



730 06 224 / 56

Urteil vom 21. Februar 2007

Besetzung

 Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Michael Guex, Gerichtsschreiber Stephan
Paukner

Parteien

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

gegen

Y Versicherungs-Gesellschaft, Beklagte,
vertreten durch Dr. Manfred Bayerdörfer,
Advokat, Rathausstrasse 40/42, 4410 Liestal

Betreff

 Taggeld

A. Die 1958 geborene X war bis zum 31. Dezember 2004 bei der S GmbH angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Y Versicherungs-Gesellschaft (Y) kollektiv krankentaggeldversichert. Seit dem 16. Oktober 2004 war sie arbeitsunfähig. Nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses hat die Y die Krankentaggelder zu Anfang auf Grund einer vollständigen Arbeitsfähigkeit und später in reduziertem Umfang direkt an die Versicherte ausbezahlt. Ende Mai 2006 stellte die Y ihre Taggeldzahlungen ein.

B. Mit Klage vom 7. September 2006 erhob die Versicherte, vertreten durch Silvan Ullrich, Advokat, Klage gegen die Y und beantragte, es sei ihr für die Zeit vom 1. Januar bis

28. Februar 2006 Fr. 5'569.60, vom 1. März bis 31. Mai 2006 Fr. 17'365.--, vom 1. Juni bis 31. August 2006 Fr. 26'049.80 und anschliessend pro Tag Fr. 188.75 nachzubezahlen. Zur Begründung machte sie geltend, dass sie dem Attest ihres Hausarztes Dr. S zufolge bis Ende August 2006 zu lediglich 25 Prozent arbeitsfähig gewesen sei. Ab dem 1. September 2006 habe die Arbeitsfähigkeit 50 Prozent betragen. Eine volle Arbeitsfähigkeit sei ihr erst ab dem 1. Januar 2007 prognostiziert worden. Bereits das erste von der Beklagten veranlasst Gutachten von Dr. W habe sich in Bezug auf den Krankheitsverlauf als unzutreffend erwiesen. In einem zweiten Gutachten habe Dr. L ebenfalls eine im Nachhinein unzutreffende Prognose gestellt. Ihre gesundheitliche Entwicklung belege, dass sie erst sei Mitte August 2006 nach einer langen depressiven Phase wieder an sich zu glauben und Tritt zu fassen begonnen habe.

C. Die Y, vertreten durch Dr. Manfred Bayerdörfer, Advokat, schloss in ihrer Klagantwort vom 24. November 2006 auf Abweisung der Klage. Sie wies darauf hin, dass sie ihre Leistungen gestützt auf das Gutachten von Dr. W bereits mit Wirkung ab 1. Juni 2005 hätte einstellen können. Stattdessen sei eine zweite Begutachtung durch Dr. L veranlasst worden, der einen prolongierten Heilungsverlauf festgestellt und einen verzögerten Wiedereinstieg ins Berufsleben beschrieben habe. Im Januar und Februar 2006 habe demgemäss eine Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent und im März und April 2006 von 75 Prozent bestanden. Ab Mai 2006 sei die Klägerin wieder voll arbeitsfähig gewesen. Auf die abweichenden Angaben des Hausarztes könne aus verschiedenen Gründen nicht abgestellt werden.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1. Gestützt auf das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 wird zwischen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (sog. soziale Krankenversicherung) einerseits und den Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung andererseits unterschieden. Gemäss Art. 12 Abs. 2 KVG steht es den Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung auch Zusatzversicherungen anzubieten. Diese unterliegen gemäss Art. 12 Abs. 3 KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 1. Juli 1908 und werden dem Privatrecht zugeordnet. Dies hat zur Folge, dass die Vertragsparteien, im Gegensatz zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, ihre Ansprüche unter Beachtung der zivilprozessualen Verfahrensregeln geltend machen müssen und sich das Verfahren nicht nach der Rechtspflege im Verwaltungsverfahren richtet. Gemäss Art. 85 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) vom 17. Dezember 2004 haben die Kantone „...für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung (...) ein einfaches und rasches Verfahren...“ vorzusehen, in dem das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt. Zudem wird in Art. 85 Abs. 3 VAG festgelegt, dass den Parteien in diesen Verfahren, mit Ausnahme von mutwilliger Prozessführung, keine Verfahrenskosten auferlegt werden dürfen. Damit hat

der Bundesgesetzgeber in die Prozesshoheit der Kantone im Bereich des Zivilprozessrechts eingegriffen, um die Anwendung der im Sozialversicherungsrecht geltenden, in Art. 61 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 statuierten Verfahrensgrundsätze auch im Rahmen solcher Verfahren sicherzustellen.

1.2. Art. 85 Abs. 1 und 2 VAG überlässt es den Kantonen, Streitigkeiten aus der Zusatzversicherung den Sozialversicherungsgerichten zur Beurteilung zuzuweisen. In diesem Rechtsgebiet üben diese dann aber Zivilgerichtsbarkeit aus (vgl. THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Bern 2003, § 32 N 1; BGE 124 III 44, bestätigt in BGE 124 III 229). Der Kanton Basel-Landschaft hat von dieser Befugnis Gebrauch gemacht und das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) in § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 für sachlich zuständig erklärt. Entgegen der früher teilweise vertretenen Meinung, wonach die sachliche Zuständigkeit des kantonalen Sozialversicherungsgerichts auf Zusatzversicherungen nach den Vorschriften des KVG beschränkt bleibe, umfasst diese auch kollektive Krankentaggeldversicherungsverhältnisse gemäss VVG. Massgebend für die Begründung der sachlichen Zuständigkeit ist dabei, dass ein genereller Konnex zwischen der KVG-Grundversicherung besteht, deren Leistungen im Sinne eines integralen sozialversicherungsrechtlichen Charakters ergänzt werden. Durch die privatrechtliche Krankentaggeldversicherung geht der Charakter einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung indessen nicht verloren, da die Lohnfortzahlungspflicht gemäss Art. 324 a und b des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR) vom 30. März 1911 eine sozialpolitisch begründete Massnahme im Rahmen des Arbeitsrechts darstellt (vgl. ULLIN STREIFF / ADRIAN VON KAENEL, Leitfaden zum Arbeitsvertragsrecht, Zürich 1993, N 5 zu Art. 324 a/b OR) und von einem Teil der Lehre gar als Ergänzung zum Sozialversicherungsrecht bezeichnet wird (vgl. MANFRED REHBINDER, Berner Kommentar, Der Arbeitsvertrag, Art. 319-362 OR, Bern 1985, N 1 zu Art. 324a OR). Hinzu tritt, dass es mit der Rechtsgleichheit nicht vereinbar wäre, wenn die zivilrechtlichen Verfahren aus Krankenzusatzversicherungen von privaten Trägern, die nur die Krankenzusatzversicherungen betreiben, abweichend behandelt würden als diejenigen, die aus Streitigkeiten mit anerkannten Krankenversicherern entstehen, die ebenfalls diese Zusatzversicherungen anbieten (vgl. Beschluss S. des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 17. November 2004, KK.200200016, E. 3.2.3. und 3.4.). Das Kantonsgericht ist für die vorliegende Klage daher sachlich zuständig.

1.3. Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach dem Bundesgesetz über den Gerichtsstand in Zivilsachen (Gerichtsstandsgesetz, 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 künftigen Rechtsstreit über Ansprüche aus einem bestimmten Rechtsverhältnis einen Gerichtsstand frei vereinbaren können. Gemäss Ziffer G12 der Vertragsbedin-

gungen der Y steht dem Versicherungsnehmer wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder im Kanton Basel-Stadt zur Verfügung. Die Klägerin hat ihren Wohnsitz in Duggingen. Das Kantonsgericht ist auch örtlich zur Behandlung der Streitigkeit zuständig. Auf die Klage ist somit einzutreten.

2.1. Der vorliegende Prozess ist gemäss Art. 85 Abs. 2 VAG wie auch der Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Versicherungsträger und Gericht von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder die Beweisanträge der Parteien für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt, er wird ergänzt durch die Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. Ia, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache der verfügenden Verwaltungsstelle bzw. des urteilenden Sozialversicherungsgerichts ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

2.2. Die Verwaltung als verfügende Instanz und — im Beschwerdefall — das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (vgl. MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 136). Während das Gericht im Sozialversicherungsrecht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen hat (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen), üben die Sozialversicherungsgerichte bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen nach VVG eine Zivilgerichtsbarkeit aus (vgl. Art. 85 Abs. 1 und 2 VAG). Die richterliche Überzeugung gründet diesfalls wie für Zivilverfahren üblich auf dem vollen Beweis. Das Sozialversicherungsgericht hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Be-

weismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 f. E. 1 c mit Hinweisen).

3 Gemäss den Vertragsbedingungen der Y gilt als Berechnungsbasis der vor Beginn der Erwerbsunfähigkeit für die Prämienberechnung massgebende Jahreslohn ohne Kinder- und Familienzulagen. Daraus ersichtlich und unbestritten ist im Weiteren, dass die Versicherte Anspruch auf Taggelder während maximal 730 Tagen zu einem Tagessatz von höchstens Fr. 337.55 bei einer Wartefrist von 60 Tagen besitzt. Zwischen den Parteien strittig und zu prüfen ist jedoch die Frage, in welchem Umfang die Versicherte im vorliegend massgebenden Zeitraum zwischen Januar bis Dezember 2006 arbeitsunfähig gewesen ist. Nachfolgend ist daher auf die medizinischen Unterlagen einzugehen.

3.1. Die Y hat zur Abklärung der gesundheitlichen Verfassung der Klägerin und deren Arbeitsfähigkeit zunächst ein Gutachten von Dr. W, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 1. Mai 2005 eingeholt. Dessen Diagnose zufolge bestehe mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach Anpassungsstörung mit leichter depressiv-dysphorischer und narzisstischer Kränkungsreaktion nach Arbeitsplatzproblemen. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien Probleme in Verbindung mit der Berufstätigkeit zu erheben. In somatischer Hinsicht könnten aufgrund der Akten keine Diagnosen gestellt werden. Im Zeitpunkt der Untersuchung am 20. April 2005 beständen noch Anzeichen einer durchgemachten Anpassungsstörung mit Restanzeichen einer durchgemachten depressiven Erkrankung bei weiter bestehender Vulnerabilität, narzisstischer Kränkungsbereitschaft und deutlich narzisstischen Charakteranteilen. Die Versicherte erlebe sich zurzeit als nicht arbeitsfähig. Psychiatrisch relevant sei allerdings, dass die kognitive Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Sie verfüge über eine gute kognitive und denkerische sowie intellektuelle Leistungsfähigkeit und zeige auch keine wesentliche Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit, so dass ihr aus psychiatrischer Sicht durchaus Anstrengungen zumutbar seien, sich beruflich zu rehabilitieren. Es sei wichtig, dass sie sich innerlich auch darauf einstelle, sich von den psychischen und beruflichen Schwierigkeiten ihres Gatten abzugrenzen und ihren eigenen Weg zu gehen. Innerlich habe sie sich bereits mit ihrer Neuorientierung befasst. Dies spreche gegen eine mittelgradige bis schwere depressive Erkrankung. Ihr Werdegang zeige auf, dass sie beruflich sehr gute Kompetenzen besitze. Aus psychiatrischer Sicht könne zwecks vollständiger Erholung noch für weitere vier Wochen ab Gutachtendatum eine Arbeitsunfähigkeit als Übergangslösung angenommen werden. Mit jedem weiteren Monat, während dem die Versicherte arbeitsuntätig bleibe, verringerten sich ihre Chancen für eine berufliche Rehabilitation. Aus psychiatrischer Sicht seien ihr Anstrengungen zumutbar, ihre psychische Befindlichkeitsstörung zu überwinden. Sie sei soweit wieder stabil, dass sie die berufliche Wiederaufnahme angehen könne. Spätestens ab 1. Juni 2005 könne eine volle Arbeitsfähigkeit angenommen werden.

3.2. Gemäss dem psychiatrischen Untersuchungsbericht von Dr. G, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. Oktober 2005 sei bei der Versicherten eine leichte

depressive Episode zu diagnostizieren. Den anamnestischen Angaben zufolge hätten die Probleme in Sommer 2004 wegen Mobbing begonnen. Frühere psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungen seien keine bekannt. Aktuell sei ein depressives Syndrom mit Energie und Freudlosigkeit sowie ein vermindertes Selbstwertgefühl und eine negative Zukunftsperspektive zu erheben. Bis auf weiteres bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 25 Prozent. Die Prognose sei von der Möglichkeit abhängig, die erlittenen psychischen Verletzungen erfolgreich zu verarbeiten. Der Wiedereingliederung würden alle Massnahmen dienen, die eine Distanzierung vom bisherigen Arbeitsbereich erleichtern würden.

3.3. Dem Gutachten von Dr. L, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. März 2006 zufolge seien eine leichtgradig depressive Episode und Probleme in Verbindung mit der Berufstätigkeit zu diagnostizieren. Aus heutiger Sicht deute der prolongierte Verlauf der Störung darauf hin, dass die depressive Kränkungsreaktion tiefer gehe als ursprünglich im ersten Gutachten von Dr. W angenommen. Die depressive Symptomatik werde zudem durch den weiterhin schwelenden Rechtsstreit unterhalten, der zu einer erheblichen psychischen Verunsicherung der Versicherten geführt habe. Andererseits sei aber die vorhandene Reaktion auf Aussenreize ein Hinweis darauf, dass der Ausprägungsgrad der Depression nicht schwer sei. Die Symptomatik habe sich im Vergleich zur Begutachtung bei Dr. W nicht wesentlich verbessert, allerdings hinsichtlich des psychopathologischen Befunds auch nicht bedeutend verschlechtert. Differenzialdiagnostisch sei eine Anpassungsstörung mit leichtgradig depressiven Symptomen zu erwägen. Allerdings sei das Zeitkriterium mittlerweile nicht mehr erfüllt. Der aktuelle psychopathologische Befund belege, dass es der Patientin durchaus zugemutet werden könne, Schritte in Richtung einer beruflichen Reintegration zu unternehmen. Aktuell sei aus medizinisch-theoretischer Sicht die Leistungsfähigkeit und somit auch die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf bzw. in einer angepassten Tätigkeit nicht wesentlich eingeschränkt. Die Prognose hinsichtlich einer zukünftigen Arbeitsfähigkeit sei verhalten positiv zu beurteilen. Es erscheine deshalb ratsam, die Arbeitsbelastung schrittweise von 50 Prozent beginnend ab dem 1. Januar 2006 zu steigern. Ab März 2006 sei eine Arbeitsfähigkeit von 75 Prozent und spätestens ab Mai 2006 eine vollständige Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf zumutbar. Die Versicherte sei durch die depressive Symptomatik nicht massgeblich in ihren kognitiven und psychomotorischen Fähigkeiten eingeschränkt. Nach wie vor bestehe eine deutlich reaktive Komponente, die schon im Gutachten von Dr. W erwähnt worden sei und sich hemmend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Diese zu überwinden, sei der Versicherten aber zumutbar.

3.4. Gemäss ärztlichem Zeugnis von Dr. S vom 12. Mai 2006 sei die Versicherte vom 29. September 2004 bis 12. Juni 2005 vollständig und vom 13. Juni 2005 bis zum 31. Dezember 2005 zu 75 Prozent arbeitsunfähig gewesen. Die ab 1. Januar 2006 ausgesprochene hälftige Arbeitsfähigkeit könne seines Erachtens aufgrund der aktuellen Lage nicht reduziert bzw. aufgehoben werden. Die Versicherte bleibe vorderhand sicher auch im Jahre 2006 nur zu 50 Prozent arbeitsfähig.

3.5. Dem ärztlichen Attest von Dr. G vom 14. Mai 2006 zufolge befinde sich die Versicherte seit dem 15. September 2005 wegen einer psychischen Störung regelmässig in ihrer Behandlung. Sie leide an einer fluktuierenden depressiven Symptomatik mit eingeschränkter Belastbarkeit im emotionalen Bereich vor dem Hintergrund der öffentlich abgelaufenen Kontroverse um ihre frühere Anstellung.

3.6. Dem Krankenschein der Y zufolge war die Versicherte gemäss den Eintragungen ihres Hausarztes Dr. S vom 29. September 2004 bis 12. Juni 2005 vollständig arbeitsunfähig. Ab dem 13. Juni 2005 habe eine Arbeitsfähigkeit von 25 Prozent bestanden.

3.7. Der Krankenkarte der Y vom 18. Februar 2005 schliesslich ist zu entnehmen, dass die Versicherte gemäss den Eintragungen von Dr. S ab 13. Juni 2005 bis 31. August 2006 durchgehend zu 75 Prozent arbeitsunfähig gewesen sei. Ab 1. September 2006 sei eine hälftige Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen. Ab dem 1. Januar 2007 habe keine Arbeitsfähigkeit mehr bestanden.

4.1. Die Y hat bei der Beurteilung, wann und in welchem Umfang die Versicherte arbeitsfähig gewesen ist, auf das Gutachten von Dr. L abgestellt. Dies ist nicht zu beanstanden. Dessen Diagnosen sind grundsätzlich mit jenen von Dr. W kongruent. Auch die Befunde decken sich weitgehend mit der von Dr. W erhobenen Symptomatik. Übereinstimmend mit Dr. W bezeichnet Dr. L die kognitiven Fähigkeiten der Klägerin als intakt. Die reaktive Komponente wirkt sich zwar hemmend auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus. Eine Anstrengung zur Überwindung ihrer gedrückten Stimmungslage wird ihr aber als zumutbar erachtet, was sich ebenfalls schlüssig aus dem Gutachten von Dr. W ergibt, da sich die Klägerin bereits dazumal mit einer beruflichen Neuorientierung zu befassen begonnen hatte. Konkrete gegenteilige Anhaltspunkte, aus welchen Gründen es der Versicherten nicht zumutbar sein sollte, sich beruflich wieder einzugliedern, lassen sich den Akten keine entnehmen. Die gutachterlichen Erläuterungen von Dr. L sind schlüssig und beruhen auf einer profunden Untersuchung der Explorandin. Dessen Gutachten ergibt ein nachvollziehbares Bild über den Gesundheitszustand der Klägerin und überzeugt - wie nachfolgend aufzuzeigen ist - auch in der Gegenüberstellung mit den übrigen ärztlichen Unterlagen. Den eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, wenn sie aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten zu schlüssigen Ergebnissen gelangen und nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen. Von solchen Indizien kann vorliegend keine Rede sein. Dr. L geht einlässlich auf die Beschwerden der Klägerin ein. Insbesondere trägt er der hemmenden Auswirkung der reaktiven Komponente Rechnung, indem er empfiehlt, die Arbeitsfähigkeit über einen Zeitraum von vier Monaten sukzessive zu steigern. Er setzt sich des weitern mit den übrigen medizinischen Unterlagen auseinander und vermittelt ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand der Klägerin. Zusammenfassend legt er in Übereinstimmung mit den Untersu-

chungsergebnissen von Dr. W daher nachvollziehbar dar, dass die Versicherte ab Januar 2006 zunächst noch zu 50 Prozent, ab März 2006 sodann zu 75 Prozent und ab 1. Mai 2006 wieder zu 100 Prozent arbeitsfähig war.

4.2. Die abweichenden Angaben von Dr. S führen zu keinem anderen Ergebnis.

Der Hausarzt der Versicherten beschränkt sich auf die Einschätzung, dass die Arbeitsfähigkeit aufgrund der aktuellen Lage nicht gesteigert werden könne. Nähere Ausführungen, worin die gesundheitliche Problematik dieser Lage begründet liegt, gibt der Hausarzt indessen nicht an. Er vermag somit einerseits keine Erklärungen für die von ihm attestierte eingeschränkte Arbeitsfähigkeit anzugeben. Andererseits weichen seine Angaben zur Höhe der Arbeitsfähigkeit voneinander ab. In seinem Zeugnis vom 12. Mai 2006 bescheinigt er der Versicherten ab Januar 2006 eine Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent, welche vorderhand bestehen bleibe. Laut seinen Eintragungen in der Krankenkarte hat bis Ende August 2006 jedoch eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von 75 Prozent bestanden. Erklärungen für diese Divergenz sind den ohnehin nur knappen Ausführungen des Hausarztes keine zu entnehmen. Schliesslich hat sich Dr. S mit den divergierenden Ansichten der beiden begutachtenden Fachpsychiatern nicht auseinander gesetzt. In diesem Zusammenhang tritt hinzu, dass der Hausarzt Allgemeinmediziner ist und seine Einschätzung bezüglich der Auswirkungen einer depressiven Störung auf die Arbeitsfähigkeit nicht das gleiche Gewicht hat wie die Angaben einer psychiatrischen Fachperson. Während Dr. L in seinem Gutachten vom 8. März 2006 zwischen der subjektiven Befindlichkeit der Versicherten und der tatsächlichen Zumutbarkeit der Wiederaufnahme einer Erwerbsfähigkeit auf Grund der gestellten Diagnose und des konkreten Krankheitsbildes unterscheidet, kann den Angaben des Hausarztes eine solche Aufschlüsselung nicht entnommen werden. Es bleibt gemäss seinen Ausführungen vielmehr offen, ob und gegebenenfalls inwieweit der Hausarzt bei seinen Angaben auf das subjektive Empfinden seiner Patientin abgestellt hat. Die Klägerin kann schliesslich auch nichts aus den Unterlagen von Dr. G zu ihren Gunsten ableiten. Für den massgebenden Beurteilungszeitraum ist den entsprechenden ärztlichen Angaben zufolge gerade keine Aussage zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Festzustellen ist im Gegenteil, dass sich auch die von Dr. G erhobenen Befunde im Wesentlichen mit jenen von Dr. L decken. Die Y hat ihre Taggeldleistungen somit zu Recht gestützt auf die von Dr. L attestierten und abgestuften Arbeitsunfähigkeitsgrade ausgerichtet. Die Klage ist demnach abzuweisen.

5. Art. 85 Abs. 3 VAG bestimmt, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Von der Erhebung von Verfahrenskosten ist deshalb abzusehen. Zu prüfen bleibt, ob der Beklagten eine Parteientschädigung zu Lasten der Klägerin zuzusprechen ist. Im Bereich der beruflichen Vorsorge ist die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Partei im erstinstanzlichen Verfahren Anspruch auf Ersatz der Kosten für Prozessführung und Vertretung hat, bundesrechtlich nicht geregelt (vgl. Art. 73 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge [BVG] vom 25. Juni 1982), weshalb die Verlegung der Parteikosten grundsätzlich nach dem massgebenden kantonalen Prozess-

recht zu erfolgen hat. Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat indessen den spezialgesetzlich für einzelne Bundessozialversicherungszweige geregelten Grundsatz, wonach der obsiegende Sozialversicherungsträger grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung besitzt, auch im erstinstanzlichen Verfahren der beruflichen Vorsorge für anwendbar erklärt. Es rechtfertigt sich, den einhergehenden Grundgedanken auch auf das vorliegende Verfahren zu übertragen, wonach der in allen Sozialversicherungszweigen festgelegte Grundsatz der Kostenfreiheit ein tragendes Prinzip des Sozialversicherungsprozesses ist, der oft sozial schwächeren Partei die Möglichkeit einzuräumen, ihre Rechte oder Ansprüche auf Versicherungsleistungen gerichtlich durchzusetzen. Dieser Grundgedanke würde weitgehend seines Gehalts entleert, wenn die versicherte Person im Falle des Unterliegens damit rechnen müsste, zwar keine Gerichtskosten, hingegen eine Parteientschädigung an den obsiegenden Versicherer zu bezahlen (vgl. BGE 126 V 150, E. 4b). Die ausserordentlichen Kosten sind demnach wettzuschlagen.

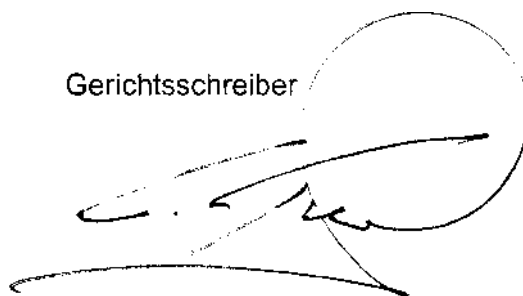
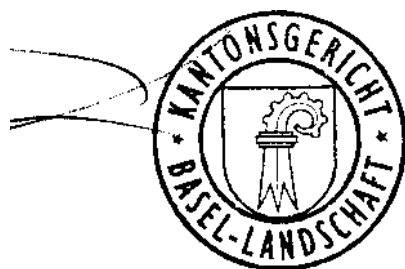
Demgemäss wird **erkannt**:

- :11:
1. Die Klage wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 - 3 Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Mitteilung an Parteien
Bundesamt für Privatversicherungen

Vizepräsident

Gerichtsschreiber



Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit schriftlicher Eröffnung beim Bundesgericht Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. des Bundesgerichtsgesetzes (BGG) vom 17. Juni 2005 eingereicht werden. Diese Frist kann nicht verlängert werden (Art. 47 Abs. 1 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, einzureichen. Sie ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten (Art. 42 Abs. 1 BGG). In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Akt Recht verletzt (Art. 42 Abs. 2 BGG). Die Urkunden, auf die sich die Beschwerde führende Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat. Ebenfalls beizulegen ist der angefochtene Entscheid (Art. 42 Abs. 3 BGG).