

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2009.00024 vom 30. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2009.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2009.00024 du 30 novembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2009.00024 del 30 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1 Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich ist zuständig für die Behandlung der vorliegenden Streitsache, welche Taggelder nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) zum Gegenstand hat. Die Zuständigkeit, die nach den Rechtsvorschriften zu beurteilen ist, die bei Anhängigmachung der Klage in Kraft waren (vgl. Art. 404 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO]), gründet in sachlicher Hinsicht auf Art. 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in Verbindung mit der bis Ende 2010 in Kraft gewesenen Regelung in Art. 85 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG) und in räumlicher Hinsicht auf Art. 3 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über den Gerichtsstand in Zivilsachen (Gerichtsstandsgesetz, GestG; in Kraft gewesen bis Ende 2010), wonach Klagen gegen eine natürliche Person das Gericht an deren Wohnsitz zuständig ist.

1.2 Der Gesamt-Streitwert beläuft sich auf über Fr. 200'000.00. Gemäss den Vorbringen in der Replik verlangt der Kläger und Widerbeklagte einen zusätzlichen Betrag von Fr. 61'459.00 für den Zeitraum bis zum 15. November 2008 (Urk. 13 S. 9) und einen Betrag von $640 \times \text{Fr. } 240.00 = \text{Fr. } 153'600.00$ für die Zeit ab dem 16. November 2008 (Urk. 13 S. 10). Zudem sind im Falle einer Klage und einer Widerklage die Streitwerte zusammenzuzählen (Art. 19 Abs. 2 der hier noch anwendbaren, bis Ende 2010 in Kraft gewesenen kantonalen Zivilprozessordnung in Verbindung mit Art. 28 lit. a GSVGer in der bis Ende 2010 gültigen Fassung; vgl. demgegenüber Art. 94 Abs. 1 ZPO in Verbindung mit Art. 28 lit. a GSVGer in der ab Anfang 2011 in Kraft stehenden Fassung).

2. Mit der Klage werden höhere und zusätzliche Taggelder aus den beiden Taggeldversicherungen beansprucht; mit der Widerklage wird eine Rückforderung von Taggeldern aufgrund der Nachzahlung der Invalidenrente geltend gemacht. Zunächst ist im Folgenden die Klage, danach die Widerklage zu behandeln.

E. 3

3.1 Fest steht, dass der Kläger bis am 15. November 2008 aus den beiden Taggeldversicherungen diejenige Anzahl Taggelder erhalten hat, die in den beiden Policen festgelegt waren (17. November 2006 bis 15. November 2008 = 730 Tage; vgl. die Taggeldabrechnungen in Urk. 10/82), nämlich 640 Taggelder aus dem Vertrag Nr. AA.____ (730 Tage abzüglich der 90 Wartetage; Urk. 10/1) und 670 Taggelder aus dem Vertrag Nr. BB.____ (730 Tage abzüglich 60 Wartetage; Urk. 10/2 und Urk. 2/6).

Der Kläger für zwei verschiedene Gründe für die Erhebung seiner Zusatzforderungen an. Zum einen hat die Beklagte die Taggelder aus der Versicherung Nr. AA.____ nach 180 Krankheitstagen, also ab dem 16. Mai 2007 (vgl. Urk. 10/82/5 S. 3), auf die Hälfte reduziert und sich dafür auf eine Regelung berufen, die bei psychischen Erkrankungen eine solche Reduktion vorsieht. Der Kläger bestreitet die Wirksamkeit dieser Regelung und fordert deshalb die Taggelder im Umfang der als ungerechtfertigt erachteten Reduktion nach (Urk. 1 S. 6 ff., Urk. 13 S. 7 ff., Urk. 26 S. 2 ff. und S. 6 ff.). Zum andern vertritt der Kläger die Auffassung, das neurologische Leiden, aufgrund dessen er ab dem 18. Januar 2008 für sich allein betrachtet zu 50 % arbeitsunfähig war, sei als neuer Versicherungsfall zu behandeln mit der Folge, dass für dieses Leiden ab dem 18. Januar 2008 aus beiden Versicherungsverträgen (Nr. AA.____ und Nr. BB.____) eine neue Taggeldleistungspflicht von 730-tägiger Dauer zu laufen begonnen habe (Urk. 1 S. 6 und S. 10 ff., Urk. 13 S. 9 f., Urk. 26 S. 3 f.).

E. 3.2

3.2.1 Die Reduktion der Taggelder auf die Hälfte aufgrund der psychischen Natur der Erkrankung des Klägers - darauf ist als erstes einzugehen - betrifft allein die Versicherung Nr. AA.____. Aus der Versicherung Nr. BB.____ hat die Beklagte während der vereinbarten Leistungsdauer die vollen, dem Grad der attestierten Arbeitsunfähigkeit entsprechenden Taggelder ausgerichtet, wie dies den eingereichten Taggeldabrechnungen (Urk. 10/82) zu entnehmen ist. Die entsprechenden Vorbringen der Beklagten (Urk. 17 S. 4) wurden vom Kläger denn auch nicht bestritten.

3.2.2 Die Beklagte stützte sich bei der strittigen Taggeldreduktion auf das sogenannte "Merkblatt für die Kollektive Krankentaggeldversicherung, Rahmenvertrag IG Med 60'028'485 für die Mitglieder der Interessen-Gemeinschaft medizinischer Berufe (IG med)" (Urk. 10/3, Urk. 10/17, Urk. 9 S. 9 ff., Urk. 17 S. 3 ff., Urk. 31 S. 2 f.). Dessen Art. 2.4.2.2 Abs. 3 lautet wie folgt:

"In Abänderung von AVB reduzieren sich die versicherten Leistungen infolge psychischer Erkrankung und deren Folgen nach 180 Tagen auf die Hälfte des Taggeldes."

Dieses "Merkblatt" wird in der Police "Helsana Business Salary" vom 4. Juli 2006, welche ab dem 1. Januar 2007 gültig ist, als integrierender Bestandteil bezeichnet (Urk. 10/1 S. 2, Randziffer 990). Die Beklagte wies indessen zu Recht darauf hin (vgl. Urk. 9 S. 9), dass auf den Kläger, der am 17. November 2006 arbeitsunfähig geworden war, nicht diese Police, sondern die vorangegangene Police der La Suisse vom 3. September 2004 (Urk. 10/9) anwendbar ist. Dies ergibt sich aus dem Hinweis in der Police vom 4. Juli 2006 unter "laufende Schadenfälle" (Urk. 10/1 S. 2, Randziffer 110), wonach für bisher versicherte Personen, die bei Beginn dieser Police arbeitsunfähig sind, bis zur Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit die Leistungen gemäss der bisherigen Police gelten. In dieser bisherigen Police ist ebenfalls ein "Merkblatt" als integrierender Bestandteil genannt; es ist als "Merkblatt zum Rahmenvertrag Nr. 1180 zwischen der IG med und der 'La Suisse'" bezeichnet (Urk. 10/9 S. 5, vgl. auch S. 1). Des Weiteren werden die Allgemeinen Bedingungen MC 04 als anwendbar erklärt (Urk. 10/9 S. 1); es handelt sich dabei unbestritten um die "Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Kollektive Lohnausfallversicherung MC 04" der La Suisse (nachfolgend AVB MC 04; Urk. 10/6).

Der Kläger erachtete in der Klageschrift zwar die "Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Helsana Business Salary Kollektiv-Taggeldversicherung nach VVG", Ausgabe 2006 (nachfolgend AVB Helsana), als massgebend, wie sie in der Police vom 4. Juli 2006 genannt sind (Urk. 10/1 S. 3). Er liess jedoch in der Replik die Anwendbarkeit der AVB MC 04 zu Recht nicht in Frage stellen (vgl. Urk. 13 S. 4). Hingegen liess er bestreiten, dass das von der Beklagten angerufene "Merkblatt" Bestandteil des Versicherungsvertrags gemäss der Police vom 3. September 2004 geworden ist. Währenddem er in der Klageschrift, dort noch bezogen auf das "Merkblatt für die Kollektive Krankentaggeldversicherung, Rahmenvertrag IG Med 60'028'485", geltend machen liess, ein solches Blatt gar nie gesehen zu haben (Urk. 1 S. 6 f.), machte er dies in der Eingabe vom 12. Oktober 2011 bezogen auf das "Merkblatt zum Rahmenvertrag Nr. 1180" richtigerweise nicht mehr geltend. Der Beklagten ist denn auch darin zuzustimmen (vgl. Urk. 17 S. 5), dass der Kläger im Erneuerungsantrag vom 22. Juni 2004, welcher der Ausstellung der Police vom 3. September 2004 vorangegangen war, unterschriftlich bestätigt hatte, das "Merkblatt zum Rahmenvertrag Nr. 1180" erhalten zu haben (Urk. 10/8). Und soweit der Kläger vorbringen liess, es sei unklar, um welches Dokument es sich beim "Merkblatt zum Rahmenvertrag Nr. 1180" handle (Urk. 26 S. 6 ff.), so hat die Beklagte mit der Duplik das "Merkblatt für die Kollektive Krankentaggeldversicherung für die Mitglieder der Interessen-Gemeinschaft medizinischer Berufe (IG med)" in der Ausgabe vom 1. Juni 2004 eingereicht (Urk. 18/83). In diesem "Merkblatt" ist der Rahmenvertrag Nr. 1180 zwischen der IG med und der La Suisse mehrmals explizit erwähnt (vgl. Art. 1.1 und Übergangsbestimmungen in Urk. 18/83 S. 2). Es besteht daher kein Zweifel daran, dass es sich beim "Merkblatt", das in der Police vom 3. September 2004 genannt ist, um dieses Dokument handelt, und es kann auch nicht ernsthaft daran gezweifelt werden, dass der Versicherte es erhalten hat. Sodann ist in diesem "Merkblatt zum Rahmenvertrag Nr. 1180" in Art. 2.2 Abs. 3 Satz 1 die folgende, mit der vorstehend zitierten späteren Regelung vergleichbare Vorschrift enthalten:

"In Abänderung von AVB Artikel D4 reduzieren sich die versicherten Leistungen infolge psychischer Erkrankung und deren Folgen nach 180 Tagen auf die Hälfte des versicherten Taggeldes."

3.2.3 Damit stellt sich die weitere Frage, ob das "Merkblatt zum Rahmenvertrag Nr. 1180" und damit auch die gerade zitierte Regelung überhaupt Vertragsbestandteil geworden sind.

Nach der Rechtsprechung und Lehre werden vorformulierte Versicherungsbedingungen, sogenannte AVB (Allgemeine Versicherungsbedingungen), dann Bestandteil eines Versicherungsvertrags, wenn sie dem antragsstellenden Versicherungsnehmer bei der Antragsstellung vorgelegen haben (vgl. Stoessel, in: Honsell et al. [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, VVG, Basel 2001 [nachfolgend VVG-Kommentar], Art. 3 VVG, S. 78 f. Rz 15-21). Von einer Übernahme solcher vorformulierter Bedingungen ist rechtsprechungsgemäss nicht nur dann auszugehen, wenn die versicherte Person diese AVB in voller Kenntnis ihrer rechtlichen Tragweite übernimmt (sogenannte Vollübernahme), sondern auch dann, wenn die Übernahme ohne Kenntnisnahme der einzelnen Bestimmungen erfolgt, unter der Voraussetzung, dass der Verwender den Kunden vor Vertragsabschluss auf die AVB hingewiesen und ihm die Möglichkeit verschafft hat, in zumutbarer Weise von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen (sogenannte Globalübernahme; vgl. Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 474 ff.

Rz 41 ff.).

Â Â Â Â Â Â Â Â Eine Ãbergabe sowohl der AVB MC 04 als auch des "Merkblattes zum Rahmenvertrag Nr. 1180" hat nach dem Dargelegten stattgefunden; beide Dokumente sind im Erneuerungsantrag vom 22. Juni 2004 explizit aufgefÃhrt (Urk. 10/8). Es fragt sich allerdings noch, ob das genannte "Merkblatt" tatsÃchlich vorformulierte Vertragsbedingungen enthÃlt. Solche vorformulierten Vertragsbedingungen sind dadurch charakterisiert, dass sie den typischen Inhalt eines Vertrages fÃr eine Vielzahl von VertrÃgen generell-abstrakt regeln. Unerheblich ist deren genaue Bezeichnung; sie kÃnnen beispielsweise auch ErgÃnzende Versicherungsbedingungen oder Zusatzbedingungen heissen. Zudem fallen auch sogenannte Besondere Versicherungsbedingungen dann unter die Kategorie der vorformulierten Vertragsbedingungen, wenn sie nicht nur fÃr den Einzelfall formuliert worden, sondern ebenfalls fÃr eine unbestimmte Anzahl von FÃllen aufgestellt worden sind (vgl. Stoessel, VVG-Kommentar, Art. 3 VVG, S. 76 f. Rz 6 ff.).

Â Â Â Â Â Â Â Â Die Bezeichnung des Dokumentes "Merkblatt zum Rahmenvertrag Nr. 1180" ist, was dem KlÃger zuzugestehen ist (vgl. Urk. 13 S. 8, Urk. 26 S. 6 f.), nicht ganz glÃcklich gewÃhlt. Unter einem Merkblatt wird nach dem allgemeinen Sprachgebrauch eine Ãbersichtsartige Zusammenfassung der wichtigsten Punkte eines ausfÃhrlicheren und genaueren Regelungstextes verstanden. Das zur Diskussion stehende "Merkblatt" wird jedoch am Schluss der aufgelisteten Bestimmungen als "Auszug" bezeichnet, und zwar als "Auszug aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MC 04) und dem Rahmenvertrag zwischen der IG med und der La Suisse Unfall-Versicherungs-Gesellschaft, welche rechtlich verbindlich sind" (Urk. 18/83 S. 2). Diese Bezeichnung als "Auszug" und der Hinweis auf die rechtliche Verbindlichkeit der Herkunftsdokumente weisen in Verbindung mit der ErklÃrung des "Merkblattes" zum integrierenden Vertragsbestandteil im Antrag (Urk. 10/8) und mit der ErwÃhnung in der Police (Urk. 10/9) unter "andere beiliegende Bedingungen" genÃgend deutlich darauf hin, dass es sich bei den darin enthaltenen Regeln - die in Abschnitte mit Nummern und Unternummern gegliedert sind, wie dies in AVBs Ãblich ist - um unmittelbar anwendbare Vorschriften im vollen, massgebenden Wortlaut handelt. Damit sind die Regeln im "Merkblatt zum Rahmenvertrag Nr. 1180" als vorformulierte Vertragsbedingungen zu qualifizieren, die zum Vertragsbestandteil geworden sind.

3.2.4Â Â Ãber die Auslegung des vorstehend zitierten Art. 2.2 Abs. 3 Satz 1 des "Merkblattes" bestehen unter den Parteien grundsÃtzlich keine Differenzen.

Â Â Â Â Â Â Â Â Im Besonderen hat das Gericht in einem frÃheren Urteil den Begriff der "psychischen Krankheit" in einer ebenfalls leistungseinschrÃnkenden AVB-Klausel (gÃnzlicher Leistungsausschluss beziehungsweise auf 60 Taggelder beschrÃnkte Leistungspflicht) als Krankheit interpretiert, der keine kÃrperlich feststellbaren Befunde zugrundeliegen (Urteil des Sozialversicherungsgerichts KK.2005.00028 vom 30. Mai 2007, E. 3.5.3). Dies gilt auch vorliegendenfalls. Richtig und nicht bestritten ist ferner, dass die Reduktion "auf die HÃlfte des versicherten Taggeldes" bedeutet, dass die versicherte Person nur noch die HÃlfte desjenigen Taggeldes erhÃlt, das ihr bei kÃrperlicher Natur ihres Leidens zustehen wÃrde, und dass dies auch dort gilt, wo es sich bei diesem Taggeld um ein nach Art. D4 1.2 AVB MC 04 wegen nur teilweiser ArbeitsunfÃhigkeit vermindertes Taggeld handelt (vgl. Urk. 10/6 S. 6). Der KlÃger hat denn die entsprechende Berechnung der Taggelder als solche (Urk. 10/82/5 ff.) auch nicht bestritten

lassen.

Er hat ferner nicht beanstandet, dass die Beklagte bei den 180 Tagen, nach denen sie die Taggelder auf die Hälfte reduziert hat, auch die Wartetage mitgezählt hat (vgl. die Abrechnung vom 11. Juni 2007: Reduktion ab dem 16. Mai 2007, Urk. 10/82/5). Diesbezüglich ist Art. 2.2 Abs. 3 Satz 1 des "Merkblattes" indessen nicht klar. Im vorausgehenden Abs. 2 von Art. 2.2, wo eine Taggeldreduktion nach 365 Tagen vorgesehen ist, wenn eine versicherte Person das 60. Altersjahr vollendet hat, ist nämlich mit der Klammerbemerkung "abzüglich der vereinbarten Wartefrist" explizit präzisiert, dass von diesen 365 Tagen die vereinbarte Wartefrist abzuziehen ist. Eine solche präzisierende Klammerbemerkung fehlt in der nachfolgenden Regelung der Taggeldreduktion bei psychischen Erkrankungen. Dies kann sowohl bedeuten, dass die Beklagte hier e contrario die Wartefrist nicht berücksichtigen wollte, als auch, dass sie von einer nochmaligen ausdrücklichen Klammerbemerkung deshalb absah, weil sie deren Geltung auch für diese weitere Leistungseinschränkung als selbstverständlich erachtete.

Für den Wortlaut noch die übrigen Auslegungsregeln - wie etwa der Vertragszweck und die Interessenlage der Parteien (vgl. Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 495 f. Rz 110 f.) - zu einem klaren Ergebnis beziehungsweise zu verschiedenen ernsthaft vertretbaren Deutungen, so ist nach der sogenannten Unklarheitsregel, die für Versicherungsverträge in Art. 33 VVG konkretisiert wird, diejenige Deutung anzuwenden, die für die versicherte Person am günstigsten ist (vgl. Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 510 Rz 150 ff.). Gestützt auf diese Regel sind dem Kläger auf jeden Fall während weiterer 90 Tage die ganzen, nicht auf die Hälfte reduzierten Taggelder auszurichten. Es handelt sich um den Zeitraum vom 16. Mai bis und mit dem 13. August 2007. Für diesen Zeitraum steht dem Kläger aus der Versicherung Nr. AA.____ ein zusätzlicher Betrag von Fr. 8'064.00 zu (48 x Fr. 84.00 + 42 x Fr. 96.00; vgl. die Taggeldabrechnungen in Urk. 10/82/5-9 und die Berechnungen des Klägers in Urk. 1 S. 7). Es besteht kein Anlass, an den entsprechenden Arbeitsunfähigkeitsattesten (Urk. 10/22 sowie Urk. 10/21, Urk. 10/24, Urk. 10/25 und Urk. 10/27) zu zweifeln.

3.2.5 Sodann wurde vom Kläger auch die generelle Zulässigkeit einer Regelung, die für körperliche und für psychische Krankheiten nicht die gleichen Leistungen vorsieht, nicht in Frage gestellt. Das Gericht hat sie im schon erwähnten Urteil KK.2005.00028 vom 30. Mai 2007 bejaht (E. 3.6), zusammengefasst mit den Überlegungen, diese Ungleichbehandlung könne noch nicht als ordnungswidrig, sittenwidrig oder als persöhnlichkeitsverletzend im Sinne von Art. 19 Abs. 2 des Obligationenrechts (OR) eingestuft werden und eine allfällige Unangemessenheit mache die Regelung rechtlich nicht unanwendbar.

3.2.6 Hingegen berief sich der Kläger auf die sogenannte Ungewöhnlichkeitsregel (vgl. Urk. 26 S. 9). Diese besagt, dass eine ungewöhnliche Klausel von der globalen Übernahme von AVB ausgenommen ist, wenn die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei auf sie nicht besonders aufmerksam gemacht worden ist (vgl. Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 480 Rz 57). Dabei muss die fragliche Klausel sowohl objektiv als auch subjektiv ungewöhnlich sein (Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 481 Rz 60), und die subjektive Ungewöhnlichkeit ist nach einem individuellen Massstab zu beurteilen, es kommt mithin auf das spezifische Fachwissen, die

Branchenkenntnisse und die allgemeine Geschäftserfahrung des betreffenden Konsumenten an (Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 482 Rz 63).

Wie ebenfalls schon im Urteil KK.2005.00028 einmal dargetan, ist die Ungleichbehandlung körperlicher und psychischer Krankheiten - anders als des Äußeren in ausländischen privaten Krankenversicherungen - in den Krankenzusatzversicherungen nach VVG nicht sehr verbreitet. In objektiver Hinsicht ist die zur Diskussion stehende Regelung daher zumindest als nicht gerade ungewöhnlich zu beurteilen. Was die subjektive Seite betrifft, so war die versicherte Person im damaligen, mit dem Urteil KK.2005.00028 beurteilten Fall selber Mitarbeiterin bei einer Krankenkasse gewesen, und das Gericht hat unter diesen individuellen Gegebenheiten eine Ungewöhnlichkeit verneint.

Vorliegendenfalls gehört der Kläger zwar nicht der Versicherungsbranche an. Als Zahnmediziner mit Erstausbildung als Arzt (vgl. Urk. 23/3 S. 4) verfügt er jedoch über einen überdurchschnittlichen Bildungsgrad, und zudem sind Mediziner in ihrem Beruf immer wieder mit Krankenversicherungen konfrontiert, indem sie etwa ihre Patientinnen und Patienten darüber informieren müssen, ob eine bestimmte Leistung von der Krankenkasse übernommen wird. Unter diesen Umständen ist die zur Diskussion stehende Regelung auf jeden Fall für den Kläger persönlich nicht als ungewöhnlich zu beurteilen, und sie ist deshalb anwendbar. Der Kläger hat daher wegen seiner Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychischen Erkrankung aus der Versicherung Nr. AA.____ keine weiteren, über den Betrag von Fr. 8'064.00 gemäss E. 3.2.4 hinausgehenden Ansprüche.

E. 3.3

3.3.1 Damit ist weiter zu prüfen, ob dem Kläger aufgrund seines neurologischen Leidens, wegen dessen ihm die Klinik E.____ ab dem 18. Januar 2008 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Zahnarzt attestiert hatte (Urk. 10/46 und Urk. 10/47), aus den beiden Versicherungsverträgen weitere Leistungen zustehen.

3.3.2 Zunächst ist die in E. 3.2 abgehandelte Versicherung Nr. AA.____ auf diese Ansprüche hin zu prüfen. Auf sie sind nach dem Gesagten die AVB MC 04 (Urk. 10/6) und das "Merkblatt zum Rahmenvertrag Nr. 1180" (Urk. 18/83) anwendbar.

Der Kläger vertritt die Auffassung, mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Schulterleidens habe sich ein neuer Versicherungsfall mit neuem 730-tägigem Taggeldanspruch ereignet (Urk. 1 S. 6 und S. 10 ff., Urk. 13 S. 9 f., Urk. 26 S. 3 f.). Die Überlegung, dass die neue Arbeitsunfähigkeit wegen eines neuen Leidens auch dann als neuer Versicherungsfall gilt, wenn wegen eines anderen Leidens bereits eine Arbeitsunfähigkeit besteht, ist im Lichte der AVB MC 04 nicht falsch. Die AVB MC 04 (Urk. 10/6 S. 6) kennen zum einen das Pro-Fall-System (Art. D4 1 AVB MC 04) und zum andern das 730/900 Tage-System (Art. D4 2 AVB MC 04). Für den Kläger ist das Pro-Fall-System vereinbart, wie dies der Police vom 3. September 2004 zu entnehmen ist (Urk. 10/9 S. 3).

Hierzu regelt Art. D4 1.3 AVB MC 04 das Folgende (Urk. 10/6 S. 6):

"Die 'La Suisse' bezahlt die Entschädigung während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer für jeden Versicherungsfall, für den die Wartefrist neu zu laufen beginnt; Art. E4 Abs. 2 bleibt vorbehalten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Tritt während eines Versicherungsfalles ein zusätzlicher Versicherungsfall ein, werden die anspruchsberechtigten Tage des ersten Falles angerechnet.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Tage teilweiser (ab 25 %) Arbeitsunfähigkeit oder gekürzte Taggelder infolge Anrechnung von Leistungen Dritter (Art. D10) werden für die Berechnung der maximalen Leistungsdauer als ganze Tage angerechnet. Es erfolgt keine Verlängerung der Leistungsdauer.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer besteht grundsätzlich weder Versicherungsdeckung noch Anspruch auf weitere Taggelder. Weist diesfalls jedoch eine Person eine Restarbeitsfähigkeit von mindestens 33 1/3 % auf, besteht im Umfang der Restarbeitsfähigkeit weiterhin Versicherungsschutz für andere Krankheiten oder Unfälle."

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Des Weiteren bestimmen Art. D4 1.2 Sätze 2 und 3 AVB MC 04, dass sich die Leistung bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit proportional nach dem Grad der Arbeitsunfähigkeit bemisst, wobei eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 25 % keinen Anspruch auf Leistungen gibt. Nach Art. 2.2 des "Merkblattes zum Rahmenvertrag Nr. 1180" sodann besteht in Abweichung von den AVB MC 04 erst ab einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ein Anspruch auf Taggelder (Urk. 18/83).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf Art. D4 1.3 Abs. 1 AVB MC 04 begründete die 50%ige Arbeitsunfähigkeit infolge der Schultererkrankung somit zwar einen neuen Versicherungsfall, für den die vereinbarte 90tägige Wartefrist neu zu laufen begann (vgl. Art. D4 1.1 Abs. 1 AVB MC 04). Er stellt jedoch im Sinne von Art. D4 1.3 Abs. 2 AVB MC 04 einen zusätzlichen Versicherungsfall während eines laufenden Versicherungsfalles - desjenigen infolge der psychischen Erkrankung - dar. Damit sind die Taggelder, die der Kläger für den laufenden Versicherungsfall bezogen hat, an die Taggelddauer des zusätzlichen Versicherungsfalles anzurechnen. Demzufolge sind nach der Ausschöpfung der maximalen Leistungsdauer für den ersten Versicherungsfall am 15. November 2008 auch für den zusätzlichen Versicherungsfall keine weiteren Taggelder mehr geschuldet. Vielmehr besteht in Anwendung von Art. D4 1.3 Abs. 4 AVB MC 04 entgegen der Auffassung des Klägers (vgl. Urk. 1 S. 11) kein Raum für einen Weiterbestand der Versicherung, sei es für einen der schon eingetretenen Versicherungsfälle, sei es für einen künftigen Versicherungsfall. Denn der Kläger wies im November 2008 keine Restarbeitsfähigkeit von mindestens 33 1/3 % im Sinne von Art. D4 1.3 Abs. 4 AVB MC 04 auf; vielmehr war er dazumal aufgrund der psychischen Erkrankung zu 100 % arbeitsunfähig für die Tätigkeit als Zahnarzt, wie ihm dies von Dr. C.____ bescheinigt (vgl. Urk. 10/61) und für jene Zeit auch von Dr. F.____ bestätigt wurde (vgl. Urk. 23/36 S. 12). Schon an dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass eine nachträgliche Anrechnung der Rente der Invalidenversicherung an die erbrachten Taggeldleistungen an diesem Ergebnis nichts ändern würde, da gemäss Art. D4 1.3 Abs. 3 und Art. D10 3 AVB MC 04 auch eine Verminderung der Taggeldhöhe infolge einer solchen Anrechnung nicht zu einer Verlängerung der Leistungsdauer führt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es fragt sich aber noch, ob der Kläger infolge seines Schulterleidens in der Zeitspanne bis zum 15. November 2008 Anspruch auf höhere als die ausgerichteten Taggelder hat, wie er dies zusätzlich geltend macht (Urk. 1 S. 6 und S. 8 f.). Der Kläger

war beim Eintritt der schulterbedingten 50%igen Arbeitsunfähigkeit (18. Januar 2008) aufgrund seiner psychischen Erkrankung zu 90 % arbeitsunfähig geschrieben, und ab dem 26. Juni 2008 erhöhte Dr. C. ___ in seinen Attesten die Arbeitsunfähigkeit auf 100 % (Urk. 10/49, Urk. 10/51, Urk. 10/54, Urk. 10/56 und Urk. 10/61). Auf jeden Fall ab dem 26. Juni 2008 kann die zusätzliche Einschränkung durch das Schulterleiden somit nicht zu einer Erhöhung der bereits 100%igen Arbeitsunfähigkeit geführt haben. Und auch für die Zeit davor ist dies nicht anzunehmen, denn im Gutachten von Dr. F. ___ findet sich die Aussage des Klägers, er habe bis Juni 2008 zu 10 % in seiner Praxis gearbeitet (Urk. 23/36 S. 10). Unter diesen Umständen besteht entsprechend der zutreffenden Ansicht der Beklagten (vgl. Urk. 9 S. 11) kein Anlass für eine Erhöhung der für die Taggeldberechnung massgebenden Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. D4 1.2 MC 04). Die Reduktion der Taggelder um die Hälfte wegen der psychischen Natur des einen Leidens darf allerdings nicht dazu führen, dass das Taggeld des Klägers niedriger ausfällt, als wenn er allein für die Arbeitsunfähigkeit aufgrund des körperlichen Leidens entschädigt würde. Daraus würde eine ungerechtfertigte Schlechterstellung im Vergleich zu einer versicherten Person resultieren, die neben einer körperlich bedingten 50%igen Arbeitsunfähigkeit nicht zusätzlich psychisch eingeschränkt ist. Soweit der Kläger diese Problematik anspricht (vgl. Urk. 1 S. 9), ist ihm zuzustimmen. Demzufolge hat der Kläger im Zeitraum vom 18. Februar (bis dahin wurden ihm 50%ige Taggelder ausgerichtet; vgl. die Taggeldabrechnungen vom 5. Februar und vom 11. März 2008, Urk. 10/82/13 und Urk. 10/82/14) bis zum 25. Juni 2008 nicht Anspruch auf ein nur 45%iges Taggeld, sondern auf ein Taggeld von 50 % des vollen Taggeldes. Statt Fr. 107.70 beträgt das Taggeld damit Fr. 120.00. Der Kläger hat somit während 129 Tagen Anspruch auf den Differenzbetrag von Fr. 12.30, was einen Betrag von Fr. 1'586.70 ergibt.

3.3.3.3.4. Weiter ist die Versicherung Nr. BB. ___ auf zusätzliche Ansprüche aufgrund des Schulterleidens hin zu prüfen. Auch hier kommt aufgrund des Hinweises unter "laufende Schadenfälle" in der Police "Helsana Business Salary" vom 29. August 2006 (Urk. 10/2 S. 2, Randziffer 110) nicht diese Police, sondern die vorangegangene Police der La Suisse vom 12. Dezember 2003 (Urk. 35) zur Anwendung. Darin werden zum einen die Allgemeinen Bedingungen MC 97 als anwendbar erklärt; hierbei handelt es sich um die "Allgemeinen Versicherungsbedingungen Kollektiv-Kranken-Lohnausfallversicherung MC 97" der La Suisse (nachfolgend AVB MC 97; Urk. 10/7). Desgleichen wird auch hier ein "Merkblatt" als integrierender Bestandteil genannt, nämlich das "Merkblatt zum SSO-Rahmenvertrag" (Urk. 37).

Die Regelungen in den AVB MC 97 zur Leistungsdauer bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit und beim Eintritt eines neuen Versicherungsfalles bei schon laufendem Versicherungsfall mit laufendem Taggeldanspruch sind weniger ausführlich als in den AVB MC 04. Die entscheidenden Passagen stimmen aber mit der späteren Regelung überein und führen zum gleichen Ergebnis. So bestimmt Art. B1 1 Abs. 2 Satz 2 AVB MC 97, dass für die Berechnung der Wartezeit und der Anspruchsdauer Tage mit nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit als volle Tage zählen, und nach Art. B1 3 Abs. 3 AVB MC 97 werden die entschädigungspflichtigen Tage des ersten Falles angerechnet, wenn während eines Versicherungsfalles ein zusätzlicher Versicherungsfall eintritt (Urk. 10/7 S. 4). Zudem ist in Art. 5.2 lit. a des "Merkblattes" der Ausgabe 1. Januar 2004 festgelegt, dass die individuelle Versicherungsdeckung und der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Ablauf der maximalen Leistungsdauer pro

Versicherungsfall erlöschen (Urk. 37 S. 4).

3.3.2 Damit gilt das in E. 3.3.2 Gesagte für die Versicherung Nr. BB.____ sinngemäss, und der Kläger hat auch hier über den 15. November 2008 hinaus keinen Anspruch auf weitere Taggelder. Die Frage nach höheren Taggeldern bis zum 15. November 2008 stellt sich bei dieser Versicherung nicht, da hier, wie vorstehend dargelegt, keine Taggeldreduktion aufgrund der psychischen Natur des einen Leidens des Klägers erfolgt ist.

3.4 Zusammengefasst hat der Kläger gegenüber der Beklagten aus der Versicherung Nr. AA.____ Anspruch auf einen zusätzlichen Taggeldbetrag von Fr. 8'064.00 für den Zeitraum vom 16. Mai bis zum 13. August 2007 und Anspruch auf einen zusätzlichen Taggeldbetrag von Fr. 1'586.70 für den Zeitraum vom 18. Februar bis zum 25. Juni 2008. Aus der Versicherung Nr. BB.____ stehen ihm keine weiteren Taggeldansprüche gegenüber der Beklagten zu.

3.5 Der Kläger verlangt die Verzinsung des eingeklagten Betrages zu 5 % seit dem mittleren Verfall (Urk. 1 S. 2, Urk. 13 S. 2).

Nach Art. 41 Abs. 1 VVG wird die Forderung aus dem Versicherungsvertrag mit dem Ablauf von vier Wochen von dem Zeitpunkt an gerechnet fällig, in dem der Versicherer Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruchs überzeugen kann. Nach der herrschenden Lehre wird mit dieser Regelung allein kein Verfalltag statuiert, der eine Mahnung entbehrlich macht, da es eine Auslegungsfrage ist, wann der Versicherer alle notwendigen Auskünfte und Belege erhalten hat, wogegen Verfalltagsgeschäfte eines genauen Erfüllungsdatums bedürfen (Nef, VVG-Kommentar, Art. 41 VVG, S. 703 Rz 20). In Art. E3 AVB MC 04 (Urk. 10/6 S. 10) wird die gesetzliche Regelung nach Art. 41 Abs. 1 VVG lediglich wiederholt. Es ist somit auch vertraglich kein Verfalltag vereinbart. Die Beklagte musste demnach zur Zahlung gemahnt werden, damit sie in Verzug geriet und ein Verzugszins geschuldet war.

In der Korrespondenz, welche die Parteien vor der Klageeinreichung führten (Urk. 10/59 ff.), verlangte der Kläger nur weitere Taggelder für die Zeit nach dem 15. November 2008. Die Ansprüche innerhalb des Zeitraums bis zum 15. November 2008 wurden erst im Klageverfahren formuliert. Daher wurde die Beklagte erst mit der Einreichung der Klage vom 16. Juli 2009 in Verzug gesetzt, und Verzugszinsen sind daher erst ab diesem Datum geschuldet.

4. Zu beurteilen ist des Weiteren die Widerklage.

4.1 Mit dem widerklageweise geltend gemachten Betrag von Fr. 37'974.15 erhebt die Widerklägerin eine Rückforderung eines Teils der ausbezahlten Taggelder im Zeitraum vom 1. November 2007 bis zum 15. November 2008 und begründet die Rückforderung damit, dass der Widerbeklagte für diesen Zeitraum nachträglich eine Rente der Invalidenversicherung erhalten hat. Sie beruft sich dafür auf Art. D10 4 AVB MC 04, der unter der Überschrift "Anrechnung von Sozialversicherungsleistungen (nicht abschliessende Aufzählung)" und unter dem Untertitel "Invalidenversicherung" das Folgende regelt (Urk. 10/6 S. 8):

"Die 'La Suisse' ergänzt den durch die Leistungen der Invalidenversicherung nicht ersetzten Teil bis zur Höhe des in der Police vereinbarten

Taggeldes. Die 'La Suisse' macht ihre Leistungszahlung davon abhängig, dass der Fall der IV gemeldet worden ist und die Anmeldung nicht zurückgezogen wird.

4.2.1.1 Bis zum Entscheid der IV erbringt die 'La Suisse' ungekürzte Taggelder im Sinne von Vorschussleistungen, vorausgesetzt, die versicherte Person erklärt sich schriftlich damit einverstanden, dass die für denselben Zeitraum zur Ausrichtung gelangenden Nachzahlungen der IV direkt an die 'La Suisse' ausgerichtet werden, soweit sich nach den vorliegenden Bestimmungen eine Übererschuldung ergeben sollte. Zusatzrenten für den Ehegatten (Art. 34 IVG) und Kinderrenten (Art. 35 IVG) werden für die Übererschuldungsberechnung voll angerechnet.

4.2.1.2 Die 'La Suisse' hat ein direktes Rückforderungsrecht gegenüber der IV, die nachträglich Leistungen erbringt. Die 'La Suisse' kann von der IV verlangen, dass deren Leistungsnachzahlungen bis zur Höhe der Vorschussleistungen verrechnet und direkt an die 'La Suisse' ausbezahlt werden.

4.2.1.3 Bei Anspruch auf Umschulung ergänzt die 'La Suisse' den durch die IV-Taggelder nicht ersetzten Teil bis zur Höhe des in der Police vereinbarten Taggeldes."

4.2.2 Der Widerbeklagte wendet vorab ein, über den Nichtbestand der Rückforderung sei dadurch rechtskräftig entschieden worden, dass die IV-Stelle mit der Verfügung vom 25. Mai 2009 (Urk. 23/52) den von der Widerklägerin angemeldeten Rückforderungsbetrag nicht wie beantragt mittels Verrechnung dieser ausbezahlt hat und die Widerklägerin diese Verfügung nicht angefochten hat (Urk. 13 S. 3, Urk. 26 S. 4). Nach der hiesigen Rechtsprechung ist die Frage nach dem Bestand und der Höhe einer zur Drittauszahlung gemeldeten Rückforderung eines Versicherers, der Vorschussleistungen erbracht hat, indessen nicht von der IV-Stelle zu beantworten, sondern dieser Streit ist zwischen der versicherten Person und dem dritten Versicherer auszutragen (Urteil des Bundesgerichts I 296/03 vom 21. Oktober 2004, E. 4.1.1). Das Gericht hat zudem ausdrücklich festgehalten, dass dies auch dort gelte, wo die Vorschussleistungen aus einem privatrechtlichen Versicherungsverhältnis erbracht worden seien; daran ändere nichts, dass der Weg der Klage gegen den Privatversicherer für die versicherte Person hinsichtlich der Beweislast und der Kostenrisiken ungünstiger sei (E. 4.2 und 4.3). Der Widerklage kann demnach entgegen der Meinung des Widerbeklagten nicht die Einrede der "res iudicata" entgegengehalten werden, sondern es ist auf sie einzutreten.

4.3

4.3.1 In materieller Hinsicht ist der Widerbeklagte der Auffassung, es liege deshalb keine Übererschuldung vor - so lautet die Überschrift des gesamten Kapitels D10 AVB MC 04 -, weil sein Jahreseinkommen bei guter Gesundheit rund Fr. 600'000.00 betragen hätte, die Taggeldansprüche aus den beiden Versicherungsverträgen hingegen auf je Fr. 87'600.00 im Jahr begrenzt gewesen seien (Urk. 13 S. 4, Urk. 26 S. 5 f.). Art. D10 4 Abs. 1 AVB MC 04 erlaubt indessen eine Anrechnung der Invalidenrente in einem Ausmass, das über dasjenige beim Vorliegen eines Versicherungsgewinns hinausgeht. Es handelt sich bei dieser Bestimmung um eine sogenannte Komplementärklausel, durch welche die Sozialversicherungsleistungen durch die Krankentaggelder des Zusatzversicherers aufgestockt werden (vgl. Maurer, Schweizerisches Privatrecht, 3. Auflage, Bern 1995, S. 376 f.). Obergrenze ist hier nicht der gesamte krankheitsbedingte Erwerbsausfall, sondern die Höhe des in der Police vereinbarten Taggeldes.

Der Widerbeklagte stellt sich des Weiteren zu Unrecht auf den Standpunkt, es sei in jedem Fall das volle vereinbarte Taggeld, das die Obergrenze bilde (Urk. 13 S. 4). Denn es entspricht dem Wesen der vorstehend zitierten Erganzungsklausel in Art. D10 4 Abs. 1 AVB MC 04, dass der Taggeldversicherer insoweit keine Leistungen zu erbringen hat, als die Invalidenversicherung Leistungen erbringt. Es wäre sinnwidrig, wenn der Taggeldversicherer auch bei nur 50%iger Arbeitsfähigkeit und entsprechendem Anspruch auf das nur halbe Taggeld Leistungen bis zur Höhe des vollen Taggeldes zu erbringen hätte, sobald der Taggeldanspruch mit dem Anspruch auf eine Invalidenrente zusammentrifft.

Hingegen fragt sich, ob die ganze Invalidenrente anzurechnen ist, obwohl der Widerbeklagte im Zeitraum vom 1. November 2007 bis zum 15. November 2008 aus der Versicherung Nr. AA.____ Anspruch auf höchstens halbe Taggelder hat. Die Kürzung in diesem Ausmass erfolgte indessen nach dem Gesagten nicht in erster Linie aufgrund einer nur teilweisen Arbeitsunfähigkeit des Widerbeklagten, sondern aufgrund der psychischen Natur seiner Erkrankung. Es kann somit nicht gesagt werden, seine Invalidenrente entschadige - wie dies bei einer Rente von Personen der Fall ist, die neben einer teilzeitlichen Erwerbstätigkeit im Haushalt arbeiten - auch Einschränkungen nichterwerblicher Natur. In jenen Fallen ist rechtsprechungsgemäss nur derjenige Teil der Rente anrechenbar, welcher den Erwerbsausfall entschädigt (BGE 124 V 279; Urteile des Bundesgerichts B 10/99 vom 18. Juli 2002, E. 6b, und U 427/04 vom 2. Dezember 2005, E. 5). Einer vollumfänglichen Anrechnung der Invalidenrente im vorliegenden Fall steht also nichts entgegen. Dies gilt umso mehr, als dem Widerbeklagten das Taggeld aus der zweiten Versicherung Nr. BB.____ ungekürzt ausgerichtet worden ist, eine Anrechnung der Invalidenrente aber auch dort hätte erfolgen können. Denn in den AVB MC 97, die dort anwendbar sind, findet sich in Art. B1 7 Abs. 1 die vergleichbare Regelung, wonach die La Suisse die Leistungen von Sozialversicherungen bis zur Höhe des versicherten Taggeldbetrages ergänzt (Urk. 10/7 S. 4).

4.3.2. Der Widerbeklagte lässt weiter einwenden, die Kinderrente sei von der Anrechnung auszunehmen (Urk. 13 S. 6). Zum einen ist jedoch eine Anrechnung der Kinderrente in den anwendbaren Art. D10 4 Abs. 2 AVB MC 04 ausdrücklich vorgeschrieben, und zum andern hat das Sozialversicherungsgericht auch schon entschieden (Urteil KK.2004.00019 vom 31. März 2005), dass diejenigen Leistungen der Invalidenversicherung selbst ohne explizite Erwahnung anrechenbar seien, die von gleicher Art und Zweckbestimmung wie die Krankentaggelder seien und der anspruchsberechtigten Person aufgrund des gleichen Versicherungsfalles ausgerichtet würden und dass es sich bei den Kinderrenten der Invalidenversicherung um derartige Leistungen handle. Und soweit der Widerbeklagte geltend machte, eine Anrechnung sei deshalb nicht möglich, weil die Kinderrente einem mandigen Kind direkt ausbezahlt werden könne (Urk. 13 S. 6), so ist dies vorliegendenfalls nicht geschehen, sondern die Überweisung der Kinderrente erfolgte gemäss der Verfügung vom 25. Mai 2009 auf das Konto des Widerbeklagten (Urk 23/53).

4.3.3. Schliesslich bringt der Widerbeklagte vor, bei der zur Diskussion stehenden Anrechnungsbestimmung handle es sich um eine ungewöhnliche Regelung, die aus diesem Grund nicht Vertragsbestandteil geworden sei (Urk. 13 S. 4 f., Urk. 26 S. 5 f.). Eine solche Komplementarklausel ist jedoch im Gegenteil eine Regelung, die immer wieder vorkommt, wie dies aus dem schon aufgeführten Literaturzitat (Maurer, a.a.O., S. 376 f.)

nicht ausgeschlossen ist. Nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung stellt im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung die Regelung im vorliegend noch anwendbaren (vgl. Art. 404 Abs. 1 ZPO), bis Ende 2010 in Kraft gewesenen 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 Versicherungssträger durch einen externen Anwalt vertreten ist (Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts 5C.244/2000 vom 9. Januar 2001, E. 5 mit Hinweisen). Die Beklagte und Widerklägerin war im vorliegenden Verfahren nicht anwaltschaftlich vertreten, weshalb ihr für ihr Obsiegen keine Prozessentschädigung zuzusprechen ist.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte und Widerklägerin verpflichtet, dem Kläger und Widerbeklagten einen Betrag von Fr. 9'650.70 zu bezahlen, zuzüglich Zins von 5 % ab dem 16. Juli 2009.

2. In Gutheissung der Widerklage wird der Kläger und Widerbeklagte verpflichtet, der Beklagten und Widerklägerin einen Betrag von Fr. 37'974.15 zu bezahlen.

3. Das Verfahren ist kostenlos.

4. Die Beklagte und Widerklägerin wird verpflichtet, dem Kläger und Widerbeklagten eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.00 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

5. Der Beklagten und Widerklägerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.

6. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Thomas Laube unter Beilage je einer Kopie von Urk. 33-37

- Helsana Versicherungen AG

- Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA

7. Da der Streitwert Fr. 30'000.-- übersteigt (beträgt), kann gegen diesen Entscheid innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 72 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht 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.