angelegter allgemeiner Vertragsbestimmungen praxisgemäss erhebliches Gewicht beigemessen werden. Bei vorformulierten Vertragsbestimmungen gelangt zudem die Unklarheitenregel zur Anwendung, sofern die übrigen Auslegungsmittel versagen. Danach sind mehrdeutige Wendungen in vorformulierten Vertragsbedingungen im Zweifel zu Lasten jener Partei auszulegen, welche sie verfasst hat (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2005, 5C.271/2004, E. 2).

4.5.4 Der letzte Satz des dritten Absatzes der Ziff. 1.1 Teil A der ZB – "Bei der Berechnung der Einkünfte wird eine freie Quote in der Höhe von 15 % der Einkünfte nicht berücksichtigt" – kann in der Tat auf zwei Arten gelesen und verstanden werden. Die Beklagte versteht ihn so, dass keine Quote berücksichtigt wird. Die Klägerin hingegen interpretiert seinen Sinn dahingehend, dass eine Quote von 15 % bei der Berechnung der Einkünfte beachtet werden muss. Was die Parteien zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses verstanden haben, lässt sich aufgrund vorliegender Akten nicht mehr feststellen. Die Vertragsklausel ist deshalb so zu verstehen, wie sie unter Berücksichtigung der gesamten erkennbaren Umstände vernünftigerweise verstanden werden durfte und musste.

Aufgrund der Systematik, des Aufbaus und der optischen Gliederung der ZB "Haus- und Langzeitpflege" sowie der von der Beklagten verwendeten Formulare zur Abklärung der Einkommensverhältnisse ist der Satz so zu interpretieren, dass bei den versicherten Personen, die eine Unterhaltspflicht trifft, bei der Berechnung der Einkünfte eine freie Quote von 15 % berücksichtigt werden muss. Der dritte Absatz der Ziff. 1.1 Teil A der ZB "Haus- und Langzeitpflege" richtet sich ausschliesslich an versicherte Personen, die keine Unterhaltspflicht gegenüber einem Ehepartner oder Kindern haben. Personen, die eine Unterhaltspflicht haben, müssen ihr Einkommen gegenüber der Beklagten gar nicht deklarieren, da es bei dieser Kategorie von versicherten Personen für die Leistungspflicht der Beklagten irrelevant ist, ob ein Einnahmenüberschuss besteht oder nicht. Diesen Personen steht ohne Wenn und Aber ein Anspruch auf das maximale Pflegegeld von Fr. 50.-- zu. Die Einschränkung, dass nur bei einer ausgewiesenen Unterdeckung ein Anspruch besteht, gilt ausschliesslich bei versicherten Personen, die keine Unterhaltspflicht haben. Aus diesem Grund macht dieser Satz überhaupt nur dann einen Sinn, wenn er dieser Kategorie von versicherten Personen eine freie Quote zubilligt. Weiter ist mit der Klägerin dahingehend einig zu gehen, dass aus dem von der Beklagten ausgestellten Berechnungsformular (Schemabrief, Klageantwortbeilage 4) eindeutig hervor geht, dass Verheiratete (und damit unterstützungspflichtige Personen) die Angaben betreffend Einkommen und Abzüge nicht machen müssen. Versicherte Personen, die keine Unterstützungspflicht haben, müssen die zweite und die dritte Seite des Formulars nicht ausfüllen. Das Formular ist weiter so ausgestaltet, dass ein Abzug von 15 % bei der Berechnung der Ausgaben und Einnahmen bereits ausdrücklich vorgesehen ist. Schliesslich bleibt der Hinweis auf die Unklarheitenregel. Im Zweifelsfall wäre die Bestimmung, auch wenn ein eindeutiger Sinn nicht mehr ermittelt werden könnte, ohnehin zu Gunsten der Klägerin auszulegen, da die Zusatzbedingungen von der Beklagten verfasst worden sind. Dies bedeutet für den Anspruch der Klägerin, dass bei der Berechnung der Einkünfte eine freie Quote von 15 % abgezogen werden muss, bevor der Vergleich mit den Ausgaben gemacht wird.

4.6 Gestützt auf die von der Klägerin gemachten Angaben auf den Formularen (vgl. Replikbeilagen 2 und 3, Beilagen zur Eingabe der Klägerin vom 6. August 2012) und den diese Angaben belegenden Unterlagen, die von der Beklagten nicht bestritten werden, sowie der Verpflichtung der Beklagten, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung pro Tag einen Betrag von Fr. 94.-- zu leisten, ergeben sich folgende Berechnungen:

Für das Jahr 2007 (Bsp. Januar 2007)

IV-Rente	Fr.	2'051.--	pro Monat
Pensionskasse	Fr.	2'924.--	pro Monat
Wertschriften	Fr.	1'110.--	pro Monat
Leistungen aus OKP (Fr. 94.-- pro Tag)	Fr.	2'914.--	pro Monat
Total Einkommen	Fr.	8'999.--	pro Monat
freie Quote von 15 %	Fr.	1'349.85	pro Monat
Total Einkommen abzgl. freie Quote	**Fr.**	**7'649.15**	**pro Monat**
Abzüge (Krankenversicherung, AHV-Beiträge, Steuern)	Fr.	1'097.10	pro Monat
Heimkostenanteil	Fr.	8'573.--	pro Monat
Total Abzüge pro Monat	**Fr.**	**9'670.10**	**pro Monat**
Total ungedeckte Kosten	Fr.	2'020.95	pro Monat
pro Tag (durch 31 Tage)	**Fr.**	**65.--**	**pro Tag**

Für das Jahr 2008 (Bsp. Januar 2008)

IV-Rente	Fr.	2'051.--	pro Monat
Pensionskasse	Fr.	2'924.--	pro Monat
Wertschriften	Fr.	1'086.65	pro Monat
Leistungen aus OKP (Fr. 94.-- pro Tag)	Fr.	2'914.--	pro Monat
Total Einkommen	Fr.	8'975.65	pro Monat
freie Quote von 15 %	Fr.	1'346.35	pro Monat
Total Einkommen abzgl. freie Quote	**Fr.**	**7'629.30**	**pro Monat**
Abzüge (Krankenversicherung, AHV-Beiträge, Steuern)	Fr.	1'072.90	pro Monat
Heimkostenanteil	Fr.	8'573.--	pro Monat
Total Abzüge pro Monat	**Fr.**	**9'645.90**	**pro Monat**
Total ungedeckte Kosten	Fr.	2'016.60	pro Monat
pro Tag (durch 31 Tage)	**Fr.**	**65.--**	**pro Tag**

4.7 Für die Zeitspanne vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2008 ergeben die vorstehenden Berechnungen durchgehend eine Unterdeckung der Klägerin von mindestens Fr. 15.-- pro Tag. Ein Anspruch auf das maximale Pflegegeld von Fr. 50.-- pro Tag ist in dieser Zeitspanne zweifellos gegeben.

5. Die von der Klägerin mit Klage vom 6. Dezember 2010 beantragte Zusprechung eines Verzugszinses zu 5 % mindestens ab Datum der Klageerhebung wurde von ihr anlässlich ihrer Klageänderung mit Replik vom 2. April 2012 nicht mehr beantragt und auch in den übrigen Schriften nicht mehr erwähnt. Es ist in diesem Punkt von einem teilweisen Klagerückzug auszugehen, weshalb ihr auf die noch zu entrichtenden Pflegegelder kein Verzugszins zu Lasten der Beklagten zuzusprechen ist. Bezüglich der ab Mai 2006 bis 22. Oktober 2006 geltend gemachten Pflegegelder ist ebenfalls von einem Klagerückzug auszugehen, da die Klägerin in ihrer letzten Eingabe vom 6. August 2012 lediglich die Gutheissung des Antrags auf Ausrichtung eines Pflegegelds in der Höhe von Fr. 50.-- pro Tag ab dem 23. Oktober 2006 beantragt hat.

6. Die Klage ist demnach teilweise gutzuheissen und die Beklagte wird verpflichtet, der Klägerin vom 23. Oktober 2006 bis 31. Dezember 2008 ein Pflegegeld in der Höhe von Fr. 50.-- pro Tag zu bezahlen.

7.1 Der im vorliegenden Verfahren anwendbare Art. 85 Abs. 3 VAG (Art. 85 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen [VAG] vom 17. Dezember 2004 [aufgehoben per 1. Januar 2011]; seit 1. Januar 2011: Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO i.V.m. Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO) bestimmt, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Von der Erhebung von Verfahrenskosten ist deshalb abzusehen.

7.2 Gemäss § 21 Abs. 1 VPO hat die obsiegende Beschwerde bzw. Klage führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Angesichts des teilweisen Obsiegens der Klägerin rechtfertigt sich deshalb die Zusprechung einer reduzierten Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'775.-- (inkl. Auslagen) zu Lasten der Beklagten.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Klage wird teilweise gutgeheissen und die Beklagte wird verpflichtet, der Klägerin vom 23. Oktober 2006 bis zum 31. Dezember 2008 ein Pflegegeld von Fr. 50.-- pro Tag zu bezahlen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beklagte hat der Klägerin eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'775.-- (inkl. Auslagen) zu bezahlen.

Vermerk eines allfälligen Weiterzugs

http://www.bl.ch/kantonsgericht