

**Obergericht
des Kantons Bern**

Handelsgericht

**Cour suprême
du canton de Berne**

Tribunal de commerce

Hochschulstrasse 17
Postfach
3001 Bern
Telefon +41 31 635 48 03
Fax +41 31 634 50 53
handelsgericht.bern@justice.be.ch
www.justice.be.ch/obergericht

Entscheid

HG 18 47

Bern, 27. Juni 2019

Besetzung

Oberrichter Josi (Präsident), Handelsrichter Thomann und Handelsrichterin Graf
Gerichtsschreiberin Lustenberger

Verfahrensbeteiligte

A. _____ AG
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Klägerin

gegen

C. _____ Genossenschaft
vertreten durch Rechtsanwalt D. _____
Beklagte

Gegenstand

Haftpflichtrechtliche Ansprüche/Regress
Neubeurteilung

Urteil des Bundesgerichts vom 7. Mai 2018
Teilweise Gutheissung der Beschwerde der Klägerin betreffend
Entscheid des Handelsgerichts des Kantons Bern vom 14. August
2017 (HG 16 38)



Regeste:

Leistungen im Bereich der Zusatzversicherung als haftpflichtrechtlich relevanter Schaden

Sowohl die Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände der Geschädigten als auch eine medizinische Betrachtungsweise führen dazu, die sich aus der halbprivaten Unterbringung ergebenden höheren Behandlungskosten als ersatzfähigen Schaden anzuerkennen. Zum einen hat die Patientin die Prämien der Zusatzversicherung und damit für die höheren Behandlungs- und Unterbringungsstandards selber bezahlt. Zum anderen war die Geschädigte im Unfallzeitpunkt 85-jährig und bereits durch andere Diagnosen vorbelastet. Der Eingriff verlief nicht ohne Komplikationen. Der Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung - sei es zwecks Operation, sei es zwecks Rehabilitation - ist daher nicht als Luxus, sondern als angemessene Behandlungsart zu qualifizieren. Die damit verbundenen Kosten stellen haftpflichtrechtlich relevanten Schaden dar, der grundsätzlich zu ersetzen ist (E. 14.5).

Erwägungen:

I. Prozessgeschichte

1. Die vorliegende Entscheid HG 18 47 ergeht im Nachgang zum bundesgerichtlichen Urteil 4A_602/2017 vom 7. Mai 2018.
2. Am 29. März 2016 hatte die A._____ AG (nachfolgend: Klägerin) beim Handelsgericht des Kantons Bern Klage gegen die C._____ Genossenschaft (nachfolgend: Beklagte) eingereicht und beantragt, die Beklagte sei zu verpflichten, ihr einen Betrag von insgesamt CHF 33'088.40 zu bezahlen, nebst Zins zu 5% auf unterschiedliche Fälligkeiten (pag. 2). Mit Klageantwort vom 5. Juli 2016 hatte die Beklagte die kostenfällige Abweisung der Klage beantragt (pag. 21).
3. Mit Entscheid HG 16 38 vom 14. August 2017 hatte das Handelsgericht des Kantons Bern die Klage abgewiesen (pag. 126 ff.).
4. Auf Beschwerde der Klägerin hin hob das Bundesgericht den besagten Entscheid HG 16 38 mit Urteil 4A_602/2017 vom 7. Mai 2018 auf und wies die Sache zur Neubeurteilung an das Handelsgericht des Kantons Bern zurück (pag. 184 ff.).
5. Nach Rücksendung der Akten durch das Bundesgericht nahm der Instruktionsrichter das Verfahren am 28. Mai 2018 unter der Verfahrensnummer HG 18 47 wieder auf und forderte die Parteien auf, sich innert drei Wochen zu dessen Fortgang zu äussern (pag. 195).

6. Nach mehrmals erstreckter Frist teilten die Parteien mit Schreiben vom 22. Februar 2019 (pag. 231) respektive vom 27. Februar 2019 (pag. 234) mit, in den aussergerichtlichen Vergleichsverhandlungen habe keine Einigung erzielt werden können.
7. Gemäss Verfügung vom 4. April 2019 wird das vorliegende Verfahren mit schriftlichem Entscheid ohne Parteiverhandlung entschieden (pag. 245).
8. Auf gerichtliche Aufforderung hin reichte der Rechtsvertreter der Klägerin seine Honorarnote zu den Akten (pag. 248 f.). Der Rechtsvertreter der Beklagten verzichtete auf die Einreichung einer Honorarnote.

II. Formelles

9. In Bezug auf das Formelle sind seit dem ersten Entscheid HG 16 38 keine Änderungen eingetreten. Die Parteien bringen denn auch nichts Dahingehendes vor. Das Handelsgericht verzichtet infolgedessen an dieser Stelle auf eine Wiederholung der diesbezüglichen Erwägungen des ersten Entscheids und verweist stattdessen auf die dortigen Ausführungen unter Ziffer II.

III. Materielles

10. Hintergrund der Streitigkeit bildet folgender, unbestritten gebliebener Sachverhalt (vgl. erster Entscheid HG 16 38, E. 14):

«Am 12. Mai 2014 stürzte E. _____, geb. _____ 1928, bei der Haltestelle «F. _____» in G. _____ in einem Bus der H. _____ AG aufgrund dessen ruppigen Anfahrens und erlitt dabei einen Kompressionsbruch des dritten Lendenwirbelkörpers. Sie wurde in der Folge in drei verschiedenen Institutionen (Spital Tiefenau, Inselspital sowie Spital und Altersheim Belp) stationär behandelt und rehabilitiert.

Die Klägerin ist der private Zusatzversicherer zur obligatorischen Krankenversicherung von E. _____. Sie bezahlte für die vom Unfallopfer in den vorerwähnten Institutionen bezogenen halbprivaten Zusatzleistungen vier Rechnungen im Gesamtbetrag von CHF 33'088.40 (KB 15–18). E. _____ unterzeichnete zwei Abtretungserklärungen (KB 2 und 26).

Die Beklagte ist der obligatorische Motorfahrzeughaftpflichtversicherer der H. _____ AG, der Halterin jenes Busses, in welchem E. _____ verunfallte.

Im Rahmen der Teilvereinbarung einigten sich die Parteien, dass den Fahrer des Busses kein Verschulden treffe, dass sich aber die Betriebsgefahr des Busses verwirklicht habe und somit die Kausalhaftung nach Art. 58 Strassenverkehrsgesetz (SVG; SR 741.01) zum Tragen komme (KB 1, Ziff. 2).»

11. Gemäss Art. 58 Abs. 1 SVG haftet der Halter für den Schaden, wenn durch den Betrieb eines Motorfahrzeugs ein Mensch getötet oder verletzt oder Sachschaden verursacht wird. Als Versicherin der Halterin, der H. _____ AG, hat die Beklagte die Haftung nach Art. 58 Abs. 1 SVG übernommen. Durch die Bestimmung geschützt wird grundsätzlich jede Person, die durch den Betrieb eines Motorfahrzeugs einen Personen- oder Sachschaden erlitten hat, nicht jedoch, wer einen rei-

nen Vermögensschaden zu beklagen hat (PROBST, in: Basler Kommentar Strassenverkehrsgesetz, 2014, N. 240 zu Art. 58 SVG). Grundsätzlich stehen die sich aus dem Unfallereignis vom 12. Mai 2014 ergebenden Ansprüche somit der Geschädigten, E. _____, persönlich zu. Sie ist gegenüber der Beklagten aus unerlaubter Handlung anspruchsberechtigt. Für die Kosten der hier interessierenden halbprivaten Behandlung ist die Geschädigte jedoch nicht selber, sondern ihre Zusatzversicherung, die Klägerin, aufgekomen. Die finanziellen Auswirkungen sind somit bei der Klägerin eingetreten. Dementsprechend ist es vorliegend sie als Versicherung, die für die übernommenen Kosten und den ihr daraus entstandenen Schaden Ersatz beansprucht.

12. Umstritten war bis anhin die Grundsatzfrage, ob der Klägerin als Zusatzversicherin der verunfallten Person und damit als aus Vertrag Haftende gegenüber der kausal haftenden Beklagten eine Regressmöglichkeit zusteht. Im Entscheid HG 16 38 hatte das Handelsgericht diese Möglichkeit mit Verweis auf die geltende bundesgerichtliche Rechtsprechung verneint (E. 16 ff.). Im Urteil 4A_602/2017 vom 7. Mai 2018 E. 2.1 ff. nahm das Bundesgericht nun eine Praxisänderung vor und kam zum Schluss, einer privaten Schadenversicherung stehe gegenüber der kausal haftpflichtigen Partei gestützt auf Art. 72 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG; SR 221.229.1) ein Regressanspruch zu. Gemäss dieser Bestimmung geht auf den Versicherer insoweit, als er Entschädigung geleistet hat, der Ersatzanspruch über, der dem Anspruchsberechtigten gegenüber Dritten aus unerlaubter Handlung zusteht. Dadurch subrogiert der Versicherer in die Ansprüche des Versicherungsnehmers. Mit Anwendung dieser Bestimmung auf den vorliegenden Fall bejahte das Bundesgericht die Haftung der Beklagten für den Schaden, welchen die Klägerin der Unfallgeschädigten entgolten hat und für den die Klägerin nun Regress nimmt. Dieses Urteil ist für das Handelsgericht verbindlich, womit grundsätzlich von einem Ersatzanspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten auszugehen ist. Es bleiben einzig die zwischen den Parteien umstrittenen Punkte zu klären, ob der Aufenthalt in der Halbprivatabteilung haftpflichtrechtlichen Schaden darstellt, ob sämtliche von der Geschädigten bezogenen Zusatzleistungen unfallkausal waren, ob die klägerischen Forderungen genügend substantiiert ins Verfahren eingebracht worden sind und wie hoch der zu ersetzende Schaden schlussendlich zu beziffern ist.
13. Unbestrittenermassen hat die Klägerin für die Behandlung und Rehabilitation von E. _____ folgende Rechnungen von insgesamt CHF 33'088.40 bezahlt:
- Rechnung der Spital Netz Bern AG vom 17. Juni 2014 für den stationären Aufenthalt im Spital Tiefenau vom 14.05.2014-20.05.2014 (Klagebeilage [nachfolgend: KB] 15)
 - Tarifiziffer I68B «Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter > 55 Jahre oder äusserst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose, ohne Diszitis, ohne infektiöse Spondylopathie» CHF 2'640.08
 - Hotellerie-Komfort CHF 809.70
- Total: CHF 3'449.80

- Rechnung des Inselspitals Bern vom 1. September 2014 für den stationären Aufenthalt vom 26.05.2014-11.06.2014 (KB 16)
 - Honorar für Betreuung (inkl. Eintritts- und Austrittsuntersuchung) CHF 1'635.00
 - Tariffziffern INOW28, 281 und 4 «Dorsale Spondylodese, thorakal, thorakolumbal, lumbal, bis 2 Segmente», «Dekompression und Laminektomie» und «Perkutane transpedikuläre Vertebroplastik, jede Methode bis 3 Wirbel»: Honorar für Eingriff CHF 8'020.00

Total: CHF 9'655.00
- Rechnung des Inselspitals Bern vom 14. August 2014 für den stationären Aufenthalt vom 26.05.2014-11.06.2014 (KB 17)
 - Zusatztaxe Halbprivat pro Tag CHF 9'200.00
 - Honorar Anästhesie CHF 4'654.00
 - Honorar Betreuung CHF 90.00

Total: 13'944.00
- Rechnung der Spital Netz Bern AG vom 16. Juli 2014 für den stationären Aufenthalt im Spital und Altersheim Belp vom 11.06.2014-01.07.2014 (KB 18)
 - Tagespauschale Arzt und Mehrleistungen Geriatriische Rehabilitation

Total: CHF 6'039.60

14. Schadenminderungspflicht

- 14.1 Zunächst ist zwischen den Parteien umstritten, ob die für die halbprivate Unterbringung und Behandlung der Verunfallten angefallenen Kosten haftpflichtrechtlich ersatzfähigen Schaden darstellen. Von Seiten der Klägerin wird dies bejaht und ausgeführt, die Kosten der halbprivaten oder privaten Abteilung im Spital gehörten jedenfalls immer dann zum ersatzfähigen Schaden, wenn die geschädigte Person auch ohne haftpflichtbegründendes Ereignis derartige Leistungen in Anspruch genommen hätte. Da E. _____ eine entsprechende Versicherungsdeckung besessen habe und so für die halbprivate Behandlung bezahlt habe, habe sie Anspruch darauf, dass die Beklagte als haftpflichtige Dritte ihr die Kosten der halbprivaten Abteilung ersetze. Stelle man zudem auf medizinische Gesichtspunkte ab, sei haftpflichtrechtlich nicht bloss das minimal Notwendige, sondern das, was im Hinblick auf den angestrebten Heilungserfolg erforderlich und aus medizinischer Warte angemessen sei, zu ersetzen. Die Geschädigte habe einen Lendenwirbelsäulenbruch erlitten. Angesichts ihres Alters von 85 Jahren habe die dadurch notwendige zweifache Operation einen sehr erheblichen Eingriff dargestellt. Es wäre der Patientin aufgrund der von der Beklagten verursachten Unfallfolgen nicht zuzumuten gewesen, sich auf der allgemeinen Abteilung behandeln zu lassen (pag. 8 f.). Die Geschädigte sollte möglichst gleich gestellt werden, wie wenn das Unfallereignis nicht stattgefunden hätte. Dies betreffe nicht nur die rein medizinische Unfallfolgen und damit verbunden die freie Arztwahl, sondern auch die psychosoziale Lebenssituation, insbesondere die Unterbringungssituation im Spital. Dem Prinzip des vollen Schadenausgleichs folgend liege es an der Beklagten, für die daraus folgenden Kosten aufzukommen (pag. 66 f.).

- 14.2 Demgegenüber sieht die Beklagte das Prinzip der Schadenminderungspflicht verletzt. Sie stellt sich auf den Standpunkt, die Wahl der allgemeinen Abteilung wäre E._____ aufgrund der erlittenen Verletzungen gesundheitlich zumutbar gewesen. Mangels Komplikationen oder ausserordentlicher Umstände wäre sie dadurch weder unnötig belastet worden, noch hätte sie unnötige Risiken auf sich genommen. Dies gelte sowohl für den Spitalaufenthalt zwecks Operation, als auch für den Aufenthalt zur Rehabilitation. So beurteile es auch der Vertrauensarzt der Beklagten, Herr Dr. I._____ in seiner Einschätzung vom 31. Mai 2016 (Klageantwortbeilage [nachfolgend: KAB] 1) (pag. 25, 29). Zwar hätte E._____ sich auch ohne haftpflichtigen Dritten in der halbprivaten Abteilung behandeln lassen; dies aber nicht, weil sie bereit gewesen sei, dies aus eigenen Mitteln zu bezahlen, sondern allein deshalb, weil sie eine Police dafür abgeschlossen habe. Der Anspruch, den man sich aus Vertrag erwerbe, sei nicht mit dem Schaden gleichzusetzen, wie er nach den Kriterien des Haftpflichtrechts zu beurteilen sei. Insgesamt sei der durch die halbprivate Unterbringung gewonnene Komfortgewinn haftpflichtrechtlich irrelevant und nicht ersatzfähig (pag. 30 f.).
- 14.3 Grundsätzlich hat die Beklagte der Klägerin den Schaden zu ersetzen, der letzterer durch das Unfallereignis von E._____ entstanden ist. Welche Ansprüche einem Geschädigten bei einer Körperverletzung zustehen, ergibt sich aus Art. 46 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Obligationenrecht [OR; SR 220]). Im Zentrum stehen vorliegend die Kosten der medizinischen Behandlung. Nach Art. 44 Abs. 1 OR kann der Richter die Ersatzpflicht ermässigen oder gänzlich von ihr entbinden, wenn Umstände, für die der Geschädigte einstehen muss, auf die Entstehung oder Verschlimmerung des Schadens eingewirkt haben. Das ist insbesondere der Fall, wenn der Geschädigte nicht alle nach den Umständen gebotenen Massnahmen ergriffen hat, um den Schaden gering zu halten. Nach dem Grundgedanken dieser Vorschrift muss der Geschädigte den Schaden selbst tragen, soweit er ihn selbstverantwortlich mitverursacht hat. Der in dieser Bestimmung verankerte Grundsatz konkretisiert die allgemein geltende Pflicht zur schonenden Rechtsausübung (Art. 2 Abs. 1 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [ZGB; SR 210]). Es handelt sich dabei um einen allgemeinen Rechtsgrundsatz des privaten Haftungsrechts. Wird dieser Grundsatz verletzt, ist der Schaden nur in dem Umfang zu ersetzen, wie er auch entstanden wäre, wenn der Geschädigte der Obliegenheit zur Schadensminderung nachgekommen wäre. Grenze dieser Obliegenheit bildet die Zumutbarkeit. Um den Schaden im Interesse des Haftpflichtigen zu mindern, muss der Geschädigte nur jene Massnahmen ergreifen, die ihm billigerweise zugemutet werden dürfen. Welche Anstrengungen vom Geschädigten verlangt werden können, ist in Würdigung sämtlicher Umstände zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 5A_45/2009 vom 29. Juni 2009 E. 3.2.2 m.w.H.).
- 14.4 Inwiefern der Geschädigte mit Blick auf diese Grundsätze gehalten ist, sich in der allgemeinen anstatt in der (halb-)privaten Abteilung behandeln zu lassen, ist eine heikle Frage. Grundsätzlich sind zwei Lösungsansätze denkbar. Entweder knüpft man an die Lebensweise des Geschädigten an: In diesem Fall ist dieser berechtigt, einen privaten oder halbprivaten Aufenthalt zu beanspruchen, wenn anzunehmen ist, er würde für die entsprechenden Mehrkosten selber auch ohne Kostendeckung durch einen Haftpflichtigen aufkommen. Auf der anderen Seite kann auf medizini-

sche Gesichtspunkte und damit in erster Linie auf die Schwere der Verletzung abgestellt werden. Die wohl herrschende Lehre spricht sich für die zweite Variante aus. Dies bedeutet, dass nur diejenigen Kosten zu entschädigen sind, die medizinisch indiziert, angemessen und zweckmässig sind. Je schwerer die Verletzung wiegt, desto eher ist dem Geschädigten ein Aufenthalt in einem privaten Krankenhaus oder einer privaten Abteilung zuzubilligen (BREHM, in: Berner Kommentar, Die Entstehung durch unerlaubte Handlungen, 4. Aufl. 2013, N. 11 zu Art. 46 OR; LANDOLT, in: Zürcher Kommentar, Die Entstehung durch unerlaubte Handlungen, 3. Aufl. 2007, N. 135 zu Art. 46 OR; ROBERTO, Schweizerisches Haftpflichtrecht, 2002, S. 191 Rz. 653; FISCHER/GÄHWILER, in: Haftpflichtkommentar, 2016, N. 14 zu Art. 46 OR).

- 14.5 Vorliegend führen sowohl die Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände von E. _____ als auch die medizinische Betrachtungsweise dazu, die sich aus der halbprivaten Unterbringung ergebenden höheren Behandlungskosten als ersatzfähigen Schaden anzuerkennen.

Zum einen hatte die Geschädigte bewusst eine Zusatzversicherung abgeschlossen und sich damit entschieden, höhere Prämien zu bezahlen, um im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit von höheren Behandlungs- und Unterbringungsstandards zu profitieren. Sie hätte folglich so oder anders den Aufenthalt in der Halbprivatabteilung gewählt, da sie sich diesen Anspruch über den Weg der Prämienzahlung bereits erworben und auch selber bezahlt hatte.

Zum anderen ist entscheidend, dass E. _____ im Unfallzeitpunkt 85-jährig und durch andere Diagnosen, insbesondere einer mässiggradigen Niereninsuffizienz, Osteoporose und arterieller Hypertonie (Bluthochdruck) vorbelastet und bereits in Therapie war (vgl. Austrittsberichte des Spitals Tiefenau, des Inselspitals und des Spitals und Altersheims Belp, KB 8-10). Nach einer ersten Notfallkonsultation begab sie sich zwei Tage nach dem Unfall erneut ins Spital, weil sie trotz Schmerzmitteln persistierende Schmerzen verspürte. Sie erlitt einen Kompressionsbruch eines Lendenwirbels und war damit im Rückenbereich verletzt, wo zentrale Nervenbahnen verlaufen. Zu dessen Behandlung waren zwei Operationen nötig, da sich nach der ersten ein teilweise ausgebrochenes dorsales Instrumentarium gezeigt hatte, welches behoben werden musste. Ausserdem kam es postoperativ zu einem Spontanpneumothorax (Luft im Brustkorb), so dass eine Thoraxdrainage gelegt werden musste (Austrittsbericht des Inselspitals vom 19. Juni 2014, KB 9, S. 2). Später bestand der Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung (Austrittsbericht des Spitals und Altersheims Belp vom 1. Juli 2014, KB 10, S. 1). Ferner kämpfte die Geschädigte als unangenehme Nebenfolge seit dem Ereignis teilweise mit unkontrolliertem Urinabgang (Austrittsbericht des Spitals Tiefenau vom 30. Mai 2014, KB 8, S. 2). Auch wenn sich schlussendlich ein gutes Operationsergebnis zeigte, verlief der Eingriff folglich nicht ohne Komplikationen. Im Ergebnis musste E. _____ sich einem längeren Spitalaufenthalt von mehreren Wochen unterziehen. Die Unfallfolgen sind somit nicht zu verharmlosen. Insgesamt ist die Pflege einer Patientin mit einer Verletzung im Wirbelsäulenbereich bei derart fortgeschrittenem Alter als besonders anspruchsvoll einzustufen und bedarf schonender Begleitumstände. Dazu gehört auch ein erhöhtes Mass an Privatsphäre, wie sie

die halbprivate Unterbringung mit sich bringt. Der Aufenthalt in der halbprivaten Abteilung – sei es zwecks Operation, sei es zwecks Rehabilitation – ist daher nicht als Luxus, sondern als angemessene Behandlungsart zu qualifizieren. Die damit verbundenen Kosten stellen haftpflichtrechtlich relevanten Schaden dar, der grundsätzlich zu ersetzen ist.

- 14.6 Unter dem Titel der Schadenminderungspflicht macht die Beklagte weiter geltend, die Klägerin habe bei den Rechnungen der Spital Netz Bern AG (Spital Tiefenau und Spital und Altersheim Belp, KB 15 und 18) für Leistungspositionen bezahlt, die eigentlich in den Bereich der Grundversicherung fallen würden. Konkret sei eine Rechnung, die den Code «0» trage (vgl. KB 15), von der Grund- und nicht von der Zusatzversicherung zu tragen. Soweit die Klägerin solche Rechnungen bezahlt habe, habe sie keinen Anspruch auf Regress (pag. 24, 26).

Fest steht, dass die Klägerin nur für Zahlungen, die sie im Rahmen der Zusatzversicherung erbracht hat, regressberechtigt ist. Anders als die Beklagte meint, deutet auf ein freiwilliges Übernehmen von Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung jedoch nichts hin. Auf sämtlichen ins Recht gelegten Rechnungen (KB 15-18) wird als Versicherungsklasse «halbprivat» aufgeführt und mit Ausnahme der Rechnung in KB 18, welche keine gesetzlichen Bestimmungen nennt, auf das VVG verwiesen. Als Vergleich hat die Klägerin die spiegelbildliche Rechnung der Spital Netz Bern AG für die Behandlung im Spital Tiefenau im Rahmen der Grundversicherung ins Recht gelegt (Replikbeilage [nachfolgend: RB] 20). Für den gleichen Leistungsgenstand und dieselbe Zeitdauer wie im halbprivaten Bereich (Rechnung in KB 15) wurden der obligatorischen Krankenversicherung CHF 3'767.95 in Rechnung gestellt. Ein ähnlicher Vergleich lässt sich für die vom Spital und Altersheim Belp erbrachte Behandlung und Betreuung anstellen, wo nach VVG CHF 6'039.60 (KB 18) und nach obligatorischer Krankenversicherung CHF 6'550.00 (RB 25) in Rechnung gestellt wurden. Daraus wird klar, dass die fraglichen Spitalaufenthalte korrekt abgerechnet wurden und die Klägerin im vorliegenden Verfahren nur nach VVG abgerechnete Beiträge einfordert. Auch in diesem Punkt lässt sich folglich keine Verletzung der Schadenminderungspflicht ausmachen.

15. Substanziierung und Beweis der Leistungen

- 15.1 Die Feststellung, wonach die von der Zusatzversicherung vergüteten Kosten grundsätzlich ersatzfähig sind, befreit die Klägerin freilich nicht davon, den Schaden und die draus folgenden Ansprüche im Einzelnen zu behaupten und zu beweisen (Art. 8 ZGB, Art. 42 Abs. 1 OR). In diesem Zusammenhang rügt die Beklagte eine mangelnde Substanziierung des Schadens. Sie meint, die Klägerin lege nicht dar, welche Leistungen mit den vier Rechnungen, für deren Bezahlung sie nun Ersatz beanspruche, genau abgegolten worden seien und warum die Patientin diese zwingend gebraucht habe. Dies lasse sich auch den eingereichten Klagebeilagen nicht entnehmen. Damit fehle es an jeglichem Beweis eines haftpflichtrechtlichen Schadens (pag. 24 ff., 83).
- 15.2 Dieser Rüge hält die Klägerin entgegen, es sei ihrer Ansicht nach gerichtsnotorisch, dass die mit der halbprivaten Unterbringung verbundenen Mehrkosten in Mehrleistungen im Bereich der Hotellerie (insbesondere durch Zuweisung eines

Zweibettzimmers und durch grössere Auswahl beim Essen), im Bereich Pflege (insbesondere häufigere und längere Einsätze des Pflegepersonals) und im Bereich der ärztlichen Leistungen (insbesondere Betreuung durch Kaderärzte) bestünden (pag. 58).

15.3 Die Parteien haben dem Gericht die Tatsachen, auf die sie ihre Begehren stützen, darzulegen und die Beweismittel anzugeben (Verhandlungsmaxime, Art. 55 Abs. 1 ZPO). Dementsprechend müssen die Tatsachenbehauptungen und die Bezeichnung der einzelnen Beweismittel zu den behaupteten Tatsachen in der Klageschrift enthalten sein (Art. 221 Abs. 1 Bst. d und e ZPO). In einem ersten Schritt hat die klagende Partei somit Behauptungen zum Sachverhalt, aus dem sie ihre Begehren ableitet, aufzustellen. Wo es an einem Sachvorbringen fehlt, kann notwendigerweise auch nichts bewiesen werden. Ein schlüssiger Tatsachenvortrag setzt Vollständigkeit und Widerspruchsfreiheit der Behauptungen voraus (HURNI, in: Berner Kommentar Schweizerische Zivilprozessordnung Band I, 2012, N. 15 und 20 zu Art. 55 ZPO). Erst in einem zweiten Schritt ist die Substanziierung von Bedeutung. Bei der Substanziierungslast geht es um das Vorbringen von Einzeltatsachen bzw. um die Frage, wie detailliert die behauptungsbelastete Partei eine Tatsache vorzubringen hat. Wie ausführlich im konkreten Fall die jeweiligen Behauptungen zu substantzieren sind, hängt zum einen von den Tatbestandsmerkmalen der angerufenen Norm, zum anderen vom Grad etwaiger Bestreitungen der Gegenpartei ab. Demzufolge verlangt die Substanziierungslast, den durch die gegnerischen Bestreitungen zu ungenau gewordenen Tatsachenvortrag so weit zu konkretisieren, bis er als subsumtionsfähig und schlüssig gelten kann, um wiederum eine genauere Bestreitung durch die Gegenpartei sowie die beweismässige Abklärung des Sachverhalts zu ermöglichen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bedeutet dies, dass die Vorbringen nicht nur in den Grundzügen, sondern in Einzeltatsachen zergliedert so umfassend und klar darzulegen sind, dass darüber Beweis abgenommen oder dagegen der Gegenbeweis angetreten werden kann (BGE 144 III 519 E. 5.2.1.1; 127 III 365 E. 2b; Urteile des Bundesgerichts 4A_210/2009 vom 7. April 2010 E. 3.2; 4A_144/2009 vom 6. Oktober 2009 E. 3.2). Den Anforderungen an die Substanziierung genügt, wenn die Tatsachen in einer den Gewohnheiten des Lebens entsprechenden Weise in ihren wesentlichen Zügen und Umrissen behauptet sind. Demnach ist die klagende Partei nicht gehalten, bei einer Reihe von Rechnungen für jede detaillierte Angaben zu machen und die einzelnen Rechnungspositionen in die eigentliche Klageschrift zu übernehmen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Zuordnung von Rechnungen zu den Aufwendungen, für die Ersatz beansprucht wird, klar ist (Urteile des Bundesgerichts 4A_552/2015 vom 25. Mai 2016 E. 3.4; 4A_281/2017 vom 22. Januar 2018 E. 5.2). Wer jedoch Schadenersatz einklagt, hat auf alle Fälle substantziiert darzutun, inwiefern die geltend gemachten Aufwendungen haftpflichtrechtlich als Schaden zu betrachten sind, mithin gerechtfertigt, notwendig und angemessen waren (Urteil des Bundesgerichts 4A_264/2015 vom 10. August 2018 E. 4.2.2).

15.4 Nachfolgend wird in Bezug auf die einzelnen Rechnungen untersucht, ob die Klägerin den Anforderungen an die Substanziierungsobliegenheit genügt.

15.4.1 Leistungen des Spitals Tiefenau

E. _____ befand sich zur Notfallkonsultation und anschliessend während sechs Tagen zur Hospitalisation im Spital Tiefenau. Wie die Klägerin in ihrer Replik schreibt, sei aus der Rechnung des Spitals Tiefenau vom 17. Juni 2014 (KB 15) zu ersehen, welche Mehraufwände sie vergütet habe; nämlich Mehrleistungen für zusätzlichen Hotelleriekomfort (CHF 809.70) sowie Mehrleistungen im ärztlichen und pflegerischen Bereich. Letztere seien nach dem DRG-System abgerechnet worden, wobei die gleiche Tarifziffer wie in der Grundversicherung zur Anwendung gekommen sei, dies zu der mit der Klägerin vereinbarten Baserate (Basistarif). Dieser Tarif sei für «nicht operativ behandelte Erkrankungen im Wirbelsäulenbereich bei mehr als einem Behandlungstag» angewendet worden. Gemäss Bestätigung der Insel Gruppe AG vom 13. Oktober 2016 (RB 21) seien hierdurch Mehrleistungen wie freie Wahl des qualifizierten Facharztes, Beratung, Betreuung und Visiten durch einen Facharzt, persönliche Betreuung und Beratung während des Aufenthaltes, individuelle Tagesplanung, erweiterte pflegerische und therapeutische Massnahmen sowie Aufenthalt in einem Zweibettzimmer mit entsprechender Grösse und Lage des Zimmers abgegolten worden (pag. 58 f.).

Diese Ausführungen sind im Hinblick auf die Substanziierung nicht zu beanstanden. Zunächst ergibt sich aus der Rechnung des Spitals in KB 15 allgemein, inwieweit E. _____ eine halbprivate Behandlung zukam und zu welchem Preis (Behandlung der Wirbelsäulenverletzung ohne Operation: CHF 2'640.08, Hotelleriekomfort: CHF 809.70). Welche Mehrleistungen im Vergleich zur Grundversicherung damit genau abgegolten wurden, zeigt das Schreiben der Insel Gruppe AG in RB 21. Dieses Schreiben verweist weiter auf den Vertrag zwischen der Klägerin und der Spital Netz Bern AG, zu der auch das Spital Tiefenau gehört, betreffend Rechnungsstellung für Behandlungen von Versicherten der Halbprivat- und Privatabteilung, gültig vom 1. Januar 2012 bis 31. Dezember 2014 (RB 23). Der Vertrag ist an sich selbsterklärend: Gemäss Art. 3 Abs. 1 des Vertrags verrechnet das Spital pro akut-stationäre Behandlung für Mehrleistungen von Halbprivat- und Privatpatienten eine festgelegte «Baserate» für die Arzthonorare und Mehrleistungen des Spitals sowie eine Tagespauschale für die Mehrleistungen der Hotellerie. Welche Mehrleistungen damit genau abgegolten werden, kann Anhang 1 zum Vertrag, Art. 1.2 entnommen werden, nämlich die von der Spital Netz Bern AG in ihrem Schreiben genannten (freie Wahl des qualifizierten Facharztes, Beratung, Betreuung und Visiten durch einen Facharzt, persönliche Betreuung und Beratung während des Aufenthaltes, individuelle Tagesplanung und zusätzlich ein individuelles Pflegekonzept und eine Kaderperson als Ansprechpartner sowie eine frühzeitige Austrittsplanung, erweiterte pflegerische und therapeutische Massnahmen, Aufenthalt in einem Zweibettzimmer mit entsprechender Grösse und Lage des Zimmers und schliesslich Wahlverpflegung mit Beratung sowie Zusatzverpflegung).

Die genannten Leistungen wurden also nach Pauschalen abgerechnet: Die Hotellerieleistungen nach einer Pauschale pro Nacht (KB 23, Anhang 1, Art. 1.1 Abs. 4) die Arzthonorare und Mehrleistungen des Spitals (insbesondere Pflegeleistungen, vgl. KB 23, Anhang 1, Art. 1.2 Abs. 1) nach einer «Baserate» (DRG-Pauschalen, d.h. Fallpauschalen) multipliziert mit dem Kostengewicht des Falles (KB 23, Anhang 1, Art. 1.1 Abs. 2 und Art. 3). Die Abrechnung nach Pauschaltarifen bedeutet nichts anderes, als dass unabhängig vom Umfang der von der Patientin bean-

spruchten Leistungen die Kosten entsprechend der einschlägigen Fallpauschale resp. der Anzahl Aufenthaltstage erhoben wurden. Somit wäre unabhängig vom tatsächlichen Leistungsumfang für die Behandlung der Wirbelsäulenverletzung stets dieselbe Basisrate und für den Hotelleriekomfort pro Tag dieselbe Pauschale in Rechnung gestellt worden. Die Klägerin war folglich nicht gehalten, die Aufwendungen der Leistungserbringerin in weitere Einzelpositionen aufzuteilen, da die Kosten für die gesamte Behandlungsdauer in jedem Fall gleich hoch ausgefallen wären und eine weitere Zergliederung schlicht sinnlos wäre. Dies gilt auch für die «erweiterten pflegerischen und therapeutischen Massnahmen», deren Substanziierung die Beklagte gesondert bestreitet (pag. 81). Es mag sich dabei um eine wenig spezifische Umschreibung handeln, dennoch wären auch hierfür so oder anders die gleichen Kosten angefallen, da diese Position von der Pauschale mitumfasst wird.

Zur Anzahl der verrechneten Behandlungstage und zum Umfang der ärztlichen und pflegerischen Leistungen bringt die Beklagte keine Einwendungen vor. Die Bestreitungen beziehen sich einzig auf die Notwendigkeit einer halbprivaten Unterbringung. Dabei handelt es sich jedoch um ein anderes Beweisthema als bei der Frage, ob das Spital die verrechneten Leistungen auch tatsächlich erbracht hat. Mit anderen Worten behauptet die Beklagte nicht, die Rechnung sei selbst dann zu hoch oder unangemessen, wenn die halbprivate Unterbringung haftpflichtrechtlich einen Schaden darstellen würde. Hätte die Beklagte den Leistungsumfang (und nicht nur den Anspruch auf eine Entschädigung nach halbprivatem Tarif) bestreiten wollen, hätte sie dies klar sagen müssen. Nur wenn die klagende Partei erkennen kann, dass auch der Leistungsumfang bestritten wird, muss sie diesen weiter substantiieren und allenfalls Beweismittel dazu anbieten. Ansonsten hat der Leistungsumfang als anerkannt zu gelten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 4A_9/2018 vom 31. Oktober 2018 E. 3.2 f.; 4A_238/2016 vom 26. Juli 2016 E. 2.3.1). Mangels entsprechender Einwände von Seiten der Beklagten durfte die Klägerin somit auf detailliertere Erklärungen zum Leistungsumfang verzichten und sich auf Behauptungen beschränken. Der Leistungsumfang gilt somit als anerkannt. Bekannt und klar sind zudem der Leistungsinhalt (was alles zu diesen Leistungen gehörte) und die Höhe der Pauschale (welche Pauschale für welche Leistungseinheit verrechnet wurde). Daraus lässt sich die klägerische Ersatzforderung für die vom Spital Tiefenau erbrachten Leistungen nachvollziehen. Die Klägerin hat diese Forderung von insgesamt CHF 3'449.80 genügend substantiiert ins Verfahren eingebracht und mittels Rechnung bewiesen

15.4.2 Leistungen des Inselspitals

Insgesamt 16 Tage hielt sich E. _____ anschliessend im Inselspital auf, wo sie zweimal operiert wurde. Die Klägerin führt aus, für diesen Aufenthalt seien ihr die tägliche Mehrbetreuung der Patientin durch das Pflegepersonal, zusätzliche Arzthonorare des Kaderarztes der Chirurgie (CHF 9'655.00, Rechnung des Inselspitals vom 1. September 2014, KB 16) sowie die Zusatztaxen für die Unterbringung im Zweibettzimmer und zusätzliche Honorare des Kaderarztes der Anästhesie (CHF 13'944.00, Rechnung des Inselspitals vom 14. August 2018, KB 17) in Rechnung gestellt worden. Sie verweist weiter auf den mit der Inselspitalgruppe abgeschlos-

senen Vertrag betreffend die Abgeltung der Leistungen für stationäre halbprivate und private Akutpatienten nach VVG (RB 22). Demnach bestünden die abgegelten Mehrleistungen in Zusatzleistungen bei Therapie und Diagnostik, bei der Unterkunft und Verpflegung und im administrativen Bereich, worunter gemäss Anhang 1 namentlich die Unterbringung in einem Zweibettzimmer sowie die Behandlung durch den leitenden Arzt oder einen anderen Facharzt mit entsprechender Berechtigung erfolge. Dies seien allesamt Dienste, welche E. _____ tatsächlich in Anspruch genommen habe; insbesondere sei auch der Eingriff von einem Oberarzt durchgeführt worden (pag. 59).

Wie dem erwähnten Vertrag betreffend Abgeltung der Leistungen für stationäre halbprivate und private Akutpatienten nach VVG zwischen der Klägerin und der Inselfspital-Stiftung vom 12. Mai 2014 (rückwirkend gültig ab 1. Januar 2014) zu entnehmen ist, verrechnet das Inselfspital für Patienten der halbprivaten oder privaten Abteilung pro Aufenthaltstag eine Zusatztaxe, d.h. ebenfalls eine Pauschale (RB 22, Anhang 1, Art. 2). Es kann somit auf das unter E. 15.4.1 Gesagte verwiesen werden: Aufgrund der Abrechnung nach Pauschalen musste die Klägerin keine genauere Zergliederung der damit vergüteten einzelnen Leistungen vornehmen.

Darüber hinaus werden die Honorare der Fachärzte gemäss Vertrag nach Honorarsätzen des Inselfspitals zusätzlich in Rechnung gestellt (RB 22, Anhang 2, Art. 1). Unbestrittenermassen waren Fachärzte an der Behandlung und Betreuung von E. _____ beteiligt. Die Beklagte macht nicht geltend, einzelne von Fachärzten erbrachte Aufwendungen seien für die Behandlung von E. _____ nicht notwendig gewesen. Sie stellt wiederum einzig die Notwendigkeit einer halbprivaten Betreuung, mithin die Betreuung durch einen Kaderarzt in Frage (vgl. pag. 25, 81). Zudem trifft es nicht zu, wie die Beklagte in der Klageantwort behauptet (pag. 26), dass unklar ist, «was diese Leistungen sein sollen und warum E. _____ diese Leistungen zwingend gebraucht haben soll». Wie die Klägerin mit Verweis auf RB 22 richtig ausführt, fielen sämtliche dieser über die Grundversicherung hinausgehenden Kosten an, weil die Patientin von einem Oberarzt betreut wurde und in einem Zweibettzimmer untergebracht war. Zudem sind die ärztlichen Leistungen in den fraglichen Rechnungen detailliert aufgeführt. Die Rechnung vom 1. September 2014 (KB 16) führt folgende Leistungen auf: Honorar tägliche Betreuung bis 30min; Eintrittsuntersuchung; dorsale Spondylodese, thorakal, thorakolumbal, bis 2 Segmente; Dekompression und Laminektomie; perkutane transpedikuläre Vertebroplastik, jede Methode bis 3. Wirbel; Austrittsuntersuchung. Die Eintritts- und die Austrittsuntersuchung fallen mit je CHF 200.00 zu Buche, während für die tägliche Betreuung jeweils CHF 95.00 in Rechnung gestellt werden. Für die genannten chirurgischen Eingriffe werden unter dem Titel «Honorar Eingriff» Beträge von CHF 980.00, 4'165.00 sowie CHF 2'875.00 gefordert. Somit lässt sich der Rechnung entnehmen, dass die genannten chirurgischen Eingriffe sowie eine Eintritts- und eine Austrittsuntersuchung durchgeführt wurden. Die tägliche Betreuung bestand zudem offensichtlich in Arztvisiten, wie sie an Spitälern bekanntermassen allgemein üblich sind. Dasselbe gilt für die Rechnung vom 14. August 2014 (KB 17). Darin werden neben den bereits erwähnten Zusatztaxen (CHF 575.00, 2'875.00 und CHF 5'750.00) die Honorare für die Anästhesie (CHF 2'082.00 und CHF 2'572.00) sowie wiederum die Honorare für die Betreuung von jeweils zwei-

mal CHF 45.00 in Rechnung gestellt. Somit sind in der Rechnung die im Hinblick auf die Eingriffe erbrachten spezifischen Leistungen der Anästhesie sowie die darauf folgenden Arztvisiten klar aufgeführt. Mit der Vorlage der Rechnungen hat die Klägerin die ärztlichen Leistungen demnach hinreichend substantiiert. Die Beklagte konnte sich folglich nicht damit begnügen, die Leistungen allgemein zu bestreiten, sondern hätte im Einzelnen darlegen müssen, welche Leistungen sie aus welchen Gründen bestreitet (vgl. BGE 144 III 519 E. 5.3.2). Dies hat umso mehr zu gelten, als allgemein bekannt ist, dass ein operativer Eingriff Leistungen der Anästhesie mit einschliesst und in einem Spital regelmässige Arztvisiten zur Nachbetreuung stattfinden. Bei dieser Ausgangslage war die Klägerin nicht gehalten, ohne konkrete Bestreitung diese allgemein bekannten ärztlichen Leistungen in weitere Einzelleistungen aufzugliedern. Mangels genügender Bestreitung gilt der Leistungsumfang somit als anerkannt.

Insgesamt hat die Klägerin demnach deutlich aufgezeigt, für welche pauschal resp. nach Honorarrichtlinien abgerechneten Leistungspositionen des Inselspitals sie wie viel bezahlt hat. Damit ist sie auch hinsichtlich der für die Leistungen des Inselspitals geltend gemachten Ersatzforderungen ihrer Substanziierungsobliegenheit nachgekommen. Soweit die Leistungen nach dem Gesagten mangels hinreichender Bestreitung nicht ohnehin als anerkannt gelten, sind sie durch die Rechnungen des Inselspitals genügend belegt und damit bewiesen.

15.4.3 Leistungen des Spitals und Altersheims Belp

Vor ihrer Entlassung war E. _____ schliesslich zwecks Rehabilitation 20 Tage im Spital und Altersheim Belp untergebracht. Die Klägerin schreibt dazu, die entsprechende Rechnung vom 16. Juli 2014 (KB 18) sei für die ärztlichen Leistungen und Mehrleistungen der geriatrischen Rehabilitation gestellt worden. Diese Abrechnung beruhe auf dem mit der Spital Netz Bern AG geschlossenen Vertrag vom 13./30. Januar 2012 (RB 23), der gemäss Art. 1 Abs. 1 namentlich das Spital Belp und die geriatrische Rehabilitation umfasse. Für die Mehrleistungen werde eine Tagespauschale verrechnet, welche die Arztleistungen, die Mehrleistungen des Spitals und diejenigen der Hotellerie umfasse (Art. 3 Abs. 2 des Vertrags). Damit würden Mehrleistungen wie die freie Wahl des qualifizierten Facharztes, die Betreuung, Behandlung, Visiten und Informationen durch den Facharzt, persönliche Betreuung und Beratung während des Aufenthaltes, das individuelle Pflegekonzept und Tagesplanung, eine Kaderperson als Ansprechpartner, erweiterte pflegerische und therapeutische Massnahmen, die frühzeitige Austrittsplanung sowie Aufenthalt im Zweibettzimmer mit entsprechender Grösse, Lage und mit WC und/oder Dusche sowie die Wahlverpflegung mit Beratung samt Zusatzversicherung (Anhang 2, Art. 1.2) abgegolten (pag. 60).

Das Spital und Altersheim Belp untersteht somit dem gleichen Vertrag wie das Spital Tiefenau, nämlich dem Vertrag zwischen der Klägerin und der Spital Netz Bern AG betreffend Rechnungsstellung für Behandlungen von Versicherten der Halbpri- vat- und Privatabteilung vom 13. Januar 2012. Auch das Spital und Altersheim Belp rechnet seine Aufwände bei Rehabilitationsbehandlungen gemäss diesem Vertrag nach Tagespauschalen ab. Davon umfasst werden die Arzthonorare, Mehrleistungen des Spitals einschliesslich Mehrleistungen der Hotellerie (RB 23, Art. 3 Abs. 2).

Was genau unter diese Mehrleistungen fällt, lässt sich den Erläuterungen der Klägerin sowie Anhang 2, Art. 1.2 des Vertrags ohne weiteres entnehmen. Im Zentrum stehen wiederum die Betreuung durch eine Kaderperson und der Aufenthalt in einem Zweibettzimmer. Zwar lassen sich einzelne Positionen nur schwerlich erfassen, so etwa die «persönliche Betreuung und Beratung während des Aufenthaltes». Eine Aufgliederung in einzelne medizinische und pflegerische Tätigkeiten war aber dennoch nicht nötig, da unabhängig von Art und Umfang der Leistung dieselbe Tagespauschale erhoben wurde. Die Klägerin hat dargelegt, für wie viele Rehabilitationstage sie Tagespauschalen bezahlte und welche Zusatzleistungen sie damit im Allgemeinen abgalt. Somit ist auch die Regressforderung für die vom Spital und Altersheim Belp erbrachten Leistungen über CHF 6'039.60 hinreichend substantiiert und durch die Rechnungen bewiesen

15.5 Da die Klägerin die Vergütung an die involvierten Institutionen nachweislich nach Tagespauschalen resp. Basistarifen entrichtete, geht der Einwand der Beklagten der mangelnden Substanziierung insgesamt fehl. Aus den mit den Spitälern abgeschlossenen Verträgen (RB 22 und RB 23) lässt sich ableiten, von welchen Mehrleistungen Patienten in der Privat- oder Halbprivatabteilung profitieren können. Dass einzelne dieser Positionen womöglich eher vage umschrieben sind, spielt keine Rolle, da die Vergütung wie mehrfach erwähnt meist pauschal erfolgte. Im Übrigen stammen diese teils weit gefassten Bezeichnungen aus den genannten, hier massgeblichen Verträgen selber. Damit lässt sich erklären, warum auch die Klägerin sich mit eher offen gehaltenen Begriffen begnügt – sie hat einfach das wiedergegeben, was mit den betroffenen Institutionen vereinbart war. Substantiiert genug sind schliesslich auch die klägerischen Ausführungen zu den Kosten für die Honorare der Fachärzte am Inselspital.

16. Unfallkausalität

16.1 Die Beklagte macht sodann geltend, es fehle an der Kausalität der entstandenen Kosten zum Unfallereignis. So sei ihrer Ansicht nach die Unfallkausalität bezüglich Osteoporose, chronischer Niereninsuffizienz, dem symptomatischen Harnwegsinfekt, der Erhöhung der Leberenzyme und der subklinischen Hypothyreose zu verneinen. Gemäss Austrittsbericht des Spitals Tiefenau sei E._____ wegen sieben Hauptdiagnosen in Behandlung gewesen, wovon nur eine unfallkausal gewesen sei. Dies ergebe sich auch aus dem Austrittsbericht des Spitals und Altersheims Belp. Soweit die weiteren Beschwerden mitbehandelt worden seien, seien die entsprechenden Kosten als unfallfremd auszuscheiden und könnten mangels Kausalität nicht eingefordert werden (pag. 28, 83). Die Klägerin habe es versäumt, eine entsprechende Ausscheidung vorzunehmen, womit es an einem nachgewiesenen Substrat fehle und nichts zurückgefordert werden könne (pag. 37).

16.2 Die Klägerin wendet ein, die Notwendigkeit der Behandlung habe sich zweifellos aus dem Unfallereignis vom 12. Mai 2014 ergeben. Unfallfremde gesundheitliche Beeinträchtigungen hätten keinen Einfluss auf die verrechneten Leistungspositionen gehabt und selbst wenn, wäre die stationäre Behandlung dieser unfallfremden Beschwerden natürlich und adäquat kausal auf den Unfall zurückzuführen. Ihrer

Meinung nach ist die Unfallkausalität somit hinsichtlich sämtlicher Schadenspositionen zu bejahen (pag. 60 ff.).

- 16.3 Im ausservertraglichen Haftpflichtrecht gilt der allgemeine Grundsatz, wonach nur Schäden ersetzt werden, die mit einem bestimmten schädigenden Verhalten in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang stehen. Die adäquate Kausalität ist zu bejahen, wenn das schädigende Verhalten nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, einen Schaden der eingetretenen Art herbeizuführen (BGE 111 Ib 192 E. 2a). Vorbestehende Gesundheitsschäden, sog. konstitutionelle Prädispositionen, können diesen Zusammenhang unter Umständen unterbrechen. Diejenigen vermögensrechtlichen Folgen, welche auf vorbestehende Schwächen, die sich mit Sicherheit oder zumindest mit hoher Wahrscheinlichkeit auch ohne das schädigende Ereignis früher oder später ausgewirkt hätten, zurückzuführen sind, sind von der Schadensberechnung anteilmässig auszuschneiden. Wäre der Schaden dagegen ohne den Unfall voraussichtlich überhaupt nicht eingetreten, bleibt die haftpflichtige Person für die gesetzte Ursache auch dann voll verantwortlich, wenn der krankhafte Vorzustand den Eintritt des Schadens begünstigt oder dessen Ausmass vergrössert hat. Ausnahmsweise, wenn dieses Ergebnis aufgrund weiterer Umstände als unverhältnismässig und unbillig erscheinen würde, kann in diesem Fall der Schadenersatz gestützt auf Art. 44 OR herabgesetzt werden (BGE 113 II 86; 131 III 12 E. 4). Die Beweislast für ersatzreduzierende Umstände liegt bei der Beklagten (BGE 112 II 439 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 6B_60/2008 vom 23. April 2008 E. 2.3.3).
- 16.4 Unbestrittenermassen finden sich in den Austrittsberichten der drei involvierten Spitäler Diagnosen, welche – soweit von einem Laien beurteilbar – nicht direkt mit dem Unfall in Zusammenhang stehen. Zu nennen sind beispielsweise wie von der Beklagten erwähnt die Osteoporose, die Niereninsuffizienz, der Harnwegsinfekt, die Erhöhung der Leberenzyme und die subklinische Hypothyreose (Unterversorgung mit Schilddrüsenhormonen) oder auch die arterielle Hypertonie und das Orthostase-Syndrom (vgl. Austrittsbericht des Spitals und Altersheims Belp vom 1. Juli 2014, KB 10). Fraglich ist, ob und inwiefern diese Nebendiagnosen sich in den entstandenen Kosten niedergeschlagen haben.

Von der Beklagten nicht bestritten wird, dass die Geschädigte wegen des Sturzes im Bus und dessen Folgen hospitalisiert werden musste. Der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der Notwendigkeit einer Behandlung an sich ist somit unstreitig gegeben. Die Einwände der Beklagten beziehen sich nur auf einzelne wahrscheinlich unfallfremde Diagnosen, für deren Behandlungskosten sie ihrer Ansicht nach mangels Kausalität nicht einzustehen habe. Wie bereits hinlänglich aufgezeigt, erfolgte die Abrechnung jedoch grösstenteils nach pauschalen Tarifen. Es liegt in der Natur einer Pauschalvergütung, dass äussere Faktoren wie hier allfällige Nebendiagnosen oder konstitutionelle Prädispositionen auf deren Höhe keinen Einfluss haben. Die Klägerin bezahlte für die Behandlung von E._____ pro Behandlungstag und pro Tarifiziffer nach DRG-System somit gleich viel, wie sie für die Behandlung einer anderen Person ohne jegliche vorbestehenden Beschwerden bezahlt hätte. Soweit die Leistungen der behandelnden Spitäler nach Pauschalen abgerechnet wurden (Tagespauschalen oder nach DRG-System), kann die Unfall-

kausalität der entsprechenden Kosten somit bejaht werden. Der Einwand der Beklagten ist somit von vornherein unerheblich.

Von dieser pauschalen Abrechnungsart weichen einzig die Honorare der behandelnden Ärzte des Inseospitals ab. Im Inseospital wurde die Verunfallte zweimal an der Lendenwirbelsäule operiert (vgl. Operationsberichte vom 27. Mai 2014 und vom 1. Juni 2014, KB 6 und 7). Dass die Operation und die damit verbundenen Kosten nicht unfallkausal gewesen wären, wird von der Beklagten nicht geltend gemacht. So hat sie im Austrittsbericht des Inseospitals vom 19. Juni 2014 (KB 9) offenbar keine unfallfremden Diagnosen erkennen können (vgl. pag. 83). Sie bringt einzig vor, die Patientin hätte keine über die von der Grundversicherung gedeckte Operation hinausgehenden Leistungen benötigt (pag. 25). Damit begründet sie aber wiederum nur eine angebliche Verletzung der Schadenminderungspflicht, rügt aber keine fehlende Kausalität zwischen dem Unfall und den Kosten ärztlicher Leistungen. Somit ist mangels substantzierter Bestreitungen davon auszugehen, dass auch die von der Klägerin übernommenen Kosten für die Honorare der operierenden Ärzte am Inseospital unfallkausal waren.

Schliesslich sind die Einwände der hinsichtlich schadensmindernden Faktoren Beweisbelasteten Beklagten nicht hinreichend substantiiert. Sie hätte anhand der Arztberichte und möglicher weiterer Beweismittel im Einzelnen darlegen müssen, inwiefern die Geschädigte für einzelne unfallfremde Leiden tatsächlich behandelt worden ist. Denn die Diagnoseliste gibt nur den Stand der gesundheitlichen Beschwerden eines Patienten wieder und bedeutet nicht ohne weiteres, dass die darin aufgeführten gesundheitlichen Beschwerden auch tatsächlich behandelt worden sind. Die Beklagte beschränkt sich auf den blossen Hinweis, dass weitere, angeblich unfallfremde Diagnosen in den Austrittsberichten erwähnt werden, und kommt damit insoweit ihrer Substanziierungsobliegenheit nicht nach. Soweit solche gesundheitlichen Beschwerden vorliegend tatsächlich behandelt worden wären, hätte die Beklagte weiter aufzeigen müssen, inwiefern die Geschädigte durch deren Mitbehandlung im Rahmen des unfallbedingten Spital- und Rehabilitationsaufenthalts eine Einsparung hätte erzielen können. Denn die Geschädigte muss sich nur anrechnen lassen, was sie zur Behandlung der unfallfremden Krankheiten ohne den Unfall ohnehin hätte aufwenden müssen. Hingegen sind die Mehrkosten, die dadurch entstanden sind, dass diese Behandlung unfallbedingt in einem Spital oder einem Heim durchgeführt werden muss, unfallkausal. Den Ausführungen der Beklagten lässt sich nicht entnehmen, dass sie dies hätte aufzeigen wollen. Das Gericht ist nicht gehalten, von Amtes wegen in den Akten nach entsprechenden Hinweisen zu forschen und eine solche Rechnung selbst durchzuführen. Die Behauptungen der Beklagten sind diesbezüglich ungenügend.

Aus diesen Gründen vermögen die altersbedingten körperlichen Beeinträchtigungen von E. _____ den Kausalzusammenhang zwischen ihrem Unfall und der von der Klägerin übernommenen Kosten für die anschliessende Behandlung gesamthaft nicht zu unterbrechen.

17. Fazit

Alles in allem sind die von der Beklagten gegen die klägerische Forderung angebrachten Einwände unbehelflich. Die Klägerin hat dem Spital Tiefenau, dem Inselspital sowie dem Spital und Altersheim Belp die im Rahmen der halbprivaten Behandlung von E. _____ erbrachten Leistungen vergütet. Diese Zusatzleistungen stellen haftpflichtrechtlich relevanten Schaden dar und sind adäquat kausal auf das Unfallereignis zurückzuführen. Der der Klägerin daraus entstandene Schaden wurde hinreichend substantiiert in das Verfahren eingebracht. Die Beklagte hat der Klägerin gestützt auf Art. 71 Abs. 1 VVG die Kosten zu ersetzen, die dieser im Zusammenhang mit dem Unfall von E. _____ vom 12. Mai 2014 entstanden sind. Damit wird die Klage gutgeheissen und die Beklagte verurteilt, der Klägerin CHF 30'448.30 zu bezahlen.

18. Zins

18.1 Auf die genannte Forderung verlangt die Klägerin Zins zu 5% wie folgt:

- auf CHF 3'449.80 seit 17. Juli 2014;
- auf CHF 9'655.00 seit 1. Oktober 2014;
- auf CHF 13'944.00 seit 13. September 2014;
- auf CHF 6'039.60 seit 16. August 2014.

Betreffend Beginn des Zinslaufes stellt sie damit offenbar auf die Daten der jeweiligen Zahlungsfristen (Datum der Rechnungstellung zuzüglich 30 Tage Zahlungsfrist) ab. Die Beklagte äussert sich zur Zinsforderung nicht.

18.3 Zum Schaden gehört nach konstanter Rechtsprechung der Zins vom Zeitpunkt an, in dem das schädigende Ereignis sich finanziell ausgewirkt hat, bis zum Tag der Zahlung des Schadenersatzes. Dieser Schadenszins bezweckt, den Anspruchsberechtigten so zu stellen, wie wenn er bereits am Tag des Schadenseintritts für dessen wirtschaftliche Auswirkungen entschädigt worden wäre. Anders als beim Verzugszins ist beim Schadenszins eine Mahnung des Gläubigers nicht vorausgesetzt. Da er funktional denselben Zweck wie der Verzugszins erfüllt, kann er nicht kumulativ zu diesem zugesprochen werden (BGE 130 III 591 E. 4; 122 III 53 E. 4a). Sofern nicht anders beantragt, geht das Bundesgericht in Anwendung von Art. 73 Abs. 1 OR regelmässig von einem Zinsfuss von 5% aus (BGE 131 II 217 E. 4.2; 131 III 12 E. 9.4). Konkret ist der bis zum massgeblichen Zeitpunkt entstandene, tatsächlich berechnete Schaden ohne Aufrechnung der bisherigen Zinsen ab seiner Entstehung bis zur Bezahlung mit 5% zu verzinsen, wobei der Nachweis eines höheren Schadens vorbehalten bleibt (BGE 131 III 12 E. 9.5). Zeitlich ist dabei nicht auf den Zeitpunkt abzustellen, in dem die Verletzungshandlung stattgefunden hat, sondern in dem die konkreten Auslagen getätigt wurden (ROBERTO, Haftpflichtrecht, 2. Aufl. 2018, S. 258 Rz. 30.42).

18.4 Die Ansprüche der behandelnden Spitäler auf Vergütung sind mit Erbringung der jeweiligen Behandlungsleistungen entstanden (vgl. Art. 75 OR). Mit der Rechnungstellung wurde die Leistungspflichtige, vorliegend die Klägerin als Versicherung, zur Bezahlung aufgefordert, wobei ihr eine Frist von 30 Tagen angesetzt wurde. Die Klägerin ist stillschweigend der Auffassung, die Forderungen hätten mit

Ablauf dieser Fristen in ihr Vermögen eingegriffen. Diese Auffassung ist nicht zu beanstanden. Spätestens mit Ablauf der Zahlungsfristen hat sich das Unfallereignis finanziell auf das Vermögen der Klägerin ausgewirkt. Bei der Rechnung für die Leistungen des Spitals und Altersheims Belp wäre dies der 15. und nicht der 16. August 2014. Da die Klägerin jedoch erst ab dem 16. August 2014 Zins beansprucht, ist in Anwendung von Art. 58 Abs. 1 ZPO auf dieses Datum abzustellen. Ihr wird auf die geltend gemachten Forderungen somit wie beantragt ein Zins von 5% ab dem Ablauf der Zahlungsfristen der jeweiligen Rechnungen resp. ab dem 16. August 2014 zugesprochen.

IV. Kosten

19. Nachdem das Bundesgericht den Entscheid des Handelsgerichts des Kantons Bern HG 16 38 aufgehoben hat, ist auch über die Verfahrenskosten neu zu befinden.
20. Nach Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten der unterliegenden Partei auferlegt. Hat keine Partei vollständig obsiegt, werden die Prozesskosten nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt (Art. 106 Abs. 2 ZPO).
21. Im vorliegenden Fall ist die Klägerin mit ihren Begehren vollständig durchgedrungen. Daher werden die Prozesskosten der unterliegenden Beklagten auferlegt.
22. Die Prozesskosten setzen sich aus den Gerichtskosten und der Parteientschädigung zusammen (Art. 95 Abs. 1 ZPO). Sie bestimmen sich nach kantonalen Tarifen (Art. 96 ZPO).
23. Gerichtskosten
 - 23.1 Die Gerichtskosten beschränken sich vorliegend auf die Erhebung einer Entscheidgebühr nach Art. 95 Abs. 2 Bst. b ZPO. Ihre Höhe richtet sich nach dem Streitwert des Verfahrens (Art. 21 des Einführungsgesetzes zur Zivilprozessordnung, zur Strafprozessordnung und zur Jugendstrafprozessordnung [EG ZSJ; BSG 271.1] und Art. 42 Abs. 1 des Verfahrenskostendekrets [VKD; BSG 161.12]). Der Streitwert wird durch das Rechtsbegehren bestimmt, wobei insbesondere Zinsen nicht hinzugerechnet werden (Art. 91 Abs. 1 ZPO).
 - 23.2 In casu beläuft sich der Streitwert entsprechend der eingeklagten Forderung auf CHF 33'088.40. Bei einem Streitwert von weniger als CHF 50'000.00 bewegen sich die Pauschalen für den Entscheid zwischen CHF 1'000.00 und CHF 15'000.00 (Art. 42 Abs. 1 Bst. a VKD). Innerhalb dieses Rahmens bemessen sich die Gebühren gemäss Art. 5 VKD anhand des gesamten Zeit- und Arbeitsaufwands, der Bedeutung des Geschäfts und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Kostspflichtigen. Wie bereits im ersten Entscheid HG 16 38, E. 25 ausgeführt, ist von einem durchschnittlichen Zeit- und Arbeitsaufwand, einer leicht überdurchschnittlichen Bedeutung des Geschäfts und einer überdurchschnittlichen Leistungsfähigkeit der Parteien auszugehen. Im ersten Entscheid sind die Gebühren entsprechend der ordentlichen Gebühr gemäss den Richtlinien zur Festsetzung der Gerichtsge-

bühren und Vorschüsse in Zivilverfahren vor Obergericht (Beschluss des Plenums der Zivilabteilung vom 14. Dezember 2010) auf CHF 6'500.00 bestimmt worden. Nach der Rückweisung durch das Bundesgericht hat sich der Zeit- und Arbeitsaufwand vergrössert. Es ist daher angebracht, die Entscheidgebühr entsprechend zu erhöhen. Sie wird auf CHF 7'500.00 festgesetzt.

- 23.3 Wie bereits dargelegt, werden die Gerichtskosten vollständig der Beklagten auferlegt. Sie werden dem von der Klägerin im Verfahren HG 16 38 geleisteten Kostenvorschuss von CHF 6'500.00 entnommen (Art. 111 Abs. 1 ZPO). Ein allfälliger Fehlbetrag wird von der kostenpflichtigen Partei nachgefordert. Diese hat der anderen Partei die geleisteten Vorschüsse zu ersetzen (Art. 111 Abs. 1 und 2 ZPO). Folglich hat die Beklagte dem Gericht CHF 1'000.00 nachzuzahlen und der Klägerin CHF 6'500.00 für die geleisteten Vorschüsse zu erstatten.
24. Parteientschädigung
- 24.1 Weiter ist die von der Beklagten der Klägerin geschuldete Parteientschädigung zu bestimmen. Diese besteht aus dem Ersatz notwendiger Auslagen und den Kosten einer berufsmässigen Vertretung (Art. 95 Abs. 3 Bst. a und b ZPO). Die Höhe der Parteientschädigung ist entsprechend den Vorgaben von Art. 5 Abs. 1 der Parteikostenverordnung (PKV; BSG 168.811) festzusetzen. Demnach liegt das Honorar bei einem Streitwert von CHF 20'000.00-50'000.00 bei CHF 3'200.00-15'700.00. Innerhalb dieses Rahmentarifs bemisst sich der Parteikostenersatz gemäss Art. 41 Abs. 3 des kantonalen Anwaltsgesetzes (KAG; BSG 168.11) nach dem in der Sache gebotenen Zeitaufwand sowie der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses.
- 24.2 Rechtsanwalt B._____ macht in seiner Honorarnote vom 18. April 2018 eine Parteientschädigung von CHF 10'000.00 sowie Auslagen von CHF 413.00 geltend (pag. 248 f.). Im ersten Entscheid HG 16 38, E. 26.2, hatte das Handelsgericht eine Parteientschädigung von CHF 10'000.00 für das vorliegende Verfahren als angemessen erachtet. Das geltend gemachte Honorar entspricht diesem Betrag und gibt daher zu keinen weiteren Bemerkungen Anlass. Somit hat die Beklagte der Klägerin eine Parteientschädigung von CHF 10'413.00 (inkl. Auslagen, ohne MWST) zu bezahlen.

Das Handelsgericht entscheidet:

1. Die Klage wird gutgeheissen. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin CHF 33'088.40 nebst 5% Zins wie folgt zu bezahlen:
 - auf CHF 3'449.80 seit 17. Juli 2014;
 - auf CHF 9'655.00 seit 1. Oktober 2014;
 - auf CHF 13'944.00 seit 13. September 2014;
 - auf CHF 6'039.60 seit 16. August 2014.
2. Die Gerichtskosten, bestimmt auf CHF 7'500.00, werden der Beklagten auferlegt. Sie werden dem von der Klägerin geleisteten Gerichtskostenvorschuss von CHF 6'500.00 entnommen. Die Beklagte wird verurteilt, dem Gericht CHF 1'000.00 nachzuzahlen und der Klägerin CHF 6'500.00 für vorgeschossene Gerichtskosten zu ersetzen.
3. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin eine Parteientschädigung von CHF 10'413.00 (inkl. Auslagen, ohne MWST) zu bezahlen.
4. Zu eröffnen:
 - den Parteien (per Einschreiben)

Bern, 27. Juni 2019

Im Namen des Handelsgerichts

Der Präsident:

Oberrichter Josi

Die Gerichtsschreiberin:

Lustenberger

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Av. du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14, Beschwerde in Zivilsachen gemäss Art. 39 ff., 72 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes (BGG; SR 173.110) geführt werden. Die Beschwerde muss den Anforderungen von Art. 42 BGG entsprechen. Der Streitwert i.S.v. Art. 51 ff. BGG beträgt CHF 33'080.40.

Hinweis: Der Entscheid ist rechtskräftig.