

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2014.00032

vom 31. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2014.00032

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2014.00032 du 31 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2014.00032 del 31 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

0. Oktober 2006 auf den 31. Dezember 2006 kündigte (Urk. 25/3/9). Per 1. Januar 2007 trat der Versicherte in die Einzelversicherung der AXA über (Urk. 9/1), welche per 1. Januar 2011 verlängert wurde (Urk. 2/5, Urk. 9/1). Mit Schreiben vom 11. Juni

2008 (Urk. 9/2) ersuchte der Versicherte die AXA um einen Verjährungsverzicht, worauf die AXA mit Schreiben vom 8. Dezember 2010 (Urk. 9/14) für die Folgen des Ereignisses vom 1. November 2008 bis zum 31. Dezember 2011 auf die Erhebung einer Verjährungseinrede verzichtete. Mit Schreiben vom 24. November 2011 (Urk. 9/16) verzichtete die AXA auf die Erhebung einer Verjährungseinrede für die Folgen des Ereignisses vom 1. November

2008 bis 30. November 2012. Mit Schreiben vom 14. Juni 2012 (Urk. 9/18) verzichtete die AXA auf die Erhebung einer Verjährungseinrede für die Folgen des Ereignisses vom 1. November 2008 bis 31. Dezember 2013. Mit Schreiben vom 8. Mai 2013 (Urk. 9/22) teilte die AXA dem Versicherten mit, dass ab 31. Oktober 2008 keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei und verneinte einen Anspruch auf Taggeldleistungen des Versicherten.

E. 1.1

Nach Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unterliegen Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung dem VVG. Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 124 III 44 E. 1a/aa und 232 E. 2b). Nach Art. 85 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungsunternehmen (VAG) entscheidet das Gericht private Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen oder zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherten. Kollektive Krankentaggeldversicherungen werden vom Bundesgericht wie alle weiteren Taggeldversicherungen in ständiger Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung subsumiert (BGE 138 III 2 E. 1.1; Urteile des Bundesgerichts 4A_680/2014 vom 29. April 2015 E. 2.1; 4A_382/2014 vom 3. März 2015 E. 2 und 4A_47/2012 vom 12. März 2012 E. 2).

E. 1.2

Das Sozialversicherungsgericht ist als einzige kantonale Gerichtsstanz für Klagen über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG zuständig (Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung, ZPO, in Verbindung mit § 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer; BGE 138 III 2), ohne dass vorgängig ein Schlichtungsverfahren durchzuführen

ist (BGE
138 III 558) .

E. 1.3

Ansprüche aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG werden ohne Rücksicht auf den Streitwert im vereinfachten Verfahren nach Art. 243 ff. ZPO beurteilt (Art. 243 Abs. 2 lit . f ZPO). Gemäss Art. 247 Abs. 2 lit . a in Verbindung mit Art. 243 Abs. 2 lit . f ZPO stellt das Gericht im Ver fahren be treffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Kran kenversiche rung nach dem KVG den Sach verhalt von Amtes we gen fest. Der Untersu chung s grundsatz befreit die Parteien indessen nicht davon, bei der Fest stellung des ent scheidwesentlichen Sachver halts aktiv mit zuwirken. Sie haben die rele vanten Fakten vorzubringen und die allenfalls zu erhebenden Beweismittel nach Mög lichk eit zu bezeichnen (Urteil des Bundes gerichts 4A_723/2012 vom 3. April 2013 E. 3.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - hat die Tatsachen zur B egründung des Ver sicherungsanspruches (Art. 39 VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt de s Versicherungsfalls und den Um fang

des Anspruchs. Den Versicherer trifft demgegenüber die Beweis last für Tatsa chen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertrag lich vorgesehenen Leis tung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchs berechtigten unverbindlich machen (BGE 130 III 32 1 E. 3.1 S. 323; Urteil 4A_393/2008 vom 17. November 2008 E. 4.1).

E. 1.5

Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungs ver trags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, genießt der beweis pflichtige Anspruchsberechtigte insofern eine Beweiserleichterung, als er in der Regel nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemach ten Versicherungsanspruches darzutun hat. Allerdings kann der Versi cherer im Rahmen des Gegenbeweises Indizien geltend machen, wel che die Glaub würdig keit des Ansprechers erschüttern oder erhebliche Zweifel an seinen Schilderungen erwecken. Gelingt der Gegenbe weis, dürfen die vom Anspruchs berechtigten behaupteten Tatsachen nicht als überwiegend wahr schein lich und da mit nicht als bewiesen anerkannt werden. Der Hauptbeweis ist vielmehr geschei tert (BGE 130 III 326 E.

3.4 mit Hinweis, Urteil des Bun desge richts 5C.146/2000 vom 15. Februar 2001 E. 4b mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung (Urteile des Bundesgerichts 4A_382/2014 vom 3. März 2015 E. 5.3 und 4A_316/2013 vom 21. August 2013 E.

6.2) kann sich, wenn der strikte Beweis nach der Natur der Sache nicht mög lich bezie hungs weise nicht zumutbar ist, auch der Versicherer in Bezug auf Tatsachen, für wel che ihm die Beweislast obliegt, auf eine Reduktion des Beweismasses auf den Grad der über wiegenden

Wahrscheinlichkeit berufen.

E. 1.6

Vorformulierte Vertragsbestimmungen sind grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen

(BGE 135 III 1 E. 2 mit Hinweisen) . Gemäss Art. 18 Abs. 1 des Obligationenrechts (OR) ist bei der Beurteilung eines Vertrages so wohl 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. Entscheidend ist demnach in erster Linie der übereinstimmende wirkliche Wille der Vertragsparteien und in zweiter Linie, falls ein solcher nicht festgestellt werden kann, die Auslegung der Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips (BGE 140 III 391 E. 2.3; 138 III 659 E. 4.2.1

mit Hinweisen). Dabei ist vom Wortlaut der Erklärungen auszugehen, welche je doch nicht isoliert, sondern aus ihrem konkreten Sinngefüge heraus zu beurteilen sind (BGE 140 III 391 E. 2.3 ; 138 III 659 E. 4.2.1 ; 123 III 165 E.

3a). Demnach ist der vom Erklärenden verfolgte Regelungszweck massgebend, wie ihn der Erklärungsempfänger in guten Treuen verstehen durfte und musste (BGE 140 III

391 E. 2.3; 138 III 659 E. 4.2.1 ; 132 III 24 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 4A_10/2016 vom 8. September 2016 E. 3.3).

Darauf, dass der Vertragspartner eine Vereinbarung nach Treu und Glauben in einem gewissen Sinne hätte verstehen müssen, darf sich die Gegenpartei nur berufen, soweit sie selbst die Bestimmung tatsächlich so verstanden hat (vgl. BGE 105 II 16 E.

3a; Urteil des Bundesgerichts 4A_219/2010 vom 28. September 2010

E. 1, nicht publ. in: BGE 136 III 528). Die Auslegung nach dem Vertrauensprinzip kann mithin nicht zu einem normativen Konsens führen, der so von keiner der Parteien gewollt ist (Urteil des Bundesgerichts 4A_538/2011 vom 9. März 2012 E. 2.2).

E. 1.7

Schliesslich und subsidiär wird die Geltung vorformulierter Vertragsbestimmungen durch die sogenannte Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt. Nach der Unklarheitsregel sind mehrdeutige Klauseln in Versicherungsverträgen gegen den

Versicherer als deren Verfasser auszulegen (BGE 122 III 118 E. 2a, 126 III 388 E.

9d). Diese Regel ist indessen erst dann anzuwenden, wenn die übrigen Auslegungsmittel zu keinem Resultat führen und der bestehende Zweifel nicht anders beseitigt werden kann (BGE 122 III 118 E. 2d).

E. 1.8

Nach Art. 46 Abs. 1 VVG verjähren die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet. Diese Regelung geht der allgemeinen Bestimmung von Art. 127 OR vor und gilt für alle vertraglichen Ansprüche zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer (Urteil des Bundesgerichts 5C.59/2006 vom 1. Juni 2006 E.

2.4). Da eine fortlaufende Verjährung der Taggeldforderungen dem mit der Taggeldversicherung bezweckten Ersatz des laufenden Einkommens

der versicherten Person entspricht, sind die Taggeldforderungen nach der Rechtsprechung nicht einer Gesamtverjährung unterstellt, sondern die einzelnen Taggeldforderungen verjähren fortlaufend

nach Art. 46 VVG in zwei Jahren. Voraussetzung für eine fortlaufende Verjährung der einzelnen Taggeldforderungen ist indes, dass die versicherte Person nach dem Versicherungsvertrag

fortlaufend die Leistung von Taggeldern verlangen kann. Ist dies der Fall, verjähren einzelne Taggeldforderungen mit der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit und dem Ablauf der Wartefrist nicht gesamthaft, sondern einzeln ab dem Tag, für den sie beansprucht werden (BGE 139 III 418 E. 3 und 4). 2.

E. 2.1

Der Kläger macht geltend, dass er während der Zeit vom 1. Oktober 2012 bis 30. September 2014 für 700 Tage (730 Tage abzüglich einer Wartefrist von 30 Tagen) Anspruch auf Taggeldleistungen für eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % im Betrag von insgesamt Fr. 91'735.-- habe (Urk. 1 S.

2 und S.

E. 2.2

Die Beklagte bringt hiegegen vor, dass auf Grund der Akten eine Arbeitsunfähigkeit während des streitigen Zeitraumes lediglich vom 4. bis 25. Dezember 2012 im Rahmen einer Cholezystolithiasis mit chronischer Cholezystitis ausgewiesen sei, dass dafür indes kein Taggeldanspruch bestehe, da dieser Zeitraum innerhalb der Wartefrist von 30 Tagen zu liegen komme (Urk. 36 S. 2). Sodann seien die eingeklagten Taggeldleistungen zu mindest teilweise bereits verjährt, da sie Verjährungsverzichtserklärungen aus schliesslich für Taggelder auf Grund einer Arbeitsunfähigkeit ab 1. November 2008 geleistet habe (Urk. 52 S. 2). 3. 3.1

Die Y. ___ AG und die Beklagte vereinbarten im Rahmen eines kollektiven Krankenzusatzversicherungsvertrages für die Arbeitnehmenden der Y. ___ AG ein Krankentaggeld (vgl. Urk. 9/29). Nach der Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch die Y. ___ AG per 31. Dezember 2006 (Urk. 25/3/9) trat der Kläger per 1. Januar 2007 in die Einzelversicherung der Beklagten über (Urk. 2/5, Urk. 9/1) und vereinbarte mit dieser ein Krankentaggeld in der Höhe von 100 % des versicherten Jahreslohnes von Fr. 47'840.-- für eine Leistungsdauer von 730 Tagen, abzüglich einer Wartefrist von 30 Tagen (Urk. 2/5). Als Vertragsgrundlage wurde mit der Vertragsänderung vom 27. beziehungsweise 29. Oktober 2010 (Urk. 2/5) auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen, Ausgabe 06.2010 (Urk. 20/35; nachfolgend: AVB), verwiesen, welche durch Übernahme Vertragsbestandteil wurden. 3.2

In Art. B1 Ziff. 1 AVB (Urk. 20/35) wird der Inhalt des Vertrags umschrieben. Danach erbringt die Beklagte die in der Police aufgeführten Leistungen für die wirtschaftlichen Folgen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit.

Das versicherte Ereignis Krankheit wird in Art. A4 Ziff. 1 AVB definiert: „Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht

Folge eines Unfalls

ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert und eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (...)“.

Die Arbeitsunfähigkeit wird in Art. A4 Ziff. 2 AVB definiert: „Arbeitsunfähigkeit ist die durch Krankheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt“. 3.3

Die versicherten Leistungen werden in Art. B7 AVB umschrieben. Deren Ziff. 2 lautet folgendermassen: „Bei voller Arbeitsunfähigkeit bezahlt die AXA das in der Police aufgeführte Taggeld. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit richtet sich die Höhe nach dem Ausmass der Arbeitsunfähigkeit; weniger als 25 % ergeben jedoch keinen Anspruch. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % zählen für die Ermittlung der Wartefrist und der Leistungsdauer voll“. 4.

E. 2.3

Mit Verfügung vom 19. November 2015 (Urk. 22) wurde der Kläger aufgefordert, die Beweismittel für die eingeklagte Taggeldforderung für den Zeitraum vom 1. Oktober 2012 bis Ende September 2014 zu benennen und die Beweismittel, sofern dies möglich ist, einzureichen, und es wurden bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Aargau, IV-Stelle, die Akten der Invalidenversicherung in Sachen des Klägers beigezogen (Urk. 25). Mit Eingabe vom 25. Januar 2016 (Urk. 31) reichte der Kläger verschiedene Unterlagen ein (Urk.

32/18-34). Dazu nahm die Beklagte mit Eingabe vom 2. Mai

2016 (Urk. 36) Stellung und reichte eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes vom 22. April 2016 ein (Urk. 37), wozu der Kläger am 15. Juli 2016 Stellung nahm (Urk. 42) und weitere Unterlagen (Urk. 43/1-2) einreichte.

E. 2.4

Mit Verfügung vom 22. Juli 2016 (Urk. 44) wurden der Beklagten je eine Kopie der Stellungnahme des Klägers vom 15. Juli 2016 (Urk. 42) und der Beilagen (Urk. 43/1-2) zugestellt und es wurde den Parteien die Gelegenheit eingeräumt, dem Gericht im Rahmen einer schriftlichen Stellungnahme mitzuteilen, falls sie die Durchführung einer Hauptverhandlung wünschen. Mit Eingabe vom 3. August 2016 (Urk. 46) verzichtete die Beklagte auf die Durchführung einer Hauptverhandlung, wovon dem Kläger am 12. September 2016 (Urk. 47) eine Kopie zugestellt wurde. Der

Kläger liess sich nicht vernehmen. Mit Eingabe vom 5. Dezember 2016 (Urk. 52) nahm die Beklagte zur Eingabe des Klägers vom 25. Januar 2016 (Urk. 31) und Beilagen sowie zu den Akten der IV-Stelle (Urk. 25) ergänzend Stellung, wovon dem Kläger am 8. Dezember 2016 eine Kopie zugestellt wurde (Urk. 53). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4

(Urk. 1) erhob der Versicherte gegen die AXA Klage und beantragte, diese sei zu verpflichten, ihm Krankentagelder im Umfang von 700 Tagen à Fr. 131.-- im Betrag von insgesamt Fr. 91'735.-- zu bezahlen (S. 2).

Mit Klageantwort vom 23. März 2015 (Urk. 8) beantragte die AXA die Abweisung der Klage; eventuell sei der Kläger anzuweisen, seine Klage in zeitlicher Hinsicht zu präzisieren (S. 2).

E. 4.1

M angels eines übereinstimmenden wirklichen Willens sind die Klauseln der AVB nach dem Vertrauensprinzip und somit normativ auszulegen. Entscheidend ist daher, wie der Kläger als andere Vertragspartei die Klauseln verstehen durfte und musste. In Art. A4 Ziff. 1 AVB ist der Begriff der Krankheit als eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung und eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, und die nicht Folge eines Unfalls ist, definiert. Diese Definition stimmt grundsätzlich mit der als allgemein gebräuchlich geltenden Definition der Krankheit von Art. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) überein.

E. 4.2

4.2.1

Gleiches gilt für die Definition der Arbeitsunfähigkeit in Art. A4 Ziff. 2 AVB, welche grundsätzlich mit der in Art. 6 ATSG enthaltenen Definition der Arbeitsunfähigkeit übereinstimmt, wonach es sich bei Arbeitsunfähigkeit um eine durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten, handelt, und wo nach bei langer Dauer auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt wird. 4.2.2

Nach der Rechtsprechung ist unter relevanter Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen. Das heisst, es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass die versicherte Person an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung ihres Arbeitgebenden

oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle (Urteile des Bundesgerichts 9C_276/2010 vom 2. Juli 2010 E. 3.3, 8C_380/2009 vom 17. September

2009 E. 2.1 und 9C_368/2008 vom 11. September 2008 E.

2 je mit Hinweisen).

Eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit, ohne dass der seinerzeitige Arbeitgeber die Leistungseinbusse bemerkt hätte, genügt nicht (Urteile des Bundesgerichts 8C_41/2011 vom 17. Mai 2011 E. 2.2 und B 5/06 vom 4. Februar 2008 E. 3.3). 4.3

Bei den erwähnten Vertragsbestimmungen und Klauseln der AVB handelt es sich weder um unklare noch um ungewöhnliche Klauseln, welche von der globalen Zustimmung ausgenommen und auf welche gesondert aufmerksam gemacht werden müssen (Ungewöhnlichkeitsregel; vgl. Urteil des Bundesgerichts

4C.175/2004 vom 31. August 2004 E.

2.3.1). Der Kläger

musste nach dem klaren Wortlaut der AVB die Begriffe der Krankheit und der Arbeitsunfähigkeit nach dem Vertrauensprinzip daher grundsätzlich im Sinne der in Art. 3 und Art. 6 ATSG enthaltenen Begriffsbestimmungen verstehen.

E. 5

.13

Dr. med. M.____, Facharzt für Oto - Rhino -Laryngologie , stellte in seinem Bericht vom 11. Juni 2014 (Urk. 28/31) die folgenden Diagnosen (S. 5): - migräneartige Kopfschmerzen links - Zervikozephalgien links - Verdacht auf „ analgetic - overuse“-Syndrom - Hyperakusis beidseits mit: - Belüftungsstörung der Pauke links - Reizlabyrinth links und visuookulomotorische Funktionsstörung mit: - visuovestibulärer Integrationsstörung

Bei den chronischen linksbetonten Kopfschmerzen handle es sich um eine Kombination aus migräneähnlichen Schmerzen, Spannungskopfschmerzen und um Schmerzen im Rahmen des „ analgetic - overuse“-Syndroms (S. 5). Die Schwindelbeschwerden seien durch ein Reizlabyrinth links und durch eine Belüftungsstörung der Pauke links zu erklären (S.

E. 5.6

) und durch die Ärzte der B.____ vom 30. April 2015 (vorstehend E.

E. 5.7

) vorlagen , in seiner Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt wurde.

E. 5.8

) eine mittelgradige bis schwere depressive Episode und spezifische (isolierte) Phobien fest und attestierte dem Kläger deswegen eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit.

Demgegenüber stellten die Ärzte der B.____ in ihrem Bericht vom 30. April 2015 (vorstehend E.

E. 5.9

) zu entnehmen, dass der Kläger vom 3. bis 6. Dezember 2012 wegen einer symptomatischen Cholezystolithiasis mit chronischer Cholezystitis hospitalisiert war, und dass er in der Zeit vom 4. bis 25. Dezember 2012 vollständig arbeitsunfähig war . Gemäss dem Bericht der Ärzte des C.____ vom 16. Dezember 2013 (vorstehend E.

E. 5.10

) vermag die Beurteilung durch die Ärzte der MEDAS G.____ vom 11. Oktober 2011 nicht in Zweifel zu ziehen. Denn einerseits enthält diese r

keine nachvollziehbare Begründung der postulierten vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit. Andererseits handelt es sich dabei im Vergleich zur Beurteilung durch die Ärzte der MEDAS G.____ lediglich um eine abweichende Beurteilung eines gleichen Sachverhalts. Jedenfalls lassen sich der Beurteilung durch Dr. K.____ keine Hinweise auf eine seitherige Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers entnehmen. 8.6

Des Gleichen lässt sich dem Bericht von Dr. I.____ vom 1. April 2012 (Urk. 25/81/2-4) keine nachvollziehbare Begründung der postulierten vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit entnehmen und es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei im Vergleich zur Beurteilung durch die Ärzte der MEDAS G.____ lediglich um eine abweichende Beurteilung eines

unveränderten Sachverhalts handelte. Auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Klägers lässt sich daraus nicht schliessen.

E. 5.11

) war der Kläger sodann auf Grund eines Schmerzmittelentzugs vom 11. bis 16. Dezember 2013 hospitalisiert. Anschliessend war der Kläger im Rahmen des Schmerzmittelentzugs vom 16. bis 28. Dezember 2013 in der L.____ hospitalisiert (vorstehend E.

E. 5.12

). 9.2

Demzufolge steht fest, dass vom 3. bis 28. Dezember 2012 eine Arbeitsunfähigkeit wegen einer Cholezystolithiasis und vom 11. bis 28. Dezember 2013 eine Arbeitsunfähigkeit des Klägers wegen eines Schmerzmittelentzugs bestand. Dabei bei handelt es sich im Vergleich zum Gutachten der Ärzte der MEDAS G.____ vom 7. Dezember 2010 um Arbeitsunfähigkeiten, welche durch neu aufgetretene Gesundheitsbeeinträchtigungen verursacht wurden.

Für diese Zeiträume hat eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 100 % daher als erstellt zu gelten. 9.3

Die vertraglich vereinbarten Wartezeiten von 30 Tagen (vorstehend E.

3.1) begannen für die beiden durch verschiedene Krankheiten verursachten Arbeitsunfähigkeiten am 3. Dezember 2012 und am 11. Dezember 2013 je gesondert zu laufen und waren bei Beendigung dieser Arbeitsunfähigkeiten am 28. Dezember 2012 beziehungsweise am 28. Dezember 2013 noch nicht abgelaufen, weshalb ein Taggeldanspruch nicht gegeben ist. Unter diesen Umständen kann die Frage nach der Verjährung offen gelassen werden. 10.

Nach Gesagtem steht fest, dass der Kläger einen Anspruch auf Krankentagsgeldleistungen für den streitigen Zeitraum vom

E. 5.14

)

enthält sodann keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Klägers im streitigen Zeitraum vom 1. Oktober

2012 bis 30. September

2014. Auf eine gesundheitliche Verschlechterung ist daraus vielmehr erst für den Zeitraum vom 10. März bis 5. Mai 2015 zu schliessen.

E. 6

.2

In somatischer Hinsicht gingen die Ärzte der MEDAS G.____ davon aus, dass ein wesentliches strukturelles Defizit sowie eine radikuläre Symptomatik nicht festzustellen seien, und dass in somatischer Hinsicht lediglich während einer Zeit von vier Wochen nach dem Unfallereignis vom Juli 2006 eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (vorstehend E.

E. 7

.4

Gemäss der Rechtsprechung (BGE 134 III 24 E. 3.3.1.3) darf das Zivilgericht ein Gutachten, das von einer anderen Behörde in Auftrag gegeben und in einem anderen Verfahren erstattet wurde (zum Beispiel ein im Strafverfahren eingeholtes verkehrstechnisches Gutachten oder eine von einem Sozialversicherungsträger veranlasste medizinische Expertise) beiziehen und als gerichtliches Gutachten im Sinne von Art. 183 ff. ZPO berücksichtigen. Fremdgutachten sind mithin ebenso beweistauglich wie die vom Zivilgericht selbst eingeholten Gutachten, wobei sich ihre Beweiskraft nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO) richtet und ein neues Gutachten zu denselben Gutachterfragen angeordnet werden kann, wenn die Feststellungen und Schlussfolgerungen eines Fremdgutachtens einer kritischen Würdigung nicht standhalten.

E. 7.1

). 9 . 9 . 1

Demgegenüber ist dem Bericht der Ärzte des Spitals J.____ vom 5. Dezember 2012 (vorstehend E.

E. 8

.1

Klageweise macht der Kläger eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der Zeit vom 1. Oktober 2012 bis 30. September 2014 geltend (Urk.

E. 8.7

Der Bericht der Ärzte der B.____ vom 30. April 2015 (vorstehend E.

E. 8.8

Nach Gesagtem ist daher gestützt auf das Gutachten der Ärzte der MEDAS G.____ vom 11. Oktober 2011 (vorstehend E.

E. 8.9

An diesem Ergebnis vermögen die Vorbringen des Klägers nichts zu ändern. Da das vorliegende Gutachten der Ärzte der MEDAS G.____ vom 11. Oktober 2011 im Wesentlichen daher die vom Kläger aufgeworfenen Fragen bereits beantwortet, erübrigt sich die Erstellung eines weiteren Gutachtens. Entgegen den diesbezüglichen Vorbringen des Klägers (Urk. 1 S. 3 f., Urk.

E. 13

S. 3 f.) ist auf weitere Beweismassnahmen und insbesondere auf die Einholung eines weiteren Gutachtens zu verzichten, da in antizipierter Beweiswürdigung davon keine weiteren entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. vorstehend E.

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