Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}

4A 67/2014

Urteil vom 4. März 2015

I. zivilrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichterin Kiss, Präsidentin,
Bundesrichterin Klett, Bundesrichter Kolly, Bundesrichterinnen Hohl, Niquille,
Gerichtsschreiberin Fleischanderl.

Verfahrensbeteiligte
1. A.A._____,
2. B.A._____,
beide vertreten durch Rechtsanwalt Stefan Hofer,
Beschwerdeführer,

gegen

C._____ AG,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Versicherungsvertragsrecht,

Beschwerde gegen das Urteil des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, vom 24. Oktober 2013.

Sachverhalt:

A.

A.a. Die 1926 geborene D.A._____ war bis zu ihrem Tod am 26. Dezember 2011 bei der C._____ AG für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und im Rahmen der Zusatzversicherungen E._____ und F._____ gemäss dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 1908 (VVG; SR 221.229.1) bei der C._____ AG (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) für zeitlich unbegrenzten Spitalaufenthalt in und ausserhalb des Wohnkantons sowie für Pensions- und Behandlungskosten in der privaten Abteilung eines Spitals oder einer Klinik versichert. Auf Grund ihrer fortgeschrittenen Tumorerkrankung (Rektum- bzw. Zökumkarzinom) wurde sie am 14. Juli 2011 vom Bethesda Spital, Basel, in das St. Claraspital, Basel, verlegt, wo sie die ersten vier Tage in der Akutabteilung verbrachte. Am 18. Juli 2011 trat sie in die Palliativabteilung derselben Klinik über, in welcher sie bis zu ihrem Versterben Ende Dezember 2011 von einem Palliativ Care-Team betreut wurde. Die Versicherung übernahm die Kosten des Spitalaufenthalts bis zum 30. August 2011 in der Höhe der tarifvertraglich vereinbarten Akuttaxe der Privatabteilung (à Fr. 836.– pro Tag) aus der Grund- und den Zusatzversicherungen. Für die Zeit ab 31. August 2011, für welche das Spital einen Akuttarif von Fr. 521.– täglich in der allgemeinen Abteilung in Rechnung stellte, reduzierte sie die Vergütung auf die Höhe der Pfle-

getaxe (à Fr. 108.– pro Tag zuzüglich der Pauschale für Mittel und Gegenstände [MiGEL]von Fr. 1.90), da bei D.A._____ keine Akutspitalbedürftigkeit mehr vorgelegen habe. Die im St. Claraspital durchgeführten Leistungen hätten ebenso zweckmässig in einem Pflegeheim vorgenommen werden können. Einzig für den Zeitraum vom 19. bis 25. Oktober 2011 seien infolge einer akuten gastrointestinalen Blutung Akuttaxen zu gewähren. Diesem Entscheid lagen u.a. in der Pflegedokumentation enthaltene Hinweise zugrunde. Danach waren, nachdem die behandelnde Spitalärztin Frau Dr. med. G._____ auf ein Schreiben der C._____ AG vom 22. August 2011 hin angetönt hatte, es seien allenfalls hohe, versicherungsmässig nicht gedeckte Mehrkosten zu gewärtigen, diese von D.A._____ ausdrücklich in Kauf genommen worden. Auch hatte die Tochter A.A._____ gegenüber der Ärztin im Anschluss an diese Aussage erklärt, finanziell ergäben sich keine Probleme; solange es der Mutter gut ginge, sei das "geschmälerte Erbe" kein Thema (Einträge in der Pflegedokumentation vom 24. und 25. August 2011). Ferner hatte sich Frau Dr. med. G._____ gemäss Eintrag vom 22. September 2011 bereits am 24. August 2011 vom Spital eine Zusicherung geben lassen, nach welcher "auf Goodwillebene" formal eine versicherungsmässige Herabstufung der privat versicherten Patientin möglich wäre, falls die Versicherung die Akuttaxe nicht weiter übernähme.
Die in der Folge zwischen den Erben der Verstorbenen, der Tochter A.A._____ und dem Sohn B.A._____ (Beschwerdeführer ), und der C._____ AG bezüglich der Kostendeckung geführten (Vergleichs-) Gespräche verliefen ergebnislos.

A.b. Mit Verfügung vom 9. März 2012 lehnte die C._____ AG eine Übernahme der entsprechenden (Mehr-) Kosten aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ab. Daran wurde auf Einsprache hin festgehalten (Einspracheentscheid vom 2. April 2013). Mit Entscheid vom 24. Oktober 2013 beschied das Kantonsgericht Basel-Landschaft die dagegen erhobene Beschwerde abschlägig. Das Bundesgericht hiess die in der Folge eingereichte Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten teilweise gut und hob den angefochtenen vorinstanzlichen Entscheid mit der Feststellung auf, es bestünde ein Anspruch der Beschwerdeführer auf Vergütung der in der Palliativabteilung des St. Claraspitals, Basel, während des Zeitraums vom 19. Oktober bis 26. Dezember 2011 angefallenen Behandlungskosten (Urteil 9C 67/2014 vom 5. Februar 2015).

B.
Am 8. Mai 2013 reichten A.A._____ und B.A._____ beim Kantonsgericht Basel-Landschaft Klage gegen die C._____ AG ein. Sie beantragten, die Beklagte sei zu verurteilen, den Klägern als Solidargläubigern den Betrag von Fr. 62'694.30, den diese für die Behandlung und Pflege der verstorbenen Mutter in der Palliativabteilung des St. Claraspitals vom 31. August bis 26. Dezember 2011 zu bezahlen hätten, zurückzuerstatten, abzüglich des Betrags, den die C._____ AG aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zusätzlich zu den bereits geleisteten Beträgen noch zu erbringen habe. Mit Urteil vom 24. Oktober 2013 wies das Kantonsgericht die Klage ab.

C.
A.A._____ und B.A._____ lassen mit Beschwerde in Zivilsachen um Aufhebung des angefochtenen Entscheids ersuchen und ihr klageweise gestelltes Rechtsbegehren erneuern.
Die C._____ AG schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Die Vorinstanz verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Erwägungen:

1.

1.1. Das Bundesgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob ein Rechtsmittel zulässig ist (Art. 29 Abs. 1 BGG; BGE 137 III 417 E. 1 S. 417 mit Hinweisen).

1.2. Zu beurteilen ist die Leistungspflicht aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung. Derartige Zusatzversicherungen unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG dem VVG. Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur, weshalb als Rechtsmittel an das Bundesgericht die Beschwerde in Zivilsachen in Betracht kommt (BGE 133 III 439 E. 2.1 S. 442 mit Hinweisen). Die Beschwerde richtet

sich gegen einen Endentscheid (Art. 90 BGG). Das Kantonsgericht Basel-Landschaft hat als einzige kantonale Instanz im Sinne von Art. 7 ZPO entschieden, weshalb die Beschwerde in vermögensrechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 74 Abs. 2 lit. b BGG unabhängig vom Erreichen der Streitwertgrenze nach Art. 74 Abs. 1 lit. b BGG zulässig ist (vgl. BGE 138 III 2 E. 1.2.2 S. 4). Da auch die übrigen Sachurteilsvoraussetzungen gegeben sind, ist - unter Vorbehalt rechtsgenüglich begründeter Rügen (Art. 42 Abs. 2 und Art. 106 Abs. 2 BGG) - auf die Beschwerde einzutreten.

2.

2.1. Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Die Feststellung des Sachverhalts kann nur gerügt werden, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1 und Art. 105 Abs. 2 BGG). "Offensichtlich unrichtig" bedeutet dabei "willkürlich" (BGE 135 III 127 E. 1.5 S. 130, 397 E. 1.5 S. 401). Beschwerdeführende, die sich auf eine Ausnahme von der Bindung des Bundesgerichts an die tatsächlichen Feststellungen der Vorinstanz berufen und den Sachverhalt gestützt darauf berichtigt wissen wollen, können sich nicht damit begnügen, den bestrittenen Feststellungen eigene tatsächliche Behauptungen gegenüberzustellen oder darzulegen, wie die Beweise ihrer Ansicht nach zu würdigen gewesen wären. Vielmehr müssen sie substanziiert darlegen, inwiefern die Voraussetzungen gemäss Art. 105 Abs. 2 BGG gegeben sind (BGE 136 I 184 E. 1.2 S. 187; 133 III 462 E. 2.4 S. 466 f.). Auf eine Kritik an den tatsächlichen Feststellungen der Vorinstanz, die diesen Anforderungen nicht genügt, ist nicht einzutreten (BGE 133 II 249 E.
1.4.3 S. 254 f.).

2.2. Zu beachten ist, dass das Bundesgericht in die Beweiswürdigung des Sachgerichts nur eingreift, wenn diese willkürlich ist. Willkür liegt nicht schon dann vor, wenn eine andere Lösung ebenfalls in Betracht zu ziehen oder gar vorzuziehen wäre, sondern nur, wenn der angefochtene Entscheid offensichtlich unhaltbar ist, mit der tatsächlichen Situation in klarem Widerspruch steht, eine Norm oder einen unumstrittenen Rechtsgrundsatz krass verletzt oder in stossender Weise dem Gerechtigkeitsgedanken zuwiderläuft (BGE 134 II 124 E. 4.1 S. 133; 132 III 209 E. 2.1 S. 211; 131 I 57 E. 2 S. 61). Die Beweiswürdigung ist mithin nicht schon dann willkürlich, wenn vom Sachgericht gezogene Schlüsse nicht mit der Darstellung der Beschwerdeführenden übereinstimmen, sondern bloss, wenn sie offensichtlich unhaltbar ist (BGE 135 II 356 E. 4.2.1 S. 362; 129 I 8 E. 2.1 S. 9; 116 Ia 85 E. 2b S. 88). Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn das Sachgericht offensichtlich unhaltbare Schlüsse zieht, erhebliche Beweise übersieht oder solche grundlos ausser Acht lässt (vgl. BGE 129 I 8 E. 2.1 S. 9). Inwiefern die Beweiswürdigung willkürlich sein soll, ist in der Beschwerde klar und detailliert aufzuzeigen (BGE 134 II 244 E. 2.2 S. 246; 130 I 258 E. 1.3 S.
261 f.).

3.
Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin aus den Zusatzversicherungen E._____ und F._____ die Differenz zwischen den von der C._____ AG als obligatorischem Krankenversicherer vergüteten Behandlungskosten und dem vom St. Claraspital in Rechnung gestellten Betrag für die stationäre Behandlung der am 26. Dezember 2011 verstorbenen D.A._____ zu übernehmen hat.

4.

4.1. Mit Urteil vom 24. Oktober 2013 hat die Vorinstanz die Klage auf Rückerstattung des Rechnungsbetrags von Fr. 62'694.30 abgewiesen. Als Begründung wurde im Wesentlichen angeführt, D.A._____ sei ab 31. Juli 2011, vorbehältlich der Zeitspanne vom 19. bis 25. Oktober 2011, nicht im Sinne des KVG spitalbedürftig gewesen. Es bestehe daher auch kein Anspruch auf Übernahme der Kosten der stationären Behandlung in der Palliativabteilung des St. Claraspitals aus den Zusatzversicherungen E._____ und F._____.
Die Beschwerdeführer bringen dagegen letztinstanzlich zur Hauptsache vor, entgegen der Annahme des kantonalen Gerichts setze ein Anspruch auf Leistungen aus den Zusatzversicherungen für die spezialisierte Palliative Care in der Palliativabteilung des St. Claraspitals nicht die Bejahung der Spitalbedürftigkeit nach den Bestim-

mungen des KVG voraus. Namentlich aus Art. 2 Abs. 2 der Speziellen Bedingungen der Zusatzversicherung F._____ (nachfolgend: SB F._____) und Art. 5 Abs. 2 der Speziellen Bedingungen der Zusatzversicherung E._____ (nachfolgend: SB E._____), wonach die versicherte Person eine Heilanstalt oder deren Abteilung wählen müsse, die der Art der von ihr benötigten Pflegemassnahmen entspreche, gehe nicht mit der hierfür erforderlichen Klarheit und Unmissverständlichkeit hervor, dass die Behandlung als Palliativpatient in einer dafür spezialisierten Klinik bzw. in einer dafür spezialisierten Abteilung eines Spitals ausgeschlossen sei. Anders als im mit Urteil 4A 228/2012 vom 28. August 2012 (E. 3, nicht publ. in: BGE 138 III 625) zu beurteilenden Fall sei die stationäre Palliativbehandlung vorliegend in den Allgemeinen Bedingungen (betreffend die Einzel-Krankenzusatzversicherung; nachfolgend: AVB-E) nicht
ausdrücklich ausgenommen. Nach dem Vertrauensprinzip habe D.A._____ deshalb davon ausgehen dürfen, dass die von ihr im St. Claraspital beanspruchte Palliative Care die im Sinne der AVB-E und SB notwendige Pflegemassnahme darstellte und deren Kosten aus den Zusatzversicherungen übernommen würden. Durch ihren anderslautenden Entscheid habe die Vorinstanz Art. 33 VVG verletzt.

4.2. Gemäss Art. 33 VVG haftet der Versicherer für alle Ereignisse, welche die Merkmale der Gefahr, gegen deren Folgen Versicherung genommen wurde, an sich tragen, es sei denn, dass der Vertrag einzelne Ereignisse in bestimmter, unzweideutiger Fassung von der Versicherung ausschliesst.
Die Bestimmungen eines Versicherungsvertrags müssen ebenso wie die darin ausdrücklich aufgenommenen Allgemeinen Bedingungen nach den gleichen Grundsätzen ausgelegt werden wie anderweitige Vertragsbestimmungen (BGE 135 III 410 E. 3.2 S. 412 f.; Urteil 4A 228/2012 vom 28. August 2012 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 138 III 625). Das vorinstanzliche Gericht ist zunächst gehalten, den übereinstimmenden wirklichen Willen der Parteien zu bestimmen, ohne die unrichtigen Ausdrucksweisen oder Bezeichnungen zu beachten, die sie aus Irrtum oder in der Absicht gebrauchen, die wahre Beschaffenheit des Vertrags zu verbergen (Art. 18 Abs. 1 OR). Wenn dies gelingt, handelt es sich um eine tatsächliche Feststellung, die das Bundesgericht gemäss Art. 105 BGG grundsätzlich bindet. Kann der wirkliche Wille der Parteien nicht festgestellt werden oder weichen ihre eigentlichen Absichten voneinander ab, muss das Gericht deren Erklärungen und Verhaltensweisen nach der Vertrauenstheorie auslegen. Es hat folglich nachzuforschen, wie eine Erklärung oder ein Verhalten auf Grund der gesamten Umstände nach Treu und Glauben verstanden werden konnte. Das Vertrauensprinzip ermöglicht es somit, einer Partei den objektiven Sinn ihrer Erklärung oder ihres Verhaltens
zuzuschreiben, selbst wenn er nicht ihrem inneren Willen entspricht. Die Anwendung des Vertrauensgrundsatzes ist eine Rechtsfrage, die das Bundesgericht frei prüft (Art. 106 Abs. 1 BGG). Bei dieser Prüfung stützt es sich indessen auf den Inhalt der Willensäusserung und auf die Umstände ab, deren Feststellung wiederum den Sachverhalt beschlägt. Legt ein Versicherer bei Vertragsabschluss allgemeine Versicherungsbedingungen vor, äussert er den Willen, sich nach dem Wortlaut dieser Bedingungen zu verpflichten. Wurde kein entsprechender übereinstimmender wirklicher Wille festgestellt, ist danach zu fragen, wie der Adressat dieser Willensäusserung sie nach Treu und Glauben verstehen konnte. Art. 33 VVG präzisiert, dass es dem Versicherer obliegt, die Tragweite der Verpflichtung, die er eingehen will, genau zu begrenzen (BGE 135 III 410 E. 3.2 S. 412 f.; 133 III 675 E. 3.3 S. 681 mit Hinweisen; Urteile 4A 228/2012 vom 28. August 2012 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 138 III 625, und 5C.17/2003 vom 19. August 2003 E. 3).

4.2.1. In Auslegung der für die Beurteilung des Leistungsanspruchs massgebenden AVB-E und SB wurde im angefochtenen Entscheid folgendes festgehalten: Art. 3 SB F._____ zeige auf, dass die C._____ AG bei einem Spitalaufenthalt sämtliche Behandlungs- und Pensionskosten gemäss vereinbarter Deckung (privat oder halbprivat; hier: privat) ohne Begrenzung von Dauer und Höhe der Kosten zu übernehmen habe. Was unter "Spitalaufenthalt" zu verstehen sei, werde in den AVB-E und SB jedoch ebenso wenig definiert wie der Begriff der "Spitalbedürftigkeit". Aus dem Umstand allein, dass die speziellen Versicherungsbestimmungen die Spitalbedürftigkeit nirgends als Voraussetzung für die Vergütung der stationären Behandlungskosten zum Spitaltarif aufführten, lasse sich jedoch noch nichts zu Gunsten der Beschwerdeführer ableiten (Urteil 5C.17/2003 vom 19. August 2003 E. 3.1). Unbestritten handle es sich, wie den im Kern gleichlautenden Art. 19 Abs. 1 SB F._____ und Art. 20 Abs. 1 SB E._____ zu entnehmen sei ("Die in den vorliegenden Speziellen Bedingungen garantierten Leistungen werden zusätzlich zu denjenigen vergütet, die von der bei C._____ AG oder einem anderen Versicherer abgeschlossenen obligatorischen Krankenpflegeversicherung
gemäss KVG vorgesehen sind."), um Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Diese stünden in einem inneren Zusammenhang zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und seien zu ihr insofern komplementär, als sie Leistungen anböten, welche die Grundversicherung nicht übernehmen dürfe. Sie würden daher auch Komplementär- oder Ergänzungsversicherung genannt. Eine derartige Versicherung zeichne sich dadurch aus, dass eine Versicherung primär zu leisten habe und die im Nachgang haftende Versicherung - die Komplementärversicherung - nicht den gleichen Schaden oder die gleiche Schadensposition decke wie die zum Voraus leistende Versicherung (Gebhard Eugster, Die Unterscheidung zwischen grund- und zusatzversicherten Leistungen im Spitalbereich: Welche juristischen Kriterien sind massgeblich?, in: SZS 2005 S. 445 ff., insb. S. 447 f.). Das Bundesgericht umschreibe diesen Sachverhalt mit dem Begriff "Mehrleistungen, die über den Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hinausgehen" (BGE 135 V 443 E. 2.2 S. 446 f.). Da die Zusatzversicherungen als Ergänzung zur obligatorischen Krankenversicherung gemäss KVG zu verstehen seien, seien Begriffe, die in den speziellen Bestimmungen der
Zusatzversicherungen nicht beschrieben würden, nach den Grundsätzen des KVG auszulegen. Die vertraglichen Leistungskataloge der Spitalzusatzversicherungen seien in der Hauptsache so ausgestaltet, dass nur medizinische Indikationen, die in der Grundversicherung Pflichtleistungen darstellten, eine vertragliche Leistungspflicht auslösten. Mehrleistungen im Verhältnis zur Grundversicherung kämen bei den vom KVG nicht anerkannten Indikationen, Leistungskategorien oder Behandlungsmethoden praktisch nicht vor (Eugster, a.a.O., S. 453 oben). Sinn und Zweck von Spitalzusatzversicherungen für die private Spitalabteilung sei, Wahlfreiheit, Luxus und Komfort zu ermöglichen. Eine Mehrleistung bei Behandlungen, die in der Grundversicherung Pflichtleistung seien, existiere aber bei medizinisch-technischen Leistungen grundsätzlich nicht (Eugster, a.a.O., S. 461). Spitalzusatzversicherungen könnten sodann auch im Tarifrecht des KVG begründet sein. Die Zusatzleistung gegenüber der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bestehe diesfalls darin, dass die Zusatzversicherung es den versicherten Personen ermögliche, das ausserkantonale Spital frei bzw. ohne Behinderung durch die Kostenfrage zu wählen (Eugster, a.a.O., S. 453 f.).
Daraus ergebe sich, so das kantonale Gericht zusammenfassend, dass der Auffassung der Beschwerdegegnerin zu folgen sei. E._____ und F._____ ergänzten als Zusatzversicherungen die obligatorische Krankenpflegeversicherungsleistungen. Der Leistungsumfang dieser Zusatzversicherungen knüpfe - zumindest bei Vergütungen von stationären Spitalaufenthalten - an bestehende Leistungsansprüche des KVG an. In diesem Sinne bestimme etwa Art. 15 lit. c AVB-E, dass nur für medizinische Behandlungen, die in der Grundversicherung Pflichtleistungen darstellten, eine vertragliche Leistungspflicht aus den Zusatzversicherungen ausgelöst werde. Desgleichen stelle Art. 24 AVB-E eine Koordination zu vorhandenen KVG-pflichtigen Leistungen her. Dass das Vorliegen eines Leistungsanspruchs aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Anspruchsvoraussetzung für Zusatzversicherungsleistungen bilde, gehe deutlich aus Art. 1 Abs. 1 SB F._____ hervor, wonach von zusätzlichen Behandlungs- und Pensionskosten bei einem Spitalaufenthalt die Rede sei. Es stehe daher eindeutig fest, dass Leistungen für stationäre Spitalaufenthalte aus den beiden Zusatzversicherungen E._____ und F._____ nur geschuldet seien, wenn ein entsprechender Leistungsanspruch
gemäss KVG bestehe.

4.2.2. Diese gestützt auf die Willensäusserung der Beschwerdegegnerin in Form ihrer Allgemeinen und Speziellen Versicherungsbedingungen gewonnene Erkenntnis des kantonalen Gerichts erweist sich vor dem Hintergrund der aufgeführten Rechtsprechung und Literatur als in allen Teilen nachvollziehbar. Inwiefern es sich dabei um eine fehlerhafte Auslegung von Art. 33 VVG und der Versicherungsbedingungen der Beschwerdegegnerin handeln sollte, geht aus den Vorbringen in der Beschwerde nicht hervor. Zwar ist es prinzipiell denkbar, in einer Spitalzusatzversicherung vertraglich eine Leistungspflicht zu akzeptieren, wenn keine Behandlungs- oder Spitalbedürftigkeit im Sinne des KVG vorliegt. Wie Eugster (a.a.O., S. 451) festhält, sind derartige Lösungen jedoch ohne praktische Bedeutung, weil sie faktisch kaum je vorkommen. Der Umstand, dass die Spitalbedürftigkeit (nach KVG) in den Allgemeinen und Speziellen Versicherungsbedingungen der Beschwerdegegnerin nicht ausdrücklich als Leistungsvoraussetzung genannt wird, deutet somit nicht darauf hin, dass es der Wille des Versicherers ist, Leistungen auch ohne deren Vorhandensein zu erbringen. Vielmehr wäre in Anbetracht der Ungewöhnlichkeit einer derartigen Leistungszusicherung zu erwarten, dass
sie in den vertraglichen Bestimmungen ausdrücklich stipuliert würde. Nicht jede Leistungsbeschränkung ist explizit in den Versicherungsvertrag aufzunehmen, wenn sie sich ohne Weiteres - gleichsam als Normalfall - aus Sinn und Zweck der vereinbarten Leistung ergibt. Eine Verletzung von Art. 33 VVG ist vor diesem Hintergrund auszuschliessen. Etwas Anderes lässt sich auch aus dem Urteil 4A 228/2012 vom 28. August 2012 E. 3.3 (nicht

publ. in: BGE 138 III 625) nicht ableiten. Wie im vorinstanzlichen Urteil zutreffend erwogen wurde, schützte das Bundesgericht darin eine Bestimmung der AVB einer Versicherung, in welcher die Kostendeckung für stationäre palliative Behandlungen ausdrücklich ausgeschlossen worden war. Der Auffassung der Beschwerdeführer, bei vorliegendem unklaren Ausschluss der Kostenübernahme von Palliativ-Behandlungen in den Versicherungsbestimmungen sei e contrario eine entsprechende Leistungspflicht zu bejahen, kann nicht gefolgt werden. Namentlich enthält das besagte Urteil keine allgemeinen Äusserungen zur grundsätzlichen Leistungspflicht der Versicherer bei stationärer Palliative Care. Auch bildeten die Zusatzversicherungen E._____ und F._____ nicht Gegenstand jenes Verfahrens. Darauf hinzuweisen ist überdies,
dass die Beschwerdegegnerin die Übernahme der Kosten derartiger pflegerischer Massnahmen nicht grundsätzlich ablehnt. Sie macht sie indessen im Sinne des Ergänzungsleistungscharakters der zur Diskussion stehenden Zusatzversicherungen - zulässigerweise - vom Vorliegen einer Spitalbedürftigkeit nach Massgabe des KVG abhängig. Untermauert wird dieses Ergebnis ferner durch den Umstand, dass die von den Beschwerdeführern erwähnten "Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz" ausdrücklich vorsehen, dass in Spitalstrukturen mit Palliative Care-Auftrag Patientinnen und Patienten behandelt und betreut werden, die eine instabile Krankheitssituation aufweisen und eine komplexe Behandlung bzw. die Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigen. Entscheidend für die Aufnahme ist - wie im stationären Akutbereich - die Spitalbedürftigkeit. Schliesslich bekräftigt Art. 15 lit. c AVB-E, mit welcher Norm sich das Bundesgericht bereits im Urteil 4D 11/2011 vom 4. Mai 2011 befasst hat, dass keine Leistungen für Behandlungen gewährt werden, die im Rahmen des KVG nicht vom Bundesrat anerkannt sind.
Mit der Vorinstanz ergibt die bundesrechtskonforme Auslegung des Versicherungsvertrags und der dazugehörigen allgemeinen und speziellen Versicherungsbedingungen nach dem Vertrauensprinzip unter Beachtung von Art. 33 VVG somit, dass die Beschwerdegegnerin die Kosten der Behandlung und der Pflegemassnahmen in der Palliativabteilung des St. Claraspitals vom 31. August bis 26. Dezember 2011 nur unter der Voraussetzung der Spitalbedürftigkeit im Sinne des KVG zu übernehmen hat.

5.

5.1. Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung setzt die Leistungspflicht des Versicherers für eine stationäre Spitalbehandlung u.a. eine Krankheit voraus, welche die Akutbehandlung oder medizinische Rehabilitation unter Spitalbedingungen erforderlich macht (Art. 39 Abs. 1 lit. a KVG). Spitalbedürftigkeit ist gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital (d.h. unter Inanspruchnahme eines Spitalbetts) zweckmässig durchgeführt werden können, weil sie zwingend der dortigen apparativen und personellen Voraussetzungen bedürfen, oder sofern die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthalts Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht (BGE 126 V 323 E. 2b S. 326; Hardy Landolt, Behandlungspflege - medizinische Pflege - Grundpflege: ein Abgrenzungsversuch, Pflegerecht 2014 S. 27 ff., S. 29 FN 17). Ziel ist die Sicherstellung einer notwendigen medizinischen Behandlung, die sonst nicht durchführbar wäre, und zwar auch nicht mit den Mitteln der Krankenpflege zu Hause oder in einem Kurhaus (Urteil 9C 413/2012 vom 14. Februar 2013 E. 4.2 mit Hinweisen).

5.2. Akutspitalbedürftig sind in der Regel plötzlich auftretende, meist kurzfristig und heftig verlaufende Gesundheitsstörungen, welche eine kurzfristige, intensive ärztliche oder pflegerische Betreuung erfordern. Die Begriffe "akute Krankheit" und "Akutspitalbedürftigkeit" einerseits sowie "chronische Leiden" und "Langzeitpflegebedürftigkeit" anderseits lassen sich nicht streng und in allgemein gültiger Weise voneinander abgrenzen (BBl 1992 I 167; Separatausgabe S. 75). Auch das Gesetz nennt folglich keine zeitlichen Grenzen, ab welchen bei länger dauernder Krankheit die Akutphase abgeschlossen ist. Nach der Rechtsprechung dauert die Akutphase in jedem Fall so lange, wie von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit zu erwarten ist (z.B. Urteil 9C 447/2010 vom 18. August 2010 E. 2.1 mit Hinweisen). Dieses auf kurative Behandlungen gemünzte Erfordernis kann allerdings im Bereich der Spitalbehandlung und Betreuung von kranken Menschen ohne oder mit unklarer Heilungsaussicht (Palliative Care) nicht herangezogen werden. Pflegebedürftigkeit ist in der Regel gegeben bei chronischen, also langandauernden Gesundheitsstörungen mit meist langsamer Entwicklung. Es handelt sich um Dauerleiden, bei denen nicht die medizinische Behandlung, sondern die Pflege im Vordergrund steht. Eine allenfalls notwendige ärztliche Behandlung ist ambulant durchführbar, während die Pflege nicht mehr Teil der ärztlichen Behandlung ist, sondern dazu dient, die Folgen

der Hilflosigkeit auszugleichen. Das KVG verwendet den Begriff der chronisch kranken Person nicht, sondern es stellt die Behandlung von Langzeit- oder Pflegeheimpatientinnen und -patienten den akutspitalbedürftigen Personen gegenüber (vgl. Art. 39 Abs. 3 KVG). Bei der Abgrenzung von Aktuspitalbedürftigkeit und - daran anschliessender - blosser Pflegebedürftigkeit ist dem behandelnden Arzt ein gewisser Ermessensspielraum zuzugestehen (BGE 124 V 362 E. 2c S. 366 f.).

5.3. Unter Umständen ist die obligatorische Krankenversicherung für einen Spitalaufenthalt auch dann leistungspflichtig, wenn der Krankheitszustand der versicherten Person einen solchen nicht unbedingt erforderlich macht, die medizinische Behandlung jedoch wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (BGE 120 V 200 E. 6a S. 206 mit Hinweisen). Eine Akutspitalbedürftigkeit hängt somit nicht allein von der Erforderlichkeit ärztlicher Interventionen ab. Die Kassen sind für einen sachlich gerechtfertigten Heilanstaltsaufenthalt ebenfalls leistungspflichtig, wenn der Krankheitszustand einer versicherten Person nicht unbedingt eine ärztliche Behandlung, sondern lediglich einen Aufenthalt im Spitalmilieu erfordert. Mit anderen Worten ist die Intensität der ärztlichen Behandlung nicht alleiniges Entscheidungskriterium (BGE 115 V 32 E. 3b/aa S. 48).

6.

6.1. Das Versorgungskonzept der Palliative Care zielt darauf ab, Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch-fortschreitenden Krankheiten eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tod zu gewährleisten und die nahe stehenden Bezugspersonen zu unterstützen (vgl. die vom Bundesamt für Gesundheit [BAG]und von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK]herausgegebene Broschüre "Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care [ambulante Pflege und Langzeitpflege]", 2013, S. 4). Die entsprechenden Leistungen können in der Grundversorgung (ambulanter Bereich und Langzeitpflege) sowie als spezialisierte Palliative Care (ebenfalls im ambulanten Bereich und in der Langzeitpflege) erbracht werden. Im Rahmen der "Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz", herausgegeben im Jahr 2012 von der Schweizerischen Fachgesellschaft für palliative Medizin, dem BAG und der GDK, wurde die Patientengruppe mit einem Bedarf an spezialisierter Palliative Care definiert als Personen, "die auf Unterstützung durch ein spezialisiertes Palliative-Care-Team angewiesen sind. Dies, weil sie eine
instabile Krankheitssituation aufweisen, eine komplexe Behandlung bzw. die Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigen oder bei deren nahestehenden Bezugspersonen die Überschreitung der Belastungsgrenze erkennbar wird. Dazu gehören auch Patientinnen und Patienten, die weiterhin durch die Grundversorgung betreut werden sollen bzw. wollen, wo aber die Leistungserbringer der Grundversorgung an ihre Grenzen stossen und auf zusätzliche Unterstützung durch spezialisierte Fachpersonen angewiesen sind" (Ziff. 2.1).

6.2. Auch bei Palliativpatienten setzt die Vergütung eines Spitalaufenthalts durch die Grundversicherung voraus, dass "der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege (...) im Spital bedarf" (Art. 49 Abs. 4 KVG), mithin vom Behandlungszweck her ein Aufenthalt im Akutspital notwendig ist (vgl. BGE 124 V 362 E. 1b S. 365). Dieser Grundsatz entspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot (Art. 32 Abs. 1 KVG), wonach die spitalbedürftige versicherte Person diejenige Heilanstalt oder Spitalabteilung zu wählen hat, in die sie vom medizinischen Standpunkt aus gehört. Die Kasse hat aus der Grundversicherung nicht für Mehrkosten aufzukommen, die sich daraus ergeben, dass die versicherte Person sich in eine für intensive Pflege und Behandlung spezialisierte und damit teure Klinik begibt, obwohl sie einer solchen Behandlung nicht bedarf und ebenso gut in einer einfacher eingerichteten und daher weniger kostspieligen Heilanstalt sachgerecht behandelt werden könnte (BGE 124 V 362 E. 1a S. 364). Eine Vergütung zum Spitaltarif kann auch nicht erlangt werden durch Verbleiben in einer Heilanstalt ohne Spitalbehandlungsbedürftigkeit. Gleichermassen wie bei kurativer Behandlung muss auch bei Palliative Care der
Krankheitszustand der versicherten Person einen Spitalaufenthalt nicht unbedingt erforderlich machen, sondern es genügt, wenn die medizinische Behandlung wegen besonderer persönlicher Lebensumstände nicht anders als im Spital durchgeführt werden kann (E. 5.3 hievor). Hingegen hat der Krankenversicherer nicht dafür aufzukommen, wenn eine versicherte Person mit einem Bedarf an palliativer Pflege trotz nicht mehr bestehender Spitalbedürftigkeit aus sozialen Überlegungen oder mangels Platzangebot in einem Pflegeheim weiterhin in

einer Heilanstalt untergebracht bleibt (vgl. Urteil 9C 369/2009 vom 18. September 2009 E. 2.2 mit Hinweisen).

7.

7.1. Der Pflegedokumentation ist zu entnehmen, dass die verstorbene D.A._____ am 14. Juli 2011 zur "Systemkontrolle (Schmerz, Stuhlinkontinenz) " in das St. Claraspital verlegt worden war. Bis Ende Juli 2011 anerkannten die C._____ AG und die Beschwerdegegnerin die Spitalbedürftigkeit und entrichteten die Akuttaxe aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und aus den Zusatzversicherungen nach VVG. Im Sinne einer Übergangsfrist erbrachten sie die entsprechenden Leistungen in der Folge weiterhin bis zum 30. August 2011. Was den Zeitraum des stationären Aufenthalts der Versicherten vom 31. August bis 26. Dezember 2011 anbelangt, ist das Bundesgericht mit Bezug auf den Leistungsbereich nach KVG im kürzlich ergangenen Urteil 9C 67/2014 vom 5. Februar 2015 nach eingehender Würdigung der medizinischen Aktenlage, namentlich der Pflegedokumentation, aber auch der Einschätzungen der behandelnden Spitalärztin Frau Dr. med. G._____, zum Schluss gelangt, dass die Spitalbedürftigkeit zwischen 31. August und 18. Oktober 2011 zu verneinen, für die Zeitspanne vom 19. Oktober bis 26. Dezember 2011 aber zu bejahen ist.

7.2.

7.2.1. Als Begründung wurde im Wesentlichen angeführt, Frau Dr. med. G._____ habe zwar von Beginn weg die Spitalbedürftigkeit bejaht. Die Unterlagen beinhalteten jedoch zahlreiche Hinweise, nach welchen die Ärztin diesbezüglich erhebliche Zweifel gehegt habe. Nicht nur habe sie im Anschluss an das Schreiben der C._____ AG vom 22. August 2011 mit der Versicherten besprochen, es seien allenfalls hohe, nicht durch die Versicherung gedeckte Mehrkosten zu gewärtigen (wobei die Versicherte diese Kosten ausdrücklich in Kauf genommen und die Tochter gegenüber der Ärztin erklärt habe, finanziell ergäben sich keine Probleme; solange es der Mutter gut ginge, sei das "geschmälerte Erbe" kein Thema [Einträge in der Pflegedokumentation vom 24. und 25. August 2011]). Frau Dr. med. G._____ habe sich sodann auch bereits am 24. August 2011 vom Spital eine Zusicherung geben lassen, wonach "auf Goodwillebene" formal eine versicherungsmässige Herabstufung der privat versicherten Patientin möglich wäre, falls die Versicherung die Akuttaxe nicht weiter übernähme (hiezu ferner der Eintrag in der Pflegedokumentation vom 22. September 2011). Vor allem aber habe die Ärztin in ihren Schreiben vom 20. Oktober und 23. November 2011 vermerkt, die Spitalbedürftigkeit sei "in der aktuellen Situation eines blutenden Tumors nunmehr eindeutig indiziert". Ab dem 19. Oktober 2011 sei durch die gastrointestinale Blutung eine völlig neue Situation eingetreten und eine akute Spitalbedürftigkeit entstanden. Dies bedeute umgekehrt - so das Bundesgericht zusammenfassend -, dass vor dem Auftreten der Blutung die Spitalbedürftigkeit aus ärztlicher Sicht eben gerade nicht eindeutig gewesen sei (E. 4-4.3 sowie E. 5.3 und 5.4 des Urteils). Zwar dürfe der Entscheid einer versicherten Person, in aussichtslosen Situationen auf kurative Anstrengungen zu Gunsten eines palliativen Ansatzes zu verzichten, nicht unbesehen zu einer Verneinung der Akutspitalbedürftigkeit führen (vgl. auch die Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften [SAMW]zur Palliative Care, 2013, S. 18). Indes müsse in jedem Fall eine Akutspitalbedürftigkeit ausgewiesen sein, was etwa zutreffe, wenn die konkreten Behandlungsformen die Kapazitäten eines Pflegeheims überforderten (vgl. Urteil 9C 447/2010 vom 18. August 2010 E. 5.2). Dies sei hier für die Zeit zwischen dem 31. August und 18. Oktober 2011 nicht belegt. Selbst wenn (auch) nach dem 30. August 2011 eine passende Schmerzmedikation nicht (längerfristig) hätte etabliert werden können, hätte dies ebenso wenig eine Akutspitalbedürftigkeit zu begründen vermocht wie der unbestritten hohe Pflegebedarf infolge der tumorbedingten Stuhlinkontinenz und der fortschreitende Kräftezerfall. Die intensive Betreuungsbedürftigkeit, der grosse pflegerische Aufwand (namentlich das häufige Reinigen und Wickeln [Schreiben der Frau Dr. med. G._____ vom 25. August 2011]) und die kontinuierliche Verschlechterung des Allgemeinzustands reichten für die Bejahung einer Akutspitalbedürftigkeit grundsätzlich nicht (Urteil 9C 447/2010 vom 18. August 2010 E. 5.2 mit Hinweis). Bereits mit Urteil K 157/04 vom 14. April 2005 (E. 2.2) habe das damalige Eidg. Versicherungsgericht entschieden, das Fortschreiten einer chronischen Krankheit und die damit einhergehende Verlagerung von therapeutischen zu pflegerischen Massnahmen beim Erreichen eines Krankheitsstadiums, in welchem grundsätzlich nur noch Pflege, nicht aber eine Therapie möglich sei, bewirkten nicht zwingend eine Spitalbedürftigkeit. Daran sei auch im vorliegenden Fall festzuhalten (E. 5.2 des Urteils).

7.2.2. Anders präsentiert sich die Situation demgegenüber, wie das Bundesgericht in E. 6 des zitierten Urteils darlegt, für die Folgezeit. Im Anschluss an die erwähnte Blutung hätten die Ärzte nachvollziehbar begründet, dass die Lage nunmehr als "unmittelbar präterminal" habe eingeschätzt werden müssen. Es seien mit der Versicherten auch entsprechende Gespräche geführt worden (Einträge in der Pflegedokumentation vom 19. und 20. Oktober 2011; Schreiben der Frau Dr. med. G._____ vom 20. Oktober 2011). Dass sich der Sterbeprozess während zweier Monate hinziehen würde, sei damals gemäss den nachvollziehbaren ärztlichen Ausführungen nicht absehbar gewesen. Zwar vermöge ein - ärztlich bestätigter - Beginn der Sterbephase nicht ohne Weiteres eine Akutspitalbedürftigkeit zu begründen. Auch für die letzte Lebensphase sei stets unter Würdigung aller Umstände zu beurteilen, ob die Pflege unter Spitalbedingungen angemessen sei. Im konkreten Fall habe die Blutung des Tumors zwar am 21. Oktober 2011 spontan sistiert, doch seien in der Folge häufig neue Blutungen aufgetreten (dokumentiert beispielsweise am 7., 11., 28. und 29. November 2011 und am 2., 5., 6., 9., 18. sowie ab 23. Dezember 2011). Zur bereits bis dahin schwierigen
Schmerzmedikation, welche der Versicherten wegen einer Opiatunverträglichkeit stets subkutan habe verabreicht werden müssen, und der ebenfalls anspruchsvollen, häufig anzupassenden antiemetischen Therapie sowie dem hohen Pflegeaufwand der tumorbedingt inkontinenten Patientin sei somit eine intensive und komplexe Pflege des immer wieder blutenden Tumors hinzugetreten. Ausserdem hätten die Ärzte glaubhaft ausgeführt, sowohl bei der Versicherten selbst wie auch bei ihren Angehörigen seien die psychosozialen Belastungen (bei teilweise schwierigen Familienverhältnissen) erheblich gewesen (Schreiben der Dres. med. H._____ und G._____ vom 12. April 2012). Auf Grund des dokumentiert prekären, im Anschluss an die Blutung vom 19. Oktober 2011 hochgradig instabilen Allgemeinzustands und des nach ärztlichem Ermessen unmittelbar bevorstehenden Todes habe die Versicherte einer klar aufwändigeren Palliativbehandlung bedurft als in der vorangegangenen Zeit. Dass die erforderlichen Massnahmen unter den spezifischen Betreuungs- und Überwachungsbedingungen der Palliativabteilung am St. Claraspital erfolgt seien, erscheine unter den besonderen Umständen begründet. Es rechtfertige sich daher, der Auffassung der behandelnden Ärzte zu folgen,
wonach vom 19. Oktober bis 26. Dezember 2011 eine Akutspitalbedürftigkeit bestanden habe.

8.

8.1. Es sind keine Gründe ersichtlich, im vorliegenden Verfahren von der Beurteilung gemäss Urteil 9C 67/2014 abzuweichen. Ist die Spitalbedürftigkeit im Sinne des KVG für den Zeitraum vom 19. Oktober bis 26. Dezember 2011 demnach zu bejahen, besteht nach dem hievor Dargelegten somit ohne Weiteres auch eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusatzversicherungsbereich. Demgegenüber entfällt eine solche für die Hospitalisationsphase der Versicherten vom 31. August bis 18. Oktober 2011.

8.2. Die Beschwerdeführer halten Letzterem unter Verweis auf E. 3.3 des Urteils 4A 228/2012 vom 28. August 2012 (nicht publ. in: BGE 138 III 625) zur Hauptsache entgegen, bei der Spitalbedürftigkeit handle es sich um einen im Bereich der Zusatzversicherungen gemäss VVG auf Grund der konkreten Vertragsgestaltung eigenständig zu beurteilenden Rechtsbegriff. Selbst wenn davon auszugehen sei - so die Argumentation im Einzelnen -, dass spezialisierte Palliative Care in einer dafür konzipierten Klinik bzw. Abteilung einer Klinik auch bei instabiler Krankheitssituation mit der Notwendigkeit einer komplexen Behandlung aus der Grundversicherung nur bezahlt werden müsse, wenn Akutspitalbedürftigkeit oder Bedürftigkeit für stationäre Rehabilitation bejaht werden könne, bedeute dies noch nicht zwingend eine Leistungsablehnung für den Zusatzversicherungsbereich. Vielmehr schliesse dieser Umstand die Annahme eines dort geltenden erweiterten Begriffs der Spitalbedürftigkeit, der auch die Spitalbedürftigkeit für spezialisierte Palliative Care im Sinne einer komplexen, aufwändigen, pflegerisch und medizinisch anspruchsvollen und intensiven Behandlungs- und Betreuungsform beinhalte, nicht aus. Aus dem Wortlaut von Art. 2 Abs. 2 SB F._____ und
Art. 5 Abs. 2 SB E._____, wonach die versicherte Person gehalten ist, eine Heilanstalt oder deren Abteilung zu wählen, die der Art der von ihr benötigten Pflegemassnahmen entspricht, lässt sich entgegen der in der Beschwerde vertretenen Betrachtungsweise noch nicht auf eine autonome Begrifflichkeit der Spitalbedürftigkeit und damit auf eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auch für die Zeit vom 31. August bis 18. Oktober 2011 schliessen. Dass D.A._____ im besagten Zeitraum auf die fragliche Kostendeckung vertrauen durfte, ergibt sich allein gestützt auf die entsprechenden Versicherungsbedingungen jedenfalls nicht. Auch sind keine

anderweitigen vertraglichen Anhaltspunkte ersichtlich, welche diesen Schluss zwingend nahelegten (vgl. E. 4 hievor).
Folglich ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen, das angefochtene Urteil aufzuheben und die Sache zur Beurteilung des Quantitativs des für die Zeitspanne vom 19. Oktober bis 26. Dezember 2011 bejahten Leistungsanspruchs an die Vorinstanz zurückzuweisen.

9.
Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend rechtfertigt es sich, die Gerichtskosten den Parteien, wie bereits im Verfahren 9C 67/2014 (E. 7), je hälftig aufzuerlegen (Art. 66 Abs. 1 BGG). Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführern zudem für das bundesgerichtliche Verfahren eine reduzierte Parteientschädigung zu bezahlen (Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG), welche pauschal auf Fr. 1'750.– festgesetzt wird. Der Beschwerdegegnerin ihrerseits wird praxisgemäss keine Parteientschädigung zugesprochen, da sie durch ihre Organe und nicht anwaltlich vertreten ist (Urteil 5C.150/2006 vom 6. November 2006 E. 3).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen, das Urteil des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, vom 24. Oktober 2013 aufgehoben und die Sache zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen.

2.
Die Gerichtskosten von Fr. 3'000.– werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

3.
Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführer für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 1'750.– zu entschädigen.

4.
Dieses Urteil wird den Parteien und dem Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, schriftlich mitgeteilt.

Lausanne, 4. März 2015

Im Namen der I. zivilrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Die Präsidentin: Kiss

Die Gerichtsschreiberin: Fleischanderl