

730 05 171 / 03

Urteil vom 13. Januar 2006

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Christof Enderle und
Michael Guex, Gerichtsschreiber Daniel Scheuner

Parteien X, Kläger, vertreten
durch Silvan Ulrich, Advokat, Postgasse 3, Postfach 619, 4147 Aesch

gegen

Y, Beklagte

Betreff Taggeld

A. Der 1961 geborene X war seit dem 2. November 1994 als Fabrikarbeiter bei der B AG in B beschäftigt und in dieser Eigenschaft im Rahmen eines Kollektivvertrages über die Arbeitgeberin bei der Y in Basel (Krankenkasse) krankentaggeldversichert. Mit Meldung vom 19. Februar 2004 orientierte Dr. med. M, Praktischer Arzt in Breitenbach, die Krankenkasse darüber, dass X infolge starker Schmerzen im linken Knie sowie einer venösen Insuffizienz im linken Unterschenkel seit 22. Januar 2004 bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig sei. Die Krankenkasse erbrachte in der Folge die nachstehenden Taggeldleistungen:

25. Januar bis 18. Juli 2004	Taggeld zu 100 %
6. bis 9. August 2004 und vom	
12. August bis 19. September 2004	Taggeld zu 50 %
20. September 2004 bis 31. Januar 2005	Taggeld zu 100 %

Nachdem die Arbeitgeberin zwischenzeitlich mit Wirkung auf den 30. November 2004 das Arbeitsverhältnis mit X aufgelöst hatte, trat dieser - bei gleich bleibenden Versicherungsbedingungen - von der Kollektiv- in die Einzelversicherung der Krankenkasse über (vgl. Austritts/Übertrittsmeldung vom B. beziehungsweise 29. September 2004).

Mit Schreiben vom 28. Januar 2005 teilte die Krankenkasse X mit, dass aufgrund der mittlerweile durchgeführten Begutachtung durch Dr. med. L, FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Basel, vom 25. Januar 2005, seit Dezember 2004 keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliege. Die Taggeldleistungen würden dementsprechend ab 1. Februar 2005 eingestellt.

B. Am 1. Juli 2005 reichte X, vertreten durch Silvan Ulrich, Advokat in Aesch, beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), Klage gegen die Krankenkasse ein. Darin beantragte er, die Krankenkasse sei zu verurteilen, über den 31. Januar 2005 hinaus weiterhin ein volles Taggeld zu bezahlen. Zudem sei festzustellen, dass der Versicherte in der Zeit vom 6. bis am 8. August und vom 12. August bis am 19. September 2004, für welche die Krankenkasse lediglich Taggeldleistungen auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % geleistet habe, vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Dementsprechend sei ein volles Taggeld geschuldet und die Krankenkasse sei zu einer entsprechenden Nachzahlung zu verurteilen. Weiter wurde die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege beantragt.

C. In ihrer Klageantwort vom 28. Juli 2005 hielt die Krankenkasse an der Einstellung der Taggeldleistungen fest und beantragte die Abweisung der Klage. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, dass gestützt auf die überzeugenden Ausführungen im Gutachten von Dr. L, wonach beim Kläger seit Dezember 2004 eine vollständige Arbeitsfähigkeit für Verweisungstätigkeiten bestanden habe, zu Recht die Leistungen eingestellt worden seien.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Bei der Beklagten 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.

1.2 Im Bereich der Zusatzversicherungen steht den Krankenkassen keine hoheitliche Gewalt zu. Sie sind demnach nicht befugt, über Ansprüche der versicherten Personen aus Zusatzversicherungen Verfügungen zu erlassen. Bei Streitigkeiten aus solchen Zusatzversicherungen

gelangt deshalb ein Klageverfahren zur Anwendung (UELI KIESER, Die Neuordnung der Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung, in: AJP 1997 S. 11 ff., S. 17; RAYMOND SPIRA, Die Rechtspflege in der neuen Krankenversicherung, in: CHSS 1995, S. 256 ff.). Dieses Klageverfahren wurde bis anhin in Art. 47 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) vom 23. Juni 1978 geregelt. Demnach haben die Kantone für die obgenannten Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen ein einfaches und rasches Verfahren vorzusehen. 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 dem Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, übertragen. Auf den 1. Januar 2006 ist das nunmehr vollständig revidierte VAG vom 17. Dezember 2004 in Kraft getreten, mit welchem der Wortlaut von Art. 47 ^{ait} VAG neu in Art. 85 VAG übernommen worden ist. In verfahrensrechtlicher Hinsicht haben sich demnach mit dem revidierten VAG keinerlei Neuerungen ergeben. Die vorliegend zu beurteilende Klage wurde noch unter der Geltung von Art. 47 ^{ait} VAG erhoben und gelangt nach der In-Kraft-Setzung von Art. 85 VAG zur gerichtlichen Beurteilung. Unter diesen Umständen wäre grundsätzlich zu entscheiden, welche der beiden genannten Bestimmungen auf den vorliegenden Sachverhalt zur Anwendung gelangen soll. Nachdem sich - wie gesagt - keine entsprechenden inhaltlichen Änderungen ergeben haben, kann die Frage nach dem anwendbaren Recht offen bleiben und es wird im Folgenden die Bestimmung von Art. 85 VAG angeführt.

1.3 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. Art. 9 Abs. 1 GestG hält fest, dass - soweit das Gesetz nichts anderes vorsieht - die Parteien für einen bestehenden oder für einen künftigen Rechtsstreit über Ansprüche aus einem bestimmten Rechtsverhältnis einen Gerichtsstand vereinbaren können. Zwischen den Parteien ist zu Recht unbestritten, dass der Kläger zunächst über die damalige Arbeitgeberin im Rahmen der Kollektivversicherung versichert war und nach der Auflösung des Arbeitsverhältnisses per 30. November 2004 zu den gleichen Versicherungsbedingungen in die Einzeltaggeldversicherung übergetreten war. Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Taggeldversicherung "S" (Versicherungsbedingungen) kann die versicherte Person bei Rechtsstreitigkeiten auch an ihrem schweizerischen Wohnort Klage erheben. Zur Zeit der Klageeinreichung hatte der Versicherte seinen Wohnsitz in Laufen. Das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ist demnach auch örtlich zur Behandlung der Streitigkeit zuständig, weshalb auf die Klage einzutreten ist.

2.1 In verfahrensrechtlicher Hinsicht schreibt Art. 85 Abs. 2 VAG ein einfaches und ra-

sches 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. 85 Abs. 3 VAG). Im Übrigen

richtet sich das Verfahren nach kantonalem Prozessrecht. Im Kanton Basel-Landschaft sind diesbezüglich die Bestimmungen der VPO massgebend, ordnet dieser Erlass doch das Verfahren vor der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts. 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.5212001, E. 1 b), in einem öffentlichrechtlichen Verfahren beurteilt werden (vgl. zum Ganzen: Niccolo RASELLI, Die Untersuchungsmaxime im Verfahren gemäss Art. 47 Abs. 2 VAG, schriftliche Fassung eines am 29. Oktober 2004 anlässlich einer vom Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich organisierten Weiterbildungsveranstaltung gehaltenen Referates).

2.2 Gemäss der erwähnten Bestimmung von Art. 85 Abs. 2 VAG stellt das Gericht in Streitigkeiten wie der vorliegenden den Sachverhalt von Amtes wegen fest. Es gilt somit der Untersuchungsgrundsatz, der besagt, dass das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1 a). Der Untersuchungsgrundsatz wird allerdings beschränkt durch die Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1 a).

2.3 Ferner gilt gemäss § 16 Abs. 2 VPO das Prinzip der Rechtsanwendung von Amtes wegen. Danach ist das Gericht verpflichtet, auf den festgestellten Sachverhalt jenen Rechtssatz anzuwenden, den es als den zutreffenden ansieht, und ihm auch die Auslegung zu geben, von der es überzeugt ist (BGE 110 V 52 E. 4a; SZS 2001 S. 562 E. 1 b).

3.1 Gemäss den Versicherungsbedingungen gewährt die Krankenkasse Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Geburt im Rahmen der vereinbarten Leistungen. Als Krankheit im Sinne der Versicherung gilt dabei jede ärztlich bestätigte Gesundheitsstörung, die die versicherte Person unfreiwillig erleidet und bei der es sich weder um einen Unfall noch eine Unfallfolge handelt (Art. 2 und 3). Ist eine versicherte Person gemäss ärztlicher Feststellung arbeitsunfähig, besteht bei voller Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf das vertraglich vereinbarte Taggeld. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet (vgl. Art. 8 und 9). Ist nichts anderes vereinbart, so entsteht der Anspruch am dritten Tag nach der Erkrankung (vgl. Art. 10). Laut Art. 23 ist eine in ihrem angestammten Beruf arbeitsunfähige versicherte Person gehalten, innert drei Monaten Arbeit in einem anderen Erwerbszweig zu suchen.

3.2 Von der grundsätzlich selben Definition des Begriffs der Arbeitsunfähigkeit geht auch die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung aus. Zwar sind im vorliegenden Verfahren Taggeldleistungen gestützt auf das VVG zu beurteilen und es handelt sich demnach - wie bereits ausgeführt - um eine privatrechtliche Streitigkeit. Aufgrund der grossen Sachnähe des Streitgegenstands zum allgemeinen Sozialversicherungsrecht ist es aber ohne weiteres angezeigt, bei der weiteren Prüfung die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsge-

richts (EVG) in sinngemässer Weise mit zu berücksichtigen. Demgemäss gilt eine Person dann als arbeitsunfähig, wenn sie infolge eines Gesundheitsschadens ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr, nur noch beschränkt oder nur unter der Gefahr, ihren Gesundheitszustand zu verschlimmern, ausüben kann (BGE 129 V 53 E. 1.1, 114 V 283 E. 1c; RKUV 1987 Nr. U 27 S. 394 E. 2b). Diese Definition gilt in allen Zweigen der Sozialversicherung (PETER OMLUN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 2. Auflage, Fribourg 1999, S. 67). Massgebend ist grundsätzlich die auf Grund ärztlicher Feststellungen ermittelte tatsächliche Unfähigkeit, am angestammten Arbeitsplatz nutzbringend tätig zu sein (BGE 114 V 283 E. 1c; RKUV 2001 Nr. KV 174 S. 292 E. 2a, 1987 Nr. U 27 S. 394 E. 2b). Bei langdauernder (Teil-) Arbeitsunfähigkeit ist der Grad der Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsgebiet indessen nur so lange unter Berücksichtigung des bisherigen Berufs festzusetzen, als von der versicherten Person vernünftigerweise nicht verlangt werden kann, ihre restliche Arbeitsfähigkeit unter Verminderung des Schadens in einem andern Berufszweig zu verwerten (BGE 115 V 133 E. 2 und 404 E. 2, 114 V 283 E. 1d; RKUV 2000 Nr. U 366 S. 92 E. 4, 1987 Nr. U 27 S. 394 E. 2b). Weiter ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkasse dem zur Schadenminderung durch Berufswechsel verpflichteten Versicherten praxisgemäss eine gewisse Übergangsfrist zur Stellensuche und zur Anpassung an die veränderten Verhältnisse einzuräumen hat. Die Rechtsprechung betrachtet dabei eine Frist von drei bis fünf Monaten als angemessen (vgl. BGE 114 V 281 E. 5b, Urteil R. des EVG vom 11. Juli 2005, K 42/05, E. 1.1).

3.3 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwen-

dende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe der Ärztin bzw. des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Gemäss Art. 85 Abs. 2 VAG hat das Gericht bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung die Arztberichte - wie die übrigen Beweismittel - nach freiem Ermessen zu würdigen.

4. Es ist im Folgenden zunächst zu prüfen, wie es sich mit dem Taggeldanspruch des

Klägers von 50 % für die Zeit vom 6. August bis 19. September 2004 verhält.

4.1 Mit Bericht vom 19. Februar 2004 attestierte Dr. med. M, Praktischer Arzt in

Breitenbach, aufgrund einer Gonarthrose sowie einer venösen Insuffizienz am linken Unterschenkel erstmalig und bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. An dieser Einschätzung hielt Dr. M in weiteren Stellungnahmen vom 23. März beziehungsweise vom 4. Juni 2004 fest und die Krankenkasse erbrachte Leistungen im Umfang eines ganzen Krankentaggeldes. Am 1. Juli 2004 nahm sodann Dr. med. V, FMH für Allgemeine Medizin in Basel, im Auftrag der Krankenkasse zum Gesundheitszustand des Versicherten, welchen er am 28. Juni 2004 untersucht hatte, Stellung. Demgemäss leide der Patient an den Folgen mehrerer Operationen am linken Knie und es liege ein Status nach einer Varikothrombose am linken Un-

terschenkel vor, welche im September operativ versorgt werden soll. Aufgrund der Kniebeschwerden sei zur Zeit kein dauerndes Stehen und Gehen möglich, weshalb der Versicherte seine bisherige Tätigkeit (ständige Kontrolle und Überwachung verschiedener Fabrikmaschinen) nicht mehr ausüben könne. Hingegen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichtere Arbeiten mit der Möglichkeit von Positionswechseln (Stehen, Gehen und Sitzen). Gestützt auf die vorgenannte ärztliche Einschätzung reduzierte die Krankenkasse ihre bisherigen Leistungen und richtete mit Wirkung ab dem 6. August 2004 lediglich noch ein halbes Taggeld aus (vgl. Schreiben vom 25. August 2004).

In einer neuen Stellungnahme führte Dr. M am 15. September 2004 zuhanden der Krankenkasse aus, dass der Versicherte am 29. Juni 2004 wegen eines ausgeprägten Lumbovertebralsyndroms mit Ausstrahlungen in den linken Oberschenkel notfallmässig im Kantonsspital Laufen habe behandelt werden müssen. Die genannten - zu den bereits bestehenden Knie- und Venenbeschwerden zusätzlich hinzugetretenen - lumbalen Beeinträchtigungen würden derzeit radiologisch abgeklärt. Der Versicherte habe ab 9. August 2004 versucht zu arbeiten. Nach jeweils einer Stunde habe er aber zunehmende Blockaden im lumbalen Bereich sowie eine Schwäche und Gefühlsstörungen im ganzen linken Bein verspürt. Am Abend seien sodann sehr starke Schmerzen aufgetreten. Des Weiteren führte Dr. M aus, dass eine Operation zur Behebung der Venenbeschwerden auf Mitte September 2004 geplant sei.

4.2 Im Rahmen der von Dr. V 28. Juni 2004 durchgeführten Untersuchung waren

lediglich die vorbestehenden Knie- und Venenbeschwerden des Versicherten zu beurteilen. Die von Dr. V attestierte Restarbeitsfähigkeit für Verweisungstätigkeiten im Umfang von 50 % bezog sich demgemäss auf die vorgenannten Knie- und Venenbeschwerden. Hingegen konnten die von Dr. M in dessen Bericht vom 15. September geschilderten und seinen Angaben zufolge am 29. Juni 2004 erstmals aufgetretenen lumbalen Beeinträchtigungen noch nicht Gegenstand der Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. V sein. Gestützt auf die Ausführungen von Dr. M war somit über den 29. Juni 2004 hinaus infolge der neu hinzugetretenen lumbalen Beschwerden von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Von dieser ärztlichen Einschätzung, welche im damaligen Zeitpunkt als einzige auch die lumbalen Beeinträchtigungen berücksichtigte, hätte auch die Krankenkasse ausgehen und dem Kläger gestützt auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit weiterhin ein ganzes Taggeld ausrichten müssen. Als Zwischenergebnis ist deshalb zunächst festzustellen, dass der Kläger für die Zeit vom 6. August bis 19. September 2004 infolge einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf ein ganzes Taggeld gehabt hätte. Zu ergänzen bleibt, dass der Versicherte am 10. und am 11. August 2004 einen Arbeitsversuch unternommen hatte und aufgrund der Lohnzahlung der Arbeitgeberin für diese zwei Arbeitstage keinen Taggeldanspruch bei der Krankenkasse geltend machen kann.

5. Im Weiteren ist zu untersuchen, ob die Krankenkasse die Taggeldleistungen zu Recht

per 31. Januar 2005 eingestellt hat.

5.1 Nachdem Dr. M mit Bericht vom 26. November 2004 bis auf weiteres eine voll-

ständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte und auch keinen Zeitpunkt betreffend eine allfällige Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit nannte, beauftragte die Krankenkasse Dr. med. L, FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation in Basel, mit der Erstellung eines rheumatologischen Gutachtens, welches am 25. Januar 2005 erstattet wurde. Der Gutachter diagnostizierte beim Versicherten einen Status nach dreimaliger Kniearthroskopie (1993/94 und 2004) sowie einen Status nach Crossektomie und Stripping der linksseitigen Vena saphena magna im September 2004. Der postoperative Verlauf der beiden im Jahre 2004 durchgeführten Eingriffe sei komplikationslos verlaufen. So zeige das linke Kniegelenk weder eine Schwellung noch eine Überwärmung. Ebenso habe kein Unterschenkelödem festgestellt werden können. Es habe ein guter orthopädischer Status bestanden. Die Beweglichkeit an den oberen und unteren Extremitäten sei recht gut erhalten gewesen und es seien auch keine neurologischen Ausfälle zu verzeichnen gewesen. Nach der durchgeführten Venenoperation seien keine Zeichen einer venösen Insuffizienz oder eines Venenstaus erkennbar gewesen. Weiter stellte Dr. L ein lumbovertebrales Syndrom bei mässigen degenerativen Veränderungen "mit begleitungspezifischer/funktioneller Schmerzsymptomatik" fest. Darüber hinaus wies er auf eine Gonalgie im Rahmen einer Schmerzausweitungstendenz hin. In seiner Beurteilung kam Dr. L zum Schluss, dass - insbesondere aufgrund der wiederholten operativen Eingriffe am linken Knie - "Arbeiten, welche mit repetitivem in die Hocke gehen, Tragen und Heben vom Boden, aber auch Maurerarbeiten einhergehen" - nicht mehr zumutbar seien. Die radiologisch festgestellten Veränderungen an der Lendenwirbelsäule seien demgegenüber von untergeordneter Bedeutung. Die Schmerzen im lumbalen Bereich seien unspezifischer Natur und am ehesten funktionell zu begründen. Auffällig sei beim Explorand die Diskrepanz zwischen dessen subjektiven Angaben und dem unauffälligen lumbalen Befund. Es bestehe demgemäss aus rheumatologischer Sicht und unter Berücksichtigung der Kniebeschwerden eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeiten, bei denen der Betroffene die Möglichkeit zum Sitzen, Stehen und zeitweise Herumgehen habe.

5.2 Die Krankenkasse stützte sich bei der Einstellung der Taggelderleistungen auf das vor-

genannte rheumatologische Gutachten von Dr. L. Dieses ist umfassend und es beruht auf allseitigen Untersuchungen. Zudem leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen sind begründet. So weist Dr. L nach, dass die venösen Beeinträchtigungen postoperativ komplikationslos abgeklungen sind. Ebenso keinerlei Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit hat der unauffällige und nicht auf ein organisches Substrat zurückzuführende lumbale Befund zur Folge. Einzig bezüglich der Kniebeschwerden ist festzustellen, dass die angestammte Tätigkeit als Fabrikarbeiter nicht mehr zumutbar ist. Hingegen besteht für die im Gutachten genannten Verweisungstätigkeiten eine vollständige Arbeitsfähigkeit. In freier Beweiswürdigung (vgl. Art. 85 Abs. 2 VAG) kommt das Gericht demgemäss zum Schluss, dass den Einschätzungen im rheumatologischen Gutachten von Dr. L folgend dem Versicherten die vorgenannten Verweisungstätigkeiten in vollem Umfang zumutbar sind.

5.3 Demgegenüber vermögen die Einschätzungen von Dr. M vom 15. September

2004 beziehungsweise vom 14. Juni 2005, wonach der Versicherte weiterhin und bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig sei, die Ausführungen von Dr. L nicht zu entkräften. Zunächst sind die genannten Einschätzungen kaum begründet. Vor allem aber geht Dr. M bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit stets von der angestammten Tätigkeit des Versicherten als Fabrikarbeiter aus, für welche unbestrittenermassen keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht. Eine Zumutbarkeitsbeurteilung für Verweisungstätigkeiten nimmt Dr. M jedoch gerade nicht vor. Ebenso nicht abgestützt werden kann auf die Stellungnahmen von Dr. med. F, FMH für Orthopädische Chirurgie in Dornach. So ist dessen Bericht vom 29. Oktober 2004 keinerlei Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Das nachgereichte Zeugnis vom 14. Juni 2005, mit welchem eine seit 27. Oktober 2004 bestehende und bis am 31. Juli 2005 dauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wird, enthält keinerlei Begründung für diese Einschätzung. Auch ist nicht ersichtlich, ob und allenfalls wann Dr. F den Kläger in seiner Sprechstunde gesehen hat. Auch ist nicht nachvollziehbar, gestützt auf welche Überlegungen er die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bis Ende Juli 2005 festgesetzt hat.

5.4 Nachdem die Krankenkasse zu Recht auf die Ausführungen von Dr. L in dessen

Gutachten vom 25. Januar 2005 abgestellt hat, ist weiter zu prüfen, ob sie die Leistungen per 31. Januar 2005 einstellen durfte oder ob sie dem Versicherten eine Übergangsfrist im Sinne der Rechtsprechung beziehungsweise der reglementarischen Bestimmungen hätte einräumen müssen (vgl. die vorstehenden E. 3.1 und 3.2). Das Arbeitsverhältnis wurde mit Wirkung auf den 30. November 2004 durch die damalige Arbeitgeberin des Klägers aufgelöst. Nachdem laut dem Gutachten von Dr. L beim Versicherten ab dem Untersuchungszeitpunkt vom 17. Januar 2005 eine vollständige Arbeitsfähigkeit für die beschriebenen Verweisungstätigkeiten vorlag und der Versicherte in keinem Anstellungsverhältnis stand, hätte die Krankenkasse dem Kläger eine angemessene Anpassungszeit für die wirtschaftliche Verwertung der bei ihm bestehenden Restarbeitsfähigkeit einräumen müssen. Vorliegend erscheint die Gewährung der reglementarischen Anpassungszeit von drei Monaten (vgl. Art. 23 der Versicherungsbedingungen) als angemessen, weshalb die Krankenkasse über den 31. Januar hinaus bis am 30. April 2005 ein ganzes Taggeld zu leisten hat. Nachdem der Kläger das weitergehende Rechtsbegehren auf die Ausrichtung des maximalen Taggeldanspruches von 730 Tagen gestellt hat, dringt er mit seinem Antrag nicht vollständig durch, weshalb die Klage teilweise gutzuheissen ist.

6. Für das Verfahren sind keine Kosten zu erheben (vgl. Art. 85 Abs. 3 VAG). Beim vor-

liegenden Verfahrensausgang ist es angezeigt, dem Kläger infolge teilweisen Obsiegens gestützt auf § 21 VPO eine auf die Hälfte der eingereichten Honorarnote vom 28. September 2005 reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 906.-- (inkl. Auslagen und 7,6 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beklagten zuzusprechen. Nachdem die prozessuale Bedürftigkeit des Klägers nachgewiesen ist, ist dessen Vertreter aus der Gerichtskasse zudem ein Honorar in der Höhe von Fr. 646.90 (inkl. 7,6 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss wird **erkannt**:

- ://: 1. In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger für die Zeit vom 6. bis 9. August 2004 und vom 12. August bis 19. September 2004 unter Anrechnung der in diesen Zeitabschnitten bereits ausgerichteten Taggeldleistungen sowie für die Zeit vom 1. Februar bis 30. April 2005 ein ganzes Taggeld zu bezahlen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beklagte hat dem Kläger eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 906.-- (inkl. Auslagen und 7,6% MwSt.) zu bezahlen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Vertreter des Klägers ein Honorar in der Höhe von Fr. 646.90 (inkl. 7, 6% MwSt.) zulasten der Gerichtskasse ausgerichtet.

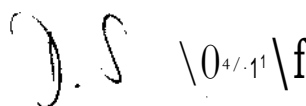
Mitteilung an Parteien

Bundesamt für Privatversicherungen

Präsident



Gerichtsschreiber



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).