



730 04 179 / 61

Urteil vom 16. März 2005

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Christof Enderle und Michael Guex, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien X Klägerin,
vertreten durch Markus Schmid, Advokat, Steinenschanze 6,
4051 Basel

gegen

Y **Versicherungen AG,**
Beklagte

Betreff Forderung

A. Die 1949 geborene X ist Teilinhaberin der B AG in Biel-Benken. Die Firma hat mit der Y Versicherungen AG (Y) per 1. Januar 1999 eine Kollektiv-Krankentaggeldversicherung abgeschlossen. Infolge eines Krankheitsfalls bezog X vom 5. November 2003 bis 9. Dezember 2003 Taggeldleistungen der Y . Am 30. Dezember 2003 erlitt X einen Myokardinfarkt, weswegen sie bis Ende März 2004 zu 100 % arbeitsunfähig war. Ab 1. April 2004 bis 1. Mai 2004 bestand eine 50%ige und anschliessend eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Mit Schreiben vom 21. April 2004, 11. Juni 2004 und 2. Juli 2004 forderte die Y X auf, die Erfolgsrechnungen der B AG offen zu legen, um den Leistungsanspruch prüfen zu können. Bis zur Offenlegung erbringe sie keine Taggeldleistungen.

B. Mit Klage vom 2. September 2004 beantragte X , vertreten durch Markus Schmid, Advokat in Basel, die Beklagte sei zu verurteilen, ihr für die Zeit vom 2. Januar 2004 bis 31. Juli

2004 Taggeldleistungen in der Höhe von Fr. 35'075.15 zuzüglich Zins zu 5 % seit dem Datum der Klageeinreichung zu bezahlen. Die Mehrforderung bleibe ausdrücklich vorbehalten; unter o/e Kostenfolge. In der Begründung wurde im Wesentlichen geltend gemacht, dass die Klägerin im Rahmen einer Summenversicherung bei der Y taggeldversichert sei. Sie habe deshalb keinen Nachweis eines Erwerbsausfalles zu erbringen, weil die Summenversicherung im Gegensatz zur Schadensversicherung nicht voraussetze, dass ein Schaden im Rechtssinne eingetreten sei. Die fest versicherte Lohnsumme von Fr. 90'000.-- sei deshalb - unabhängig von einem konkreten Erwerbsausfall - für die Bemessung der Taggeldleistungen massgebend.

C. In der Klageantwort vom 3. Dezember 2004 schloss die Y auf Abweisung der Klage. Des Weiteren sei die Klägerin zu verpflichten, den erforderlichen Nachweis für die Prüfung des Erwerbsausfalles nachzureichen. Entgegen der Ansicht der Klägerin handle es sich bei der fraglichen Taggeldversicherung um eine Schadensversicherung, weshalb der geltend gemachte Erwerbsausfall nachgewiesen werden müsse.

D. An der heutigen Parteiverhandlung nehmen die Klägerin, der Rechtsvertreter der Klägerin, R, Vertreter der Beklagten, sowie W als Auskunftsperson teil. Auf die Ausführungen der Auskunftsperson wird - soweit erforderlich - in den Erwägungen eingegangen. Die Parteien halten im Wesentlichen an ihren Anträgen und Begründungen fest.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. a) Bei der Y Versicherungen AG handelt es sich um eine vom Eidgenössischen Departement des Innern anerkannte Krankenkasse im Sinne von Art. 12 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994. Gemäss Art. 12 Abs. 2 KVG steht es den Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung Zusatzversicherungen anzubieten. Die Zusatzversicherungen unterstehen nach Art. 12 Abs. 3 KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.

b) Im Bereich der Zusatzversicherungen steht den Krankenkassen keine hoheitliche Gewalt zu. Sie sind demnach nicht befugt, über Ansprüche der versicherten Personen aus Zusatzversicherungen oder über Prämienforderungen aus Zusatzversicherungen Verfügungen zu erlassen. Bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung gelangt deshalb ein Klageverfahren zur Anwendung (UELI KIESER, Die Neuordnung der Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung, in: Aktuelle Juristische Praxis [AJP] 1997, S. 11 ff, S. 17; RAYMOND SPIRA, Die Rechtspflege in der neuen Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit [CHSS] 1995, S. 256 ff.). Im Kanton Basel-Landschaft hat der Gesetzgeber in § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 die Beurteilung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung gemäss Art. 47 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versiche-

zungseinrichtungen (VAG) vom 23. Juni 1978 dem Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, übertragen.

c/aa) Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Anspruch auf Leistungen der Klägerin aus dem Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrag zwischen der B AG und der Y. Es stellt sich die Frage, ob diese Krankentaggeldversicherung unter den Begriff der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung fällt. Erst wenn diese Frage bejaht werden kann, ist das Kantonsgericht gemäss § 54 Abs. 1 lit. a VPO zur Beurteilung der vorliegenden Streitsache sachlich zuständig.

bb) Ausdrücklich erwähnt werden die Zusatzversicherungen im KVG im Zusammenhang mit der Regelung der Krankenkassen (Art. 12 Abs. 2 KVG). In der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 wird zu Art. 12 Abs. 2 KVG ausgeführt, die Zusatzversicherung sollte definitionsgemäss ähnliche Leistungen umfassen, wie sie die Kassen im Rahmen der Sozialversicherung erbringen (Bundesblatt [BBl] 1992 I 53). Allgemein ausgedrückt, sollen die Zusatzversicherungen den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des KVG, der in der Hauptsache in den Art. 24 bis 64 geregelt ist und in welchem nur die gesetzlich vorgesehenen Leistungen erbracht werden dürfen (Art. 34 Abs. 1 KVG), die Krankenpflegeleistungen nach den persönlichen Wünschen und Bedürfnissen der Versicherten ergänzen (vgl. ALFRED MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt am Main 1996, S. 132; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, herausgegeben von Koller/Müller/Rhinow/Zimmerli, Basel/Genf/München 1998, S. 30).

Die soziale Krankenversicherung umfasst neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als zweiten Bereich die freiwillige Taggeldversicherung gemäss den Art. 67 bis 77 KVG. Diese hat zum Zweck, auf der Grundlage des Sozialversicherungsrechts die wirtschaftlichen Folgen infolge von Krankheit, Mutterschaft und subsidiär Unfall auszugleichen. Sie ist nicht durchgehend und umfassend normiert, sondern es besteht ein gewisser Spielraum, auf vertraglicher Basis das gesetzliche Leistungsgebot zu gestalten. Die Versicherung kann als Einzelversicherung oder als Kollektivversicherung durch den Arbeitgeber oder durch Arbeitgeberorganisationen zu deren Gunsten und zu Gunsten ihrer Arbeitnehmerinnen sowie Arbeitnehmer abgeschlossen werden (Art. 67 Abs. 3 KVG). Um die Bedürfnisse der Versicherten, ihren Verdienstaufschlag über eine längere Zeit in einem höheren Ausmass zu decken, können die Krankenversicherer eine Taggeldversicherung nach VVG anbieten (BGE 126 V 498 E. 3b), was sie heute in einem grossen Ausmass tun. Diese Versicherungen beruhen auf dem Grundsatz der Vertragsfreiheit und erlauben daher im Rahmen des VVG einen grossen Gestaltungsfreiraum. Mit der privatrechtlichen Krankentaggeldversicherung kann der wirtschaftliche Ausfall in Folge von Krankheit, Mutterschaft und subsidiär von Unfall versichert werden, für den die soziale Krankenversicherung mit ihrer Ausgestaltung im KVG nur eine ungenügende Deckung gewährleistet. Als solches Produkt kann die Taggeldversicherung als Ergänzung der sozialen Kranken-

versicherung, mithin als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung bezeichnet werden (MAURER, a.a.O., S. 132).

d) Bei der vorliegenden Taggeldversicherung, die die Firma B AG gestützt auf das VVG mit der Y abgeschlossen hat, handelt es sich gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB; Ausgabe 1. Januar 1999) um eine Kollektiv-Taggeldversicherung, mittels derer die Betriebsangehörigen und der Inhaber sowie die Inhaberin unter anderem gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit versichert sind (vgl. Art. 1 AVB, Anschlussvereinbarungen vom 16. Dezember 1998, 29. Dezember 1999 und 31. Januar 2001). Das versicherte Ereignis Krankheit, umschrieben in Art. 3 Abs. 1 AVB, stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Krankheit in der Sozialversicherung überein (Art. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000). Damit kann davon ausgegangen werden, dass die vorliegende Taggeldversicherung ähnliche Leistungen umfasst, wie sie die Krankenkassen im Rahmen der Sozialversicherung erbringen. Sie steht somit inhaltlich und hinsichtlich des Zweckes in einem engen Zusammenhang zur sozialen Krankenversicherung und ist damit als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung zu qualifizieren. Das Kantonsgericht Basel-Landschaft ist somit sachlich zur Beurteilung der Streitigkeit zuständig.

e) Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach dem Bundesgesetz über den Gerichtsstand in Zivilsachen (GestG) vom 24. März 2000. Gemäss Art. 3 Abs. 1 lit. b GestG ist eine Klage gegen eine juristische Person grundsätzlich an deren Sitz zu erheben. Die Parteien können jedoch gemäss Art. 9 Abs. 1 GestG für einen bestehenden oder für einen künftigen Rechtsstreit über Ansprüche aus einem bestimmten Rechtsverhältnis einen Gerichtsstand vereinbaren, soweit das Gesetz nichts anderes vorsieht. Nach Art. 38 AVB der Y sind für Klagen aus dem Versicherungsvertrag entweder die Gerichte am schweizerischen Wohnort der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigten oder am Hauptsitz der Y Versicherung AG, Zürich, zuständig. Da die Klägerin Wohnsitz in Biel-Benken hat, ist das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, auch örtlich zur Behandlung der Streitigkeit zuständig. Auf die Klage ist somit einzutreten.

2. In verfahrensrechtlicher Hinsicht schreibt Art. 47 Abs. 2 VAG ein einfaches und rasches Verfahren vor, in welchem das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt. Ferner dürfen den Parteien - ausser bei mutwilliger Prozessführung - keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 47 Abs. 3 VAG). Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach kantonalem Prozessrecht. Im Kanton Basel-Landschaft sind diesbezüglich die Bestimmungen der VPO massgebend. Dies führt zur Besonderheit, dass Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, obwohl es sich bei diesen um privatrechtliche Streitigkeiten handelt (Urteil S. des Bundesgerichts vom 14. Juni 2001 [5C.52/2001] E. 1b), in einem öffentlichrechtlichen Verfahren beurteilt werden (vgl. zum Ganzen: NICCOLÒ RASELLI, Die Untersuchungsmaxime im Verfahren gemäss Art. 47 Abs. 2 VAG, schriftliche Fas-

sung eines am 29. Oktober 2004 anlässlich einer vom Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich organisierten Weiterbildungsveranstaltung gehaltenen Referates).

3. Gemäss den Akten und den Ausführungen der Auskunftsperson stellt sich der Sachverhalt wie folgt dar:

Die Y schloss mit der B AG am 16. Dezember 1998 eine Anschlussvereinbarung zum Kollektiv-Taggeldversicherungsvertrag Kategorie "Inhaber + Inhaberin" und der Kategorie "Allgemeiner Bestand" mit Versicherungsbeginn ab 1. Januar 1999 ab. Am 3. November 1999 wandte sich der Versicherungsmakler der B AG, die C Versicherungsbroker AG, an die Y und teilte ihr mit, dass die versicherte Lohnsumme der Klägerin vom AHV-pflichtigen Lohn abweiche. Sie verlangte gleichzeitig eine Bestätigung, dass im Leistungsfall aufgrund des "versicherungstechnischen Einkommens" von Fr. 90'000.-- gemäss Anschlussvereinbarung abgerechnet werde (vgl. Schreiben der C Versicherungsbroker AG an die Y vom 3. November 1999). Gemäss Schreiben vom 25. August 2004 und heutiger Aussage von W habe die C Versicherungsbroker AG telefonisch die Auskunft von der Y erhalten, dass erst im Schadenfall diskutiert werde, auf welchen Grundlagen die Leistungen berechnet würden. Am 29. Dezember 1999 erhielt die -B AG eine weitere Ausfertigung der Anschlussvereinbarung für die Kategorie "Inhaber + Inhaberin". Am 31. Januar 2001 stellte die Y der B AG die Anschlusspolice-Nr. XXX mit Versicherungsbeginn per 1. Januar 2001 zu. Vom 5. November 2003 bis 23. November 2003 war die Klägerin infolge Krankheit zu 100 % und vom 24. November 2003 bis 9. Dezember 2003 zu 50 % arbeitsunfähig. Die Y erbrachte vom 8. November bis 9. Dezember 2003 ihre vertraglichen Leistungen (Leistungsabrechnung vom 18. Januar 2004). Am 30. Dezember 2003 erlitt die Klägerin einen Myokardinfarkt, welcher eine ganze bzw. teilweise Arbeitsunfähigkeit nach sich zog. Als die Klägerin dafür Leistungen beanspruchen wollte, forderte die Y die Klägerin mit Schreiben vom 10. März 2004, 1. April 2004 und 11. Juni 2004 auf, ihren Monatslohn und die durch den Arbeitsausfall entstandenen Mehrkosten anzugeben bzw. die Erfolgsrechnungen offen zu legen. Die Klägerin stellt sich nun auf den Standpunkt, dass sie dieser Aufforderung nicht nachkommen müsse. Da ein fixer Jahreslohn versichert worden sei, handle es sich bei der vorliegenden Taggeldversicherung um eine Summenversicherung. Ein Nachweis eines durch die Arbeitsunfähigkeit bedingten Schadens sei daher nicht zu erbringen. Die Y ist dagegen der Auffassung, dass eine Schadensversicherung vorliege und nur der entstandene und nachgewiesene Lohn- und Erwerbsausfall in der Höhe des vereinbarten Jahreslohnes versichert sei.

4. Vorliegend ist somit strittig, ob der zwischen der B AG und der Y abgeschlossene Kollektiv-Taggeldversicherungsvertrag (Vertragsnummer 7207689.1) eine Summen- oder Schadensversicherung darstellt.

a) Die Lehre und Praxis unterscheiden seit Jahrzehnten zwischen Schadens- und Summenversicherung. Von einer Schadensversicherung wird gesprochen, wenn eine Versicherungsleistung nach dem Willen der Parteien dazu bestimmt ist, einen Schaden ganz oder teilweise auszugleichen, der als Folge des versicherten Ereignisses eintritt. Die vermögensrechtliche Einbusse bildet eine selbstständige Voraussetzung der Leistungspflicht und ist gleichzeitig das Kriterium für die Bemessung der Leistung. Fehlt eine dahingehende Regelung, ist der Vertrag als Summenversicherung zu qualifizieren. Die Versicherungsleistung ist in diesem Fall unabhängig davon geschuldet, ob das versicherte Ereignis einen Schaden im Rechtssinne bewirkt hat und wie hoch dieser allenfalls ist (vgl. GERHARD STOESEL, Allgemeine Einleitung, in: Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], herausgegeben von Honsell/Vogt/Schnyder, Basel/Genf/München 2001, S. 9 mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Literatur). Die Summenversicherung definiert sich dadurch, dass die ausgerichteten Leistungen nicht an andere Versicherungsleistungen angerechnet werden müssen; die Schadensversicherung enthält demgegenüber Koordinationsbestimmungen und eine Begrenzung bei Erreichen des konkret eingetretenen Schadens (DAVID HUSMANN/CHRISTOPH HÄBERLI, Die Fallstricke des Krankentaggeldes, in: *pladöyer* 4/02, S. 28 ff.). Die Unterscheidung zwischen Schadens- und Summenversicherung ist namentlich hinsichtlich des Regressrechts des Versicherers von erheblicher Bedeutung. Bei einer Schadensversicherung hat der Versicherer gegebenenfalls ein Regressrecht gegenüber dem Haftpflichtigen (Art. 72 VVG). Handelt es sich um eine Summenversicherung geht der Ersatzanspruch der versicherten geschädigten Person nicht auf den Versicherer über (Art. 96 VVG). Die geschädigte Person kann in diesen Fällen ihre Ansprüche gegen den Versicherer und gegen den Haftpflichtigen kumulieren (CHRISTIAN BOLL, Vorbemerkungen zu Art. 48, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], herausgegeben von Honsell/Vogt/Schnyder, Basel/Genf/München 2001, S. 767).

b) In BGE 104 II 47 E. 4, bestätigt in BGE 119 II 364 ff., ist das Bundesgericht von seiner früheren, insbesondere zu den Heilungskosten ergangenen Rechtsprechung abgekommen, wonach die Personenversicherung als Gegensatz zur Sachversicherung angesehen und im Ergebnis als Summenversicherung qualifiziert worden ist (vgl. BGE 94 II 186 E. 8b, 100 II 457 E. 3 und 4). Es prüfte im konkreten Fall, ob eine Schadensversicherung im Sinne von Art. 48 ff. VVG oder eine Personenversicherung im Sinne von Art. 73 VVG vorliegt. Die Schadensversicherung bezwecke die Deckung eines Schadens im juristisch-technischen Sinne, der vom Versicherer nur dann und insoweit übernommen werden müsse, als er bewiesen sei. Demgegenüber sei das, was das Gesetz als Personenversicherung bezeichne, eine Summenversicherung, bei der - unabhängig davon, ob ein Schaden vorliege - die zum voraus vereinbarte Summe zur Zahlung gelange, sobald das befürchtete Ereignis eingetreten sei. Das Gesetz schliesse aber nicht aus, dass die Personenversicherung auch als Schadensversicherung betrieben werde. Die Rechtsnatur der zu erbringenden Leistung sei im Einzelfall zu prüfen. Sobald die vermögensrechtliche Einbusse eine selbstständige Bedingung des Anspruchs auf Leistung sei, liege eine Schadensversicherung vor. Eine solche liege jedoch nicht schon vor, wenn die Leistungen nach dem Einkommen der versicherten Person bemessen werden. Vielmehr müsse der im Wegfall des Ein-

kommens bestehende Schaden eine Voraussetzung der Leistungspflicht sein (BGE 119 II 365 = Praxis des Bundesgerichtes [Pra] 1994, 547; STOESEL, a.a.O., S. 11 f.).

c) Massgeblich für die Abgrenzung sind somit die vertraglichen Voraussetzungen der konkret in Frage stehenden Leistung. Die Bemessung der Versicherungsleistung ist nicht entscheidend. Es ist letztlich im Einzelfall durch Auslegung des Versicherungsvertrages zu ermitteln, um welche Art von Versicherung es sich handelt (CHRISTOPH GRABER, Art. 96, in: Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], herausgegeben von Honsell/Vogt/Schnyder, Basel/Genf/München 2001, S. 1127). Bei der Auslegung von allgemeinen Versicherungsbedingungen hat die Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens nach dem Vertrauensgrundsatz zu erfolgen, der letztlich aus dem Art. 2 Abs. 1 des Schweizerisches Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907 verankerten Grundsatz von Treu und Glauben abgeleitet wird. Nach dem Vertrauensprinzip sind Willenserklärungen so auszulegen, wie ihre Empfänger sie in guten Treuen verstehen durften und verstehen mussten. Grundsätzlich ist der wirkliche Wille der Parteien zu ermitteln. Erst wenn dies nicht möglich ist, ist auf den mutmasslichen Willen abzustellen. Dabei hat das Gericht zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint, weil nicht anzunehmen ist, dass die Parteien eine unangemessene Lösung gewollt haben. Es orientiert sich dabei am dispositiven Recht, weil derjenige Vertragspartner, der dieses verdrängen will, das mit hinreichender Deutlichkeit zum Ausdruck bringen muss. Schliesslich und subsidiär müssen mehrdeutige Klauseln nach der Unklarheitenregel gegen den Versicherer als deren Verfasser ausgelegt werden (BGE 122 III 121 E. 2a mit Hinweisen). Bei juristischen Fachausdrücken oder Begriffen, die in der Rechtssprache eine fest umrissene Bedeutung haben, gilt vermutungsweise der fachtechnische Sinn, wobei aber auch der Vertragszweck zu berücksichtigen ist (STOESEL, a.a.O., S. 25; ALFRED MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, VVG, Basel 2001, S. 160 ff.).

5. a) Für die Beurteilung der Streitfrage liegen unter anderem die AVB vor. Nachdem die Y sich zuerst auf den Standpunkt stellte, der Streitfrage seien die AVB mit Gültigkeit ab 1. Januar 1997 zu Grunde zu legen, sind sich die Parteien nun einig, dass vorliegend die Ausgabe, gültig ab 1. Januar 1999, zur Anwendung gelangt. Dem ist nichts entgegen zu setzen. Im Folgenden werden die hier massgebenden Bestimmungen der AVB aufgeführt:

Art. 1 Gegenstand der Versicherung

Die Kollektiv-Taggeldversicherung der Y Versicherungen AG, nachfolgend Y genannt, gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und, sofern vertraglich vereinbart, von Unfällen. Zusätzlich kann ein Geburtengeld versichert werden.

Art. 6 Versicherbare Summen

¹ Bei Arbeitnehmern ist, vorbehältlich anderer vertraglicher Vereinbarung, der AHV-Lohn bzw. ein Prozentsatz davon versichert. Als Grundlage für die Bemessung der Taggelder gilt der letzte vor Beginn des Versicherungsfalls bezoge-

ne Lohn. Bei unregelmässigem Einkommen wird der Durchschnitt seit Anstellungsbeginn, höchstens jedoch der letzten 12 Monate, berücksichtigt.

² Bei Selbständigerwerbenden, Betriebsinhabern und deren Familienmitgliedern, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, erfolgt der Versicherungsabschluss mit festen Jahreslohnsummen.

³ Die höchstversicherbare Leistung beträgt Fr. 200'000.-- pro Person und Jahr.

Art. 13 Leistungsvoraussetzungen

Art. 13 AVB regelt die Leistungsvoraussetzungen wie folgt:

¹ Das Taggeld wird bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.

² Bei Selbständigerwerbenden, Betriebsinhabern und deren Familienmitgliedern, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, ist eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % massgebend.

³⁻⁷ ...

Art. 14 Anmeldung und Obliegenheiten im Schadenfall

¹⁻⁵ ...

⁶ Der Versicherte hat der Y sämtliche Angaben zu machen, die sie für die Festsetzung der Leistungen benötigt. ...

⁷ ...

Art. 21 Versicherungsgewinn

¹ Anspruch auf Taggeldleistungen besteht nur in dem Masse, als der versicherten Person kein Versicherungsgewinn erwächst.

² Als Versicherungsgewinn gelten alle Leistungen, welche die volle Deckung des Erwerbsausfalles der versicherten Person übersteigen. Ausgenommen davon sind Leistungen von Summenversicherungen.

³ Die versicherte Person hat den Nachweis von Erwerbsausfall zu erbringen, ansonsten kein Anspruch auf Taggeldleistungen besteht.

Art. 22 Leistungen Dritter und Subsidiarität

¹ Für Arbeitnehmer werden die Leistungen gemäss der vorliegenden Versicherung mit Ausnahme von gleichzeitigen Ansprüchen aus Taggeldversicherungen nach KVG jeweils im Nachgang zu den Leistungen von Sozialversicherun-

gen und Versicherungen gemäss BVG erbracht. Die Y ergänzt die Leistungen bis zur Höhe der versicherten Leistung.

² Für Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, die nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, werden die Leistungen gemäss der vorliegenden Versicherung jeweils im Nachgang zu sozialen Versicherungen erbracht.

³⁻⁴ ...

Art. 33 Lohnsummendeklaration

¹ Die Y stellt dem Versicherungsnehmer jeweils Ende Jahr ein Lohnsummendeklarationsformular zu, welches er innerhalb von 30 Tagen vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zurückzusenden hat. Die Y erstellt daraufhin die endgültige Prämienberechnung für das vorangegangene Jahr.

² ...

³ ...

b) Des Weiteren liegen mehrere Ausfertigungen der Anschlussvereinbarung zum Kollektiv-Taggeldversicherungsvertrag vor (Nr. XXX ; vgl. Vereinbarungen vom 16. Dezember 1998, 29. Dezember 1999 und 31. Januar 2001). Sämtliche Anschlussvereinbarungen für die Kategorie "Allgemeiner Bestand" und der Kategorie "Inhaber + Inhaberin" stimmen inhaltlich im Wesentlichen überein. Das Personal der B AG ist für den Krankheitsfall mit dem AHV-Lohn versichert. In der Anschlussvereinbarung vom 16. Dezember 1998 betrug die Lohnsumme der Männer Fr. 400'000.--, und in derjenigen vom 31. Januar 2001 Fr. 380'000.-- und der Frauen Fr. 20'000.--. Bezüglich der Inhaber P und X wurde für den Krankheitsfall in sämtlichen Anschlussvereinbarungen je eine feste Summe mit einem Jahreslohn von Fr. 90'000.-- versichert. Die Leistungshöhe beträgt sowohl für das Personal als auch für die Inhaber jeweils 80 % bei einer Wartefrist von 3 Tagen.

6. a) Die Y führt unter anderem als Argument an, dass sie Taggeldversicherungen nur in Form von Schadensversicherungen anbiete. Die AVB enthielten deshalb keine Bestimmungen über die Summenversicherungen. Entgegen der Ansicht der Y geht aus den AVB nicht eindeutig hervor, dass die Taggeldversicherungen ausschliesslich als Schadensversicherungen ausgestaltet sind. Art. 1 AVB, wonach die Y Leistungen für die wirtschaftlichen Folgen infolge Krankheit bzw. Unfall erbringt, lässt Raum für eine Summen- oder Schadensversicherung. Der Begriff der wirtschaftlichen Folgen lässt denn noch nicht den Schluss zu, dass der Vermögensschaden eine selbstständige Bedingung für die Entstehung des Versicherungsanspruchs ist, was jedoch für die Annahme einer Schadensversicherung Voraussetzung wäre. Auch die nachfolgenden Bestimmungen der AVB enthalten sowohl Elemente der Schadens- als auch der Summenversicherung. Aus Art. 6 Abs. 1 und 2 AVB ergibt sich beispielsweise, dass

zwischen den versicherbaren Summen von Betriebsinhabern und der Arbeitnehmerschaft differenziert wird. Beim Personal ist der AHV-Lohn versichert, was ein Merkmal der Schadensversicherung ist. Bei Selbstständigerwerbenden und Betriebsinhabern sowie deren Familienangehörigen erfolgt der Versicherungsabschluss mit festen Jahreslohnsummen, was ein wesentlicher Bestandteil der Summenversicherung darstellt.

Desgleichen sind den Bestimmungen über die Voraussetzungen der Leistungspflicht Elemente beider Versicherungsarten zu entnehmen. Art. 13 Abs. 2 AVB knüpft die Leistungspflicht der Y an die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund dieser Voraussetzung lässt sich zwar noch kein spezifisches Merkmal für eine Schadens- oder Summenversicherung ausmachen. Art. 21 AVB, welcher Bestimmungen über den Versicherungsgewinn enthält, nennt jedoch in Abs. 3 als weitere Voraussetzung für die Leistungspflicht den Nachweis des Erwerbsausfalls. Dieses deutet darauf hin, dass der nachzuweisende Erwerbsausfall für die Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist, was auf eine Schadensversicherung hinweisen würde. Es darf indessen nicht ausser Betracht gelassen werden, dass diese Regelung unter dem Titel des Versicherungsgewinns steht. Wird nämlich der Abs. 2 dieser Bestimmung herangezogen, so ist festzustellen, dass die Summenversicherung ausdrücklich von der Regelung des Versicherungsgewinns ausgenommen ist. Die Ausnahmeregelung ist für die Summenversicherung notwendig, weil bei dieser Versicherungsart die Kumulation von Versicherungsleistungen zulässig ist; die Leistungspflicht darf mit dem Verweis auf einen Versicherungsgewinn denn auch nicht abgelehnt werden. Daraus ist zu folgen, dass der Nachweis des Erwerbsausfalls nur für den Fall der Schadensversicherung Geltung beansprucht. Der Einwand der Y dass unter den in dieser Bestimmung genannten Leistungen von Summenversicherungen nur diejenigen Leistungen von anderen privaten Versicherer zu verstehen seien, geht aus dieser Bestimmung nicht hervor.

Weiter bestimmt Art. 22 Abs. 3 AVB, dass die Y bei dritten privaten leistungspflichtigen Versicherer nur anteilmässig leistet, was ein typisches Merkmal der Schadenversicherung darstellt. Während Abs. 1 dieser Bestimmung eine Grenze der Leistungen bis zur Höhe der versicherten Leistung vorsieht, entfällt die Leistungsgrenze in Abs. 2 für Selbstständigerwerbende, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, was wiederum auf eine Unterscheidung zwischen Summen- und Schadensversicherung hindeutet. Zusätzlich kann Art. 22 Abs. 3 AVB in Verbindung mit Art. 21 Abs. 2 AVB dahingehend verstanden werden, dass die Y bei mehreren privaten leistungspflichtigen Versicherern nur dann anteilmässig zu leisten hat, wenn es sich um eine Schadensversicherung handelt.

Es ist somit festzustellen, dass die Bestimmungen der AVB mehrdeutig sind und daher unterschiedlich ausgelegt werden können. Wenn die strittige Taggeldversicherung eine Schadensversicherung darstellen soll, muss dies deutlich in den AVB deklariert werden. Vorliegend mangelt es für die Annahme einer Schadensversicherung insbesondere an einer eindeutigen Regelung bezüglich der Leistungsvoraussetzung des Erwerbsausfalls.

b) Da beide Parteien einen gegensätzlichen Standpunkt über die Rechtsnatur der Kollektiv-Taggeldversicherung vertreten, hat die Auslegung der AVB-Bestimmungen aufgrund des Vertrauensgrundsatzes zu erfolgen. Die Auslegung ergibt schliesslich, dass die strittige Taggeldversicherung als Summenversicherung zu qualifizieren ist. Die Tatsache, dass bei der Klägerin - anders als beim Personal - nicht ein variabler AHV-Lohn, sondern eine feste Jahreslohnsumme, auf welcher auch die Versicherungsprämie basiert, versichert ist, spricht erheblich für das Vorliegen einer Summenversicherung. Diese wesentliche Unterscheidung ergibt sich zum einen aus den Anschlussvereinbarungen, in welchen für die Klägerin jeweils ein fester Jahreslohn von Fr. 90'000.-- und für das Personal die variable AHV-Jahreslohnsumme deklariert wird, und zum anderen aus Art. 6 Abs. 1 und 2 AVB, welcher zwischen Versicherten mit AHV-Lohn und Versicherten mit festen Lohnsummen differenziert. Es ist zwar der Y insoweit zuzustimmen, dass bei der Vereinbarung eines bestimmten Jahreslohnes allein noch nicht auf eine Summenversicherung geschlossen werden kann. Denn gerade bei Betriebsinhaber richtet sich das Einkommen bzw. der Verdienst nach dem unterschiedlichen Geschäftserfolg, weshalb eine Festlegung des versicherten Verdienstes zur Vereinfachung des Schadensnachweises und der Abwicklung des Versicherungsverhältnisses sachlich notwendig sein kann. Für die Beurteilung der Taggeldversicherung als Schadens- oder Summenversicherung ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Klägerin durch ihren Versicherungsbroker bereits im Jahr 1999 auf die unklaren vertraglichen Grundlagen hinwies. Mit Schreiben vom 3. November 1999 brachte sie denn auch zum Ausdruck, dass sie davon ausgehe, dass es sich beim Versicherungsvertrag um eine Summenversicherung handle. Die Y hat darauf nur insoweit - mündlich - reagiert, als dass sie die Frage erst im Schadensfall beantworten wolle. Würde es sich jedoch um eine Schadensversicherung handeln, hätte die Y zu jenem Zeitpunkt die Klägerin darüber aufklären müssen. Indem die Y der Klägerin Leistungen vom 8. November 2003 bis 9. Dezember 2003 erbrachte, ohne einen Nachweis eines Erwerbsausfalls zu fordern, durfte die Klägerin in guten Treu und Glauben davon ausgehen, dass es sich bei der Taggeldversicherung tatsächlich um eine Summenversicherung handelt.

Zudem spricht ein weiterer Umstand gegen das Vorliegen einer Schadensversicherung: Bei einer Schadensversicherung muss der Versicherungsnehmer sein Einkommen regelmässig deklarieren, damit nach dem Prinzip der risikogerechten Prämien entsprechende Anpassungen vorgenommen werden können (vgl. Art. 33 Art. 1 AVB). Im Falle der Klägerin als Betriebsinhaberin wäre die vereinbarte Versicherungssumme anhand des Jahresabschlusses periodisch zu überprüfen und allenfalls anzupassen. Gemäss den Akten wurde die Klägerin - bis zum Eintritt des strittigen Schadenfalls - nie zu einer Lohndeklaration bzw. Herausgabe der Jahresabschlüsse aufgefordert. Dadurch hatte die Klägerin keinen Anlass zu zweifeln, dass die vereinbarte fixe Jahreslohnsumme, nicht nur ihren Lohnausfall, sondern den durch einen Krankheitsfall eines Betriebsinhabers üblicherweise entstehenden organisatorischen Mehraufwand (z.B. Einstellen einer Ersatzperson) ersetzen soll. Die durch den wirtschaftlichen Ausfall der Klägerin entstehenden Kosten verändern sich jedoch nicht, wenn das effektive Einkommen der Klägerin schwankt, was eben das Wesen der Summenversicherung ausmacht.

Es ist somit festzuhalten, dass es sich bei der vorliegenden Kollektiv-Taggeldversicherung um eine Summenversicherung handelt. Es ist daher unabhängig von der Höhe des Verdienstaufalles bei Eintritt des Krankheitsfalles und nachgewiesener medizinischer Arbeitsunfähigkeit eine Leistung geschuldet.

7. Die Klägerin macht eine Forderungssumme von insgesamt Fr. 35'074.60 geltend, welche von der Y lediglich aufgrund der nicht überprüfbaren Dauer der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin bestritten wird.

a) Anhand der medizinischen Unterlagen kann - entgegen der Ansicht der Beklagten - die Dauer und der Grad der Arbeitsunfähigkeit festgelegt werden. Prof. Dr. H , Herzkrankheiten, Basel und Dr. O ; Facharzt für Allgemeine Medizin, Biel-Benken, bescheinigen, dass bei der Klägerin vom 30. Dezember 2003 bis 31. März 2004 eine 100%ige, vom 1. April 2004 bis 1. Mai 2004 eine 50%ige und vom 2. Mai 2004 bis 31. Juli 2004 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat (vgl. Arztzeugnis vom 4. Februar 2004 und Taggeldkarte vom 20. Januar 2004).

Für die Berechnung des Taggeldanspruches sind folgende Bestimmungen der AVB aufzuführen:

Art. 15 Leistungsbeginn

Die Leistungspflicht beginnt nach Ablauf der in der Police vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt mit dem 1. Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch 3 Tage vor Beginn der ärztlichen Behandlung.

Art. 16 Wartefrist

Die vereinbarte Wartefrist ist in der Police aufgeführt und wird pro Schadenfall berechnet. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen als ganze Tage.

Art. 20 Berechnung des Taggeldes

Die Berechnung der Taggeldhöhe erfolgt mittels Umrechnung des versicherten Lohnes auf ein volles Jahr und Teilung der versicherten Jahreslohnsumme durch die Zahl 365 bzw. 366 in Schaltjahren.

Des Weiteren geht aus der Anschluss-Police vom 31. Januar 2001 hervor, dass bei einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ein Taggeld von 80 % des versicherten Lohnes versichert ist. Demzufolge beträgt der Taggeldanspruch bei der vereinbarten Jahreslohnsumme von Fr. 90'000.-- und unter Berücksichtigung, dass das Jahr 2004 ein Schaltjahr war, Fr. 196.72 (Fr. 90'000.-- : 366 x 80 %).

b) Nach Abzug der in der Anschlusspolice vereinbarten dreitägigen Wartefrist berechnet sich der Leistungsanspruch der Klägerin wie folgt:

Dauer und Grad der Arbeitsunfähigkeit	Anzahl Tage	Taggeldhöhe	Betrag
2. Januar 2004 - 31. März 2004 (100 %)	90	Fr. 196.72	Fr. 17'704.80
1. April 2004 - 1. Mai 2004 (50%)	31	Fr. 98.36	Fr. 3'049.15
2. Mai 2004 - 31. Juli 2004 (80%)	91	Fr. 157'37	Fr. 14'320.65
Total			Fr. 35'074.60

8. Gestützt auf Art. 100 VVG in Verbindung mit Art. 104 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht [OR]) vom 30. März 1911 sind auf diesen Betrag grundsätzlich auch Verzugszinsen zu 5 % geschuldet (vgl. JÜRGEN NEF, Art. 41, in: Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, VVG, herausgegeben von Honseil/Vogt/Schnyder, Basel 2001, S. 703.). Der Versicherer gerät nach Art. 102 OR erst mit der Mahnung in Verzug (vgl. ALFRED MAURER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Auflage, Bern 1995, S. 389). Geldforderungen sind in der Mahnung zu beziffern (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2003 [4C22/2003] E. 3.3.3). Vorliegend hat die Klägerin die Y mehrmals aufgefordert, ihrer Leistungspflicht nachzukommen. Die entsprechende Forderung wurde erstmals mit der Klage vom 2. September 2004 beziffert. Demzufolge ist davon auszugehen, dass die Y mit dieser Klage formgültig zur Leistungspflicht gemahnt worden ist; der Verzug ist somit ab dem 2. September 2004 eingetreten. Damit ist der Taggeldanspruch von Fr. 35'075.15 ab dem 2. September 2003 mit 5 % zu verzinsen. Die Klage ist somit gutzuheissen.

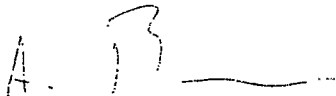
9. Gemäss Art. 47 Abs. 3 VAG werden keine Verfahrenskosten erhoben. Nach § 21 VPO vom 16. Dezember 1993 kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei für den Beizug eines Anwalts bzw. einer Anwältin eine angemessene Parteientschädigung zulasten der Gegenpartei zugesprochen werden. Entsprechend der eingereichten Honorar- und Spesennote des Rechtsvertreters der Klägerin vom 17. Januar 2005 und unter Berücksichtigung des Aufwandes für die heutige Parteiverhandlung wird der Klägerin pauschal eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und 7,6 % MWST) zu Lasten der Y zugesprochen.

Demgemäss wird **erkannt**:

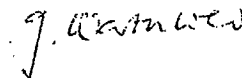
- ://:
1. In Gutheissung der Klage wird die Y Versicherungen AG verpflichtet, der Klägerin Taggeldleistungen in der Höhe von Fr. 35'074.60 zuzüglich Zins zu 5 % seit dem 2. September 2004 zu bezahlen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Y Versicherungen AG wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'000.-- pauschal (inkl. Auslagen und 7.6 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Mitteilung an Parteien
Bundesamt für Privatversicherungen

Präsident



Gerichtsschreiberin



Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung schriftlich beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, Bahnhofplatz 16, 4410 Liestal, zuhanden des Schweizerischen Bundesgerichts Berufung erhoben werden, sofern der Streitwert nach Massgabe der Rechtsbegehren, wie sie vor dem Kantonsgericht streitig waren, mindestens Fr. 8'000.-- beträgt. (Art. 46 und Art. 54 ff. des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege [OG] vom 16. Dezember 1943). Diese Frist kann nicht verlängert werden (Art. 33 Abs. 1 OG).

Die Berufungsschrift ist mit der Unterschrift versehen und in genügender Anzahl für das Gericht und jede Gegenpartei, mindestens jedoch im Doppel einzureichen (Art. 30 Abs. 1 OG). Sie hat unter anderem die genaue Angabe, welche Punkte des Entscheides angefochten und welche Abänderung beantragt wird, zu enthalten. Die Anträge müssen begründet werden. Weiter ist kurz darzulegen, welche Bundesrechtssätze und inwiefern sie durch den Entscheid verletzt sind (Art. 55 Abs. 1 OG).