



731 07 220 / 302

Urteil vom 14. November 2007

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Christof Enderle und
Markus Mattle, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

Parteien CE, c/o HE
Kläger, vertreten durch Simon Berger, Advokat, Haus Thurgauerhof,
Büchelistrasse / Lindenstrasse 2, 4410 Liestal

gegen

Y Krankenversicherung,
Beklagte

Betreff Forderung

A. Mit Schreiben vom 21. Mai 2007 erhob EC, vertreten durch Simon Berger, Advokat in Liestal, beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), Klage gegen die Y Krankenversicherung (Y) mit dem Begehren, die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger eine Summe von Fr. 28'152.-- zu bezahlen; Mehrforderung vorbehalten. Des Weiteren sei festzustellen, dass die Beklagte gegenüber dem Kläger aus Versicherungsvertrag hafte, solange die Arbeitsunfähigkeit fortbestehe und die Leistungsdauer von 720 Tagen noch nicht ausgeschöpft sei. Ausserdem sei dem Kläger die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Zur Begründung wurde ausgeführt, EC habe mit der Y einen Vertrag abgeschlossen und sich dabei u.a. gegen das Risiko Krankheit mit der privaten Taggeldversicherung S abgesichert. Wegen psychischer Probleme sei EC zwischen Oktober 2005 und Mai 2006 wiederholt arbeitsunfähig gewesen. Per Ende April 2006 sei EC gekündigt worden. Seither sei er zu 100% arbeitsunfähig,

was ihm durch ein Gutachten von Dr. med. C, Spezialarzt FMH für Psychiatrie, attestiert worden sei. Dem Kläger würden für den Zeitraum zwischen 1. Oktober bis 31. Dezember 2006 92 Taggelder zustehen. Da ihm lediglich die Hälfte der Taggelder (1 Taggeld = Fr. 153.--) ausbezahlt worden sei, habe er für diesen Zeitraum noch Anspruch auf den Betrag von Fr. 7'038.-- (92 x Fr. 76.50). Für den Zeitraum zwischen 1. Januar und 18. Mai 2007 sei ein Betrag von Fr. 21'114.-- geschuldet (138 x Fr. 153.--). Insgesamt habe die Beklagte dem Kläger somit bis 18. Mai 2007 Taggelder in der Höhe von Fr. 28'152.-- zu bezahlen. Dies werde teilklaugeweise geltend gemacht und eine Mehrforderung werde vorbehalten. Des Weiteren werde eine Feststellungsklage erhoben, da der Kläger ein rechtliches Interesse an der Feststellung seines Taggeldanspruches bis zum Ende der Versicherungsleistungen habe.

B. Mit Klagantwort vom 22. Juni 2007 beantragte die Y, dass die Klage — soweit darauf eingetreten werde — unter Kosten- und Entschädigungsfolge abgewiesen werde. Gemäss einem Gutachten von Dr. H, Psychiatrie & Psychotherapie FMH, vom 1. April 2006 sei die Arbeitsfähigkeit um maximal 20% beeinträchtigt. Da zwischen den Beurteilungen von Dr. C und Dr. H eine grosse Diskrepanz bestand, habe man den Kläger durch einen weiteren externen Psychiater beurteilen lassen, wobei auch eine neurologische Abklärung vorgenommen worden sei. In seinem umfangreichen Gutachten vom 4. September 2006 sei PD Dr. N vom Institut für Assessment GmbH zum Schluss gekommen, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Klägers bestehe, vielmehr dringend eine Strukturierung des Alltags des Patienten in Richtung einer schrittweisen Integration in die Arbeitswelt empfohlen werde. Aus körperlicher/neurologischer Sicht (Kopfschmerzen) sei von einer Arbeitsunfähigkeit von maximal 20% auszugehen. PD Dr. N empfahl des Weiteren, den Kläger ab Oktober 2006 zu 50% und in den Folgemonaten um je weitere 10% dem Arbeitsmarkt zuzuführen. In der Folge habe die Beklagte dem Kläger am 12. September 2006 mitgeteilt, dass ab 1. Oktober 2006 noch ein Taggeld von 50% erbracht werde und die Leistungen ab 1. Januar 2007 eingestellt würden. Auf die Gutachten von Dr. H und PD Dr. N könne abgestellt werden. Gemäss Art. 8 Ziff. 1 der Zusatzbedingungen zur Taggeldversicherung S (ZB Taggeldversicherung S) bezahle die Y bei voller Arbeitsunfähigkeit das versicherte Taggeld entsprechend dem entstandenen und nachgewiesenen Lohnausfall. Ein Taggeldanspruch bestehe allerdings nur im Falle einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% (Art. 8 Ziff. 2 ZB Taggeldversicherung S). Nach Feststellung der beiden Fachärzte Dr. H und PD Dr. N sei der Kläger nicht zu mindestens 25% arbeitsunfähig. Ein Taggeldanspruch über den 31. Dezember 2006 hinaus bestehe somit gemäss Versicherungsvertrag nicht. Sollte das Gericht einen Leistungsanspruch dennoch bejahen, mache die Beklagte in einem Eventualstandpunkt eine Kürzung des Taggeldanspruches aufgrund missachteter Schadenminderungspflichten geltend. Bezüglich der Feststellungsklage des Klägers führte die Beklagte an, dass diese nur zulässig sei, wenn keine Leistungsklage möglich sei. Vorliegend stehe dem Kläger aber offen, allfällige Leistungsansprüche über den 18. Mai 2007 hinaus mit Klage geltend zu machen, weshalb auf Ziff. 2 der Rechtsbegehren nicht einzutreten sei.

C. Mit Schreiben vom 29. Juni 2007 teilte der Rechtsvertreter von EC dem Gericht mit, dass EC offensichtlich Arbeitslosenunterstützung beziehe. Mit Schreiben vom 18. Juli 2007 führte EC durch seinen Rechtsvertreter aus, dass er zeitweise arbeitsfähig gewesen sei und Leistungen der Arbeitslosenversicherung erhalten habe. Da er vom 28. April bis 30. Juni 2007 lediglich zu 50% arbeitsunfähig gewesen sei, reduziere sich die Klageforderung um 64 Tage à Fr. 76.50, was einen Betrag von Fr. 4'896.-- ergebe. In der Zwischenzeit sei er wieder zu 100% arbeitsunfähig.

D. In ihrer Stellungnahme vom 7. August 2007 führte die Y aus, dass ihr die Eingabe des Klägers vom 18. Juli 2007 und die darin erwähnten Belege der Arbeitslosenversicherung nicht zur Kenntnis gebracht worden seien, was allerdings auch entbehrlich sei. Denn der nun vom Kläger offen gelegte Bezug von Arbeitslosentaggeldern stütze zusätzlich die von der Beklagten vertretene Auffassung, der Kläger erfülle die Voraussetzungen für einen Taggeldanspruch mangels eines genügend hohen Arbeitsunfähigkeitsgrades nicht.

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 und werden deshalb dem Privatrecht zugeordnet. 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 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. 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.

13 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 Art. 29 Ziff. 2 ZB Taggeldversicherung S steht dem Versicherungsnehmer wahlweise der ordentliche Gerichtsstand oder der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz zur Verfügung. Der Kläger hat seinen Wohnsitz in Pratteln. Damit ist das Kantonsgericht auch örtlich zur Behandlung der Streitigkeit zuständig.

14 Des Weiteren ist erforderlich, dass der Kläger an seinen Begehren ein hinreichendes Rechtsschutzinteresse hat. Ein solches liegt vor, wenn für den Kläger eine Ungewissheit, Unsicherheit oder Gefährdung seiner Rechtsstellung besteht, deren Behebung gerechtfertigt und nicht auf andere Weise möglich ist. Bezüglich dem Begehren um Ausrichtung der Taggelder (Rechtsbegehren Ziff. 1) ist das Rechtsschutzinteresse ohne weiteres zu bejahen und diesbezüglich ist auf die Klage einzutreten.

1.4.1 Mit dem Rechtsbegehren Ziff. 2 beantragt der Kläger, es sei festzustellen, dass die Beklagte gegenüber dem Kläger aus Versicherungsvertrag hafte, solange die Arbeitsunfähigkeit fortbestehe und die Leistungsdauer von 720 Tagen noch nicht ausgeschöpft sei. Damit wird ein Feststellungsbegehren gestellt.

1.4.2 In Literatur und Rechtsprechung wird festgehalten, dass es an einem schutzwürdigen Interesse für ein Feststellungsbegehren fehle, falls eine Leistungsklage möglich sei (BGE 122 V 30 E. 2b; FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 151 f.).

Vorliegend ist nicht die grundsätzliche Haftung der Beklagten umstritten, sondern die Leistungsvoraussetzungen. Ob die Leistungsvoraussetzungen aber erfüllt sind, muss unter anderem an Hand von Arztberichten geprüft werden und das Feststellen des Vorliegens der Leistungsvoraussetzungen kann nicht für die Zukunft beantragt bzw. vom Gericht festgestellt werden. Die Feststellung zu beantragen, dass unter gewissen Bedingungen eine Haftung gegeben sei, kann nicht zulässig sein. Zudem ist es dem Kläger ohne weiteres möglich, zukünftige Leistungen nach deren Fälligkeit und bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen mit einer Leistungsklage geltend zu machen.

Kommt der Kläger aber mit einer Leistungsklage zum Ziel, so fehlt es an einem Feststellungsinteresse, weshalb vorliegend auf das Rechtsbegehren Ziff. 2 nicht eingetreten werden kann.

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 Beweismittels 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. 1c, mit Hinweisen). In Bezug auf Atteste von Hausärzten und von behandelnden Spezialisten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. ULRICH MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], Zürich 1997, S. 230; BGE 125 V 353, 122 V 162 E. 1c, 120 V 367 E. 3b), weshalb auf deren Aussagen nicht unbesehen abgestellt werden kann (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 28. Januar 2004, 1294/04, E. 4.3.3).

3 Gemäss Art. 8 ZB Taggeldversicherung S bezahlt die Y bei voller Arbeitsunfähigkeit das versicherte Taggeld entsprechend dem entstandenen und nachgewiesenen Lohnausfall, wenn der Versicherte nach ärztlicher Feststellung arbeitsunfähig ist. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit muss mindestens eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 25% bestehen (Art. 8 Ziff. 2 ZB Taggeldversicherung S). Im vorliegenden Fall ist umstritten, ob die Beklagte zu Recht davon ausgegangen ist, dass der Kläger ab 1. Oktober bis 31. Dezember 2006 zu 50% und ab 1. Januar 2007 zu 80% arbeitsfähig war und deshalb vom 1. Oktober bis zum 31. Dezember 2006 nur die Hälfte des Taggeldes bzw. ab 1. Januar 2007 keine Leistungen mehr ausgerichtet hat.

Für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit liegen im Wesentlichen folgende ärztlichen Berichte vor:

3.1 Der behandelnde Arzt, Dr. med. C, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtet am 20. Mai 2005 über einen Suizidversuch im Jahre 2002 sowie über eine deutlich niedergeschlagene Stimmung, starke Suizidimpulse. Er hält eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittel- bis schwergradige Episode mit somatischen Symptomen fest.

3.2 Mit Arztbericht vom 27. Oktober 2005 bejaht Dr. C versuchsweise eine Arbeitsfähigkeit ab 10. Oktober 2005. Er diagnostiziert eine rezidivierende depressive Störung. Den Krankentaggeldkarten kann entnommen werden, dass Dr. C den Kläger ab 26. Oktober 2005 durchgehend bis März 2007 wieder zu 100% arbeitsunfähig deklariert. Ab April 2007 attestiert Dr. C eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.3 In seinem Gutachten vom 1. April 2006 verweist Dr. med. H, Psychiatrie & Psychotherapie FMH, auf einen Bericht von Dr. C vom 28. März 2006, hält in seiner Beurteilung aber fest, dass eine grosse Diskrepanz zwischen seiner eigenen Befunderhebung und derjenigen von Dr. C vorliege. Er diagnostiziert lediglich eine rezidivierende leichte depressive Episode bei familiärer Problematik und akzentuierten narzisstisch gefärbten Persönlichkeitszügen. Unter anderem erwähnt Dr. H, dass der Beschwerdeführer angibt, es schmerze ihn sehr, dass er seine Söhne nicht mehr sehe. Aufgrund seiner Untersuchungsbeefunde kommt er zum Schluss, dass die subjektive Beschwerdeeinschätzung des Exploranden mit derjenigen, die objektiviert werden kann, nicht zusammen passt. Mit grosser Wahrscheinlichkeit könne die Trennungssituation von Frau und Kindern nicht verarbeitet werden. Er sieht lediglich eine Leistungseinschränkung von maximal 20%.

3.4 PD Dr. N vom Institut für Assessment GmbH diskutiert in seiner konsiliari-schen Beurteilung vom 4. September 2006 die früheren unterschiedlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit und kommt zum Schluss, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit kontraindiziert zu beurteilen sei; es bestehe aus körperlich neurologischer Sicht lediglich eine Einschränkung von maximal 20%. Aus psychologischer Sicht werde dringend eine Strukturierung des Alltages empfohlen, dies im Sinn einer schrittweisen Integration in die Arbeitswelt. Es wird vorgeschlagen, den Patienten ab Oktober 2006 zu 50%, in den Folgemonaten zu je weiteren 10% dem Arbeitsmarkt zuzuführen. Dr. N geht in Abwägung der von ihm erhobenen Befunde und Tests von einer leichten depressiven Episode aus. Es sei jedoch davon auszugehen, dass der Patient seit 2002 auch Phasen schwerer Depression gehabt habe.

3.5 Dr. C nimmt am 3. Dezember 2006 zum Bericht von Dr. H Stellung. Der Gesundheitszustand sei im Vergleich zum Bericht vom 28. März 2006 schlechter geworden. Der Patient habe beim Gutachten nicht über alle seine Beschwerden und Probleme berichten können, da die nötige Zeit und Vertrautheit zum Gutachter gefehlt habe. Der Patient sei gefragt worden, wie er wohl zu 0. Binladen stehe. Die Frage habe den Patienten irritiert, so dass er sich sehr unwohl gefühlt habe. Ausserdem weist Dr. C auf zwei Missverständnisse betref-

fernd Kontakt des Beschwerdeführers zu seinen Söhnen und der Möglichkeit zu joggen hin. Er attestiert weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

4.1 Aus den vorliegenden Arztberichten ist der Schluss zu ziehen, dass der Beschwerdefüh-

rer im fraglichen Zeitraum lediglich an einer leichten Depression gelitten hat. Sowohl Dr. H wie auch PD Dr. N gehen im Gegensatz zum behandelnden Arzt Dr. C von einer solchen Diagnose aus. PD Dr. N verneint gar das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. Dr. C geht zwar von einem schwereren Befund aus, doch sind seine Berichte nicht geeignet, die Gutachten von Dr. H und PD Dr. N in Zweifel zu ziehen, welche umfassend und schlüssig sind und letztlich beim Psychostatus übereinstimmen. Ausserdem lassen die Vorbringen von Dr. C betreffend "0. Binladen", "Joggen" und "Wohnen bei den Söhnen" darauf schliessen, dass er sich sehr auf die Angaben des Patienten abstützt. Weder im Bericht von Dr. H noch in jenem von PD Dr. N lassen sich Bemerkungen zu den drei genannten Themen im von Dr. C geltend gemachten Sinn finden. Im Gegenteil hält Dr. H ausdrücklich fest, dass der Beschwerdeführer gesagt habe, es schmerze ihn, dass er seine Söhne nicht mehr sehe.

Ausserdem soll und darf das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. oben Ziff. 2). Nach dem Gesagten kann auf die Ergebnisse der umfassenden und schlüssigen Gutachten von Dr. H und PD Dr. N abgestellt werden.

Die Gutachten wurden im April bzw. September 2006 erstellt. In der Klage werden Taggelder bis 18. Mai 2007 verlangt. Es gibt jedoch keine Hinweise, dass sich zwischen September 2006 und Mai 2007 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers eingestellt hat. Im Gegenteil wurde doch der Kläger ab Ende April 2007 auch von Dr. C teilweise wieder arbeitsfähig geschrieben. Die geltend gemachte Verschlechterung ab Juli 2007 ist im vorliegenden Verfahren nicht von Bedeutung.

4.2 Demzufolge ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die Taggelder gestützt auf das

Gutachten von PD Dr. N stufenweise eingestellt hat. PD Dr. H äusserte sich zu Gunsten des Versicherten im Sinne einer stufenweisen Einführung in den Arbeitsmarkt, was offensichtlich nicht unbedingt notwendig gewesen wäre. Somit ist die Klage, soweit darauf eingetreten werden kann, abzuweisen.

5.1 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.

52 Gemäss dem Ausgang des Verfahrens sind die ausserordentlichen Kosten wettzuschlagen (§ 21 Abs. 1 VPO).

Es bleibt über den Antrag des Klägers betreffend Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung zu befinden. Fehlen einer Partei die nötigen Mittel und erscheint ihr Begehren nicht offensichtlich als aussichtslos, so wird ihr der kostenlose Beizug einer Anwältin bzw. eines Anwaltes gewährt, sofern dies zur Wahrung ihrer Rechte notwendig erscheint (§ 22 Abs. 2 VPO). Diese Voraussetzungen sind vorliegend gegeben, weshalb dem Gesuch des Klägers entsprochen werden kann. Dem Rechtsvertreter des Klägers ist eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'482.20 (inkl. Auslagen und 7,6 % Mehrwertsteuer) gemäss eingereicher Honorarnote vom 19. Juli 2007 aus der Gerichtskasse auszurichten.

Demgemäss wird **erkannt**:

- 1 Die Klage wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten werden kann.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Klägers ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'482.20 (inkl. Auslagen und 7,6% MwSt.) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

Mitteilung an Parteien
Bundesamt für Privatversicherungen

Präsident



Gerichtsschreiber



Rechtsmittelbelehrung:

Der Streitwert gemäss Art. 74 BGG ist nicht erreicht. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit schriftlicher Eröffnung beim Bundesgericht subsidiäre Verfassungsbeschwerde nach Art. 113 ff. des Bundesgerichtsgesetzes (BGG) vom 17. Juni 2005 oder, falls sich eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung stellt, Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. BGG eingereicht werden. Diese Frist kann nicht verlängert werden (Art. 47 Abs. 1 BGG). Werden beide Rechtsmittel ergriffen, so sind sie mit der gleichen Rechtsschrift einzureichen (Art. 119 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 bei der subsidiären Verfassungsbeschwerde darzulegen, inwiefern der angefochtene Akt verfassungsmässige Rechte verletzt (Art. 42 Abs. 2 BGG). Bei der Beschwerde in Zivilsachen ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Akt Recht verletzt, und es ist aufzuführen, warum sich eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung stellt. 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).