

VKL.2010.25 / AH / fi

Art. 177

Urteil vom 26. Oktober 2010

Besetzung Oberrichterin Plüss, Präsidentin
 Oberrichter Roth
 Oberrichterin Arnet
 Gerichtsschreiberin i.V. Hennemann

Kläger **A.**,
 vertreten durch lic. iur. Viktor Egloff, Rechtsanwalt

Beklagte **X. Versicherungen**

Gegenstand Klageverfahren betreffend Krankentaggeldleistungen nach VVG

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Der 1968 geborene A. war bis Oktober 2008 Mitarbeiter der Firma B. in _____. Zwischen der Firma B. und der X. Versicherungen wurde ein Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrag nach VVG geschlossen (Police Nr. _____). A. standen bei Eintritt der versicherten Arbeitsunfähigkeit nach einer Wartefrist von 30 Tagen Taggelderleistungen in der Höhe von Fr. 190.50 für maximal 720 Tage zu.

1.2.

Am 16. Mai 2008 wurde der X. Versicherungen die Krankmeldung von A. mit 100 %iger Arbeitsunfähigkeit ab 24. März 2008 gemeldet. Die X. Versicherungen hielt fest, dass – obwohl diese Meldung nicht innerhalb der in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) festgehaltenen 30 Tagen erfolgt sei – sie sich bereit erkläre, die Taggelder zu erbringen. Das nächste Mal werde sie jedoch gemäss AVB die Leistung verweigern.

Am 8. Oktober 2008 fiel die Firma B. in Konkurs. Vom 5. Januar 2009 bis zum 30. April 2009 war A. zu 50 % arbeitsunfähig. Am 6. Februar 2009 bot die X. Versicherungen A. den Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung gemäss Ziff. 12.3 AVB im Rahmen seiner 50 %igen Arbeitsfähigkeit an, wovon er keinen Gebrauch machte. Nach einer erneuten Reduktion der Arbeitsunfähigkeit auf 30 % ab 1. Mai 2009 war A. ab 13. Mai 2009 wieder zu 100 % arbeitsfähig. Ab 3. Juli 2009 bis mindestens Ende August 2009 attestierte Dr. med. C., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aufgrund einer leichten depressiven Episode eine 30 %ige Arbeitsunfähigkeit.

1.3.

Mit Schreiben vom 15. September 2009 teilte die X. Versicherungen A. mit, dass bei einer Routineprüfung des Dossiers festgestellt worden sei, dass die Firma B. die Prämien der Krankentaggeldversicherung trotz Mahnung nicht mehr bezahlt habe und deshalb gestützt auf Art. 32 AVB eine Leistungssperre für die Zeit vom 21. Januar 2008 bis zum 24. April 2008 verhängt worden sei. Ab dem 25. April 2008 habe die Firma B. die Prämienrechnungen bezahlt. Mit Schreiben vom 20. November 2009 verzichtete die X. Versicherungen auf die Rückforderung der aus ihrer Sicht zu Unrecht bezogenen Zahlungen. Aufgrund fehlender Versicherungsdeckung könnten aber ab 1. Juni 2009 keine weiteren Taggelderleistungen ausgerichtet werden.

2.

2.1.

Mit Klage vom 23. Februar 2010 an das Friedensrichteramt des Kreises Wettingen liess der Versicherte folgendes Rechtsbegehren stellen:

" 1. Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger den Betrag von Fr. 13'106.40 zuzüglich Zins zu 5 % ab dem 1. Februar 2010 zu bezahlen.

2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen."

Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, der Kläger sei bis 4. Januar 2009 zu 100 %, bis 30. April 2009 zu 50 %, bis 31. August 2009 zu 30 % und bis Ende September 2009 zu 20 % arbeitsunfähig gewesen. Nach einer Phase vollständiger Arbeitsfähigkeit sei der Kläger aufgrund eines Rückfalls vom 1. bis 3. Dezember 2009 zu 100 % und ab Januar 2010 erneut zu 20 % arbeitsunfähig gewesen. Im Weiteren liess er geltend machen, die Zustellung der Mahnung an die Firma B. sei nicht ausgewiesen, weshalb die Leistungspflicht der Beklagten bestehe und sie ab Juni 2009 weiterhin Taggelder auszurichten habe.

2.2.

Mit Schreiben vom 9. April 2010 verneinte der Friedensrichter des Kreises Wettingen auf Einrede der Beklagten hin seine Zuständigkeit und überwies die Akten dem Versicherungsgericht des Kantons Aargau.

2.3.

2.3.1.

Mit Klageantwort vom 17. Mai 2010 stellte die X. Versicherungen das Rechtsbegehren, es sei die Klage – unter Kosten- und Entschädigungsfolgen – vollumfänglich abzuweisen. Dies begründete sie im Wesentlichen damit, dass sie aufgrund einer Leistungssperre vom 21. Januar 2008 bis zum 24. April 2008 nicht leistungspflichtig gewesen sei. Die Prämienrechnungen, Zahlungserinnerungen und Mahnungen seien der Firma B. ordnungsgemäss zugestellt worden. Dass trotz Leistungssperre Krankentaggeldleistungen an den Kläger ausgerichtet wurden, sei dem Umstand zuzuschreiben, dass sie die vorangehende Leistungssperre nicht bemerkt habe. Sie verzichte zwar auf die Rückforderung der zu Unrecht bezogenen Taggeldleistungen, werde aber ab 1. Juni 2009 keine weiteren Taggeldleistungen mehr erbringen.

2.3.2.

Im Übrigen sei das Mahnverfahren nur relevant, wenn der Kläger beweisen könne, dass er durchgehend arbeitsunfähig gewesen sei und zwischendurch seine volle Arbeitsfähigkeit nicht wiedererlangt habe. Andernfalls wären mit Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit die Nachleis-

tungen der Beklagten aus dem aufgehobenen Kollektivvertrag der Firma B. beendet gewesen.

Der Beklagten liege für die Zeit ab 12. Mai 2009 bis 3. Juli 2009 kein ärztlicher Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit vor. Demzufolge handle es sich bei der geltend gemachten 30 %igen Arbeitsunfähigkeit ab 3. Juli 2009 um einen Rückfall.

Da fälschlicherweise bei Erreichen der vollen Arbeitsfähigkeit vom 12. Mai 2009 nicht auf das Übertrittsrecht der restlichen 50 % in die Einzeltaggeldversicherung hingewiesen worden sei, habe der Kläger das Recht, rückwirkend ab Erreichen der vollen Arbeitsfähigkeit ab 12. Mai 2009 im Umfang dieser 50 % in die Einzeltaggeldversicherung x _____ der Beklagten zu wechseln. Der Kläger habe sein Übertrittsrecht nicht wahrgenommen und verfüge somit ab 5. Januar 2009 nur mehr über eine Deckung von Taggelderleistungen bei Krankheit von 50 %.

Die Beklagte hielt zudem fest, dass für die 20 %ige Arbeitsunfähigkeit der Monate September 2009 sowie Januar 2010 gemäss Ziff. 5.1 der Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) sowie Ziff. 13.1 AVB keine Taggelderleistungen gefordert werden könnten, weil die nachgewiesene Arbeitsunfähigkeit weniger als 25 % betragen habe.

2.3.3.

Bezüglich der ärztlich angegebenen Arbeitsunfähigkeit ab 3. Juli bis 31. August 2009 sei zu sagen, dass der Vertrauensarzt, Dr. med. D., Facharzt für Rechtsmedizin, festgestellt habe, dass eine leichte depressive Episode nicht arbeitsrelevant und der Kläger ab 12. Mai 2009 zu 100 % arbeitsfähig sei, wie dies auch Dr. med. E., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, festgehalten habe.

2.3.4.

Laut Arztzeugnis von Dr. med. F., Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 3. Februar 2010, sei der Kläger ab 3. Dezember 2009 arbeitsunfähig gewesen. Dieses Zeugnis sei der Beklagten erst mit Mitteilung des Klageeingangs durch das Friedensrichteramt am 5. März 2010 bekannt gemacht worden. Gemäss Ziff. 6.1 ZVB müsse eine Arbeitsunfähigkeit spätestens 35 Tage ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit dem Versicherer gemeldet werden, innert weiterer drei Tage ab Krankmeldung sei diese ärztlich zu bescheinigen. Bei unentschuldig verspäteter Meldung bestehe frühestens ab Eingang dieser Meldung Anspruch auf die versicherte Leistung. Dies müsse analog auch bei Rückfällen gelten, ansonsten der Krankentaggeldversicherer keine Möglichkeit habe, die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit zu überprüfen. Somit bestehe vorliegend eine mögliche Leistungspflicht erst ab 5. März 2010.

2.4.

Mit – innert erstreckter Frist eingereichter – Replik vom 30. Juni 2010 hielt der Kläger an seinem mit Klage vom 23. Februar 2010 gestellten Begehren fest. Er machte geltend, für neue Schadensfälle bei Beendigung des Vertrags gäbe es zwar keinen Versicherungsschutz, eine Leistungspflicht für bestehende Schadensfälle, und somit auch bei Rückfällen, sei jedoch weiterhin gegeben.

Zudem hielt er fest, Frau Dr. med. E. habe die Beklagte vor dem Kläger über dessen Gesundheitszustand informiert. Aufgrund dieses Vertrauensbruchs habe er die Behandlung abgebrochen und in der Folge einen Monat benötigt, bis er einen ersten Termin bei einem Psychiater in der Region erhalten habe. Dr. med. C., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, habe ihm dann eine 30 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Es dürfe davon ausgegangen werden, dass der Kläger auch in den Vorwochen bereits im gleichen Umfang wie bis zum 11. Mai 2009 und dann erneut ab dem 3. Juli 2009 arbeitsunfähig gewesen war.

Im Weiteren liess der Kläger geltend machen, das Schreiben des Vertrauensarztes sei nicht unabhängig, sondern ein Gefälligkeitsschreiben und eine reine Parteibehauptung. Der Vertrauensarzt habe den Kläger nie untersucht. Bezüglich der Meldeobliegenheit liess der Kläger ausführen, er als Begünstigter aus dem Versicherungsvertrag habe keine Kenntnis von der erwähnten Bestimmung gehabt, diese habe einzig den Versicherungsnehmer, die Firma B., betroffen. Da die X. Versicherungen ihre Leistungspflicht sowieso abgelehnt habe, könne sie sich nicht auf die Nichteinhaltung dieser Obliegenheit berufen.

2.5.

Mit Duplik vom 3. September 2010 hielt die Beklagte an der vollumfänglichen Abweisung der Klage fest. Auf die Begründung wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Gemäss früherer Praxis des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau war für Klagen betreffend Krankentaggeldversicherungen nach VVG nicht das Versicherungsgericht, sondern das Zivilgericht zuständig (vgl. publizierter Fall in AGVE 2001, S. 103 f. mit Hinw.). Im Rahmen einer Praxisänderung hielt das aargauische Versicherungsgericht indessen fest, dass die Krankentaggeldversicherungen nach VVG als Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu qualifizieren seien und als solche in den Zuständigkeitsbereich des Versicherungsgerichts gehören (Art. 32 Abs. 2 EG KVG; vgl. Beschluss des Versicherungsgerichts

des Kantons Aargau, 4. Kammer, vom 20. September 2005 [VKL.2005.48], Erw. 3 und 4, publiziert in AGVE 2005, S. 89 ff., Rz. 21; vgl. auch rechtskräftige Urteile des aargauischen Versicherungsgerichts vom 21. März 2006 [VKL.2005.48], vom 13. Februar 2007 [VKL.2006.62], vom 13. März 2007 [VKL.2005.64] und vom 27. November 2007 [VKL.2006.74], jeweils Erw. 1). Demnach ist auf die Klage vom 23. Februar 2010 einzutreten.

2.

Beim vorliegenden Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Krankentaggeldversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Entsprechend ist der Versicherer in der Ausgestaltung der Taggeldversicherung frei. Im vorliegenden Fall sind die Bestimmungen des VVG sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die X. Versicherungen y_____ Kollektivtaggeldversicherung massgebend (Ausgabe 1. Januar 99/2000; Klageantwortbeilage [AB] 5).

3.

3.1.

Gemäss Art. 20 Abs. 1 VVG ist der Schuldner, wenn die Prämie zur Verfallzeit oder während der im Verträge eingeräumten Nachfrist nicht entrichtet wird, unter Androhung der Säumnisfolgen auf seine Kosten schriftlich aufzufordern, binnen 14 Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht des Versicherers nach Art. 20 Abs. 3 VVG vom Ablaufe der Mahnfrist an. Gemäss Art. 21 Abs. 2 VVG lebt die Haftung des Versicherers mit dem Zeitpunkte, in dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird, wieder auf, wenn die Prämie vom Versicherer eingefordert oder nachträglich angenommen wurde.

3.2.

Ziff. 32 der AVB lautet wie folgt:

" Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, so wird er unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an. Fordert die X. Versicherungen die ausstehende Prämie samt Nebenkosten nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich ein, so gilt der Vertrag als erloschen."

3.3.

3.3.1.

Es gilt vorerst abzuklären ob die Firma B. die Prämienrechnungen rechtzeitig bezahlt hat.

Die Firma B. ist während längerer Zeit ihrer Zahlungsverpflichtung gegenüber der X. Versicherungen nicht nachgekommen. In den Akten

finden sich diverse diesbezügliche Schreiben. Die Beklagte hat mit Schreiben vom 8. September 2007 die Prämienabrechnung für die Akontoberechnungsperiode vom 1. Oktober bis zum 31. Dezember 2007 über den Betrag von Fr. 534.00 gefordert (AB 23). Am 18. November 2007 folgte eine diesbezügliche Zahlungserinnerung (AB 24). Am 16. Dezember 2007 wurde der ausstehende Rechnungsbetrag unter Einschluss von Bearbeitungsgebühren von Fr. 40.00 gemahnt (AB 25).

Mit Schreiben vom 2. Dezember 2007 stellte die X. Versicherungen Rechnung für die Akontoabrechnungsperiode vom 1. Januar 2008 bis 31. März 2008 über den Betrag von Fr. 534.00 (AB 26). Die diesbezügliche Zahlungserinnerung folgte mit Schreiben vom 17. Februar 2008 (AB 27), die Mahnung unter Einschluss einer Bearbeitungsgebühr von Fr. 40.00 am 16. März 2008 (AB 28).

4.

4.1.

Es ist weiter zu prüfen, ob die X. Versicherungen das Mahnverfahren korrekt durchgeführt hat.

Die Mahnung ist eine empfangsbedürftige Erklärung des Versicherers. Sie muss dem Prämienschuldner zugehen. Zugang wird angenommen, wenn die schriftlich erlassene Mahnung in den Herrschaftsbereich des Schuldners gelangt, so dass unter normalen Umständen mit einer Kenntnissnahme gerechnet werden kann (Franz Hasenböhler, Kommentar zum VVG, Basel 2001, N. 24 zu Art. 20). Für den Zugang der Mahnung ist der Versicherer beweispflichtig. Wenn der Versicherer die Mahnung durch gewöhnlichen Brief sendet, so muss der Versicherer die Zustellung nachweisen, wofür ihm alle zulässigen Beweisvorkehrungen offen stehen (Hasenböhler, a.a.O., N. 27 f zu Art. 20).

4.2.

Der Kläger liess geltend machen, die Firma B. sei nicht gemahnt worden (Klage, Ziff. 5). Demgegenüber hielt die Beklagte fest, sie habe das Mahnverfahren korrekt durchgeführt. Schliesslich sei der Erhalt der Mahnung mittels Schreiben der Firma B. vom 30. März 2009 (recte: 2008) (AB 29) bestätigt worden (Klageantwort, Ziff. 7). Die Firma B. bat in diesem Schreiben vom 30. März 2008 die X. Versicherungen, vorläufig auf den Versand von Mahnungen und allenfalls das Einfordern von Beträgen durch Betreibung zu verzichten und ersuchte gleichzeitig um Aufstellung der bezahlten und noch offenen Beträge seit Laufbeginn des Vertrags. Sie werde sich bemühen, allfällige Ausstände bis Ende Mai 2008 zu begleichen. Sie begründete dieses Vorgehen damit, dass sie in den Ostertagen habe feststellen müssen, dass der für die Buchhaltung zuständige Mitarbeiter seit längerer Zeit erheblich erkrankt sei und sich deshalb bündelweise ungeöffnete Briefe, Akten und Unterlagen in den

Büroräumlichkeiten stapelten. Unter den ungeöffneten Briefen hätten sich u.a. auch verschiedene Mahnungen der X. Versicherungen befunden. Sie könne aber nicht beurteilen, welche Zahlungen und Meldungen gemacht worden seien (AB 29).

4.3.

Die Beklagte hat die Akontorechnungen und Mahnungen zwar nicht eingeschrieben versandt. Trotzdem ist davon auszugehen, dass die Firma B. die jeweiligen Schreiben, und somit auch die Mahnungen erhalten hat. Ausschlaggebend ist das Schreiben der Firma B. vom 30. März 2008 (AB 29). Dabei handelt es sich nicht lediglich um einen Formularbrief, wie dies vom Kläger behauptet wird (Replik, zu Ziff. 7). Es wird darin explizit auf die X. Versicherungen Bezug genommen, und es werden im Schreiben selbst "verschiedene Mahnungen" erwähnt, was sich mit den ausweislich der Akten zwei versandten Mahnscheiben deckt. An der Existenz der Mahnschreiben bestehen somit keine Zweifel. Es finden sich denn auch Kopien davon in chronologisch schlüssiger Abfolge in den Akten.

Hinzu kommt, dass ein Telefongespräch zwischen der X. Versicherungen und der Firma B. stattgefunden hat. Dafür spricht die Notiz auf der Rechnungsaufstellung (AB 30). Dort findet sich der handschriftliche Vermerk "Mit Kunde telefonisch besprochen" neben dem Datum "9.4.08". Zudem steht "Jan-März 2008, => 3. Mahnung Mitte April, Ende Mai Betreuung". Aufgrund der Anfrage der Firma B. um Rechnungsaufstellung vom 30. März 2008, welche am 9. April bei der Beklagten einging (AB 29), und der schriftlichen Antwort der Beklagten vom 9. April 2009 (AB 30) bestätigt sich ebenfalls, dass die Firma B. Kenntnis von den Mahnungen hatte.

Im Übrigen ist unbestritten, dass sich stapelweise geöffnete und ungeöffnete Briefe in den Büroräumlichkeiten befanden. Dass ein Mitarbeiter der Firma B. effektiv Kenntnis vom Inhalt der jeweiligen Schreiben erhielt, ist nicht erforderlich (vgl. Erw. 4.1). Es ist deshalb erstellt, dass die verschiedenen Prämienrechnungen, Zahlungserinnerungen sowie Mahnungen der Firma B. zugegangen sind und die Beklagte das Mahnverfahren korrekt durchgeführt hat.

Der vom Kläger vorgebrachte Verzicht der Beklagten auf das Mahnverfahren (vgl. Klage, Ziff. 5) entbehrt somit jeglicher Grundlage.

4.4.

4.4.1.

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die X. Versicherungen zu Recht eine Leistungssperre verhängte.

4.4.2.

Auf den beiden Mahnschreiben vom 16. Dezember 2007 wie auch vom 16. März 2008 fand sich folgender Hinweis:

" Wichtige Hinweise

Falls die vollständige Zahlung nicht fristgerecht erfolgt, ruht nach Ablauf der Mahnfrist die Leistungspflicht. Dies bedeutet, dass ein Anspruch auf Leistungen der Versicherung entfällt.

Für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die während der Dauer der Leistungssperre auftreten, kann ein Leistungsanspruch selbst bei nachträglicher Zahlung des ausstehenden Betrags nicht geltend gemacht werden.

[...]"

Dieser Hinweis genügte den gesetzlichen Erfordernissen zur Verhängung einer Leistungssperre (vgl. Erw. 3.1). Nach Angaben der Beklagten wurden die ausstehenden Forderungen am 22./25. April 2008 beglichen (AB 11, Klageantwort, Ziff. 7). Seitens des Klägers wird nicht geltend gemacht, die Leistungssperre sei durch frühere Zahlung bereits wieder aufgehoben worden. Die verhängte Leistungssperre vom 21. Januar 2008 bis zum 24. April 2008 (AB 11) erweist sich demnach als gesetzeskonform und ist nicht zu beanstanden.

4.5.

Der Kläger lässt vorbringen, die X. Versicherungen habe durch die Auszahlung von Taggeldern während eineinhalb Jahren auf die Geltendmachung der Säumnisfolgen verzichtet (Replik, Zu Ziff. 9). Dem kann nicht beigespflichtet werden. Daraus, dass die Beklagte vorerst nicht bemerkt hat, dass sie zu einer Leistungssperre berechtigt war – welche im Übrigen ab Ablauf der Mahnfrist ohne weiteres Zutun seitens der Beklagten gilt – kann nicht auf einen Verzicht geschlossen werden. Ein Verzicht würde voraussetzen, dass die Beklagte bewusst die Entscheidung gefällt hätte, dass sie trotz Leistungssperre für den Schadensfall aufkommen wolle. Davon ist aber nicht auszugehen; die Beklagte ist vielmehr einem Sachverhaltsirrtum erlegen. Ein Verzicht auf die Geltendmachung der Säumnisfolgen ist deshalb zu verneinen.

4.6.

Die Beklagte hat freiwillig auf die Rückforderung der bereits bezogenen Taggelder vom 24. März 2008 bis zum 31. Mai 2009 verzichtet (AB 11). Gemäss den obgenannten Erwägungen bestand für die Beklagte keine Leistungspflicht mehr ab der verhängten Leistungssperre. Der Schadensfall vom 24. März 2008 des Klägers fiel nämlich in die Zeit der rechtmässig verhängten Leistungssperre, weshalb die Beklagte nicht für den Schadensfall aufkommen musste.

Daran ändert die Tatsache, dass die Firma B. am 22./25. April 2008 die Prämien beglichen hat, nichts. Wie bereits in Art. 21 Abs. 2 VVG

sinngemäss und auf den Mahnschreiben unter "Wichtige Hinweise" explizit erwähnt, hat die Beklagte für Krankheiten und deren Folgen, die während der Dauer der Leistungssperre auftreten, keine Leistungen zu erbringen, selbst wenn die Zahlung nachträglich erfolgt ist (vgl. Erw. 4.4.2) Die Zahlung der ausstehenden Prämie führt nämlich nicht zur Pflicht der Erbringung von Leistungen, die aus den Folgen eines während einer Leistungssperre eingetretenen Schadensfalls herrühren, sondern wirkt lediglich ex nunc in dem Sinne, dass ein neuer Schadenfall, der sich nach Bezahlung der Prämie und vor Konkurseröffnung ereignet hätte, von der Beklagten wieder hätte übernommen werden müssen. Gemäss Ziff. 9.2 lit. b AVB führte die Konkurseröffnung vom 8. Oktober 2008 schliesslich zur Beendigung des Vertrags.

Die Beklagte hat deshalb zu Recht ab 1. Juni 2009 keine Zahlungen mehr ausgerichtet. Gestützt darauf erübrigen sich weitere Ausführungen zur Arbeitsunfähigkeit, und die Klage ist abzuweisen.

5.

5.1.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 85 Abs. 3 Versicherungsaufsichtsgesetzes [VAG]).

5.2.

Ausgangsgemäss ist dem Kläger keine Parteientschädigung zuzusprechen (§ 64 Abs. 3 VRPG [in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung] i.V.m. § 112 Abs. 1 ZPO).

5.3.

Die Beklagte ist im Rahmen der Krankentaggeldversicherungen nach VVG Privatversichererin (nicht Sozialversicherungsträgerin) und als solche bei Obsiegen grundsätzlich berechtigt, eine Parteientschädigung geltend zu machen.

Dem steht der nach geltendem Recht in allen Sozialversicherungszweigen gesetzlich festgeschriebene Grundsatz der Kostenfreiheit als tragendes Prinzip des Sozialversicherungsprozesses gegenüber. Mit Art. 85 Abs. 3 VAG hat der Gesetzgeber, dem gleichen Gedanken folgend, auch bezüglich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ein einfaches, rasches und grundsätzlich kostenloses Verfahren vorgesehen; dem Versicherten sollen in diesem Bereich gegenüber dem Privatversicherer die gleichen prozessualen Erleichterungen zuteil werden wie gegenüber dem Sozialversicherer. Die in Art. 85 Abs. 3 VAG angeordnete Kostenfreiheit würde weitgehend ihres Gehalts entleert, wenn die versicherte Person im Unterliegensfall damit rechnen muss, zwar keine Gerichtskosten, hingegen eine – wie im vorliegenden Fall – hohe Parteientschädigung an den obsiegenden Privatversicherer zu bezahlen. Es recht-

fertigt sich daher, den in allen Sozialversicherungszweigen geltenden Grundsatz, wonach der obsiegende Sozialversicherungsträger keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Versicherten hat, ausser bei mutwilliger und leichtsinniger Prozessführung (vgl. BGE 126 V 143), auch im Verfahren betreffend Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung anzuwenden. Dies rechtfertigt sich umso mehr, als das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 20. September 2005 [VKL.2005.48] die Krankenversicherung nach VVG als Zusatzversicherung zum KVG gewertet (und damit seine sachliche Zuständigkeit bejaht) hat. Der Grundsatz der Kostenfreiheit hat daher auch bei der Krankentaggeldversicherung nach VVG zu gelten.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.
Die Klage wird abgewiesen.
2.
Es werden keine Verfahrenskosten erhoben
3.
Es werden keine Parteientschädigungen ausgesprochen.

Zustellung an:
den Kläger (Vertreter; 2fach)
die Beklagte
das Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung

Beschwerde in Zivilsachen

Dieser Entscheid kann wegen Verletzung von Bundesrecht, Völkerrecht, kantonalen verfassungsmässigen Rechten und interkantonaem Recht **innerhalb 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. Der angefochtene Entscheid und als Beweismittel angerufene Urkunden sind beizulegen (Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [Bundesgerichtsgesetz, BGG] vom 17. Juni 2005).

Aarau, 26. Oktober 2010

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Die Gerichtsschreiberin i.V.:

Plüss

Hennemann