



731 07 50 / 263

Urteil vom 17. Oktober 2007

Besetzung Vizepräsident Christof Enderl, Kantonsrichterin Susanne Leutenegger Oberholzer, Kantonsrichter Michael Guex, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

Parteien X, Kläger
vertreten durch Alain Joset, Advokat, Rebgasse 15, Postfach 215,
4410 Liestal

gegen

Y Versicherungen AG,
Beklagte

Betreff Forderung

A. Mit Schreiben vom 12. Dezember 2006 erhob X, vertreten durch Alain Joset, Klage gegen die Y Versicherungen AG (Y) mit dem Begehren, die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger rückwirkend ab dem 1. März 2006 die vertraglich und gesetzlich geschuldeten Krankentaggeldleistungen auszuzahlen. Des Weiteren wurde das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung gestellt. Zur Begründung wurde ausgeführt, der Kläger sei Versicherungsnehmer der Krankentaggeldversicherung bei der Y und habe infolge seiner Krankheit einen Erwerbsausfall. Er könne wegen seiner gesundheitlichen Beschwerden zur Zeit nicht arbeiten und sei deshalb darauf angewiesen, weiterhin Krankentaggelder zu erhalten. Es sei nicht ersichtlich, warum die Y ihre Leistungen eingestellt habe, obwohl der Höchstanspruch von 730 Tagen noch nicht erreicht sei und X klar einen Erwerbsausfall durch seine Krankheit erleide. Wäre er nämlich gesund, könnte er arbeiten und ein Erwerbseinkommen erzielen.

B. Mit Klagantwort vom 22. Februar 2007 beantragte die Y, dass die Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolge abgewiesen werde. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass einen Verdienstaufschlag erleide, wer als Angestellter in ungekündigter Stellung krankheitsbedingt arbeitsunfähig sei und vorübergehend vom Arbeitgeber keinen Lohn beziehe. Indessen könne auch eine arbeitslose Person einen Erwerbsausfall erleiden, welcher Anspruch auf Krankentaggelder verleihe. Voraussetzung sei allerdings, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststehe, dass die versicherte Person eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, wenn sie nicht krank wäre. Gemäss Rechtsprechung würden dabei zwei Fallgruppen unterschieden. Wenn eine versicherte Person ihre Stellung durch Kündigung zu einem Zeitpunkt verliere, da sie bereits zufolge Krankheit arbeitsunfähig sei, gelte die Vermutung, dass sie — wie vor der Erkrankung — erwerbstätig wäre, wenn sie nicht erkrankt wäre. In solchen Fälle könne der Anspruch nur verneint werden, wenn konkrete Indizien dafür vorliegen würden, dass die versicherte Person, auch wenn sie nicht erkrankt wäre, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht eine Erwerbstätigkeit ausüben würde. Anders seien jene Fälle zu beurteilen, da die versicherte Person erkrankte, nachdem sie bereits zuvor arbeitslos geworden sei. Diesfalls sei von der Vermutung auszugehen, dass die versicherte Person, auch wenn sie nicht erkrankt wäre, weiterhin keine Erwerbstätigkeit ausüben würde. Diese Vermutung könne indessen durch den Nachweis, dass die versicherte Person mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine konkret bezeichnete Stelle angetreten hätte, wenn sie nicht erkrankt wäre, widerlegt werden.

Im vorliegenden Fall sei der Kläger erkrankt, nachdem er bereits arbeitslos gewesen sei. Den Nachweis, dass er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine bestimmt bezeichnete Arbeitsstelle hätte antreten können, wenn er nicht erkrankt wäre, habe er nicht erbracht. Somit habe der Kläger keinen Anspruch auf die versicherten Leistungen.

C. Nachdem der Kläger auf Aufforderung des Gerichts hin Unterlagen betreffend seine finanziellen Verhältnisse eingereicht hatte, wies die instruierende Gerichtspräsidentin am 16. April 2007, den Antrag des Klägers betreffend Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung ab.

D. Mit Schreiben vom 14. Juni 2007 verzichtete X durch seinen Rechtsvertreter auf die Einreichung einer Replik.

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 aber dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 1. Juli 1908.

Im Bereich der Zusatzversicherungen steht den Krankenkassen keine hoheitliche Gewalt zu. Sie sind demnach nicht befugt, über Ansprüche der versicherten Personen aus Zusatzversicherungen oder über Prämienforderungen aus Zusatzversicherungen Verfügungen zu erlassen. Bei Streitigkeiten aus solchen Zusatzversicherungen gelangt deshalb ein Klageverfahren zur Anwendung (UELI KIESER, Die Neuordnung der Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung, in: Aktuelle Juristische Praxis [AJP] 1997 S. 11 ff., S. 17; RAYMOND SPIRA, Die Rechtspflege in der neuen Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit [CHSS] 1995, S. 256 ff.). Art. 85 Abs. 1 und 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) vom 17. Dezember 2004 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, 3. Aufl., Bern 2003, § 32 N 1; BGE 124 III 44, 124 III 229). Der Kanton Basel-Landschaft hat von dieser Befugnis Gebrauch gemacht und das Kantonsgericht in § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 für sachlich zuständig erklärt.

1.2 Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden Leistungen der Beklagten aus Zusatz-

versicherungen zur sozialen Krankenversicherung. Das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ist somit sachlich zur Beurteilung der Streitigkeit zuständig. 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 Ziff. 32 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenzusatzversicherung (KZV) der Y steht dem Versicherungsnehmer wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers zur Verfügung. Der Kläger hat seinen Wohnsitz in Pratteln. Damit ist das Kantonsgericht auch örtlich zur Behandlung der Streitigkeit zuständig. Da auch die übrigen formellen Voraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Klage einzutreten.

2.1 Verfahrensmässig haben die Kantone gemäss Art. 85 Abs. 2 VAG „...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 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.

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

3. Die freiwillige Taggeldversicherung nach Art. 67 ff. KVG bezweckt die Deckung des Erwerbsausfalls infolge von Krankheit, Unfall oder Mutterschaft, ist also eine reine Erwerbsausfallversicherung (Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBI 1992 I S. 138). Dies schliesst indessen nicht aus, dass im Versicherungsvertrag neben dem Verdienstaufschlag weitere krankheitsbedingte Schadenspositionen als versicherte Risiken aufgeführt werden (vgl. dazu ALFRED MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 108).

3.1 Aus den vorliegend anwendbaren Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) S, Ausgabe 2005, ergibt sich ohne weiteres, dass die vom Kläger abgeschlossene Taggeldversicherung eine Erwerbsausfallversicherung war. Nach Ziff. 1 ZVB S deckt die Taggeldversicherung S den nachgewiesenen Einkommensausfall bis zur Höhe des versicherten Taggeldes, der durch eine krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit entsteht. Des Weiteren wird in Ziff. 11.2 ZVB S festgehalten, dass die versicherte Person den Nachweis von ungedecktem Einkommensausfall zu erbringen hat.

Im vorliegenden Fall hat der Kläger mit der Beklagten eine Taggeldversicherung für ein Taggeld von Fr. 117.- bei einer Wartefrist von 30 Tagen während einer Leistungsdauer von 730 Tagen abgeschlossen.

4. Nach der Rechtsprechung kann auch eine arbeitslose Person, die keinen Anspruch auf Taggelder der Arbeitslosenversicherung (oder auf Arbeitslosentaggelder nach kantonalem Recht) besitzt, einen Erwerbsausfall erleiden, welcher Anspruch auf Krankentaggelder verleiht. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist allerdings, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die versicherte Person eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, wenn sie nicht krank wäre. Es ist die Aufgabe der Verwaltung und gegebenenfalls des Gerichts, in Anwendung des Untersuchungsgrundsatzes (welcher durch die Mitwirkungspflicht der versicherten Person ergänzt wird; Locher, a.a.O., § 68 N 11 ff. und § 74 N. 17 ff.) abzuklären, ob die versicherte Person einer Erwerbstätigkeit nachgehen würde, wenn sie nicht erkrankt wäre. Dabei haben Verwaltung und Gericht nach der Rechtsprechung grundsätzlich zwei Fallkategorien zu unterscheiden: Wenn eine versicherte Person ihre Stelle durch Kündigung zu einem Zeitpunkt

verliert, da sie bereits zufolge Krankheit arbeitsunfähig ist, gilt die Vermutung, dass sie - wie vor der Erkrankung - erwerbstätig wäre, wenn sie nicht erkrankt wäre. In solchen Fällen kann der Anspruch auf Krankentaggelder nur verneint werden, wenn konkrete Indizien dafür vorliegen, dass die versicherte Person, auch wenn sie nicht erkrankt wäre, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Erwerbstätigkeit ausüben würde (BGE 102 V 83; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 2. März 2000, K 134/1998, E. 3a; nicht veröffentlichtes Urteil des EVG vom 1. September 1997, K 142/96; Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 K 932 S. 65 E. 3; Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 30. Mai 2006 E. 3.2, KK.2005.00026). Anders sind jene Fälle zu beurteilen, da die versicherte Person erkrankt, nachdem sie bereits zuvor arbeitslos geworden ist. Diesfalls ist von der Vermutung auszugehen, dass die versicherte Person, auch wenn sie nicht erkrankt wäre, weiterhin keine Erwerbstätigkeit ausüben würde. Diese Vermutung kann indessen durch den Nachweis, dass die versicherte Person mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine konkret bezeichnete Stelle angetreten hätte, wenn sie nicht erkrankt wäre, widerlegt werden (Urteil des EVG vom 2. März 2000, K 134/1998, E. 3a; RKUV 1998 KV Nr. 43 S. 422 E. 2b; Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 1998 KV Nr. 4 S. 9 E. 3b; Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 30. Mai 2006; KK. 2005.00026, E. 3.2).

4.1 Der Kläger arbeitete bis Ende Februar 2004 und war danach arbeitslos. Seit April 2005

bis auf weiteres war bzw. ist der Kläger zu 100% arbeitsunfähig. Somit ergibt sich, dass der Kläger vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit arbeitslos war. Nach der in E. 4 hievor angeführten Rechtsprechung könnte deshalb der Anspruch auf Taggelder der Y nur anerkannt werden, wenn der Kläger, wäre er nicht erkrankt, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine von ihm konkret bezeichnete Stelle angetreten hätte. Der Kläger macht lediglich allgemein geltend, dass er, wenn er gesund wäre, arbeiten würde. Hingegen unterlässt er es, eine konkrete Arbeitsstelle anzugeben oder gar nachzuweisen. Auch in den Akten lassen sich diesbezüglich keine Anhaltspunkte finden. Demzufolge ist der angefochtene Entscheid zu bestätigen und die vorliegende Klage abzuweisen.

5 Art. 85 Abs. 3 VAG bestimmt, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die

Parteien kostenlos zu sein hat. Für das vorliegende Verfahren sind deshalb keine Kosten zu erheben.

Zu prüfen bleibt, ob der Beklagten eine Parteientschädigung zu Lasten des Klägers zuzusprechen ist. Im Bereich der Zusatzversicherungen zur Krankenversicherung ist die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Partei im erstinstanzlichen Verfahren Anspruch auf Ersatz der Kosten für Prozessführung und Vertretung hat, bundesrechtlich weder im KVG noch im VAG geregelt, weshalb die Verlegung der Parteikosten grundsätzlich nach dem massgebenden kantonalen Prozessrecht zu erfolgen hat. Indessen ist vorliegend der spezialgesetzlich für einzelne Bundessozialversicherungszweige geregelte Grundsatz, wonach der obsiegende Sozial-


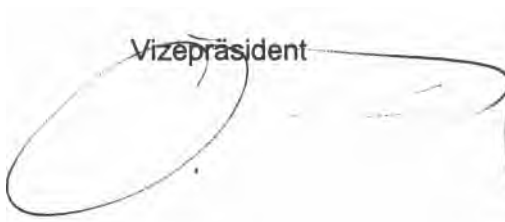
versicherungsträger grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung besitzt. auch im erstinstanzlichen Verfahren bei Streitigkeiten über Zusatzversicherungen zur Krankenkasse heranzuziehen. Es rechtfertigt sich, den damit einhergehenden Grundgedanken, wonach der Grundsatz der Kostenfreiheit ein tragendes Prinzip des Sozialversicherungsprozesses ist, auch auf das vorliegende Verfahren zu übertragen und damit 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 bezahlen zu müssen (vgl. BGE 126 V 150, E. 4b). Im Übrigen ist vorliegend darauf hinzuweisen, dass die Beklagte keinen externen Anwalt beigezogen hat, womit auch gemäss § 21 VPO kein Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht. Die ausserordentlichen Kosten sind demnach wettzuschlagen.

Demgemäss wird erkannt:

- ://:
- 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:

Der Streitwert gemäss Art. 74 BGG ist erreicht. 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).