

11 10 11

UZ04 /tk

Abteilung I in Zivilsachen

P I, AR, GS

**Urteil vom 26. Mai 2010**

**P,**

Klägerin

gegen

**X. Versicherungen,**

Beklagte

betreffend Forderung aus Spitaltaggeld-Versicherung

## **Sachverhalt**

1. Die Klägerin war bei der Beklagten ab 1.5.2005 für ein Spitaltaggeld von Fr. 250.-- pro Tag versichert (bekl. Bel. 1). Am 4.5.2006 trat die Beklagte per 13.3.2006 vom Versicherungsvertrag zurück, weil die Klägerin die Prämien nicht bezahlt habe (bekl. Bel. 5). Für einen Spitalaufenthalt in der K. Klinik vom 1.3.2006 bis 7.4.2006 fordert die Klägerin von der Beklagten Taggelder von insgesamt Fr. 9'500.--. Die Beklagte verweigerte die Bezahlung mit dem Hinweis, beim fraglichen Spitalaufenthalt es handle es sich um einen Rückfall innert der Karenzfrist.

2. Mit Entscheid vom 27.10.2009 wies die delegierte Richterin das UR-Gesuch der Klägerin wegen Aussichtslosigkeit ab, soweit sie darauf eintrat (Verfahren 01 09 134/135). Den Rekurs der Klägerin wies das Obergericht des Kantons Luzern mit Entscheid vom 22.12.2009 ab.

3. Mit Klage vom 2.9.2009/10.2.2010 fordert die Klägerin von der Beklagten die Bezahlung von Spitaltaggeldern im Betrag von Fr. 9'500.--.

Mit Klageantwort vom 25.3.2010 beantragt die Beklagte, die Klage sei abzuweisen.

4. Mit Schreiben vom 29.3.2010 setzte die Instruktionsrichterin der Klägerin eine Frist, um zu den vorgetragenen Behauptungen weitere Beweisanträge zu stellen. Gleichzeitig wurde die Klägerin aufgefordert, ihre behandelnden Ärzte und Therapeuten vom Berufsgeheimnis zu entbinden, falls sie beantrage, das Gericht habe ärztliche bzw. therapeutische Berichte einzuholen. Der Klägerin wurde hierfür ein entsprechendes Formular beigelegt (amtl. Bel. 3). Mit Schreiben vom 6.4.2010 stellte die Klägerin noch einmal ihren Standpunkt dar (amtl. Bel. 4). Sie stellte weder weitere Beweisanträge noch befreite sie ihre Ärzte und Therapeuten von der Geheimhaltungspflicht.

5. Mit Beweisverfügung vom 19.4.2010 nahm die Instruktionsrichterin die aufgelegten Urkunden zu den Akten und zog die Akten des UR- und Einigungsverfahrens bei. Gleichzeitig schloss sie das Beweisverfahren und setzte den Parteien eine Frist, um schriftlich zu den Beweisabnahmen Stellung zu nehmen (amtl. Bel. 5). Mit Eingabe vom 23.4.2010 nahm die Beklagte zum Schreiben der Klägerin vom 6.4.2010 kurz Stellung und beantragte, ihre Kos-

tennote sei nach Ermessen des Gerichts festzusetzen (amtl. Bel. 6). Die Klägerin äusserte sich mit Schreiben vom 4.5.2010 (amtl. Bel. 7). Beide Parteien verzichteten auf die Durchführung einer Hauptverhandlung (amtl. Bel. 5-7).

## **Erwägungen**

### **1. Zum Verfahren**

Beim Versicherungsvertrag, auf den sich die Klägerin beruft, handelt es sich um eine Zusatzversicherung zur Krankenversicherung. Nach Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18.2.1994 (KVG, SR 832.10) unterliegen Zusatzversicherungen dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2.4.1908 (VVG, SR 221.229.1). Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (Urteil BGer 5C.134/2004, E. 1 vom 1.10.2004). Nach Art. 85 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen vom 17.12.2004 (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG, SR 961.01) sehen die Kantone für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG ein einfaches und rasches Verfahren vor, in dem das Gericht die Beweise nach freiem Ermessen würdigt. Zudem hat das Gericht den Sachverhalt analog den Bestimmungen für gewisse Mietrechts- und Arbeitsrechtsstreitigkeiten von Amtes wegen festzustellen (BGE 133 III 439, E. 2.2.2.2, vgl. Art. 274 OR und Art. 343 OR). Der sogenannte beschränkte Untersuchungsgrundsatz entbindet indes die Parteien nicht von der Pflicht, alle für die Beurteilung des Streitfalls notwendigen Unterlagen vorzulegen. Das Gericht hat lediglich seine Fragepflicht auszuüben, die Parteien auf ihre Mitwirkungspflicht sowie das Beibringen von Beweisen hinzuweisen (Urteil BGer 4C.116/2003 vom 16.10.2003, E. 2.4).

Sieht der Bund ein einfaches und rasches Verfahren vor, kommen die §§ 220 ff. ZPO zur Anwendung.

### **2. Zum Beweis**

Die von den Parteien aufgelegten Urkunden wurden zu den Akten genommen. Auch wurden die Akten des Einigungs- und UR-Verfahrens beigezogen (amtl. Bel. 5). Weitere Beweisanträge stellten die Parteien nicht. Insbesondere stellte die Klägerin - trotz ausdrücklicher Auf-

forderung des Gerichts - keine Beweisanträge, um den von ihr behaupteten Sachverhalt zu belegen. Auch entband sie ihre Ärzte und Therapeuten nicht vom Berufsgeheimnis. In Anbetracht der Mitwirkungspflichten der Parteien sind deshalb keine weiteren Beweisabnahmen erforderlich.

### **3. Anspruchsgrundlage**

Die Klägerin stützt ihre Forderung auf den Spitaltaggeld-Versicherungsvertrag gemäss Police Nr. 0, gültig ab 1.5.2005 (bekl. Bel. 1). Nach diesem Vertrag hat sie bei Spitalaufenthalt Anspruch auf Taggelder im Betrag von je Fr. 250.--. Für den Versicherungsvertrag kommen gemäss übereinstimmender Parteiangaben die allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) vom Juli 2004 mit dem Titel "Spitaltaggeldversicherung" zur Anwendung (bekl. Bel. 1 und 6). Unbestritten ist, dass sich die Klägerin vom 1.3.2006 bis 7.4.2006, d.h. während insgesamt 38 Tagen, in der K. Klinik aufhielt.

Umstritten ist, wie lange die Versicherungspolice Gültigkeit hatte (siehe unten Erw. Ziff. 4), und ob während des erwähnten Klinikaufenthalts eine vorbestehende Krankheit im Sinne von Art. 12 lit. a der AVB behandelt wurde (siehe unten Erw. Ziff. 5).

### **4. Rücktritt**

4.1 Unbestritten ist, dass die Klägerin seit Januar 2006 die Versicherungsprämien nicht mehr bezahlt hatte. Wird die Prämie zur Verfallzeit oder während der im Vertrage eingeräumten Nachfrist nicht entrichtet, so ist der Schuldner unter Androhung der Säumnisfolgen auf seine Kosten schriftlich aufzufordern, binnen 14 Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, Zahlung zu leisten (Art. 20 Abs. 1 VVG). Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht des Versicherers vom Ablaufe der Mahnfrist an (Art. 20 Abs. 3 VVG). Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der in Art. 20 VVG festgesetzten Frist rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrage zurücktritt (Art. 21 Abs. 1 VVG). Das Gesetz räumt dem Versicherer ein Wahlrecht ein: er kann zwischen der Weiterführung des Vertrages oder dessen Beendigung entscheiden (Hasenböhler, Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, 2001, N 4 zu Art. 21 VVG). Der Versicherer ist nicht gehalten, bis zum Ablauf der zweimonatigen Frist mit der Vertragsauflösung zuzuwarten. Vielmehr kann er schon auf den Verzugseintritt mit der Rücktrittserklärung reagieren (Hasenböhler, a.a.O., N 8 zu Art. 21 VVG).

4.2 Die Beklagte mahnte die Klägerin mit Schreiben vom 27.2.2006 und setzte ihr für die rückständige Prämie die vom Gesetz geforderte 14-tägige Nachzahlungsfrist bis am 13.3.2006 an (bekl. Bel. 4). Gleichzeitig informierte die Beklagte die Klägerin, dass im Falle der Nichtzahlung bis zur genannten Frist die Leistungspflicht der Klägerin beendet und der Vertrag durch die Klägerin aufgehoben werde (bekl. Bel. 4). Nachdem keine Prämienzahlung erfolgte, hob die Beklagte der Klägerin mit dem Schreiben vom 4.5.2006 den Vertrag per 13.3.2006 auf (bekl. Bel. 5).

Die Klägerin macht geltend, sie habe die Mahnung der Beklagten nicht erhalten, da sie damals ihre Wohnung in Z verlassen habe (amtl. Bel. 4).

4.3 Die Mahnung ist eine empfangsbedürftige Erklärung des Versicherers. Betreffend den Empfang ist der Versicherer beweispflichtig (Hasenböhler, a.a.O., N, 27 zu Art. 20 VVG). Dass die Klägerin die Mahnung der Beklagten erhalten hat, ist nicht belegt. Zudem ist zu beachten, dass die Verzugsfolgen bei unverschuldeter Säumnis nicht eintreten. Eine solche liegt vor, wenn willensunabhängige Ereignisse wie Krankheit, Unfall etc. den Prämien-schuldner an der rechtzeitigen Bezahlung gehindert hatten (Hasenböhler, a.a.O., N 20 zu Art. 21 VVG). Am 1.3.2006 musste die Klägerin wegen akuter Schizophrenie in die Klinik eintreten. Es ist deshalb weder bewiesen, dass sie das Mahnschreiben der Beklagten empfangen konnte, noch ob sie aufgrund ihrer damaligen Krankheit innert der angesetzten Frist handeln konnte. Die Versicherung konnte somit per 13.3.2006 von der Beklagten nicht aufgehoben werden. Im Übrigen ist auch für die Beklagte unklar, wie lange die Versicherung Geltung hatte. So schreibt sie in ihrer Mail vom 28.2.2008, die Versicherung sei am 1.4.2006 aufgehoben worden (UR: gs. Bel. 16).

## **5. Karenzfrist / Rückfall**

5.1 Art. 12 AVB hat folgenden Wortlaut (bekl. Bel. 6):

"a) Während den ersten beiden Versicherungsjahren können keine Leistungen erbracht werden für Spitalaufenthalte wegen Unfall- und Krankheitsfolgen, die innert zwei Jahren vor Vertrags- bzw. Versicherungsbeginn (Art. 5) auftreten oder ärztlich behandelt wurden.

b) ...

c) ...

d) Nach Ablauf der zweijährigen Karenzfrist werden dagegen die vertraglichen Leistungen bei Spitalaufenthalten im Zusammenhang mit allfälligen früheren Erkrankungen oder Unfällen erbracht.

e) ..."

5.2 In den zitierten AVB wird der Grundsatz von Art. 9 VVG konkretisiert, wonach bestehende Risiken nicht neu versichert werden können. Entsprechend der bundesgerichtlichen Rechtsprechung deckt sich der rechtliche Krankheitsbegriff nicht notwendigerweise mit dem medizinischen. Das bedeutet aber nicht, dass er beliebig definierbar und auf medizinische Grundgegebenheiten keine Rücksicht zu nehmen ist. Es darf nicht nur darauf abgestellt werden, ob jemand an gesundheitlichen Symptomen leidet oder nicht. Vielmehr ist auch zu berücksichtigen, ob sich die Gesundheit trotz Verschwindens der Symptome in einem prekären Zustand befindet. Denn eine Differenzierung ausschliesslich aufgrund mehr oder weniger langer symptomfreier Phasen führte zu kaum lösbaren Abgrenzungsschwierigkeiten. Daraus folgt, dass das erneute Auftreten von Symptomen einer vorbestehenden, rückfallsgefährdeten Krankheit juristisch nicht als selbständige Neuerkrankung aufzufassen ist, sondern als Fortdauern einer bereits eingetretenen Krankheit, mithin als Anwendungsfall eines bereits eingetretenen Ereignisses (BGE 127 III 21). Die in den AVB der Beklagten definierte zweijährige Karenzfrist und der daraus folgende Leistungsausschluss für die bestehenden Risiken sind mit Bezug auf diese Rechtsprechung etwas versichertenfreundlicher. Denn bei einem Spitaleintritt nach Ablauf von 2 Jahren seit Versicherungsbeginn liegt in jedem Fall kein Rückfall vor.

5.3 Die Beklagte macht geltend, bei der Krankheit, die den Klinikaufenthalt der Klägerin in der K. Klinik erfordert habe, handle es sich um ein erneutes Auftreten einer vorbestehenden Krankheit während der 2-jährigen Karenzfrist.

Unbestritten ist, dass die Klägerin vom 1.3.2006 bis 7.4.2006 in der K. Klinik war, um eine paranoide Psychose mit Verfolgungsideen, Fehldeutungen und Realitätsverkennung behandeln zu lassen (bekl. Bel. 11), wobei die Diagnose F20.0 (= paranoide Schizophrenie) gestellt wurde (bekl. Bel. 7 und 14). Die Beklagte macht geltend, die Klägerin habe sich bereits im Zeitraum vom 12.4.2004 bis 19.11.2005 wegen der gleichen Krankheit behandeln lassen. Auch damals sei die Diagnose F20.0, bzw. paranoide Schizophrenie, gestellt worden. Diese Darstellung wird von der Klägerin bestritten. Sie macht geltend, bei der früheren Therapie habe sie Mobbingfolgen behandeln lassen. Damals habe sie nicht an Schizophrenie gelitten.

5.4 Im Schreiben vom 21.6.2005 bestätigt Dr. phil. klin. psych. S. des interdisziplinären, medizinischen Rehabilitationszentrums für Psychosomatik in Zürich gegenüber der damali-

gen Rechtsanwältin der Klägerin, dass die Klägerin seit 12.3.2004 in einzeltherapeutischer Behandlung sei. Anlass der Behandlung sei eine Mobbing-Situation beim letzten Arbeitgeber, durch welche die Klägerin in ihrem Berufs- und Privatleben stark beeinträchtigt sei (bekl. Bel. 12). Im Schreiben vom 21.10.2008 ersucht die Beklagte Dr. phil. S, ihr den genauen Behandlungsgrund mitzuteilen. Dabei nimmt sie sowohl auf das erwähnte Schreiben vom 21.6.2005 Bezug, wie auch auf ein Schreiben von Dr. phil. S. vom "Juni 2008", in welchem die Diagnose F20.0 bereits bestätigt worden sei (bekl. Bel. 13). Letzt erwähntes Schreiben liegt nicht bei den Akten. Im Schreiben vom 3.11.2008 bestätigen D., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. S. gegenüber der Beklagten, dass bei der damaligen Behandlung der Klägerin bereits die Diagnose F20.0 gestellt worden sei. Beim Schreiben vom 21.6.2005 handle es sich selbstverständlich nicht um einen Arztbericht. Es sei lediglich bestätigt worden, dass die Patientin den Anlass der Behandlung in einem Mobbing gesehen habe (bekl. Bel. 14).

5.5 Zum erwähnten Bericht vom 3.11.2008 erklärt die Klägerin, vom Facharzt D. sei sie nie behandelt worden. Mit Dr. S. (recte wohl S.) habe sie sich gestritten. Er sei nicht berechtigt gewesen, ihr die Diagnose F20.0 zu stellen. Die Behandlung sei abgebrochen worden. Das von der Beklagten aufgelegte Arztzeugnis sei falsch (amtl. Bel. 4 und 7).

5.6 Nachdem die Klägerin zu diesen Behauptungen - trotz Aufforderung des Gerichts - keine Beweisanträge stellt, ist auf den von der Beklagten aufgelegten Bericht von Psychiater D. und Dr. phil. S. abzustellen. Nichts deutet darauf hin, dass die erwähnten Fachpersonen Anlass hatten, für die Beklagte einen falschen Bericht zu erstellen. Wie bereits in den UR-Entscheiden der delegierten Richterin und des Obergerichts ausgeführt wurde, ändert der Umstand, dass die Krankheit F20.0 möglicherweise infolge Mobbing am Arbeitsplatz ausgelöst wurde, nichts an der Diagnosstellung (vgl. Verfahren 01 09 134).

Aufgrund des vorliegenden Beweisergebnisses ist somit davon auszugehen, dass die Klägerin sowohl vom 12.4.2004 bis 19.11.2005 wie auch während dem Klinikaufenthalt vom 1.3. bis 7.4.2006 wegen paranoider Schizophrenie behandelt wurde. Die Spitalgeldversicherung begann am 1.5.2005. Die Behandlung vom 1.3. - 7.4.2006 erfolgte somit innert der 2 jährigen Karenzfrist nach Art. 12 AVB. Für den Aufenthalt in der K. Klinik im Frühling 2006 hat die Klägerin deshalb keinen Anspruch auf Taggelder. Ihre Klage ist abzuweisen.

## 6. Verjährungseinrede

Nachdem die Klage ohnehin abzuweisen ist, erübrigt es sich, die Verjährungseinrede der Beklagten zu prüfen.

## 7. Kosten

Entsprechend dem Verfahrensausgang hat grundsätzlich die unterliegende Klägerin die Verfahrenskosten zu tragen. Indes kommt, wie in Erwägung Ziffer 1 ausgeführt, vorliegend Art. 85 VAG zur Anwendung, nachdem das Verfahren kostenlos ist. Eine Parteientschädigung an die obsiegende Partei bleibt grundsätzlich geschuldet (Urteil BGer 5C.244/2000 vom 9.1.2001, E. 5). Demzufolge hat die Klägerin nebst allfälligen eigenen Partei- und Beratungskosten die Anwaltskosten der Beklagten zu tragen. Die Beklagte wurde intern durch ihre Rechtsanwälte vertreten, was dazu führt, dass eine reduzierte Anwaltsgebühr von maximal 70 % des Anwaltshonorars zugesprochen werden kann (vgl. § 47 Abs. 4 KoV). In Anwendung von §§ 51 und 55 Abs. 1 KoV wird die Parteientschädigung für die Beklagte auf pauschal Fr. 1'500.-- festgesetzt.

## **R e c h t s s p r u c h**

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Die Klägerin hat der Beklagten eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- zu bezahlen.

3. Gegen dieses Urteil ist die Appellation zulässig (§§ 245 ff. ZPO). Die Appellationserklärung ist innert 20 Tagen seit Zustellung des Urteils schriftlich beim Obergericht des Kantons Luzern einzureichen (in je einem Exemplar für das Gericht und die Gegenpartei). Das angefochtene Urteil ist beizulegen.

4. Dieses Urteil wird den Parteien zugestellt.

Amtsgericht Luzern-Stadt  
I. Abteilung

---

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

---

Zur Vollstreckung dieses Urteils ist eine Rechtskraftbescheinigung des Obergerichts erforderlich. Diese Bescheinigung kann nach Ablauf der im Urteil angeführten Rechtsmittelfrist schriftlich beim Obergericht des Kantons Luzern, Hirschengraben 16, 6002 Luzern, verlangt werden. Das Urteil ist beizulegen. Da für die Ausstellung der Rechtskraftbescheinigung Abklärungen erforderlich sind, muss mit gewisser Zeit gerechnet werden, bis die Bescheinigung zugestellt werden kann. Es wird daher empfohlen, das Gesuch um Erteilung der Rechtskraftbescheinigung rechtzeitig einzureichen.