

Zivilgericht Basel-Stadt, 19. Januar 2000,
K. c. National Versicherung, Basel

Tatbestand: Die Klägerin arbeitete als in Frankreich wohnhafte Grenzgängerin ab dem 1. April 1995 als Servierfrau im Restaurant S. in A./BL. Ihr Arbeitgeber war K. P. Sch., wohnhaft in A., der das Restaurant zum damaligen Zeitpunkt führte. Die Klägerin bezog einen monatlichen Bruttolohn von Fr. 3'500.-- (Bruttogehalt: 13 x 3'500.-- Fr. 45'500.--). Im Spätsommer 1996 wurde die Klägerin schwanger, worauf sie ab dem 20. November 1996 ihre Arbeit aufgrund angeblicher Schwangerschaftskomplikationen krankheitshalber einstellen musste.

Der Arbeitgeber der Klägerin, Herr K. P. Sch., hatte am 13. Juni 1995 mit der Beklagten einen Versicherungsvertrag (Police Nr. ...; geschlossen. Dabei handelt es sich um eine Kollektiv-Krankentaggeldversicherung nach Lohnsumme. Entsprechend dem Wunsch des Versicherungsnehmers war keine Versicherung eines Geburtsgeldes vereinbart (Ziff. 16 des Antrags für die Kollektiv-Kranken- und Invaliditätsversicherung vom 13. Juni 1995;

Am 1. Januar 1996 waren die Prämien für die vorgenannte Krankentaggeldversicherung im Betrag von Fr. 13'472.50 fällig. Mit Schreiben vom 22. Februar 1996 wurde der Versicherungsnehmer durch die Beklagte gemahnt, wobei ihm unter Bezugnahme auf Art. 20 VVG eine 14-tägige Nachfrist gesetzt wurde und gleichzeitig auf die Konsequenz der Suspension der Leistungspflicht seitens des Versicherers im Falle der Nichtbegleichung aufmerksam gemacht wurde. Da mit Ablauf der Frist am 8. März 1996 noch keine Zahlung erfolgt war, ruhte entsprechend Art. 20 Abs. 3 VVG die Leistungspflicht der Beklagten von diesem Tag an (Schreiben der Beklagten an den Versicherungsnehmer vom 15. November 1996). Im weiteren verzichtete die Beklagte auf die rechtliche Einforderung der rückständigen Prämien. Entsprechend der unwiderlegbaren Rechtsvermutung von Art. 21 Abs. 1 VVG wird nach Ablauf einer 2-monatigen Frist angenommen, dass der Versicherer unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämien, vom Vertrag zurücktritt. Dementsprechend ist im vorliegenden Fall der vorgenannte Versicherungsvertrag per 8. Mai 1996 dahingefallen.

Ab dem 20. November 1996 stellte die Klägerin aufgrund der Schwangerschaft ihre Arbeitstätigkeit ein. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass es sich dabei um eine durch Schwangerschaftskomplikationen hervorgerufene, d.h. krankheitsbedingte, Arbeitsunfähigkeit gehandelt habe. Das von der Klägerin ins Recht gelegte Arztzeugnis von Dr. J.-M. H. (Gynäkologe, M.) vom 21. Januar 1997 bestätigt den Arbeitsunterbruch ("arrêt de travail") seit dem 20. November 1996. Der selbe Arzt bescheinigte am 6. März 1997, dass die Beklagte ab 7. März 1997 im Schwangerschaftsurlaub sei und mit einer Niederkunft am 2. Mai 1997 zu rechnen sei. Am 21. April 1997 bestätigte Dr. H. sodann lediglich, dass die Klägerin schwanger sei und mit einer Niederkunft am 2. Mai 1997 zu rechnen sei. Zudem führte er aus, dass es ihr Gesundheitszustand nicht erlaube, Strecken mit dem Auto zurückzulegen. In einem von der Klägerin mit der ausführlichen Klagbegründung ins Recht gelegten Zeugnis vom 22. Januar 1999 bestätigt Dr. H., dass die Klägerin zwischen dem 27. November 1996 und dem 30. April 1997 aufgrund einer "grossesse pathologique (Menace d'accouchement prématuré)" arbeitsunfähig gewesen sei (einzige Beilage zur Klagbegründung).

Da der Arbeitgeber der Klägerin den Lohn für November 1996 nicht bezahlte, reichte die Klägerin vor dem Arbeitsgericht Ar. eine Lohnklage ein. Der Arbeitgeber anerkannte daraufhin für die Zeit bis zum 20. November 1996 eine Schuldpflicht in der Höhe von Fr. 5'603.45 (Auszug aus dem Protokoll des Bezirksgerichts Ar. vom 21. März 1997). Trotz mehrmaliger Aufforderung des Gerichts weigerte er sich jedoch, den Namen der Krankentaggeldversicherung für die Geltendmachung der Taggelder ab 20. November 1996 bekannt zu geben. Aus einer Betreibung gegen den Arbeitgeber über den anerkannten Betrag resultierte ein Verlustschein. Die Klägerin reichte daraufhin gegen ihren ehemaligen Arbeitgeber eine Strafanzeige wegen Veruntreuung von Lohnabzügen (Art. 159 StGB) ein. In diesem Verfahren wurde der Klägerin bekannt, dass bei der Beklagten eine Kollektiv-Krankentaggeldversicherung abgeschlossen worden war.

Die Klägerin ersuchte daraufhin die Beklagte um Auszahlung der Krankentaggelder ab 20. November 1996. Die Beklagte verweigerte dies; sie stellte sich im wesentlichen auf den Standpunkt, dass wegen Nichtbezahlung der Prämien für die Krankentaggeldversicherung seitens des Versicherungsnehmers, Herrn Sch., ab 8. März 1996 keine Deckung für die versicherten Risiken mehr bestanden habe. Mit Hinweis auf die fehlende Arbeitslosigkeit der Klägerin am 8. März 1996 verweigerte die Beklagte auch ein Übertrittsrecht der Klägerin in die Einzelversicherung entsprechend Art. 100 Abs. 2 VVG (vgl. Schreiben der Beklagten vom 30. Januar 1998).

Mit Klage vom 17. Juni 1998 stellte die Klägerin die folgenden Rechtsbegehren:

"1. Die Beklagte sei zu verurteilen, der Klägerin Fr. 21'613.20 nebst Zins zu 5% seit 10. März 1997 zu bezahlen (Teilklage, Mehrforderung vorbehalten).

2. Eventualiter sei die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin schriftlich, unter Bekanntgabe der Konditionen, rückwirkend auf den 8. März 1996 das Übertrittsrechts von der Kollektiv- in die Einzelversicherung anzubieten.

3. Es seien die Parteien zu einem Vermittlungsverfahren zu laden (§ 45a ZPO).

4. Es sei der Klägerin die unentgeltliche Prozessführung mit dem Unterzeichneten als Rechtsbeistand zu gewähren.

5. Unter o/e-Kostenfolge."

Im Hinblick auf das Vermittlungsverfahren äusserte sich die Beklagte mittels Stellungnahme vom 19. August 1998. Sie sprach sich dabei für eine vollumfängliche Abweisung der Klage aus.

Klägerin deshalb Frist zur Einreichung der einlässlichen Klagbegründung. Gleichzeitig wurde der Klägerin der Kostenerlass bewilligt.

Mit Klagbegründung vom 27. Januar 1999 hielt die Klägerin an ihren in der Klage vom 17. Juni 1998 gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich fest.

Mit Klagantwort vom 25. Mai 1999 beantragt die Beklagte die vollumfängliche Abweisung der Klage unter o/e-Kostenfolge.

Mit Replik vom 30. September 1999 reduzierte die Klägerin die Forderung gemäss Ziff. 1 der Klage vom 17. Juni 1998 bzw. Ziff. 1 der Klagebegründung vom 27. Januar 1999 auf einen Betrag von Fr. 19'819.35 nebst Zins zu 5% seit 10. März 1997 (mittlerer Verfall, Mehrforderung vorbehalten). Damit anerkannte sie, dass ihr damaliger Arbeitgeber kein Geburtsgeld versichert hatte. Diese Information sei ihr jedoch erst mit der Klageantwort zugänglich gemacht worden. Im übrigen hielt sie an ihren Rechtsbegehren fest.

Mit Verfügung vom 11. Oktober 1999 schloss der Instruktionsrichter den Schriftenwechsel.

Die Begründung sämtlicher Rechtsbegehren in den Rechtsschriften ergibt sich, soweit entscheiderelevant, aus den nachfolgenden Entscheidungsgründen.

Die Hauptverhandlung fand am 19. Januar 2000 statt. Die Rechtsvertreter beider Parteien kamen dabei zum Vortrag. Für sämtliche Ausführungen wird auf das Protokoll der Hauptverhandlung und die nachfolgenden Entscheidungsgründe verwiesen.

Gründe: Die Beklagte ist eine juristische Person mit Sitz in B. Da die Klägerin ihren Wohnsitz in Frankreich hat, steht gemäss Art. 27 der allgemeinen Bedingungen (AVB) zur Kollektiv-Kranken- und Invaliditätsversicherung der Beklagten für Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag lediglich der ordentliche Gerichtsstand zur Verfügung. Das Zivilgericht Basel-Stadt ist daher gemäss § 1 ZPO in Verbindung mit §§ 27 ff. GOG BS zur Beurteilung der vorliegenden Klage zuständig.

Im vorliegenden Fall ist zunächst umstritten, ob überhaupt ein die Leistungspflicht der Beklagten auslösender Versicherungsfall eingetreten ist.

Unbestrittenermassen ist dafür auf Art. 9 lit. E AVB der Beklagten (Ausgabe D 04) abzustellen. Darin wird festgehalten, dass im Fall von Arbeitsunfähigkeit infolge Mutterschaft ein Anspruch auf Leistungen nur bei Schwangerschaftskomplikationen wie Schwangerschaftstoxikose und Fehlgeburt besteht. (Unter Ziff. 2 der entsprechenden Bestimmung werden auch noch die Leistungspflicht auslösende Geburtskomplikationen erwähnt; diese kommen im vorliegenden Fall jedoch zweifelsohne nicht in Frage.)

Die Klägerin ist der Meinung, dass das Vorliegen von Schwangerschaftskomplikationen durch die von ihr ins Recht gelegten Arztzeugnisse von Dr. H. genügend bewiesen seien. Allein aus der Tatsache, dass Dr. H. in seinen 3 Zeugnissen von 1997 die Klägerin bereits per 20. November 1996, d.h. am Ende des 3. Schwangerschaftsmonates, für arbeitsunfähig befunden habe, beweise, dass sie unter Schwangerschaftskomplikationen gelitten habe. Eine normal verlaufende Schwangerschaft führe zu diesem frühen Zeitpunkt nämlich regelmässig nicht zur Arbeitsunfähigkeit. Zudem verweist sie auf das ergänzende Zeugnis vom 22. Januar 1999, worin bestätigt wird, dass die Klägerin an einer Schwangerschaftskomplikation mit Krankheitswert ("grossesse pathologique") gelitten hat.

Die Beklagte wendet dagegen ein, es habe kein anspruchsbegründender Versicherungsfall in Form einer Schwangerschaftskomplikation bestanden. Aus den Arztzeugnissen von 1997 könne nicht auf das Vorliegen von Schwangerschaftskomplikationen geschlossen werden. Die vorliegenden Zeugnisse äusserten sich nämlich lediglich dazu, dass die Klägerin seit dem 20. November 1996 nicht mehr gearbeitet habe bzw. zur Frage des Geburtstermins und zur Tatsache, dass die Klägerin am Schluss der Schwangerschaft nicht mehr Strecken mit dem Auto zurücklegen konnte. Gegen das Arztzeugnis vom 22. Januar 1999 wendet die Beklagte erhebliche Zweifel an der Glaubwürdigkeit ein. Das

späte Auftauchen dieses Zeugnisses nach bereits durchgeführtem Vermittlungsverfahren sei genügender Anlass, davon auszugehen, dass es sich hierbei um ein Gefälligkeitsgutachten handle. Dieses sei in keiner Weise geeignet, einen anspruchsbegründeten Versicherungsfall im Sinne von Art. 9 lit. e AVB zu beweisen.

In Tat und Wahrheit bestehen erhebliche Zweifel am Vorliegen anspruchsbegründender Schwangerschaftskomplikationen. So ist wohl davon auszugehen, dass der Klägerin der Beweis des Versicherungsfalls nicht gelingt. Dies liegt insbesondere darin begründet, dass in den Zeugnissen von Dr. H. aus dem Jahre 1997 lediglich die Arbeitsunfähigkeit bestätigt wird; ein Hinweis auf allfällige Komplikationen findet sich darin nicht. Eine Interpretation dieser Gutachten, wonach eine derart frühe Arbeitsunterbrechung nur im Falle von Schwangerschaftskomplikationen erforderlich sei, kann nicht genügen, den erforderlichen Beweis zu erbringen. Bezüglich des Gutachtens vom Januar 1999 sind Zweifel an der Glaubwürdigkeit, wie sie von der Beklagten vorgebracht werden, wohl am Platz. Entscheidend, dass auch dadurch jedoch kein Beweis eines Versicherungsfalls erbracht werden kann, ist hingegen insbesondere die Tatsache, dass darin keinerlei Erklärungen für die damaligen Schwangerschaftskomplikationen ("grossesse pathologique") enthalten sind.

In concreto kann jedoch die Frage, ob ein anspruchsbegründender Versicherungsfall vorgelegen hat, offengelassen werden. Wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen ergeben wird, muss ein von der Klägerin geltend gemachter Anspruch auf Taggelderleistungen nämlich schon deshalb abgelehnt werden, weil im Zeitpunkt des angeblichen Versicherungsfalls kein Versicherungsschutz mehr bestanden hat. Die Frage ist auch deshalb nicht relevant, weil auch alle übrigen von der Klägerin angerufenen vertraglichen Anspruchsgrundlagen ebenfalls nicht greifen.

Im vorliegenden Fall ist es unbestritten, dass die Beklagte gegenüber dem Versicherungsnehmer, K. P. Sch., wegen Nichtbezahlung der Versicherungsprämien das spezielle Mahnverfahren gemäss Art. 20 VVG durchgeführt hat. Da diese Mahnung zu keiner Reaktion seitens des Versicherungsnehmers führte, ruhte die Leistungspflicht der Beklagten ab dem 8. März 1996. Im übrigen ist der ganze Vertrag am 8. Mai 1996 dahingefallen.

Die Klägerin macht nun geltend, diese Vertragssistierung bzw. -auflösung habe ihr gegenüber keine Wirkung entfaltet, da sie von der Beklagten nicht informiert worden sei. Das spezielle Mahnverfahren von Art. 20 VVG sei auf ein reines Zweiparteienverhältnis gemünzt, wobei die Personen des Versicherungsnehmers und des Anspruchsberechtigten deckungsgleich seien. Hierbei werde der Anspruchsberechtigte vom Versicherer auf die Versäumnisfolgen aufmerksam gemacht und habe es deshalb in der Hand, die Leistungspflicht des Versicherers wieder aufleben zu lassen. Im konkreten Fall mache dieses spezielle Verfahren jedoch keinen Sinn, da Versicherungsnehmer und Anspruchsberechtigte auseinander fielen. In entsprechend gearteten Fällen sei deshalb eine Informationspflicht des Versicherers gegenüber den Anspruchsberechtigten zu bejahen. Diese Informationspflicht lasse sich entweder durch richterliche Lückenfüllung im Rahmen des Mahnverfahrens von Art. 20 VVG oder aber auf eine aus dem Grundsatz von Treu und Glauben hervorgehende vertragliche Nebenpflicht stützen. Die Klägerin ist der Meinung, dass wegen Unterbleibens der entsprechenden Information seitens der Beklagten deren Leistungspflicht gegenüber ihr nie geruht habe. Deshalb bestehe auch für den angeblichen Versicherungsfall vom November 1996 ein direkter Anspruch aus dem Versicherungsvertrag. Eventualiter macht die Klägerin wegen Verletzung der Informationspflicht durch die

Beklagte anstelle dieses direkten Leistungsanspruchs einen vertraglichen Schadenersatzanspruch in der Höhe der ihr durch die Vertragsaufhebung entgangenen Taggeldansprüche geltend.

Dieser von der Klägerin angeführten Sichtweise kann in keiner Weise gefolgt werden. Aus dem Gesetzeswortlaut von Art. 20 VVG geht eindeutig hervor, dass die Mahnung an den Versicherungsnehmer zu erfolgen hat. Nach herrschender Lehre gilt dies auch dann, wenn die Person des Versicherungsnehmers und der Anspruchsberechtigten auseinanderfallen (vgl. Roelli/Keller, Kommentar VVG, S. 340). Zwar finden sich in der Literatur durchaus kritische Stimmen zu dieser Problematik (vgl. insbesondere Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Aufl., Bern 1995, S. 298 f.), doch hält gerade letztgenannter Autor im Rahmen seiner Kritik ausdrücklich fest, dass die Lückenfüllung auf dem Wege einer Gesetzesrevision zu erfolgen habe. In diesem Sinne ist festzuhalten, dass die Auferlegung einer Informationspflicht gegenüber Anspruchsberechtigten mittels richterlicher Lückenfüllung abzulehnen ist.

Eine entsprechende Informationspflicht kann auch nicht aus dem Grundsatz von Treu und Glauben abgeleitet werden. Hierzu ist insbesondere festzuhalten, dass im vorliegenden Fall die Versicherung nach Lohnsummen erfolgte. Dieser Versicherungsart ist es systemimmanent, dass dem Versicherer die Namen der versicherten Personen nicht bekannt sind. Diese werden ihm nur bei Eintritt eines Versicherungsfalls durch den Versicherungsnehmer (in concreto den Arbeitgeber) mitgeteilt. Dementsprechend ist der Beklagten zuzustimmen, welche darlegt, dass es ihr in Tat und Wahrheit gar nicht möglich gewesen sei, potentiell anspruchsberechtigte Versicherte über den Prämienzahlungsverzug zu informieren. Die Klägerin versucht mit verschiedenen Argumenten, der Beklagten trotzdem eine Erkundungspflicht aufzuerlegen. So hätte sie die Pflicht gehabt, beispielsweise Informationen ans Anschlagbrett im Betrieb zu hängen oder sich beim KIGA über die Identitäten der Versicherten zu informieren. Damit verkennt jedoch die Klägerin den typischen Charakter des von den Vertragsparteien im vorliegenden Fall gewählten privatrechtlichen Vertrags. Die von ihr vorgebrachte Erkundungspflicht kann zwar im Sozialversicherungsrecht bejaht werden. Eine Übertragung dieser Praxis auf privatrechtliche Versicherungsverträge wäre jedoch systemwidrig und praxisfremd. Im vorliegenden Fall hatten die Vertragsparteien ein Vertragssystem gewählt, bei welchem klar zum Ausdruck kommt, dass der Informationsfluss lediglich vom Versicherer an den Arbeitgeber und von diesem an die versicherten Arbeitnehmer zu erfolgen hat. Dieser Vertragsinhalt kann auch nicht mit Verweisen auf den Grundsatz von Treu und Glauben umgestürzt werden.

Somit ist festzuhalten, dass die von der Klägerin geltend gemachte Informationspflicht ihr gegenüber nicht bestanden hat. Dementsprechend entfaltete das durch die Beklagte durchgeführte Mahnverfahren auch ihr gegenüber die volle Wirkung der Sistierung der Leistungspflicht bzw. der späteren Vertragsaufhebung. Wegen Fehlens einer entsprechenden Informationspflicht ist entsprechend auch die von der Klägerin geltend gemachte Vertragsverletzung nicht gegeben.

Da die von der Klägerin eventualiter geltend gemachte Vertragsverletzung demnach nicht gegeben ist, kann die Frage nach der Kausalität zwischen der fehlenden Information und dem Schadenseintritt in concreto offen gelassen werden.

In ihrem Eventualbegehren verlangt die Klägerin, die Beklagte sei zu verpflichten, der Klägerin rückwirkend per 8. März 1996 das Übertrittsrecht von der Kollektiv- in die Einzel

versicherung zu gewähren. Sie leitet dieses Übertrittsrecht aus Art. 100 Abs. 2 VVG ab. Zwar räumt sie ein, dass gemäss Wortlaut der genannten Bestimmung lediglich für arbeitslose Versicherte ein entsprechendes Übertrittsrecht im Sinne von Art. 71 Abs. 1 KVG bestehe, doch sieht sie in dieser Beschränkung auf Arbeitslose ein gesetzgeberisches Versehen bei der Anpassung des VVG an das neue KVG. Dafür verweist sie insbesondere auf die frühere Praxis zu Art. 100 Abs. 2 VVG vor Inkrafttreten des KVG. Sie versucht diese Sichtweise insbesondere mit einem Hinweis auf ein Urteil des Bezirksgerichts Z. vom 2. Mai 1995. Demnach habe vor Inkrafttreten des KVG das Übertrittsrecht in jedem Fall eines Dahinfallens eines Kollektivversicherungsvertrags bestanden. Die Klägerin betrachtet die Beschränkung dieses Übertrittsrechts auf Arbeitslose als ein gesetzgeberisches Versehen bei der redaktionellen Anpassung von Art. 100 Abs. 2 VVG an das neue KVG. Aus den Gesetzesmaterialien seien keinerlei Hinweise ersichtlich, dass der Gesetzgeber von der bisherigen Praxis abweichen wollte. Deshalb sei der Beklagten das Übertrittsrecht wegen Dahinfallens des Kollektivvertrages ebenfalls zu gewähren.

Dieser Interpretation von Art. 100 Abs. 2 VVG durch die Klägerin kann nicht gefolgt werden. Der Wortlaut der Bestimmung ist klar. Da die Klägerin weder zum Zeitpunkt der Sistierung der Leistungspflicht der Beklagten am 8. März 1996 noch per Datum der Auflösung des Kollektivversicherungsvertrags am 8. Mai 1996 arbeitslos war, kann sie aus der genannten Bestimmung keinen Anspruch auf Übertritt in die Einzelversicherung ableiten. Die Sichtweise der Klägerin, es handle sich bei der Formulierung dieser Bestimmung um ein gesetzgeberisches Versehen, ist nicht überzeugend. Zudem ist auch festzuhalten, dass das von der Klägerin angeführte Urteil des Bezirksgerichts Z. sich lediglich zur Frage äusserte, ob Arbeitslosen ein entsprechendes Übertrittsrecht zu gewähren sei. Zwar verweist dieses Urteil tatsächlich auf Art. 5^{bis} Abs. 4 KUVG, doch äussert sich das Urteil nicht explizit zur Frage, ob auch bei anderen Auflösungsstatbeständen ein Übertrittsrecht zu gewähren sei. Die von der Klägerin angeführte frühere Praxis ist somit fraglich. Die Neuformulierung von Art. 100 Abs. 2 VVG (i.V. m. Art. 71 Abs. 1 KVG) lässt nun diesbezüglich jedoch keine Fragen offen. Die Nichterwähnung anderer geschützter Personengruppen als Arbeitslose kann nicht als gesetzgeberisches Versehen gewertet werden; vielmehr handelt es sich hierbei um ein qualifiziertes Schweigen des Gesetzgebers.

Die Klägerin versucht im übrigen, ein Übertrittsrecht in die Einzelversicherung aus Art. 24 der AVB der Beklagten abzuleiten. Unter Ziff. A dieser Bestimmung wird ein entsprechendes Übertrittsrecht im Fall der Auflösung der Police gewährt; Voraussetzung ist jedoch, dass der Versicherte seinen Wohnsitz in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein hat. Die Klägerin ist der Meinung, dass diese Beschränkung auf in der Schweiz wohnhafte Versicherte gemäss Art. 9 BVO in Verbindung mit Art. 19 Abs. 2 OR unwirksam sei. Dadurch biete der Arbeitgeber Ausländern andere Arbeitsbedingungen als Schweizern, was den entsprechenden Passus unwirksam mache.

Diese Argumentationsweise der Klägerin greift nicht. Ohne sich über allfällige zivilrechtliche Wirkungen eines Verstosses gegen Art. 9 BVO zu äussern, kann festgehalten werden, dass durch die Beschränkung des Übertrittsrechts auf in der Schweiz und in Liechtenstein wohnhafte Versicherte gemäss Art. 24 AVB keine schlechteren Arbeitsbedingungen für Ausländer resultieren. Es ist daran zu erinnern, dass der Abschluss einer entsprechenden Kollektivversicherung nicht obligatorisch ist und lediglich an die Stelle der Lohn

fortzahlungspflicht des Arbeitgebers tritt. Dementsprechend können für in verschiedenen Ländern wohnende Personen auch unterschiedliche Regelungen abgemacht werden, ohne dass dadurch eine Ungleichbehandlung resultiert.

Es ist somit festzuhalten, dass auch der Wortlaut von Art. 24 AVB klar ist; die Klägerin kann daraus kein Übertrittsrecht in die Einzelversicherung ableiten.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Klägerin die Prozesskosten zu tragen. Da der Klägerin der Kostenerlass bewilligt worden ist, gehen die ordentlichen Kosten jedoch zu Lasten des Staates, und dem Vertreter der Klägerin ist ein Honorar aus der Gerichtskasse auszuweisen.

Demgemäss hat das Zivilgericht

erkannt:

://: Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die ordentlichen Kosten bestehend aus einer Gebühr von Fr. 1'500.-- und den Auslagen von Fr. 240.--. Diese gehen jedoch zufolge Bewilligung des Kostenerlasses an sie zu Lasten des Staates.

Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Dem Vertreter der Klägerin im Kostenerlass, Herrn lic. iur. G. E., wird ein Honorar von Fr. 2'500.-- inkl. Auslagen zuzüglich Fr. 187.50 MWSt., aus der Gerichtskasse ausgewiesen.