

Obergericht des Kantons Solothurn, 8. November 1996,
H. c. Schweizer Union, Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft, Genève

Tatbestand: Die Parteien schlossen unter der Policennummer .. mit Wirkung ab 1. Mai 1990 einen Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag ab, worin sich der Kläger für eine feste Jahreslohnsumme von CHF 86'400.-- bei einer Entschädigungshöhe von 80% gegen Krankheits- und Unfallrisiken versicherte. Die Jahresprämie wurde auf CHF 3'879.-- festgelegt.

Am 4. Oktober 1990 erlitt der Kläger einen Arbeitsunfall. Der Hausarzt des Klägers, Dr. F. K., B., meldete der beklagten Versicherungsgesellschaft, dass der Kläger deswegen vollständig arbeitsunfähig sei. Die ärztlich attestierte 100%-ige Erwerbsunfähigkeit dauerte bis 31. Juli 1992. Laut Arztzeugnis vom 7. Oktober 1992 hätte die Erwerbsunfähigkeit vom 1. August 1992 bis 31. August 1992 noch 50% betragen. Der Kläger erlitt indessen am 30. Juli 1992 als Mitfahrer in einem Personenwagen einen schweren Verkehrsunfall. Er wurde an der Halswirbelsäule derart verletzt, so dass er vom 30. Juli 1992 an erneut zu 100% arbeitsunfähig wurde. Ab 1. November 1993 reduzierte sich die Arbeitsunfähigkeit auf 50% und ab 30. Juli 1994 auf 20 %.

Infolge der am 4. Oktober 1990 eingetretenen und andauernden unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit erbrachte die Beklagte Taggeldleistungen in Erfüllung des zwischen den Parteien abgeschlossenen Kollektiv-Krankenversicherungsvertrages.

Diese Leistungen stellte die Beklagte per Ende Oktober 1992 ein, mit der Begründung, die vertraglich vereinbarte Dauer für Taggeldleistungen sei per Ende Oktober 1992 abgelaufen. Nach Art. 11 lit. b Abs. 1 der AVB werde die Taggeldentschädigung solange ausbezahlt, als die Erwerbsunfähigkeit daure längstens jedoch während der in der Police festgesetzten Anspruchsdauer. Die Anspruchsdauer betrage laut Vertrag 720 Tage innerhalb einer Periode von 900 aufeinanderfolgenden Tagen. Mit der Einstellung der Taggeldleistungen hob die Beklagte gleichzeitig die Police auf und erstattete dem Kläger die Restprämie für die Dauer vom 1. November bis 31. Dezember 1992 in der Höhe von CHF 646.50.

Der Kläger akzeptierte weder die Einstellung der Taggeldleistungen noch die Aufhebung der Police noch die Rückerstattung der Prämie. Er stellte und stellt sich auf den Standpunkt, dass die Beklagte die im Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag vereinbarten Taggeldleistungen pro Unfallereignis zu erbringen habe. Dabei betrage die Leistungsdauer jeweils 720 Tage innert einer Zeitspanne von 900 aufeinanderfolgenden Tagen und die Entschädigungshöhe 80% der versicherten Jahreslohnsumme.

Mit Schreiben vom 24. November 1992 teilte der Kläger der Beklagten diese Ansicht mit. In der Folge gelang es den Parteien nicht, die umstrittene Frage des zeitlichen Geltungsbereiches des vertraglich vereinbarten Versicherungsschutzes aussergerichtlich zu bereinigen.

Am 29. September 1994 (AS 25, ZPO § 56 Abs. 2) erhob der Kläger vor dem Amtsgericht Olten-Gösgen Klage, wobei sich die Parteien an der Aussöhnungsverhandlung vom 13. Februar 1995 darüber einigten, dass das Prozessthema vorerst auf die Frage der Interpretation der Leistungsdauer nach dem zwischen den Parteien abgeschlossenen Versicherungsvertrag beschränkt werde. Die ursprünglich erhobenen Leistungsklage wurde dadurch in eine Feststellungsklage umgewandelt. Diese wies das Amtsgericht mit Urteil vom 23. November 1995 ab, auferlegte dem Kläger die Gerichtskosten von insgesamt Fr. 10'700.-- und verpflichtete ihn, der Beklagten eine pauschale Parteientschädigung von total Fr. 10'500.-- zuzügl. MWST zu bezahlen. Das Amtsgericht kam zum Schluss, dass die festgelegten Vertragsbestimmungen klar und unmissverständlich seien. Nach diesen Bestimmungen seien im Falle eingetretener und andauernder Erwerbsunfähigkeit die Versicherungsleistungen, nämlich 720 Tagelder innerhalb eines Zeitraumes von 900 Tagen, auszuzahlen. Die Beklagte

habe den Versicherungsvertrag nach Ablauf der maximalen Leistungsdauer aufgehoben. Eine neue 900 tägige Periode habe deshalb gar nicht mehr beginnen können.

Gegen dieses vom Amtsgericht Olten-Gösigen am 23. November 1995 erlassene Urteil, welches den Parteien am 1. Dezember 1995 eröffnet worden war, erhob der Kläger form- und fristgerecht am 7. Dezember 1995 die Appellation.

Unter den Parteien ist unbestritten, dass im zwischen ihnen abgeschlossenen Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag auch das Unfallrisiko eingeschlossen ist. Ebenso ist unbestritten, dass die Leistungsdauer 720 Tage innert einer Zeitspanne von 900 aufeinanderfolgenden Tagen und die Entschädigungshöhe 80% der vereinbarten Lohnsumme betragen. Umstritten ist die Frage, ob diese Leistung nur ein einziges zu erbringen sei, die Police nach Ablauf der maximalen Leistungsdauer aufgehoben werden könne und keine weiteren Leistungen mehr zu erbringen seien.

Beschränkung des Prozessthemas

Die von den Parteien an der Aussöhnungsverhandlung vereinbarte Beschränkung des Prozessthemas auf die Frage der Leistungsdauer bedeutet, dass im vorliegenden Fall durch Gerichtsurteil bloss die zeitliche Komponente des Rechtsanspruches abgeklärt und beurteilt werden soll. Somit ist festzustellen, ob ein unter den Parteien unbestrittenermassen vertraglich begründetes Rechtsverhältnis über einen bestimmten Zeitpunkt hinaus bestanden habe oder nicht.

Die Beschränkung des Prozessthemas ist im vorliegendem Fall zweckmässig, weil beide Parteien ganz offensichtlich erheblich interessiert sind am Entscheid über die Frage der Beendigung bzw. des Fortbestandes eines an sich unbestrittenen Vertragsverhältnisses. Auf die Appellation ist einzutreten.

Würdigung:

Unter den Parteien ist die Dauer des Leistungsanspruches aus dem miteinander geschlossenen Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag strittig.

Der Kläger stellt sich auf den Standpunkt, dass pro Schadensereignis Taggeldleistungen für maximal 720 Tage innert einer Zeitspanne von 900 Tagen ausgerichtet werden müssten. Dies entspreche dem Vertragswillen der Parteien, der bei der Auslegung auch von Versicherungsverträgen massgebend sei. Bei der Interpretation des Vertrages sei davon auszugehen, dass die Parteien eine sachgerechte und nicht eine unangemessene Lösung vereinbart hätten. Sachgerecht sei, wenn innerhalb der einmal laufenden Frist der Leistungsdauer jedes weitere Unfallereignis oder jeder weitere Krankheitsfall eine Deckung von 720 Tagen innert einer Frist von 900 Tagen bewirke. Ergeben sich Unklarheiten, so müsse der Vertrag nach dem Vertrauensprinzip zu Ungunsten derjenigen Vertragspartei ausgelegt werden, welche den Vertragstext verfasst habe. Art. 11 b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalte eine solche Lücke. In dieser Bestimmung werde zwar festgehalten, dass das Taggeld nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist solange ausbezahlt werde, wie die Erwerbsunfähigkeit daure, längstens jedoch während der in der Police festgesetzten Anspruchsdauer. Ob dies nun pro Fall oder absolut gelte, werde im Vertrag nicht spezifiziert. Diese Lücke müsse als Unklarheit erkannt und nach der Unklarheitenregel zu Ungunsten der Beklagten geschlossen werden.

Die Beklagte bestreitet diesen Rechtsstandpunkt. Die Leistungsdauer gemäss Ziff. IV/1 des Versicherungsvertrages ("720 Tage innert einer zurückzurechnenden Zeitspanne von 900 aufeinanderfolgenden Tagen") bzw. die Anspruchsdauer gemäss Art. 11 lit. b AVB bestimme sich nach der getroffenen vertraglichen Vereinbarung. Nach Art. 11 lit. a AVB werde bei ärztlich festgestellter Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall eine Tagesentschädigung oder ein Taggeld gewährt und nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist gemäss Art. 11 lit. c AVB ausbezahlt (Leistungsbeginn). Die Anspruchs- oder Leistungsdauer bestimme sich nach der Erwerbsunfähigkeit und werde terminiert maximal durch die in der Police festgesetzte Frist (720 Tage innert 900 Tagen). Es werde nicht zwischen Krankheit oder

Unfall unterschieden. Es werde auch nicht zwischen einer oder mehreren Krankheiten oder einem oder mehreren Unfällen unterschieden. Sobald ein versichertes Ereignis eintrete, werde der Leistungsanspruch ausgelöst. Ab diesem Datum beginne die absolute Frist von 900 Tagen sowie die relative Frist von 720 Tagen zu laufen. Weitere Ereignisse innerhalb der einmal laufenden Frist der Leistungsdauer seien (mit Ausnahme der explizit erwähnten Besonderheit bezüglich Wartefrist) unbeachtlich. Nach Art. 11 lit. a und b AVB sei somit klar vereinbart, dass innert einer Frist von 900 Tagen nur während maximal 720 Tagen Leistungen bezogen werden können, sofern die entsprechenden Voraussetzungen (ärztlich festgestellte Erwerbsunfähigkeit, Einhaltung der Wartefrist) erfüllt seien. Lediglich bezüglich der Wartefrist nach Art. 11 lit. c AVB werde unterschieden, ob ein oder mehrere Ereignisse vorlägen oder nicht, weil die Vereinbarung einer unterschiedlich langen Wartefrist sich direkt auf die Prämienhöhe auswirke und weil man zudem Bagatellfälle von der Versicherungspflicht ausschliessen wolle. Wenn die vereinbarte Höchstdauer der Leistungen erreicht sei, so falle der Versicherungsvertrag gemäss Art. 7 lit. c AVB von sich aus dahin.

Die Parteien interpretieren den Sinngehalt des abgeschlossenen Versicherungsvertrages verschieden. Fraglich ist insbesondere, ob im vorliegenden Fall die vertraglichen Bestimmungen über die Versicherungsdeckung hinsichtlich der zeitlichen Komponente (zeitlicher Geltungsbereich) unklar oder lückenhaft seien. Im Vertrag wird die Leistungsdauer festgelegt auf "720 Tage innert einer zurückzurechnenden Zeitspanne von 900 aufeinanderfolgenden Tagen" (Ziffer IV/1 des Vertrages). Gemäss Art. 7 lit. c AVB endet die Deckung, wenn die vereinbarte Höchstdauer der Leistungen erreicht ist. Der Leistungsbeginn wird nach Art. 11 lit. c AVB bestimmt: Taggelder werden nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist ausbezahlt, nachdem die Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall vom Arzt festgestellt worden ist (Art. 11 lit. a) und zwar solange die Erwerbsunfähigkeit dauert, längstens jedoch während der in der Police festgesetzten Anspruchsdauer (Art. 11 lit. b AVB).

Der Sinngehalt dieser getroffenen Vereinbarungen ist nach den gesetzlichen Auslegungsgrundsätzen (Alfred Maurer, Privatversicherungsrecht, 3. Aufl. Bern 1995, S. 160) zu ermitteln. Ganz allgemein gilt bei der Auslegung von Verträgen das Vertrauensprinzip. Auch vorformulierte Vertragsbestimmungen sind grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen. Um den Parteiwillen zu eruieren, ist vom Wortlaut des Vertrages unter Berücksichtigung des Vertrauensgrundsatzes auszugehen (BGE 122 III 121). Kann der Inhalt der unter den Parteien vereinbarten Abmachungen durch Auslegung nicht klar ermittelt werden, ist die vertragliche Bestimmung keiner Deutung fähig oder lässt sie mehrere Deutungen zu, so ist erst dann nach der Unklarheitenregel die unklare Formulierung im Vertragstext zu Ungunsten desjenigen Vertragspartners auszulegen, der den Text verfasst hat (Alfred Maurer, a.a.O., S. 160 ff; Roelli/Keller/Tänler, Kommentar, Bd. I, 1968, S. 456 ff). Bevor also die Unklarheitenregel "in dubio contra assecuratorem" zum Zuge kommt, ist laut dieser Lehrmeinung (Alfred Maurer S. 163, mit Fussnote 296, 296 a und 297) nach den gesetzlichen Auslegungsgrundsätzen, insbesondere nach dem Vertrauensgrundsatz, der letztlich aus dem in ZGB Art. 2 Abs. 1 verankerten Grundsatz von Treue und Glauben abgeleitet wird, der Sinngehalt der vertraglichen Abmachung zu ermitteln. Dieser Lehrmeinung ist das Bundesgericht gefolgt: Die vertragliche Vereinbarung ist nach ihrem Wortlaut auszulegen und zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheine, d.h. es ist auch der wirkliche Wille der Parteien zu ermitteln (vgl. für den Versicherungsvertrag: BGE 119 II 372, E 4 b = Pra. 84 Nr. 35, S. 120; für die übrigen Verträge: BGE 112 II 253, E c). Gelingt dies nicht, so muss auf den mutmasslichen Parteiwillen abgestellt werden. Dieser ist nach dem Vertrauensgrundsatz aufgrund aller Umstände des Vertragsschlusses klar und ist nicht daran zu zweifeln, dass diese, Wortlaut und Sinngehalt, dem tatsächlich geäusserten Willen der Parteien entsprechen, so ist der Vertrag weder auslegungsbedürftig, noch eine allfällige Unklarheitenregel zu beseitigen.

Nach Art. 11 lit. a und b AVB ist das Taggeld nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist auszubehalten, wenn die Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall ärztlich festgestellt worden ist. Die Taggeldleistung ist zu erbringen, solange die Erwerbsunfähigkeit dauert, längstens jedoch während der in der Police festgesetzten Anspruchsdauer. Die Anspruchsdauer legen die Parteien auf maximal 720 Tage innert einer Frist von 900 aufeinanderfolgenden Tagen fest (Antrag IV/1). Wie bereits die Vorinstanz feststellte, erhoben die Parteien die im Antragsformular unter IV/1 vorformulierte Vereinbarung zum Vertragsinhalt. Die Parteien hätten aber die Möglichkeit gehabt, von diesem Vertragsinhalt abzuweichen, steht doch auf dem Antragsformular für diesen Zweck ein freigelassener Raum zur Verfügung. Davon machten die Parteien aber keinen Gebrauch.

Zu fragen ist im vorliegenden Fall, ob der Vertrag, den die Parteien abschlossen, vom Wortlaut oder Inhalt her irgendwie unklar ist oder nicht. Sind nämlich Wortlaut und Sinngehalt der getroffenen Vereinbarungen klar, dann ist der Vertrag nicht interpretationsbedürftig.

Die Leistungsdauer (Antrag IV/1), bzw. die Anspruchsdauer gemäss Art. 11. lit. b AVB bestimmt sich nach der Erwerbsunfähigkeit. Sie wird durch die im Vertrag festgesetzte maximale Frist begrenzt. Diese Frist enthält zwei Komponenten: die maximale Anspruchsdauer von 900 Tagen und eine relative Leistungsdauer von 720 Tagen innerhalb der Frist von 900 Tagen. Der Anspruch kann durch Unfall oder Krankheit ausgelöst werden. Diesbezüglich wird kein Unterschied gemacht. Es wird auch nicht zwischen einer oder mehreren Krankheiten oder einem oder mehreren Unfällen unterschieden.

Nur in Bezug auf die Wartefrist wird in Art. 11 lit. c AVB bestimmt, dass diese pro Krankheit oder Unfall gelte. Diese Unterscheidung bezieht sich jedoch nicht auf die vertragliche Abmachung über die Leistungsdauer, welche sich nach der Dauer der Erwerbsunfähigkeit bestimmt, sondern nur auf den Zeitpunkt des Leistungsbeginns. Das versicherte Risiko ist die Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall. Solange diese Erwerbsunfähigkeit andauert, hat der Versicherer die versicherte Leistung zu erbringen, begrenzt durch die festgelegte absolute Anspruchsdauer. Tritt während einer andauernden Erwerbsunfähigkeit innerhalb der maximalen Anspruchsdauer ein versichertes neues Ereignis ein, das geeignet ist, die Erwerbsunfähigkeit herbeizuführen, so löst dieses die bereits bestehende Erwerbsunfähigkeit und damit die Leistungspflicht nicht neu aus, sondern verlängert diese allenfalls. Die Bestimmung im AVB Art. 11 lit. c, wonach die Wartefrist pro Krankheit oder Unfall gelte, kann nur den Eintritt eines weiteren versicherten Ereignisses innerhalb einer durch einen ersten Fall bereits ausgelösten und laufenden Anspruchsdauer meinen, nachdem der Fall ausgeheilt bzw. nachdem die Erwerbsfähigkeit wieder erreicht worden war. Für diesen Fall wird im Vertrag festgelegt, dass die Wartefrist zu berücksichtigen sei, mehr nicht. Tritt ein Rückfall einer Krankheit ein, so ist dieser nur dann als neues versichertes Ereignis zu betrachten, wenn er nach 8 Monaten ununterbrochener Arbeitsfähigkeit eintritt (AVB Art. 2 lit. c Abs. 2). Der Rückfall als neues Ereignis wirkt sich bloss auf die Wartefrist aus und hat insbesondere keinen Einfluss auf die Bemessung der absoluten Leistungsdauer und die Abrede, wonach im Maximum 720 Tagelder innert von 900 aufeinanderfolgenden Tagen auszurichten seien. Die Vereinbarung im vorliegenden Versicherungsvertrag über die gesamte Anspruchsdauer beinhaltet somit nicht, dass diese Dauer jeweils pro Ereignis oder Fall neu zu laufen beginnt. Nach Art. 11 lit. a und b AVB i.V.m. IV/1 des Antrages hat die Versicherungsgesellschaft innert einer Frist von 900 Tagen maximal für 720 Tage Leistungen zu erbringen. Ist die Höchstdauer der Leistung von 720 Tagen erreicht, so endet die Deckung (Art. 7 lit. c AVB).

Dieses Ergebnis steht im Einklang mit dem im Arbeitsvertragsrecht geltenden Grundsatz über die Dauer der Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers im Falle der unverschuldeten Verhinderung des Arbeitnehmers. Nach diesem Grundsatz beginnt die Dauer der Lohnfortzahlung während einer bereits laufenden Fortzahlungsfrist nicht etwa neu zu laufen, sondern es hat eine Zusammenrechnung derselben oder verschiedenartiger Verhinderungsgründe zu einer Gesamtheit zu erfolgen (Brühwiler, Komm., EAV, 2. Aufl., Bern 1996, 324a N 10 c;

Rehbinder, BE Komm., 324a N 27; Streiff/von Kaenel, 324a N 25). Insbesondere weist Brühwiler (a.a.O.) darauf hin, dass namentlich bei Krankenversicherungen die Tage verschiedener Erkrankungen zusammengezählt werden, was in der grundsätzlichen Linie von OR Art. 324 a liege und daher rechtlich nicht zu beanstanden sei.

Endet die Versicherungsdeckung, d.h. die zeitliche Periode, in welcher der Versicherer das Versicherungsrisiko trägt (Alfred Maurer, a.a. O., S. 182), so ist abzuklären, ob das die Auflösung des Vertrages bewirkt. Im vorliegenden Fall besteht die Besonderheit darin, dass der Versicherungsnehmer und der Versicherte identisch sind. Andere Versicherte gibt es in diesem Versicherungsverhältnis nicht. Endet nun die Deckung aufgrund eines in AVB Art. 7 enthaltenen Umstandes, so bewirkt dies im vorliegenden Fall zwingend, dass das versicherte Risiko insgesamt nicht mehr gedeckt ist. Sinn und Zweck des Vertrages sind damit dahingefallen. Die Auflösung des Vertrages ist die logische Konsequenz. In casu wurde die Kollektiv-Krankenversicherungspolice auf das Datum hin als aufgelöst erklärt, an dem die maximale Leistungsdauer endete.

In Übereinstimmung mit dem Erkenntnis der Vorinstanz bewirken die Vertragsbestimmungen im vorliegenden Fall zusammenfassend folgendes:

Durch den am 4. Oktober 1990 erlittenen Unfall wurde der Kläger für längere Zeit zu 100% arbeitsunfähig (Arztzeugnis, Urkunde Nr. 2). Diese Tatsache begründete den Anspruch des Klägers auf Ausrichtung der Versicherungsleistungen (AVB Art. 11 lit. a i.V.m. Ziffer IV / 1 (mit Unfall)) nach einer Wartefrist von 7 Tagen (Art. 11 lit. b), d.h. ab 11. Oktober 1990. Diese Versicherungsleistungen waren auszuzahlen solange, die Erwerbsunfähigkeit andauerte (Art. 11 lit. b), im Maximum für 720 Tage innert einer Zeitspanne von 900 aufeinanderfolgenden Tagen (Ziffer IV / 1). Die Periode von 900 Tagen begann am 11. Oktober 1990 zu laufen und endigte am 29. März 1993. Innerhalb dieser Periode waren für 720 Tage die Versicherungsleistungen zu erbringen. Erst nach dem 29. März 1993 hätte wieder eine neue Periode von 900 Tagen mit maximal 720 Tagesentschädigungen zu laufen beginnen können. Der 2. Unfall des Klägers ereignete sich am 30. Juli 1992, also während der durch den Arbeitsunfall vom 4. Oktober 1990 ausgelösten Anspruchsperiode. Der 2. Unfall löste keine neue Anspruchsperiode aus. Der aufgrund des ersten Unfalles vom 4. Oktober 1990 entstandene Anspruch des Klägers auf Versicherungsleistungen hätte mit Wirkung ab 1. August 1992 reduziert werden müssen (Urkunde Nr. 2; AVB Art. 11 lit. b), weil der Kläger nur noch teils arbeitsunfähig gewesen wäre.

Der zweite Unfall vom 30. Juli 1992 führte dazu, dass die frühere Arbeitsunfähigkeit nicht aufhörte, sondern weiterhin bestand. Dadurch wurde auch die Dauer des Anspruches auf Versicherungsleistungen fortgesetzt, welche am 11. Oktober 1990 zu laufen begonnen hatte. Diese entsprechende Anspruchsperiode endigte am 29. März 1993. Bis zu diesem Datum hatte die Beklagte 720 Taggelder auszuzahlen. Nach Ausrichtung dieser Taggelder innerhalb der laufenden Anspruchsperiode wurde die unter der Ziffer IV/1 vereinbarte Höchstdauer der Leistungen erreicht. Damit endigte die Deckung für den Versicherten (AVB Art. 7 c) d.h. der Versicherungsschutz für den Kläger. Die Konsequenz der vertraglichen Vereinbarung aus AVB Art. 7 c, nämlich die Aufhebung des Vertrages, teilte die Beklagte dem Kläger mit Brief vom 28. Oktober 1992 mit. Folglich begann ab 30. März 1993 keine neue Anspruchsperiode von 900 Tagen zu laufen, noch entstand ein Anspruch auf weitere Leistungen.

Übereinstimmend mit der Vorinstanz kann folgendes festgestellt werden:

- Die Beklagte erbrachte die vertraglich zugesicherten Versicherungsleistungen.

Die Beklagte löste den Vertrag mit dem Kläger rechtsgültig auf.

- Eine Lücke in den AVB liegt bezüglich des zeitlichen Geltungsbereiches des Versicherungsvertrages nicht vor.

- Eine neue 900-tägige Leistungsperiode konnte gar nicht mehr beginnen.

- Ein Anspruch auf Leistungen für eine weitere 900-tägige Periode besteht nicht.

Die Klage ist demnach abzuweisen.

Kostenpunkt:

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird der Kläger und Appellant für das erst- und zweitinstanzliche Verfahren kosten- und entschädigungspflichtig. Der Streitwert beträgt rund Fr. 103'000.--. Die gemäss § 162 Abs. 3 GT festzusetzenden Urteilsgebühren werden für das Verfahren vor Amtsgericht auf Fr. 6'000.-- und für das obergerichtliche Verfahren auf Fr. 8'000.-- festgelegt. Die Parteientschädigung ist für das Verfahren vor beiden Instanzen auf total Fr. 15'000.-- (inkl. MWSt) festzusetzen.

Demnach wird

erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.