



730 05 320 / 227

Urteil vom 15. November 2006

Besetzung Präsidentin Eva Meuli Ziegler, Kantonsrichterin Susanne Leutenegger Oberholzer, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz

Parteien **X**, Kläger, vertreten
durch Daniel Levy, Advokat, Güterstrasse 1, Postfach 1607,
4133 Pratteln 1

gegen

Y, Beklagte

B e t r e f f T a g g e l d

A. Am Morgen des 15. Oktober 2003 führte die Polizei in der Wohnung von X eine Hausdurchsuchung durch und hielt ihn an. Er wurde von der Polizei einvernommen und mit dem Vorwurf des betrügerischen Missbrauchs einer Datenverarbeitungsanlage, des Diebstahls und der Veruntreuung zu Lasten seines Arbeitgebers konfrontiert. Er suchte am Nachmittag desselben Tages Dr. C, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie in Pratteln, auf. Gemäss Dr. C ist X seit diesem Vorfall zu 100% arbeitsunfähig. Vom 29. März bis 21. Mai 2004 wurde er stationär in der Klinik S in Riehen behandelt.

Nach ursprünglicher Leistungsverweigerung und einem längeren Schriftenwechsel anerkannte die Y mit Schreiben vom 27. Januar 2005 grundsätzlich ihre Leistungspflicht. Für die Zeit vom 15. Oktober 2003 bis Ende Mai 2004 richtete sie gestützt auf das Gutachten von Dr. H, Privatdozent für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Basel, vom 17. März 2004 sowie den Austrittsbericht der Klinik S

in Riehen vom 21. Mai 2004 Taggelderleistungen aus. Das ärztliche Attest von Dr. C vom 1. Februar 2005, welches eine seit 15. Oktober 2003 bestehende und noch andauernde Arbeitsunfähigkeit attestierte, anerkannte die Y als Grundlage für eine über den Monat Mai 2004 hinaus bestehende Leistungspflicht nicht. Einerseits handle es sich um ein rückwirkendes Arztzeugnis, welches gemäss ihren Allgemeinen Bedingungen nicht akzeptiert werden könne. Andererseits sei aufgrund der Ausführungen im Austrittsbericht der Klinik S vom 21. Mai 2004 davon auszugehen, dass X seit Beendigung des stationären Aufenthaltes in der Klinik arbeitsfähig sei. Weitere Leistungen seien deshalb vom Ergebnis der vertrauensärztlichen Abklärung bei Dr. K, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Bethesdaspital Basel, abhängig (vgl. Schreiben der Y vom 16. Februar 2005). In seinem Gutachten vom 14. Mai 2005 diagnostizierte dieser ein depressives Syndrom mittelschwerer bis schwerer Ausprägung, welches sehr stark von Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen geprägt sei. Unter den gegebenen Umständen sei die Arbeitsunfähigkeit weiterhin ausgewiesen. Die jetzige psychiatrische Behandlung scheine aber zu wenig wirksam. Der Versicherte sollte, wie im Austrittsbericht der Klinik S empfohlen, auch sozial-psychiatrisch betreut werden und z.B. ein Tageszentrum besuchen, um wieder Aktivitäten aufzubauen. Er müsse nachweisen, dass er willens sei, sein Leiden zu überwinden. Entsprechende Anstrengungen lasse er vermissen, obwohl in der Klinik S solche Schritte unternommen worden seien. Sollte er in den nächsten zwei Monaten nichts unternehmen, müssten die Taggelderleistungen aufgrund mangelnder Kooperation eingestellt werden. Gestützt auf diese Beurteilung anerkannte die Y mit Brief vom 26. Mai 2005 ihre Leistungspflicht ab Ausstellung des Arztzeugnisses von Dr. C, dass heisst ab 1. Februar 2005 und zahlte für die Monate Februar, März, April und Mai 2005 Taggelder, für die Monate Mai 2004 bis Ende Januar 2005 bestätigte sie ihre Ablehnung der Leistungspflicht, zumal für diese Zeit weder ärztliche Zeugnisse vorlägen, noch über regelmässig stattgefundenen Konsultationen informiert worden sei. Ferner machte sie eine weitere Leistungspflicht (über Mai 2005 hinaus) von einer Behandlungsänderung abhängig. Dem Gutachten von Dr. K folgend, müsse die Dosierung der Medikamente erhöht werden. Zusätzlich sei die Durchführung einer sozial-psychiatrischen Therapie in einem Tageszentrum dringend notwendig. Dr. K nahm Ende Mai 2005 Kontakt mit dem behandelnden Psychiater Dr. C auf. Beide vertraten aber unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf die Behandlungsmethoden. Mit Arztzeugnis vom 26. Juli 2005 bestätigte Dr. C erneut die seit 15. Oktober 2003 bestehende Arbeitsunfähigkeit des Versicherten. Mit Brief vom 5. August 2005 bot die Y X zu einem abermaligen Gespräch mit Dr. K am 10. August 2005 auf. Der Versicherte konnte den Termin nicht einhalten und sagte ihn ab. Die Y erachtete dieses Vorgehen als unbegründet und verweigerte mit Schreiben vom 11. August 2005 weitere Taggelderleistungen infolge Verletzung der Schadenminderungspflicht. Eine erneut am 14. Oktober 2005 angesetzte Untersuchung bei Dr. K konnte aufgrund des Verhaltens X nicht durchgeführt werden, woraufhin Dr. K mit Bericht vom 17. Oktober 2005 zum Schluss kam, dass X zu 100% arbeitsfähig sei und die Taggelder rückwirkend per Juni 2005 eingestellt werden könnten. Mit Schreiben vom 31. Oktober 2005 erklärte die Y, an der Leistungseinstellung per Juni 2005 festzuhalten.

B. X reichte, vertreten durch D. Levy, Advokat in Pratteln, Klage gegen die Y ein und beantragte, die Beklagte sei zu verurteilen, einen Betrag von Fr. 40'874 nebst Verzugszins zu 5% seit 15. Oktober 2005 zu bezahlen. Der Betrag beinhalte noch nicht bezahlte Taggelder vom 1. Juni 2004 bis 31. Januar 2005 sowie 1. Juni 2005 bis 15. Oktober 2005, somit 382 Taggelder à Fr. 107.--.

C. Mit Klageantwort vom 14. März 2006 beantragte die Y die Abweisung der Klage. Sowohl für die Periode 1. Juni 2004 bis 31. Januar 2005 als auch für die Zeit ab 1. Juni 2005 sei keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit mit Krankheitswert nachgewiesen, weshalb kein Anspruch auf weitere Taggelder bestehe.

D. Mit Replik vom 19. Juni 2006 sowie Duplik vom 20. Juli 2006 hielten die Parteien im Wesentlichen an ihren Anträgen und Begründungen fest.

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. Bei Streitigkeiten aus solchen Zusatzversicherungen gelangt das Klageverfahren zur Anwendung.

1.2 In verfahrensrechtlicher Hinsicht schreibt Art. 85 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) vom 23. Juni 1978 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. 85 Abs. 3 VAG). Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach kantonalem Prozessrecht (vgl. Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KGE SV] i. S. M. vom 13. Januar 2006 [730 05 171/03] E. 2.1).

2.1 Gemäss den Zusatzbedingungen der Taggeldversicherung S nach VVG (S VVG) gewährt die Y Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Geburt im Rahmen der vereinbarten Leistungen. Sie bezahlt den Versicherten den entstandenen und nachgewiesenen Lohn- und Erwerbsausfall bis maximal zur Höhe des versicherten Taggeldes (Art. 2 Abs. 1). Als Krankheit im Sinne der Versicherung gilt jede Gesundheitsstörung, welche der Versicherte unfreiwillig erleidet, kein Unfall oder keine Unfallfolge ist und ärztlich bestätigt wird (Art. 3 Abs. 1). Ist eine versicherte Person nach ärztlicher Feststellung ar-

beitsunfähig, bezahlt die Y bei voller Arbeitsunfähigkeit das versicherte Taggeld entsprechend dem entstandenen und nachgewiesenen Lohnausfall. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet (Art. 8 Abs. 1 und 2). Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen ganz oder teilweise ausser Stande ist, seinen Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben (Art. 9).

2.2 Von derselben Definition des Begriffs der Arbeitsunfähigkeit geht auch die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung aus. Aufgrund der grossen Sachnähe des Streitgegenstands zum allgemeinen Sozialversicherungsrecht ist es ohne weiteres angezeigt, bei der weiteren Prüfung die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (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). 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 (vgl. BGE 115 V 133 E. 2).

3.1 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde 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. Gemäss Art. 85 Abs. 2 VAG hat das Gericht bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung die Arztberichte nach freiem Ermessen zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Kantonsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. 125 V 352 E. 3a, 122 V 10 E. 1c).

3.2 Dennoch erachtete es die Rechtsprechung des EVG mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

4. Vorerst ist zu prüfen, ob die Y ihre Leistungspflicht für die Monate Mai 2004 bis Ende Januar 2005 zurecht ablehnte.

4.1 Die Y macht geltend, dass für diese Periode eine grosse Lücke in der medizinischen Dokumentation bestehe. Gemäss Bericht der Klinik S vom 21. Mai 2004 habe der Versicherte aufgrund der eingetretenen Besserung gegen Ende des Klinikaufenthaltes zwei Bewerbungen für eine Arbeit als Pflegeassistent einreichen können. Nach seinem Austritt sei zudem - unter Mithilfe des Sozialdienstes - die Wiederaufnahme einer geregelten Arbeit geplant gewesen. Bei dieser Aktenlage erscheine eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten mit Krankheitswert ab 1. Juni 2004 weder ausgewiesen noch wahrscheinlich. Hinzu komme, dass ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. C erst wieder am 1. Februar 2005 ausgestellt worden sei. Dies entgegen der vertraglichen Bedingungen, welche vorsehen, dass Zeugnisse monatlich einzureichen seien (vgl. Art. 20 Ziff. 2 und 3 S VVG). Könne wie vorliegend aufgrund der fehlenden Zeugnisse eine Arbeitsunfähigkeit nachträglich nicht mehr ermittelt werden, so habe der Versicherte die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen.

4.2 Wie der Rechtsvertreter des Versicherten zum formellen Einwand der Y ausführt, ist die Lücke in der Dokumentation darauf zurückzuführen, dass die Y mit Schreiben vom 3. Juni 2004 vorerst an ihrer Leistungsverweigerung festhielt. Da die Y zu diesem Zeitpunkt seit über einem halben Jahr (seit Oktober 2003) keine Leistungen erbracht hatte und keine Aussicht darauf bestand, dass in absehbarer Zeit Zahlungen geleistet würden, seien ihr die monatlich - für andere Versicherte und den Sozialdienst - ausgestellten Zeugnisse nicht weitergeleitet worden. Als die Y ihre Leistungspflicht schliesslich mit Schreiben vom 27. Januar 2005 anerkannte, ersuchte sie auch nicht um Zustellung der monatlichen Zeugnisse, sondern bat ausschliesslich um ein Schlusszeugnis. Mit Schreiben vom 1. Februar 2005 wurde ihr ein Arztzeugnis für den gesamten fraglichen Zeitraum zugestellt. Die Tatsache, dass ein Teil der Zeugnisse nicht sofort und regelmässig eingereicht wurde, ist somit auf das Verhalten der Beklagten zurückzuführen und darf dem Versicherten nicht zum Nachteil gereichen (vgl. auch Art. 25 S VVG). Den Anspruch des Versicherten allein mit dem Argument zu verweigern, die Y akzeptiere keine rückwirkenden Arztzeugnisse, kommt einem widersprüchlichen Verhalten gleich und kann nicht geschützt werden.

4.3 Es ist somit zu prüfen, ob der Kläger in der fraglichen Zeitperiode arbeitsunfähig war. Für diese Zeit liegt einerseits das Arztzeugnis von Dr. C vom 1. Februar 2005 vor. In den IV-Akten befinden sich noch weitere ärztliche Berichte von Dr. C vom 2. Juli 2004, 15. November 2004 sowie 31. Januar 2005, in welchen der gesundheitliche Zustand des Versicherten beschrieben und die Arbeitsunfähigkeit begründet wird. Konsultiert man überdies die ärztlichen Gutachten von Dr. H vom 17. März 2004 sowie Dr. K vom 14. Mai 2005 ergibt sich ein Gesamtbild, welches das Bestehen einer andauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Nach Dr. H könne zweifelsohne von einer depressiven Episode ausgegangen werden, welche Krankheitswert habe. Er empfahl, den Versicherten einer stationären Behandlung zuzuführen, sofern bis Ende März 2004 eine 50%ige Arbeitstätigkeit nicht erreicht werden könne. Gleichzeitig sei die Behandlung mit Antidepressiva zu intensivieren. Am 29. März 2004 trat der Versicherte in die Klinik S ein, in welcher er bis zum 21. Mai 2004 behandelt wurde. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit konnte trotz viel versprechender Ansätze nicht erreicht werden. Dr. K bejahte in seinem Gutachten vom 14. Mai 2005 die Diagnose von Dr. H, ging sogar von einem depressiven Syndrom mittelschwerer bis schwerer Ausprägung aus, welches stark von Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen geprägt sei. Er bestätigte zum Zeitpunkt der Untersuchung die seit über einem Jahr bestehende Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der Konzentrationsstörungen und der Reizbarkeit wäre der Versicherte an einem Arbeitsplatz schlecht tragbar. Der Leidensdruck des Versicherten sei gegeben. Wie der Blutspiegel belege, nehme der Patient die Medikamente offenbar regelmässig. Er baue diese aber sehr schnell ab, weshalb eine Dosiserhöhung angezeigt sei. Die Vermutung liege nahe, dass die Arbeitsunfähigkeit erst wieder hergestellt werden könne, wenn das Strafverfahren abgeschlossen und der Patient wieder rehabilitiert oder allenfalls rechtmässig verurteilt worden sei.

4.4 Sowohl Dr. C als auch Dr. K bestätigen die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten für die fragliche Zeit. Die von Dr. H im März 2004 gestellte Diagnose hat sich im Laufe der Zeit nicht geändert, das depressive Syndrom hat sich im Gegenteil gemäss Dr. K noch verstärkt. Dieser erhebt denn auch praktisch identische Befunde (Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, herabgesetzte Leistungsfähigkeit, Reizbarkeit) wie sie bereits Dr. H ein Jahr zuvor in seinem Gutachten festgehalten hat, was darauf schliessen lässt, dass der Krankheitsverlauf sich innerhalb der fraglichen Zeit nicht gebessert hat. Unter Berücksichtigung des Gesamtbildes gibt es deshalb keinen Grund, an der bescheinigten 100%igen Arbeitsunfähigkeit zu zweifeln.

Folglich ist die Leistungspflicht der Y für den Zeitraum Juni 2004 bis Ende Januar 2005 gegeben.

5. Zu beurteilen ist weiter, ob der Versicherte Anspruch auf Leistungen für den Zeitraum 1. Juni 2005 bis 15. Oktober 2005 hat. Die Y stellte ihre Leistungspflicht per Ende Mai 2005 ein, da der Kläger seine Schadenminderungspflicht verletzt habe.

5.1. Gemäss Art. 21 S VVG unternimmt der Versicherte alles, was der Abklärung der Krankheit und ihren Folgen dienen kann. Im Sinne der Schadenminderungspflicht unterlässt der Versicherte alles, was mit der Arbeitsunfähigkeit bzw. mit dem Bezug von Taggeldern nicht zu vereinbaren ist und den Heilungsverlauf verzögert.

5.2 Die Y wirft dem Versicherten vor, dass er sich einer Behandlungsänderung - wie sie Dr. K vorgeschlagen hatte - nicht unterziehen wollte. Dabei folgte er den Anweisungen seines behandelnden Arztes, welcher sich gegen eine Änderung in der Therapie aussprach. Wie die Y in ihrer Klageantwort vom 14. Juni 2006 richtig erkannt hat, hat sie gegenüber den behandelnden Ärzten in Bezug auf die durchzuführende Therapie keine Weisungsbefugnis. Die Leistungen von einer Behandlungsänderung abhängig zu machen, ist deshalb nicht statthaft. Die Pflicht, den Weisungen anderer Ärzte als denjenigen des behandelnden Arztes zu folgen, kann auch nicht gestützt auf Art. 21 S VVG begründet werden. Eine Obliegenheit, gewisse Behandlungen durchführen zu lassen, enthält der Artikel nicht. Dafür bestimmt Art. 22 S VVG, dass der Versicherte den Anordnungen des behandelnden Arztes Folge leisten muss. Dies hat der Kläger unbestrittenemassen auch getan.

5.3 Eine weitere Verletzung der Schadenminderungspflicht sieht die Y darin, dass der Versicherte ohne Begründung der vertrauensärztlichen Untersuchung vom 10. August 2005 ferngeblieben sei.

Art. 22 S VVG Abs. 2 sieht vor, dass die Swica eine Untersuchung durch einen von ihr bestimmten Arzt verlangen kann. Mit Schreiben vom 5. August 2005 informierte die Y den Kläger, dass zur Abklärung der Arbeitsunfähigkeit ein weiteres Gespräch bei Dr. K notwendig sei und zwar am 10. August 2005. Der Versicherte konnte den Termin nicht einhalten, weshalb er seine Schwester bat, ihn abzusagen. Mit Schreiben vom 8. August 2005 teilte die Beklagte mit, sie bestehe trotz telefonischer Entschuldigung durch die Schwester des Klägers auf der Wahrnehmung des Termins am 10. August 2005. Am 9. August 2005 informierte der Rechtsvertreter die Beklagte erneut, dass der Kläger den kurzfristig angesetzten Termin nicht einhalten könne. In ihrem Schreiben vom 11. August 2005 hielt die Beklagte dagegen fest, dass der Kläger keine weiteren Taggelder erhalte, weil er ohne Begründung der Untersuchung ferngeblieben sei. Die kurzfristige Ansetzung des Termins entschuldige dieses Verhalten nicht.

5.4 Vorliegend geht es darum zu entscheiden, ob dem Versicherten das Recht abgesprochen werden darf, einen Termin aus privaten Gründen abzusagen, ohne den Verlust des Leistungsanspruchs zu riskieren. Objektiv betrachtet, handelt es sich hier um einen sehr kurzfristig angesetzten Termin. Der Versicherte erhielt den Brief vom 5. August 2005 frühestens am Samstag, den 6. August 2005. Vor Montag, den 8. August 2005 war es ihm nicht möglich, den Termin von Mittwoch, den 10. August 2005 abzusagen. Dies hat seine Schwester umgehend getan. Die Ansetzung einer solch kurzen Frist ist unüblich und die Versicherung darf nicht davon ausgehen, dass der Termin ohne weiteres eingehalten werden kann. Vielmehr muss sie damit rech-

nen, dass die betreffende Person am fraglichen Tag bereits etwas vorhat. Der Kläger hat den Termin ausserdem nicht einfach verstreichen lassen, sondern sich ordnungsgemäss entschuldigt. Einer weiteren Rechtfertigung, weshalb er den Termin nicht wahrnehmen konnte, bedurfte es nicht. Er hat sich demnach weder einer Untersuchung entzogen noch ist er ihr unentschuldig ferngeblieben. Die Schadenminderungspflicht hat er nicht verletzt. Dagegen wäre es an der Versicherung bzw. am Arzt, gemeinsam mit dem Versicherten einen neuen Termin zu vereinbaren.

5.5 Mit Schreiben vom 23. September 2005 bestätigte Dr. C, der Kläger stehe einer erneuten Beurteilung durch Dr. K nicht im Wege. Die Beklagte setzte am 14. Oktober 2005 einen neuen Untersuchungstermin an. Zu dieser Untersuchung ist der Kläger zwar erschienen, eine Untersuchung war aber nicht möglich. Dr. K berichtet mit Schreiben vom 17. Oktober 2005, dass der Versicherte im Gespräch gereizt und aggressiv gewesen und es zu einer verbalen Auseinandersetzung gekommen sei. Der Versicherte habe nach 10 Minuten das Gespräch abgebrochen und das Büro verlassen, obwohl er darauf aufmerksam gemacht worden sei, dass ein Abbruch des Gesprächs mit der Einstellung der Taggeldleistungen verknüpft sei. Das Verhalten des Versicherten zeige, dass er seiner Schadenminderungspflicht nicht nachkomme. Sein mürrisch reizbar aggressives Verhalten sowie die Schwierigkeiten in der Ehe könnten durchaus auf das mit seiner Grundpersönlichkeit zusammenhängende Verhalten zurückgeführt werden. Wie weit er effektiv zeitweise Psychopharmaka einnehme und unter deren Nebenwirkungen leide, lasse sich nicht sagen. Insgesamt sei aber davon auszugehen, dass der Patient im heutigen Zustand durchaus in der Lage wäre, sich wieder um eine Arbeitsstelle zu bemühen, wobei allerdings seine soziale Integration erschwert scheine. Es könne von ihm aber verlangt werden, dass er die notwendigen Anstrengungen unternehme, sich anzupassen. Die Taggeldleistungen könnten rückwirkend per Juni 2005 gestoppt werden.

Die Y stützte sich auf diese Ausführungen und bestätigte die Leistungseinstellung per Juni 2005 (vgl. Schreiben vom 31. Oktober 2005).

5.6 Unbestritten ist, dass der Kläger zuverlässig zur Untersuchung erschienen ist. Weshalb er aggressiv war, lässt sich nicht eruieren. Jedoch geht aus allen bisherigen Arztberichten hervor, dass der Kläger stark reizbar sei. Es kann deshalb nicht ausgeschlossen werden, dass sein Verhalten auf das Krankheitsbild und nicht wie die Y annimmt, auf seinen mangelnden Willen zurückzuführen ist. Das Verhalten des Klägers anlässlich des Untersuchungstermins kann ihm deshalb nicht ohne weiteres als Verletzung der Schadenminderungspflicht angelastet werden. Insbesondere bietet der Bericht von Dr. K vom 17. Oktober 2005, welcher weder eine medizinische Diagnose noch eine Begründung liefert, keine genügende Grundlage für eine Leistungseinstellung. Befremdend ist, dass der Gutachter nach 10 Minuten zum Schluss gelangen konnte, dass der Versicherte in seinem Zustand in der Lage sei, einer Arbeit nachzugehen. Diese Schlussfolgerung widerspricht den Darlegungen aus seinem Bericht vom 14. Mai 2005, wonach der Versicherte aufgrund seiner Konzentrationsstörungen und seiner starken Reizbar-

keit an einem Arbeitsplatz schlecht tragbar sei. Weiter führte er damals an, dass auch die Sistierung der Taggeldzahlungen seine Verweigerungshaltung nicht korrigieren könnte, was für eine mehrheitlich unbewusste krankhafte Reaktion spreche. Angesichts dieser früheren Aussagen erstaunt es, dass Dr. K das Verhalten des Versicherten anlässlich des kurzen Gesprächs vom 14. Oktober 2005 losgelöst von seiner Krankengeschichte betrachtet. Die Ausführungen von Dr. K in seinem Schreiben vom 17. Oktober 2005 überzeugen aufgrund der Widersprüche, vor allem aber unter Berücksichtigung der Darlegungen von Dr. R (vgl. nachfolgend), nicht.

5.7 Es bleibt somit auch hier zu prüfen, ob eine Arbeitsunfähigkeit des Versicherten im Zeitraum von Juni 2005 bis Oktober 2005 gegeben war.

Auch für diesen Zeitraum bestehen Arztzeugnisse von Dr. C, welche eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten ausweisen (vgl. Schreiben vom 26. Juli 2005 sowie vom 10. Januar 2006). Selbst Dr. K geht in seinem Gutachten vom 14. Mai 2005 von einer Arbeitsunfähigkeit aus, vertritt aber die Auffassung, dass in den nächsten zwei Monaten Eingliederungsversuche unternommen werden müssten. Im Rahmen des IV-Verfahrens wurde der Versicherte von Dr. R, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Binningen, begutachtet. In seinem Bericht vom 27. Mai 2005 diagnostizierte dieser eine depressive Episode mittleren Grades mit somatischem Syndrom, differenzialdiagnostisch kämen zudem eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen sowie eine narzisstische Persönlichkeitsstörung mit erheblicher "Kränkbarkeit" in Frage. Dem Versicherten sei eine halbtägige Beschäftigung zuzumuten, wobei eine im Ausmass schwer abschätzbare Leistungsverminderung infolge seiner Überforderungs- und Insuffizienzgefühle vorliege. Auf die Leistung wirkten sich auch Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen aus. Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen seien ihm grundsätzlich zumutbar, es sei jedoch fraglich, ob diese wegen der Krankheitsüberzeugung durchführbar seien. Ob eine berufliche Wiedereingliederung erfolgreich sein werde, sei schwierig zu beurteilen. Weitere medizinische Massnahmen seien nicht indiziert. Insbesondere bestehe kein Anlass, an der psychiatrischen Behandlung durch den Facharzt Dr. C zu zweifeln.

Der Versicherte wurde am 9. September 2005 erneut von Dr. R untersucht. Dies aufgrund weiterer Fragen der IV-Stelle. In erster Linie wollte sie wissen, ob eine "vorbestehende Psychopathologie besteht, welche diese massive Reaktion erklären könne. Es würde nach einer Verhaftung und einem Verhör nicht jedermann derart invalid. Welche Faktoren sind IV fremd?" In seinem schriftlichen Bericht vom 30. Oktober 2005 bestätigte der Gutachter, dass eine vorbestehende Psychopathologie bestehe, welche die massive Reaktion nach der Verhaftung und dem Verhör erkläre. Die erneute Untersuchung des Versicherten bestätige den Eindruck einer äusserst grossen "Kränkbarkeit bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung", welche einhergehe mit ausgesprochener Aggressivität nach erfolgter Kündigung. Er leide auch an ausgeprägten Insuffizienzgefühlen. Auch fremdanamnetisch habe durch die Angaben seiner

Schwester eine seit Kindheit bestehende Schulligkeit und die erwähnte "Kränkbarkeit" bestätigt werden können. Es sei davon auszugehen, dass er die Kündigung mit den Anschuldigungen und das Verhör psychisch nicht adäquat habe verarbeiten können. Es müsse davon ausgegangen werden, dass tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster bestünden, die sich auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen in starren Reaktionen zeigten. Das psychische Leiden sei geprägt von einer gestörten sozialen Funktions- und Leistungsfähigkeit. Wie sich in der erneuten Untersuchung gezeigt habe, wirkten sich die Persönlichkeitsmerkmale nun auch vermehrt in seiner Familie aus, wo es zu grössten Schwierigkeiten mit der Frau gekommen sei. Das Aufwachsen ohne Vater - wie es der Versicherte erlebt habe - stelle zudem in jeder Kultur einen Risikofaktor zur Entstehung von psychischen Leiden dar. Genauere Angaben seien aufgrund des aggressiven Zustandes des Exploranden leider nicht erhältlich gewesen. Festzuhalten sei aber, dass der Versicherte in seinen Äusserungen durchaus glaubhaft sei.

5.8 Die Darlegungen von Dr. R sind überzeugend und schlüssig, und zeigen das Krankheitsbild in nachvollziehbarer Weise auf. Bei dieser Sachlage ist im Zeitpunkt der Einstellung der Leistungen weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Sowohl Dr. C als auch Dr. K (gemäss Bericht vom 14. Mai 2005) bestätigen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Juni 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Dass eine solche auch nachfolgend noch bestand, kann gestützt auf das Arzteugnis von Dr. C sowie die Gutachten von Dr. R angenommen werden. Zwar attestiert Dr. R eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der zusätzlichen Leistungseinbusse mit Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, welche Dr. C zuletzt mit Schreiben vom 23. September 2005 eindrücklich beschrieben hat, rechtfertigt sich, von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die weitere Entwicklung, welche in den IV-Akten dokumentiert ist, ist zwar für den vorliegenden Entscheid nicht massgebend, lässt aber die beschriebenen Schwierigkeiten bei der Eingliederung des Versicherten erahnen (vgl. IV-Akten, Bericht vom 30. Dezember 2005).

6. Zusammenfassend ergibt sich, dass von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch im Zeitraum von Juni 2005 bis Oktober 2005 auszugehen ist. Folglich hat der Versicherte Anspruch auf die Ausrichtung von Taggeldern bis zur Erschöpfung des Anspruches von 720 Tagen. Die Klage ist somit grundsätzlich gutzuheissen. Für den Zeitraum 16. Oktober 2003 bis 31. Mai 2004 hat die Y 229 Taggelder ausgerichtet (Oktober 16; November 30; Dezember 31; Januar 31; Februar 29; März 31; April 30; Mai 31). Ab 1. Februar 2005 bis 31. Mai 2005 wurden weitere 120 Taggelder geleistet (Februar 28; März 31; April 30; Mai 31). Insgesamt wurden somit 349 Taggelder ausbezahlt, folglich sind noch 371 zu leisten. Für die Monate Juni 2004 bis Ende Januar 2005 sind 245 Taggelder offen. Es verbleiben somit noch 104. Der letzte Anspruchstag bildet somit der 12. September 2005 (Juni 30/Juli 31/August 31/September 12). Dies ergibt einen ausstehenden Betrag von Fr. 39'698.-- (371 x Fr. 107.--). Sofern die Beklagte den Nachweis erbringt, dass sie die Taggelder für Juni 2005 bereits ausgerichtet hat, reduziert sich der geschuldete Betrag um Fr. 3210.--. Die Verzugszinsen sind mangels Vorschriften im WG nach Massgabe von Art. 102 OR geschuldet (vgl. Urteil A. des Bundesgerichts vom 14.

Mai 2001 [5C.57/2001] E. 2.a). Antragsgemäss ist der geschuldete Betrag seit 15. Oktober 2005 mit 5% zu verzinsen.

7. Gemäss Art. 85 Abs. 3 VAG ist das Verfahren kostenlos. Dem Prozessausgang entsprechend hat der Kläger gestützt auf § 21 VPO Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Y hat folglich dem Kläger eine Parteienschädigung in Höhe von Fr. 4'993.-- (inkl. Auslagen und 7,6 % Mehrwertsteuer) auszurichten.

Demgemäss wird **erkannt**:

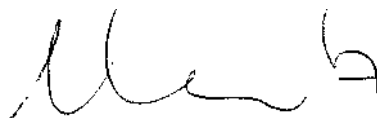
- ://:
- 1 Die Klage wird in dem Sinne gutgeheissen, als die Beklagte dem Kläger bis zur Erschöpfung des Taggeldanspruchs von 720 Tagen das volle Taggeld auszurichten hat. Die Beklagte wird demnach verpflichtet, dem Kläger den Betrag von Fr. 39'697.-- zuzüglich Zins von 5 % seit 15. Oktober 2005 zu bezahlen.
 - 2 Erbringt die Beklagte den Nachweis, dass sie die Taggelder für Juni 2005 bereits ausgerichtet hat, reduziert sich der geschuldete Betrag um Fr. 3'210.--.
 - 3 Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 - 4 Die Beklagte hat dem Kläger eine Parteientschädigung von Fr. 4'993.-- (inkl. Auslagen und 7.6 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Mitteilung an Parteien
Bundesamt für Privatversicherungen

Präsidentin



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 Rechtsbehörden, 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 Bundesrechtsätze und inwiefern sie durch den Entscheid verletzt sind (Art. 55 Abs. 1 OG).