

VKL.2010.4 / SN / fi

Art. 168

Urteil vom 12. Oktober 2010

Besetzung Oberrichterin Plüss, Präsidentin
 Oberrichter Roth
 Oberrichterin Arnet
 Gerichtsschreiberin Nussbaumer

Kläger **A.**,
 vertreten durch lic. iur. Michèle Wehrli Roth, Rechtsanwältin

Beklagte **X. Versicherungen**

Gegenstand Klageverfahren betreffend Krankentaggeldleistungen nach VVG

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Der 1962 geborene, verheiratete A. arbeitete seit 25. September 2000 als Polierer bei der Firma B., in _____. Am 11. Dezember 2008 erlitt er bei einem Treppensturz eine laterale Meniskusläsion am linken Knie. In der Folge war er 100 % arbeitsunfähig. Da die Suva die Unfallkausalität ablehnte, leistete die X. Versicherungen als Krankentaggeldversicherer der Firma B. nach Ablauf der Lohnfortzahlungspflicht und der Wartefrist ab 13. Februar 2009 Taggeldzahlungen. Per 20. Juni 2009 stellte sie ihre Leistungen mit der Begründung ein, die Arbeitsunfähigkeit sei längstens bis zu diesem Zeitpunkt ausgewiesen.

2.

Mit Eingabe vom 12. Januar 2010 liess A. Klage erheben mit folgendem Rechtsbegehren:

"1.

Die Beklagte sei zu verurteilen, der Klägerin (recte: dem Kläger) rückwirkend ab 21.06.2009 die ihm gemäss Versicherungsvertrag zustehenden Krankentaggelder, ausmachend Fr. 146.72 brutto pro Tag nach Eintritt der Fälligkeit, zu bezahlen.

2.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten."

Zur Begründung wurde ausgeführt, die Beklagte sei beweispflichtig dafür, dass die Voraussetzungen zur Erbringung von Taggeldleistungen nach dem 20. Juni 2009 weggefallen seien. Diesen Beweis habe sie nicht erbracht. Vielmehr stütze sie sich allein auf die mündlichen Angaben der Gesellschaftsärztin und die Leistungsablehnung der Suva. Die Suva habe ihre Leistungspflicht aufgrund des fehlenden adäquaten Kausalzusammenhangs verneint, welcher aber nicht Voraussetzung zur Erbringung von Krankentaggeldleistungen sei. Die behandelnden Fachärzte des Kantonsspitals E. seien übereinstimmend der Auffassung, dass auch nach dem 18. Juni 2009 klar von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Entsprechend habe die Beklagte auch ab 21. Juni 2009 Taggeldleistungen aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszurichten.

3.

In ihrer Klageantwort vom 19. März 2010 beantragte die Beklagte:

"1.

Die Klage vom 12. Januar 2010 sei abzuweisen.

2.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers."

Sie führte an, im Bereich des Privatversicherungsrechts gelte die normale Beweislastregel nach Art. 8 ZGB. Demnach liege es am Kläger, die Arbeitsunfähigkeit und damit den Anspruch auf Taggelderleistungen zu beweisen. Da keine genügenden Unterlagen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach dem 21. Juni 2009 vorgelegen hätten, habe sie den Kläger zu einer fachärztlichen Untersuchung bei Dr. med. C., in _____, aufgebeten. Die Untersuchung habe am 2. Dezember 2009 stattgefunden. Im Bericht vom 16. Dezember 2009 komme Dr. med. C. zum Schluss, dass eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vorliege, in einer beschwerdeangepassten Arbeit aber nur eine Einschränkung von 20 % bestehe. Aufgrund dieser neuen Fakten wäre sie bereit gewesen, weitere Taggelder während einer Anpassungsfrist von drei Monaten, d.h. bis 30. September 2009, auszurichten. Der Kläger habe aber den Bericht von Dr. med. C. nicht abgewartet und direkt Klage erhoben.

4.

Mit Replik vom 13. April 2010 und Duplik vom 12. Mai 2010 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Auf die Begründung wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Der Kläger war im Unfallzeitpunkt bzw. bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bei der Firma B. angestellt (vgl. Klagebeilage [KB] 13). Die Firma B. hat für ihre Arbeitnehmer eine Kollektivkrankentaggeldversicherung bei der Beklagten abgeschlossen (vgl. Police, KB 1). Vereinbart ist ein Taggeld in Höhe von 80 % des versicherten Verdienstes für die Dauer von 730 Tagen und eine Wartezeit von 60 Tagen. Beim Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Taggeldversicherung basierend auf dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) und nicht dem Krankenversicherungsgesetz. Entsprechend ist der Versicherer in der Ausgestaltung der Taggeldversicherung frei und sind im vorliegenden Fall die Bestimmungen des VVG sowie die allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, KB 2) massgebend.

2.

Der Kläger ist seit dem 11. Dezember 2008 arbeitsunfähig (KB 13). Nachdem die Suva als Unfallversichererin ihre Leistungspflicht abgelehnt hatte, bejahte die Beklagte einen Krankentaggeldanspruch des Klägers ab 13. Februar 2009 (nach Ablauf der Wartefrist) bis 20. Juni 2009 (vgl.

Schreiben vom 22. September 2009, KB 4). Für die Zeit nach dem 20. Juni 2009 lehnte sie eine Leistungspflicht ab, da es dem Kläger spätestens ab diesem Zeitpunkt wieder möglich und zumutbar gewesen sei, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

2.1.

Gemäss Art. 15.3 AVB (KB 2) besteht ein Anspruch auf Krankentaggeld bei einer ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit von 25 %. Die Beklagte leistet das versicherte Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Ab 66 2/3 % Arbeitsunfähigkeit erbringt die Beklagte das ganze Taggeld (Art. 15.4 AVB), welches sich nach dem letzten vor Krankheitsbeginn bezogenen AHV-pflichtigen Lohn bemisst (Art. 17.1 AVB).

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit wird im Anhang der AVB der Beklagten definiert (KB 2 S. 5). Danach liegt Arbeitsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person vorübergehend oder dauernd nicht mehr fähig ist, ihren Beruf oder eine andere ihr zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben und dies ärztlich bestätigt wird. Zumutbar ist eine andere Tätigkeit, wenn sie den Kenntnissen, Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung sowie dem Gesundheitszustand der versicherten Person angemessen ist. Als bisheriger Beruf gilt praxisgemäss derjenige, der vor Eintritt der zu beurteilenden Arbeitsunfähigkeit zuletzt ausgeübt wurde (vgl. BGE 114 V 285). Steht fest, dass der Versicherte unter dem Blickwinkel der Schadenminderungspflicht einen Berufswechsel vorzunehmen hat, so hat ihn die Kasse dazu aufzufordern und ihm zur Stellensuche eine angemessene Übergangsfrist einzuräumen, während welcher das bisherige Krankentaggeld geschuldet bleibt. Die Praxis geht von einer Übergangsfrist von drei bis fünf Monaten ab Ansetzung der Frist aus (BGE 114 V 289 Erw. 4b, 111 V 239 Erw. 2a; RKUV 1987 K 720 S. 108, 2000 K 112 S. 122). Diese Frist hat auch die Funktion einer Abgrenzung zur Arbeitslosenversicherung. Hat die versicherte Person nach Ablauf dieser Übergangsfrist keine Stelle gefunden, so hat sie als arbeitslos zu gelten.

2.2.

Streitig ist im vorliegenden Fall, ob der Kläger aufgrund seiner gesundheitlichen Situation über den 20. Juni 2009 hinaus auch in seiner angestammten oder aber einer leidensangepassten Tätigkeit als arbeitsunfähig zu qualifizieren ist. Die Beklagte richtete ihre Versicherungsleistungen bis 20. Juni 2009 aus, wobei sie davon ausging, dass der Kläger ab diesem Zeitpunkt das verletzte Kniegelenk wieder voll belasten und seine bisherige Tätigkeit als Polierer daher uneingeschränkt ausüben könne. Demgegenüber macht der Kläger geltend, sein Hausarzt wie auch die behandelnden Fachärzte hätten über den 20. Juni 2009 hinaus eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Aufgrund der anhaltenden Kniegelenkschmerzen und Bewegungsbeeinträchtigungen könne er keiner Erwerbstätigkeit nachgehen.

2.2.1.

Der Kläger stürzte am 11. Dezember 2008 auf einer vereisten Fläche und erlitt ein Distorsionstrauma am linken Knie. Der Hausarzt des Klägers, Dr. med. D., Arzt für Allgemeine Medizin FMH, in _____, attestierte eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit ab 20. Dezember 2008 (KB 13). Da die konservative Behandlung des Kniegelenks keine Besserung brachte, wurde am 3. April 2009 im Kantonsspital E. eine Kniearthroskopie links mit Microfracturing durchgeführt. Eine Meniskusläsion oder eine Beeinträchtigung des Kreuzbandes wurde nicht festgestellt, jedoch ein Knorpelschaden mit Blutsperre im Gelenk (vgl. Bericht Dr. med. F., Oberarzt in der Klinik für Orthopädie und Traumatologie am Kantonsspital E., vom 7. April 2009, KB 9). Am 20. Mai und 18. Juni 2009 fanden Nachuntersuchungen bei Dr. med. F. statt (KB 10, 11). Der Kläger gab anlässlich dieser Untersuchungen an, die Kniegelenksschmerzen hätten nicht abgenommen und das Gehen ohne Krücken sei nicht möglich. Aufgrund der persistierenden Schmerzen wurde eine intraartikuläre Kniegelenksinfiltration vorgenommen, welche keine anhaltende Besserung brachte. Das am 28. Mai 2009 im Röntgeninstitut H. durchgeführte Knie-MRI ergab eine wesentliche Diskrepanz zu den in der Arthroskopie festgestellten Befunden (Meniskusläsion und Knorpeldefekt; vgl. Bericht Dr. med. G., Röntgeninstitut H., vom 29. Mai 2009, KB 14). Dr. med. F. attestierte am 18. Juni 2009 weiterhin eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit des Klägers und ordnete eine klinische Nachkontrolle Mitte August 2009 an (KB 11). In der Nachkontrolle vom 10. August 2009 zeigte sich weiterhin keine Besserung der Beschwerden. Der sich aufgrund der zwei MRI-Untersuchungen ergebende Verdacht auf eine mediale und laterale Meniskusläsion konnte Dr. med. F. aufgrund der durchgeführten Arthroskopie nicht bestätigen. Er empfahl daher eine rheumatologische Abklärung der Beschwerde (KB 12). Die Arbeitsunfähigkeit wurde weiterhin mit 100 % angegeben (KB 13). Dr. med. D. bestätigte die anhaltende Arbeitsunfähigkeit am 24. Juli und 29. September 2009 (KB 7, 8). Aufgrund der Diskrepanz in den Befunden schlug er eine zweite Arthroskopie bei einem anderen Chirurgen vor (KB 7).

2.2.2.

Im Auftrag der Beklagten wurde der Kläger am 2. Dezember 2009 von Dr. med. C., FMH Chirurgie, Klinik I., untersucht. Er hielt im Bericht vom 16. Dezember 2009 (Klageantwortbeilage [AB] 8) fest, der Kläger beschreibe nach wie vor Schmerzen im linken Kniegelenk vor allem beim Treppensteigen und längeren Gehen, wie auch beim Sitzen und längeren Stehen an Ort. Aus dem aktuellen Kniebefund sei eine mediale und laterale Diskusalteration resp. Defektbildung sowie eine Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes klinisch möglich. Da beide MRI-Untersuchungen praktisch identische Befunde ergeben hätten, diese jedoch in Widerspruch stünden zu den Feststellungen aus der Arthroskopie, sei eine Re-Arthroskopie zu empfehlen. Allenfalls bestätige sich dabei die

Meniskusläsion bzw. die Teilruptur des vorderen Kreuzbandes. Bei optimalem Verlauf sei nach einer Arthroskopie und Microfracturing erfahrungsgemäss von einer Arbeitsunfähigkeit von sicher zwei Monaten auszugehen. Beim Kläger liege aber absolut kein optimaler Verlauf vor, weshalb auch nach Anfang Juni 2009 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit als Polierer bestanden habe. Diese Arbeitsunfähigkeit sei auch noch aktuell gegeben. Eine sitzende Tätigkeit mit leichter bis mittelschwerer Belastung und einer Leistungsminderung von aktuell 20 % sei möglich. Nach seiner Auffassung könne realistischerweise zwei Monaten nach der Arthroskopie, d.h. ab Anfang Juni 2009 von einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten ausgegangen werden.

2.3.

Gemäss den vorstehend aufgeführten Arztberichten leidet der Kläger an belastungsabhängigen Schmerzen im linken Kniegelenk mit Bewegungseinschränkungen. Die Ursache der anhaltenden Schmerzproblematik ist ausweislich der Akten nicht geklärt. In den zweimalig durchgeführten MRI-Untersuchungen ergaben sich Hinweise für eine Meniskusläsion und eine Kreuzbandproblematik. Dr. med. F. bestätigte diese Befunde nach der von ihm durchgeführten Knie-Arthroskopie jedoch nicht. Aufgrund dieser Widersprüche empfahlen der Hausarzt des Klägers, Dr. med. D., wie auch Dr. med. C. eine erneute, von einem anderen Arzt oder einer anderen Ärztin in einer anderen Klinik durchzuführende Arthroskopie.

2.4.

Worauf die Beklagte ihre Leistungseinstellung per 20. Juni 2009 abstützte, ist unklar. Noch am 18. Juni 2009 hielt Dr. med. F. fest (KB 11), nach dem operativen Eingriff sei nach drei Monaten noch nicht mit einer vollständigen Beschwerdefreiheit bzw. mit einem vollständigen Verheilen des Knorpeldefektes mit Regenerat Faserknorpel zu rechnen.

Eine Arbeitsfähigkeit des Klägers in seiner angestammten Tätigkeit als Polierer wurde von den behandelnden Ärzten übereinstimmend und über den 20. Juni 2009 hinaus verneint. Letztmals wurde dies von Dr. med. D. am 2. September 2009 attestiert (KB 13). Dr. med. C. ging aber noch im Dezember 2009 von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Arbeiten aus. Da gemäss der in den AVB enthaltenen Definition der Arbeitsunfähigkeit auch die Erwerbsfähigkeit in einer beschwerdeangepassten Tätigkeit miteinzubeziehen ist, fragt sich, ob und gegebenenfalls ab wann eine solche Arbeitsfähigkeit vorlag. Dr. med. C. ging in seinem Bericht vom 16. Dezember 2009 davon aus, der Kläger könne seit Anfang Juni 2009 vollzeitlich einer sitzenden, leichten Tätigkeit nachgehen, wobei eine Leistungsminderung von 20 % zu berücksichtigen sei. Diese Beurteilung wurde jedoch rein retrospektiv, aufgrund von Erfahrungswerten aus dem normalen Verlauf ähnlicher Kniegelenksbeeinträchtigungen abgegeben. So führte Dr. med. C. aus,

nach einer Kniearthroskopie würden generell rund zwei Monate lang eine Schwellungstendenz und Bewegungseinschränkungen bestehen. Danach sei bei einem normalen bzw. guten Verlauf von einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Gleichzeitig hielt Dr. med. C. aber fest, dass im Falle des Klägers eben gerade kein guter bzw. normaler Heilungsverlauf vorliege (Bericht S. 6 Ziff. 3). Sodann erachtete es auch Dr. med. C. als möglich, dass eine Meniskusklaision und eine Kreuzbandteiltraktur vorliegen könnten, wie die MRI-Bilder vermuten liessen (Bericht S. 5 und S. 6 Ziff. 7). Würde sich dieser Verdacht in einer Re-Arthroskopie bestätigen, müsste die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sicherlich anders ausfallen. Zudem gehen auch bei den Erfahrungswerten die Meinungen der Ärzte auseinander, hielt doch Dr. med. F. am 18. Juni 2009 fest, nach einer wie beim Kläger vorgenommenen Operation sei auch drei Monate nach der Operation noch nicht mit einer vollständigen Beschwerdefreiheit bzw. gänzlichen Verheilen zu rechnen. Dr. med. C. ging demgegenüber von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit von zwei Monaten postoperativ aus.

Die Erwerbsfähigkeit, welche Dr. med. C. angab und von der Beklagten übernommen wurde, wurde somit rund ein halbes Jahr nach der mutmasslichen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und entgegen den übrigen medizinischen Unterlagen attestiert. Zudem ging Dr. med. C. von Durchschnittswerten und der Annahme eines optimalen Heilungsverlaufes aus, welcher aber eben gerade nicht vorlag. Zudem bestand im Zeitpunkt der Untersuchung noch keine Klarheit darüber, ob – wie aufgrund der MRI-Bilder angenommen – nicht doch eine Meniskusklaision und Kreuzbandteiltraktur besteht. In Gesamtwürdigung der Aktenlage vermag der Bericht von Dr. med. C. daher nicht zu überzeugen. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass basierend auf den vorhandenen Arztberichten Mitte Juni 2009 nicht von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit des Klägers in einer beschwerdeangepassten, d.h. leichten und sitzenden Tätigkeit hätte ausgegangen werden dürfen.

2.5.

Die Begründung des Versicherungsanspruchs obliegt dem Anspruchsberechtigten (Versicherungsnehmer oder Dritte). Beweisrechtlich folgt dies aus der allgemeinen Regel von Art. 8 ZGB, wonach das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen hat, wer aus ihr Rechte ableitet. Der besonderen Natur des Versicherungsvertrages Rechnung tragend, verlangen Lehre und Praxis in Versicherungsfällen, vorab wenn Beweisschwierigkeiten vorliegen, vom Anspruchsberechtigten nur einen abgeschwächten Beweis. Es genügt dann, wenn der geltend gemachte Sachverhalt nach der Lebenserfahrung einen hinreichend hohen Grad an Wahrscheinlichkeit erreicht (Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basler-Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel 2001, N. 21 zu Art. 39). Demgegenüber liegt die Beweislast für die rechtsaufhe-

benden bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet (vgl. Roland Schaer, Modernes Versicherungsrecht, Bern 2007, S. 572).

Der Kläger legte die Arztberichte und die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse der Beklagten jeweils vor und erfüllte damit seine Obliegenheit (vgl. Ziff. 14.1 und 14.2 AVB), wie auch die aus Art. 8 ZGB fliessende Beweislast, die Arbeitsunfähigkeit nachzuweisen. Erachtet die Versicherung die ihr vorgelegten Unterlagen als ungenügend, hat sie den Versicherten darauf hinzuweisen, weitere Unterlagen zu verlangen und/oder selber Abklärungen zu tätigen (dazu auch Ziff. 14.3 AVB). Dies insbesondere dann, wenn sie den Taggeldanspruch für die Zeit davor bejaht, zu einem bestimmten Zeitpunkt aber von der Einstellung der Leistungen ausgeht (vgl. vorstehende Ausführungen zur Beweislast). In Beachtung dieser Grundsätze und den im Zeitpunkt der Leistungseinstellung vorhandenen Unterlagen durfte die Beklagte mithin nicht von einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit des Klägers per 20. Juni 2009 ausgehen.

2.6.

Die Einstellung der Taggeldzahlungen der Beklagten per 20. Juni 2009 war demzufolge unzulässig. Die Leistungen sind daher nachträglich zu erbringen. Die genaue Dauer der Taggeldberechtigung lässt sich aufgrund der vorliegenden Akten jedoch nicht festlegen; will die Beklagte ihre Leistungen vor Ablauf der maximalen Anspruchsberechtigung einstellen, hat sie den Zeitpunkt der Wiedererlangung der (teilweisen) Erwerbsfähigkeit fachärztlich, ev. durch Nachfrage bei den damals behandelnden Ärzten, abzuklären bzw. zu beurteilen. Soweit sich eine Arbeitsfähigkeit des Klägers zu einem späteren Zeitpunkt fachärztlich belegen lässt, ist seitens der Beklagten anzugeben, für welche Tätigkeit eine ganze oder teilweise Arbeitsfähigkeit besteht. Zudem folgt auch aus einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit in einer beschwerdeangepassten Tätigkeit nicht automatisch eine Einstellung der Leistungspflicht des Taggeldversicherers. Vielmehr ist diesfalls ein Betätigungsvergleich vorzunehmen (vgl. Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bd. XIV: Soziale Sicherheit, 2. Aufl., Basel 2007, S. 785). So ist das Einkommen, das der Kläger ohne Gesundheitsschädigung in seinem Beruf als Polierer erzielen könnte (Valideneinkommen), mit dem Einkommen, das durch zumutbare Verwertung der Resterwerbsfähigkeit erzielbar ist, zu vergleichen. Die Beklagte erhob keinen dieser Werte. Zudem berücksichtigte sie nicht, dass Dr. med. C. auch bei einer beschwerdeangepassten Tätigkeit von einer Leistungsminderung von 20 % ausging. Bei einer Leistungskürzung oder Leistungseinstellung ist somit vorgängig zu prüfen, ob sich bei einem allfälligen Berufswechsel eine Erwerbseinbusse ergibt. Sodann ist eine angemessene Übergangsfrist zu gewähren (vgl. Erw. 2.1. vorstehend).

3.

Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist in Gutheissung der Klage die Beklagte zu verpflichten, die vertraglichen Krankentaggeldleistungen ab 21. Juni 2009 bis zum Ablauf der maximalen Anspruchsberechtigung des Klägers bzw. bis zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit nachträglich zu erbringen.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 85 Abs. 3 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen [VAG]). Der obsiegenden Partei ist eine Parteientschädigung zuzusprechen (§ 64 Abs. 3 VRPG i.V.m. § 112 Abs. 2 ZPO).

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger die vertraglichen Krankentaggeldleistungen ab 21. Juni 2009 bis zum Ablauf der maximalen Anspruchsberechtigung bzw. bis zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit auszurichten.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Die Beklagte wird verpflichtet, dem Kläger eine Parteientschädigung in gerichtlich festgesetzter Höhe von Fr. 2'986.45 (inkl. Fr. 210.95 MWSt) zu bezahlen.

Zustellung an:
den Kläger (Vertreterin, 2fach)
die Beklagte
das Bundesamt für Gesundheit, Unfall- und Krankenversicherung

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 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, 12. Oktober 2010

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Plüss

Nussbaumer