



730 06 283 / 40

Urteil vom 30. Januar 2008

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichterinnen Susanne Leutenegger Oberholzer und Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Alfred Sommer

Parteien X., Klägerin, vertreten durch
Silvan Ulrich, Advokat

gegen

A. **Versicherungen AG,**
Beklagte

Betreff Taggeld

A. Die am 21. September 1948 geborene X. war vom 14. Oktober 1991 bis am 31. Mai 2005 bei der S. in Allschwil (S. AG) als Sachbearbeiterin angestellt. Aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses und des Umstandes, dass die S. AG mit der B. für ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eine Kollektive Krankentaggeldversicherung nach VVG abgeschlossen hatte, war sie für das Risiko eines krankheitsbedingten Lohnausfalles nach Massgabe dieses Versicherungsvertrages versichert. Seit dem Frühjahr 2002 leidet X. an Rückenbeschwerden, welche bis im August 2004 im Zusammenhang mit einer im März 2003 operativ behandelten Spinalkanalstenose gestanden und ab Oktober bzw. November 2004 ihre Ursache in einer im März 2005 behandelten Diskushernie gehabt hatten. Obwohl die Diskushernie als Schmerzursache behoben werden konnte, blieben die Rückenbeschwerden auch weiterhin bestehen.

Nach der Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch die S. AG per Ende Mai 2005 machte X. – welche zu diesem Zeitpunkt aufgrund ihrer Rückenschmerzen zum wiederholten Male vollständig arbeitsunfähig war – mit Erklärung vom 17. Mai 2005 von ihrem Recht auf Weiterführung der Krankentaggeldversicherung auf Einzelversicherungsbasis Gebrauch. Die per 1. Juni 2005 gültige Versicherungspolice wurde von C. Unfall-Versicherungsgesellschaft, einer Tochtergesellschaft der B., am 27. Mai 2005 ausgestellt.

B. Mit Schreiben vom 29. September 2005 teilte die A. Versicherungen AG – welche den mit C. abgeschlossenen Versicherungsvertrag rückwirkend per 1. Januar 2005 übernommen hatte – X. mit, dass die maximale "...Bezugsdauer von 640 Tagen für diesen Versicherungsfall..." am 30. Oktober 2005 erreicht sein und die Versicherung anschliessend erlöschen werde. X., nunmehr vertreten durch Silvan Ulrich, Advokat in Aesch, hielt mit Schreiben vom 27. Oktober 2005 dagegen, dass ihre aktuelle Arbeitsunfähigkeit auf einer im November 2004 neu aufgetretenen Diskushernie und damit auf einem Rückenleiden beruhe, welches von der Spinalkanalstenose unterschieden werden müsse. Mit dem Auftreten der Diskushernie sei deshalb ein neuer Versicherungsfall eingetreten, weshalb ihr Taggeldanspruch Ende Oktober 2005 keinesfalls ausgeschöpft sei.

Nach einem umfangreichen Schriftenwechsel hielt A., gestützt auf verschiedene medizinische Unterlagen und die Beurteilung ihres Vertrauensarztes, in einem Schreiben vom 22. Juni 2006 an der Einstellung der Taggeldleistungen per 30. Oktober 2005 fest.

C. Mit Schreiben vom 27. Oktober 2006 erhob X., nach wie vor vertreten durch Silvan Ulrich, Klage beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragt sie, A. sei zur Zahlung von Taggeldleistungen in der Höhe von Fr. 50'939.60 zuzüglich Zins zu 5% seit dem 24. April 2006 zu verurteilen.

Zur Begründung führt sie aus, dass die im März 2003 operativ behandelte Spinalkanalstenose und die im November 2004 aufgetretene Diskushernie zwei verschiedene, voneinander unabhängige Krankheitsfälle seien. Dementsprechend bestehe für A. eine Leistungspflicht bis zum Ablauf der Versicherung am 18. Oktober 2006. Die Verpflichtung zur Leistung von Taggeldern bestehe selbst dann, wenn von einem Rückfall auszugehen wäre, da X. ab dem 17. August 2004 bis zum Eintritt der Diskushernie mehr als drei Monate vollumfänglich arbeitsfähig gewesen sei.

D. A. beantragt dem Kantonsgericht in ihrer Klageantwort vom 25. Januar 2007 die Abweisung der Klage X. Gemäss dem Bericht von Prof. Dr. med. E. vom 5. Mai 2005 würden bei X. diffuse mässige degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) vorliegen, weshalb der Versuch einer "...Abgrenzung der Arbeitsunfähigkeit nach verschiedenen Diagnosen..." scheitern müsse. Der im selben Bericht

gemachte medizinische Befund eines Lumbovertebralsyndroms zeige vielmehr auf, dass die in den vergangenen Jahren durch Rückenbeschwerden hervorgerufenen Arbeitsunfähigkeiten in einem Zusammenhang stehen würden. Im Übrigen habe X. ihre Arbeitsfähigkeit nach dem 17. August 2004 für weniger als drei Monate wieder erlangt, weshalb A. auch aus diesem Grund nicht verpflichtet werden könne, die beanspruchten Taggeldleistungen zu erbringen.

E. Mit Schreiben vom 9. März 2007 ersuchte das Kantonsgericht Prof. Dr. med. E., Chefarzt des Behandlungszentrums Bewegungsapparat des Universitätsspitals Basel (früher Chefarzt Wirbelsäulen-Chirurgie), im Zusammenhang mit dem bei X. diagnostizierten Lumbovertebralsyndrom um Beantwortung verschiedener Fragen.

Auf seine im Schreiben vom 11. Mai 2007 formulierten Antworten sowie die diesbezüglichen Stellungnahmen der Parteien vom 31. Mai 2007 und 6. August 2007 wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung**:

1.1 Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden Leistungsansprüche der Klägerin aus dem Einzel-Taggeldversicherungsvertrag mit der A., bei welcher es sich um eine vom Eidgenössischen Departement des Innern anerkannte Krankenkasse im Sinne von Art. 12 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 handelt. Gemäss Absatz 2 derselben Bestimmung steht es den Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung Zusatzversicherungen anzubieten, welche dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG, Versicherungsvertragsgesetz) vom 2. April 1908 unterstehen (Art. 12 Abs. 3 KVG). Zu diesen Zusatzversicherungen zählen auch die von einer Krankenkasse betriebenen Taggeldversicherungen (vgl. GEBHARD EUGSTER, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Basel/Genf/München 1998, Krankenversicherung, N 57; Urteil des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KGE SV] i.S. M.S. vom 23. Februar 2005 [730 04 85] E. 1a).

Aufgrund des privatrechtlichen Charakters der Zusatzversicherungen steht den Krankenkassen in diesem Bereich keine hoheitliche Gewalt zu. Sie sind demnach nicht befugt, über Ansprüche der versicherten Personen aus Zusatzversicherungen Verfügungen zu erlassen, weshalb bei Streitigkeiten ein Klageverfahren zur Anwendung gelangt (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.). Gemäss Art. 85 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend

die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (VAG) vom 17. Dezember 2004 haben die Kantone für diese Streitigkeiten aber ein einfaches und rasches Verfahren vorzusehen.

1.2 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich schliesslich nach dem Bundesgesetz über den Gerichtsstand in Zivilsachen (GestG) vom 24. März 2000 (vgl. Art. 46a VAG). 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 aber fest, dass – soweit das Gesetz nichts anderes vorsieht – die Parteien für einen bestehenden oder für einen künftigen Rechtsstreit über Ansprüche aus einem bestimmten Rechtsverhältnis einen Gerichtsstand vereinbaren können. Eine solche Vereinbarung haben die Parteien vorliegend in Art. 2 Abs. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankengeldversicherung auf Einzelversicherungsbasis (AVB; gültig ab 1. Januar 2002) getroffen. Danach kann die Klägerin Streitfälle aus dem Versicherungsvertrag durch das Gericht an ihrem Wohnsitz entscheiden lassen.

Da die Klägerin ihren Wohnsitz in Aesch hat, ist das Kantonsgericht gemäss § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 sowohl sachlich als auch örtlich zur Beurteilung der vorliegenden Streitigkeit zuständig. Auf die im Übrigen formgerecht eingereichte Klage vom 27. Oktober 2006 ist somit einzutreten.

2. Vorliegend ist die Höhe und Dauer des der Klägerin aus dem Einzel-Taggeldversicherungsvertrag mit der A. (Police Nr. ... vom 27. Mai 2005) zustehenden Taggeldanspruchs strittig. Die Klägerin vertritt in ihren Eingaben die Ansicht, dass sie bis Mitte August 2004 wegen eines zu engen Spinalkanals in der Lendenwirbelsäule (LWS) und nach der operativen Behandlung desselben wegen einer Instabilität in der LWS arbeitsunfähig gewesen sei. Die im Oktober bzw. November 2004 an der LWS erlittene schwere Diskushernie sei dagegen ein neuer Krankheits- und damit ein neuer Versicherungsfall, weshalb sie ab diesem Zeitpunkt – unter Anrechnung der vereinbarten Wartefrist und bis zum Ablauf des Versicherungsvertrages am 18. Oktober 2006 – wiederum 640 Taggelder beanspruchen könne. Aber auch wenn von einem Rückfall auszugehen sei, müsse A. die beanspruchten Leistungen erbringen. Sie sei bis zum Auftreten der Diskushernie während mindestens drei Monaten vollständig arbeitsfähig gewesen, weshalb das Krankheitsereignis gemäss Art. 11 AVB als neuer Versicherungsfall qualifiziert werden müsse.

A. hält dagegen daran fest, dass die Klägerin unbestrittenermassen an einem Lumbovertebralsyndrom leide, welches als Ursache sämtlicher, seit dem Jahre 2002 aufgetretenen und mit Taggeldern entschädigten Arbeitsunfähigkeiten anzusehen sei. Aus diesem Grund sei die im Herbst 2004 aufgetretene Diskushernie als durch das Lumbovertebralsyndrom verursachter Rückfall und nicht als neuer Versicherungsfall zu betrachten, weshalb der Taggeldanspruch – in Anrechnung der im Rahmen des früheren Kollektiven Krankentaggeldversicherungsvertrages ausgerichteten Leistungen – Ende Oktober 2005 erschöpft gewesen sei.

3. Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind privatrechtliche Verträge im Sinne von Art. 1 des Schweizerischen Obligationenrechts (OR) vom 30. März 1911. Das heisst die Vertragsparteien sind zunächst frei, ob sie einen Vertrag abschliessen wollen oder nicht. Sie sind im Weiteren frei in der Wahl des Vertragspartners und geniessen schliesslich auch in der Festlegung des Vertragsinhalts grosse Freiheiten. Diese Vertragsfreiheit wird einzig durch verschiedene, im Versicherungsvertragsgesetz statuierte, vorliegend aber nicht relevante zwingende oder einseitig zwingende Bestimmungen inhaltlich beschränkt (vgl. zum Ganzen GERHARD STOESEL in: Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, VVG, Basel/Genf/München 2001, Allgemeine Einleitung N 34 f.).

In Art. 11 der vorliegend massgeblichen AVB haben die Parteien unbestrittenermassen festgehalten, dass Krankheiten, die medizinisch mit früheren entschädigten Krankheiten zusammenhängen, nicht als neuer Versicherungsfall, sondern als Rückfall gelten. Als Krankheit gilt gemäss Art. 9 AVB die medizinisch wahrnehmbare, vom Willen der versicherten Person unabhängige Störung der Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist. Rückfälle werden aber dann als neuer Versicherungsfall behandelt, wenn die versicherte Person vor dem Rückfall mindestens drei Monate aufgrund derselben Ursache weder ganz noch teilweise arbeitsunfähig war und diesbezüglich auch in keiner ärztlichen Behandlung stand.

4.1 Prof. Dr. med. E., welcher die Klägerin insgesamt drei Mal an der Wirbelsäule operiert hatte, hielt bereits in einem Kurzbericht vom 3. Mai 2005 fest, dass die Röntgenbilder zeigten, dass an der LWS "...diffuse mässige degenerative Veränderungen..." vorliegen würden. In seinen, an das Kantonsgericht gerichteten Ausführungen vom 10. Mai 2007, hält er präzisierend fest, dass diese degenerativen Veränderungen zunächst die Spinalkanalstenose, dann die Diskushernie und in der Folge die weiteren persistierenden Kreuzschmerzen verursacht hätten.

Damit steht aus medizinischer Sicht aber eindeutig fest, dass sowohl die beiden operativ behandelten Schädigungen der LWS, als auch das nach der Operation im März 2005 in sämtlichen medizinischen Berichten und Gutachten diagnostizierte Lumbovertebralsyndrom (Funktionsstörung der Lendenwirbelsäule mit eingeschränkter Beweglichkeit, Muskelverspannung, Blockierung der Gelenke und Schmerzen) Ausdruck der degenerativ bedingten Schwächung der Lendenwirbelsäule sind. Als Krankheit im Sinne von Art. 9 AVB, mithin als die Arbeitsfähigkeit der Klägerin beeinträchtigende Gesundheitsstörung, ist somit die Erkrankung der LWS insgesamt und sind nicht die einzelnen, dadurch verursachten Schädigungen derselben zu qualifizieren.

4.2 Der Schluss A. dass die im Oktober/November 2004 aufgetretene Diskushernie und die nach der Operation im März 2005 aufgetretenen, persistierenden schmerzhaften Beeinträchtigungen der LWS mit der im Jahre 2002 aufgetretenen Spinalkanalverengung – welche ihrerseits eine Folge der degenerativen Erkrankung der Lendenwirbelsäule darstellte – als

Rückfall zu qualifizieren sei, ist dementsprechend nicht zu beanstanden. Das Vorbringen der Klägerin, dass auch ein Rückfall als neuer Versicherungsfall zu berücksichtigt werden müsste, erweist sich im vorliegenden Fall im Übrigen als nicht begründet. Bereits im Arztzeugnis ihres Hausarztes, Dr. med. F., vom 19. Oktober 2005, wird festgehalten, dass es "...zu Beginn November 2004 zu erneut vermehrten Rückenschmerzen..." gekommen sei, welche im "...Zusammenhang mit einer neu aufgetretenen Diskushernie..." gestanden hätten. Damit befand sich die Klägerin aber weniger als drei Monate nach der Wiedererlangung ihrer vollen Arbeitsfähigkeit am 17. August 2004 aufgrund ihres Rückenleidens nicht nur in ärztlicher Behandlung, sondern war aufgrund der Schmerzen gleichzeitig auch erneut arbeitsunfähig.

Es kann somit nicht beanstandet werden, dass A. sämtliche, im Zusammenhang mit der Erkrankung der LWS der Klägerin stehenden Beschwerden als einen Versicherungsfall betrachtet und bei der Bemessung des dieser ab Oktober 2004 zustehenden Leistungsanspruchs die bis zum 18. August 2004 bereits ausgerichteten Taggelder zur Anrechnung gebracht hat. Die Klägerin kann deshalb von A. für die Zeit ab dem 1. November 2005 bis zum 16. Oktober 2006 keine Taggelderleistungen mehr fordern, weshalb die Klage vom 27. Oktober 2006 abzuweisen ist.

4.3 Abschliessend soll kurz auf das seitens der A. im Schreiben vom 31. Mai 2007 erstmals formulierte Vorbringen eingegangen werden, wonach die Leistungsdauer der von der Klägerin abgeschlossenen Krankentaggeldversicherung ohnehin nicht "...als pro Fall uneingeschränkt..." hätte betrachtet werden können. Im Gegenteil würden auf verschiedene Krankheiten zurückzuführende Krankheitsperioden zusammengezählt, weshalb der Taggeldanspruch nach Erreichen der vereinbarten maximalen Leistungsdauer erschöpft sei.

Dieser Ansicht der A. kann klarerweise nicht gefolgt werden. Gemäss dem unmissverständlichen und vorliegend alleine massgebenden Wortlaut der Police vom 27. Mai 2005 – welcher im Übrigen mit demjenigen der Police betreffend Kollektive Krankengeldversicherung vom 1. Dezember 2000 übereinstimmt – wurde der maximale Taggeldanspruch der Klägerin für jeden neuen Fall auf jeweils maximal 640 Taggelder festgelegt. Der Hinweis der A. auf Art. 72 Abs. 3 KVG geht überdies fehl, da diese Bestimmung lediglich bei einer freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG zur Anwendung gelangt.

5. Bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung dürfen den Parteien – ausser bei mutwilliger Prozessführung – gemäss Art. 85 Abs. 3 VAG keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Verfahrensausgang entsprechend 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

Präsident

A. B. ~~~~~



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).