

II. Kammer

Sozialversicherungsrichter Gräub als Einzelrichter
Gerichtssekretär Volz

Urteil vom 4. August 2010

in Sachen

A.
Klägerin

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Kreso Glavas

gegen

X. Versicherungen
Beklagte

Sachverhalt:

1. A. , geboren 1979, war seit dem 1. August 2006 (Urk. 9/5) bei der Firma B. , als Verkäuferin tätig (Urk. 9/5) und über diese im Rahmen eines kollektiven Krankenzusatzversiche-

rungsvertrages bei der Stiftung X.

gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) gegen Krankheit für ein Taggeld versichert (Urk. 9/2-3). Am 24. Oktober 2006 meldete die B. der X., dass die Versicherte ab 1. September 2006 wegen Krankheit arbeitsunfähig sei (Urk. 9/5). Ab diesem Zeitpunkt richtete X. auf Grund von ärztlichen Zeugnissen vorerst Taggeldleistungen aus (Urk. 9/6-7, vgl. Urk. 8 S. 5). Am 7. März 2007 gebar die Versicherte eine Tochter (Urk. 9/8) und bezog in der Folge ab dem Tag der Niederkunft während 98 Tagen ein Taggeld der Mutterschaftsversicherung (Urk. 9/10). Gleichzeitig reichte sie der X. ärztliche Zeugnisse ein, welche ihr für die Zeit ab dem 14. Mai 2007 eine Arbeitsunfähigkeit attestierten (Urk. 9/9). Am 15. Juni (Urk. 9/11) und am 24. August 2007 (Urk. 9/12) ersuchte X. den behandelnden Arzt der Versicherten um einen Arztbericht, welchen dieser am 30. August 2007 erstattete (Urk. 9/14). Anschliessend holte X. eine Stellungnahme ihres Vertrauensarztes (Urk. 9/15) ein und verneinte mit Schreiben vom 21. September 2007 (Urk. 9/16) eine Leistungspflicht aus der kollektiven Krankenzusatzversicherung für die Zeit ab 13. Juni 2007. Am 18. Oktober 2007 verneinte X. ihre Leistungspflicht erneut (Urk. 9/20). Am 16. Januar 2008 teilte der behandelnde Arzt der Versicherten dieser mit, dass er mit X. nicht mehr kommunizieren werde, und dass er bei dieser versicherte Patientinnen und Patienten nicht mehr behandle (Urk. 9/21/2). Am 5. Mai 2008 verneinte X. ihre Leistungspflicht für die Zeit ab dem 13. Juni 2007 erneut (Urk. 9/22).

2. Mit Eingabe vom 6. Januar 2009 erhob die Versicherte Klage gegen die X. mit dem Rechtsbegehren, es sei diese zu verpflichten, ihr Fr. 10'388.-- zuzüglich Zins von 5 % seit den jeweiligen Fälligkeiten zu bezahlen; eventualiter sei die Arbeitsunfähigkeit in der Zeit vom 13. Juni bis 31. August 2007 ergänzend medizinisch abzuklären (Urk. 1 S. 2).

Mit Klageantwort vom 28. April 2009 beantragte X. die Abweisung der Klage (Urk. 8 S. 10) und reichte einen weiteren Bericht ihres Vertrauensarztes vom 16. März 2009 (Urk. 9/26) ein. Mit Replik vom 2. Juni 2009 hielt die Versicherte an ihrem klageweise gestellten Rechtsbegehren fest (Urk. 12 S. 2). Mit Duplik vom 26. Juni 2009 hielt X. an ihrem Antrag auf Abweisung der Klage fest (Urk. 15). Am 30. Juni 2009 wurde der Versicherten eine Kopie der Eingabe der X. vom 26. Juni 2009 zugestellt (Urk. 16).

Der Einzelrichter zieht in Erwägung:

1.

1.1 Nach Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unterliegen Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 124 III 44 Erw. 1a/aa und 232 Erw. 2b). Nach Art. 85 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG), in der ab 1. Januar 2006 gültigen Fassung (bis 31. Dezember 2005: Art. 47 Abs. 2 aVAG), entscheidet das Gericht privatrechtliche Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen oder zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherten. Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG sehen die Kantone gemäss Art. 85 Abs. 2 VAG analog den Bestimmungen für gewisse Mietrechts- und Arbeitsrechtsstreitigkeiten (Art. 274d und Art. 343 des Obligationenrechts, OR; vgl. BGE 127 III 424 Erw. 2 mit Hinweisen) ein einfaches und rasches Verfahren vor, in dem das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 6. Januar 2004, 5C.228/2003, Erw. 3.2 und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

1.2 Gemäss Art. 8 des Zivilgesetzbuches (ZGB) hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden beziehungsweise -hindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Diese Grundregel kann durch abweichende gesetzliche Beweislastvorschriften verdrängt werden und ist im Einzelfall zu konkretisieren (BGE 128 III 273 Erw. 2a/aa mit Hinweisen). Sie gilt auch im Bereich des Versicherungsvertrags (BGE 130 III 323 Erw. 3.1). Nach dieser Grundregel hat der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsvertrags zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung gegenüber dem Anspruchsberechtigten berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen (vgl. zum Ganzen BGE 130 III 323 Erw. 3.1). Sobald das Gericht vom Beweisergebnis überzeugt

ist, wird die Beweislastverteilung gegenstandslos (BGE 118 II 147 Erw. 3a unten und 114 II 291 Erw. 2a Mitte).

- 1.3 Art. 8 ZGB schreibt dem Gericht indes nicht vor, mit welchen Mitteln Beweise zu erheben und wie sie zu würdigen sind (BGE 122 III 219 Erw. 3c S. 223). Art. 8 ZGB schliesst insbesondere auch die antizipierte Beweiswürdigung nicht aus. Gemäss Art. 85 Abs. 2 VAG und § 23 Abs. 1 GSVGer gilt die freie Beweiswürdigung. Es bleibt dem Gericht daher unbenommen, von beantragten Beweiserhebungen deshalb abzusehen, weil es sie zum Vornherein nicht für geeignet hält, die behaupteten Tatsachen zu beweisen, oder weil es seine Überzeugung bereits aus anderen Beweisen gewonnen hat und davon ausgeht, dass weitere Abklärungen am massgeblichen Beweisergebnis nichts mehr zu ändern vermöchten (BGE 122 III 223 Erw. 3c mit Hinweisen).
- 1.4 Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, genießt der beweispflichtige Anspruchsberechtigte insofern eine Beweiserleichterung, als er in der Regel nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Allerdings kann der Versicherer im Rahmen des Gegenbeweises Indizien geltend machen, welche die Glaubwürdigkeit des Ansprechers erschüttern oder erhebliche Zweifel an seinen Schilderungen erwecken. Gelingt der Gegenbeweis, dürfen die vom Anspruchsberechtigten behaupteten Tatsachen nicht als überwiegend wahrscheinlich gemacht und damit nicht als bewiesen anerkannt werden. Der Hauptbeweis ist vielmehr gescheitert (BGE 130 III 326 Erw. 3.4 mit Hinweis). Dieser dem Versicherer obliegende Gegenbeweis besteht indes nicht im strikten Beweis des Gegenteils, sondern bloss im Begründen von Zweifeln an der Richtigkeit der Sachdarstellung des hauptbeweisbelasteten Versicherungsnehmers. Je erheblicher die von ihm geweckten Zweifel an der Version des Versicherungsnehmers, desto höher sind die Beweisanforderungen an dessen Sachdarstellung (Urteil des Bundesgerichts in Sachen X.-Bank vom 15. Februar 2001, 5C.146/2000, Erw. 4b mit Hinweisen).
- 1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2.

- 2.1 Art. 87 VVG gewährt demjenigen, zu dessen Gunsten die kollektive Unfall- oder Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, mit dem Eintritt des Unfalls oder der Krankheit ein selbständiges Forderungsrecht gegen den Versicherer. Bei diesem selbstständigen Forderungsrecht handelt es sich nach Rechtsprechung und Lehre um ein Forderungsrecht auf die Versicherungsleistungen im Versicherungsfall, wobei die übrigen Rechte und Pflichten aus dem Kollektivversicherungsvertrag beim Versicherungsnehmer bleiben (Urteil des Bundesgerichts in Sachen Z. vom 3. Juli 2001, 5C.41/2001, Erw. 2c; Peter Stein, Basler Kommentar VVG, N. 15 zu Art. 87 VVG; Willy Koenig, Der Versicherungsvertrag, in: Schweizerisches Privatrecht, VII/2, Basel 1979, S. 729).
- 2.3 Gemäss der von der Beklagten für die Zeit vom 1. Januar 2006 bis 31. Dezember 2008 ausgestellten Versicherungspolice vom 13. März 2006 (Urk. 9/2) schlossen B. und die Beklagte einen Vertrag für eine kollektive Krankenzusatzversicherung für das gesamte Personal der B. ab und vereinbarten für eine Leistungsdauer von 730 Tagen ein Krankentaggeld in Höhe von 80 % des versicherten Lohnes mit einer Wartezeit von 14 Tagen und ein Krankentaggeld von 10 % des versicherten Lohnes mit einer Wartezeit von 60 Tagen (Urk. 9/2). Als Vertragsgrundlagen wird auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen der Kollektiv-Taggeldversicherung nach VVG, Kategorie PC-M, Ausgabe vom 1. September 2005 (nachfolgend: AVB; Urk. 9/1/2) verwiesen (Urk. 9/2). Demnach steht fest, dass die AVB durch Übernahme Vertragsbestandteil wurden.
- 2.4 In Art. 4 der AVB (Urk. 9/1/2) wird der Umfang der Versicherungsdeckung definiert. Danach gewährt die Beklagte den Versicherungsschutz gegen das Risiko Krankheit, sofern nichts anderes vereinbart worden ist (Ziff. 1). Das Unfallrisiko ist nur gedeckt, sofern es in der Versicherungspolice ausdrücklich vorgesehen ist (Ziff. 2). Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen im Sinne des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) sowie ihre Folgen werden ausschliesslich im Rahmen der Unfalldeckung übernommen (Ziff. 3). Das zusätzliche Taggeld zu den Geburtszulagen bei Mutterschaft gemäss dem Bundesgesetz über den Erwerbersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EOG) ist nur dann versichert, wenn es ausdrücklich in der Police vermerkt und mit einer Kollektivversicherung für Taggeld bei Krankheit verbunden ist (Ziff. 4).
- 2.5 In der Versicherungspolice vom 13. März 2006 (Urk. 9/2) ist eine Versicherungsdeckung für Unfälle und Mutterschaft nicht vorgesehen. Bei dem eine Leistungspflicht auslösenden befürchteten Ereignis handelt es sich daher um

Krankheit, welche gemäss Art. 12 Ziff. 1 der AVB eine Arbeitsunfähigkeit von einem Umfang von mindestens 25 % zur Folge hat (Urk. 9/1/2).

- 2.6 Während eines Mutterschaftsurlaubes wird die Leistungspflicht gemäss Art. 12 Ziff. 7 der AVB aufgehoben. In Art. 3 Ziff. 3 der AVB (Urk. 9/1/2) wird „Mutterschaftsurlaub“ als ein ununterbrochener Zeitabschnitt von 14 Wochen ab dem Tag der Niederkunft definiert.

Gemäss den Akten gebar die Klägerin am 7. März 2007 eine Tochter (Urk. 9/8). Die Frist von 14 Wochen gemäss Art. 3 Ziff. 3 der AVB begann am Tag der Niederkunft, dem 7. März 2007, einem Mittwoch zu laufen und lief am Dienstag der 14. Woche und somit am 12. Juni 2007 ab. Nach der Niederkunft vom 7. März 2007 konnte ein Taggeldanspruch der Klägerin daher frühestens am 13. Juni 2007 entstehen.

3.

- 3.1 In Art. 3 Ziff. 1 der AVB wird „Krankheit“ folgendermassen definiert: (Urk. 9/1/2):

„Krankheit ist jede unbeabsichtigte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die medizinisch feststellbar und nicht Folge eines Unfalls oder dessen Folgen ist und die ausserdem eine medizinische Untersuchung oder Behandlung zur Folge hat. Im Rahmen einer Schwangerschaft auftretende Komplikationen sind der Krankheit gleichgestellt“.

Gesundheitsbeeinträchtigung umfasst gemäss Art. 3 Ziff. 4 der AVB als Oberbegriff sowohl Krankheit als auch Unfall (Urk. 9/1/2).

- 3.2 Arbeitsunfähigkeit wird in Art. 3 Ziff. 5 der AVB folgendermassen definiert (Urk. 9/1/2):

„Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte teilweise oder vollkommen unfähig ist, seinen Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit in seinem Tätigkeitsbereich auszuüben. Sie muss zudem auf eine Beeinträchtigung seiner körperlichen oder geistigen Gesundheit zurückzuführen sein. Bei einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit kann vom Versicherten auch eine Tätigkeit in einem anderen Beruf oder einem anderen Tätigkeitsbereich verlangt werden“.

- 3.3 Vorformulierte Vertragsbestimmungen sind grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen. Gemäss Art. 18 Abs. 1 OR ist bei der Beurteilung eines Vertrages sowohl nach Form als nach Inhalt der übereinstimmende wirkliche Wille und nicht die unrichtige Bezeichnung oder Ausdrucksweise zu beachten, die von den Parteien aus Irrtum oder in

der Absicht gebraucht wird, die wahre Beschaffenheit des Vertrages zu verbergen. Es ist demnach in erster Linie der festgestellte wirkliche Wille der Vertragsparteien massgebend. Lässt sich dieser nicht feststellen, ist der mutmassliche Parteiwillen zu ergründen. Dieser ist nach dem Vertrauensgrundsatz zu ermitteln (BGE 119 II 372 Erw. 4b). Danach sind Willenserklärungen der Parteien so auszulegen, wie sie vom Empfänger in guten Treuen verstanden werden durften und mussten (BGE 111 II 279 Erw. 2b). Dabei hat das Gericht vom Wortlaut auszugehen und zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint. Es orientiert sich dabei am dispositiven Recht, weil derjenige Vertragspartner, der dieses verdrängen will, das mit hinreichender Deutlichkeit zum Ausdruck bringen muss.

- 3.4 Mangels eines übereinstimmenden wirklichen Willens sind die Klauseln von Art. 3 Ziff. 1 und Ziff. 5 der AVB nach dem Vertrauensprinzip und somit normativ auszulegen. Entscheidend ist daher, wie die B. als andere Vertragspartei die Klauseln verstehen durfte und musste. Diesbezüglich gilt es zu beachten, dass die in den AVB enthaltenen Definitionen der Krankheit und der Arbeitsunfähigkeit nach ihrem Wortlaut weitgehend mit den in Art. 3 und Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) übereinstimmen. Bei den im ATSG enthaltenen Definitionen der Krankheit und der Arbeitsunfähigkeit handelt es sich um gebräuchliche und allgemein bekannte Umschreibungen, weshalb davon auszugehen ist, dass die B. in guten Treuen annehmen durfte und musste, dass die in den AVB enthaltenen Definitionen der Krankheit und der Arbeitsunfähigkeit inhaltlich weitgehend im Sinne der Definitionen des ATSG zu verstehen sind. Demnach ist bei Auslegung der in den AVB enthaltenen Definitionen von Krankheit und Arbeitsunfähigkeit die zu diesbezüglichen Begriffen des ATSG ergangene Rechtsprechung sinngemäss zu berücksichtigen.
- 3.5 Nach der Rechtsprechung handelt es sich beim Begriff der Krankheit im Sinne von Art. 3 ATSG um einen Rechtsbegriff, der sich nicht notwendigerweise mit dem medizinischen Krankheitsbegriff deckt (BGE 116 V 240 Erw. 3a mit Hinweisen, vgl. auch BGE 124 V 120 f. Erw. 3b mit Hinweisen). Nicht jede Beeinträchtigung der Gesundheit stellt eine Krankheit dar; vielmehr muss diese den sogenannten Krankheitswert erreichen. Eine Krankheit im Rechtssinne liegt vor, wenn die Gesundheitsbeeinträchtigung nicht durch einen Unfall verursacht worden ist und wenn sie eine medizinische Behandlung oder Untersuchung erfordert. Eine Behandlungsbedürftigkeit im Sinne von Art. 3 Abs. 1 ATSG liegt vor, wenn die Beeinträchtigung der Gesundheit die körperlichen und geistigen Funktionen in so beträchtlichem Masse einschränken, dass der Patient ärztlicher

Hilfe bedarf, die Gesundung ohne medizinische Hilfe wahrscheinlich nicht oder nicht mit Aussicht auf Erfolg innert angemessener Zeit zu erreichen wäre, oder wenn dem Patienten nicht zugemutet werden kann, ohne wenigstens den Versuch einer Behandlung zu leben (Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 16. August 2005, K 1/05, Erw. 1.2).

- 3.6 In Bezug auf Schmerzen mit den sich dabei naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten gilt es sodann zu beachten, dass die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit allein nicht genügen; vielmehr muss verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Die Schmerzangaben müssen also zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein (BGE 130 V 399 Erw. 5.3.2).
- 3.7 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).
- 4.
- 4.1 Im Folgenden ist anhand der medizinischen Aktenlage zu prüfen, ob die Klägerin nach dem 13. Juni 2007 an einer Krankheit litt, welche eine Arbeitsunfähigkeit von einem Umfang von mehr als 25 % zur Folge hatte.
- 4.2 Dr. med. C. , praktischer Arzt, attestierte der Klägerin mit Zeugnissen vom 29. Mai 2007, 1. Juni 2007, 15. Juni 2007, 16. Juli 2007, 2. August 2007 und 1. September 2007 (Urk. 9/9/1-6) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 14. Mai bis 31. August 2007.
- 4.3 Mit Bericht vom 30. August 2007 stellte Dr. C. einen Zustand nach Niederkunft (Geburt) und Wirbelsäulen-, Knie- und Fussgelenksbeschwerden sowie Schmerzen fest und erwähnte, dass die Klägerin wegen Bewegungseinschränkungen in ihrer Tätigkeit als Verkäuferin eingeschränkt sei (Urk. 9/14 S. 1). In der Zeit vom 14. Mai 2007 bis 15. August 2008 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (Urk. 9/14 S. 2). Eine Beeinträchtigung des psychischen Gesundheitszustandes bestehe nicht (Urk. 9/14 S. 1).

- 4.4 Der Vertrauensarzt der Beklagten, Dr. med. D. _____, Facharzt für Innere Medizin FMH, Chefarzt der Klinik _____, erwähnte in seiner Stellungnahme vom 13. September 2007, dass die medizinischen Gründe zur Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Mutterschaftsurlaub fehlten, und dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht gerechtfertigt sei (Urk. 9/15/2).
- 4.5 Mit Bericht vom 16. März 2009 (Urk. 9/26) führte Dr. D. _____ aus, dass auf Grund der von Dr. C. _____ festgestellten Beschwerden der Klägerin eine Arbeitsunfähigkeit nicht ausgewiesen sei. Schmerzen auf Grund einer durch die Schwangerschaft verursachten Gewichtszunahme könnten mittels Medikamenten und aktiver Physiotherapie behandelt werden, ohne dass eine Arbeitsunfähigkeit resultierte. Bei der Arbeit als Verkäuferin handle es sich nicht um eine körperlich schwere Arbeit, weshalb der Klägerin nach Beendigung des Mutterschaftsurlaubs eine Arbeitsaufnahme zuzumuten gewesen sei.
- 5.
- 5.1 Vorerst gilt es zu beachten, dass sowohl Dr. C. _____ als auch Dr. D. _____ die medizinischen Vorakten bekannt waren, und dass beide die von der Klägerin geklagten Schmerzen angemessen berücksichtigten. In inhaltlicher Hinsicht stimmen die Beurteilungen der beiden Ärzte sodann insofern überein, als sowohl Dr. C. _____ als auch Dr. D. _____ davon ausgingen, dass die Klägerin einer medizinischen Behandlung bedürfe. Dr. C. _____ stellte in seinem Bericht vom 30. August 2007 fest, dass er die Klägerin medikamentös behandle (Urk. 9/14 S. 2). Dr. D. _____ ging davon aus, dass auf Grund der Schmerzen, an welchen die Klägerin auf Grund einer schwangerschaftsbedingten Gewichtszunahme gelitten habe, eine medikamentöse und physiotherapeutische Behandlung indiziert gewesen sei (Urk. 9/26 S. 1). Demnach hat als erstellt zu gelten, dass die Klägerin nach dem 13. Juni 2007 an einer behandlungsbedürftigen Krankheit im Sinne von Art. 3 Ziff. 1 der AVB litt.
- 5.2 In Bezug auf Arbeitsfähigkeit wichen Dr. C. _____ und Dr. D. _____ in ihren Beurteilungen indes voneinander ab. Während Dr. C. _____ der Klägerin eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte, ging Dr. D. _____ davon aus, dass auf Grund des von Dr. C. _____ erhobenen Befundes die Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit nicht gerechtfertigt gewesen sei.
- 5.3 Inhaltlich vermag die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch Dr. C. _____ nicht zu überzeugen. Denn der von ihm erhobene medizinische Befund im Sinne eines Zustandes nach Niederkunft sowie Schmerzen und Beschwerden im Bereich der

Wirbelsäule und der Knie- und Fussgelenke erscheint als zu wenig genau bestimmt und nicht von genügender Schwere zu sein, als dass gestützt darauf ohne Weiteres auf funktionelle Ausfälle geschlossen werden könnte, welche mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit gleichzusetzen wären. Sodann machte er widersprüchliche Angaben zur Dauer der Arbeitsfähigkeit, gab er doch einerseits an, die Beschwerdeführerin sei bis 30. August 2007 arbeitsunfähig (Urk. 9/9/6), und attestierte andererseits eine Arbeitsunfähigkeit nur bis am 15. August 2007 (Urk. 9/14). Mangels einer nachvollziehbaren Begründung der festgestellten Arbeitsunfähigkeit kommt dem Bericht von Dr. C. vom 30. August 2007 (Urk. 9/14) daher nicht die konkrete Beweiskraft zu, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Arbeitsunfähigkeit zu beweisen.

- 5.4 Demgegenüber führte Dr. D. in nachvollziehbarer Weise aus, dass die Schmerzen, unter welchen die Klägerin auf Grund einer schwangerschaftsbedingten Gewichtszunahme litt, medikamentös und physiotherapeutisch adäquat hätten behandelt werden können, und begründete seine Schlussfolgerung, dass auf Grund des erhobenen Befundes die Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit nicht gerechtfertigt gewesen sei, in nachvollziehbarer Weise. Die Beurteilung durch Dr. D. ist jedoch immerhin geeignet, erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der Beurteilung durch Dr. C. hervorzurufen.
- 5.5 Nach Gesagtem ist die Beurteilung durch Dr. D. geeignet, erhebliche Zweifel an den Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen durch Dr. C. hervorzurufen. Demzufolge vermag die Klägerin die geltend gemachte, einen Versicherungsanspruch begründende Arbeitsunfähigkeit für die Zeit nach dem 12. Juni 2007 auf Grund der Aktenlage nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darzutun.
- 5.6 Die weiteren Einwendungen der Klägerin vermögen an diesem Beweisergebnis nichts zu ändern. Der Klägerin ist insbesondere nicht zu folgen, wenn sie (eventualiter) ergänzende medizinische Abklärungen zur Arbeitsunfähigkeit beantragt (Urk. 1 S. 2). Denn gemäss der Beurteilung durch Dr. C. war bereits am 16. August 2007 (Urk. 9/14 S. 2) beziehungsweise am 31. August 2007 (Urk. 9/9) mit einer Arbeitsaufnahme in der bisherigen Tätigkeit der Klägerin zu rechnen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist eine Arbeitsunfähigkeit in der Zeit vom 13. Juni bis 31. August 2007 mittels (echtzeitlicher) medizinischer Abklärungsmassnahmen indes nicht mehr zu beweisen, weshalb von ergänzenden Beweismassnahmen vorliegend abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d mit Hinweis; RKUV 2006 Nr. U 578 S. 176 Erw. 3.6; SVR 2001 IV Nr. 10 Erw. 4b S. 28).

6. Demnach steht fest, dass für die Zeit nach dem 12. Juni 2007 eine anspruchsbegründende Arbeitsunfähigkeit mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht nachgewiesen ist. Die Folgen dieser Beweislosigkeit hat die Klägerin zu tragen, weshalb die Klage abzuweisen ist.

Der Einzelrichter erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Dr. Kreso Glavas
 - X. Versicherungen
 - Bundesamt für Privatversicherungen

4. Da der Streitwert unter Fr. 30'000.-- liegt, kann gegen diesen Entscheid innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) eingereicht werden, wenn sich eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung stellt (Art. 74 Abs. 2 lit. a BGG).

Soweit keine Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. BGG zulässig ist, kann gegen diesen Entscheid innert der gleichen Frist von 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht die subsidiäre Verfassungsbeschwerde nach Art. 113 ff. BGG erhoben werden. Gerügt werden kann nach Art. 116 BGG die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten.

Werden sowohl die zivilrechtliche Beschwerde als auch die subsidiäre Verfassungsbeschwerde erhoben, sind beide Rechtsmittel in der gleichen Rechtsschrift einzureichen (Art. 119 Abs. 1 BGG).

Die Fristen stehen während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

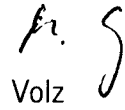
Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

Der Einzelrichter



Gräub

Der Gerichtssekretär



Volz

EG/VM/BS

versandt

12. Aug. 2010

15. Add 500