

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2017 29

Urteil vom 16. Mai 2018

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Kläger,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

C. _____ AG
Beklagte,

Gegenstand

Krankenversicherung (Taggeldversicherung nach VVG)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. 1970) hat mit der D._____ AG einen Rahmenarbeitsvertrag abgeschlossen, welcher mit der Unterzeichnung des Einsatzvertrages mit der E._____ AG vom 3. Februar 2016 in Kraft trat. Mit letzterem wurde der unbefristete Einsatz als angelernter Monteur 2c per 1. Februar 2016 (bei mind. 35 - 40 Stunden pro Woche und einem Stundenlohn von Fr. 29.50) vereinbart (Klåg.-act. 2). A._____ war durch seine Arbeitgeberin bei der C._____ AG für ein Taggeld von 80% des wegen Krankheit ausfallenden, der normalen vertraglichen Arbeitszeit entsprechenden zuletzt bezahlten Lohnes kollektiv krankentaggeldversichert nach VVG (vgl. Rahmenarbeitsvertrag der Arbeitgeberin, vom SECO genehmigt am 21.12.2011 und 04.11.2013, Ziff. 15 m.V.a. Art. 28f. des Gesamtarbeitsvertrages für den Personalverleih [nachfolgend GAV Personalverleih], abgeschlossen am 17.3.2009/15.7.2011).

B. A._____ erkrankte im Juni 2016 und wurde vom behandelnden Arzt arbeitsunfähig geschrieben. Des Weiteren wurde ihm von der D._____ AG mitgeteilt, dass das Arbeitsverhältnis aufgelöst werde.

C. Mit Schreiben vom 11. November 2016 gelangte A._____ an die C._____ AG und meldete, dass er seit dem 2. Juni 2016 zu 100% arbeitsunfähig sei. Das Arbeitsverhältnis mit seiner Arbeitgeberin sei, wenn überhaupt rechtsgültig, auf den 3. Juni 2016 aufgelöst worden, weshalb die Arbeitsunfähigkeit noch in der Kündigungsfrist eingetreten sei und er Anspruch auf Krankentaggeld habe (Bekl.-act. 3).

D. Am 14. Dezember 2016 teilte die C._____ AG A._____ mit, dass das Arztzeugnis von Dr.med. F._____ (Facharzt FMH für Allgemeinmedizin) mit Beginn vom 2. Juni 2016 am 6. Juni 2016 ausgestellt worden sei, und dass Arztzeugnisse, welche im Nachhinein ausgestellt werden, erst ab Ausstellungsdatum des Arztzeugnisses akzeptiert werden könnten. Da das Arbeitsverhältnis per 3. Juni 2016 beendet worden sei, bestehe für die Arbeitsunfähigkeit ab 6. Juni 2016 keine Versicherungsdeckung mehr, weshalb die Leistungspflicht abgelehnt werde (Klåg.-act. 11).

E. Mit Klage vom 31. März 2017 gegen die C._____ AG betreffend "Forderung aus Krankentaggeldversicherung" lässt A._____ folgende Anträge stellen:

1. Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger für die Zeit bis zum 31.03.2017 den Betrag von CHF 37'134.00 brutto zzgl. 5% Zins zu bezahlen.

2. Dem Kläger sei die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen und ihm ein unentgeltlicher Rechtsbeistand in der Person des Unterzeichneten zu gewähren.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten.

F. Mit Klageantwort vom 9. Mai 2017 stellt die C._____ AG folgende Anträge:

1. Die Klage sei abzuweisen.
2. Eventualiter sei das vorliegende Verfahren zu sistieren, bis ein rechtskräftiger Entscheid des zuständigen Unfallversicherers vorliegt.
3. Subeventualiter sei ein fachärztliches medizinisches Gerichtsgutachten zu veranlassen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers.

G. Am 23. Juni 2017 lässt der Kläger die Replik einreichen und ergänzte seine Anträge wie folgt:

1. Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger für die Zeit vom 04.06.2016 bis zum 31.03.2017 den Betrag von CHF 37'134.00 brutto zzgl. 5% Zins zu bezahlen.
2. (...)
3. Die Rechtsbegehren der Beklagten seien vollumfänglich abzuweisen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten.

H. Mit Duplik vom 11. Juli 2017 hält die Beklagte an ihren Anträgen fest.

I. Mit Verfügung vom 14. Juli 2017 teilt der verfahrensleitende Richter den Parteien mit, welche Beweisabnahmen zu diesem Zeitpunkt vorgesehen sind (Einholung der Krankengeschichte durch den Kläger, Einholung des IV-Dossiers durch das Gericht, Abklärungen bei der D._____ AG und der E._____ AG). Gleichzeitig wird den Parteien mitgeteilt, dass ohne ausdrücklichen Widerspruch einer Partei auf die Durchführung einer Hauptverhandlung verzichtet wird, wozu sich keine Partei äusserte.

J. Die IV-Akten werden am 24. Juli 2017 eingeholt, gleichentags reicht der Kläger seine Krankengeschichte ein. Am 2. August 2017 wird bei der D._____ AG schriftlich Auskunft eingeholt. Die IV-Akten werden am 4. August 2017 bzw. 23. August 2017 (jeweils Posteingang) beim Gericht eingereicht. Die schriftliche Auskunft der D._____ AG (gemäss Fragenkatalog vom 2.8.2017) erfolgt am 30. August 2017. Zu letzterer nimmt der Kläger (nach gewährter Fristerstreckung) am 16. Oktober 2017 Stellung.

K. Am 6. Dezember 2017 ersucht der verfahrensleitende Richter die G._____ (Unfallversicherung) um Zustellung ihrer Akten, welche am 14. Dezember 2017 (Posteingang) beim Gericht eintreffen. Ebenfalls am 6. Dezember 2017 fordert der verfahrensleitende Richter die E._____ AG zur schriftlichen

Auskunft auf, welche nach gewährter Nachfrist am 30. Januar 2018 (Posteingang) erfolgt. Am 16. Februar 2018 lässt der Kläger dazu Stellung nehmen.

L. Mit gerichtlichem Schreiben vom 9. März 2018 wird die IV-Stelle um Zustellung der seit August 2017 erfolgten IV-Akten ersucht, welche dem Gericht am 20. März 2018 eingereicht werden. Die Parteien haben auf die Einreichung einer Stellungnahme verzichtet.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1.1 Nach Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG; SR 832.12) vom 26. September 2014 unterliegen Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung dem Versicherungsvertragsgesetz (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1] vom 2.4.1908). Der Wortlaut des mit Wirkung seit 1. Januar 2016 aufgehobenen Art. 12 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) vom 18. März 1994 wurde vollständig in Art. 2 KVAG übernommen. Grundsätzlich erfährt dadurch die bisherige Regelung keine Änderungen (Botschaft zum KVAG, BBI 2012 1941 S. 1956). Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 124 III 44 Erw. 1a/aa, 124 III 229 Erw. 2 b; vgl. Bundesgerichtsurteil 4A_110/2017 vom 27.7.2017 Erw. 3).

Gemäss Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) vom 19. Dezember 2008 können die Kantone ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung zuständig ist. Der kantonale Gesetzgeber hat in § 24 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EGzKVG, SRSZ 361.100) vom 19. September 2007 das Verwaltungsgericht als kantonales Versicherungsgericht bezeichnet. Es ist gemäss § 24 Abs. 2 EGzKVG auch für die Entscheidung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung zuständig.

1.1.2 Die Versicherer müssen ihre Verpflichtungen aus Versicherungsverträgen am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten oder des Versicherungsnehmers erfüllen. Der Gerichtsstand richtet sich nach der Schweizerischen Zivilprozessordnung (Art. 46a VVG). Unabhängig davon, ob der vorliegende Krankentaggeldversicherungsvertrag als Konsumentenvertrag (Art. 32 ZPO) gilt oder unter die Grundsatzregel betreffend die örtliche Zuständigkeit für Klagen aus Vertrag (Art. 31 ZPO, wonach als Gerichtsstand u.a. der Ort der charakteristischen Leis-

tung in Frage kommt) fällt, kann die Klage am Wohnsitz des Klägers, welcher sich im gleichen Kanton befindet wie der Sitz der Arbeitgeberin, erhoben werden. Auch Art. 24 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentaggeldversicherung für Unternehmen sieht als Gerichtsstand den schweizerischen Wohnort der versicherten Person oder den schweizerischen Arbeitsort vor (Ausgabe 01.2008, Bekl.-act. 2). Die Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts zur Beurteilung der vorliegenden Klage ist somit gegeben.

1.1.3 Bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, für welche die Kantone eine einzige kantonale Instanz nach Art. 7 ZPO bezeichnet haben, ist kein vorgängiges Schlichtungsverfahren durchzuführen (BGE 138 III 558 Erw. 4); das Beibringen einer gültigen Klagebewilligung der Schlichtungsbehörde nach Art. 209 ZPO entfällt somit (vgl. BGE 139 III 273 Erw. 2.1). Die übrigen Prozessvoraussetzungen sind unbestrittenermassen gegeben, weshalb auf die Klage einzutreten ist.

1.2 Nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO gilt für vermögensrechtliche Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach KVG ohne Rücksicht auf den Streitwert das vereinfachte Verfahren. Das Gericht stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO; sog. soziale oder auch eingeschränkte Untersuchungsmaxime, vgl. Urteil des Bundesgerichts 5A_2/2013 vom 6.3.2013 Erw. 4.2). Der sozialpolitisch begründeten Untersuchungsmaxime geht es darum, die wirtschaftlich schwächere Partei zu schützen, die Gleichheit zwischen den Parteien herzustellen sowie das Verfahren zu beschleunigen. Die Parteien sind jedoch nicht davon befreit, bei der Feststellung des entscheidwesentlichen Sachverhalts aktiv mitzuwirken und die allenfalls zu erhebenden Beweise zu bezeichnen. Sie tragen auch im Bereich der Untersuchungsmaxime die Verantwortung für die Sachverhaltsermittlung. Das Gericht hat lediglich seine Fragepflicht auszuüben, die Parteien auf ihre Mitwirkungspflicht sowie das Beibringen von Beweisen hinzuweisen (Urteile des Bundesgerichts 5A_875/2015 vom 22.4.2016 Erw. 3.2.2; 5A_2/2013 vom 6.3.2013 Erw. 4.2; 4A_79/2012 vom 27.8.2012 Erw. 4.3). Zudem hat es sich über die Vollständigkeit der Behauptungen und Beweise zu versichern, wenn diesbezüglich ernsthafte Zweifel bestehen (Urteil des Bundesgerichts 4A_360/2015 vom 12.11.2015 Erw. 4.2 mit weiteren Hinweisen). Das Mass der richterlichen Hilfe hängt vom Einzelfall ab, namentlich von der sozialen und intellektuellen Disposition der Parteien. Stehen sich anwaltlich vertretene Parteien gegenüber, soll sich das Gericht zurückhalten (Botschaft zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, BBI 2006 7221 S. 7348; Urteile des Bundesgerichts 4A_519/2010 vom 11.11.2010 Erw. 2.2; 4A_635/2009 vom 24.3.2010 Erw. 2.2). Der Schutz der

wirtschaftlich schwächeren Partei bedeutet indes nicht, dass aufgrund der sozialen Untersuchungsmaxime nur sie unterstützt würde. Vielmehr kommt die Maxime ungeteilt zur Anwendung. Sie gilt für beide Parteien und nicht einseitig nur für die wirtschaftlich schwächere Partei (Raselli, Verfahrensrechtliche Probleme von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung, SZS 49/2005 S. 281).

1.3.1 Im Rahmen des Versicherungsvertrags hat die anspruchsberechtigte Person – in der Regel der Versicherungsnehmer – die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruchs (Art. 39 VVG) zu behaupten und zu beweisen.

Den Versicherer trifft demgegenüber die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglich vorgesehenen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen, wie u.a. die betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs nach Art. 40 VVG. Anspruchsberechtigter und Versicherer haben im Streit um vertragliche Leistungen also je ihr eigenes Beweisthema (BGE 130 III 321 Erw. 3.1; Bundesgerichtsurteil 4A_382/2014 vom 3.3.2014 Erw. 5.3 mit Hinweis). Dies trifft auch dann zu, wenn sich beide Beweisthemen im gleichen Verfahren gegenüberstehen, wie dies bei Taggeldversicherungsansprüchen im Hinblick auf die tatsächliche Erwerbsunfähigkeit der Fall sein kann (BGE 141 III 241 Erw. 3.1; BGE 130 III 321 Erw. 3.1; Bundesgerichtsurteil 4A_432/2015 vom 8.2.2016 Erw. 2.1).

1.3.2 Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, genießt der Versicherungsnehmer insofern eine Beweiserleichterung, als er nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Beim Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist verlangt, dass die Möglichkeit, es könnte sich auch anders verhalten, zwar nicht ausgeschlossen ist, sie aber für die betreffende Tatsache weder eine massgebende Rolle spielen noch vernünftigerweise in Betracht fallen darf (BGE 141 III 241 Erw. 3.1; BGE 130 III 321 Erw. 3.3; Bundesgerichtsurteile 4A_516/2014 vom 11.3.2015 Erw. 4.1; 4A_186/2009 vom 3.3.2010 Erw. 6.2.1). Von der Anwendbarkeit dieses Beweismasses ist auch hinsichtlich jener Fälle auszugehen, in welchen eine Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung für den Anspruch auf Krankentaggelder gestützt auf Tatsachen geltend gemacht wird, welche nicht vollständig objektiviert werden können, so namentlich bezüglich psychischer Störungen und Schmerzsymptomatiken.

1.3.3 Die Beweislastverteilung regelt die Folgen der Beweislosigkeit. Gelangt ein Gericht jedoch in Würdigung der Beweise zum Schluss, eine Tatsachenbehauptung sei bewiesen oder widerlegt, ist die Beweislastverteilung gegenstandslos. Tatsächliche Vermutungen lassen den Schluss auf das Vorhandensein oder das Fehlen bestimmter Tatsachen zu und bilden Teil der Beweiswürdigung (BGE 141 III 241 Erw. 3.2 mit Hinweisen u.a. auf BGE 138 III 359 Erw. 6.3; BGE 135 II 161 Erw. 3; BGE 134 III 235 Erw. 4.3.4).

1.4 Die Police für die Taggeldversicherung, welche der vorliegenden Klage zugrunde liegt, verweist auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentaggeldversicherung für Unternehmen (Ausgabe 01.2008), welche ihrerseits zudem auf die Besonderen Bedingungen (BB), den vom Versicherungsnehmer unterzeichneten Antrag, die Police, allfällige Nachträge und das VVG verweisen (Bekl.-act. 2, Art. 2). Das VVG enthält keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld. Es ist deshalb auf die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien abzustellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 5C.240/2006 vom 12.1.2007 [= BGE 133 III 185] Erw. 2).

2.1.1 Der Kläger klagt (unter Vorbehalt des Nachklagerrechts) die Taggeldleistungen für die Zeit vom 4. Juni 2016 bis 31. März 2017 im Umfang von Fr. 37'134.-- zuzüglich Zins à 5% ein.

2.1.2 Den geltend gemachten Anspruchsbeginn vom 4. Juni 2016 hat der Kläger zwar erst mit Replik vom 23. Juni 2017 im Rechtsbegehren Ziffer 1 konkretisiert. Allerdings ergibt sich dieser bereits sinngemäss aus der Begründung der Klageschrift vom 31. März 2017. Zudem ändert sich das Rechtsbegehren Ziffer 1 im Übrigen nicht, weshalb vorliegend von einer zulässigen blossen Verdeutlichung des Rechtsbegehrens (und nicht von einer Klageänderung) ausgegangen werden kann (vgl. Engler, in: Gehri / Jent-Sørensen / Sarbach, Orell Füssli Kommentar [OFK] ZPO, 2. Aufl., Zürich 2015, Art. 227 N 3). Selbst wenn vorliegend von einer Klageänderung auszugehen wäre, wären die Voraussetzungen der gleichen Verfahrensart und des sachlichen Zusammenhangs mit dem bisherigen Anspruch gemäss Art. 227 Abs. 1 lit. a ZPO erfüllt, nachdem an der Klage inhaltlich keine Änderung erfolgt.

2.2 Aus den Akten ergibt sich, dass die Arbeitgeberin dem Kläger am 16. Juni 2016 (Postaufgabe) schriftlich (datiert auf den 27.5.2016) mitteilte, dass das Arbeitsverhältnis auf den 3. Juni 2016 gekündigt werde (Kläg.-act. 7f.). Des Weiteren befindet sich ein ärztliches Zeugnis von Dr.med. F. _____ vom 6. Juni 2016 in den Akten, wonach der Kläger wegen Krankheit seit 2. Juni 2016 in seiner Behandlung und seit dem 6. Juni 2016 zu 100% arbeitsunfähig sei (Kläg.-act.

6). In einem weiteren Arztzeugnis vom 5. Januar 2017 hält Dr.med. F. _____ fest, dass der Kläger seit dem 2. Juni 2016 bis zum 31. Dezember 2016 arbeitsunfähig erkrankt sei (Kläg.-act. 10).

Die Klageeinreichung erfolgte, nachdem der Kläger mit Schreiben vom 11. November 2016 an die Beklagte gelangte und meldete, dass er seit dem 2. Juni 2016 zu 100% arbeitsunfähig sei. Das Arbeitsverhältnis mit seiner Arbeitgeberin sei auf den 3. Juni 2016 aufgelöst worden – wobei die Rechtsgültigkeit der Kündigung noch abgeklärt werde –, weshalb die Arbeitsunfähigkeit noch in der Kündigungsfrist eingetreten sei und er Anspruch auf Krankentaggeld habe (vgl. Ingress lit. C). Daraufhin teilte die Beklagte dem Kläger am 14. Dezember 2016 mit, dass das Arztzeugnis von Dr.med. F. _____ mit Beginn vom 2. Juni 2016 am 6. Juni 2016 ausgestellt worden sei, und dass Arztzeugnisse, welche im Nachhinein ausgestellt werden, erst ab Ausstellungsdatum des Arztzeugnisses akzeptiert werden könnten. Da das Arbeitsverhältnis per 3. Juni 2016 beendet worden sei, bestehe für die Arbeitsunfähigkeit ab 6. Juni 2016 keine Versicherungsdeckung mehr, weshalb die Leistungspflicht abgelehnt werde (vgl. Ingress lit. D).

2.3 Im konkreten Fall ist somit zunächst die (Vor-) Frage zu prüfen, ob zum Zeitpunkt der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit das Arbeitsverhältnis noch bestehend (und der Kläger somit krankentaggeldversichert) oder bereits beendet war. Aus den Akten ist nicht ersichtlich, dass diese Frage bereits durch ein Zivilgericht beurteilt wurde oder demnächst beurteilt werden soll.

2.3.1 Der Kläger war ab dem 1. Februar 2016 für den Einsatzbetrieb tätig und unterstand ab diesem Zeitpunkt unbefristet dem Rahmenarbeitsvertrag seiner Arbeitgeberin. Die Kündigungsfrist betrug somit ab Mai 2016 sieben Tage, was unbestritten ist (vgl. Art. 1 Abs. 2 GAV Personalverleih, Verlängerung und Änderung vom 29.3.2016; Rahmenarbeitsvertrag Ziff. 4).

Der Kläger macht geltend, dass er am Morgen des 2. Juni 2016 starke Rückenbeschwerden gehabt habe. Sein Rücken sei total blockiert gewesen, wodurch er sich kaum mehr habe richtig bewegen können und habe aus dem Bett kriechen müssen. Er habe sich noch gleichentags zu Dr.med. F. _____ begeben können, welcher ihm sofort eine Cortison-Spritze und intravenös Schmerzmittel verabreicht habe. Der Kläger habe dabei beinahe drei Stunden in der Arztpraxis verbracht, bis er wieder habe aufstehen können. Der Kläger habe seine Einsatzfirma telefonisch über seine Arbeitsunfähigkeit informiert. Als die Schmerzen nach dem Wochenende am 6. Juni 2016 nicht nachgelassen hätten, habe er sich erneut zu Dr.med. F. _____ begeben, welcher ihm wiederum Cortison-

Spritzen und intravenöse Schmerzmittel verabreicht sowie ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis ausgestellt habe. Mittels Telefonanruf habe der Kläger vorab die Arbeitgeberin informiert und das Arztzeugnis noch am selben Tag vorbeigebracht. Die Arbeitgeberin habe gesagt, dass er sich wieder melden solle, wenn er wieder arbeiten könne. Mit A-Post Brief (Poststempel vom 16.6.2016) habe der Kläger von seiner Arbeitgeberin die Kündigung erhalten, wobei diese auf den 27. Mai 2016 rückdatiert und dem Kläger rückwirkend auf den 3. Juni 2016 gekündigt worden sei. Die Rückdatierung einer Kündigung sei nicht zulässig. Die Kündigung sei dem Kläger erst am 17. Juni 2016 zugestellt worden, womit er die erforderliche Kenntnisnahme der Kündigung zu diesem Zeitpunkt erlangt habe. Eine mündliche Kündigung sei weder gegenüber dem Kläger ausgesprochen, noch über eine solche gesprochen worden. Die Arbeitgeberin habe dem Kläger demnach in der Zeit als dieser krankheitshalber arbeitsunfähig gewesen sei, gekündigt. Die ausgesprochene Kündigung sei somit nichtig. Zudem sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Arbeitgeberin – hätte sie dem Kläger tatsächlich am 27. Mai 2016 mündlich gekündigt – überhaupt eine schriftliche Kündigung zustellte und weshalb erst so lange nach der angeblichen mündlichen Kündigung, wenn sie Zweifel am Empfang der Kündigung durch den Kläger gehabt haben sollte.

2.3.2 Die Arbeitgeberin brachte gegenüber dem Gericht vor, dass die Kündigung dem Kläger am 27. Mai 2016 im Büro der Arbeitgeberin mündlich mitgeteilt worden sei. Interne Mitarbeiterinnen könnten dies bestätigen. Nach dem Gespräch mit dem Kläger am 27. Mai 2016 sei die Einsatzfirma telefonisch über die Kündigung informiert worden. Gleichzeitig hält die Arbeitgeberin jedoch fest, dass die Einsatzfirma am 27. Mai 2016 über den Kündigungswunsch des Klägers informiert worden sei. Auf Wunsch des Klägers habe sie die schriftliche Kündigung vorbereitet, weil er diese persönlich im Büro habe abholen wollen. Deshalb sei die schriftliche Kündigung zurückbehalten worden. Der Kläger sei gemäss Arztzeugnis am 6. Juni 2016 beim Arzt gewesen, welcher das Arztzeugnis rückwirkend auf den 2. Juni 2016 datiert habe. Das Arztzeugnis sei der Arbeitgeberin am 7. Juni 2016 zugestellt worden. Am 16. Juni 2016 sei die Schadenmeldung bei der Unfallversicherung vorgenommen worden. Am 2. Juni 2016 habe sich der Kläger bereits in der Kündigungsfrist befunden und er habe seine Überstunden kompensiert. Weil die Unfall- bzw. Krankheitsmeldung durch den Kläger erst am 7. Juni 2016 bzw. nach Anstellungsende erfolgt sei, habe kein Versicherungsschutz und somit für die Arbeitgeberin keine Meldepflicht (an die Beklagte) bestanden. Diese Ausführungen können grösstenteils auch dem Schreiben der Arbeitgeberin an den Kläger vom 15. November 2016 entnommen werden.

2.3.3 Gemäss schriftlicher Auskunft des Einsatzbetriebes des Klägers zum vorliegend relevanten Sachverhalt könne nicht mehr gesagt werden, wann der Einsatzbetrieb Kenntnis von der Kündigung erhalten habe. Er sei jedoch telefonisch über die Kündigung - sowie darüber, dass der Gesundheitszustand eine weitere Beschäftigung nicht mehr zulasse - informiert worden. Der Einsatzbetrieb sei zudem über den Krankheitsausfall des Klägers bzw. den "Hexenschuss" informiert worden. Am 1. Juni 2016 sei der Einsatzbetrieb davon ausgegangen, dass der Kläger am 2. und 3. Juni 2016 seine Arbeit verrichten werde. Der Einsatz des Klägers im Betrieb sei auch für die Monate Juni und Juli vorgesehen gewesen, sei jedoch infolge Unfalls nicht mehr möglich gewesen. Überstunden seien ausbezahlt worden.

2.3.4 Die Kündigung ist eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung, welche darauf abzielt das Arbeitsverhältnis auf einen gegenwärtigen oder zukünftigen Zeitpunkt hin zu beenden. Sie wird als rechtsaufhebendes Gestaltungsrecht qualifiziert (Milani, in: Kren Kostkiewicz / Wolf / Amstutz / Fankhauser, Orell Füssli Kommentar [OFK] OR, 3. Aufl., Zürich 2016, Art. 335 N 3, m.w.H.). Zur Kündigung bedarf es grundsätzlich keiner besonderen Form, weshalb auch eine mündliche Kündigung zulässig ist (Milani, a.a.O., Art. 335 N 3c). Die Kündigung entfaltet ihre Wirkungen mit dem Eingang beim Empfänger (Bundesgerichtsurteil 4A_559/2012 vom 18.3.2013 Erw. 5.1.2; BGE 113 II 259 Erw. 2a). Primär wird also auf die tatsächliche Kenntnisnahme abgestellt (Milani, a.a.O., Art. 335 N 9). Die Beweislast für den rechtzeitigen Zugang der Kündigung trägt derjenige, welcher hieraus Rechte ableiten will (Milani, a.a.O., Art. 335 N 11; vgl. Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [ZGB; SR 210] vom 10.12.1907).

2.3.5 Im konkreten Fall macht die Beklagte geltend, dass das Arbeitsverhältnis zwischen dem Kläger und seiner Arbeitgeberin per 3. Juni 2016 endete und stützt auf die Aussage der Arbeitgeberin bzw. das Kündigungsschreiben vom "27. Mai 2016" (Postaufgabe am 16.6.2016) ab, wonach dem Kläger am 27. Mai 2016 mündlich gekündigt worden und somit die Kündigungsfrist am 3. Juni 2016 abgelaufen sei. Mit schriftlicher Auskunft vom 30. August 2017 macht die Arbeitgeberin zwar geltend, dass interne Mitarbeiterinnen die mündlich ausgesprochene Kündigung vom 27. Mai 2016 bestätigen könnten, reicht jedoch trotz der gerichtlichen Frage nach Zeugen keine Namen dieser Mitarbeiterinnen ein. Somit steht der Behauptung der Arbeitgeberin, diejenige des Klägers entgegen. Immerhin vermag der Kläger das, zwar auf den 27. Mai 2016 datierte aber erst am 16. Juni 2016 bei der Post aufgebene, Kündigungsschreiben vorzuweisen, welches nicht für den Zugang der Kündigung vor dem 17. Juni 2016 spricht, sondern die Auffassung des Klägers stützt.

Des Weiteren spricht für die Vorbringen des Klägers (bzw. gegen die Vorbringen der Arbeitgeberin und somit der Beklagten) die schriftliche Aussage des Einsatzbetriebes. Dieser sei gemäss eigenen Angaben auch noch am 1. Juni 2016 davon ausgegangen, dass der Kläger weiterhin (auch am 2.6.2016) zur Arbeit antreten werde. Er habe bis dahin mindestens auch noch im Juni und Juli 2016 mit einem Arbeitseinsatz des Klägers gerechnet. Daraus ergibt sich sinngemäss, dass der Einsatzbetrieb nicht, wie von der Arbeitgeberin behauptet, am 27. Mai 2016 von der Kündigung des Klägers Kenntnis erhalten hat. Vielmehr ist der Einsatzbetrieb über die Absenz des Klägers infolge Rückenschmerzen ("Hexenschuss") informiert worden. Dementsprechend ging er anschliessend davon aus, dass die Kündigung erfolgt sei, weil eine Weiterbeschäftigung aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich gewesen sein soll. Die Ausführungen des Einsatzbetriebes stimmen somit mit den Ausführungen des Klägers überein. Zudem sprechen die Ausführungen des Einsatzbetriebs auch gegen die Behauptung der Arbeitgeberin, dass der Kläger am 2. Juni 2016 (innerhalb der angeblichen Kündigungsfrist) Überstunden abgebaut haben soll. Auch wenn aus der Lohnabrechnung vom 1. Juni 2016 ein Überstundenabbau hervorgeht, ist dieser nicht ohne weiteres nachvollziehbar und schlüssig (u.a. lässt sich der Lohnabrechnung zwar der Tag, nicht jedoch die Anzahl der angeblich kompensierten Stunden entnehmen; zumal im Mai ein ähnlich hohes Guthaben über vier Tage kompensiert worden sein soll). Zudem wurde die Lohnabrechnung von der Arbeitgeberin erstellt, weshalb die Beweiswürdigkeit nur beschränkt ist.

2.4.1 Nach dem Gesagten sprechen die gewichtigeren Argumente dafür, dass der Kläger erst am 17. Juni 2016 Kenntnis von der Kündigung durch die Arbeitgeberin erhalten hat. Somit befand sich der Kläger mindestens bis zum 17. Juni 2016 noch in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis. Daraus ergibt sich, dass sowohl der vom Kläger geltend gemachte Krankheitseintritt vom 2. Juni 2016 als auch allenfalls ein Krankheitseintritt am 6. Juni 2016 noch während des laufenden Arbeitsverhältnisses erfolgte, weshalb der Kläger krankentaggeldversichert war. Zur Frage, ob ein Anspruch auf Taggeld besteht, sind jedoch die weiteren Voraussetzungen zu prüfen.

2.4.2 Im Übrigen ergibt sich nachfolgend, dass beim Kläger mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits ab dem 2. Juni 2016 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vorgelegen hat (vgl. nachfolgende Erw. 4.3.1). Selbst wenn somit von einem per 3. Juni 2016 gekündigten Arbeitsverhältnis auszugehen wäre, wäre der Krankheitseintritt noch während des laufenden Arbeitsverhältnisses (innerhalb der Kündigungsfrist) erfolgt, weshalb der Kläger auch in diesem Fall krankentaggeldversichert war.

3.1 Die Beklagte macht geltend, dass die Arbeitsunfähigkeitsmeldung (Art. 20.2 AVB) an die Beklagte erst am 16. November 2016 (Posteingang) und somit viel zu spät erfolgt sei (vgl. Klageantwort vom 9.5.2017 S. 3 Ad 6.). Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb der Kläger mit der Meldung so lange zugewartet habe, wie er selber festhalte im Wissen darum, dass die Versicherungsnehmerin den Fall noch nicht gemeldet habe (Duplik vom 11.7.2017 S. 2f. Ad3.). Es hätten somit weder medizinische Abklärungen noch ein Fallmanagement erfolgen können. Demnach könne ein allfälliger Anspruch auf Krankentaggeldleistungen ohnehin frühestens ab verspäteter Meldung erfolgen (vgl. Klageantwort vom 9.5.2017 S. 3 Ad 6., S. 4 Ad 7. u. 9.).

3.2 Der Kläger bringt vorliegend vor, bei der Arbeitgeberin mehrfach interveniert und diese erinnert zu haben, dass er seit dem 2. Juni 2016 krankheitsbedingt arbeitsunfähig und die ausgesprochene Kündigung nicht korrekt sei. Zudem habe er die Arbeitgeberin um Anmeldung bei der Krankentaggeldversicherung gebeten, was jedoch mit Verweis auf die Kündigung immer wieder abgelehnt worden sei. Daraufhin sei der Kläger direkt an die Beklagte gelangt (Klage vom 31.3.2017 S. 7 Ziff. 6f.). Gemäss Art. 20.2 AVB habe der Versicherungsnehmer und somit vorliegend die Arbeitgeberin die Arbeitsunfähigkeit zu melden. Der Kläger sei nicht Versicherungsnehmer, sondern versicherte Person. Somit könne die Beklagte durch Anrufung von Art. 20.2 AVB nichts zuungunsten des Klägers ableiten. Die verspätete Anmeldung sei vollumfänglich auf das Verhalten der Arbeitgeberin zurückzuführen. Dementsprechend habe die Beklagte einen etwaigen ihr entstandenen Schaden direkt bei der Arbeitgeberin geltend zu machen (Replik vom 23.6.2017 S. 4f. Ziff. 3).

3.3.1 Gemäss Art. 38 Abs. 1 VVG muss der Anspruchsberechtigte den Versicherer benachrichtigen, sobald das befürchtete Ereignis eingetreten ist, und sobald er von diesem Ereignis und seinem Anspruch aus der Versicherung Kenntnis erlangt. Der Vertrag kann verfügen, dass die Anzeige schriftlich erstattet werden muss. Sinn und Zweck dieser Bestimmung ist, dass es nicht im Ermessen des Versicherungsnehmers liegen kann, wann er sich entschliesst, Versicherungsleistungen zu fordern. Die Norm dient in erster Linie den berechtigten Interessen des Versicherers. Dieser will die näheren Umstände des Falles sofort abklären können, falls eine Notwendigkeit dazu besteht. Je schneller er eingreift, desto besser ist er in der Lage zu erkennen, ob der Kunde grundsätzlich berechnete oder ungerechtfertigte Ansprüche stellt. Ausserdem kann er seinen ganzen Apparat einsetzen, um den Schaden zu eruieren, schadenmindernde Massnahmen zu ergreifen, eine Expertise zu veranlassen etc. (Jürg Nef, in: Basler Kommentar VVG, Art. 38 N 1 m.V.a. BGE 115 II 88 Erw. 3).

Art. 38 VVG enthält keine zwingende Vorschrift, da er im Katalog von Art. 97 und 98 VVG fehlt (vgl. Nef, a.a.O., Art. 38 N 13). Somit sind davon abweichende Vertragsabreden in den AVB möglich und zulässig. Im vorliegenden Fall hat die Beklagte von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und in Art. 20.2 bis 20.4 ihrer AVB die Anzeigepflicht konkretisiert. So ergibt sich aus Art. 20.2 AVB, dass der Versicherungsnehmer bei jeder Arbeitsunfähigkeit 5 Tage nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist, spätestens jedoch nach 30 Tagen ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit diese der C._____ AG mit dem entsprechenden Formular meldet. Der Meldung wird das Arztzeugnis des behandelnden Arztes mitgeliefert. Bei verspäteter Mitteilung besteht frühestens ab Eingang der Krankmeldung Anspruch auf die versicherten Leistungen. Ist vereinbart worden, dass der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigte wegen Verletzung einer Obliegenheit von einem Rechtsnachteil betroffen wird, so tritt dieser Nachteil nicht ein, wenn die Verletzung den Umständen nach als eine unverschuldete anzusehen ist (Art. 20.3 AVB). Hält der Versicherungsnehmer die fristgerechte Meldung des Leistungsfalles nicht ein, kommt er für den daraus entstandenen Schaden auf (Art. 20.4 AVB).

Art. 20.2 AVB lässt sich somit ohne weiteres so verstehen, dass die Anzeige- bzw. Meldepflicht nicht mehr wie in der gesetzlichen Regelung von Art. 38 Abs. 1 VVG dem Anspruchsberechtigten, sondern vielmehr dem Versicherungsnehmer obliegt. Etwas anderes lässt sich der AVB-Bestimmung, für deren Auslegung der Wortlaut im Vordergrund steht (vgl. Kuhn/ Müller-Studer/ Eckert, Privatversicherungsrecht, 2. Aufl., Zürich 2002, S. 171; vgl. auch BGE 142 III 671 Erw. 3.3), nicht entnehmen. Pflichten bzw. Obliegenheiten können sodann auch dem Versicherungsnehmer oder dem Anspruchsberechtigten allein auferlegt sein (Kuhn/ Müller-Studer/ Eckert, a.a.O., S. 219 m.w.H.), weshalb eine solche Regelung nicht ungewöhnlich erscheint. In der Praxis wird sodann die Meldung u.a. auch häufig vom Versicherungsnehmer, nämlich dem Arbeitgeber, vorgenommen (vgl. Nef, a.a.O., Art. 38 N 19).

3.3.2 Im konkreten Fall ergibt sich aus der Police für die Krankentaggeldversicherung für Unternehmen, dass die Arbeitgeberin Versicherungsnehmerin und der Kläger, als entliehener Arbeitnehmer, versicherte Person ist (Bekl.-act. 1). Nach dem Gesagten lässt sich Art. 20.2 AVB somit entnehmen, dass vorliegend der Arbeitgeberin als Versicherungsnehmerin und nicht dem Kläger als Anspruchsberechtigter die Meldepflicht hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit oblag, wie der Kläger zutreffend geltend macht.

Unbestritten ist vorliegend, dass die Meldung an die Beklagte am 11. November 2016 grundsätzlich zu spät erfolgte, nachdem die Arbeitgeberin als Versiche-

rungsnehmerin spätestens am 7. Juni 2016 von der Arbeitsunfähigkeit des Klägers Kenntnis hatte. Offen bleiben kann vorliegend, ob die verspätete Meldung unverschuldet erfolgte, weil die Arbeitgeberin von einem (gültig) gekündigten Arbeitsverhältnis ausgegangen war. Zu berücksichtigen ist vorliegend vielmehr, dass ein allfälliges Fehlverhalten des Versicherungsnehmers dem Anspruchsberechtigten nicht angerechnet werden kann (vgl. Nef, a.a.O., Art. 38 N 19; vgl. auch Peter Stein, in: zit. Basler Kommentar VVG, Art. 87 N 21, wonach jede Aushöhlung der Versicherungsansprüche durch den Versicherungsnehmer zu vermeiden ist, zumal oftmals die Höhe der Prämie vom Schadensverlauf abhängig ist und daher der Versicherungsnehmer an niedrigen Zahlungen des Versicherers ein Interesse haben kann). Immerhin hat der Kläger, welcher davon ausging, dass die Meldung an die Beklagte nur durch die Arbeitgeberin erfolgen könne (vgl. Bekl.-act. 3), die Arbeitgeberin zur Meldung bei der Beklagten aufgefordert. Aus den Akten ergibt sich zwar nicht, ab wann und wie oft eine solche Aufforderung erfolgte, allerdings lässt sich dem Schreiben der Arbeitgeberin vom 15. November 2016 an den Kläger entnehmen, dass die Lohnfortzahlungspflicht sowie der Versicherungsschutz der Beklagten in einem Schreiben des Klägers an die Beklagte vom 8. November 2016 thematisiert wurden, wobei die Arbeitgeberin eine Lohnfortzahlungspflicht ihrerseits und einen Versicherungsschutz durch die Beklagte verneinte (vgl. auch Bekl.-act. 3). Auch die Unfallversicherung des Klägers wies die Arbeitgeberin erfolglos auf die Lohnfortzahlungspflicht bzw. die erforderliche Meldung bei der Beklagten hin (vgl. UV-act. 33 S. 1). Zudem hat der Kläger bzw. die Arbeitgeberin nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit und vor der Meldung an die Beklagte seine Unfallversicherung auch mehrfach um Erbringung von Versicherungsleistungen ersucht (UV-act. 16, 24, 26, 30ff.). Nachdem die Bemühungen des Klägers keinen Erfolg zeitigten, hat er selbst am 11. November 2016 (Posteingang am 16.11.2016) die Meldung bei der Beklagten (inkl. der ärztlichen Zeugnisse ab 2.6.2016, welche belegen, dass der Kläger stets seinen Hausarzt sowie weitere Behandler aufsuchte) vorgenommen. Zudem hat die Beklagte selbst nach der Meldung im November 2016 keine eigenen Abklärungen in die Wege geleitet, sondern die Erbringung von Taggeldleistungen abgelehnt. Schadenmindernde Massnahmen sind bzw. wären somit auch bei rechtzeitiger Meldung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht erfolgt. Daraus ergibt sich, dass die verspätet erfolgte Meldung des Schadenseintritts, nicht zu Lasten des Klägers ausfallen bzw. zu seinen Ungunsten ausgelegt werden darf. Somit kann die Beklagte infolge der zu späten Schadensmeldung gegenüber dem Kläger keine Leistungskürzung oder -verweigerung vornehmen.

4.1 Die Beklagte bringt vor, dass eine massgebliche krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nicht ausgewiesen sei. Der Bericht von Chiropraktorin

R. _____ vom 3. November 2016, gemäss welchem die geklagten Beschwerden unter Unfall gelaufen und aktuell noch immer limitierend für eine vollständige Wiederaufnahme der Arbeit seien, weise darauf hin, dass die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit einerseits im Umfang zu hinterfragen und andererseits unfallbedingt sei, womit kein Leistungsanspruch aus der Krankentaggeldversicherung bestehe. Auch im Bericht der S. _____ (Klinik) vom 4. November 2016 gebe es Hinweise darauf, dass die seit Juni 2016 geklagten Beschwerden unfallbedingt seien (vgl. Klageantwort vom 9.5.2017 S. 3 Ad 6.). Es stelle sich die Frage, weshalb der Kläger im Unfallversicherungsverfahren noch keine Verfügung verlangt habe. Erst wenn die Unfallversicherung rechtskräftig entschieden habe, bestehe Klarheit hinsichtlich allfälliger noch vorhandener unfallbedingter Beschwerden des Klägers. Andernfalls sei die Frage allfälliger noch vorhandener unfallbedingter Beschwerden im Rahmen des eventualiter beantragten Gerichtsgutachtens zu klären (vgl. Duplik vom 11.7.2017 S. 3 Ad 4.). An den in den Akten enthaltenen Berichten fehle es hinsichtlich der Frage der Arbeitsunfähigkeit an einer Begründung (vgl. Klageantwort vom 9.5.2017 S. 3 Ad 6., S. 4 Ad 9.). Zudem sei der Kläger seiner Schadenminderungspflicht gemäss Art. 20.5 AVB nicht nachgekommen, weil er sich trotz geklagter Schmerzen der ärztlich empfohlenen epiduralen Infiltration LWK4/5 verweigert habe. Des Weiteren fehle es den medizinischen Berichten auch an einer Differenzierung im Sinne von Art. 13.3 AVB, wonach bei langer Dauer der Arbeitsunfähigkeit auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt werde, was offensichtlich nie erfolgt sei. Der Kläger wäre (nach Art. 20.10 AVB) verpflichtet gewesen, seine Arbeits- oder Restarbeitsfähigkeit für leichtere, geeignete Tätigkeiten allenfalls in einem anderen Berufszweig einzusetzen. Aus diesen Gründen sei eine Leistungsverweigerung oder eventuell -kürzung nach Art. 20.14 AVB angezeigt.

4.2 Aus den medizinischen Akten ergibt sich zum Gesundheitszustand des Klägers was folgt.

4.2.1 Am 1. März 2010 erfolgte eine Unfall- bzw. Rückfallmeldung an den Unfallversicherer des Klägers, wonach er am 12. August 2009 eine schwere Last getragen und dabei sein Knie verdreht bzw. verletzt habe. Am 1. März 2010 habe er deshalb aufgrund einer symptomatischen, traumatischen, medialen Meniskusläsion rechts operiert (arthroskopische Teilmenisektomie rechts durch Dr.med. H. _____, Orthopädie) werden müssen (UV-act. II/2 u. 4). Am 24. März 2010 wurde eine Leistungsübernahme vom Unfallversicherer formlos abgelehnt (UV-act. I/5). Am 30. Juni 2010 meldete Dr.med. I. _____ (Facharzt für Allgemeinmedizin FMH) dem Unfallversicherer, dass der Kläger wegen einer Reizung im Knie mit Schmerzen und Schwellung vom 26. Mai bis 4. Juni 2010 habe

krankgeschrieben werden müssen (UV-act. II/7). Mit Bericht vom 9. Juli 2010 diagnostizierte Dr.med. H._____ eine posttraumatische Insertionstendinose am Ligamentum Patellae rechts bei St. n. arthroskopischer Teilmenishektomie rechts (1.3.2010; UV-act. II/10). Nachdem sich der Kläger anfangs Oktober 2010 erneut das Knie verdreht habe, hätten im Dezember 2010 nur noch Restbeschwerden im rechten Knie vorgelegen (UV-act. II/15). Am 11. Februar 2011 war die Behandlung abgeschlossen (UV-act. II/19).

4.2.2 Gemäss Unfallmeldung vom 8. Juli 2015 habe der Kläger am 29. Juni 2015 die Leiter eines Arbeitskollegen gehalten, als dieser ausrutschte und auf den Kläger fiel bzw. mit dem Ellbogen den Kopf des Klägers traf (UV-act. IV/1). Am 14. Juli 2015 teilte der Unfallversicherer dem Kläger die Übernahme der Versicherungsleistungen für die Folgen dieses Berufsunfalles mit (UV-act. IV/3). Mit Bericht vom 22. Juli 2015 diagnostizierte der Hausarzt des Klägers Dr.med. F._____ ein HWS Stauchungstrauma sowie eine Schädelprellung (UV-act. IV/5) und attestierte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis 12. Juli 2015. Dem Kläger wurden daraufhin physiotherapeutische Massnahmen (9 Behandlungen) verordnet. Gemäss Arzzeugnis vom 7. August 2015 habe die Arbeitsunfähigkeit vom 3. August bis 16. August 2015 noch 50% betragen, während eine Wiederaufnahme der Arbeit voraussichtlich am 17. August 2015 erfolgen sollte (UV-act. IV/9).

4.2.3 Am 27. April 2016 meldete die Arbeitgeberin dem Unfallversicherer, dass sich der Kläger den Rücken verletzt habe (seitlich links), nachdem er sich auf den Knien die Schnürsenkel gebunden habe und wieder habe aufstehen wollen (UV-act. III/1). In den Akten befindet sich nur ein Arzzeugnis von Dr.med. F._____, wonach die Arbeitsunfähigkeit vom 26. April bis 1. Mai 2016 100% betrage und die Wiederaufnahme der Arbeit voraussichtlich ab 2. Mai 2016 erfolgen könne (UV-act. III/4). Der Unfallversicherer lehnte die Leistungsübernahme ab, weil sich kein Unfallereignis zugetragen habe (UV-act. III/7).

4.2.4 Eine weitere Unfall- bzw. Rückfallmeldung erfolgte am 16. Juni 2016, wobei als Verletzung nur der Rücken erwähnt wurde (UV-act. IV/16).

4.2.5 Am 6. Juni 2016 erstattete Dr.med. F._____ ein ärztliches Zeugnis, gemäss welchem der Kläger seit 2. Juni 2016 in seiner Behandlung sei und seit dem 6. Juni 2016 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (Klåg.-act. 6). Anschliessend wurde diese Arbeitsunfähigkeit jeweils bestätigt. Aus der Krankengeschichte ergibt sich, dass der Kläger wegen erneuter LWS-Schmerzen nach dem Aufstehen aus dem Bett bei Dr.med. F._____ vorstellig wurde (Klåg.-act. 46). Mit Bericht vom 7. Juli 2016 hielt der Hausarzt gegenüber dem Unfallversicherer

fest, dass die jetzt durchgeführte Behandlung nichts mit dem Unfallereignis vom 29. Juni 2015 zu tun habe. Derzeit liege seit dem 27. April 2016 ein lumbales Wurzelreizsyndrom vor, welches durch eine falsche Bewegung entstanden und somit wohl nicht unfallbedingt sei (UV-act. IV/26). Am 5. Januar 2017 bescheinigte Dr.med. F._____, dass der Kläger seit dem 2. Juni 2016 bis 31. Dezember 2016 arbeitsunfähig erkrankt sei (Kläg.-act. 10).

4.2.6 Der Hausarzt veranlasste ein MRI der LWS, welches am 16. Juni 2016 erfolgte. Dr.med. J._____ (Facharzt Radiologie) hielt in seiner Beurteilung eine flache Diskushernie L4/L5 sowie eine initial nach cranial subligamentär sequestrierende mediale Diskushernie L5/S1 fest. Aktuell fänden sich keine Zeichen einer direkten Spinalnervenirritation sowie keine Spinalkanalstenose (Kläg.-act. 46).

4.2.7 Mit Schreiben vom 15. Juli 2016 machte der Kläger gegenüber dem Unfallversicherer (gemäss eigenen Angaben entgegen der Ansicht seines Hausarztes) geltend, dass er seit dem erlittenen Unfall auf der Baustelle vom Juni 2015 immer wieder Schwindelanfälle und auch Beschwerden im Nacken habe; neben den Rückenbeschwerden, welche seit dem 26. April 2016 stets vorhanden seien. Die Physiotherapie für den im Juni 2015 erlittenen Unfall habe er erst im Mai 2016 beendet. Seit dem Unfall vom Juni 2015 habe er häufig die Arbeit aussetzen müssen (UV-act. IV/24).

4.2.8 Am 19. Juli 2016 nahmen med.pract. K._____ und KD Dr.med. L._____ beim Kläger eine rheumatologische Untersuchung vor und diagnostizierten was folgt (UV-act. IV/35):

1. Rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
 - MRI LWS 16.06.2016: Flache Diskushernie L4/L5. Initial nach cranial subligamentär sequestrierende mediale Diskushernie L5/S1.
2. St. nach Arbeitsunfall 06/15
 - mit Schädelprellung und HWS-Distraktion

Der Patient habe in der ersten Untersuchung über Schmerzen im Lumbalbereich mit Ausstrahlung ins Gesäss beidseits mit NRS 7/10 berichtet, bei Belastung und Bewegung exazerbiert. In der Untersuchung habe sich eine Druckdolenz an der LWS, ein Valleix-Druckpunkt gluteal rechts positiv, eine Einschränkung der LWS-Beweglichkeit in allen Ebenen und eine fragliche Fussheberkraftminderung rechts (auf M4) gezeigt. Zehen- und Fersengang rechts seien nicht möglich gewesen ("schmerzbedingt?"). Der sonstige Neurostatus der unteren Extremitäten sei intakt gewesen. Die Beschwerden wurden im Rahmen eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms interpretiert. Es sei eine weitere konservative Behand-

lung mit Irfen, Mydocalm und neu eine Behandlung mit Zaldiar Retard-Tabletten 3x pro Tag sowie die Weiterführung der Physiotherapie empfohlen worden.

Am 22. Juli 2016 sei eine telefonische Kontrolle durchgeführt worden. Der Patient habe über eine leichte Verbesserung der Schmerzen unter Zaldiar berichtet. In der telefonischen Kontrolle am 5. August 2016 habe der Patient über leichte Fortschritte in der Physiotherapie berichtet. Er könne jetzt langsam seine Lendenwirbelsäule beugen. Wie schon am Untersuchungstag diskutiert, hätten sie eine epidurale Infiltration LWK4/5 empfohlen, aber der Patient wünsche im Moment keine interventionelle Therapie. Der Patient wünsche auch keine Nachkontrolle im rheumatologischen Ambulatorium. Therapiemöglichkeiten seien eine epidurale Infiltration und eine multimodale Komplexbehandlung im stationären Bereich für die multidisziplinäre Behandlung der schwierig behandelbaren Schmerzen. Der Patient sei vom 2. Juni 2016 bis 12. August 2016 zu 100% arbeitsunfähig. Von ihrer Seite sei kein Arbeitsunfähigkeitszeugnis ausgestellt worden.

4.2.9 Gemäss Stellungnahme vom 22. August 2016 hielt der Kreisarzt T._____ (Neurochirurgie) nach Studium der medizinischen Berichte, insbesondere des Berichts von Dr.med. F._____ vom 7. Juli 2016, eine Vorlage mit Frage nach der Rückfall-Kausalität nicht als notwendig (UV-act. IV/36).

4.2.10 Mit Schreiben vom 23. August 2016 teilte der Unfallversicherer dem Kläger mit, dass aufgrund der medizinischen Unterlagen kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 29. Juni 2015 und den gemeldeten Beschwerden bestehe, weshalb die Unfallversicherung nicht leistungspflichtig sei. Auf Wunsch würde eine Verfügung erlassen (UV-act. IV/37).

4.2.11 Am 3. November 2016 erfolgte ein Bericht von M. chiro.med. R._____ (Chiropraktorin), in welchem folgende Diagnosen aufgeführt wurden (UV-act. IV/39):

- Cervikospondylogenes Schmerzsyndrom
 - bei St. n. HWS-Kontusion am 29.06.2015
 - mit Vertigo
- Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
 - bei degenerativen Veränderungen und DH L5/S1 (MRI vom 6/16)

Des Weiteren führte M. chiro.med. R._____ aus, dass die Beschwerden des Klägers mittels chiropraktischer Behandlung angegangen worden seien. Bezüglich des cervikospondylogenen Schmerzsyndroms mit Vertigo seien ihm zusätzlich Schwindelübungen instruiert und ein Nackenkissen zum Probeliegen mitge-

geben worden. Objektiv habe die Beweglichkeit der HWS klar verbessert werden können. Subjektiv habe er noch von lokal linksseitigen Nackenbeschwerden und fluktuierendem Vertigo berichtet. Diese Beschwerden würden unter Unfall laufen und seien aus Sicht der Chiropraktikerin aktuell immer noch limitierend für eine vollständige Wiederaufnahme seiner Arbeit. Daher habe sie ihn am 4. November 2016 in die Schwindelsprechstunde geschickt. Für das lumbospondylogene Schmerzsyndrom seien dem Kläger, bei klar kinesiphobem Schmerzverhalten, Übungen gezeigt worden. Die LWS sei deutlich beweglicher geworden, Zehen- und Fersenstand seien wieder durchführbar, und es sei kein positiver Lasègue mehr zu verzeichnen. Diesbezüglich stehe einem graduellen Wiedereinstieg in den Berufsalltag nichts entgegen. Diese Beschwerden würden unter der Krankenkasse laufen.

4.2.12 Am 4. November 2016 wurde der Kläger in der Chiropraktik-Schwindelsprechstunde von Dr. U. _____ (Supervisor Chiropraktische Medizin) und MChiro V. _____ (Unterassistent Chiropraktische Medizin) in der S. _____ (Klinik) untersucht. In der Beurteilung wurde festgehalten, dass der Kläger an einem cerviko- und lumbospondylogenen Schmerzsyndrom leide, wofür er bereits in Behandlung sei, welche weitergeführt werden solle. Zudem erfahre er auch intermittierenden okulären Schwindel, welcher mitunter auch durch Extension im Nacken ausgelöst werde. Wegen der Schmerzen und des kinesiphoben Verhaltens habe der Kläger in der Schwindelsprechstunde nicht vollumfänglich untersucht werden können. Aus diesem Grund sei er an das interdisziplinäre Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen des W. _____ (Spital) weitergeleitet worden (UV-act. IV/44).

4.2.13 Gemäss telefonischem Bericht des W. _____ (Spital) an den Unfallversicherer vom 12. Januar 2017, sei im November 2016 eine Behandlung erfolgt, bei welcher eine Drehstuhllagerung vorgenommen worden sei. Ein Bericht von dieser Behandlung sei leider nicht erstellt worden. Es sei eine einmalige Behandlung gewesen (UV-act. IV/47). Am 9. Februar 2017 wurde beim Unfallversicherer ein Bericht des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel und neurologische Sehstörungen des W. _____ (Spital) eingereicht. Demgemäss bestehe gemäss "Erstkonsultation vom 09.02.2017" durch Prof. Dr.med. M. _____ (Neurologie) ein Lagerungsschwindel mit Vd. auf Canalolithiasis posterior links (aktuell kein Lagerungsnystagmus nachweisbar). Beim Hallpike-Manöver links sei jedoch ein kurzdauernder Drehschwindel ausgelöst worden, entsprechend sei ein Epley-Manöver links durchgeführt worden (UV-act. IV/54).

4.2.14 Am 18. Januar 2017 gab der Kreisarzt T. _____ ein MRI der HWS in Auftrag, nachdem eine HWS Distorsion geltend gemacht worden sei und radiologisch fortgeschrittene degenerative Veränderungen bestehen würden. Zudem würden weiterhin Schwindelbeschwerden geltend gemacht, welche jedoch in den Berichten bis Ende 2016 nicht erwähnt seien. Die Beschwerden der Lendenwirbelsäule seien nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausaler Natur (UV-act. IV/49).

4.2.15 Gemäss Arztbericht vom 7. Februar 2017 von Dr.med. F. _____ liegen beim Kläger drei verschiedene Ereignisse vor. Zum einen sei es am 29. Juni 2015 zu einem Arbeitsunfall mit HWS- und Schädelprellung gekommen. Anschliessend sei am 27. April 2016 ein weiterer Arbeitsunfall gemeldet worden, welcher seines Erachtens kein Unfall sei (LWS Beschwerden nach ungeschickter Bewegung) und am 2. Juni 2016 sei ein dritter Arbeitsunfall erfolgt, welcher seines Erachtens ebenfalls kein Unfall sei (LWS Beschwerden nach dem Aufstehen aus dem Bett). Der Hausarzt ersuchte darum, Ordnung in den Fall zu bringen. Leider sehe er den Kläger immer nur zur Verlängerung seines Arztzeugnisses, womit er mittlerweile Probleme habe, weil er entweder überhaupt keine Befunde bekomme oder erst Wochen später, oder er müsse andere beteiligte Ärzte anrufen und um Auskunft bitten. Gemäss seinen Recherchen sei der Kläger zurzeit bei M. chiro.med. R. _____ wegen seiner Schwindelsymptomatik in Behandlung. Eine Rückensymptomatik bestehe derzeit nicht mehr. Anschliessend machte der Hausarzt in seinem Bericht eine unvollständige Aussage zur Arbeitsfähigkeit des Klägers, wobei er offen liess, was genau M. chiro.med. R. _____ hinsichtlich einer 100% Tätigkeit unter Berücksichtigung der Schwindelsymptomatik (also nicht auf Leitern oder Gerüsten usw.) meinte. Weiter führte er aus, dass er daher um Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber bitte, um herauszufinden, ob ein solcher Arbeitsplatz möglich sei. Alternativ bat er um eine stationäre Rehabilitationsmassnahme, um den Genesungsprozess zu beschleunigen. Er hielt fest, dass mittlerweile eine durchaus relevante Somatisierungstendenz vorliegt (UV-act. IV/51).

4.2.16 Am 7. Februar 2017 wurde durch den Arzt X. _____ (FMH Radiologie) ein MRI der HWS gemacht, mit folgendem Befund (UV-act. IV/53):

Partiell bewegungsartefaktgestörte Untersuchung.
Steilhaltung bei angedeuteter linkskonvexer torsionsskoliotischer Fehlhaltung. Osteochondrosen HWK 3 bis HWK 7 mit dehydrierten, zum Teil höhengeminderten Bandscheiben, einer begleitenden Spondylosis deformans sowie Unkovertebralarthrosen. Kein Nachweis einer ossären bzw. discoligamentären Läsion. Das cervicale Myelon ist regelrecht signalgebend. Keine intraspinale Raumforderung. Keine entzündlich vermehrte Kontrastmittelanreicherung.

HWK 3 / 4: Partiiell knöchern abgestützte rechts mediolaterale Diskusprotrusion mit Pelottierung des Duralsacks sowie Einengung des rechten Neuroforamens. Eine Irritation der Wurzel C4 rechts ist hier möglich.

HWK 4 / 5: Partiiell knöchern abgestützte linksmediolaterale Diskushernie mit Pelottierung des Duralsacks, Einengung des linken Neuroforamens und Kompression der Wurzel C5 links.

HWK 5 / 6: Breitbasige, knöchern abgestützte Diskusprotrusion sowie beidseitige Unkovertebralarthrosen mit konsekutiver neuroforaminaler Stenose beidseits und anzunehmender Irritation der Wurzel C6 beidseits.

HWK 6 / 7: Mediale subligamentäre Diskushernie mit Pelottierung des Duralsacks und konsekutiver relativer Spinalkanalstenose. Der verbliebene Sagittaldurchmesser des Spinalkanals beträgt anlagebedingt bei ebenfalls kurzen Pedikeln lediglich 10.7 mm. Unkovertebralarthrosen beidseits mit konsekutiver neuroforaminaler Stenose beidseits. Eine Irritation der Wurzel C7 ist hier beidseits anzunehmen.

4.2.17 Am 6. März 2017 führte der Kreisarzt T. _____ aus, dass keine überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen strukturellen Veränderungen im Bereich der HWS bestünden. Der Schwindel sei echtzeitlich nicht dokumentiert und erscheine erst in den Berichten der S. _____ (Klinik) Ende 2016. Ein überwiegend wahrscheinlich unfallkausaler Zusammenhang könne nicht bestätigt werden. Die aktuellen Beschwerden seien im Rahmen der degenerativen HWS-Veränderungen zu sehen (UV-act. IV/55). Daraufhin lehnte der Unfallversicherer eine Leistungspflicht mit Schreiben vom 8. März 2017 ab.

4.2.18 Gegenüber der IV-Stelle führte M. chiro.med. R. _____ am 3. April 2017 aus, dass für die bisherige Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei seit dem 25. November 2016 ein Wiedereinstieg mit gradueller Steigerung möglich. Der Schwindel sei sodann mit einer erneuten Drehstuhlanwendung behandelbar. Nach der letzten Drehstuhlanwendung habe eine einmonatige Beschwerdefreiheit bestanden (IV-act. 9-2f./12). Im Formular zur Frage, welche Arbeiten der versicherten Person unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Einschränkung in behinderungsangepasster Tätigkeit noch zumutbar sei, wurden lediglich Bücken, Über-Kopf-Arbeiten, Rotation im Sitzen/Stehen, Heben/Tragen (Gewichtslimite: 5kg) sowie auf Leitern/Gerüste steigen, als nicht mehr ganztags zumutbar erachtet. Zudem sei die körperliche Belastbarkeit eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit sei schrittweise zu steigern (IV-act. 9-5/12).

4.2.19 Dr.med. F. _____ erachtete in seinem Bericht vom 29. April 2017 an die IV-Stelle den Kläger in einer angepassten Tätigkeit als zu 50% arbeitsfähig (IV-act. 11-3/18).

4.2.20 Gemäss ärztlichem Zeugnis von Dr.med. F. _____ vom 1. Juni 2017 betrage die Arbeitsunfähigkeit des Klägers bis 18. Juni 2017 100% und ab 19. Juni 2017 50%. In Klammern hielt er zudem fest, dass ab dann 100%-ige Arbeitsfähigkeit mit Einschränkungen (nicht auf Leitern oder Gerüste, keine Überkopfarbeiten, nicht an laufenden Maschinen, Gewichtslimit 5 kg, wechselnd sitzend-stehend-nicht knieend-keine Arbeiten mit Kopfrückenlage) bestehe (IV-act. 12).

4.2.21 Mit Vorbescheid vom 14. Juni 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab, weil der Kläger vor Ablauf der einjährigen Wartefrist voll arbeitsfähig gewesen sei (IV-act. 14).

4.2.22 Am 20. Juni 2017 erachtete Dr.med. F. _____ den Kläger als zu 100% arbeitsunfähig bis 18. Juni 2017 und ab 20. Juni 2017 bis auf weiteres, nach einem gescheiterten Arbeitsversuch (in der bisherigen Tätigkeit bei der E. _____ AG, vgl. Kläg.-act. 48) am 19. Juni 2017 von drei Stunden. Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei voraussichtlich nur unter anderen Bedingungen, d.h. Berufswechsel ohne körperliche Belastung möglich (IV-act. 16-3/12).

4.2.23 Am 29. Januar 2018 (Eingang bei der IV-Stelle) erstatteten Dr.med. N. _____ (Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), Dr.med. O. _____ (Facharzt Neurologie), Dr.med. P. _____ (Facharzt Allgemeine Innere Medizin) und Dr.med. Q. _____ (Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie) ein polydisziplinäres MEDAS-Gutachten, welches von der IV-Stelle betreffend den Kläger in Auftrag gegeben wurde. In der zusammenfassenden Beurteilung wurden folgende Diagnosen festgehalten (IV-act. 29-39f./47):

Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

- Chronische lumbospondylogene und -radikuläre Schmerzen (ED 2/2016)
- mit eingeschränkter Belastbarkeit beim Stehen, Sitzen bei
- Osteochondrose, Spondylarthrose LWK4-SWK1, ohne Affektion von Nervenwurzeln
- bei Vergleich der MRI-Befunde 2016 zu 2017
 - Diskusprolaps L5/S1 mit grössen-regredientem Sequester und
 - unverändert breitbasige dorsale Diskusprotrusion L4/5
- Chronische Cervikocephale Schmerzen bei/mit
 - Spondylosis deformans, Uncarthrose HWK5/6 linksbetont und
 - Atlantodentalarthrose mit v.a. segmentale Funktionsstörung
- Status nach HWS- und Schädelkontusion Arbeitsunfall (29.06.2015)

Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

- Migräne ohne Aura
- Status nach phobischem Attackenschwankschwindel und nach Canalolithiasis links

- Unklare Sehstörungen bei längerer Kopfreklination und Visusminderung

Zur Arbeitsfähigkeit wurde zudem ausgeführt, dass der Kläger aus orthopädischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als zu 100% arbeitsunfähig beurteilt werde. Begründet werde dies durch die eingeschränkte Belastbarkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule und den vorhandenen Pathomorphologien bei 2-Etagen-Bandscheibenerkrankung mit Bandscheibensequester L5/S1 und Diskusprotrusion L4/5. Die zuletzt ausgeübten häufig statisch ungünstigen Körperhaltungen seien nicht mehr dauerhaft möglich. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit angestammt gelte ab Diagnosestellung und verifiziertem MRI vom 16. Juni 2016. In einer adaptierten Tätigkeit werde der Kläger aufgrund der Restbeschwerden bei 2-Etagen-Bandscheibenerkrankung mit regredientem Bandscheibensequester L5/S1 zu 80% arbeitsfähig beurteilt. Mit einbezogen seien dabei die Restbeschwerden der HWS bei degenerativen Veränderungen mit Funktionsstörung der Kopfgelenke unter Berücksichtigung der genannten Spezifikationen. Der Beginn der angepassten Tätigkeit gelte frühestens ab 18. Juni 2017 bzw. spätestens ab Gutachtenzeitpunkt. Therapeutisch wurde zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eine multimodale Schmerztherapie mit aktivierendem Einsatz und einer psychologischen Mitbetreuung empfohlen (IV-act. 29-43f./47).

4.3.1 Bei dieser Sachlage ergibt sich, dass der Kläger in seiner angestammten Tätigkeit als Lüftungsmonteur nicht mehr arbeitsfähig ist. Diesbezüglich sind sich nicht nur die behandelnden Ärzte (vgl. vorstehende Erw. 4.2.19f. und 4.2.23), sondern auch die MEDAS-Gutachter einig. Den Zeitpunkt, ab wann eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Klägers in der angestammten Tätigkeit vorliegt, legten die MEDAS-Gutachter auf den 16. Juni 2016 fest, aufgrund der Diagnosestellung und des verifizierten MRI. Allerdings ergeben sich aus den Akten Anhaltspunkte dafür, dass die Arbeitsunfähigkeit beim Kläger bereits früher eingetreten ist. Der Kläger wurde am 2. Juni 2016 bei seinem Hausarzt aufgrund von LWS-Schmerzen nach dem Aufstehen aus dem Bett vorstellig. Nachdem die Schmerzen trotz Behandlung auch am 6. und 9. Juni 2016 (an welchen Tagen der Kläger bei seinem Hausarzt erneut vorstellig wurde) weiter bestanden, veranlasste der Hausarzt am 9. Juni 2016 das MRI der LWS (vgl. Kläg.-act. 46). Daraus ergaben sich anschliessend die im MEDAS-Gutachten erwähnten, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Pathomorphologien bei 2-Etagen-Bandscheibenerkrankung mit Bandscheibensequester L5/S1 und Diskusprotrusion L4/5. Somit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass bereits ab dem 2. Juni 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit vorgelegen hat. Zudem bestätigte auch der Einsatzbetrieb den vom Kläger geschilderten Sachverhalt, wonach er ab dem 2. Juni 2016 aufgrund von Rückenschmerzen bzw. we-

gen eines "Hexenschusses" nicht mehr arbeitsfähig war und er sich deswegen von der Arbeit abmeldete.

4.3.2 Soweit die Beklagte geltend macht, dass die Arbeitsunfähigkeit des Klägers nicht krankheitsbedingt sondern vielmehr unfallbedingt sei, kann dem vorliegend nicht gefolgt werden. Aus dem MEDAS-Gutachten sowie unter Berücksichtigung der vorstehend zusammengefasst dargelegten Akten ergibt sich, dass der Kläger insbesondere an chronischen lumbospondylogenen und -radikulären sowie an chronischen cervikocephalen Schmerzen leidet, welche die Arbeitsfähigkeit zu beeinträchtigen vermögen. Die Lumbalbeschwerden wurden in den Akten einhellig als krankheits- und nicht unfallbedingt bezeichnet, zumal sie zum einen keinem Unfallereignis zugeordnet werden konnten und zum andern unter Berücksichtigung der MRI-Befunde als degenerativ beurteilt wurden. Selbst die den Kläger behandelnde Chiropraktorin führte hinsichtlich der Lumbalbeschwerden aus, dass diese über die Krankenkasse laufen würden, während sie die Nackenbeschwerden einem Unfall zuordnete (vgl. vorstehende Erw. 4.2.11). Nicht derart unbestritten ist die Sachlage gemäss Akten dementsprechend zunächst hinsichtlich der Cervikalbeschwerden. Immerhin ergibt sich nach der Aktenlage, dass der Kläger im Juni 2015 ein HWS Stauchungstrauma sowie eine Schädelprellung erlitt (vorstehende Erw. 4.2.2). Bereits ab August 2015 war der Kläger jedoch wieder zu 100% arbeitsfähig (Klåg.-act. 46). Nachdem der Kläger allerdings im Juli 2016 gegenüber dem Unfallversicherer geltend machte, seit dem Unfall im Juni 2015 immer wieder an Schwindelanfällen und Nackenbeschwerden zu leiden und die Physiotherapie für den im Juni 2015 erlittenen Unfall erst im Mai 2016 beendet zu haben (vgl. vorstehende Erw. 4.2.7), und nachdem auch seine Chiropraktorin von unfallbedingten Nackenbeschwerden und Schwindel ausgegangen war, veranlasste der Unfallversicherer ein MRI der HWS, welches am 7. Februar 2017 erfolgte. Gestützt auf die MRI-Befunde, welche die vorgängig erfolgten Röntgenaufnahmen bestätigten, gingen sowohl der Unfallversicherer als auch die MEDAS-Gutachter von degenerativen Veränderungen der HWS und somit von krankheits- und nicht unfallbedingten Beschwerden aus (vgl. vorstehende Erw. 4.2.14, 4.2.17f., 4.2.24). Was den Schwindel anbelangt, so wurde im MEDAS-Gutachten festgehalten, dass diese fast über ein Jahr dauernde Symptomatik inzwischen remittiert sei (IV-act. 29-40/47). Die behandelnde Chiropraktorin führte im April 2017 aus, dass der Schwindel behandelbar sei und nach der letzten Drehstuhlanwendung (welche gemäss Akten vermutlich im November 2016 stattgefunden hat, vgl. vorstehende Erw. 4.2.13) eine einmonatige Beschwerdefreiheit bestanden habe (vorstehende Erw. 4.2.19). Somit war die Schwindelsymptomatik, welche allenfalls als unfallbedingt zu beurteilen gewesen wäre, für die vorliegend relevante Arbeitsunfähigkeit des Klägers nicht massgebend (was

sich auch den Diagnosen im MEDAS-Gutachten entnehmen lässt). Daraus ergibt sich, dass die Beschwerden des Klägers, welche ab dem 2. Juni 2016 zu einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit führten, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfall- sondern vielmehr krankheitsbedingt waren, weshalb es folgerichtig ist, dass der Kläger nach der schriftlichen Ablehnung der Leistungen durch den Unfallversicherer keine anfechtbare Verfügung verlangt hat. Das Begehren der Beklagten, das vorliegende Verfahren zu sistieren, bis ein rechtskräftiger Entscheid des zuständigen Unfallversicherers vorliegt, ist somit abzuweisen.

4.3.3 Die Beklagte macht des Weiteren geltend, dass der Kläger seiner Schadenminderungspflicht gemäss Art. 20.5 AVB (wonach der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person alles Zumutbare unternehmen müssen, was von ihnen erwartet werden kann, um den Schaden zu verringern; vgl. auch Art. 20.11 AVB: Die versicherte Person leistet im Rahmen der Zumutbarkeit innert gegebener Frist Folge, wenn medizinisch notwendige Operationen, Therapien oder andere Massnahmen von einem Arzt oder der C._____ AG empfohlen werden) nicht nachgekommen sei, weil er sich trotz geklagter Schmerzen der ärztlich empfohlenen epiduralen Infiltration LWK4/5 verweigert habe.

Dazu hält der Kläger fest, dass er auch über die Risiken eines solchen Eingriffs, z.B. u.a. die Möglichkeit einer Querschnittslähmung, informiert worden sei. Diesem Risiko habe er seine bisherigen Erfahrungen mit solchen Medikamentencocktails, insbesondere Cortison, gegenübergestellt. Zum damaligen Zeitpunkt habe der Kläger bereits viele Medikamente eingenommen, auch solche die ihm mit der Infiltration erneut vorgeschlagen worden seien. Die vorgeschlagene Behandlung sei demnach nichts Neues gewesen. Trotz der Behandlung mit diesen zahlreichen Medikamenten habe sich beim Kläger nur eine minime Verbesserung seiner Situation eingestellt. Nachdem der Kläger mit der empfohlenen Behandlung keine wesentlichen Verbesserungen erwartete, habe er das Risiko, welches er hätte eingehen müssen, als zu hoch erachtet.

Die Vorbringen des Klägers sind nachvollziehbar, zumal sich aus den Akten ergibt, dass der Kläger jeweils die von den behandelnden Ärzten empfohlene Medikation eingenommen und von seinem Hausarzt auch eine Fellingier Infusion erhalten hat. Zudem besuchte er jeweils die Physiotherapie und stellte sich auch nicht gegen Abklärungen bei weiteren Fachpersonen. Sodann wurde vom Hausarzt in seinen Sprechstundennotizen vom 17. Juni 2016 betreffend Besprechung des MRI der LWS festgehalten, dass bei medianer Protrusion L5/S1 keine guten Aussichten für eine "perirad" Infiltration bestehen würden (Kläg.-act. 46). Gemäss der Befunderhebung des Radiologen vom 16. Juni 2016 fanden sich keine Zei-

chen einer direkten Spinalnervenirritation sowie keine Spinalkanalstenose (vorstehende Erw. 4.2.6). Auch im MEDAS-Gutachten wurde festgehalten, dass die Diskusprotrusion L4/5 ohne Affektion von Nervenwurzeln bestehe und sich keine Spinalstenose zeige (IV-act. 29-42/47). Sodann wurde im Gutachten bei den therapeutischen Vorschlägen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen eine solche Infiltration nicht erwähnt (vgl. IV-act. 29-44/47). Vielmehr wurde hinsichtlich des Sequesters L5/S1 lediglich eine relative OP-Indikation festgehalten (IV-act. 29-42/47). Es kann somit vorliegend nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerden des Klägers mit der epiduralen Infiltration hätten verringert werden können. Die Notwendigkeit einer solchen Infiltration lässt sich zudem den Akten nicht entnehmen. Somit wäre im konkreten Fall auch die Zumutbarkeit dieser Behandlung fraglich. Bei dieser Sachlage hat der Kläger die Schadenminderungspflicht nicht verletzt, indem er der Empfehlung der epiduralen Infiltration nicht gefolgt ist, weshalb eine Leistungsverweigerung bzw. -kürzung nicht gerechtfertigt ist (vgl. dazu auch Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Freiburg 1999, S. 257, wonach blosser Empfehlungen des Arztes nicht ausreichen würden für die Sanktionierung bei Nichtbefolgen ärztlicher Anweisungen; vgl. zudem die nachfolgend zitierte Rechtsprechung – wonach der Versicherer den Versicherten zur Erfüllung seiner Schadenminderungspflicht unter Fristansetzung auffordern muss – welche analog auch auf Behandlungen anwendbar ist, Bundesgerichtsurteil 4A_79/2012 vom 27.8.2012 Erw. 5.1ff.).

4.3.4 Des Weiteren macht die Beklagte geltend, dass der Kläger nach Art. 20.10 AVB verpflichtet gewesen wäre, seine Arbeits- oder Restarbeitsfähigkeit für leichtere, geeignete Tätigkeiten allenfalls in einem anderen Berufszweig einzusetzen.

Gemäss Art. 13.3 AVB ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, eine im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geht jedoch nicht hervor, bei welchem Zeitraum von einer langen Dauer der Arbeitsunfähigkeit gesprochen wird. Immerhin ist Art. 20.13 AVB zu entnehmen, dass sich die Schadenminderungspflicht nach den sozialversicherungsrechtlichen Kriterien beurteilt.

Die Schadenminderungspflicht wird auch in Art. 61 VVG geregelt. Gemäss Abs. 1 der genannten Bestimmung ist der Anspruchsberechtigte verpflichtet, nach Eintritt des befürchteten Ereignisses tunlichst für Minderung des Schadens

zu sorgen. Er muss, wenn nicht Gefahr im Verzuge liegt, über die zu ergreifenden Massregeln die Weisung des Versicherers einholen und befolgen.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts zu Art. 61 VVG muss der Versicherer, der vom Versicherten zur Erfüllung seiner Schadenminderungsobliegenheit einen Berufswechsel erwartet, dies dem Versicherten mitteilen und ihm dazu eine angemessene Frist ansetzen, um sich anzupassen und eine Stelle zu finden (Bundesgerichtsurteil 4A_79/2012 vom 27.8.2012 Erw. 5.1 m.H.a. BGE 133 III 527 Erw. 3.2.1).

Aus einem Bericht der Chiropraktorin des Klägers vom 3. November 2016 geht erstmals seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Juni 2016 hervor, dass ein gradueller Wiedereinstieg in den Berufsalltag möglich sein sollte, wobei nicht erwähnt wurde, ob ein Wiedereinstieg in die angestammte oder eine angepasste Tätigkeit gemeint war. Erst mit Bericht vom 3. April 2017 führte die Chiropraktorin aus, dass für die bisherige Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, während in einer leidensangepassten Tätigkeit seit dem 25. November 2016 ein Wiedereinstieg mit gradueller Steigerung möglich sei. Am 19. Juni 2017 nahm der Kläger einen Arbeitsversuch in seiner bisherigen Tätigkeit als Lüftungsmonteur in Angriff, welcher erfolglos verlief. Im MEDAS-Gutachten wurde sodann festgehalten, dass der Beginn der angepassten Tätigkeit frühestens ab 18. Juni 2017 gelte.

Nach dem Gesagten wusste der Kläger im vorliegend relevanten Zeitrahmen vom Juni 2016 bis März 2017 nicht bzw. konnte auch nicht wissen, dass seine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr gegeben und somit ein Berufswechsel erforderlich sein werde. Dementsprechend konnte vom Kläger auch (noch) kein Berufswechsel erwartet werden. Die Schadenminderungspflicht des Klägers wurde somit auch diesbezüglich nicht verletzt, weshalb weder eine Leistungsverweigerung noch eine -kürzung angezeigt ist.

4.4 Zusammenfassend hat der Kläger gegenüber der Beklagten Anspruch auf Krankentaggelder. Nachdem die Rügen der Beklagten u.a. mit den vorliegenden Akten sowie insbesondere dem nachvollziehbaren MEDAS-Gutachten vom 26. Januar 2018 beurteilt werden konnten und somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass der Kläger im Zeitraum vom 2. Juni 2016 bis 31. März 2017 infolge Krankheit zu 100% arbeitsunfähig war, kann auf die Einholung eines Gerichtsgutachtens verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung).

5. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist noch die Höhe des Anspruchs auf Krankentaggelder.

5.1 Gemäss Art. 15.4 AVB bemessen sich die lohnabhängigen Taggeldleistungen wie folgt:

- Grundlage ist der letzte vor Krankheitsbeginn bezogene AHV-pflichtige Lohn, einschliesslich noch nicht bezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht und die versichert sind. Dieser Lohn wird auf ein ganzes Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt.
- Für Arbeitnehmer mit stark variierendem Lohn gilt der Durchschnitt der letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
- War die versicherte Person vor der Krankheit bei mehr als einem Arbeitgeber tätig, ist nur der beim Versicherungsnehmer erzielte Lohn massgebend.

Die Leistungspflicht der Beklagten beginnt nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist gilt pro Leistungsfall und wird an die Bezugsdauer angerechnet (Art. 14.1 AVB).

5.2.1 Im konkreten Fall wurde zwischen der Beklagten, als Versicherer, und dem Versicherungsnehmer (Arbeitgeberin des Klägers) eine Wartefrist von 30 Tagen vereinbart (vgl. Bekl.-act. 1). Die vom Kläger geltend gemachte Wartefrist von zwei Tagen stützt sich auf den Rahmenarbeitsvertrag zwischen dem Kläger und seiner Arbeitgeberin bzw. auf den GAV Personalverleih. Aus Art. 29 Abs. 2 lit. b und Art. 29 Abs. 3 lit. b GAV Personalverleih lässt sich jedoch entnehmen, dass der Betrieb mit der Kollektivtaggeld-Versicherung einen Leistungsaufschub abschliessen kann, in diesem Fall jedoch der Lohnausfall zu gleichen Bedingungen vom Arbeitgeber zu entrichten ist. Nachdem somit zwischen Versicherer und Versicherungsnehmerin eine Wartefrist von 30 Tagen vereinbart wurde, hat der Kläger gegenüber der Beklagten erst 30 Tage nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bzw. ab dem 2. Juli 2016 Anspruch auf Versicherungsleistungen. Dies ergibt bis zum 31. März 2017 273 Krankheitstage.

5.2.2 Hinsichtlich des massgeblichen Lohns ist unbestritten, dass dafür der Lohn des Klägers in den Monaten Februar bis Mai 2016 zu berücksichtigen ist. Während der Kläger seiner Berechnung den Lohn inkl. Ferienentschädigung zugrunde legt, bemisst die Beklagte das Taggeld nach dem Bruttolohn abzüglich der Ferienentschädigung.

AHV-pflichtig ist gemäss Art. 5 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10) vom 20. Dezember 1946 u.a. Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit, auch massgebender Lohn genannt. Als massgebender Lohn gilt jedes Entgelt für in unselbständiger Stellung auf bestimmte oder unbestimmte Zeit geleistete Arbeit. Der

massgebende Lohn umfasst auch Teuerungs- und andere Lohnzulagen, Provisionen, Gratifikationen, Naturalleistungen, Ferien- und Feiertagsentschädigungen und ähnliche Bezüge, ferner Trinkgelder, soweit diese einen wesentlichen Bestandteil des Arbeitsentgeltes darstellen (Art. 5 Abs. 2 AHVG).

Im vorliegenden Fall ist somit von dem vom Kläger ermittelten AHV-Bruttolohn von Fr. 18'876.70 für die Monate Februar bis Mai 2016 auszugehen, welcher auch die Ferienentschädigungen berücksichtigt (vgl. dazu auch die Lohnabrechnung vom Juni 2016, mit welcher der auszahlenden Ferienentschädigung AHV-Beiträge abgezogen werden; vgl. Replik vom 23.6.2017 S. 16 Ziff. 9 lit. c).

5.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Kläger gegenüber der Beklagten für den Zeitraum vom 2. Juli 2016 bis 31. März 2017 Anspruch auf Krankentaggelder in der Höhe von Fr. 33'884.75 (Fr. 18'876.70 : 4 x 12 : 365 [vgl. Art. 15.4 AVB] x 0.8 = Fr. 124.12 pro Tag; Fr. 124.12 x 273 = Fr. 33'884.76) hat.

5.3.1 Der Kläger beantragt sodann nebst den Taggeldleistungen Verzugszinsen zu 5%. Der Schuldner einer Geldschuld hat, soweit nichts anderes vereinbart worden ist, von Gesetzes wegen Verzugszins zu zahlen, sobald er mit der Zahlung der Schuld in Verzug gerät (Art. 104 Abs. 1 Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR; SR 220] vom 30.3.1911 in Verbindung mit Art. 100 Abs. 1 VVG). Dieser Regelung liegt die Fiktion zugrunde, dass der verzugsbelastete Schuldner bis zur Erfüllung weiterhin über den Geldbetrag verfügen kann und der Gläubiger dadurch eine entsprechende Vermögenseinbusse erleidet. Es bedarf weder eines Schadensnachweises durch den Gläubiger noch eines Verschuldens des Schuldners, weshalb dieser auch dann Verzugszins zahlen muss, wenn er im Zeitpunkt des Verzugesintritts von seiner Zahlungspflicht oder deren Höhe keine Kenntnis hatte (BGE 129 III 535 Erw. 3.1).

5.3.2 Die Verzugszinspflicht setzt einerseits die Fälligkeit der Forderung und andererseits die Inverzugsetzung des Schuldners voraus. Nach Art. 41 Abs. 1 VVG wird die Forderung aus dem Versicherungsvertrag erst 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 Anspruches überzeugen kann. Das ist dann der Fall, wenn der Versicherte den Anspruch nach Gesetz und Vertrag genügend begründet hat (Jürg Nef, Basler Kommentar zum VVG, Basel 2001, Art. 39 N 15). 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. Demnach gerät der Versicherer erst mit einer Mahnung in Verzug, ausser er lehnt seine Leistungspflicht definitiv ab. Dann treten Fälligkeit und Verzug sofort ein und eine Mahnung wird überflüssig (Jürg Nef, a.a.O., Art. 41 N 20).

5.3.3 Die AVB der Beklagten enthalten keine Verzugszinsregelung bei Leistungsverzug der Versicherung (lediglich bei Zahlungsverzug betreffend Prämienzahlungen; Art. 11 AVB). Es ist somit auch vertraglich kein Verfalltag vereinbart. Die Beklagte musste demnach entweder zur Zahlung gemahnt werden, damit sie in Verzug geriet und ein Verzugszins geschuldet war, oder die Leistungspflicht definitiv ablehnen.

5.3.4 Mit Schreiben vom 14. Dezember 2016 hat die Beklagte ihre Leistungspflicht abgelehnt. Mit dieser definitiven Ablehnung der Leistungspflicht geriet die Beklagte auch ohne explizite Mahnung in Verzug. Für die dazumal bereits fälligen Taggelder (vom 2.7.2016 bis 30.11.2016) ist die Beklagte somit ab dem 14. Dezember 2016 zinspflichtig. Die Taggelder für den Monat Dezember 2016 waren am 1. Januar 2017, jene für Januar 2017 am 1. Februar 2017, jene für Februar 2017 am 1. März 2017 und jene vom März 2017 am 1. April 2017 fällig. Entsprechend sind die Taggelder für den Monat Dezember 2016 ab dem 1. Januar 2017, jene für Januar 2017 ab dem 1. Februar 2017, jene für Februar 2017 ab dem 1. März 2017 und jene vom März 2017 ab dem 1. April 2017 zu verzinsen.

Soweit die Taggeldforderung des Klägers den Betrag von Fr. 33'884.75 zuzügl. 5% Zins ab den vorstehend dargelegten Zeitpunkten (Erw. 5.3.4) übersteigt, ist die Klage abzuweisen.

6.1 Nach dem Gesagten ist die Klage insoweit gutzuheissen, als die Beklagte zu verpflichten ist, dem Kläger für den Zeitraum vom 2. Juli 2016 bis 31. März 2017 den Betrag von Fr. 33'884.75 nebst 5% Zins ab dem in Erwägung 5.3.4 dargelegten Zeitpunkt zu bezahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

6.2 Es werden keine Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) erhoben (Art. 114 lit. e ZPO).

6.3 Die Parteientschädigung gemäss Art. 95 Abs. 3 ZPO spricht das Gericht nach den Tarifen (Art. 96 ZPO) zu; die Parteien können eine Kostennote einreichen (Art. 105 Abs. 2 ZPO). Entschädigungspflichtig ist die unterliegende Partei; hat keine Partei vollständig obsiegt, so werden die Prozesskosten nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt (Art. 106 Abs. 1 und 2 ZPO).

6.3.1 Bei der Bemessung der Parteientschädigung kommt der kantonale Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975 zur Anwendung. Demgemäss ist das Honorar im Zivilverfahren vor einziger Instanz vom Streitwert abhängig (§ 8 GebTRA). Im Rahmen der festgesetzten Mindest- und Höchstansätze ist die Vergütung nach der Wichtigkeit der Streitsache, ihrer Schwierigkeit, dem Umfang und der Art der Arbeitsleistung sowie dem notwendigen Zeitaufwand zu bemessen. Wird die Vergütung pauschal zugesprochen, gilt die Mehrwertsteuer als in diesem Betrag enthalten; bemisst sich das Honorar nach dem zeitlichen Aufwand, ist sie zusätzlich zu entschädigen (§ 2 GebTRA). Die aus einem Anwaltswechsel resultierenden Mehrkosten können nicht belastet werden (§ 4 Abs. 2 GebTRA). Erscheint eine eingereichte, spezifizierte Kostennote angemessen, ist sie der Festsetzung der Vergütung zugrunde zu legen; fehlt eine Kostennote, ist die Vergütung gestützt auf den GebTRA nach pflichtgemässen Ermessen festzusetzen (§ 6 Abs. 1 GebTRA).

6.3.2 Der Kläger hat dem Gericht keine Kostennote eingereicht. Er klagt Taggelder in der Höhe von Fr. 37'134.-- nebst Zins zu 5% ein. Mit seiner Klage dringt der Kläger nicht vollumfänglich durch (vgl. vorstehende Erw. 5.3 und 6.1).

Bei einem Streitwert zwischen Fr. von Fr. 20'001.-- bis Fr. 50'000.-- beträgt das Grundhonorar gemäss § 8 Abs. 2 GebTRA bei vollständigem Obsiegen zwischen Fr. 1'650.-- und Fr. 6'600.--. In Anbetracht dessen sowie des nicht vollumfänglichen Obsiegens hat die Beklagte dem Kläger eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten. Die nicht anwaltschaftlich vertretene Beklagte hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO).

6.3.3 Soweit der Kläger unterliegt ist zu prüfen, ob ihm dafür die unentgeltliche Rechtsverbeiständung zugesprochen werden kann. Die Bedürftigkeit des Klägers sowie die Notwendigkeit einer Rechtsverbeiständung sind im konkreten Fall ausgewiesen. Nachdem der Kläger auch nicht eine offensichtlich übersetzte Forderung einklagt, kann auch die Aussichtslosigkeit für die Geltendmachung der leicht zu hohen Forderung verneint werden (vgl. Bundesgerichtsurteil 4D_62/2015 vom 9.2.106 Erw. 5.4ff.). Dem Kläger ist somit für den unterliegenden Teil der Klage in der Person von Rechtsanwalt lic.iur. B. _____ ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen und in Beachtung des bereits erwähnten Gebührentarifs sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens wird das ergänzende Honorar (inkl. MwSt und Barauslagen) auf Fr. 300.-- festgelegt.

6.4 Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind privatrechtlicher Natur, weshalb als Rechtsmittel an das Bundesgericht die

Beschwerde in Zivilsachen gemäss Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz, BGG; SR 173.110) vom 17. Juni 2005 in Betracht kommt (BGE 133 III 439 Erw. 2.1; Bundesgerichtsurteil 4A_695/2011 vom 18.1.2012 Erw. 1.2). Weil das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung als einzige kantonale Instanz beurteilt, ist die Beschwerde in Zivilsachen zulässig, auch wenn der Streitwert von Fr. 30'000.-- nicht erreicht werden sollte (BGE 138 III 2, Regeste und Erw. 1).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Klage wird insoweit gutgeheissen, als die Beklagte verpflichtet wird, dem Kläger für den Zeitraum vom 2. Juli 2016 bis 31. März 2017 den Betrag von Fr. 33'884.75 nebst 5% Zins ab dem in der Erwägung 5.3.4 dargelegten Zeitpunkt zu bezahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
2. Das Sistierungsbegehren der Beklagten wird abgewiesen.
3. Es werden keine Kosten erhoben.
4. Dem teilweise obsiegenden Kläger wird zulasten der Beklagten eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. MwSt und Barauslagen) zugesprochen.
5. Soweit er unterliegt wird dem Kläger die unentgeltliche Rechtsverteiständung gewährt. Dem Kläger wird Rechtsanwalt lic.iur. B. _____ als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Ihm ist zu Lasten des Verwaltungsgerichts ein Honorar von Fr. 300.-- (inkl. Auslage und MwSt) zu entrichten.
6. Der Kläger hat den Betrag von Fr. 300.-- (unentgeltliche Rechtsverteiständung) dem Gericht zurückzuerstatten, wenn er dazu innert 10 Jahren seit Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP; Art. 123 ZPO).
7. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in Zivilsachen beim Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, erhoben werden (Art. 42 und 72ff. BGG).

Soweit die Beschwerde in Zivilsachen nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
8. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Klägers (2/R)
 - die Beklagte (R)
 - und die Eidg. Finanzmarktaufsicht FINMA, 3003 Bern (A).

Schwyz, 16. Mai 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 6. Juni 2018