



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS GRAUBÜNDEN

S 14 67

3. Kammer als Versicherungsgericht

bestehend aus

Verwaltungsrichter Stecher als Vorsitzender, Vizepräsidentin  
Moser und Verwaltungsrichter Audétat, Bott als Aktuar ad hoc

## URTEIL

vom 3. März 2015

in der verwaltungsrechtlichen Streitsache

A.\_\_\_\_\_,  
vertreten durch B.\_\_\_\_\_,

Klägerin

gegen

C.\_\_\_\_ AG,  
vertreten durch D.\_\_\_\_ AG,

Beklagte

betreffend Versicherungsleistungen nach VVG

1. A.\_\_\_\_\_, geboren 1941, ist pflegebedürftig und wohnt seit dem 5. März 2014 in der Alterssiedlung E.\_\_\_\_\_ in X.\_\_\_\_\_. Sie verfügt bei der C.\_\_\_\_\_ AG über eine Langzeitpflegeversicherung.
2. Am 7. April 2014 informierte B.\_\_\_\_\_, Ehemann von A.\_\_\_\_\_, die D.\_\_\_\_\_ AG, dass seine Ehefrau seit dem 5. März 2014 in der Alterssiedlung E.\_\_\_\_\_ in X.\_\_\_\_\_ wohne. Die Pflegebedürftigkeit bestehe jedoch bereits seit Ende 2011. Dies habe Dr. med. F.\_\_\_\_\_ am 24. März 2014 bestätigt. Bis zum Eintritt in die Alterssiedlung sei die Pflege rund um die Uhr durch ihn erbracht worden. Die vertragliche Karenzzeit von 720 Tagen sei daher am 5. März 2014 voll erfüllt gewesen.
3. Mit Schreiben vom 22. April 2014 führte die D.\_\_\_\_\_ AG aus, gemäss Art. 6 und 7 der Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) müsse die Behandlung von einem anerkannten Leistungserbringer nach Krankenversicherungsgesetz erbracht werden. Die vertraglich vereinbarte Wartefrist von 720 Tagen müsse eingehalten werden. Diese beginne an dem Tag, ab welchem eine Pflegebedürftigkeit mit regelmässigem Bedarf an Grund- und Behandlungspflege aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgewiesen sei. Die erforderlichen Bedingungen seien bei A.\_\_\_\_\_ ab dem 5. März 2014 erfüllt gewesen, weshalb die Wartefrist dann begonnen habe.
4. Mit E-Mail vom 25. April 2014 führte B.\_\_\_\_\_ aus, Art. 6 und 7 ZVB würden die Leistungspflicht aber nicht den Beginn der Wartefrist betreffen. Dieser orientiere sich an der Pflegebedürftigkeit nach Art. 4 und 8 ZVB 2008, unabhängig davon, wer die Pflege erbringe und wo diese erbracht werde.

5. Am 15. Mai 2014 erhob A.\_\_\_\_\_ (Klägerin), vertreten durch ihren Ehemann B.\_\_\_\_\_, beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden Klage gegen die D.\_\_\_\_\_ AG (recte: C.\_\_\_\_\_ AG [Beklagte]) und beantragte, die Beklagte sei zu verpflichten, rückwirkend ab dem 5. März 2014, die vereinbarten finanziellen Leistungen nach der mit der Klägerin abgeschlossenen Langzeitpflegeversicherung zu erbringen. Vorliegend seien die ZVB 2008 anwendbar und nicht die in einzelnen Punkten stark davon abweichenden ZVB 2011. Die Taggelder aus der Langzeitpflegeversicherung von Fr. 90.-- seien zur Finanzierung des Aufenthalts der Klägerin in der Alterssiedlung zwingend erforderlich. Der vorliegend anwendbare Art. 6 ZVB 2008 greife einzig bei Eintreten des Leistungsanspruchs respektive der Leistungspflicht der Beklagten nach bereits abgelaufener Wartefrist. Während der Wartefrist gelte Art. 8 Abs. 2 ZVB 2008. Die Kriterien für die darin erwähnte „effektiv erbrachte Pflegeleistung“ seien in Art. 4 ZVB 2008 festgehalten und würden exakt die häuslichen Verhältnisse der Klägerin in den Jahren 2013 und 2014 umschreiben. Die „Hilfe Dritter“ werde in Art. 4 ZVB 2008 auch nicht zwingend mit einem anerkannten Leistungserbringer unterlegt, sondern sei auf jede Person ausser die Klägerin selbst anwendbar. Bei einer ärztlich attestierten Pflegebedürftigkeit der Klägerin ab Ende 2011 sowie einer effektiv erfolgten intensiven pflegerischen Betreuung innerhalb der Familie in den Jahren 2012 und 2013 sei die Karenzzeit von 720 Tagen bei Eintritt in die Alterssiedlung am 5. März 2014 bereits voll erfüllt gewesen.
6. Mit Klageantwort vom 5. Juni 2014 beantragte die Beklagte die vollumfängliche Abweisung der Klage. Vorliegend habe die Klägerin zu beweisen, dass sie bereits vor dem 5. März 2014 eine Grund- und Behandlungspflege zu Lasten der Grundversicherung bezogen habe, die bezogene Grund- und Behandlungspflege ärztlich verordnet gewesen sei, die Leistungserbringung durch einen anerkannten Leistungserbringer mit gül-

tiger ZSR-Nr. erfolgt sei und mindestens eine mittlere Pflegebedürftigkeit (mindestens zweimal wöchentliche Grund- und Behandlungspflege) ausgewiesen sei. Der Klägerin gelinge es nicht, den rechtsgenügenden Beweis zu erbringen, dass diese Voraussetzungen bereits vor dem 5. März 2014 erfüllt gewesen seien, weshalb die Wartefrist erst am 5. März 2014 zu laufen begonnen habe.

7. Mit Replik vom 17. Juni 2014 führte die Klägerin aus, die ZVB 2011 seien vorliegend offensichtlich nicht anwendbar. In allen Versicherungspolicen der Jahre 2012, 2013 und 2014 sei explizit festgehalten, dass die ZVB 2008 massgebend seien. Die vorliegend anwendbaren ZVB 2008 würden von der Beklagten schlicht unterschlagen. Diese seien nicht einmal in dem mit der Klageantwort eingereichten Beilagenverzeichnis aufgeführt. Auch habe die Beklagte das von der Klägerin beigebrachte Attest von Dr. F.\_\_\_\_\_ nicht erwähnt, obwohl dieses bestätige, dass bei der Klägerin seit spätestens Ende 2011 eine zunehmende Pflegebedürftigkeit bestehe.
8. Mit Duplik vom 7. Juli 2014 beantragte die Beklagte zusätzlich zu den bereits mit der Klageantwort gestellten Rechtsbegehren, dass auf die Klage mangels Aktivlegitimation nicht einzutreten sei. Weiter wurde ausgeführt, vorliegend sei unerheblich, ob man die ZVB 2008 oder die ZVB 2011 heranziehe, da sich für den vorliegenden Fall aus beiden ZVB die gleichen Rechtsfolgen ergeben würden.
9. Die Parteien haben stillschweigend auf die Durchführung einer Hauptverhandlung verzichtet.

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien und die eingereichten Beweismittel wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

**Das Gericht zieht in Erwägung:**

1. Strittig sind vorliegend Ansprüche aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenpflegeversicherung, die von einer zur Tätigkeit in der obligatorischen Grundversicherung zugelassenen Leistungserbringerin erbracht werden sollten, jedoch Leistungen betreffen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Derartige Versicherungsverträge unterliegen gemäss Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG; SR 221.229.1). Sie sind demnach privatrechtlicher Natur (BGE 138 III 558 E.3.2, 138 III 2 E.1.1, 133 III 439 E.2.1, Urteil des Bundesgerichts 4A\_158/2011 vom 6. April 2011 E.1.1). Soweit das Versicherungsvertragsgesetz keine Regelung enthält, gelangen die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR; SR 220) zur Anwendung (Art. 100 Abs. 1 VVG). Das Verfahren für die Beurteilung von Streitigkeiten aus Krankenpflegezusatzversicherungen richtet sich grundsätzlich nach der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272).
  
2. a) Die eingeklagten Leistungen ergeben sich laut der Sachverhaltsdarstellung der Klägerin aus der Langzeitpflegeversicherung. Diesen Vertrag hat die Klägerin mit der Beklagten als gewerbsmässige Anbieterin solcher Versicherungsleistungen abgeschlossen, um ihren Versicherungsschutz für medizinische Leistungen in einem über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehenden Masse zu gewährleisten. Beim fraglichen Vertrag handelt es sich demnach um einen Konsumentenvertrag im Sinne von Art. 32 Abs. 2 ZPO (vgl. dazu Urteile des Verwaltungsgerichts [VGU] S 12 43 vom 28. Mai 2013 E.1b, U 12 46 vom 15. November 2012/15. Februar 2013 E.1.b, S 09 54 vom 24. Mai 2011 E.1.c). Für die Beurteilung von Streitigkeiten, die sich aus solchen Verträgen ergeben, ist das Gericht am Wohnsitz oder Sitz einer der Parteien zuständig, wenn die

Klage von der Konsumentin erhoben wird (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO). Auf diesen Gerichtsstand kann die Konsumentin nicht zum Voraus oder durch Einlassung verzichten (Art. 35 Abs. 1 lit. a ZPO). Möglich bleibt der Abschluss einer Gerichtsstandsvereinbarung nach dem Entstehen der Streitigkeit (Art. 35 Abs. 2 ZPO). Die Klägerin hat die vorliegende Klage beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden und damit in ihrem Wohnsitzkanton eingereicht. Die örtliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts ist demnach zu bejahen.

- b) Gemäss Art. 7 ZPO können die Kantone ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung zuständig ist. Von dieser Möglichkeit hat der Kanton Graubünden Gebrauch gemacht und solche Streitigkeiten dem Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden zur Beurteilung zugewiesen (Art. 63 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; BR 370.100]; Botschaft der Regierung an den Grossen Rat, Heft Nr. 13/2009-2010 S. 875; vgl. VGU S 12 112 vom 31. Januar 2013 E.1, VGU S 09 54 vom 24. Mai 2011 E.1.b). Demzufolge fällt die vorliegende Streitigkeit in die sachliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden. Das angerufene Gericht erweist sich demnach für die Beurteilung der vorliegenden Klage als zuständig.
- c) Vorliegend wird die Klägerin durch ihren Ehemann vertreten, dessen Vertretungsbefugnis bestritten ist. Gemäss Art. 68 Abs. 3 ZPO hat sich die Vertreterin oder der Vertreter durch eine Vollmacht auszuweisen. Kann eine Person nicht unterschreiben, so ist es, mit Vorbehalt der Bestimmungen über den Wechsel, gestattet, die Unterschrift durch ein beglaubigtes Handzeichen zu ersetzen oder durch eine öffentliche Beurkundung ersetzen zu lassen (Art. 15 OR). Da innert der vom Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden angesetzten Frist eine öffentlich beurkundete

Vollmacht mit beglaubigten Handzeichen der Klägerin eingereicht wurde, ist ihr Ehemann vorliegend zu deren Vertretung befugt. Ebenfalls bestritten ist die Befugnis von G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ zur Vertretung der Beklagten. Da mit der Duplik eine rechtsgültige Vollmacht eingereicht wurde ist die Vertretungsbefugnis auch bei der Beklagten gegeben.

- d) Die Klägerin hat die vorliegende Klage beim Verwaltungsgericht eingereicht, ohne vorgängig ein Schlichtungsverfahren durchzuführen. Dieses Vorgehen steht im Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, für welche die Kantone eine einzige Instanz vorsehen, direkt beim zuständigen Gericht einzureichen sind (BGE 138 III 558 E.4). Da auch die übrigen Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die vorliegende Klage damit einzutreten.
  - e) Sowohl die Klägerin als auch die Beklagte verzichteten stillschweigend auf die Durchführung einer Hauptverhandlung (Art. 233 ZPO). Das Verwaltungsgericht entscheidet somit aufgrund der Ausführungen in den Rechtschriften und der eingereichten Akten.
3. a) Für Ansprüche aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenpflegeversicherung gilt gemäss Art. 247 Abs. 1 lit. a i.V.m. Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO die Untersuchungsmaxime (vgl. zum Ganzen VGU S 12 51 vom 29. April 2014 E.2a; MAZAN, in: SPÜHLER/TENCHIO/INFANGER [Hrsg.], Basler Kommentar, Schweizerische Zivilprozessordnung, 2. Aufl., Basel 2013, Art. 247 N 4 und 13), nicht jedoch die Officialmaxime. Gemäss Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO hat das Verwaltungsgericht über die vorliegende Angelegenheit im vereinfachten Verfahren zu befinden.

- b) Nach Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB; SR 210) hat diejenige Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden, rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Diese Grundregel, die durch abweichende gesetzliche Regelungen verändert werden kann, gilt auch im Bereich des Versicherungsvertragsgesetzes (BGE 130 III 321 E.3.1; NEBEL, in: HONSELL/VOGT/SCHNYDER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel 2001, Art. 100 N. 4). Dabei gilt der Beweis für eine rechtserhebliche Tatsache als erbracht, wenn das zuständige Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist. Absolute Gewissheit ist hierzu nicht erforderlich. Es genügt, wenn das Gericht am Vorliegen der behaupteten Tatsache keine ernsthaften Zweifel mehr hat oder allenfalls verbleibende Zweifel unter den gegebenen Umständen nicht nennenswert ins Gewicht fallen.
- c) Ausnahmen von diesem Regelbeweismass ergeben sich zum einen aus dem Gesetz selbst, zum anderen aus Rechtsprechung und Lehre. Diesen liegt die Überlegung zugrunde, dass die Rechtsdurchsetzung nicht an Beweisschwierigkeiten scheitern darf, die typischerweise bei bestimmten Sachverhalten auftreten. Die Beweiserleichterung setzt demnach eine „Beweisnot“ voraus. Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn ein strikter Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich oder nicht zumutbar ist, insbesondere wenn die von der beweisbelasteten Partei behaupteten Tatsachen nur mittelbar durch Indizien bewiesen werden können (BGE 130 III 321 E.3.2 und 3.5). Da der Eintritt des Versicherungsfalls regelmässig mit Beweisschwierigkeiten verbunden ist, genießt die beweispflichtige Anspruchsberechtigte insoweit eine Beweiserleichterung und genügt ihrer

Beweislast, wenn sie den Eintritt des Versicherungsfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag (BGE 130 III 321 E.3.3 und 3.5). Für andere rechtserhebliche Tatsachen, deren Beweis keine besonderen Schwierigkeiten bietet, gilt hingegen das ordentliche Beweismass. Ob der beweispflichtigen Partei dieser Beweis gelungen ist, entscheidet das Gericht nach freier Würdigung der Beweise (Art. 157 ZPO), wobei es den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen hat (Art. 247 Abs. 1 lit. a i.V.m. Art. 243 lit. f ZPO).

4. Im vorliegenden Verfahren ist unbestritten, dass die Klägerin bei der Beklagten die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach dem KVG sowie mehrere Krankenzusatzversicherungen nach dem VVG, darunter auch die Langzeitpflegeversicherung abgeschlossen hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beklagte aus dem entsprechenden Versicherungsvertrag der Klägerin für deren Aufenthalt in der Alterssiedlung E.\_\_\_\_\_ in X.\_\_\_\_\_ ab dem 5. März 2014 Taggelder von Fr. 90.-- hätte ausrichten müssen. Entscheidend ist dabei, wann die Wartefrist von 720 Tagen zu laufen begann. Die Beklagte hat deren Beginn auf den 5. März 2014 festgelegt. Die Klägerin ist hingegen der Meinung, dass die Wartefrist am 5. März 2014 bereits erfüllt gewesen sei respektive die Beklagte ihr ab diesem Zeitpunkt Taggelder aus der Langzeitpflegeversicherung hätte ausrichten müssen. Sie sei spätestens seit Ende 2011 pflegebedürftig gewesen und bis zum Eintritt in die Alterssiedlung sei die Pflege zu Hause durch ihren Ehemann gewährleistet worden. Dr. F.\_\_\_\_\_ habe am 24. März 2014 bestätigt, dass bei ihr „mindestens seit Ende 2011 eine zunehmende Pflegebedürftigkeit“ bestehe.
5. a) Ebenfalls streitig und zunächst zu prüfen ist die Frage, welche ZVB vorliegend massgebend sind. Gemäss der ab dem 1. Januar 2014 gültigen Versicherungspolice VVG sind bezüglich der vorliegenden Langzeitpfe-

geversicherung „die Versicherungsbedingungen AVB 2014 / ZVB 2008“ massgebend. Die Wartefrist beträgt demnach 720 Tage. Die Beklagte bringt vor, die Klägerin mache vorliegend geltend, die Wartefrist von 720 Tagen sei am 5. März 2014 abgelaufen, was impliziere, dass die Wartefrist am 6. März 2012 zu laufen begonnen habe. Zu diesem Zeitpunkt sei die Versicherungspolice „im Oktober 2011“, gültig ab dem 1. Januar 2012 anwendbar gewesen und gemäss dieser die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) 2008 sowie die ZVB 2011. Dieses Vorbringen ist unbegründet, denn auch die von der Beklagten vorgebrachte Versicherungspolice mit Gültigkeit ab dem 1. Januar 2012 erklärt ausdrücklich die ZVB 2008 und nicht die ZVB 2011 für anwendbar. Somit ist erstellt, dass vorliegend die ZVB 2008 anwendbar sind.

- b) Es gilt nun zu prüfen, wann die Wartefrist von 720 Tagen zu laufen begonnen hat. Ziffer 8 der ZVB Langzeitpflege-Versicherung 2008 regelt den Leistungsbeginn, Ziffer 3 derselben die Leistungsvoraussetzungen und Ziffer 4 die Pflegebedürftigkeit:

#### **8 Leistungsbeginn**

Die Leistungspflicht beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist, von der an die Leistungsvoraussetzungen gemäss Ziff. 3 nachgewiesen sind.

Für den Beginn der Wartefrist ist die ärztlich verordnete sowie effektiv erbrachte Pflegeleistung massgebend.

Die Wartefrist wird bei der Leistungsausrichtung pro Fall berechnet. Bei Rückfällen innerhalb von 12 Monaten entfällt die Wartefrist.

#### **3 Leistungsvoraussetzungen**

Eine Leistungserbringung setzt sowohl den regelmässigen Bedarf an Leistungen der Grund- und Behandlungspflege der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als auch Pflegebedürftigkeit im Sinne von Ziff. 4 voraus.

#### **4 Pflegebedürftigkeit**

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Beeinträchtigung der Gesundheit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, z.B. der Nahrungsaufnahme, der Körperpflege oder der Mobilität, mehrmals wöchentlich Hilfe Dritter in Anspruch nehmen muss und zusätzlich Unterstützung für hauswirtschaftliche Verrichtungen bedarf.

Es ist festzustellen, dass Abs. 1 von Ziffer 8 der ZVB 2008 tatsächlich unklar formuliert ist. So ist nicht klar ersichtlich, ob die Leistungsvoraussetzungen gemäss Ziffer 3 erfüllt sein müssen, damit die Wartefrist überhaupt zu laufen beginnt oder damit nach Ablauf der Wartefrist Leistungen durch die Versicherung erbracht werden. Diese Unklarheit hat offenbar auch die Beklagte erkannt und die vorliegend nicht anwendbaren ZVB 2011 erlassen, deren Ziffer 3 wie folgt lautet:

#### **3 Leistungsvoraussetzungen**

Die versicherten Leistungen werden erbracht, wenn während sowie nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist ohne Unterbruch ein Leistungsbezug von Pflegeleistungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von durchschnittlich über 60 Minuten pro Tag erfolgt. Dieser Durchschnitt wird basierend auf dem monatlichen Pflegebezug ermittelt und die Leistungen müssen von einem durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) anerkannten Leistungserbringer erbracht werden.

Demnach bestimmt Ziffer 3 der ZVB 2011, dass die Leistungen erbracht werden, wenn *während sowie nach Ablauf* der vereinbarten Wartefrist ein Leistungsbezug gemäss KLV erfolgte. Auch wird in Ziffer 3 der ZVB 2011 im Unterschied zu den ZVB 2008 neu erwähnt, dass die Leistungen von einem durch das KVG anerkannten Leistungserbringer erbracht werden müssen. Ebenfalls neu und klarer formuliert wurde die Ziffer bezüglich des Leistungsbeginns. Neu ist dieser jedoch in Ziffer 5 statt in Ziffer 8 geregelt.

## **5 Leistungsbeginn**

Der Leistungsanspruch beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist, von der an die Leistungsvoraussetzungen gemäss Ziffer 3 erfüllt und nachgewiesen sind.

Für den Beginn des Laufs der Wartefrist sind die vorgängig ausgestellte ärztliche Verordnung sowie die effektiv erbrachten Pflegeleistungen gemäss Ziffer 3 massgebend.

Werden die Leistungsvoraussetzungen gemäss Ziffer 3 während länger als 12 Monaten nicht erfüllt, beginnt die vereinbarte Wartefrist erneut.

Die vorliegend anwendbaren ZVB 2008 und insbesondere Ziffer 8 derselben sind grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen. Bei der Vertragsauslegung ist in erster Linie der übereinstimmende wirkliche Parteiwille massgebend (Art. 18 Abs. 1 OR). Wenn dieser unbewiesen bleibt, sind zur Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens die Erklärungen der Parteien auf Grund des Vertrauensprinzips so auszulegen, wie sie nach den gesamten Umständen verstanden werden durften und mussten (BGE 129 III 118 E.2.5; 126 III 119 E.2a). Dabei hat das Gericht vom Wortlaut auszugehen und zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint. Es orientiert sich dabei am dispositiven Recht, weil derjenige Vertragspartner, der dieses verdrängen will, das mit hinreichender Deutlichkeit zum Ausdruck bringen muss (BGE 126 III 388 E.9d). Bei der Auslegung vorformulierter Vertragsbedingungen ist ausgehend vom Wortlaut und unter Berücksichtigung des Zusammenhangs, in dem eine streitige Bestimmung als Ganzes steht, der objektive Vertragswille zu ermitteln. Zu berücksichtigen ist hierbei, was sachgerecht ist, denn es kann nicht angenommen werden, dass die Parteien eine unvernünftige Lösung gewollt haben (BGE 131 V 29 E.2.2). Überdies sind die Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel zu beachten. Die Unklarheitsregel besagt, dass mehrdeutige Wendungen im Zweifel zu Lasten jener Partei auszulegen sind, welche sie verfasst hat (BGE 122 III 118 E.2a; 124 III 155 E.1b). Nach der Ungewöhnlichkeitsregel sind von der

global erklärten Zustimmung zu allgemeinen Geschäftsbedingungen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere, weniger erfahrende Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist (BGE 109 II 452 E.4 f.; 119 II 443 E.1a). Die oben erwähnte Unklarheit in Ziffer 8 Abs. 1 der ZVB 2008 bezüglich des Beginns der Leistungspflicht ginge somit zulasten der Versicherung respektive der Beklagten. Entscheidend ist vorliegend aber, dass gemäss Ziffer 8 Abs. 2 der ZVB 2008 für den Beginn der Wartefrist die *ärztlich verordnete und effektiv erbrachte Pflegeleistung* massgebend ist.

**Ziffer 8 Abs. 2 ZVB 2008 Leistungsbeginn**

„Für den Beginn der Wartefrist ist die ärztlich verordnete sowie effektiv erbrachte Pflegeleistung massgebend.“

Gemäss Abs. 2 der neueren, vorliegend jedoch nicht anwendbaren, ZVB 2011 gelten die gleichen Voraussetzungen, wobei abweichend zu den ZVB 2008 festgehalten wurde, dass die ärztliche Verordnung für den Beginn *des Laufs* der Wartefrist *vorgängig* ausgestellt werden müsse. Auch hier ist festzustellen, dass Abs. 2 von Ziffer 8 der ZVB 2008 gleich wie Abs. 1 derselben Ziffer unklar formuliert ist. Dies hat die Beklagte offenbar erkannt und Ziffer 5 Abs. 2 der ZVB 2011 erlassen, welcher wie folgt lautet:

**Ziffer 5 Abs. 2 ZVB 2011 Leistungsbeginn**

Für den Beginn des Laufs der Wartefrist sind die vorgängig ausgestellte ärztliche Verordnung sowie die effektiv erbrachten Pflegeleistungen gemäss Ziffer 3 massgebend.

Eine solche ärztliche Verordnung (z.B. ärztlich verordnete Pflegeleistungen durch die Spitex) liegt hier aber nicht vor. Dr. F.\_\_\_\_\_ hat mit seinem Schreiben vom 24. März 2014 lediglich aber immerhin bestätigt, dass bei der Klägerin spätestens seit Ende 2011 eine zunehmende Pflegebedürf-

tigkeit bestand und ein Leben zu Hause in den vergangenen Jahren nur dank pflegerischer Hilfe von Seiten des Ehemanns möglich gewesen sei. Dies stellt jedoch keine ärztliche Verordnung betreffend eine Pflegeleistung im verlangten Sinne dar. Gemäss Ziffer 8 Abs. 2 der vorliegend anwendbaren ZVB 2008 müssen für den Beginn der Wartefrist gemäss klarem Wortlaut zwei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein. Einerseits muss die Pflegeleistung ärztlich verordnet sein und andererseits muss sie auch tatsächlich erbracht worden sein. Da hier keine ärztliche Verordnung einer Pflegeleistung vorliegt, kann nicht auf einen früheren Beginn der Wartefrist als den 5. März 2014 abgestellt werden. Auch wenn aufgrund des Sachverhalts vorliegend wohl davon ausgegangen werden kann, dass eine Pflegeleistung durch den Ehemann erbracht wurde und feststeht, dass die Pflegebedürftigkeit der Klägerin ärztlich bestätigt wurde, gilt es festzuhalten, dass diese Tatsache aufgrund der vereinbarten zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) für den Beginn des Laufs der Wartefrist eben nicht entscheidend ist, da die Pflegeleistung – wie bereits gesagt – nicht ärztlich verordnet worden ist. Die Klage ist deshalb abzuweisen.

6. Gemäss Art. 114 lit. e ZPO werden im Entscheidverfahren bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG keine Gerichtskosten erhoben. Das vorliegende Verfahren ist somit kostenlos. Da die Beklagte nicht anwaltlich vertreten war, wird ihr keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO e contrario).

**Demnach erkennt das Gericht:**

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. [Rechtsmittelbelehrung]
4. [Mitteilungen]