Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 26. April 2012 (731 09 305/104)

Zusatzversicherung nach VVG

Forderung aus einer Spitalkostenergänzungszusatzversicherung; Unterscheidung von Akutspital und Pflegeeinrichtung

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli
Parteien	**A.____,** Klägerin, vertreten durch Johanna Rausch, Rechtsanwältin, Advokatur Mattle Neidhart etc., Henric Petri-Strasse 19, 4051 Basel gegen **Sanitas**, Rechtsdienst Departement Leistungen, Postfach 2010, 8021 Zürich, Beklagte
Betreff	Forderung

A. Mit Eingabe vom 13. Oktober 2009 liess A.____, vertreten durch Philippe Zogg, Advokat in Basel, substitutionsweise vertreten durch Andreas Iten, Advokat in Basel, beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, Klage gegen die Sanitas Privatversicherungen AG (Sanitas) erheben. Darin beantragte sie, die Beklagte sei zur Zahlung von Fr. 43'583.85 zuzüglich Zins zu 5 % seit Einreichung der Klage an die Klägerin zu verpflichten; unter o/e-Kostenfolge zu Lasten der Beklagten. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausge-

führt, dass die Klägerin bei der Beklagten die Versicherungen "Hospital Private SANTOP" und "Classic" abgeschlossen habe, bei denen es sich um Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung handle. Gemäss Ziff. 5 der Zusatzbedingungen zu Hospital Private bestehe bei stationärer Akutbehandlung in einer psychiatrischen Klinik ab dem 181. Tag Anspruch auf einen Kostenbeitrag von Fr. 150.-- pro Tag an die Aufenthalts- und Pflegekosten. In Ergänzung dazu würden die Bedingungen für die Spitalkostenergänzungsversicherung SANTOP einen Anspruch auf weitere Fr. 150.-- pro Tag an die Pensionskosten statuieren. Die Beklagte habe nach dem Übertritt der Klägerin in das Haus D der psychiatrischen Klinik Z.____ am 17. August 2007 keine Leistungen mehr aus der Zusatzversicherung SANTOP ausgerichtet, obwohl es sich auch nachfolgend noch um eine Akutbehandlung gehandelt habe. Nach Entfernung der Magensonde am 7. Februar 2008 habe sich der Gesundheitszustand der Klägerin annähernd stabilisiert. Bis zur Annahme des Wegfalls der Spitalbedüftigkeit sei jedoch eine angemessene Übergangsfrist von drei Wochen einzuräumen. Aus diesem Grund stünden der Klägerin aus der Zusatzversicherung SANTOP Leistungen bis Ende Februar 2008 zu. Zudem rechtfertige sich die Kürzung des Taggeldansatzes der Hospital Private Zusatzversicherung nicht, da sich die Leistungsausrichtung bis Ende Februar 2008 nach Ziff. 5 der Zusatzbedingungen richte. Ab März 2008 würden der Klägerin die Leistungen gemäss Ziff. 6 der Zusatzbedingungen zu Hospital Private zustehen. Zudem hätte der Ansatz von Fr. 150.-- pro Tag länger angewendet werden müssen, weil erst ab März 2008 von einem chronischen Zustand auszugehen sei. Die diesbezüglichen Differenzen für die Monate Mai, Juni, Juli und August 2008 im Umfang von 119 Tagen seien deshalb zu begleichen.

B. In ihrer Klagantwort vom 23. Dezember 2009 beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage unter o/e-Kostenfolge zu Lasten der Klägerin. In ihrer Begründung bestreitet die Beklagte, dass die Klägerin intensiv medizinisch betreut worden sei. Die Verrichtungen – wie die Kontrolle der Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr sowie ambulante Gesprächstherapien – könnten nicht als Akutbehandlungen bezeichnet werden. Aufgrund des Gesundheitszustands sei nicht ein gewöhnliches Altersheim gewählt worden, sondern das Altersheim Y.____, das auf alterspsychiatrische Fälle spezialisiert sei. Dieses Altersheim sei im Rahmen einer Reorganisation der Psychiatrischen Dienste im Kanton X.____ in die psychiatrische Klinik Z.____ eingegliedert worden und mit einem neuen Namen (Haus D) versehen worden. An der Tatsache, dass es sich um ein Altersheim handle, habe sich aber nichts geändert. Die Klägerin habe sich in einem Altersheim aufgehalten und sei nicht mehr einer medizinisch notwendigen Akutbehandlung unterzogen worden. Leistungen aus der Zusatzversicherung SANTOP seien deshalb nicht geschuldet. Selbst wenn das Gericht zum Schluss kommen würde, dass die Institution als Pflegeheim anzusehen sei, bleibe die Tatsache, dass es sich nicht um eine Akutbehandlung gehandelt habe. Die Akutspitalbedürftigkeit sei bereits am 6. August 2007 weggefallen.

C. In der Folge holte der instruierende Präsident der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts bei der psychiatrischen Klinik Z.____ eine amtliche Erkundigung ein zur Frage, ob während des Aufenthalts im Haus D von September 2007 bis Februar 2008 eine Akutspitalbedürftigkeit vorgelegen hat. Im Schreiben vom 15. März 2010 beantwortete Dr. med. B.____, Leitender Arzt der psychiatrischen Klinik Z.____, die ihm im Rahmen der amtlichen Erkundigung gestellten Fragen.

D. Mit Schreiben vom 16. April 2010 und vom 27. Juli 2010 liess sich die Klägerin, nun substitutionsweise vertreten durch Johanna Rausch, Advokatin in Basel, zum Ergebnis der amtlichen Erkundigung vernehmen. Die Beklagte nahm mit Eingabe vom 23. Juni 2010 dazu Stellung.

E. Anlässlich der Urteilsberatung vom 17. November 2010 stellte das Kantonsgericht den Fall aus und ordnete an, dass im Rahmen einer weiteren amtlichen Erkundigung bei Dr. B.____ abzuklären sei, ob ein Aufenthalt der Klägerin in einem Pflegeheim oder Chronischkrankenheim ab März 2008 indiziert gewesen sei. Dr. B.____ nahm mit Schreiben vom 19. Mai 2011 zu den Fragen Stellung.

F. Mit Eingabe vom 16. Juni 2011 liess sich die Klägerin zur Beurteilung von Dr. B.____ vernehmen. Mit Eingabe vom 14. September 2011 beantwortete die Beklagte die ihr vom Kantonsgericht gestellten Sachverhaltsfragen und nahm Stellung zur Auskunft von Dr. B.____. Mit Eingaben vom 17. Oktober 2011 bzw. vom 1. Dezember 2011 liessen sich die Klägerin und die Beklagte ein letztes Mal vernehmen.

Auf die Begründungen der Eingaben der Parteien sowie die Ergebnisse der amtlichen Erkundigungen bei Dr. B.____ wird im Rahmen der Erwägungen – falls notwendig – eingegangen.

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 13. Oktober 2009 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. 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 Ziffer 31 Abs. 2 der allgemeinen Versicherungsbestimmungen, Ausgabe Januar 2004 (Fassung 2006) der Beklagten (AVB; Klagbeilage 2), kann die Klägerin an ihrem Wohnsitz klagen. Die Klägerin wohnt in C.____. Die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts ist damit gegeben. Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozia-

len 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 auf folgende Verfahrensgrundsätze hinzuweisen:

2.2 Der vorliegende Prozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (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). 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).

2.3 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. Streitgegenstand bildet die Frage, ob der Klägerin gegenüber der Beklagten eine Forderung im Umfang von Fr. 43'583.85 zusteht.

4.1 Die Parteien sind sich zunächst uneinig darüber, ob sich die Klägerin ab dem 17. August 2007 einer medizinisch notwendigen Akutbehandlung unterzogen hat.

4.2.1 In der Klage wird im Wesentlichen geltend gemacht, dass die Klägerin nach der Verlegung ins Haus D der psychiatrischen Klinik Z.____ intensiv medizinisch betreut worden sei. Insbesondere sei die Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr kontrolliert und es seien eine Psychopharmakotherapie sowie psychiatrische Gesprächstherapien durchgeführt worden. Sowohl der somatische als auch der psychische Gesundheitszustand sei massiv verbessert worden.

Bei der Entnahme der Magensonde am 7. Februar 2008 habe die Klägerin Normalgewicht aufgewiesen und es habe keine Suizidalität mehr bestanden. Die Klägerin habe Gesprächen wieder folgen und sich mit Hilfe des Rollators selbständig fortbewegen können. Es habe sich nicht nur um Pflegeleistungen gehandelt, sondern um eine medizinische Leistung, welche auf die Behebung eines akuten Zustandes gerichtet gewesen sei.

4.2.2 Die Beklagte ist der Auffassung, dass sich die Klägerin während des Aufenthalts im Haus D keiner medizinisch notwendigen Akutbehandlung unterzogen habe. Bei ihrem Austritt aus der psychiatrischen Klinik Z.____ per 7. August 2007 sei die psychiatrische Therapie unbestrittenermassen abgeschlossen gewesen. Die Pflege im Haus D, einem Altersheim, das sich auf alterspsychiatrische Fälle spezialisiert habe, habe sich in der Überwachung einer ausreichenden Ernährung und in der notwendigen Medikation erschöpft. Die Kontrolle der Ernährung und der Flüssigkeitszufuhr sowie ambulante Gesprächstherapien würden nicht unter den Begriff "intensive medizinische Betreuung" fallen, insbesondere könnten die Verrichtungen nicht als Akutbehandlung bezeichnet werden. Dies seien Verrichtungen, die in einem Altersheim alltäglich seien.

4.3.1 Den Zusatzbedingungen der Hospital Private (Ausgabe Januar 2004), Zusatzversicherung für die private Abteilung 1er-Zimmer in allen Akutspitälern der Schweiz (ZB Hospital Private; Klagbeilage 5) ist zu entnehmen, dass Zweck der Zusatzversicherung ist, die Mehrkosten von stationären Aufenthalten und Behandlungen in einem 1er-Zimmer auf der privaten Abteilung von Akutspitälern in der Schweiz zu bezahlen. Vergütet werden die Kosten im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG und anderer Sozialversicherungen gemäss Ziff. 2 der AVB. Gemäss Ziff. 1.1 der ZB Hospital Private gelten als Akutspitäler Heilanstalten und Kliniken, die ärztlich geleitet und überwacht werden und die ausschliesslich akut erkrankte oder verunfallte Personen aufnehmen. Als Akutspitäler in diesem Sinne gelten auch Kliniken für Geburtshilfe, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken. Ziff. 1.2 der ZB Hospital Private statuiert, dass Kurhäuser, Altersheime, Pflegeheime, Chronischkrankenheime und andere nicht zur Behandlung von Akutkranken vorgesehene Einrichtungen nicht als Akutspitäler gelten. Eine Akutbehandlung ist eine Behandlung, bei der eine Verbesserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (Ziff. 1.4). Gemäss Ziff. 2 sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten bei stationären Akutbehandlungen in einem 1er-Zimmer auf der privaten Abteilung in allen Akutspitälern in der Schweiz versichert. Ziff. 5.1 sieht vor, dass bei stationären Akutbehandlungen in einer psychiatrischen Klinik oder auf einer psychiatrischen Spezialabteilung die Kosten während insgesamt 180 Tagen bezahlt werden. Gemäss Ziff. 5.2 werden ab dem 181. Tag die Behandlungskosten sowie pro Tag Fr. 150.-- an die Aufenthalts- und Pflegekosten bezahlt.

4.3.2 Die Bedingungen der SANTOP für die Spitalkosten-Ergänzungsversicherung, Private Abteilung 1er-Zimmer, Januar 2004 (ZB SANTOP, Ziff. 2; Klagbeilage 6) sehen vor, dass die Zürich Versicherungs-Gesellschaft ihre vertraglichen Ergänzungsleistungen erbringt, sofern die Beklagte Leistungen ausrichtet (vgl. Versicherungspolice der Beklagten vom 29. September 2007; Klagbeilage 1). Bei einer stationären Akutbehandlung in einem 1-er Zimmer auf einer privaten Abteilung eines privaten oder öffentlichen Spitals in der Schweiz übernimmt die

SANTOP gemäss "Gesamtübersicht, 1er-Zimmer" die Arzt-, Behandlungs- und Pensionskosten – bei einem medizinisch notwendigen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden – betraglich und zeitlich unbegrenzt. Auch bei einer stationären Akutbehandlung bei einem medizinisch notwendigen Aufenthalt in einer Psychiatrieklinik oder einer psychiatrischen Abteilung eines Spitals werden die Behandlungskosten und die Pensionskosten von der SANTOP in einem bestimmten Betrag übernommen.

4.4.1 Die bei Spitalaufenthalt versicherten Leistungen müssen von der Beklagten folglich ausbezahlt werden, so lange aufgrund der medizinischen Indikation eine Akutspitalbedürftigkeit gegeben ist. Weder die AVB, die ZB Hospital Private, die ZB SANTOP noch die Versicherungspolice und das VVG enthalten eine Bestimmung darüber, was "Akutspitalbedürftigkeit" im vorliegenden Vertragsverhältnis bedeutet. Daher ist zunächst zu bestimmen, wie dieser Begriff auszulegen ist.

4.4.2 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 verstanden werden durften und mussten (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.). Die Auslegung erfolgt in erster Linie anhand objektiver Momente. Schliesslich ist auch zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint (BGE 127 III 445 E. 1b).

4.4.3 Was die Parteien zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses unter dem Begriff "Akutspitalbedürftigkeit" verstanden haben, lässt sich aufgrund vorliegender Akten nicht mehr feststellen. Der Begriff ist deshalb so zu verstehen, wie er unter Berücksichtigung der gesamten erkennbaren Umstände vernünftigerweise verstanden werden durfte und musste. Da es sich dabei um einen Begriff handelt, der in einem Vertragsverhältnis verwendet worden ist, das die Beklagte zu einer Zusatzleistung zur sozialen Krankenversicherung verpflichtet, und weil die vorliegenden Versicherungen bezwecken, die Mehrkosten von stationären Aufenthalten und Behandlungen in einem 1-er-Zimmer auf der privaten Abteilung von Akutspitälern in der Schweiz zu bezahlen (AVB Ziffer 2.1), erscheint es als sachgerecht, vorliegend die Begriffsbestimmung des KVG analog anzuwenden (ähnlich GEBHARD EUGSTER, Vergleich der Krankentaggeldversicherung [KTGV] nach KVG und nach VVG, in: Adrian von Kaenel, Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zürich 2007, S. 54). Zur Auslegung des Begriffs

"Akutspitalbedürftigkeit" sind daher die Rechtsprechung der sozialrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts und die Lehre zu Art. 39 Abs. 1 KVG und die dort begründete Leistungspflicht für stationäre Spitalbehandlungen analog heranzuziehen.

4.5.1 Die Leistungspflicht für stationäre Behandlungen nach KVG setzt zunächst voraus, dass sich die versicherte Person in einem Spital, das heisst einer Anstalt oder deren Abteilung, aufhält, das der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dient (Art. 39 Abs. 1 KVG). Des Weiteren muss eine Krankheit vorliegen, welche die Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht. Spitalbedürftigkeit in diesem Sinne ist einerseits gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital zweckmässig durchgeführt werden können, andererseits auch dann, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthalts Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht. Dabei kann eine Leistungspflicht für den Spitalaufenthalt auch dann bestehen, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen Aufenthalt nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (BGE 126 V 326 E. 2b mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 26. August 2004, K 53/04, und vom 27. November 2006, K 68/06). Im Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2010, 9C_447/2010, E. 2.1, wurde sodann festgehalten, dass die Spitalbedürftigkeit gegeben ist, wenn ein Spitalbett in Anspruch genommen werden muss, weil die versicherte Person zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedarf.

4.5.2 Akutspitalbedürftig sind in der Regel plötzlich auftretende, meist kurzfristig und heftig verlaufende Gesundheitsstörungen, welche eine kurzfristige, intensive ärztliche oder pflegerische Betreuung erfordern. Das KVG nennt keine zeitliche Grenze, ab welcher – bei länger dauernder Krankheit – die Akutphase abgeschlossen ist; eine allgemeingültige Grenze lässt sich nicht ziehen. Die Akutphase dauert aber in jedem Fall so lange, wie von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit zu erwarten ist. Unter dieser Voraussetzung kann auch eine längere stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik noch den Charakter einer Akutbehandlung haben (Urteile des Bundesgerichts vom 28. Februar 2011, 9C_107/2011, E. 2.2, und vom 18. August 2010, 9C_447/2010, E. 2.1 mit Hinweis auf GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [Hrsg.], 2. Aufl., Basel 2007, Rz. 269 f.).

4.6.1 Die Beklagte ist bis zum 6. August 2007 von der Spitalbedürftigkeit der Klägerin ausgegangen und hat bis zu diesem Zeitpunkt Leistungen aus Hospital Private und aus SANTOP erbracht (vgl. dazu Leistungsabrechnung vom 19. September 2007; Klagbeilage 9). Entsprechende Ausführungen in der Klage, insb. unter Ziffer 4, hat die Beklagte nicht bestritten.

4.6.2 Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass sich die Klägerin seit Mai 2006 ununterbrochen in einer Klinik befunden hat. Dem zusammenfassenden Bericht von C.___, psychiatrische Klinik Z.___, vom 8. August 2007 (Akten der psychiatrischen Klinik Z.____, S. 29 f.), kann folgendes entnommen werden: Nach einer Hysterektomie und anschliessender Strahlen-

therapie habe sich der Allgemeinzustand der Patientin zusehends verschlechtert. Wegen einer akuten Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes bei schwerer depressiver Erkrankung mit paranoiden Ideen sei die Patientin am 20. Mai 2006 in die psychiatrische Klinik Z.____ eingewiesen worden (1. Aufenthalt: 20. Mai 2006 bis 12. September 2006). Nach einem Aufenthalt in der psychiatrische Klinik U.____, wo sie wegen Suizidalität nicht mehr im offenen Rahmen habe geführt werden können, sei die Patientin am 18. Dezember 2006 wieder in die psychiatrische Klinik Z.____ eingetreten (2. Aufenthalt: 18. Dezember 2006 bis 23. Februar 2007). Da sich während dieses Aufenthalts eine Stabilisierung ergeben habe, sei wiederum der Austritt und der Übertritt in die psychiatrische Klinik U.____ erfolgt. Am 8. Mai 2007 sei die Patientin wieder in die psychiatrische Klinik Z.____ zurück gekehrt, weil sie erneut nicht mehr im offenen Rahmen habe geführt werden können (3. Aufenthalt: 8. Mai 2007 bis 11. Mai 2007). Sie sei zunehmend angespannt und psychotisch gewesen. Da sie in der ersten Nacht des Aufenthalts aus dem Bett gestiegen und dabei gestürzt sei, sei sie aufgrund des Verdachts auf Oberschenkelhalsfraktur ins Spital V.____ verlegt worden. Nachdem die Patientin dort mit einer Hüfttotalendoprothese rechts versorgt worden sei, sei sie anschliessend am 25. Mai 2007 wieder in die psychiatrische Klinik Z.____ verlegt worden (4. Aufenthalt: 25. Mai 2007 bis 6. August 2007).

4.6.3 Der Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik Z.____ vom 16. August 2007 (Dres. med. D.____ und E.____) berichtet für den Zeitpunkt des Eintritts am 25. Mai 2007 über eine schwer depressiv erscheinende Klägerin. Während der Hospitalisation sei ein deutlicher Abwärtstrend in ihrem Zustandsbild bemerkt worden. Die Patientin habe 16 kg abgenommen. Es hätten sich psychotische Symptome gezeigt, so habe sie geglaubt, dass das Essen vergiftet sei und habe das Erbrechen induziert. Aus diesem Grund sei das Einlegen der PEG-Sonde vorgeschlagen worden. Zu diesem Zeitpunkt sei die Patientin etwas besser erreichbar gewesen. Sie habe seit ca. drei Wochen nicht mehr versucht, das Erbrechen zu induzieren. Weiter habe sie auch der Einlage einer PEG-Sonde zugestimmt. Eine Rückkehr nach Hause komme aber nicht mehr in Frage. Aus diesem Grund sei sie im Altersheim Y.____ angemeldet worden. Die Austrittsdiagnose lautet: schwere Depression mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.30), Status nach Endometrium-Ca, ED 03/06 mit Hysterektomie am 14. März 2006 und teilweise durchgeführter adjuvanter Strahlentherapie sowie Status nach pertrochantärer Femurfraktur rechts, operiert am 11. Mai 2007.

4.6.4 Mit ärztlichem Zeugnis vom 24. Oktober 2008 hält die psychiatrische Klinik Z.____ fest, dass vom 17. August 2007 bis 7. Februar 2008 eine regelmässige ärztliche Überwachung der Patientin notwendig gewesen sei; insbesondere in Bezug auf die kontrollierte Ernährung und die Flüssigkeitszufuhr sowie in Bezug auf die regelmässige Psychopharmakotherapie und die psychiatrische Gesprächstherapie. Der somatische und psychische Gesundheitszustand habe sich bis zum 7. Februar 2008 verbessert, so dass die PEG-Sonde wieder entfernt habe werden können. Auch habe dann keine Selbstgefährdung mehr vorgelegen.

4.6.5 Aus dem Bericht der psychiatrischen Klinik Z.____ vom 12. Dezember 2008 über den Aufenthalt der Klägerin vom 6. August 2007 bis 1. Dezember 2008 im Haus D (Dres. med. B.____ und F.____, Bereich Alterspsychiatrie, Langzeitpflege) geht hervor, dass sich die Kläge-

rin während des Aufenthalts körperlich und psychisch habe stabilisieren können. Darüber hinaus sei im Haus eine Physiotherapie erfolgt und die Patientin sei einmal pro Woche zu einer privat finanzierten Physiotherapie gegangen. Eine letzte gynäkologische Kontrolluntersuchung habe keine Hinweise auf ein Rezidiv gezeigt. Aus psychiatrischer Sicht habe während des Aufenthalts die Medikation mit Haldol unter Beibehaltung von Seroquel sistiert werden können. Die antidepressive Medikation sei ausgebaut worden. Zudem sei eine stützende Gesprächstherapie im Einzel- und Gruppensetting sowie eine Maltherapie erfolgt.

4.6.6 Im Rahmen einer ersten amtlichen Erkundigung nimmt Dr. B.____ mit Bericht vom 15. März 2010 zum Aufenthalt der Klägerin im Haus D ab September 2007 Stellung. Der Grund für den Eintritt sei gewesen, dass die Patientin nicht mehr nach Hause habe zurückkehren können. Sie habe sich bis zum Austritt am 1. Dezember 2008 in stationärer psychiatrischer Behandlung befunden. Die Abteilung D sei eine Institution der psychiatrischen Klinik Z.____. Darin soll jenen Personen eine Lebensmöglichkeit geboten werden, welche aufgrund der Komplexität ihrer Erkrankung nicht in Alters- und Pflegeheime aufgenommen werden könnten. Nach einer Zusammenfassung der Krankengeschichte hält Dr. B.____ weiter fest, dass die Patientin seit dem 20. Mai 2006 bis zum Austritt aus der Abteilung D2 am 1. Dezember 2008 in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen sei mit den geschilderten Unterbrüchen wegen somatischer Beschwerden. Die wesentlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien die schwere Kachexie infolge Mangelernährung im Rahmen der schweren Depression mit psychotischen Symptomen, mit immer wieder auftretenden suizidalen Äusserungen und passiven Todeswünschen sowie die Angst vor Stürzen beim Laufen gewesen. Als Behandlungen in der fraglichen Zeit seien Körperpflege durch Pflegpersonal, unter Anleitung Ankleiden, Gehtraining durch die Pflege, Lagerung nachts und Fixationsmassnahmen erbracht worden. Zudem sei eine tägliche Begleitung zum Essen durch die Pflege sowie das Zuführen von Sondennahrung und die Kathederpflege durchgeführt worden. Täglich sei die Essenseinfuhr und die -ausfuhr sowie einmal pro Woche das Gewicht kontrolliert worden. Ab September 2007 sei wöchentlich eine Einzelmaltherapie, eine Physiotherapie, eine wöchentliche Visite durch die Heimärztin sowie ab November 2007 die Teilnahme in einer Gruppe zum Gedächtnistraining durchgeführt worden. Ab Januar 2008 habe sich der Zustand soweit stabilisiert, dass wieder einmal pro Woche eine Gesprächstherapie habe durchgeführt werden können. Kontinuierlich sei eine medikamentöse Behandlung durchgeführt worden. Auf die Frage, ob diese Behandlungen auch in einem Alters- oder Pflegeheim hätten durchgeführt werden können, hält Dr. B.____ fest, dass die reine Körperpflege, die Mobilisation, Aktivierung, Sondenkost und medikamentöse Behandlung auch in einem Alters- und Pflegeheim hätten erbracht werden können. Die Leistungen der Physiotherapie, der medizinischen Kontrolle durch den Hausarzt sowie eine zusätzliche konsiliarische Behandlung durch einen Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie könnten ebenfalls dazu geholt werden. Im Unterschied zu den Alters- und Pflegeheimen würden auf den Langzeitabteilungen im Haus D aber mehr diplomierte Pflegekräfte beschäftigt, die auch über eine mehrjährige Erfahrung in der Pflege und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verfügten. Da oft in den Alters- und Pflegeheimen noch ein höheres Mass an Selbständigkeit erwartet werde, wäre die Verlegung der Patientin in ein Alters- und Pflegeheim zum Zeitpunkt September 2007 aller Erfahrung nach nicht möglich gewesen bzw. wäre aufgrund des schweren de-

pressiven Zustandsbilds mit suizidalen Äusserungen, der phasenweise auftretenden Verwirrtheit und der schweren beschriebenen Regression gescheitert.

4.7 Aufgrund der medizinischen Akten ist davon auszugehen, dass die Klägerin im Zeitpunkt des Eintritts in das Haus D der psychiatrischen Klinik Z.____ schwer erkrankt war. Gemäss der Beurteilung von Dr. B.____ lagen insbesondere eine schwere Kachexie und ein schwer depressives Zustandsbild mit psychotischen Symptomen im Sinne einer schweren depressiven Regression vor. Weiter ist erstellt, dass sich der Gesundheitszustand der Klägerin während des Aufenthalts im Haus D kontinuierlich stabilisiert hatte, sodass sie im Dezember 2008 sogar nach Hause zurückkehren konnte. Neben diesen beiden Punkten, die eher für das Vorliegen einer Spitalbedürftigkeit sprechen, gilt es aber zu berücksichtigen, dass aus den (echtzeitlichen) medizinischen Berichten hervorgeht, dass bereits drei Wochen vor Einsetzung der PEG-Sonde eine bessere Zugänglichkeit der Klägerin bestand und sie das Erbrechen nicht mehr induzierte (vgl. Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik Z.____ vom 16. August 2007 [Dres. med. D.____ und E.____], Bericht von Dr. B.____ vom 15. März 2010, Frage 1, S. 2). Weiter darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass die von Dr. B.____ in seinem Bericht vom 15. März 2010 unter Ziffer 5 aufgelisteten Massnahmen (tägliche Körperpflege durch die Pflege, Ankleiden unter Anleitung, Gehtraining durch die Pflege begleitet 2-3 mal pro Tag, Lagerung nachts alle vier Stunden zur Vermeidung von Druckstellen und Fixationsmassnahmen zur Sturzprophylaxe, tägliche Begleitung durch die Pflege beim Essen sowie Zuführung der Sondennahrung und die Katheterpflege, regelmässige Kontrolle der Vitalparameter) nicht explizit medizinische Massnahmen darstellen, welche nur in einem Akutspital angeboten werden bzw. für deren Durchführung zwingend ein Spitalbett vorhanden sein müsste. Diese Massnahmen bilden auch Bestandteil des in Pflegeheimen vorhandenen Angebots (vgl. BESA, Leistungskatalog 2010, Curaviva.ch, Verband der Heime und Institutionen Schweiz, und die darin aufgelisteten psychogeriatrischen Leistungen, Leistungen zur Mobilität, Motorik und Sensorik, zur Körperpflege, zum Bereich Essen und Trinken sowie zur medizinischen Pflege). Dieser Umstand wird von Dr. B.____ übrigens ebenfalls bestätigt. Zudem gilt es zu beachten, dass die medizinischen Massnahmen (wöchentliche Einzelmaltherapie, Gedächtnistraining, Physiotherapie, Visite durch die Heimärztin, ab Januar 2008 psychiatrische Gesprächstherapie sowie kontinuierlich medikamentöse Behandlung) auch ambulant hätten durchgeführt werden können. Selbst eine intensiv anleitende Betreuung durch Bezugspersonen begründet gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung noch keine Akutspitalbedürftigkeit (Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2010, 9C_447/2010, E. 5.2).

Aus den Darlegungen von Dr. B.____ geht somit nicht hervor, welche der konkreten Behandlungsformen die Kapazitäten eines Pflegeheimes überfordert hätten. Insbesondere der Umstand, dass das Pflegpersonal im Haus D besonders geschult ist, vermag – für sich alleine betrachtet – noch keine Akutspitalbedürftigkeit zu begründen. Gestützt auf die medizinischen Unterlagen ist deshalb festzustellen, dass sich die Klägerin ab dem 17. August 2007 keiner medizinisch notwendigen Akutbehandlung mehr unterzogen hat.

5.1 Die Verneinung der Akutspitalbedürftigkeit der Klägerin führt jedoch noch nicht zur Abweisung der Forderungsklage. Die Vertragsbedingungen von Hospital Private und SANTOP

enthalten weitere Anspruchsgrundlagen, welche die Beklagte – soweit sie vorliegen – zur Leistung verpflichten.

5.2 Die Hospital Private zahlt bei einem Aufenthalt in einem Pflege- oder Chronischkrankenheim bis zum 180. Tag pro Tag einen Beitrag von Fr. 150.-- und ab dem 181. - 540. Tag einen Beitrag von Fr. 80.-- pro Tag an die Aufenthalts- und Pflegekosten (Ziff. 6 der ZB Hospital Private). Die SANTOP übernimmt bei einem medizinisch notwendigen Aufenthalt in einem Pflege- oder Chronischkrankenheim die Behandlungskosten vom 1. - 540. Tag unbegrenzt. Die Pensionskosten werden vom 1. - 180. Tag mit max. Fr. 150.-- pro Tag, vom 181. - 540. Tag mit max. Fr. 80.-- pro Tag und vom 541. - 720. Tag mit max. Fr. 50.-- pro Tag übernommen.

5.3.1 Gestützt auf die Beurteilung von Dr. B.____ vom 15. März 2010 sowie seine ergänzende Stellungnahme vom 19. Mai 2011 ist davon auszugehen, dass sich die Klägerin bis zum 1. Dezember 2008 einer medizinisch indizierten Behandlung unterzogen hat und ihr Aufenthalt im Haus D daher auch zu medizinischen Zwecken erfolgte. Dass es sich bei dem Aufenthalt im Haus D nicht nur um einen Aufenthalt zur Pflege von Altersgebrechen gehandelt hat, zeigt sich insbesondere auch dadurch, dass die Klägerin am 1. Dezember 2008 in gebessertem psychischen und physischen Zustand aus dem Haus D nach Hause hat zurückkehren können. Aufgrund des medizinisch notwendigen Aufenthalts in einem Pflegeheim stehen der Klägerin somit Leistungen aus den beiden Zusatzversicherungen Hospital Private und SANTOP zu.

5.3.2 Davon geht auch die Beklagte aus, denn sie hat vom 1. September 2007 bis 1. Dezember 2008 unter dem Titel "Pflegeheime/Aufenthalts- und Pflegetaxen" Leistungen aus Hospital Private erbracht (vgl. dazu die Klagbeilagen 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19 und 20 sowie die Beilagen 1 - 3 zur Eingabe der Beklagten vom 14. September 2011). Im Schreiben an den Ehemann vom 24. April 2008 hat sie zwar noch offen gelassen, ob das Haus D ein Pflegeheim/Chronischkrankenheim sei (vgl. Klagbeilage 7). Gleichzeitig hat sie aber ihre Bereitschaft erklärt, wie bis anhin Leistungen für den Aufenthalt in einem Pflegeheim und Chronischkrankenheim zu erbringen, solange die Bedingung der medizinischen Notwendigkeit erfüllt und die Leistungen noch nicht erschöpft sind.

5.3.3 Fraglich ist, weshalb die Beklagte ab dem 17. August 2007 keine Leistungen mehr aus der Zusatzversicherung SANTOP erbracht hat, obwohl sie mit Brief vom 15. Januar 2009 (Klagbeilage 13) gegenüber dem Ehemann der Klägerin noch bestätigte, dass der Aufenthalt im Haus D im Rahmen des Leistungsbereichs "Pflegeheim/Chronischkrankenheim" der SANTOP gedeckt sei. Die Beklagte bestreitet nicht, dass sie grundsätzlich für Leistungen aus beiden Zusatzversicherungen aufzukommen hat. In ihrer Eingabe vom 14. September 2011 hält sie dazu auf Anfrage des Gerichts fest, dass es sich bei der SANTOP-Deckung um eine Kombination zweier Zusatzversicherungen handle, nämlich um die "klassische" Zusatzversicherung Hospital Private und die besondere (in Zusammenarbeit mit der Zürich Versicherungs-Gesellschaft angebotene) Zusatzversicherung SANTOP, welche die Hospital Private ergänze. Zur ausdrücklichen Frage des Gerichts, weshalb die Beklagte ab dem 17. August 2007 keine Leistungen aus der Zusatzversicherung SANTOP erbracht hat, stellt die Beklagte fest, sie könne diese Frage nicht beantworten, weil niemand mehr angestellt sei, der den Sachverhalt rekonstruieren könne.

In Anbetracht dieser Erklärung, der vertraglichen Bestimmungen der SANTOP und des Umstands, dass die Beklagte bis zum 16. August 2007 Leistungen aus beiden Zusatzversicherungen erbracht hat, sind keine Gründe ersichtlich, weshalb die Beklagte nicht auch aus SANTOP leistungspflichtig geworden wäre und einen Teil der Pflegeheimkosten des Haus D übernehmen müsste. Einwände, die gegen einen Anspruch der Klägerin aus beiden Zusatzversicherungen sprechen würden, bringt die Beklagte keine vor.

5.4.1 Nachfolgend werden die einzelnen Leistungsansprüche der Klägerin aus Hospital Private und SANTOP unter Berücksichtigung der von der Beklagten bereits bezahlten Leistungen und den monatlichen Rechnungen des Haus D berechnet:

5.4.2 Der Leistungsabrechnung vom 12. September 2007 (Spitalbehandlung vom 8. Mai 2007 bis 11. Mai 2007 und vom 25. Mai 2007 bis 31. Mai 2007) kann entnommen werden, dass die Beklagte aus SANTOP lediglich einen Betrag von Fr. 100.-- pro Tag gewährt hat. Gemäss den Versicherungsbedingungen ist aber pro Tag ein Betrag von Fr. 150.-- geschuldet. Die psychiatrische Klinik Z.____ stellte für den Aufenthalt vom 8. Mai bis 11. Mai 2007 einen Betrag von Fr. 1'012.-- und für den Aufenthalt vom 25. Mai bis 31. Mai 2007 einen Betrag von Fr. 1'771.-- in Rechnung (insgesamt Fr. 2'783.--). Die Klägerin hätte folglich Anspruch auf maximal Fr. 1'200.-- (4 Tage à Fr. 150.-- x 2) resp. Fr. 2'100.-- (7 Tage à Fr. 150.-- x 2). Abzüglich des bereits geleisteten Betrags durch die Beklagte in der Höhe von Fr. 2'750.-- (Fr. 1'000.-- und Fr. 1'750.--) resultiert in dieser Zeitspanne eine Forderung in der Höhe von Fr. 33.--.

5.4.3 Dasselbe gilt auch für die Leistungsabrechnung vom 19. September 2007 (Spitalbehandlung vom 1. Juli 2007 bis 6. August 2007). In diesem Zeitraum hat die psychiatrische Klinik Z.____ eine Rechnung für Aufenthalt und Pflege im Umfang von Fr. 9'361.-- gestellt. Die Klägerin hat Anspruch auf Leistungen aus SANTOP und Hospital Private im Betrag von Fr. 150.-- pro Tag. Es stehen ihr somit maximal Fr. 11'100.-- (37 Tage à Fr. 150.-- x 2) zu. Da die Beklagte fälschlicherweise nur Fr. 9'250.-- bezahlt hat, steht der Klägerin aus dieser Leistungsabrechnung eine Forderung von Fr. 111.-- (Fr. 9'361.-- – Fr. 9'250.--) zu.

5.4.4 Aus der Leistungsabrechnung vom 29. Oktober 2007 (Aufenthalt im Haus D vom 1. September 2007 bis 30. September 2007) geht hervor, dass die Beklagte der Klägerin gestützt auf die Hospital Private bereits einen Betrag von Fr. 4'500.-- (30 Tage à Fr. 150.--) entrichtet hat. Wie in Erwägungen 5.2 und 5.3.3 hiervor dargelegt, steht der Klägerin aus SANTOP pro Tag ebenfalls ein Betrag von Fr. 150.-- zu, um einen Teil der Pflegeheimkosten von insgesamt Fr. 11'174.80 zu bezahlen. Für den Monat September 2007 schuldet die Beklagte der Klägerin daher einen Betrag von Fr. 4'500.-- (30 Tage à Fr. 150.--).

5.4.5 Den Leistungsabrechnungen vom 28. November 2007, vom 7. Januar 2008 und vom 21. Januar 2008 (Aufenthalt im Haus D vom 1. Oktober 2007 bis 31. Dezember 2007) ist zu entnehmen, dass die Beklagte Leistungen aus Hospital Private von jeweils Fr. 4'650.-- für die Monate Oktober und Dezember und von Fr. 4'500.-- für den Monat November entrichtet hat. In Anbetracht der Höhe der Pflegekosten von Fr. 9'296.05 stehen der Klägerin für den Monat Oktober 2007 daher noch die Leistungen aus SANTOP im Betrag von Fr. 4'646.05 zu. Im Monat

November 2007 besteht bei Pflegeheimkosten in der Höhe von Fr. 8'944.20 eine Forderung aus SANTOP im Umfang von Fr. 4'444.20 und im Dezember 2007 eine Forderung von Fr. 4'620.20 bei Pflegeheimkosten im Umfang von Fr. 9'270.20.

5.4.6 Aus der Leistungsabrechnung vom 27. Februar 2008 (Aufenthalt im Haus D vom 1. Januar 2008 bis 31. Januar 2008) steht der Klägerin in Bezug auf die Hospital Private ein zusätzlicher Tag à Fr. 150.-- zu, da die Beklagte nur 30 Tage berechnet hat. Ausserdem steht der Klägerin aus SANTOP ein Betrag von Fr. 4'650.-- zu. Die Rechnung der Pflegeeinrichtung beträgt Fr. 9'278.40. Abzüglich der Jahresfranchise von Fr. 1'500.-- und der bereits geleisteten Fr. 3'000.-- aus der Hospital Private besteht daher eine Forderung der Klägerin für den Januar 2008 im Umfang von Fr. 4'628.40.

5.4.7 Der Leistungsabrechnung vom 14. April 2008 (Aufenthalt im Haus D vom 1. Februar bis 29. Februar 2008) ist zu entnehmen, dass die Beklagte 13 Tage à Fr. 150.-- und 16 Tage à Fr. 80.-- in einem Gesamtbetrag von Fr. 3'230.-- ausgerichtet hat. Der 12. Februar 2008 war der 180. Behandlungstag. Somit stehen der Klägerin aus Hospital Private und SANTOP im Februar 2008 jeweils 12 Tage à Fr. 150.-- und 17 Tage à Fr. 80.-- zu (insgesamt max. Fr. 6'320.--) zu. Da die Beklagte bereits eine Leistung von Fr. 3'230.-- erbracht hat und die Rechnung der Pflegeeinrichtung Fr. 8'601.-- beträgt, hat die Klägerin im Februar 2008 Anspruch auf eine Leistung in der Höhe von Fr. 3'090.--.

5.4.8 Gemäss Leistungszusammenstellung Pflegeleistungen (Beilage 3 zur Eingabe der Beklagten vom 14. September 2011) hat die Beklagte im März 2008 die Leistungen aus Hospital Private erbracht (31 Tage à Fr. 80.-- = Fr. 2'480.--). Sie hat aber keine Leistungen aus SANTOP erbracht, das heisst, im März müsste die Beklagte noch 31 Tage à Fr. 80.-- nachzahlen. Die Rechnung der Pflegeeinrichtung beträgt Fr. 9'291.35. Der Klägerin steht somit im Monat März 2008 eine Forderung im Umfang von Fr. 2'480.-- zu. Im April 2008 hat die Beklagte im 30 Tage, im Mai 2008 31 Tage, im Juni 2008 30 Tage, im Juli 2008 31 Tage, im August 2008 31 Tage, im September 2008 30 Tage, im Oktober 2008 31 Tage und im November 30 Tage Leistungen aus Hospital Private ausgerichtet. Der gleiche Betrag steht der Klägerin jeweils auch aus SANTOP zu. Da die monatlichen Rechnungen der Pflegeeinrichtung in dieser Zeitperiode jeweils deutlich über dem maximalen monatlichen Anspruch der Klägerin lagen, steht der Klägerin für die Zeitperiode vom 1. April 2008 bis 30. November 2008 ein Gesamtanspruch von Fr. 19'520.-- (244 Tage à Fr. 80.--) zu. Im Dezember 2008 hat die Beklagte einen Tag aus Hospital Private übernommen. Im Dezember 2008 steht der Klägerin daher noch ein Tag aus SANTOP zu. Da die Rechnung der Pflegeeinrichtung Fr. 260.-- beträgt, hat die Klägerin Anspruch auf Fr. 80.--.

5.5 Die Forderung der Klägerin setzt sich wie folgt zusammen:

Monat	**Höhe der Forderung**
Mai 2007	Fr. 33.-
Juli bis August 2007	Fr. 111.--

September 2007		Fr. 4500.--
Oktober 2007		Fr. 4'646.05
November 2007		Fr. 4'444.20
Dezember 2007		Fr. 4'620.20
Januar 2008		Fr. 4'628.40
Februar 2008		Fr. 3'090.--
März 2008		Fr. 2'480.--
April 2008		Fr. 2'400.--
Mai 2008		Fr. 2'480.--
Juni 2008		Fr. 2'400.--
Juli 2008		Fr. 2'480.--
August 2008		Fr. 2'480.--
September 2008		Fr. 2'400.--
Oktober 2008		Fr. 2'480.--
November 2008		Fr. 2'400.--
Dezember 2008		Fr. 80.--
Total	**=**	**Fr. 48'152.85**

6.1 Zu prüfen bleibt, in welchem Umfang die Klage gutgeheissen werden kann. Die Klägerin hat eine Forderungsklage in der Höhe von Fr. 43'583.85 eingereicht. Aufgrund der in diesem Verfahren geltenden Dispositionsmaxime kann das Gericht nicht mehr zusprechen als verlangt worden ist. Es darf aber auch nichts anderes zusprechen als von einer Prozesspartei verlangt worden ist. Ob ein Gericht mehr oder anderes zuspricht, misst sich in erster Linie an den gestellten Rechtsbegehren. Auf deren Begründung wird nur zurückgegriffen, wenn das Begehren unklar ist und der Auslegung bedarf. Wo das Gericht gehalten ist, das Recht von Amtes anzuwenden, verletzt es die Dispositionsmaxime nicht, wenn es den gestellten Antrag mit einer anderen rechtlichen Begründung gutheisst, als der Antragsteller vorgebracht hat (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Dezember 2010, 4A_572/2010, E. 4.2). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung liegt eine Verletzung des Grundsatzes "ne eat iudex ultra petita partium" nicht vor, wenn ein Gericht den eingeklagten Anspruch in rechtlicher Hinsicht ganz oder teilweise abweichend von den Begründungen der Parteien würdigt, sofern er vom Rechtsbegehren gedeckt ist (BGE 120 II E. 3a).

6.2 Aufgrund der Dispositionsmaxime kann der Klägerin maximal eine Forderung im Umfang von Fr. 43'583.85 zugesprochen werden. Da das Rechtsbegehren der Klägerin klar ist und keiner weiteren Auslegung bedarf, und der aus dem geschilderten Lebensvorgang erhobene Anspruch vom Gericht auf alle möglichen Entstehungsgründe hin zu überprüfen ist, hindert der Umstand, dass sich die Klägerin teilweise auf andere Vertrags- und Anspruchsgrundlagen ab-

gestützt hat, das Gericht nicht daran, die Klage vollumfänglich gutzuheissen. Die Beklagte wird daher verpflichtet, der Klägerin Fr. 43'583.85 zu bezahlen.

6.3 Gestützt auf Art. 100 VVG in Verbindung mit Art. 104 OR – den AVB sind keine Bestimmungen über den Verzugszins zu entnehmen – sind auf dem Betrag von Fr. 43'583.85 auch die ab Klageinreichung am 13. Oktober 2009 geltend gemachten Verzugszinsen zu 5 % geschuldet, was von der Beklagten unbestritten blieb (FRANZ HASENBÖHLER, in: Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, VVG, Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basel/Genf/München 2001, Art. 20 VVG, N 81).

7.1 Der im vorliegenden Verfahren anwendbare Art. 85 Abs. 3 VAG 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 führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Klägerin deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 6'986.-- (inkl. Auslagen in der Höhe von Fr. 657.50 und 7,6 % bzw. 8% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beklagten zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Klage wird gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin Fr. 43'583.85 zuzüglich Zins zu 5 % seit 14. Oktober 2009 zu bezahlen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beklagte hat der Klägerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 6'986.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.