



731 09 171 / 77

## **Urteil der Präsidentin vom 30. März 2010**

**Besetzung** Präsidentin Eva Meuli Ziegler, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

**Parteien**

X. Versicherungen

gegen

A. , Beklagte

**Betreff** Forderung

A. Die am 6. Mai 2005 verstorbene B. war bei der X. Versicherungen AG obligatorisch nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 krankenversichert. Im Zusammenhang mit der Hospitalisation im Universitätsspital Basel (vormals Kantonsspital) vom 4. bis 13. Juli 2003 stellte die X. am 30. August 2003 insgesamt Fr. 2'152.10 (Fr. 175.60 nach KVG und Fr. 1'976.50 nach VVG) in Rechnung. Nachdem die Versicherte nach erfolgter Mahnung vom 16. November 2003 und unter Hinweis auf die betreibungsrechtlichen Konsequenzen einer Nichtzahlung innert Frist die Forderung nicht beglichen hatte, leitete die X. am 3. Juni 2004 die Betreibung für die ausstehenden VVG-Kosten in Höhe von Fr. 1'976.50 (exkl. Fr. 20.-- [Anteil Verzugsschaden] nebst Zins zu 5 % seit 29. September 2003 ein. Gegen den Zahlungsbefehl Nr. \_\_\_\_\_ des Betreibungsamtes Arlesheim vom 11. Juni 2004 erhob die Versicherte Rechtsvorschlag. Nachdem der Rechtsöffnungsrichter des Bezirksgerichts Arlesheim die provisorische Rechtsöffnung in der Betreibung Nr. \_\_\_\_\_ des Betreibungsamtes Arles-

heim bewilligte, erhob die Versicherte am 22. Februar 2005 beim Bezirksgericht Arlesheim eine Aberkennungsklage. Mit Verfügung vom 28. Juni 2005 überwies der Gerichtspräsident die Angelegenheit zuständigkeitshalber dem Kantongericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Mit Urteil vom 22. März 2007 schrieb das Kantonsgericht das Verfahren bezüglich der Aberkennungsklage infolge Gegenstandslosigkeit ab. Es stellte dabei fest, dass im prozessrechtlichen Stadium der Aberkennungsklage die Betreuung gegen die Erben einer verstorbenen versicherten Person nicht fortgesetzt werden könne. Es sei die Einleitung einer neuen Betreuung gegen die Erben erforderlich.

B. Am 25. Juni 2007 leitete die X. gegen die Tochter der Versicherten und Alleinerbin A. die Betreuung für die ausstehenden Kosten von Fr. 1'976.50 (exkl. 20.-- [Umtriebsspesen] und Fr. 80.-- [bisherige Betreuungskosten]) nebst Zins seit 29. September 2003 ein. Gegen den Zahlungsbefehl des Betreibungsamtes Arlesheim Nr. \_\_\_\_\_ vom 5. Juli 2007 erhob A. am 12. September 2007 Rechtsvorschlag. Am 11. Februar 2008 stellte die X. beim Bezirksgericht Arlesheim ein Rechtsöffnungsbegehren, welches sie aber infolge eines fehlenden Versicherungsantrages am 23. April 2008 zurückzog.

C. Mit Klage vom 5. Juni 2009 gelangte die X. ans Kantonsgericht. Darin beantragte sie, A. sei zu verpflichten, den Betrag von Fr. 1'976.50 nebst Zins zu 5 % seit 29. September 2003 für die Kostenbeteiligung von B. im Zusammenhang mit der Hospitalisation vom 4. bis 13. Juli 2003 im Universitätsspital Basel zu bezahlen; unter o/e Kostenfolge. Die Versicherte habe am 31. Oktober 1994 die X. gebeten, die Franchise in ihrer Spitalzusatzversicherung zu erhöhen. In der Erklärung über Veränderungen in der Versicherung vom 10. Januar 1995 stimmte die Versicherte einer Franchise in Höhe von Fr. 2'000.-- mit ihrer Unterschrift zu.

D. Mit Klageantwort vom 7. September 2009 beantragte A. die Abweisung der Klage und die Verpflichtung der X. zur Bezahlung von Fr. 18.50. Sie machte geltend, dass es im März 2005 zu Unstimmigkeiten betreffend der Forderung in Höhe von Fr. 1'976.50 gekommen sei. Ihre Mutter sei im März 2005 sehr krank gewesen. Die X. habe eine Kostengutsprache für einen notwendig gewordenen operativen Eingriff abgelehnt. In der Folge habe die Operation verschoben werden müssen. Der Eingriff sei infolge dieser unzulässigen Verzögerung nicht erfolgreich gewesen. Obwohl ihre Mutter die Prämie im März 2005 für die erste Klasse bezahlt habe, sei sie in die allgemeine Abteilung des Kantonsospitals Liestal verlegt worden. Die X. habe somit zu Unrecht die für die Privatabteilung gültigen Prämien erhalten. Es resultiere unter Berücksichtigung der Prämienreduktion für die Monate März und April 2005 und der Differenz der Kosten zwischen erster Klasse und allgemeiner Spitalabteilung ein Betrag von Fr. 18.50 zu ihren Gunsten. Es sei darauf hinzuweisen, dass ihre damals 72-jährige Mutter zum Abschluss eines "Selbstbehaltes" in Höhe von Fr. 2'000.-- in ihrer Spitalzusatzversicherung überredet worden sei.

E. Nach Zustellung der von der Beklagten verlangten Klagebeilagen präzierte diese ihre Begründung in der Eingabe vom 26. Oktober 2009. Ihre Mutter habe die Prämien für die Versicherung in der privaten Spitalabteilung bis zu ihrem Tode (Todesdatum: 6. Mai 2005) bezahlt. Weiter machte sie geltend, dass sie nach dem Spitalaufenthalt im Juli 2003 die Franchise in der Spitalzusatzversicherung habe reduzieren wollen. Es sei ihr daraufhin mitgeteilt worden, dass eine Reduktion der Franchise nicht mehr möglich sei, weil sie das 65. Lebensjahr bereits überschritten habe. Ihre Mutter sei über die Altersbeschränkung nie informiert worden. Eine solche gehe auch aus den allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht hervor. Aufgrund dieser Täuschung habe sich ihre Mutter zur Zahlung der von der X. geforderten Franchise geweigert. Im Übrigen mache sie darauf aufmerksam, dass ihr die X. trotz mehrmaligen Verlangens bis anhin keinen Kontoauszug über die bezahlten Beiträge zugestellt habe.

F. Auf Aufforderung des Gerichts hin reichte die X. am 19. November 2009 eine Aufstellung der von der Versicherten bezahlten Prämienbeiträge ab 2005 ein. Dabei wies sie darauf hin, dass die eingeklagte Forderung von Fr. 1'976.50 sich auf die Nichtbezahlung einer Leistungsabrechnung und nicht auf Prämienrückstände beziehe.

#### Die Präsidentin zieht **i n E r w ä g u n g**:

1.1 Bei der Klägerin handelt es sich um eine vom Eidgenössischen Departement des Innern anerkannte Krankenkasse im Sinne von Art. 12 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994. Gemäss Art. 12 Abs. 2 KVG steht es den Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung Zusatzversicherungen anzubieten. Die Zusatzversicherungen unterstehen nach Art. 12 Abs. 3 KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 (vgl. GEBHARD EUGSTER in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [Band XIV], 2. Auflage, Basel/Genf/München 2007, Krankenversicherung, N 198 f.; vgl. überdies das Urteil des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KGE SV] vom 27. Juli 2007, i.S. N.D, E. 1.1).

1.2 Aufgrund des privatrechtlichen Charakters der Zusatzversicherungen steht den Krankenkassen in diesem Bereich keine hoheitliche Gewalt zu. Sie sind demnach nicht befugt, über ihre daraus resultierenden Ansprüche gegenüber den versicherten Personen Verfügungen zu erlassen, weshalb bei Streitigkeiten ein Klageverfahren zur Anwendung gelangt (UELI KIESER, Die Neuordnung der Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung in: AJP 1997 S. 11 ff., S. 17; RAYMOND SPIRA, Die Rechtspflege in der neuen Krankenversicherung in: CHSS 1995, S. 256 ff.). Art. 85 Abs. 1 und 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) vom 17. Dezember 2004 überlässt es den Kantonen, Streitigkeiten aus der Zusatzversicherung den Sozialversicherungsgerichten

zur Beurteilung zuzuweisen. In diesem Rechtsgebiet üben diese dann aber Zivilgerichtsbarkeit aus (vgl. THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, § 32 N 1; BGE 124 III 44 und 124 III 229). Der Kanton Basel-Landschaft hat von dieser Befugnis Gebrauch gemacht und das Kantonsgericht in § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 für sachlich zuständig erklärt.

1.3 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach dem Bundesgesetz über den Gerichtsstand in Zivilsachen (Gerichtsstandsgesetz) vom 24. März 2000. Laut Art. 9 Abs. 1 Gerichtsstandsgesetz können die Parteien - soweit das Gesetz nichts anderes vorsieht - den Gerichtsstand frei vereinbaren. Das Gerichtsstandsgesetz sieht für die vorliegend zu beurteilende Streitsache keinen zwingenden Gerichtsstand vor. Gemäss Art. 31 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenzusatzversicherungen hat die Klägerin ihre Ansprüche entweder am schweizerischen Wohnort der versicherten Personen und der Anspruchsberechtigten oder die Gerichte in Zürich am Hauptsitz der Versicherungsträgerin geltend zu machen. Da die Tochter von B. als Erbin zur Beschwerdeerhebung legitimiert ist (vgl. BGE 99 V 58; SVR 1994 IV Nr. 26 S. 65) und sie ihren Wohnsitz in \_\_\_\_\_ hat, ist das Kantonsgericht örtlich und sachlich für die Beurteilung der vorliegenden Klage zuständig. Auf die im Übrigen formgerecht eingereichte Klage vom 5. Juni 2009 kann somit eingetreten werden.

1.4 Gemäss § 55 VPO entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 10'000.--. Der vorliegend bestrittene Forderungsbetrag erreicht diese Streitwertgrenze nicht, weshalb die Angelegenheit präsidial entschieden wird.

2. Gemäss Art. 85 Abs. 2 VAG haben die Kantone bei Verfahren, bei denen es um Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung geht, für ein einfaches und rasches Verfahren zu sorgen, wobei das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise nach freiem Ermessen zu würdigen hat. Der Grundsatz, dass das Kantonsgericht 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 hat, gilt indessen nicht uneingeschränkt und wird insbesondere durch die Mitwirkungspflichten der Parteien ergänzt (vgl. BGE 125 V 195 E. 2 mit Hinweisen). Zu diesen gehört im Klageverfahren über Leistungsforderungen die Substanziierungspflicht, welche beinhaltet, dass die wesentlichen Tatsachenbehauptungen und -bestreitungen in den Rechtsschriften enthalten sein müssen. Dementsprechend ist es einerseits Sache des klagenden Versicherers, die Leistungsforderung soweit zu substantiieren, dass sie überhaupt überprüft werden kann; andererseits obliegt es den beklagten Versicherungsnehmern, substantiiert darzulegen, weshalb und gegebenenfalls in welchen Punkten die eingeklagte Forderung unbegründet bzw. unzutreffend ist. Soweit die eingeklagte

Forderung hinreichend substantiiert ist, bleiben unsubstantiierte Bestreitungen unberücksichtigt; demgegenüber darf das Gericht eine Klage, soweit sie nicht hinreichend substantiiert und nachvollziehbar ist, trotz ungenügend substantiiertes oder gänzlich fehlender Bestreitung nicht gutheissen (vgl. die entsprechende zum Klageverfahren im Bereich der beruflichen Vorsorge ergangene, vorliegend analog anwendbare Rechtsprechung des Bundesgerichts, sozialrechtliche Abteilung [Bundesgericht]: Urteil vom 28. Juni 2002, B 37/01, E. 1a/bb; SZS 2001 S. 562 E. 1a/bb).

3. Vorliegend bildet die Forderung der X. in Höhe von Fr. 1'976.50 den Streitgegenstand. Diese Forderung beruht auf einer Kostenbeteiligung der Beklagten bezüglich des Aufenthalts im Universitätsspital vom 4. bis 13. Juli 2003 infolge der in der Spitalversicherung xx \_\_\_\_\_ enthaltenen Franchise von Fr. 2'000.--. Die Rügen der Beklagten, welche sich auf die von B. im Jahr 2005 geleisteten Prämien für die private Spitalabteilung, die gemahnten Beitragsausstände ab Mai 2005 sowie die nicht erteilte bzw. verspätete Kostengutsprache für die Operation im Jahr 2005 beziehen, liegen somit ausserhalb des Streitgegenstandes und können daher im vorliegenden Verfahren nicht behandelt werden. Soweit die Beklagte entsprechend ihrem Eventualantrag, die X. habe gestützt auf die zuviel geleisteten Beiträge im März 2005 einen Betrag von Fr. 18.50 zurückzuerstatten, einen Verrechnungsanspruch gegenüber der X. geltend machen möchte, ist darauf hinzuweisen, dass es den versicherten Personen verwehrt ist, ausstehende Prämien oder Kostenbeteiligungen mit beanspruchten Leistungen zu verrechnen (BGE 110 V 186 E. 3; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 22. Juli 2005, K 114/03, publiziert in SVR 2006 KV Nr. 11 S. 32).

4. Es bleibt somit zu prüfen, ob die Forderung für die ausstehenden VVG-Kosten von Fr. 1'976.50 zu Recht besteht. Die X. begründet diese Forderung mit dem Umstand, dass die Spitalzusatzversicherung xx \_\_\_\_\_ eine Franchise in Höhe von Fr. 2'000.-- beinhaltet. Die Beklagte macht dagegen geltend, dass diese Franchise unrechtmässig sei, weil ihre Mutter bei deren Vereinbarung getäuscht worden sei.

4.1 Den Akten ist zu entnehmen, dass die Versicherte am 31. Dezember 1994 an die X. gelangte und mitteilte, dass sie die Spitalzusatzversicherung mit einem jährlichen "Selbstbehalt" zwischen Fr. 1'000.-- bis Fr. 3'000.-- erhöhen möchte. Bezüglich der Höhe möchte sie gerne noch weitere Informationen. In der Folge stellte die X. B. eine Erklärung über Veränderungen in der Versicherung zu. In dieser Erklärung wurde festgehalten, dass unter anderem die Franchise in der Spitalzusatzversicherung xx \_\_\_\_\_ neu auf Fr. 2'000.-- erhöht werde. Diese Erklärung wurde von B. am 10. Januar 1995 unterzeichnet. Weiter geht aus der Versicherungspolice VVG gültig ab 1. April 2003 hervor, dass die von der Versicherten abgeschlossene Spitalzusatzversicherung eine Jahresfranchise von Fr. 2'000.-- beinhaltet. Diese Police wurde der Versicherten am 11. April 2003 zugestellt. In dieser Police wurde darauf hingewiesen, dass die

Versicherungsnehmerin bei nicht mit den Vereinbarungen übereinstimmendem Inhalt der Police innert vier Wochen nach Erhalt deren Berichtigung zu verlangen habe. Aus den Akten geht nicht hervor, dass die Versicherte eine solche verlangt habe; dies wird von ihr auch nicht behauptet.

4.2.1 Die Beklagte wendet ein, dass ihre Mutter beim Abschluss dieser Jahresfranchise getäuscht worden sei. Es sei ihr beim Abschluss der Erhöhung der Franchise verschwiegen worden, dass in Anbetracht des damals fortgeschrittenen Alters ihrer Mutter eine Reduktion der Franchise später nicht mehr möglich sei. Dem Rechtssinne nach macht die Beklagte einen Willensmangel geltend. Dabei beruft sie sich auf die Täuschung nach Art. 28 des Schweizerischen Obligationenrechts (OR) vom 30. März 1911 bzw. eines wesentlichen Irrtums nach Art. 23/24 OR. Die Anfechtung wegen Willensmängeln bei Versicherungsverträgen richtet sich nach den Bestimmungen des OR (vgl. GERHARD STOESEL, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basel/Genf/München 2001, Vorbemerkungen zu Art. 1 - 3 Rz. 33).

4.2.2 Ein mit Willensmängeln behafteter Vertrag kann während eines Jahres von demjenigen, der dem Willensmangel unterlegen ist, angefochten werden (Art. 31 OR), was zur Aufhebung des Vertrages mit Wirkung ex tunc führt. Die Anfechtungserklärung ist formfrei und kann ausdrücklich oder konkludent erfolgen. Die Unverbindlichkeit des Vertrags muss aber unter Hinweis auf den Willensmangel geltend gemacht werden. Wer beispielsweise seine Leistung verweigert, ohne sich auf den Irrtum zu berufen, bringt den Vertrag nicht zu Fall (vgl. ALFRED KOLLER, Das Schweizerische Obligationenrecht, 9. Auflage, Zürich 2000, zu § 16. Der Irrtum, Rz. 21). Die Beweislast für die rechtzeitige Geltendmachung trägt derjenige, der sich auf einen Willensmangel beruft (vgl. INGEBORG SCHWENZER, Obligationenrecht I., Art. 1 - 529 OR, Honsell/Vogt/Wiegand [Hrsg.], Basel 1996, zu Art. 31 OR Rz. 16). Von Gesetzes wegen liegt eine Genehmigung des Vertrages vor, wenn der Berechtigte die Jahresfrist zur Anfechtung unbenutzt verstreichen lässt (Art. 31 Abs. 1 OR; STOESEL, a.a.O., Rz. 33).

4.2.3 Gemäss den Angaben der Beklagten wollte die verstorbene Versicherte nach dem Spitalaufenthalt im April 2003 die Franchise reduzieren. Dabei sei ihr mitgeteilt worden, dass eine solche Reduktion nach dem 65. Altersjahr nicht mehr möglich sei. Unabhängig davon steht fest, dass die Mutter der Beklagten bereits im Jahr 2003 Kenntnis von ihrem in diesem Verfahren geltend gemachten Willensmangel hatte. Die Frist zur Anfechtung der Franchisevereinbarung lief somit spätestens Ende 2004 ab. Während dieser Jahresfrist erfolgte keine Anfechtungserklärung. Aus dem Verhalten, wonach die Versicherte die Bezahlung der Franchise im Zusammenhang mit der von der X. in Rechnung gestellten Beteiligung an den Kosten des Spitalsaufenthalts verweigerte, kann nicht geschlossen werden, dass sie einen Willensmangel geltend machen wollte. Mangels rechtzeitiger Anfechtungserklärung ist davon auszugehen, dass die vereinbarte Franchise in der Spitalzusatzversicherung

XX\_\_\_\_\_ in Höhe von Fr. 2'000.-- rechtsgültig war. Die X. ging deshalb zu Recht davon aus, dass in der Leistungsabrechnung vom 30. Mai 2003 eine Franchise in Höhe von Fr. 2'000.-- zu berücksichtigen ist.

5. Gegen den Bestand der Forderung in Höhe von Fr. 1'976.50 bringt die Beklagte keine substantiierten Einwände vor. Da sich aus den Akten keine Hinweise für deren Unrichtigkeit ergeben, ist festzustellen, dass die X. korrekterweise im Rahmen der vereinbarten Franchise von der verstorbenen Versicherten bzw. von der Beklagten eine Beteiligung in der Höhe von Fr. 1'976.50 an die Kosten für den Spitalaufenthalt im Universitätsspital Basel vom 4. bis 13. Juli 2003 forderte.

6. Gestützt auf Art. 100 VVG in Verbindung mit Art. 104 OR sind auf diesen Betrag grundsätzlich auch Verzugszinsen zu 5 % geschuldet (vgl. JÜRGEN NEF, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basel/Genf/München 2001, N 22 zu Art. 41). Nach Art. 102 Abs. 1 OR wird der Schuldner erst mit der Mahnung in Verzug gesetzt (vgl. ALFRED MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Auflage, Bern 1995, S. 389). Wird jedoch ein bestimmter Verfalltag verabredet, so kommt der Schuldner schon mit Ablauf dieses Tages in Verzug (Art. 102 Abs. 2 OR). Ein Verfalltagsgeschäft liegt vor, wenn der Zeitpunkt, zu dem der Schuldner erfüllen muss, kalendermässig bestimmt oder zumindest bestimmbar ist (vgl. ROLF H. WEBER, Berner Kommentar, N 110 zu Art. 102 OR). Vorliegend wird in Ziffer 13.1 der AVB bestimmt, dass im Falle von Direktzahlungen an die Leistungserbringer durch die X. der Versicherungsnehmer verpflichtet ist, vereinbarte Jahresfranchisen und/oder Selbstbehalte innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung zurückzuerstatten. Damit liegt keine Vereinbarung eines Verfalltages vor, da weder ein bestimmtes Datum genannt wird noch der Zeitpunkt der Erfüllung der Verbindlichkeit infolge der Abhängigkeit von der Ausstellung der Rechnung im Voraus bestimmbar ist (vgl. dazu auch WOLFGANG WIEGAND, Kommentar zum Obligationenrecht, Obligationenrecht I, Art. 1 - 529 OR, 2. Auflage, zu Art. 102 Rz. 10). Demgemäss tritt der Verzug erst mit der Mahnung ein. Die Mahnung datiert vom 16. November 2003. Der Verzugszins auf den Betrag von Fr. 1'976.50 ist somit ab 16. November 2003 geschuldet.

7. Nach dem Gesagten ist die Klage gutzuheissen und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin den Betrag von Fr. 1'976.50 zuzüglich Zins zu 5 % seit 29. September 2003 zu bezahlen.

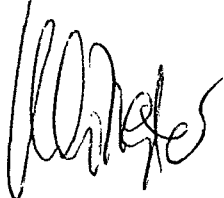
8. Art. 85 Abs. 3 VAG bestimmt, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Demnach sind keine Verfahrenskosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

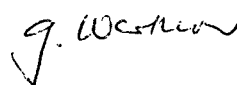
- ://:
1. Die Klage wird gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin den Betrag von Fr. 1'976.50 nebst Zins zu 5 % seit 16. November 2003 zu bezahlen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die Parteikosten werden wettgeschlagen.

Mitteilung an Parteien  
Bundesamt für Privatversicherungen

Präsidentin



Gerichtsschreiberin



**Rechtsmittelbelehrung:**

Der Streitwert gemäss Art. 85 BGG ist nicht erreicht. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit schriftlicher Eröffnung beim Bundesgericht subsidiäre Verfassungsbeschwerde nach Art. 113 ff. des Bundesgerichtsgesetzes (BGG) vom 17. Juni 2005 oder, falls sich eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung stellt, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nach Art. 82 ff. BGG eingereicht werden. Diese Frist kann nicht verlängert werden (Art. 47 Abs. 1 BGG). Werden beide Rechtsmittel ergriffen, so sind sie mit der gleichen Rechtsschrift einzureichen (Art. 119 Abs. BGG). Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, einzureichen. Sie ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten (Art. 42 Abs. 1 BGG). In der Begründung ist bei der subsidiären Verfassungsbeschwerde darzulegen, inwiefern der angefochtene Akt verfassungsmässige Rechte verletzt (Art. 42 Abs. 2 BGG). Bei der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Akt Recht verletzt, und es ist aufzuführen, warum sich eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung stellt. Die Urkunden, auf die sich die Beschwerde führende Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat. Ebenfalls beizulegen ist der angefochtene Entscheid (Art. 42 Abs. 3 BGG).