



731 07 303 / 96

Urteil vom 14. März 2008

Besetzung Präsidentin Eva Meuli Ziegler, Kantonsrichter Markus Mattle, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Daniel Gfeller

Parteien X., Kläger,
vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt,

gegen

A., Beklagte, vertreten durch Dr. Manfred Bayerdörfer,
Advokat,

Betreff Taggeld

A. Mit Schreiben vom 18. Juli 2007 erhob X., vertreten durch Daniel Altermatt, Advokat in Dornach, beim Kantonsgesetzgebungsamt Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsgericht (Kantonsgesetzgebungsamt), Klage gegen die A. mit dem Begehren, die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger Fr. 56'773.60 nebst Zins zu 5% seit 31. Dezember 2006 zu bezahlen; Mehrforderung vorbehalten. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Beklagte habe mit der ehemaligen Arbeitgeberin des Klägers (N.) einen Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrag abgeschlossen. X., sei in der Zeit vom 18. bis 26. Juli 2005 sowie am 4. und 8. August 2005 krankheitshalber arbeitsunfähig gewesen. Am 28. September 2005 sei er erneut erkrankt. Per Ende Januar 2006 sei das Arbeitsverhältnis unter Einhaltung der Sperrfrist aufgelöst worden. X. sei bis zum heutigen Tag zu 100% arbeitsunfähig. Der Kläger habe nach Eintritt seiner Krankheit zu-

nächst direkt von seiner Arbeitgeberin weiterhin die ordentlichen Lohnzahlungen erhalten. Nachdem die Arbeitgeberin die Kündigung ausgesprochen gehabt habe, habe das Arbeitsverhältnis unter Einhaltung der gesetzlichen Sperrfrist per 31. Januar 2006 geendet. Ab 1. Februar 2006 bis und mit Mai 2006 habe der Kläger Krankentaggelder in der Höhe von 80% seines letzten Lohnes erhalten. Mit Schreiben vom 11. Mai 2006 habe die Beklagte ihre Leistungen per 31. Mai 2006 eingestellt mit der Begründung, es bestehe für leidensadaptierte Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Er habe dieses Schreiben aber nicht erhalten. Erst als die Taggeldzahlungen ausgeblieben seien, habe er bei der Beklagten am 14. Juli 2006 nachgefragt und erfahren, dass diese die Taggeldzahlungen eingestellt habe. Der Kläger bestreite, in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig zu sein. Aufgrund seiner gesundheitlichen Beschwerden sei der Kläger seit dem 28. September 2005 bis zum heutigen Tag zu 100% für jegliche Tätigkeit arbeitsunfähig. Des Weiteren wird vorgebracht, dass – falls eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehen würde – die Beklagte die Aufnahme einer solchen nicht verlangen könnte. Falls die Aufnahme einer leidensadaptierten Tätigkeit verlangt werden könnte, müsste dem Kläger dafür eine angemessene Frist gesetzt werden. Eine solche hätte frühestens ab Mitte September 2006 zu laufen begonnen. Der Kläger mache demzufolge für die Zeit von 1. Juni 2006 bis 18. Juli 2007 (Zeitpunkt der Klageanhebung) eine Forderung von Fr. 56'773.60 (412 Tage à Fr. 137.80) geltend. Bezüglich der Verzinsungspflicht werde der Einfachheit halber auf einen mittleren Verfall, somit der 31. Dezember 2006 abgestellt. Aufgrund der nach wie vor bestehenden Arbeitsunfähigkeit behalte sich der Kläger vor, weitere Taggeldleistungen geltend zu machen.

B. Die Basler, vertreten durch Dr. Manfred Bayerdörfer, Advokat in Liestal, beantragte mit Schreiben vom 19. Oktober 2007 die Abweisung der Beschwerde. Aus dem Arztbericht von Dr. E., Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 3. April 2006 gehe hervor, dass der Kläger leichte Arbeiten ohne Heben und Tragen von Lasten ganztags ausüben könnte. Gestützt auf diese Beurteilung habe die Beklagte die Taggeldleistungen per 31. Mai 2006 eingestellt. Dr. E., habe mit Schreiben vom 14. Juli 2006 versucht seine Einschätzung vom 3. April 2006 zu relativieren. Der Inhalt dieses Schreibens stelle keinen Grund dar, die früheren Aussagen des behandelnden Arztes in Zweifel zu ziehen. Der Versicherungsschutz habe mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses geendet, weshalb allenfalls danach aufgetretene psychische Beschwerden nicht zu berücksichtigen seien. Im Übrigen habe der Kläger an seinem letzten Arbeitsplatz eine leichte Arbeit mit minimaler Gewichtsbelastung verrichtet, weshalb die bisherige Tätigkeit dem Kläger weiterhin zumutbar und ein Berufswechsel nicht nötig wäre. Zudem ergebe sich die Schadenminderungspflicht unmittelbar aus Art. 61 VVG. Eine ausdrückliche Erwähnung dieser Pflicht in den Allgemeinen Vertragsbedingungen sei deshalb nicht erforderlich. Eine angemessene Übergangsfrist für die Aufnahme einer leidensangepassten Tätigkeit sei nur einzuräumen, falls die Einstellung der Taggeldleistungen mit der Zumutbarkeit eines Berufswechsels begründet werde. Hier sei aber die zuletzt ausgeübte Tätigkeit weiterhin zumutbar. Ausserdem bringt die Beklagte vor, eine angebliche Lohnneinbusse würde weniger als 25% betragen, so dass die Mindestgrenze für einen Taggeldanspruch nicht erreicht sei. Zur

Berechnung stützt sie sich im Wesentlichen auf eine Verfügung der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) vom 20. Oktober 2006, mit welcher die IV eine Kostengutsprache für eine Umschulung des Versicherten abgelehnt hat.

C. Mit Schreiben vom 13. Dezember 2007 beantragte X. durch seinen Rechtsvertreter, die Beklagte sei zu verurteilen, Fr. 74'963.20 nebst Zins zu 5% seit 31. Dezember 2006 zu bezahlen. Unter Berufung auf einen Arztbericht von Dr. E. vom 8. Dezember 2007 wird geltend gemacht, der Kläger sei seit dem 28. September 2005 bis zum heutigen Tag bezüglich der bei seiner ehemaligen Arbeitgeberin ausgeübten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig. Mit dem vorliegenden Rechtsbegehren würden die in der Klagschrift geltend gemachten Taggeldleistungen bis 18. Juli 2007 erweitert auf die gemäss Versicherungsbedingungen maximal geschuldeten 730 Taggelder.

D. A. führte mit Schreiben vom 14. Januar 2008 durch ihren Rechtsvertreter aus, der Kläger habe übersehen, dass die Bezugsdauer auf 730 Tage abzüglich die vereinbarte Wartefrist beschränkt sei. Im vorliegend massgebenden Vertrag sei eine Wartefrist von 60 Tagen vereinbart worden. Unter Berücksichtigung der 186 Taggelder, die der Kläger bis zum 31. Mai 2006 bezogen habe, verbleibe somit ein theoretisch möglicher Restanspruch von 484 Taggeldern. Unter der – bestrittenen – Voraussetzung einer fortdauernden Leistungspflicht wäre folglich höchstens noch ein Betrag von Fr. 66'695.20 geschuldet. Der neue Arztbericht von Dr. E. sei insgesamt nicht geeignet, den Standpunkt des Klägers zu stützen.

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 Versicherungseinrichtun-

gen (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 Zusatzversicherungen 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 G12 der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) für die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung, Ausgabe 2002, der Basler steht dem Versicherungsnehmer wahlweise der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder in Basel-Stadt zur Verfügung. Der Kläger hat seinen Wohnsitz in Reinach/BL. Damit ist das Kantonsgericht auch örtlich zur Behandlung der Streitigkeit zuständig. Da auch die übrigen formellen Voraussetzungen erfüllt sind, ist grundsätzlich auf die Klage einzutreten.

1.3 Fraglich ist, ob auch auf die erst mit Schreiben vom 13. Dezember 2007 eingereichte Mehrforderung des Klägers eingetreten werden kann. Wie sich aber nachfolgend zeigen wird, kann diese Frage offen gelassen werden.

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. 1b).

2.3 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, I 294/04, E. 4.3.3).

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, BBl 1992 I S. 138). Dies schliesst indessen nicht aus, dass im Versicherungsvertrag neben dem Verdienstaufall weitere krankheitsbedingte Schadenspositionen als versicherte Risiken aufgeführt werden (vgl. dazu ALFRED MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 108).

Aus den vorliegend anwendbaren AVB ergibt sich ohne weiteres, dass die vom Kläger abgeschlossene Taggeldversicherung eine Erwerbsausfallversicherung ist. Unbestritten ist, dass die Versicherung eine Koordinations-Deckung nach dem Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) vom 25. Juni 1982 (BVG-Koordinations-Deckung) zum Inhalt hat. Demzufolge setzt das proportional zum Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtete Taggeld eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% voraus (D2 und D3 der AVB). Des Weiteren ergibt sich unbestrittenermassen aus den Akten, dass die Höhe des Taggeldes Fr. 137.80 beträgt und eine Wartefrist von 60 Tagen vereinbart worden ist.

4. Im vorliegenden Fall ist vorweg umstritten, ob die Beklagte zu Recht davon ausgegangen ist, dass der Kläger ab 1. Juni 2006 wieder zu 100% arbeitsfähig war. Für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ab 1. Juni 2006 liegen im Wesentlichen folgende Unterlagen vor:

4.1 Dr. E. hält mit Arztbericht für Erwachsene zu Händen der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) am 3. April 2006 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

- „- Lumboischialgie rechts bei degenerativen Discopathien L3/S1 mit möglicher Irritation der Nervenwurzeln L3, L4, L5.
- Fremdkörper Dig. IV rechts.
- Streckdefizit des PIP-Gelenkes posttraumatisch, Dig. III links (Schnittwunde vor ca. 15 Jahren).
- St. n. vasovagaler Reaktion während der Schmerztherapie Dezember 05 mit derzeitiger Sommatisation in der Herzgegend.“

Des Weiteren führt Dr. E. im Beiblatt zum Arztbericht unter anderem aus, der Patient leide an Rückenschmerzen, Handschmerzen links und seit Dezember 2005 an Schmerzen und Einklemmungsgefühl in der Herzgegend. Er könne aus seiner Sicht leichte Arbeiten noch ganztags ausführen, das heisse ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg. Leichte Arbeiten wie z.B. Supervisionsarbeiten oder als Portier seien zu 100% zumutbar. Es solle vermieden werden, dass er Gewichte über 10 kg heben oder tragen müsse. Weiter hielt er fest: „Steh-/Sitzdauer abwechselnd den ganzen Tag. Gehstrecke ohne Einschränkung. Arbeitspensum 8 Stunden pro Tag, Arbeitstempo normal.“ Bezüglich der Herzsymptomatik könne er als Orthopäde keine Prognose abgeben. Eine kardiologische Abklärung wäre nötig.

4.2 Dr. med. G., Herzpraxis Birseck, hält mit Bericht vom 5. Mai 2006 zu Händen der Sozialversicherungsanstalt Basel-Landschaft fest, er könne den Gesundheitszustand der versicherten Person nur auf die kardiale Situation hin beurteilen. Aus kardialer Sicht würden sich bezüglich Arbeitsfähigkeit keine Einschränkungen ergeben.

4.3 Mit Schreiben vom 14. Juli 2006 führt Dr. E. aus, seine Einschätzung vom 3. April 2006, dass der Patient für eine leistungsadaptierte Tätigkeit vollständig arbeitsfähig sein

könnte, sei rein theoretisch gewesen. Zur Zeit befinde er sich in einer Abklärungs-/Behandlungsphase, die noch mindestens 6-8 Wochen dauern werde. Er warte zur Zeit darauf, zu einer stationären Kur aufgeboten zu werden.

4.4 Im Bericht vom 25. August 2006 des ... Spitals, wo der Kläger vom 3. - 25. August 2006 hospitalisiert war, werden folgende Diagnosen gestellt:

- „1. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom und radikulärer Reizung L4 rechts bei
 - MRI der LWS vom 21.06.06: Diskushernie L3/4 rechts und Diskusprotrusion L4/5 sowie kleinere Diskushernie L2/3 links. Osteochondrosen L2-L5
 - St. n. Kenacort-Infiltration 21.12.05 im Hause mit vaso-vagaler Reaktion und Atropin-Gabe
 - epidurale Infiltration mit Kenacort 80mg am 9.8.06
2. Autounfall 1986 mit Verletzung der Flexorsehne Dig III links
3. Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion.“

Des Weiteren wird ausgeführt, unter der Therapie sei zunächst keine wesentliche Besserung der Beschwerden eingetreten. Nach einer epiduralen Infiltration sei vorübergehend eine leichte Besserung eingetreten. Der Patient beklage aber im Wesentlichen weiterhin die bekannte Symptomatik. Der Beschwerdeführer wurde für drei Wochen zu 100% arbeitsunfähig geschrieben.

4.5 Dr. E. hält mit Schreiben vom 8. Dezember 2007 fest, dass der Patient an Lumboischialgie rechts mit Discushernien L4/L5 und L5/S1 leide. Hinzu würde eine Etagenspondylarthrose L2-L5 und funktionelle Störungen am dritten Finger links bei alter Verletzung der Beuge-Sehne kommen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bei der N. bestehe seit dem 28. September 2005 bis zum heutigen Tag eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Aus rein orthopädischer Sicht seien dem Versicherten ganz leichte Arbeiten, bei denen er weder Heben noch Tragen müsse, theoretisch möglich. Der Arbeitsplatz müsste die Möglichkeit bieten, dass beliebig zwischen Sitzen und Stehen gewechselt werden könne. Das Arbeitstempo bzw. die Leistung für eine solche Arbeit sei grundsätzlich nicht eingeschränkt; für die erwähnten Positionswechsel müssten dem Versicherten jedoch die Möglichkeit kurzer Ruhepausen gewährt werden. Insgesamt resultiere damit bei einem 100%-Pensum eine Arbeitsfähigkeit bzw. eine Leistung von 80%.

5. Aus dem Arztbericht von Dr. E. vom 3. April 2006 bzw. aus dem dazugehörigen Beiblatt ergibt sich klarerweise, dass der Kläger in einer leichten Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg voll arbeitsfähig war. In seinem Schreiben vom 14. Juli 2006 relativiert Dr. E. seine Einschätzung vom 3. April 2006. Allerdings gibt er lediglich an, seine damalige Einschätzung sei rein theoretisch gewesen. Inwiefern seine Angaben vom 3. April 2006 falsch sein sollten, gibt er aber nicht an und er bringt auch keine neuen medizinischen Gründe vor, die eine andere Einschätzung nahe legen würden. Es besteht somit kein Anlass, von der ursprünglichen Angabe von Dr. E. abzuweichen. Entgegen der Auffassung des

Klägers kann auch nicht gesagt werden, Dr. E. habe am 3. April 2006 unklare oder unvollständige Angaben gemacht. Vielmehr ist festzuhalten, dass Dr. E. damals klar festgehalten hat, dass eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg bestehe. Weitere Einschränkungen wurden von Dr. E. nicht festgehalten.

Aus dem Bericht von Dr. G. von der Herzpraxis Birseck vom 5. Mai 2006 ergibt sich, dass keine Arbeitsunfähigkeit wegen Herzproblemen besteht. Keine Probleme in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit bereitete offenbar auch das Streckdefizit am linken Mittelfinger, welches von einem Unfall im Jahre 1986 herrührte. Im Bericht des ...-Spitals vom 25. August 2006 wird die gleiche orthopädische Diagnose angegeben, wie sie Dr. E. am 3. April 2006 festgehalten hat. Warum der Kläger sich in diesen Spitalaufenthalt begeben hat, ist nicht bekannt. In diesem Bericht wird auf die Einschätzung von Dr. E. vom 3. April 2006 nicht eingegangen und demzufolge auch nicht dargelegt, weshalb diese nicht richtig sein sollte.

Auch wird im genannten Bericht erstmals eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion diagnostiziert. Diesbezüglich ist mit der Beklagten festzuhalten, dass nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses erstmals aufgetretene Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit von der Krankentaggeldversicherung nicht gedeckt sind. Aus den Akten ist nicht ersichtlich, dass vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses Ende Januar 2006 beim Beschwerdeführer psychische Probleme bestanden hätten. Vielmehr wird die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion erstmals im Bericht des ...-Spitals vom 25. August 2006 und damit sowohl nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses als auch nach Erlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit für eine leichte Tätigkeit gemäss Arztbericht von Dr. E. vom 3. April 2006 erwähnt. Nachdem mit Bericht vom 5. Mai 2006 Dr. med. G. festgestellt hatte, dass aus kardialer Sicht die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei, konnte die Beklagte davon ausgehen, dass der Kläger in einer adaptierten Tätigkeit per 1. Juni 2006 vollschichtig arbeitsfähig war.

6. Die letzte Tätigkeit, die der Kläger ausgeübt hat, war leichter Natur. Dies ergibt sich aus den Angaben des Klägers vom 17. Januar 2006 gegenüber der Beklagten, wo er ausgeführt hat: "Seit 3 1/2 Jahren arbeitete ich in der N. in der Verpackung. Ich hatte dort eine leichtere Arbeit. Ich musste Dosen (bis max. 500 gr) von einem Band in Schachteln abpacken. ...". Diese Angaben werden auch durch die Ausführungen des Arbeitgebers bestätigt (vgl. Telefonnotiz vom 26. Januar 2006). Aufgrund der von Dr. S. E. am 3. April 2006 festgehaltenen Einschränkung in einer leichten Tätigkeit (Gewichtslimite bis 10 kg) ist davon auszugehen, dass der Kläger auch ohne Berufswechsel diese oder eine ähnliche Tätigkeit hätte ausüben können. Damit musste die Beklagte dem Kläger auch keine Übergangsfrist gewähren (BGE 114 V 289 Erw. 5b; Urteil des EVG vom 28. August 2003, U 213/00, E. 3.1).

7. Des Weiteren macht der Kläger geltend, dass er in einer leidensadaptierten Tätigkeit ein geringeres Einkommen erzielen würde als in seinem bisherigen Beruf.

Mit der Beklagten ist diesbezüglich auf die Verfügung der IV-Stelle vom 20. Oktober 2006 hinzuweisen, wonach eine Einkommenseinbusse von 14% berechnet wurde. Auch wenn bei der Berechnung des Invalideneinkommens zusätzlich ein leidensbedingter Abzug von 10% vorgenommen würde, wie dies die Beklagte bei ihrer Berechnung in der Klagantwort getan hat, würde sich lediglich eine Lohneinbusse von gerundet 23% ergeben. Damit wird aber die gemäss Bestimmung D2 der AVB geforderte Mindest-Arbeitsunfähigkeit von 25% für einen Taggeld-Anspruch nicht erreicht.

8. Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der Kläger keinen Anspruch auf Taggelder nach dem 1. Juni 2006 hat, weshalb die vorliegende Klage abzuweisen ist.

9. Art. 85 Abs. 3 VAG bestimmt, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat (vgl. auch oben Ziff. 2.1). Für das vorliegende Verfahren sind deshalb keine Kosten zu erheben.

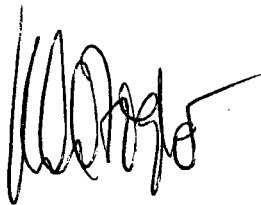
Gemäss Praxis des Kantonsgerichts wird dem obsiegenden Versicherer im Bereich der Zusatzversicherungen zur Krankenkasse grundsätzlich keine Parteientschädigung ausgerichtet (Urteil des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht, vom 17. Oktober 2007, 731 07 50, E. 5), weshalb die Beklagte die Ausrichtung einer Parteientschädigung zu Recht nicht beantragt hat. Die ausserordentlichen Kosten sind demzufolge wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

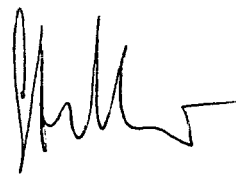
- ://:
1. Die Klage wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten werden kann.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Mitteilung an Parteien
Bundesamt für Privatversicherungen

Präsidentin



Gerichtsschreiber



Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit schriftlicher Eröffnung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nach Art. 82 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, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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).