

Rechtskräftig am: 11. SEP. 2010

Amtsgericht Luzern-Stadt

11 09 59

UZ04 /tk

Abteilung I in Zivilsachen

Präsident Weingand, Amtsrichterinnen Fessler und Rüede Schaufelberger, Gerichtsschreiber Felder

Urteil vom 24. Juni 2010

A.

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Marc Kaeslin, Eichwaldstrasse 7, 6005 Luzern,

Klägerin

gegen

X. Versicherung

Beklagte

betreffend Forderung aus VVG

Sachverhalt

1. Mit Klage vom 5.10.2009 beantragte die Klägerin, die Beklagte habe ihr Fr. 16'553.50 nebst Zins zu 5% seit 29.1.2009 zu bezahlen (Ziff. 1), unter Vorbehalt der Erhöhung dieses Betrages nach Vorliegen des Beweisergebnisses (Ziff. 2). Ferner habe ihr die Beklagte den Betrag von Fr. 850.-- nebst Zins zu 5% seit 30.4.2009 zu bezahlen (Ziff. 3).
2. Mit Klageantwort vom 13.11.2009 verlangte die Beklagte, die Klage sei vollumfänglich abzuweisen.
3. Mit Verfügung vom 17.12.2009 wurde die Beklagte aufgefordert, allfällige besondere Versicherungsbedingungen (BVB) zur Krankentaggeldversicherung Police-Nr. _____ zu edieren (amtl. Bel. 4).
4. Am 10.1.2010 teilte die Beklagte dem Gericht mit, dass keine besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) existieren würden (amtl. Bel. 5).
5. Mit Verfügung vom 21.1.2010 wurde die Beklagte ersucht, die am 1.1.2005 geltenden AVB bezüglich aller von der Beklagten damals angebotenen Kollektivkrankentaggeldversicherungen (Unternehmen/Kleinunternehmen; Volldeckung/Deckung in Anlehnung an das KVG/BVG-Deckung, etc.) aufzulegen (amtl. Bel. 6).
6. Mit Verfügung vom 24.2.2010 wurden die aufgelegten Urkunden zu den Akten genommen. Gleichzeitig wurde die Klägerin aufgefordert, ihre Anträge der Klageschrift zu präzisieren (amtl. Bel. 10).
7. Am 28.2.2010 zog die Klägerin Antrag Ziff. 2 (Nachklagevorbehalt) zurück (amtl. Bel. 11).
8. Am 22.4.2010 fand eine Instruktionsverhandlung statt, anlässlich welcher beide Parteien eine Parteierklärung abgaben und Urkunden auflegten. Die aufgelegten Urkunden wurden zu den Akten genommen (Verfahrensprotokoll [VP] S. 1). Das Beweisverfahren wurde geschlossen (VP S. 2). Die Parteien erhielten eine Frist, um zum Beweisverfahren schriftlich Stellung zu nehmen (amtl. Bel. 13).

9. Die Klägerin verzichtete auf eine schriftliche Stellungnahme zum Beweisergebnis (amtl. Bel. 15); die Beklagte reichte eine diesbezügliche Stellungnahme am 14.5.2010 ein (amtl. Bel. 16). Beide Parteien verzichteten auf die Durchführung einer Hauptverhandlung (amtl. Bel. 18 und 20) und reichten ihre Kostennote ein (amtl. Bel. 19 und 20).

E r w ä g u n g e n

1. Die Klägerin war seit Mai 2006 bei der B. AG als Teammitarbeiterin Hauswirtschaft angestellt. Die Arbeitgeberin hat für ihre Angestellten bei der Beklagten eine Kollektiv-Krankentaggeldversicherung nach VVG abgeschlossen. Nebstdem hat die Klägerin mit der Beklagten privat einen Krankenversicherungsvertrag nach KVG und VVG, insbesondere einen Kur- und Pflegeversicherungsvertrag für Krankheit und Unfall nach VVG vereinbart. Vom 19. bis 23.7.2006 (Rückenschmerzen), 25. bis 30.9.2006 (Schmerzen im Rücken und in rechter Hand) und 13. bis 14.10.2006 (Fieber, Kopfschmerzen und Erbrechen) war die Klägerin arbeitsunfähig. Die Beklagte richtete ihr nach einem einmaligen Abzug einer vertraglichen Wartefrist von drei Tagen insgesamt 10 volle Taggelder aus. Ab 15.1.2007 war die Klägerin aufgrund von Schwangerschaftsbeschwerden bis 31.5.2007, und vom 15.6. bis 13.9.2007 erneut arbeitsunfähig, weshalb die Beklagte ihr für die betreffende Zeit unter erneuter Anrechnung einer Wartefrist von 3 Tagen 228 volle Taggelder ausbezahlte. Nach der Geburt ihres Kindes am 14.9.2007 erhielt die Klägerin bis 20.12.2007 Taggelder aus der Mutterschaftsversicherung zwischen ihrer Arbeitgeberin und der Beklagten. Ab 21.12.2007 richtete die Beklagte der Klägerin wegen Rückenschmerzen bis zum 7.11.2008 323 Taggelder aus, unter Anrechnung einer neuen Wartefrist von drei Tagen (total 564 Taggelder). Obwohl die Klägerin wegen der Rückenprobleme weiterhin arbeitsunfähig geschrieben wurde, verweigerte die Beklagte ab 8.11.2008 weitere Leistungen. Vom 6.3. bis 9.4.2009 nahm die Klägerin eine Haushaltshilfe in Anspruch. Am 14.4.2009 wurde sie am Rücken operiert und war in der Folge weiterhin krank geschrieben. Sie verlangt deshalb mit der vorliegenden Klage die Leistung weiterer Taggelder und die Übernahme der Kosten der Haushaltshilfe aus der privaten Pflegeversicherung nach VVG.

2. Die Klägerin stützt sich bezüglich behaupteter Arbeitsunfähigkeit insbesondere auf Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ihrer Hausärztin, Dr. med. C. , und auf Berichte von Dr. med. D. , leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie des Spitals E. . Letzterer habe mit Bericht vom 17.2.2009 festgestellt, dass sie an einer degenerativen monosegmentalen Diskopathie mit Anulus-Riss und Osteochondrose LWK 4/5 bei therapierefraktärem, chronischem, tiefem Rückenschmerz, und einem sensiblen Reizsyndrom L 5 rechts leide. Vom 6.3. bis 9.4.2009 habe sie aufgrund der Rückenschmerzen eine Haushaltshilfe in Anspruch nehmen müssen, was Fr. 850.-- gekostet habe. Vom 13. bis 18.4.2009 sei sie im Spital E. hospitalisiert gewesen, wo am 14.4.2009 die Rückenoperation (Einsetzen einer künstlichen Bandscheibe) stattgefunden habe. Dabei habe sich die vorgängig gestellte Diagnose von Dr. D. bestätigt. Sie sei vom 8.11.2008 bis 14.6.2009 zu 100% arbeitsunfähig gewesen, weshalb die Beklagte verpflichtet sei, weitere 166 (730 abzüglich 564 bereits geleistete) Taggelder zu erbringen. Der Taggeldansatz betrage Fr. 99.72, was die Forderung von Fr. 16'553.50 ergäbe. Die Übernahme der Kosten für die Haushaltshilfe in der Höhe von Fr. 850.-- sei ebenfalls geschuldet, da in der betreffenden Zeit eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe.

3. Die Beklagte bestreitet eine Arbeitsunfähigkeit der Klägerin über den 7.11.2008 hinaus und stützt sich dabei auf ein von ihr in Auftrag gegebenes Gutachten bei Dr. med. F. , Facharzt für innere Medizin und Rheumatologie vom 10.10.2008. Sie macht weiter geltend, selbst wenn auf eine fortbestehende Arbeitsunfähigkeit der Klägerin über den 7.11.2008 hinaus und damit auf ein Anrecht auf Taggeld erkannt würde, müsste der Ablauf der Rahmenfrist per 3.1.2009 und damit das Erlöschen der Leistungspflicht zwingend berücksichtigt werden.

4. Die Klägerin begründet ihre Forderungen aus zwei Zusatzversicherungen zum KVG, nämlich einerseits mit einem Kollektivkrankentaggeldversicherungsvertrag, andererseits mit einer Kur- und Pflegeversicherung.

Nach Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG unterliegen Zusatzversicherungen, welche die Krankenkassen neben der sozialen Krankenversicherung anbieten, 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 vom 1.10.2004 E. 1). Gemäss Art. 85 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen vom

17.12.2004 (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG; SR 961.01) entscheidet privatrechtliche Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherten das Gericht. Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG sehen die Kantone ein einfaches und rasches Verfahren vor, in dem das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt (Abs. 1 und 2). Im Kanton Luzern steht dafür der einfache Prozess nach § 220 ff. ZPO zur Verfügung.

5. Bezüglich der Forderung aus der Kur- und Pflegeversicherung ist einzig zu klären, ob die Klägerin im relevanten Zeitpunkt arbeitsunfähig war oder nicht. Betreffend Taggeldanspruch gilt es nebst der Arbeitsunfähigkeit vorab zu beantworten, wie der grundsätzliche Anspruch auf Taggelder aufgrund der vorliegend vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (im Folgenden AVB) aussieht. Da die Klägerin ihren Antrag Ziff. 2 (407 Taggelder, wenn man die verschiedenen Leistungsfälle nicht zusammenrechnet [730 Tage abzüglich 323 für Rückenleiden bezahlte Taggelder]) zurückgezogen hat, ist nur noch zu klären, ob die Taggeldleistung für die Rückenprobleme durch die im Sommer 2006 erstmals beginnende Rahmenfrist begrenzt wird oder nicht bzw. was grundsätzlich die Bedeutung der Rahmenfrist ist. Die Beklagte macht nämlich geltend, die vorliegend relevante Rahmenfrist sei per 3.1.2009 ausgelaufen. Der Ablauf dieser Frist bedeute das Erlöschen der Leistungspflicht (Klageantwort, Ziff. 3.6 sowie amtl. Bel. 16, S. 1 f.) Vertragliche Grundlage des Kollektivkrankentaggeldvertrages zwischen der ehemaligen Arbeitgeberin und der Beklagten sind die AVB „Krankentaggeldversicherung für Unternehmen, Volldeckung, Ausgabe 01.2004“ (bekl. Bel. 2; im Folgenden AVB 2004) und die Versicherungspolice (bekl. Bel. 3). Besondere Versicherungsbedingungen ausserhalb dieser zwei Dokumente (jedoch in der Police selber; vgl. bekl. Bel. 3, S. 3) existieren nicht (amtl. Bel. 5).

6. Das VVG enthält neben dem lediglich auf Ausschlussklauseln anwendbaren Art. 33 keine allgemeine Auslegungsregel. Dies bedeutet, dass gemäss Art. 100 VVG die allgemeinen Grundsätze des OR und damit auch die Einleitungsbestimmungen des ZGB Geltung haben. Massgebende Grundlage für die Auslegung von Versicherungsverträgen (AVBs etc.) bildet daher Art. 2 Abs. 1 ZGB bzw. das Vertrauensprinzip. Dabei ist in erster Priorität der individuelle Vertragswille der Parteien zu eruieren. Im Vordergrund steht der Wortlaut einer AVB-Bestimmung (grammatikalische Auslegung), der in einen logischen Gesamtzusammenhang gestellt werden muss. Eine AVB-Bestimmung ist nach allgemeiner Lehre in dem Sinne auszulegen, wie sie der Versicherungsnehmer verstanden hat und nach dem gewöhn-

lichen Sprachgebrauch, der Verkehrssitte sowie Treu und Glauben verstehen durfte. Die Auslegung hat sich nach den objektiven Kriterien der Vernunft und der Korrektheit zu richten. Zusammenfassend gesagt, ergibt sich mit Bezug auf die AVB die Regel, dass diese in dem Sinne auszulegen sind, der ihnen vernünftigerweise und korrekterweise in Würdigung der generellen, objektiven Umstände beizumessen ist (Kuhn/Müller-Studer/Eckert, Privatversicherungsrecht, 2002, S. 170 ff.; vgl. zum Ganzen auch Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 1995, S. 160 ff.). Erhebliches Gewicht kommt schliesslich bei umfangreichen allgemeinen Vertragsbedingungen, wie dies AVB meist sind, der systematischen Auslegung zu. Einzelne Vertragsbestimmungen sind nicht isoliert, sondern anhand des Vertrages in seiner Gesamtheit auszulegen. Die Unklarheitenregel (im Versicherungsrecht „in dubio contra assecuratorem“) kommt nur zur Anwendung, wenn sich die Bedeutung einer Bestimmung durch Auslegung anhand von Sinn und Wortlaut des Vertrages nicht ermitteln lässt (Stoessel, Basler Kommentar, 2001, N 25 und 28 zu Vorbemerkungen zu Art. 1 – 3 VVG; zum Grundsatz der individuellen Auslegung von Allgemeinen Versicherungsbedingungen vgl. Gauch/Schluep, Schweizerisches Obligationenrecht Allgemeiner Teil, Band I, 2008, N 1240 f.).

7. Laut Art. 15.1 AVB 2004 (bekl. Bel. 2) ergibt sich die versicherte Variante, Höhe, Dauer und Wartefrist aus dem Vertrag, also der Police. Die Police nennt als Deckungsart die Volldeckung für das Risiko Krankheit, bei einer Leistungsdauer von „730 Tage innerhalb 900 Tagen mit Anrechnung der Wartefrist“. Die Deckungshöhe beträgt 80% und die Wartefrist 3 Tage (bekl. Bel. 3). Die Leistungspflicht der Beklagten beginnt nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist gilt pro Leistungsfall und pro versichertes Risiko und wird an die Bezugsdauer angerechnet (Art. 15.2 AVB 2004). Ein Leistungsfall ist jedes Ereignis, das zu einem Anspruch führt. Tritt vor Abschluss eines Leistungsfalles eine neue Krankheit ein, begründet dies einen neuen Leistungsfall, sofern er nicht mit dem ersten ursächlich zusammenhängt. Eine Krankheit, die medizinisch in Verbindung mit einer früheren Krankheit steht (Rückfall), gilt nur dann als neuer Leistungsfall, wenn die versicherte Person während zwölf Monaten nach Abschluss des früheren Leistungsfalles wegen dieser Krankheit nicht ärztlich behandelt wurde. Ein neuer Leistungsfall löst eine neue Wartefrist aus (bekl. Bel. 2: AVB 2004, VI. Teil Anhang, Begriffe, S. 6). Die Frage, ob mehrere (verschiedene) Krankheiten innerhalb der (ersten) Rahmenfrist von 900 Tagen zusammengerechnet werden in dem Sinne, dass innerhalb dieser Rahmenfrist ein Maximalanspruch von 730 Tagen besteht, wie es das KVG in Art. 73 Abs. 2 für die Taggeldversicherung nach KVG vor-

sieht, wird durch die AVB 2004 nicht beantwortet. Dies geht auch nicht eindeutig aus der Umschreibung der Leistungsdauer in der Police „730 Tage innerhalb 900 Tage“ hervor. Die Beklagte macht zwar geltend, bei der vorliegenden Versicherung „Volldeckung“ nach AVB 2004 (Volldeckung meint ohne Vorbehalt bisheriger Krankheiten) handle es sich um eine „Versicherung in Anlehnung an das KVG“ (Klageantwort S. 5, Ziff. 3.2, 1. Absatz; amtl. Bel. 16).

Ein Leistungsfall gibt grundsätzlich einen Anspruch auf 730 Taggelder innerhalb einer Rahmenfrist von 900 Tagen. Der Leistungsfall löst die Rahmenfrist aus und die Wartefrist von (vorliegend) drei Tagen wird abgezogen. Wenn die versicherte Person für diesen Leistungsfall 730 Taggelder innerhalb von 900 Tagen bezogen hat, erlöscht der Versicherungsschutz; sie wird ausgesteuert (Art. 8.3 AVB 2004). Eine neue Krankheit gilt als neuer Leistungsfall und löst eine neue Wartefrist aus, wenn sie keinen Rückfall darstellt. Ein Rückfall (dieselbe Krankheit vor Ablauf von 12 Monaten) bedeutet, dass die bisher für diese Krankheit erbrachten Leistungen angerechnet werden, also nicht mehr volle 730 oder bei vorheriger Ausschöpfung gar keine Taggelder mehr beansprucht werden können; in kurzen Worten heisst Rückfall: keine neuen 730 Tage und keine neue Rahmenfrist, der alte Leistungsfall läuft (wenn noch Restanspruch besteht) weiter. E contrario muss für das erneute Auftreten der gleichen Krankheit *nach* Ablauf von 12 Monaten seit dem Abschluss des vorbestandenen Leistungsfalles, was als „neuer Leistungsfall“ gilt, ein neuer voller Anspruch von 730 Tagen innerhalb von 900 Tagen gegeben sein. Um so mehr ist das - unabhängig von den 12 Monaten beim Rückfall - für einen neuen Leistungsfall aufgrund einer neuen, anderen Krankheit anzunehmen, denn die AVB kennen nur die Unterscheidung „neuer Leistungsfall/Rückfall“. Neuer Leistungsfall heisst also neuer Anspruch und neue Frist (so auch BGer 5C, 179/2006 vom 16.11.2006, E. 2.1). Das erneute Anrechnen der Wartefrist bedeutet dabei, dass für die Versicherung ein neuer Leistungsfall vorliegt. Dass zum neuen Anspruch auch eine neue Rahmenfrist von 900 Tagen gehört, macht Sinn, wie folgende Beispiele zeigen:

Eine versicherte Person ist infolge Grippe 5 Tage arbeitsunfähig, was die Rahmenfrist von 900 Tagen auslöst und nach Abzug von drei Tagen Wartefrist die Ausbezahlung von zwei Taggeldern zur Folge hat. In der Folge ist sie 850 Tage ununterbrochen arbeitsfähig und erkrankt dann an einer schweren Krankheit. Es liegt ein neuer Leistungsfall vor. Sie erhält nur noch 42 Taggelder (erneuter Abzug von Wartefrist), wenn der neue Leistungsfall keine neue Rahmenfrist auslöst, weil dann die mit der Grippe angelaufene Rahmenfrist von 900

Tagen endet. Oder die versicherte Person erkrankt zuerst an einer schweren Krankheit, welche die Rahmenfrist auslöst und 650 Taggelder zur Folge hat. Nachher ist die versicherte Person wieder 240 Tage arbeitsfähig, bevor 10 Tage vor Ablauf der Rahmenfrist eine neue, andere schwere Krankheit ausbricht. Der Anspruch von 730 Taggeldern wird bis zum Ablauf der ersten Rahmenfrist (650 plus 10) nicht ausgeschöpft. Trotzdem soll die erste Rahmenfrist die Aussteuerung bewirken? Diese Beispiele zeigen, dass dies nicht der Sinn sein kann, der AVBs vernünftigerweise und korrekterweise in Würdigung der generellen, objektiven Umstände zukommen soll; das heisst, dass mit einem neuen Leistungsfall zwingend auch eine neue Rahmenfrist beginnen muss. Die Beklagte hat vorliegend drei Leistungsfälle angenommen. Das zeigt der Umstand, dass sie 3x die Wartefrist abgezogen hat (bekl. Bel. 5). Sie hat denn auch im vorliegenden Verfahren nie geltend gemacht, es handle sich beim Rückenleiden um einen Rückfall. Im vorliegenden Fall muss somit aber nur noch die Frage beantwortet werden, was mit der ersten Rahmenfrist passiert, wenn innerhalb dieser Frist eine neue Krankheit auftaucht, da die Klägerin nur noch 166 Taggelder (730 abzüglich total 564 ausbezahlte Taggelder) verlangt. Die Frage, ob man bezüglich des Anspruchs von 730 Taggeldern verschiedene Leistungsfälle innerhalb der gleichen Rahmenfrist zusammenrechnen muss, wenn mehr oder weniger ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit aufgrund verschiedener Krankheiten vorliegt, kann hier offen gelassen werden. Bei verschiedenen Leistungsfällen innerhalb der ersten Rahmenfrist laufen also ebenso viele Rahmenfristen nebeneinander, weshalb eine früher begonnene Rahmenfrist nicht Grund für die Aussteuerung in einem später aufgetretenen Leistungsfall sein kann. Vorliegend hat die Klägerin den Anspruch von 730 Tagen nicht ausgeschöpft, da sie nach der Geburt ihres Kindes im September 2007 bis 20. Dezember 2007 Mutterschaftstaggeld bezogen hat. Im Vergleich zu obigen Beispielen kann das gleichgesetzt werden mit einer vorübergehenden Arbeitsfähigkeit der versicherten Person. Die Rahmenfrist von 900 Tagen für das Rückenleiden hat am 21.12.2007 begonnen (vgl. bekl. Bel. 5), lief also noch bei Erschöpfung des (ersten) Taggeldanspruchs von 730 Tagen am 22.4.2009. Dass die Klägerin am 30.4.2008 aus dem Kreis der Kollektivversicherten ausgeschieden und nicht in die Einzelversicherung übergetreten ist, vermag ihr nicht zu schaden, da der Leistungsfall bereits am 21.12.2007 zu laufen begonnen hat (vgl. dazu RGE 127 III 106 = Pra 90 (2001) Nr. 109, E. 3b). Die Beklagte hat denn auch über den 30.4.2008 hinaus, nämlich bis 7.11.2008, Taggeld geleistet. Zusammenfassend sind die AVB Volldeckung 2004 so auszulegen, dass bei jedem neuen Leistungsfall (zumindest) eine neue Rahmenfrist zu laufen beginnt. Falls die Klägerin auch vom

8.11.2008 bis 22.4.2009 arbeitsunfähig war, sind die Voraussetzungen für ein Taggeld für diese Zeitspanne erfüllt.

8. Wie unter E. Ziff. 2 erwähnt, stützen sich die Parteien bezüglich Arbeitsfähigkeit auf einander widersprechende Arztberichte.

8.1 Wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, hat jene Partei das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, die aus ihr Rechte ableitet (Art. 8 ZGB). Diese Vorschrift wird als Grundregel der Beweislastverteilung im Privatrecht betrachtet. Daraus ergibt sich nach überwiegender Auffassung, dass grundsätzlich das Verhältnis der anwendbaren materiellen Normen für die Beweislastverteilung massgebend ist. Dieses Verhältnis bestimmt im Einzelfall, ob eine rechtsbegründende, rechtsaufhebende bzw. rechtsvernichtende oder rechtshindernde Tatsache zu beweisen ist (BGE 128 III 271 E. 2a/aa 273). Diese Grundregel gilt auch im Bereich des Versicherungsvertragsrechts (BGE 130 III 321 E. 3.1 323). Wer gegenüber dem Versicherer einen Anspruch erhebt, ist für den Eintritt des Versicherungsfalls behauptungs- und beweispflichtig. Da dieser Beweis regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst der beweispflichtige Anspruchsberechtigte insoweit eine Beweiserleichterung und genügt seiner Beweislast, wenn er den Eintritt des Versicherungsfalls überwiegend wahrscheinlich zu machen vermag (BGE 130 III 321 E. 3.2 f. 324 f.). Überwiegend wahrscheinlich ist eine Tatsache, wenn zwar die Möglichkeit besteht, dass es sich auch anders hätte verhalten können, diese Möglichkeit jedoch weder eine massgebende Rolle spielt noch vernünftiger Weise in Betracht fällt. Gelingt es dem Versicherer im Rahmen des ihm zustehenden Gegenbeweises, an der Sachdarstellung des Anspruchsberechtigten erhebliche Zweifel zu wecken, so ist der Hauptbeweis des Anspruchsberechtigten gescheitert (BGE 130 III 321 E. 3.4 326; Urteil BGer 4A_96/2007, E. 4 vom 26.6.2007).

Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (welcher gemäss Art. 85 VAG auch für das vorliegende Verfahren gilt) hat das Gericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf

die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorkakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 2.2.2009, KK.2007.00013, E. Ziff. 2.4 und 2.5 mit Hinweis auf BGE 125 V 352 f.; vgl. dazu auch LGVE 2006 I Nr. 36).

8.2

8.2.1 Bei den Akten liegt ein Bericht der Hausärztin der Klägerin, Dr. med. C. , vom 26.8.2009 zuhanden des klägerischen Rechtsvertreters, worin die von ihr ausgestellten Arbeitsunfähigkeitszeugnisse bis 30.4.2009 zusammengestellt sind (kläg. Bel. 10). Am 4.4.2008 wurde die Klägerin in der ambulanten neurochirurgischen Sprechstunde des Spitals E. untersucht. In ihrem Bericht vom 7.4.2008 an Dr. med. C. stellten die Dres. med. G. und H. , Neurochirurgen, die Diagnose einer ausgeprägten Osteochondrose L4/5 mit leichter Protrusion und lumboradikulären Schmerzen ins rechte Bein. Dabei führten sie aus, auf den MRI-Bildern zeige sich vor allem auf Höhe L4/5 eine massive Osteochondrose mit Zusammensintern des Bandscheibenfaches; aus neurochirurgischer Sicht sei die Klägerin eine Patientin für eine künstliche Bandscheibe. Diesbezüglich müssten jedoch noch weitere Abklärungen im Sinne einer Diskographie und einer Facetteninfiltration durchgeführt werden. Beide Untersuchungen seien an sich vorgeschrieben für den Einbau einer Bandscheibenprothese. Es sei zu befürchten, dass eine Operation auf die Dauer unumgänglich sei (kläg. Bel. 14).

8.2.2 Am 6.10.2008 untersuchte Dr. med. F. , Facharzt FMH für Innere Medizin, spez. Rheumaerkrankungen, die Klägerin im Auftrag der Beklagten. Zur Verfügung standen ihm u.a. der Bericht MRI LWS vom 10.1.2008 und 21.1.2008. Dr. med. F. fertigte zudem Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule, der Ferse und des Fussgelenkes an. In seinem Bericht vom 10.10.2008 diagnostizierte er ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom, unklare nicht radikuläre Schmerzangabe im rechten Bein und rechter Ferse bis

Grosszehe rechts, Adipositas und eine belastende Familiensituation mit zwei Kleinkindern. Er verneinte eine Arbeitsunfähigkeit. Der Bandscheibenraum L 4/5 sei leichtgradig verschmälert und es fänden sich diskrete spondylotische Anbauvorgänge an der Unterkante L4 ventral und Oberkante L5 ventral. Ferner fügte er an, die von der Klägerin vorgebrachten Beinschmerzen entsprächen nicht einer radikulären Symptomatik; es liessen sich keine radikulären Zeichen nachweisen. Insbesondere entsprächen die ausstrahlenden Schmerzen nicht einem bestimmten Dermatom und Druckdolenzen im Bereich der Ferse passten nicht zu einer radikulären Symptomatik. Bereits die Hausärztin der Klägerin, Dr. med. C. , habe im Februar 2008 berichtet, dass die Klinik nicht mit den MRI-Befunden übereinstimme (bekl. Bel. 7 = kläg. Bel. 15).

8.2.3 Am 10.12.2008 wurde die Klägerin im Spital E. von Dr. med. D. , Leiter Wirbelsäulen Chirurgie untersucht. In seinem Bericht vom 11.12.2008 an Dr. med. C.

schreibt er, die Klägerin leide an einer degenerativen Diskopathie mit Anulusriss und Osteochondrose LWK 4/5 und einem exazerbierten Schmerzsyndrom ohne motorische Defizite, mit Verdacht auf ein sensibles Defizit L5 distal rechts. Angesichts der klar degenerativen Diskopathie mit erosiver Osteochondrose des Segments LWK 4/5 könne es nach initialer MRI-Bildgebung vom Januar durchaus zu einem raumfordernden Prolaps gekommen sein. Es wurde deshalb eine neue MRI-Kontrollbildgebung organisiert (kläg. Bel. 19). Diese hat am 12.12.2008 in der Klinik J. stattgefunden (vgl. kläg. Bel. 23, unterster Absatz). In seinem Bericht vom 17.2.2009 erneuert Dr. med. D. seine Diagnose vom 11.12.2008. Nach der massiven Exazerbation im Oktober 2008 existiere in der MRI-Bildgebung vom 12.12.2008 eine deutliche Befundänderung mit nun rechts mediolateral der Nervenwurzel L5 rechts prolabierendem Herniensegment LWK 4/5 ohne Zeichen manifester Kompression, jedoch durchaus erklärbarer tangierender Reizung. Der Entscheid zum Diskusersatz über eine Bandscheibenprothese resultiere aufgrund der rein monosegmentalen schwer degenerativen Erkrankung mit intakten Facettengelenken ohne jegliche sonstige degenerative Verschleisszeichen der posterioren Strukturen oder der Nachbarsegmente. Unterstützt werde der Vorschlag zur Operation durch das Ergebnis der Röntgen-Nativ- und Funktionsaufnahmen der LWS vom 15.12.2008, welche ein schmerzhaft fixiertes krankes Segment L 4/5 und caudal L5/S1 zeigten bei absolut regulärem harmonischem Bewegungsspiel oberhalb des Nachbarsegments L3/4. Des weiteren zeige sich in der MRI-Bildgebung ein absolut auffälliges Hyperintensitätszeichen (HIZ) als Zeichen der hinteren Faserring-Ruptur, welches in der Literatur als hochgradig positives Zeichen mit hoher Sensitivität und Sensibilität über 94%

als Beweiskriterium einer morphologisch zerrissenen Bandscheibe gelte. Somit bestünden in der erhobenen Bildgebung absolut korrelierende morphologische Hinweise für eine schwere degenerative Segmenterkrankung LWK 4/5, welche in Übereinstimmung mit den erhobenen klinischen Befunden und Angaben stünden. Bezugnehmend auf die Feststellungen von Dr. med. F. in seinem Bericht vom 10.10.2008 (vgl. oben, bekl. Bel. 7) führte Dr. med. D. schliesslich aus, eine radikuläre Schmerz- oder Ausfallsymptomatik sei dabei nicht erforderlich, da die kranke und zerrissene Bandscheibe auch pseudoradikuläre Schmerzen hervorrufen könne. Bei der Klägerin bestehe jedoch durchaus ein intermittierendes und lageabhängig hervorrufbares Schmerz- und sensibles Reizsyndrom L5 rechts, was sich durchaus mit der aktuellen Bildgebung vom Dezember 2008 erklären lasse. Zusammenfassend zeige sich im Jahresvergleich der MRI-Bildgebung eine deutliche Herniations-Progression mit rechts gerichteter subligamentär hernierter Bandscheibe L4/5 und tangierendem Kontakt zur L5-Nervenwurzelabgabzone rechts, und eine Zunahme des akut entzündlichen Oedems der angrenzenden Wirbelkörperdeckplatten und der Minderung der Segmentdiskushöhe. Abschliessend stellte Dr. med. D. fest, der seit Oktober 2008 eingetretene Verlauf rechtfertige anhand der beiden Untersuchungen vom 10.12.2008 und 15.1.2009 eine 100%-ige krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (kläg. Bel. 23).

8.2.4 Der wiederum im Auftrag der Beklagten erteilten (kläg. Bel. 26), sehr kurz gehaltenen Stellungnahme von Dr. med. F. vom 24.3.2009 zum Bericht von Dr. med. D. vom 17.2.2009 ist zu entnehmen, dieser Bericht bringe im Wesentlichen keine neuen Befunde, weshalb er an seiner Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit festhalte. Der Zusammenhang zwischen den degenerativen Veränderungen auf der Etage L4/5 und den Rücken- bzw. Beinschmerzen sei nur ungenügend belegt (kläg. Bel. 27).

8.3 Der Bericht von Dr. med. D. vom 17.2.2009 (kläg. Bel. 23) ist sehr ausführlich und schlüssig, spricht sich aus über alle produzierten MRI-Bildgebungen und Röntgen-Nativ- und Funktionsaufnahmen und beurteilt insbesondere den bildlich wahrnehmbaren Verlauf der Krankheit. Der Bericht ist weder in sich widersprüchlich noch im Zusammenhang mit den früheren Berichten vom 7.4.2008 (kläg. Bel. 14), 11.12.2008 (kläg. Bel. 19) sowie 16.1.2009 (kläg. Bel. 20). Die Berichte beruhen auf mehreren Untersuchungen der Klägerin im Verlauf von 9 Monaten. Dass Dr. med. D. in seinem Bericht ausdrücklich erwähnt, es zeige sich bei der Klägerin ein „ausgeprägtes und aufgrund differenter Kultur und Schmerzwahrnehmung sicherlich ausgestaltetes Schmerzbild“, und bezüglich Arbeitsfähigkeit fielen prognos-

tisch „entscheidend kulturelle, soziale und auch vor allem langfristige Chronifizierungstendenzen als Faktoren ins Gewicht“, spricht für seine Glaubwürdigkeit. Ohne diese Umstände ausser acht zu lassen kommt Dr. med. D. zum Schluss, bei der Klägerin liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Schliesslich setzt Dr. med. D. sich auch ausdrücklich mit dem Bericht von Dr. med. F. auseinander, was im Gegenzug von der „Stellungnahme“ von Dr. F. vom 24.3.2009 nicht behauptet werden kann. Dass die Hausärztin der Klägerin, Dr. C. am 21.2.2008 ebenfalls bestätigt habe, das MRI der LWS vom 21.1.2008 stimme nicht eindeutig mit den Symptomen der Klägerin überein (bekl. Bel. 6), ist vorliegend nicht entscheidend. Im Dezember 2008 und Januar 2009 wurden neue MRI produziert und gemäss Dr. med. D. hat sich die degenerative Schädigung der Bandscheibe nach der Schmerzexazerbation im Herbst 2008 auf den neuen MRI sichtbar fortgesetzt (kläg. Bel. 23). Dr. med. F. hatte anlässlich der Abfassung seines Berichts vom 10.10.2008 nur die MRI vom 10.1 und 21.1.2008 zur Verfügung. Sein Bericht ist - im Vergleich zu den Berichten von Dr. med. D. - kurz gehalten. Aufgefallen ist ihm, dass die von der Klägerin vorgebrachten Beinschmerzen nicht einer radikulären Symptomatik entsprächen (bekl. Bel. 7). Dieser relativ salopp abgefasste Bericht ist nicht geeignet, die Aussagen von Dr. med. D., welcher als Wirbelsäulenchirurg spezialisiert ist auf dem vorliegend interessierenden Gebiet, in Frage zu stellen. Wie dem Bericht von Dr. med. D. zu entnehmen ist, ist beim entsprechenden Befund bei der Klägerin eine radikuläre Schmerz- oder Ausfallsymptomatik nicht erforderlich bzw. es können durchaus pseudoradikuläre Schmerzen entstehen (bekl. Bel. 23). Zugunsten der Klägerin spricht aber auch der postoperative Bericht von Dr. med. D., welchem entnommen werden kann, dass die Klägerin nach der Operation an entschieden geringerem Rückenschmerz leidet und die Beinschmerzen verschwunden sind. In der Aktivitätsfrage sei die Klägerin wieder annähernd normal (kläg. Bel. 35). Der Beklagten gelingt es damit zusammenfassend nicht, an der Sachdarstellung der Klägerin erhebliche Zweifel zu wecken. Dies im Übrigen auch nicht mit einer Stellungnahme ihrer Vertrauensärztin Dr. med. I. (bekl. Bel. 10), welche fachlich diesbezüglich nicht spezialisiert ist und insbesondere die Klägerin nie untersucht hat. Ihre Stellungnahme stellt daher nur eine Würdigung der vorliegenden Arztberichte dar, welche Aufgabe aber dem Gericht vorbehalten ist. Auch wenn die Klägerin sich vorliegend auf Berichte der sie behandelnden Ärzte stützt, ist aus den genannten Gründen beweismässig darauf abzustellen und eine Arbeitsunfähigkeit in der vorliegend relevanten Zeit vom 8.11.2008 bis 22.4.2009 zu bejahen.

9. Da von einer vollen Arbeitsunfähigkeit der Klägerin vom 21.12.2007 bis 22.4.2009 auszugehen ist, ist sowohl der Anspruch auf ein Taggeld von Fr. 16'553.50 als auch der Anspruch auf Vergütung der Kosten für die Haushaltshilfe von Fr. 850.-- gutzuheissen. Der Verzugszins von 5% seit 29.1.2009 auf Fr. 16'553.50 und seit 30.4.2009 auf Fr. 850.-- wurde von der Beklagten nicht substantiiert bestritten (vgl. auch Art. 100 VVG i.V.m. Art. 104 Abs. 1 OR).

10. Gemäss Art. 85 VAG dürfen den Parteien im Verfahren vor Gericht über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung grundsätzlich keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Gleiches galt bereits unter dem alten VAG (Art. 47 Abs. 2 und 3 aVAG). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu Art. 47 aVAG befreit dies die Parteien nur von Gerichtskosten; eine Parteientschädigung an die obsiegende Gegenpartei bleibt grundsätzlich geschuldet (Urteil BGer 5C.244/2000 vom 9.1.2001 E. 5). Die Gerichtskosten gehen zu Lasten des Staates.

10.1 Der Kläger ist mit seiner Forderung durchgedrungen. Dem Verfahrensausgang entsprechend hat die Beklagte die Parteikosten des Klägers zu tragen (§ 119 Abs. 1 ZPO). Der klägerische Rechtsvertreter verlangt ein Honorar von Fr. 8'960.-- zuzüglich Auslagen und Mehrwertsteuer und stützt sich dabei auf §§ 55 und 65 der Kostenverordnung (KoV; SRL Nr. 265). Gemäss § 55 Abs. 1 KoV ist bei einem Streitwert von Fr. 10'000.-- bis Fr. 40'000.-- ein Honorar von Fr. 2'000.- bis Fr. 8'000.-- geschuldet, maximal Fr. 6'961.-- (40% des Streitwerts von Fr. 17'403.50). Das Honorar wird demzufolge auf Fr. 5'000.-- festgesetzt. Ein Zuschlag nach § 65 KoV rechtfertigt sich vorliegend nicht, hat doch nur eine kurze Instruktionsverhandlung stattgefunden und war die Sache weder in tatsächlicher noch rechtlicher Hinsicht besonders aufwändig (vgl. § 65 Abs. 1 KoV). Nebstdem schuldet die Beklagte der Klägerin (mangels Substanziierung) pauschal Fr. 80.-- für Auslagen und Fr. 348.10 MWST.

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

1. Die Beklagte hat der Klägerin Fr. 17'403.50 nebst Zins zu 5% seit 29.1.2009 auf Fr. 16'553.50 und Zins zu 5% seit 30.4.2009 auf Fr. 850.-- zu bezahlen.

2. Die Gerichtskosten gehen zu Lasten des Staates.
3. Die Beklagte hat dem Kläger eine Parteikostenentschädigung von Fr. 5'466.10 (Fr. 5'000.-- Honorar, Fr. 80.-- Auslagen und Fr. 386.10 MWST) zu bezahlen.
4. 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 jede Gegenpartei). Sie muss die Anträge auf Änderung des erstinstanzlichen Rechtspruchs enthalten. Das angefochtene Urteil ist beizulegen.
5. Dieses Urteil wird den Parteien und nach Rechtskraft dem Bundesamt für Privatversicherung zugestellt.



Amtsgericht Luzern-Stadt
I. Abteilung

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

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.