





VKL.2005.64 / us / fi

Art. 64

Urteil vom 13. März 2007

Besetzung      Oberrichterin Plüss, Präsidentin  
                    Oberrichterin Briner  
                    Oberrichter Fehr  
                    Gerichtsschreiber Schmidhauser

Kläger              
                      
                    vertreten durch lic. iur.   
                    

Beklagte           
                    

Gegenstand     Klageverfahren betreffend KVG / VVG (Krankentaggeld)

---

## Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

### 1.

Der 1950 geborene, verheiratete [REDACTED] ist seit dem 1. Januar 1997 bei der [REDACTED] (im Folgenden: [REDACTED]) über die Firma [REDACTED] im Rahmen der Krankentaggeldversicherung "[REDACTED]" nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) für ein Taggeld von 80 % des versicherten Lohnes ab dem 61. Krankheitstag versichert. Seit dem 26. Oktober 2001 wurde er infolge eines chronischen Lendenwirbelsäulenschmerzsyndroms bei Bandscheibenvordrängen zu 100 % arbeitsunfähig gemeldet und bezog in der Folge Krankentaggelder. Nach Überprüfung der medizinischen Unterlagen und nach Rücksprache mit ihrem Vertrauensarzt kam die [REDACTED] zum Schluss, dass der Versicherte für eine wechselbewegliche, leichte, körperliche und rückschonende Tätigkeit zu 100 % vermittelbar sei. Am 9. August 2002 erliess sie gegenüber dem Versicherten eine entsprechende Entscheidung, worin sie feststellte, er erhalte nach einer viermonatigen Anpassungszeit bis zum 9. Dezember 2002 ein volles Krankentaggeld, ab dem 10. Dezember 2002 werde das Taggeld dagegen eingestellt.

### 2.

#### 2.1.

Mit – an das Bezirksgericht [REDACTED] gerichteter – Klage vom 31. Oktober 2003 liess der Versicherte folgende Rechtsbegehren stellen:

" Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger die vertraglichen Krankenversicherungstaggeldleistungen auszus zahlen:

- vom 10. Dezember 2002 bis zum 5. Januar 2003, 27 Tage à Fr. 127.00 mit Fr. 3'429.00;
- vom 26. Februar 2003 bis zum 30. Juni 2003, 125 Tage à Fr. 127.00 mit Fr. 15'875.00;
- vom 1. Juli 2003 bis zum 31. Oktober 2003 (oder bis Ende der Leistungspflicht oder bis zur Erlangung der vollen Erwerbsfähigkeit) mind. Fr. 63.50 pro Tag mit mindestens Fr. 7'810.50;

alles zuzüglich Verzugszins zu 5 % seit Verfalltag.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen."

Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, der Kläger sei bei der [REDACTED] krankentaggeldversichert. Dieser Vertrag richte sich nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Für Streitigkeiten aus dem VVG über Taggeldleistungen sei der Zivilrichter zuständig.

Der Kläger habe von der [REDACTED] Krankentaggeldleistungen erhalten, welche bis zum 25. Februar 2003 erbracht worden seien. Dazwischen, vom 10. Dezember 2002 bis zum 5. Januar 2003, seien die Leistungen ausgeblieben. Der Kläger sei nach wie vor arbeitsunfähig. Die Arbeitsunfähigkeit halte bis in die jüngste Zeit an und sei ärztlich ausgewiesen. In einem Einspracheverfahren betreffend Vermittlungsfähigkeit, welche dem Kläger im Widerspruch zur Auffassung der Beklagten abgesprochen worden sei, sei ihm eine Vermittlungsfähigkeit für leichte, wechselbelastende Arbeit ab 1. Juli 2003 attestiert worden, obwohl der Hausarzt an der vollen Arbeitsunfähigkeit festhalte. Die Frage, wann der Kläger für leichtere Arbeiten allenfalls wieder arbeitsfähig sein würde, sei im vorliegenden Fall immer streitig gewesen. Er sei bei der Invalidenversicherung angemeldet und zur gegebenen Zeit werde sich zeigen, welche Restarbeitsfähigkeit ihm verbleibe. In der Zwischenzeit, währenddem die mögliche Arbeitsfähigkeit fortwährend unterschiedlich beurteilt werde, sei die Krankentaggeldversicherung zur Leistung verpflichtet. Für die Anwendung der Grundsätze über die Schadenminderungspflicht bleibe mangels stabilem medizinischem Zustand kein Raum. Die Krankentaggeldversicherung sei *per definitionem* für derartige Zwischenphasen der wechselseitigen und unterschiedlichen Arbeitsfähigkeit zur Leistung verpflichtet. Sie werde auch zumindest teilweise Regress nehmen können auf die Invalidenversicherung, sobald dieser Entscheid vorliege.

Die Beklagte habe auf entsprechende Aufforderung hin, die Krankentaggelder für die völlig unbestrittene Zeit der Arbeitsunfähigkeit nachzuzahlen, nicht reagiert. Ebenfalls seien keine Zusammenstellung der geleisteten Zahlungen und keine Vertragsgrundlagen zugestellt worden. Dem Kläger sei es somit nicht möglich, das Ende der Leistungspflicht genau zu berechnen.

## 2.2.

Mit innert erstreckter Frist eingereichter Klageantwort vom 12. Februar 2004 stellte die [REDACTED] folgende Rechtsbegehren:

- " 1. Auf die Klage sei nicht einzutreten.
2. eventualiter:  
Die Klage vom 31. Oktober 2003 sei vollumfänglich abzuweisen.
3. eventualiter:  
Das Verfahren sei zu sistieren bis ein rechtskräftiger Entscheid der Invalidenversicherung betreffend Rente vorliegt.
4. Alles unter Kosten- und/oder Entschädigungsfolgen zulasten des Klägers."

Auf die Begründung wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

**2.3.**

In seiner Replik vom 18. April 2005 hielt der Kläger an seinen in der Klage gestellten Rechtsbegehren fest und führte im Wesentlichen noch aus, die medizinische Situation könne weder als stabil, noch als chronifiziert bezeichnet werden. Die Einstellung der Krankentaggeldleistungen gemäss Schreiben vom 9. August 2002 erweise sich als verfrüht. Dementsprechend sei die Beklagte zu verpflichten, bis zum 30. Juni 2003 die vollen Taggeldleistungen, für die Zeit ab dem 1. Juli 2003 und längstens bis zum Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer mindestens die halben Taggeldleistungen zu erbringen. Das Ende der Leistungsdauer könne vom Kläger nach wie vor nicht berechnet werden, da es die Beklagte unterlassen habe, entsprechende Unterlagen beizubringen.

**2.4.**

In ihrer innert erstreckter Frist eingereichten Duplik vom 12. Juli 2005 hielt auch die Beklagte an ihren in der Klageantwort gestellten Rechtsbegehren fest, wobei sie die sachliche Zuständigkeit des Bezirksgerichts Kulm weiterhin bestritt.

**2.5.**

Am 15. Juli 2005 liess das Gerichtspräsidium [REDACTED] dem Versicherungsgericht des Kantons Aargau die in dieser Sache ergangenen Akten zukommen mit der Anfrage, ob dieses seine sachliche Zuständigkeit anerkenne oder diese verneine. Mit Schreiben vom 18. Oktober 2005 wurde das Bezirksgericht [REDACTED] dahingehend orientiert, dass das aargauische Versicherungsgericht, 4. Kammer, in Änderung seiner bisherigen Praxis beschlossen habe, inskünftig sei für Klagen betreffend Krankentaggeldversicherungen nach VVG nicht mehr das Zivilgericht, sondern – in Wertung der entsprechenden Versicherungen als Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung – das Versicherungsgericht sachlich zuständig.

**2.6.**

Das Gerichtspräsidium [REDACTED] erliess in der Folge am 20. Oktober 2005 eine Verfügung, worin der Kläger eingeladen wurde, dem Bezirksgericht [REDACTED] schriftlich mitzuteilen, ob er eine Überweisung des Prozesses an das Versicherungsgericht des Kantons Aargau beantrage. Daraufhin liess der Kläger gegenüber dem Bezirksgericht [REDACTED] am 26. Oktober 2005 beantragen, das Verfahren sei an das aargauische Versicherungsgericht zur Beurteilung zu überweisen. In der Folge verfügte das Bezirksgericht [REDACTED] am 31. Oktober 2005, das Verfahren werde samt Akten zuständigkeitshalber an das Versicherungsgericht des Kantons Aargau überwiesen.

**2.7.**

Mit Instruktionsverfügung des aargauischen Versicherungsgerichts vom 2. November 2005 wurde die Klage vom 31. Oktober 2003 der Beklagten

zur Erstattung einer Klageantwort zugestellt. Diese stellte in ihrer Klageantwort vom 30. November 2005 das Rechtsbegehren, die Klage sei vollumfänglich abzuweisen. In materieller Hinsicht verwies sie auf den bereits durchgeführten Schriftenwechsel.

**2.8.**

In seiner Replik vom 13. Januar 2006 beantragte der Kläger erneut die vollumfängliche Gutheissung seiner Klage vom 31. Oktober 2003.

**2.9.**

Die Beklagte verzichtete in der Folge auf die Erstattung einer Duplik.

**2.10.**

Mit Instruktionsverfügung vom 22. Juni 2006 wurden von der Beklagten die seit dem 1. Januar 1997 geltenden Allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB) betreffend Krankentaggeldversicherung nach VVG, die entsprechenden Versicherungspolice des Klägers sowie eine Zusammenstellung der bereits an ihn ausbezahlten Krankentaggelder beigezogen. Ausserdem wurden die Parteien aufgefordert, dem Versicherungsgericht mitzuteilen, ob in der Zwischenzeit von der Invalidenversicherung ein Rentenentscheid ergangen sei.

**2.11.**

Mit Eingabe vom 26. Juni 2006 teilte der Kläger mit, die SVA Aargau, IV-Stelle, habe mit Verfügungen vom 26. Januar bzw. 2. Februar 2006 über seine Ansprüche entschieden, wobei dagegen Einsprache erhoben worden sei. Gleichzeitig reichte er die entsprechenden Unterlagen ein.

**2.12.**

Am 14. Juli 2006 äusserte sich die Beklagte dahingehend, der Kläger sei bis 9. Dezember 2002 über die ehemalige Arbeitgeberin, die [REDACTED] [REDACTED] kollektiv-krankentaggeldversichert gewesen. Ab 1. Januar 2003 verfüge er über die Einzel-Taggeldversicherung "[REDACTED]" nach VVG. Gleichzeitig teilte sie ebenfalls mit, die IV-Stelle habe dem Kläger mit Verfügungen vom 26. Januar und 2. Februar 2006 rückwirkend ab 1. Oktober 2002 bis 31. Dezember 2003 eine halbe Rente und ab 1. Januar 2004 bis auf weiteres eine Dreiviertelsrente zugesprochen. Ausserdem reichte sie die vom Gericht verlangten Unterlagen ein.

**2.13.**

Die IV-Stelle wies die Einsprache des Klägers gegen ihre Verfügung vom 2. Februar 2006, worin ihm aufgrund eines Invaliditätsgrads von 65 % rückwirkend ab 1. September 2003 eine halbe Rente und ab 1. Januar 2004 bis auf weiteres eine Dreiviertelsrente zugesprochen worden war, mit Einspracheentscheid vom 6. Oktober 2006 ab. Die dagegen beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau erhobene Beschwerde vom

9. November 2006, worin die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids sowie weitere Abklärungen hinsichtlich der Resterwerbsfähigkeit verlangt wurden, zog der Kläger mit Schreiben vom 19. Januar 2007 vorbehaltlos zurück. Demgemäss wurde das Beschwerdeverfahren mit Beschluss vom 23. Januar 2007 als durch Rückzug der Beschwerde erledigt von der Kontrolle abgeschrieben (VBE.2006.736).

---

## **Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:**

### **1.**

#### **1.1.**

Gemäss bisheriger Praxis des Versicherungsgerichts war für Klagen betreffend Krankentaggeldversicherungen nach VVG nicht das Versicherungsgericht, sondern das Zivilgericht zuständig (vgl. publizierter Fall in AGVE 2001 103 f. mit Hinweisen). Begründet wurde diese Praxis insbesondere damit, dass es sich bei der Taggeldversicherung nach VVG um ein rein privatrechtliches Rechtsverhältnis und nicht um eine Sozialversicherung handle. Im 2. Titel des KVG würden die Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgelistet und im 3. Titel die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG geregelt; darin nirgends geregelt seien die weitergehenden Taggeldversicherungen (nach VVG), weshalb diese auch nicht als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung gelten könnten. An dieser Praxis konnte aus folgenden Gründen nicht mehr festgehalten werden:

Die in Art. 12 KVG genannten Zusatzversicherungen sollen den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des KVG, in welchem nur die gesetzlich vorgesehenen Leistungen erbracht werden dürfen (Art. 34 Abs. 1 KVG), durch Krankenpflegeleistungen nach den persönlichen Wünschen und Bedürfnissen der Versicherten ergänzen (Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 132; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Koller/Müller/Rhinow/Zimmerli, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], S. 30). Die Taggeldversicherung nach KVG legt eine Mindestdauer für die Auszahlung der Taggelder (Art. 72, 74 KVG), jedoch keinen Mindestbetrag fest. Es entspricht daher einer verbreiteten Praxis der Krankenversicherer, die soziale Taggeldversicherung auf einen bestimmten Höchstbetrag (von 6, 10 oder 30 Franken) zu beschränken und einen weitergehenden Versicherungsschutz ausschliesslich im Rahmen von Zusatzversicherungen nach VVG anzubieten. Diese Praxis ist in der Literatur verbreitet auf Kritik gestossen (Maurer, a.a.O., S. 113; Eugster, SBJV, Rz. 359; Ueli Kieser, Die Stellung der Nichterwerbstätigen in der freiwilligen Taggeldversicherung, in: Jean-Louis Duc (Hrsg.), LAMal-KVG, Lausanne 1997, S. 600 f.), wurde vom Eidgenössischen Versicherungsgericht aber als gesetzmässig anerkannt (BGE 126 V 494 f.). Neben der tiefen Taggeldsumme, welche den tat-

sächlichen Erwerbsausfall nicht deckt, besteht bei der Taggeldversicherung nach KVG zudem die Pflicht, Taggelder immer auch bei Mutterschaft auszuführen (Art. 72 Abs. 1 KVG). Des Weiteren dürfen Vorbehalte der Versicherer wegen vorbestehender Krankheiten in der sozialen Taggeldversicherung nicht länger als fünf Jahre ihre Geltung behalten, danach fallen sie automatisch dahin (Art. 69 Abs. 2 KVG).

Um den Bedürfnissen von Versicherern und Versicherungsnehmern, insbesondere dem Interesse der Versicherten, ihren Verdienstaustausch bei einer Krankheit oder Mutterschaft über eine längere Zeit und in einem höheren Ausmass zu decken, als dies die Taggeldversicherung nach KVG vorsieht, gerecht zu werden, bieten die dazu zugelassenen Versicherungsgesellschaften Krankentaggeldversicherungen nach VVG an. Diese Taggeldversicherung beruht auf dem Grundsatz der Vertragsfreiheit und erlaubt daher im Rahmen des VVG einen grossen Gestaltungsfreiraum, so im Besonderen im Bereich der Versicherungsvorbehalte und der Vertragsfreiheit, der Prämiengestaltung, des Versicherungsfalles, etc. Mit der privatrechtlichen Krankentaggeldversicherung, die eine eigenständige Versicherung darstellt, können die Bedürfnisse nach einer eigentlichen Absicherung des Erwerbsausfalles in Folge von Krankheit, Mutterschaft und subsidiär Unfall abgedeckt werden, für die die soziale Krankenversicherung mit ihrer Ausgestaltung im KVG nur eine ungenügende Deckung gewährleistet (vgl. dazu Gebhard Eugster, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: Jean-Louis Duc (Hrsg.), LAMal-KVG, Lausanne 1997, S. 509 f., Alfred Maurer, a.a.O., S. 110). Entsprechend oft sind Erwerbstätige daher sowohl über ihren Arbeitgeber einer Taggeldversicherung nach KVG unterstellt als auch privat mit einer Krankentaggeldversicherung nach VVG abgedeckt. Die Taggeldversicherung nach VVG ist entgegen der bisherigen Auffassung somit als Ergänzung der sozialen Krankenversicherung im Bereich des Erwerbsausfalles, mithin als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung zu bezeichnen.

## **1.2.**

Eine solche Zuordnung rechtfertigt sich auch aus Gründen der Rechtssicherheit sowie der Einheit der Rechtsprechung. So ist die Rechtsgleichheit nicht gewährleistet, wenn die zivilrechtlichen Verfahren aus Krankenzusatzversicherungen anders behandelt und beurteilt werden als diejenigen, die aus Streitigkeiten betreffend Taggeldversicherung nach KVG entstehen, für welche nicht das Zivilgericht sondern das Versicherungsgericht sachlich zuständig ist. Da es sich beim (Sozial-)Versicherungsrecht um eine komplexe, eigenständige Materie handelt, wurde dafür als spezialisiertes Gericht das Versicherungsgericht geschaffen. Durch diese Spezialisierung besteht am Versicherungsgericht damit ein höheres Praxiswissen und Know-how in diesem Rechtsbereich, als dies an den Zivilgerichten möglich ist. Sowohl bei den Taggeldversicherungen nach KVG als auch den Krankentaggeldversicherungen nach VVG geht es aber in aller

Regel um sehr ähnliche respektive die gleichen Rechtsfragen, so beispielsweise um die Beurteilung der (Rest-)Arbeitsfähigkeit. Nicht zuletzt um die Einheit der Rechtsprechung im Taggeldversicherungsbereich zu gewährleisten, rechtfertigt es sich deshalb, die bisherige Praxis des Versicherungsgerichts zu ändern und die sachliche Zuständigkeit für die Krankentaggeldversicherungen nach VVG zu bejahen.

Es gilt demnach festzuhalten, dass die Krankentaggeldversicherungen nach VVG als Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu werten sind und als solche in den Zuständigkeitsbereich des Versicherungsgerichts gehören (Art. 32 Abs. 2 EG KVG; vgl. Beschluss des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau, 4. Kammer, vom 20. September 2005 [VKL.2005.48], Erw. 3 und 4; vgl. auch rechtskräftiges Urteil des aargauischen Versicherungsgerichts, 4. Kammer, vom 21. März 2006 [VKL.2005.48], Erw. 1). Auf die Klage vom 31. Oktober 2003 ist somit einzutreten.

## 2.

### 2.1.

Der Kläger ist seit dem 1. Januar 1997 bei der [REDACTED] im Rahmen einer Krankentaggeldversicherung nach VVG für ein Taggeld von 80 % des versicherten Lohnes ab dem 61. Krankheitstag versichert. Seit dem 26. Oktober 2001 wurde er infolge eines chronischen Lendenwirbelsäulenschmerzsyndroms bei Bandscheibenvordrängen zu 100 % arbeitsunfähig gemeldet und bezog in der Folge Krankentaggelder der Beklagten. Diese Vorgänge werden von keiner Seite bestritten. Die [REDACTED] kam mit Entscheid vom 9. August 2002 jedoch zum Schluss, nach Überprüfung der medizinischen Unterlagen und nach Rücksprache mit ihrem Vertrauensarzt sei der Kläger für eine wechselbewegliche, körperlich leichte und rückschonende Tätigkeit zu 100 % vermittelbar. Nach einer Anpassungszeit von vier Monaten, während der ihm das volle Krankentaggeld gewährt werde, erhalte er ab dem 10. Dezember 2002 kein Taggeld mehr. Der Kläger lässt demgegenüber geltend machen, es seien ihm vom 10. Dezember 2002 bis zum 5. Januar 2003 27 Krankentaggelder zu Fr. 127.--, somit Fr. 3'429.--, vom 26. Februar bis zum 30. Juni 2003 125 Krankentaggelder zu Fr. 127.--, somit Fr. 15'875.--, und vom 1. Juli bis zum 31. Oktober 2003 (oder bis zum Ende der Leistungspflicht oder bis zur Erlangung der vollen Erwerbsfähigkeit) mind. Fr. 63.50 pro Tag, somit mind. Fr. 7'810.50, alles zuzüglich Verzugszinsen von 5 % seit Verfalltag, zu bezahlen.

Wie erwähnt, handelt es sich beim vorliegenden Versicherungsvertrag um eine Krankentaggeldversicherung nach VVG. Entsprechend ist der Versicherer in der Ausgestaltung der Taggeldversicherung frei. Im vorliegenden Fall sind die Bestimmungen des VVG sowie die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) der Beklagten für die "[REDACTED] Taggeld-

versicherung" (Ausgabe 1. Januar 1997/98/99) massgebend. Gemäss Ziff. 1 ZVB deckt die Taggeldversicherung "██████████" bis zur Höhe des versicherten Taggeldes den nachgewiesenen Einkommensausfall, der durch eine krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit entsteht. Nach Ziff. 2.1 ZVB können wahlweise die Risiken Krankheit und/oder Unfall abgeschlossen werden, wobei eine Leistungsdauer von maximal 730 Kalendertagen pro Schadenfall möglich ist (Ziff. 2.2b ZVB). Die Taggeld-Versicherung erlischt automatisch, wenn die maximale Leistungsdauer erreicht ist oder bei Aufgabe der Erwerbstätigkeit (Ziff. 5.2 ZVB). Anspruch auf Leistungen besteht bei nachgewiesenem Einkommensausfall und bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 %. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer Krankheit oder eines Unfalles vorübergehend oder dauernd nicht mehr fähig ist, ihren Beruf oder eine andere ihr zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Zumutbar ist eine andere Tätigkeit dann, wenn sie den Kenntnissen, Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person angemessen ist (Ziff. 6 ZVB). Der Anspruch auf Taggelder beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist (Ziff. 8.1 ZVB), wobei Wartefristen von 30 und mehr Tagen an die maximale Leistungsdauer gemäss Ziff. 2 ZVB angerechnet werden (Ziff. 9.1 ZVB). Das Taggeld wird grundsätzlich bei ärztlich bestätigter teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet (Ziff. 10.1 ZVB). Anspruch auf Taggeldleistung besteht nur in dem Masse, als der versicherten Person kein Versicherungsgewinn erwächst. Als Versicherungsgewinn gelten die Leistungen, welche die Deckung des Einkommensausfalles der versicherten Person übersteigen (Ziff. 11.1 ZVB). Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Klägers gilt es Folgendes festzustellen:

## 2.2.

Aus dem Bericht des Kantonsspitals ██████████ Rheumaklinik (Dr. med. ██████████, Klinikleiter ad interim; Dr. med. ██████████, Assistenzarzt) vom 18. Juli 2002 geht folgende Diagnose hervor: "chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Bandscheibenprotrusion L4/5 + L5/S1". Im Weiteren wurde ausgeführt, die Prognose sei ungewiss und bis Mitte Juli 2002 erfolge eine Physiotherapie. Beim Heilungsverlauf seien psychosoziale Rehabilitationshindernisse nicht ausschliessbar. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 12. März 2002; ein Arbeitsversuch zu 50 % vom 11. März 2002 sei wegen der Schmerzen gescheitert. Im angestammten Beruf (Mitarbeiter Giesserei) sei der Patient nicht arbeitsfähig. Eine leichtere Tätigkeit könne ihm jedoch ab sofort zu 100 % zugemutet werden. Es müsse sich dabei um rüchenschonende Arbeiten mit Wechselbelastungen, sowohl sitzend als auch stehend, handeln. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den morphologischen Befunden und den Beschwerden (vgl. Klageantwortbeilage [KAB] 2).

**2.3.**

Der Vertrauensärztliche Dienst der Beklagten, Dr. med. [REDACTED], FMH für Rechtsmedizin, gab in seinem Bericht vom 6. August 2002 an, mit der Wiedererlangung der vollen oder zumindest teilweisen Arbeitsfähigkeit des Klägers in seinem bisherigen Beruf als Giesser sei nicht zu rechnen. Im Weiteren führte er aus, aufgrund der vorliegenden Unterlagen müsse von einer stabilen, chronifizierten Situation ausgegangen werden. Für rückschonende, leichte und wechselbelastende körperliche Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von schweren Lasten, sitzend und stehend, bestehe dagegen ab sofort eine volle Arbeitsfähigkeit (KAB 3).

**2.4.**

Im Bericht des Kantonsspitals [REDACTED], Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, [REDACTED] vom 3. April 2003, in welcher der Kläger vom 6. Januar bis 5. Februar 2003 hospitalisiert war, wurde im Wesentlichen ausgeführt, in gemeinsamer Absprache werde der Patient vom Hausarzt Dr. med. [REDACTED] nochmals in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik [REDACTED] für eine stationäre Therapie angemeldet, welche auch eine multimodale Therapie mit psychiatrischer Hilfe beinhalte. Es bestehe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit seit dem 30. Oktober 2001, welche bis zum 1. Mai 2003 verlängert worden sei. Danach sei eine Arbeit aus rein rheumatologischer Sicht mit leichter Rückenbelastung möglich, jedoch seien die Kontextfaktoren bei dieser Beurteilung nicht berücksichtigt. Eine Neubestimmung sei somit erst nach der stationären Therapie in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik [REDACTED] mit multimodaler Therapie möglich (vgl. Klagebeilage [KB] 3).

**2.5.**

Laut den ärztlichen Zeugnissen des Hausarztes Dr. med. [REDACTED], Allgemeine Medizin, [REDACTED] vom 7. Juni, 8. Juli, 14. August, 12. September und 15. Oktober 2003 besteht beim Kläger vom 1. Juni bis 31. Oktober 2003 durchgehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (KB 4a bis e).

**2.6.**

Die RehaClinic [REDACTED] bestätigte in ihrem Arbeitsfähigkeitszeugnis vom 3. September 2003, dass der Kläger dort vom 20. Mai bis 5. Juni 2003 hospitalisiert gewesen sei; es seien Arbeitsunfähigkeiten von 100 % vom 20. Mai bis 30. Juni 2003 und von 50 % ab 1. Juli 2003 für leichte bis mittelschwere Arbeiten ausgestellt worden. Im Weiteren wurde ausgeführt, die weitere Auslegung der Arbeitsfähigkeit sollte durch den Hausarzt Dr. med. [REDACTED] bzw. die Rheumaklinik des Kantonsspitals [REDACTED] erfolgen (KB 5).

**2.7.**

Im Einspracheentscheid des kantonalen Amtes für Wirtschaft und Arbeit (AWA) vom 9. September 2003 wurde die Vermittlungsfähigkeit des Klä-

gers ab 1. Juli 2003 zu 50 % bejaht. Im Weiteren wurde im Wesentlichen ausgeführt, es sei erstellt, dass der Versicherte vom 26. Oktober 2001 zumindest bis am 30. Juni 2003 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit aufzuweisen gehabt habe, ab dem 1. Juli 2003 zu 50 % für leichte bis mittelschwere Arbeit als arbeitsfähig bezeichnet werde und damit ab diesem Datum auch wieder zu 50 % vermittelbar sei. Sollte sich sein Gesundheitszustand gemäss Arzteugnis weiterhin verbessern, könnte seine Vermittlungsfähigkeit im gleichen Umfang auch wieder angepasst werden (KB 5).

## 2.8.

Dr. med. [REDACTED] bestätigte in seinen ärztlichen Zeugnissen vom 13. November, 10. Dezember 2003 und 15. Januar 2004 auch eine durchgehende vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. November 2003 bis 31. Januar 2004 (vgl. Replikbeilage [RB] 2a bis c).

## 3.

### 3.1.

Nach einer Würdigung der ins Recht gelegten Akten ist – angesichts der vorliegenden unterschiedlichen Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen – auf die umfassenden und schlüssigen Arztberichte des Kantonsspitals [REDACTED] vom 3. April 2003 sowie der RehaClinic [REDACTED] vom 3. September 2003 abzustellen, wonach der Kläger aufgrund seiner Rückenbeschwerden unbestrittenermassen seit dem 26. Oktober 2001 zu 100 % arbeitsunfähig ist und diese Arbeitsunfähigkeit durchgehend bis zum 30. Juni 2003 dauert. Das Kantonsspital [REDACTED] verlängerte die vollständige Arbeitsfähigkeitsbescheinigung zwar nur bis zum 1. Mai 2003 und gab an, danach sei eine Arbeit aus rein rheumatologischer Sicht mit leichter Rückenbelastung möglich; es wies jedoch darauf hin, eine Neubestimmung sei erst nach der stationären Therapie in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik [REDACTED] mit multimodaler Therapie möglich (vgl. Erw. Ziff. 2.4. hievor). Die RehaClinic [REDACTED], in welcher der Kläger vom 20. Mai bis 5. Juni 2003 hospitalisiert war, attestierte daraufhin eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 20. Mai bis 30. Juni 2003 und danach eine solche von 50 % ab 1. Juli 2003 für leichte bis mittelschwere Arbeiten (vgl. Erw. Ziff. 2.6. hievor). Auf diese Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen ist abzustellen, da der Kläger in beiden Kliniken hospitalisiert war (vom 6. Januar bis 5. Februar 2003 und vom 20. Mai bis 5. Juni 2003) und diese Berichte daher die zuverlässigere Grundlage darstellen als die älteren Berichte des Kantonsspitals [REDACTED], Rheumaklinik, vom 18. Juli 2002 und die Angaben des Vertrauensarztes der Beklagten vom 6. August 2002, wonach der Kläger bereits seit Juli bzw. August 2002 für eine rückschonende, leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Tragen von schweren Lasten vollumfänglich arbeitsfähig sein soll (vgl. Erw. Ziff. 2.2. und 2.3. hievor). Diese Einschätzung steht im Übrigen auch im Einklang mit dem Einspracheentscheid des AWA vom 9. September 2003, welches feststellte, dass der Kläger

vom 26. Oktober 2001 zumindest bis zum 30. Juni 2003 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit aufzuweisen gehabt habe und ab dem 1. Juli 2003 im Umfang von 50 % für leichte bis mittelschwere Arbeit als arbeitsfähig bezeichnet werde und damit ab diesem Datum auch wieder zu 50 % vermittelbar sei (vgl. Erw. Ziff. 2.7. hievor). Auf die anders lautenden ärztlichen Zeugnisse des Hausarztes, wonach der Kläger durchgehend vom 1. Juni 2003 bis 31. Januar 2004 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sein soll, kann nicht abgestellt werden, zumal diese Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen mit keinem Wort erläutert werden und ihnen daher nicht annähernd der gleiche Beweiswert wie den vorerwähnten Klinikberichten zuerkannt werden kann. Demnach hätte der Kläger auch in den fraglichen Zeiträumen vom 10. Dezember 2002 bis 5. Januar 2003 und vom 26. Februar bis 30. Juni 2003 Anspruch auf volle Krankentaggelder der Beklagten.

Bei der Anspruchsberechtigung des Klägers auf Krankentaggeldleistungen der Beklagten ab 1. Juli 2003 mit einer bisher ausgewiesenen Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte bis mittelschwere Arbeiten verhält es sich wie folgt: Nach den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) " Taggeldversicherung" (Ausgabe 1. Januar 1997/98/99) der Beklagten wird das Taggeld grundsätzlich bei ärztlich bestätigter teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet (Ziff. 10.1 ZVB). Nach der seit dem 1. Januar 2003 gültigen "Versicherungspolice VVG" der Beklagten hat der Kläger bei Krankheit ein Taggeld von Fr. 127.-- während einer Leistungsdauer von 730 Tagen (bei einer Wartezeit von 60 Tagen) zu Gute. Demnach stünde ihm ab 1. Juli 2003 bei einer Arbeits(un)fähigkeit von 50 % ein hälftiges Taggeld von Fr. 63.50 zu.

### 3.2.

Aus der Aufstellung der Beklagten über die vom Kläger bereits bezogenen Taggelder geht hervor, dass dieser bis zum 25. Februar 2003 bereits 427 Taggelder bezogen hat. Demnach besteht zum Höchstanspruch von 730 Tagen eine Differenz von 303 Taggeldern. Demnach hätte der Kläger in den eingeklagten Zeiträumen vom 10. Dezember 2002 bis 5. Januar 2003 (27 Taggelder zu Fr. 127.--), vom 26. Februar bis 30. Juni 2003 (125 Taggelder zu Fr. 127.--) und vom 1. Juli 2003 bis zum 31. Oktober 2003 (123 Taggelder zu Fr. 63.50) Anspruch auf insgesamt 275 Taggelder bzw. auf Krankentaggeldleistungen in Höhe von Fr. 3'429.--, Fr. 15'875.-- und Fr. 7'810.50, somit auf insgesamt Fr. 27'114.50.

Im vorliegenden Fall kann den oben wiedergegebenen zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) der Beklagten für die " Taggeldversicherung" kein Verfalltag entnommen werden. Mangels einschlägiger Vorschriften im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist die Verzinsungsfrage nach Massgabe von Art. 102 OR zu beantworten (vgl. nicht publ.

Urteil des Bundesgerichts vom 14. Mai 2001 [5C.57/2001], Erw. 2a mit Hinw.). Ob hier ein Verfalltagsgeschäft nach Art. 102 Abs. 2 OR vorliegt, oder ob von einem Mahngeschäft im Sinne von Art. 102 Abs. 1 OR auszugehen ist, kann offen bleiben, wie im Folgenden noch aufzuzeigen ist. Die Frage, ab welchem Zeitpunkt Anspruch auf einen Verzugszins von 5 % auf dem vorerwähnten Betrag von Fr. 27'114.50 besteht, braucht nicht beantwortet zu werden.

### 3.3.

Den dem Gericht nachgereichten Verfügungen der SVA Aargau, IV-Stelle, vom 26. Januar und 2. Februar 2006 kann entnommen werden, dass dem Kläger rückwirkend ab 1. Oktober 2002 aufgrund eines Invaliditätsgrads von 65 % eine halbe Invalidenrente und mit Wirkung ab 1. Januar 2004 bis auf weiteres eine Dreiviertelsrente (4. IV-Revision) zugesprochen wurde. Die gegen die erwähnten Rentenverfügungen erhobene Einsprache wies die IV-Stelle mit Einspracheentscheid vom 6. Oktober 2006 ab. Die in der Folge am 9. November 2006 beim aargauischen Versicherungsgericht anhängig gemachte Beschwerde zog der Kläger mit Schreiben vom 19. Januar 2007 zurück, worauf das Beschwerdeverfahren mit Beschluss vom 23. Januar 2007 als durch Rückzug der Beschwerde erledigt von der Kontrolle abgeschrieben wurde (VBE.2006.736). Demnach stehen dem Kläger definitiv Rentenbetreffnisse der IV seit dem 1. Oktober 2002 bis auf weiteres zu.

### 3.4.

Anspruch auf Taggeldleistungen besteht nur in dem Masse, als der versicherten Person kein Versicherungsgewinn erwächst. Als Versicherungsgewinn gelten die Leistungen, welche die Deckung des Einkommensausfalles der versicherten Person übersteigen. Die versicherte Person hat den Nachweis von ungedecktem Einkommensausfall zu erbringen, ansonsten kein Anspruch auf Taggeldleistungen besteht (vgl. Ziff. 11.1 und 11.2 ZVB).

Die IV-Stelle sprach dem Kläger mit rechtskräftiger Verfügung vom 26. Januar 2006 bzw. Einspracheentscheid vom 6. Oktober 2006 Rentenbetreffnisse von monatlich Fr. 884.-- (1. Oktober bis 31. Dezember 2002) und Fr. 906.-- (1. Januar bis 31. August 2003) zu, was zu einer Überentschädigung des Klägers führte. Auf der vorerwähnten Rentenverfügung der IV-Stelle wurde bei der Abrechnung vermerkt, die [REDACTED] habe mitgeteilt, dass für die Zeit vom 1. Oktober 2002 bis 31. August 2003 eine Überentschädigung von Fr. 3'461.50 bestehe. Diese Überentschädigung sei mit der Nachzahlung verrechnet worden und der Betrag von Fr. 3'461.50 sei direkt an die [REDACTED] überwiesen worden. Da bereits die bisherige unbestrittene Taggeldausrichtung der Beklagten (im Zeitraum vom 1. November 2001 bis 25. Februar 2003) zusammen mit der nun rückwirkend zugesprochenen IV-Rente

(im Zeitraum vom 1. Oktober 2002 bis 31. August 2003) zu einer Überentschädigung in der genannten Höhe geführt hat, was vom Kläger nicht bestritten wird, würde die zusätzliche Zusprache von Krankentaggeldern im vorliegend fraglichen Zeitraum vom 10. Dezember 2002 bis 5. Januar 2003, vom 26. Februar bis zum 30. Juni 2003 und vom 1. Juli bis 31. August 2003 zu einer weiteren Überentschädigung führen. Dies muss auch für die vorliegend noch fraglichen Monate September und Oktober 2003 gelten, da der Kläger – ab 1. September 2003 nun zusammen mit seiner Ehefrau – weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente der IV (ab 1. Januar 2004 zufolge der 4. IV-Revision sogar auf eine Dreiviertelsrente) hat (vgl. Verfügung der IV-Stelle vom 2. Februar 2006). Demnach besteht kein Anspruch des Klägers auf weitere Krankentaggeldleistungen der Beklagten, da diese Leistungen die Deckung des Einkommensausfalles des Klägers ebenfalls übersteigen und damit Versicherungsgewinn darstellen würden (vgl. Ziff. 11.1 ZVB). Demnach ist die Klage vom 31. Oktober 2003 vollumfänglich abzuweisen.

**4.**

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 85 Abs. 3 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen [VAG]). Ausgangsgemäss ist dem Kläger keine Parteientschädigung zuzusprechen (§ 30 der Verordnung über die Rechtspflege in Sozialversicherungssachen [VRS] i.V.m. § 112 Abs. 1 ZPO). Die Beklagte hat sich nicht anwaltlich vertreten lassen. Ihr Arbeitsaufwand und ihre Umtriebe im vorliegenden Verfahren haben den Rahmen dessen nicht überschritten, was eine Versicherung zumutbarerweise im Rahmen ihrer Tätigkeit auf sich zu nehmen hat. Daher ist ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. dazu BGE 113 Ib 353 Erw. 6b mit Hinw.; Urteil des Bundesgerichts vom 14. Mai 2001 i.S. A. [5c57/2001]).

---

**Das Versicherungsgericht erkennt:**

**1.**

Die Klage wird abgewiesen.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

---

Zustellung an:  
den Kläger (Vertreter; 2fach)  
die Beklagte  
das Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung

---

### **1. Beschwerde in Zivilsachen**

Dieser Entscheid kann, wenn sich eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung stellt (Art. 74 Abs. 2 lit. a des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [Bundesgerichtsgesetz, BGG] vom 17. Juni 2005), wegen Verletzung von Bundesrecht, Völkerrecht, kantonalen verfassungsmässigen Rechten und interkantonalem Recht **innert 30 Tagen** seit Zustellung mit der **Beschwerde in Zivilsachen** beim **Schweizerischen Bundesgericht**, 1000 Lausanne 14, angefochten werden. Die unterzeichnete Beschwerde muss das Begehren, wie der Entscheid zu ändern ist, sowie in gedrängter Form die Begründung, inwiefern der angefochtene Akt Recht verletzt, mit Angabe der Beweismittel enthalten. Ist eine Beschwerde nur unter der Voraussetzung zulässig, dass sich eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung stellt, ist auszuführen, warum diese Voraussetzung erfüllt ist. Der angefochtene Entscheid und als Beweismittel angerufene Urkunden sind beizulegen (Art. 72 ff. BGG).

---

### **2. Subsidiäre Verfassungsbeschwerde**

Dieser Entscheid kann, soweit keine Beschwerde gemäss Ziff. 1 zulässig ist, wegen Verletzung von verfassungsmässigen Rechten **innert 30 Tagen** seit Zustellung mit der **subsidiären Verfassungsbeschwerde** beim **Schweizerischen Bundesgericht**, 1000 Lausanne 14, angefochten werden. Die unterzeichnete Beschwerde muss das Begehren, wie der Entscheid zu ändern ist, sowie in gedrängter Form die Begründung, inwiefern der angefochtene Akt Recht verletzt, mit Angabe der Beweismittel enthalten. Der angefochtene Entscheid und als Beweismittel angerufene Urkunden sind beizulegen (Art. 113 ff. BGG). Wird gegen einen Entscheid sowohl ordentliche Beschwerde als auch Verfassungsbeschwerde geführt, sind beide Rechtsmittel in der gleichen Rechtsschrift einzureichen (Art. 119 Abs. 1 BGG).

---

Aarau, 13. März 2007

**Versicherungsgericht des Kantons Aargau**

3. Kammer

Die Präsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Plüss

Schmidhauser