

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2008.00022

vom 20. August 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-08-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2008.00022

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2008.00022 du 20 août 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2008.00022 del 20 agosto 2010

Erwägungen

E. 4.1

Unter den Parteien ist der Krankheitsbeginn und somit der Schadenseintritt strittig: Während die Beklagte von einem Krankheitsbeginn am 2. November 2006 ausgeht (vgl. Urk. 11 S. 5), macht die Klägerin zunächst ebenfalls geltend, der Versicherte sei ab 2. November 2006 arbeitsunfähig (vgl. Urk. 1 S. 3), hielt aber aufgrund der zwischenzeitlich vorgenommenen Abklärungen der Invalidenversicherung und gestützt auf das Gutachten der Klinik A. ___ vom 21. November 2008 (Urk. 26/1) fest, der Versicherte sei seit 25. Februar 2005 aus psychischen Gründen in jeglicher Tätigkeit zu 100 % und vor diesem Datum mit grosser Wahrscheinlichkeit zu 50 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 25 S. 2). Die Beklagte bestreitet dies unter Hinweis auf ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. B. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 11. Juli 2006 (Urk. 33/57) und ein Aktengutachten ihres beratenden Arztes Dr. med. C. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 19. August 2009 (Urk. 33/M8/2).

E. 4.2

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).

E. 4.3

4.3.1. Die Ärzte der Klinik A. ___ erstatteten ihr Gutachten unter Einbezug der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchung und stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 26/1 S. 17):

1. mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom bei radiologisch nachgewiesenen Spondylarthrosen L4 bis S1 und mässiggradige Diskopathie L4/L5 und L5/S1

2. rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradig mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11)

3. anamnestisch Persönlichkeitsstörung vom paranoiden Typ mit Borderline-Organisationsniveau (ICD-10 F60.0)

4. anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45-4).

Der psychiatrische Konsiliarius hielt fest, eine Reintegration sei höchst ungewiss, da die Krankheit des Versicherten doch schwerwiegend sei. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Integrationsbemühungen immer wieder Rückschläge erlitten oder ganz scheiterten. Der Versicherte leide an einer Symptomatik, von der er sich aus freiem Willen nicht befreien könne. Aggravation oder Simulation seien ausgeschlossen, da die diesbezüglichen Befunde fehlten. Seiner Schadenminderungspflicht komme der Versicherte insofern nach, als er sich in psychiatrische Behandlung begeben und die Medikamente offensichtlich einnehme (Urk. 26/1 S. 16).

In einer behinderungsangepassten Tätigkeit mit möglichst wechselnder Körperhaltung bestehe gemäss neurologischer und internistischer Beurteilung keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Die heute gegebene Arbeitsunfähigkeit sei rein psychiatrisch begründet und deren Dauer nicht absehbar. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die vorliegende psychiatrische Symptomatik die Arbeitsfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsunfähigkeit), entsprechend der Aktenlage, ab Beginn der stationären Behandlung in der Klinik D.____ und dem psychosozialen Konsilium am Universitätsspital H.____ vom 25. Februar 2005, mit 100 % bemessen werden müsse. In der Folge sei es nie zu einer Remission, auch nicht teilweise, gekommen. Die Situation habe sich eher verschlechtert bis hin zu Suizidalität und zum fürsorglichen Freiheitsentzug. Vorher habe mit grosser Wahrscheinlichkeit aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, es könne dies aber aufgrund der Aktenlage nicht definitiv beurteilt werden (Urk. 26/1 S. 22).

4.3.2.1 Das A.____-Gutachten vom 21. November 2008 erfüllt die praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 4.2), da es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis sämtlicher Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet. Die darin gezogenen Schlussfolgerungen sind begründet und es wurde auch die Abweichung zur von Dr. B.____ vorgenommenen Beurteilung diskutiert (vgl. Urk. 26/1 S. 22 Ziff. 7.4).

E. 4.4

4.4.1 Dr. B.____ konnte im Zeitpunkt seines Gutachtens keine die Arbeitsfähigkeit nennenswert einschränkende psychiatrische Erkrankung diagnostizieren. Insbesondere habe zum Untersuchungszeitpunkt keine so gravierende depressive Symptomatik vorgelegen, dass der Versicherte nicht einer seiner somatisch diagnostizierten Störungen berücksichtigende Tätigkeit nachgehen könne. Er habe zudem bis vor kurzem nie entsprechende psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen. Gegen das Vorliegen einer Somatisierungsstörung spreche der Umstand, dass sich der Versicherte im Kollegenkreis ganz unauffällig zu bewegen scheine. Seine Persönlichkeit weise histrionische und unreife Züge auf. Aus psychiatrischer Sicht sei deshalb keine Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen (Urk. 7/33/57 S. 11 unten f.).

E. 4.4.2

Das Gutachten von Dr. B.____ vermag den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise nicht vollumfänglich zu genügen, wurde es doch in Unkenntnis der vollständigen Aktenlage erstellt: Dr. B.____ lag der Bericht des psychosozialen Konsiliums des Universitätsspitals H.____ vom 25. Februar 2005 (Urk.

33/56), worin ein Verdacht auf Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung geäussert sowie das Vorliegen eines begleitenden depressiven Syndroms bestätigt wird (vgl. Urk. 33/56 S. 2), nicht vor. Auch die Berichte von Prof. Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 26. April 2004 und 9. November 2004, sowie das rheumatologische Gutachten von Dr. med. F.____ vom 27. März 2006 (vgl. die Übersicht im A.____-Gutachten; Urk. 26/1 S. 6; vgl. auch Urk. 37/1-2), waren Dr. B.____ nach Lage der Akten nicht bekannt (vgl. Urk. 33/57 S. 3 f.). Damit erstellte Dr. B.____ sein Gutachten in Unkenntnis der Vorakten. Darüber hinaus unterliess es Dr. B.____, den behandelnden Psychiater Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Urk. 33/57 S. 9), zu konsultieren. Und schliesslich leuchtet die von ihm vorgenommene Darlegung der medizinischen Zusammenhänge nicht restlos ein, stützte Dr. B.____ seine Beurteilung doch offenbar wesentlich auf die Auskunft eines Mitarbeiters der ehemaligen Arbeitgeberfirma des Versicherten, wonach dieser sich im Kollegenkreis völlig unauffällig bewege (vgl. Urk. 33/57 S. 11 in Verbindung mit S. 12).

E. 4.5

4.5.1 Dr. med. C.____ bestätigte in seinem Bericht vom 19. August 2009 (Urk. 33/M8/2) den von den A.____-Ärzten dargelegten Umstand, dass beim Versicherten psychische Probleme im Vordergrund ständen. In früheren Berichten sei eine somatoforme Schmerzstörung an erster Stelle gestanden und die depressiven Begleitsymptome erst an zweiter. Sodann habe Dr. B.____ keine psychische Störung gefunden. Dr. C.____ äusserte seine Meinung, dass die anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund stehe und die Gründe hierfür in den psychosozialen Umständen lägen. Weiter sei die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vom paranoiden Typ auf Boderline-Niveau zu hinterfragen, welche Diagnose von den A.____-Ärzten übernommen und nicht aufgrund von eigenen Untersuchungsbefunden gestellt worden sei. In diesem Sinne erachtete er eine Arbeitsunfähigkeit schon in den Jahren 2005 und 2006 als nicht nachgewiesen (S. 2).

4.5.2 Das Aktengutachten von Dr. C.____ vermag den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend Erw. 4.2) nicht zu genügen, fehlt es darin doch an der Erhebung eigener Untersuchungsbefunde und Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und standen Dr. C.____ offenbar auch nicht die vollständigen Vorakten zur Verfügung.

4.6 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die vollständige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten und somit der Schaden gestützt auf das A.____-Gutachten vom 21. November 2008 bereits am 25. Februar 2005 und nicht, wie von der Beklagten vertreten, am 2. November 2006 eintrat. Diese Einschätzung erfolgte wohl rückwirkend, indes unter Bezugnahme auf echtzeitliche Berichte, unter anderem des Universitätsspitals H.____ (Urk. 33/56), und ist nachvollziehbar. Dem Versicherten war es demnach ab diesem Zeitpunkt nicht möglich, sich eine andere Arbeit zu suchen, weshalb eine Verletzung der Schadenminderungspflicht ausser Betracht fällt. Hingegen wurde eine vorherige, 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen lediglich als wahrscheinlich und nicht definitiv beurteilbar erachtet (vgl. Urk. 26/1 S. 22). Es ist jedoch zu beachten, dass die Beklagte bereits im Jahr 2004, infolge einer seit 21. Oktober 2003 bis Juli 2004 bestehenden Arbeitsunfähigkeit des Versicherten (vgl. Urk. 22/51 S. 1; Urk. 17/5) insgesamt 237 Taggelder an die damalige Arbeitgeberin des Versicherten geleistet hat (vgl. Urk. 17/2), was nachfolgend bei der Bemessung der Anzahl Taggelder noch zu

berücksichtigen sein wird.

E. 5.1

Gemäss Freizügigkeitsversicherungspolice vom 22. Dezember 2004 (Urk. 2/4) vereinbarten die Parteien bei einem versicherten Jahreslohn von Fr. 60'640.-- die Ausrichtung eines Krankentaggeldes im Rahmen von 100 % des versicherten Lohns für 730 Tage abzüglich einer Wartefrist von 30 Tagen. Auf Seite 2 der Police findet sich der folgende Satz: «Der versicherte Jahreslohn basiert auf dem AHV-Lohn, mit Anrechnung Leistungen Dritter (Schadensversicherung).» Als Erstbeginn wurde der 1. Januar 2005, als Ablauf der 31. Dezember 2005 festgesetzt (Urk. 2/4 S. 1). Vertragsgrundlage bildeten die AVB Ausgabe 05.2001 (Urk. 2/4 S. 3).

Gemäss Art. A3 Ziff. 2 der AVB 05.2001 ist der Vertrag für die in der Police aufgeführte Dauer abgeschlossen. Er verlängert sich am Ende dieser Dauer jeweils um ein Jahr, wenn keiner der Vertragspartner spätestens drei Monate vorher eine Kündigung erhalten hat. Ist der Vertrag für weniger als ein Jahr abgeschlossen, erlischt er an dem in der Police aufgeführten Tag.

Die Parteien haben nach Lage der Akten diesen Vertrag nicht gekündigt, so dass bis zur Vertragsänderung per 1. Januar 2007 die Police vom 22. Dezember 2004 und die dazugehörigen AVB Ausgabe 5/2001 Gültigkeit hatten. Nachdem der Schaden am 25. Februar 2005 eintrat, ist einzig diese Police massgeblich.

E. 5.2

Gemäss Art. A6 Ziff. 1 der AVB 5/2001 gilt als Krankheit jede Gesundheitsstörung, die der Versicherte unfreiwillig erleidet, kein Unfall oder keine Unfallfolge ist und eine ärztliche Behandlung erfordert. Für eine Krankheit voraussichtlich zu Leistungen, so hat der Anspruchsberechtigte dies der Versicherung auf dem dazu zur Verfügung gestellten Formular innert zwei Arbeitstagen mitzuteilen. Werden Verhaltenspflichten verletzt und wird dadurch die Feststellung oder das Ausmass der Krankheitsfolgen beeinflusst, kann die Versicherung ihre Leistungen entsprechend (Art. C3 Ziff. 1 und 4 AVB 5/2001).

E. 5.3

Gestützt auf das A.___-Gutachten vom 21. November 2008 liegt ab 25. Februar 2005 eine Art. A6 Ziff. 1 der AVB 5/2001 entsprechende Krankheit vor. Da das Ausmass und der Beginn der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten erst aufgrund des A.___-Gutachtens erkennbar wurde, war es dem Versicherten nicht möglich, seine Anspruchsberechtigung frist- und formgerecht mitzuteilen. Sofern darin überhaupt eine Verletzung einer Verhaltenspflicht im Krankheitsfall erblickt werden konnte - was nicht geltend gemacht wird -, wäre dadurch weder die Feststellung noch das Ausmass der Krankheitsfolgen beeinflusst worden, weshalb dem Versicherten wie auch der Beklagten diesbezüglich kein Nachteil entsteht.

E. 5.4

Ist der Versicherte nach ärztlicher Feststellung arbeitsunfähig, bezahlt die Versicherung bei voller Arbeitsunfähigkeit das in der Police aufgeführte Taggeld (Art. B1 Ziff. 1 AVB 5/2001). Als Grundlage für die Bemessung der Taggelder gilt die in der Police aufgeführte Lohnsumme (Art. A10 Ziff. 1 AVB 5/2001). Für die versicherte Person wird gemäss Ziff. 2 dieser Bestimmung der Jahreslohn aufgrund einer

Lohnbestätigung/Lohnausweis im Voraus fest vereinbart. Der vereinbarte Betrag muss jedoch dem mutmasslichen AHV-Jahreslohn entsprechen. Das daraus resultierende Taggeld gilt als Schadensversicherung.

E. 5.5

Gemäss Police vom 22. Dezember 2004 wurde ein Jahreslohn von Fr. 60'640.-- zu 100 % versichert. Entsprechend Art. A10 Ziff. 2 AVB 5/2001 darf angenommen werden, dass die Höhe des versicherten Jahreslohns anhand eines Lohnausweises festgelegt und auch von der Beklagten als richtig betrachtet wurde. Dies ist auf den Umstand zurückzuführen, dass arbeitslose Personen kraft gesetzlich vorgesehenem Übertrittsrecht (Art. 71 und 73 Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 100 Abs. 2 VVG) gegen angemessene Prämienanpassung Anspruch auf Änderung ihrer bisherigen Taggeldversicherung in eine solche mit Leistungsbeginn ab dem 31. Tag unter Beibehaltung ihrer bisherigen Taggelddhöhe und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der Änderung haben (dazu Rudolf Luginbühl, Krankentaggeldversicherungen, Allgemeiner Überblick und aktuelle Probleme, in: René Schaffhauser/Ueli Kieser [Hrsg.], Arbeitsunfähigkeit und Taggeld, St. Gallen 2010, S. 30 f.). Dementsprechend hat denn die Beklagte auch vom 3. März bis 14. April 2005 infolge 100%iger Arbeitsunfähigkeit des Versicherten 43 ungekürzte Taggelder à Fr. 166.13 geleistet (vgl. Urk. 12/34), was dem versicherten Jahreslohn von Fr. 60'640.-- entspricht (Fr. 60'640.-- : 365). Ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 25. Februar 2005 gab es zudem keinerlei Drittleistungen, die in die Berechnung der Taggelddhöhe hätten miteinbezogen werden müssen, diese entstanden frühestens mit der rückwirkend ab Juni 2006 erfolgten Zusprache einer Invalidenrente (Urk. 26/4).

Somit ist eine Kürzung von Taggeldern und eine rückwirkende Anpassung des versicherten Lohnes vorliegend nicht weiter zu prüfen. Nach Ablauf der gemäss Art. B2 AVB 05/2001 am 25. Februar 2005 beginnenden Wartefrist von 30 Tagen entstand aus der Police vom 22. Dezember 2004 für die Krankheit vom 25. Februar 2005 ab 27. März 2005 Anspruch auf ungekürzte Taggeldleistungen im Umfang von 700 Tagen (Urk. 2/4 S. 2), was beim vereinbarten, zu 100 % versicherten Lohn von Fr. 60'640.-- einer Taggelddhöhe von Fr. 166.13 entspricht.

E. 6.1

Gemäss Art. B3 Ziff. 4 AVB 05/2001 werden die Tage, für die der Versicherte aus den Kollektiv-Krankentaggeldpolicen der früheren Arbeitgeber infolge von Krankheitsfällen bereits Leistungen bezogen hat oder noch beziehen wird, an die Leistungsdauer der Erwerbsausfallversicherung der vorliegenden Police angerechnet. Nicht angerechnet werden sie, wenn der Versicherte ununterbrochen während 12 Monaten als Folge dieser Krankheit weder arbeitsunfähig war noch sich derentwegen ärztlich behandeln lassen musste.

E. 6.2

Die Beklagte leistete im Jahr 2004 aus der Kollektiv-Taggeldversicherung folgende Taggeld-Leistungen (vgl. Urk. 17/2):

100 % vom 10. Februar 2004 bis 28. Februar 2004 20 Tage à Fr. 143.03 = Fr. 2'861.--

100 % vom 1. März 2004 bis 31. Juli 2004 153 Tage à Fr. 157.76 = Fr. 24'139.--

100 % vom 1. August 2004 bis 3. Oktober 2004 64 Tage à Fr. 151.98 = Fr. 9'728.--

Insgesamt wurden aus der Kollektiv-Taggeldversicherung somit 237 Taggelder geleistet. Diese sind anzurechnen, da der Versicherte nach dem vorstehend Gesagten bereits am 25. Februar 2005, somit nach weniger als 12 Monaten nach der letzten Taggeldzahlung vom 3. Oktober 2004, wieder arbeitsunfähig wurde.

E. 6.3

Zusätzlich und in jedem Fall in Abzug zu bringen sind die bereits vom 3. März bis 14. April 2005 infolge 100%iger Arbeitsunfähigkeit des Versicherten geleisteten 43 Taggelder (vgl. Urk. 12/34). Erachtet man somit aufgrund der Police vom 22. Dezember 2004 (Urk. 2/4) bereits 280 Taggelder als bezogen, die an die Gesamtbezugsdauer von 700 Taggeldern anzurechnen sind, verbleiben noch 420 Taggelder für die Bezugsdauer vom 27. März 2005 (vgl. vorstehend Erw. 5.5) bis und mit 20. Mai 2006. Nachdem der Versicherte erst ab Juni 2006 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat und zuvor keine Dittleistungen ausgerichtet wurden, ist das geschuldete Taggeld lediglich um den Betrag der vom 2. Dezember 2006 bis 31. Oktober 2008 geleisteten Fr. 37'555.-- (700 x Fr. 53.65; vgl. Urk. 6 S. 2) zu reduzieren. Damit ergibt sich folgende Berechnung:

Fr. 69'774.-- (verbleibende 420 Taggelder \times Fr. 166.13) minus Fr. 37'555.-- (bereits geleistete 700 Taggelder \times Fr. 53.65) ergibt Fr. 32'219.--.

E. 7.1

Das Klageverfahren bei Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung richtet sich nach den Bestimmungen des GSVG, wobei ergänzend das Gesetz über den Zivilprozess (ZPO) sinngemäss Anwendung findet (\S 28 GSVG). Gemäss \S 54 Abs. 2 ZPO darf das Gericht einer Partei weder mehr noch anderes zusprechen, als sie selbst verlangt, noch weniger, als der Gegner anerkannt hat. Die in dieser Bestimmung statuierte Dispositionsmaxime verkörpert sich in den prozessualen Anträgen der Parteien. Dabei ist das Gericht lediglich an die Anträge, nicht aber an deren rechnerische Begründung gebunden. In Verfahren, die von der Dispositionsmaxime beherrscht werden, ist das Gericht hinsichtlich einer Klage, mit welcher die Zusprechung verschiedener, auf dem gleichen Grund beruhender Schadensposten verlangt wird, nur durch den insgesamt eingeklagten Betrag gebunden (Frank/Sträubli/Messmer, Kommentar zur schweizerischen Zivilprozessordnung, 3. Auflage, \S 54 Rz 14).

Die Klägerin beantragt die Zahlung von Fr. 28'184.50 (vgl. Urk. 6 S. 2). Nachdem ihr nicht mehr zugesprochen werden darf, als sie selbst verlangt, ist die Klage in diesem Umfang gutzuheissen.

E. 7.2

Die Klägerin beantragt weiter die Zusprache einer Parteientschädigung gestützt auf \S 34 GSVG (Urk. 1 S. 7 unten). Gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung steht den Versicherungssträgern und den Gemeinwesen der Anspruch auf eine Parteientschädigung nur zu, soweit er von anderen Gesetzen nicht ausgeschlossen ist.

Gemäss höchstgerichtlicher Rechtsprechung stellt im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung die Regelung in Art. 85 Abs. 3 VAG (beziehungsweise die identische Regelung im früheren Art. 47 Abs. 3 VAG) keine Vorschrift dar, welche den Anspruch des obsiegenden Versicherungssträgers auf eine Parteientschädigung ausschliesst, sondern ein solcher Anspruch besteht unter der Voraussetzung, dass der

Versicherungsträger durch einen externen Anwalt vertreten ist (Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts in Sachen E. vom 9. Januar 2001, 5C.244/2000, Erw. 5 mit Hinweisen). Dies hat in Analogie und gestützt auf Art. 34 Abs. 2 GSVG auch für das durch einen externen Anwalt vertretene Gemeinwesen zu gelten, weshalb der Klägerin eine Parteientschädigung zusteht. Diese bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens ohne Rücksicht auf den Streitwert und ist auf Fr. 4'300.-- (inkl. MWSt und Barauslagen) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, der Klägerin den Betrag von Fr. 28'184.50 zu bezahlen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beklagte wird verpflichtet, der Klägerin eine Prozessentschädigung von Fr. 4'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler unter Beilage einer Kopie von Urk. 41

- Rechtsanwalt Dr. Christoph D. Studer

- Bundesamt für Privatversicherungen

5. 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 Rechtschrift 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.