

VKL.2010.35 / SN / fi

Art. 88

Urteil vom 26. April 2011

Besetzung Oberrichterin Plüss, Präsidentin
 Oberrichter Roth
 Oberrichter Hartmann
 Gerichtsschreiberin Nussbaumer

Kläger **A.**,
 unentgeltlich vertreten durch lic. iur. Martin Mannhart, Rechtsanwalt

Beklagte **X. Versicherungen,**

Gegenstand Klageverfahren betreffend Krankentaggeldleistungen nach VVG

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Der 1977 geborene, verheiratete A. arbeitete ab Herbst 2001 als Magaziner bei der Firma B. und war basierend auf diesem Arbeitsverhältnis bei der Y. Versicherungen krankentaggeldversichert. Am 7. Juli 2001 erlitt er in Italien auf der Autobahn einen schweren Verkehrsunfall, wobei er sich multiple Verletzungen der Rippen, der Lendenwirbelsäule, der linken Hand und des Unterbauches zuzog. Ab 24. September 2001 war er wieder vollzeitlich arbeitstätig. Mit Kündigung vom 16. September 2008 wurde das Anstellungsverhältnis von der Arbeitgeberin wegen Umstrukturierungen per 31. Dezember 2008 aufgelöst.

Med. pract. C., _____, attestierte A. ab 19. September 2008 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit wegen chronifizierter Schmerzen panvertebral und thorakal, einer Frontalhirnsymptomatik mit neuropsychologischen Problemen, hirnorganischen Wesensveränderungen mit Impulsität und partiell fehlender Selbstkontrolle sowie einer neurogenen Blasen- und Darmfunktionsstörung. Die Y. Versicherungen erbrachte die vertraglichen Taggeldleistungen und leitete zusätzliche medizinische Abklärungen ein. Mit Schreiben vom 29. Oktober 2009 teilte sie dem Versicherten mit, aufgrund der ärztlichen Auskünfte werde er in der bisherigen Tätigkeit als Lagerist sowie in jeder anderen in Frage kommenden Tätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig erachtet, weshalb die Taggeldzahlungen nur noch bis 8. November 2009 erbracht würden.

2.

Mit Eingabe an das Bezirksgericht Zuzach vom 8. März 2010 liess A. Klage erheben gegen die X. Versicherungen mit folgenden Rechtsbegehren:

"Es sei die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger ab dem 09.11.2009 ein Krankentagegeld in Höhe von CHF 132,50 pro Tag, mithin also für die Zeit vom 09.11.2009 bis 30.11.2009 für 22 Tage in Höhe von CHF 2.915,00, mithin für die Zeit vom 01.12.2009 bis 31.12.2009 in Höhe von CHF 4.107,50 sowie für die Zeit ab dem 01.01.2010 fortlaufend bis auf weiteres pro Tag CHF 132,50 zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 % aus einem Betrag in Höhe von CHF 2.915,00 ab dem 01.12.2009 und aus einem Betrag in Höhe von CHF 4.107,50 ab dem 01.01.2010 zu bezahlen

unter Kosten- und Entschädigungsfolgen für die Beklagte."

Gleichzeitig wurde mit separater Eingabe um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege und Rechtsvertretung ersucht.

3.

In ihrer Klageantwort vom 25. Mai 2010 beantragte die Beklagte, auf die Klage sei mangels sachlicher Zuständigkeit des angerufenen Gerichts nicht einzutreten. Materiell äusserte sich die Beklagte infolge Vorprüfung der Zuständigkeitsfrage nicht.

4.

Mit Stellungnahme vom 1. Juni 2010 erklärte sich der Kläger mit der Überweisung der Streitsache an das Versicherungsgericht des Kantons Aargau einverstanden.

5.

Mit Verfügung vom 3. Juni 2010 überwies das Bezirksgericht Zurzach das Verfahren an das Versicherungsgericht des Kantons Aargau. Dieses setzte der Beklagten Frist zur Einreichung einer Klageantwort an.

6.

Aufforderungsgemäss erstattete die Beklagte am 21. Juli 2010 ihre Klageantwort und beantragte, die Klage sei vollumfänglich abzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers.

Auf die Begründung wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

7.

Mit Replik vom 4. August 2010 und Duplik vom 3. September 2010 hielten die Parteien an den gestellten Rechtsbegehren fest.

Auf die Begründungen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

8.

Mit Verfügung vom 6. Dezember 2010 wurde dem Kläger die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und lic. iur. Fritz J. Becker, Rechtsanwalt, als sein unentgeltlicher Rechtsvertreter ernannt. Nach Mitteilung des Vertreterwechsels (Schreiben vom 13. Januar 2011), Eingang der Substitutionsvollmacht und Einreichen eines neuen URP-Gesuchs wurde der bisherige unentgeltliche Rechtsvertreter mit Verfügung vom 23. März 2011 aus seinem Amt entlassen und als neuer unentgeltlicher Rechtsvertreter lic. iur. Martin Mannhart, Rechtsanwalt, eingesetzt.

9.

Mit Instruktionsverfügung vom 6. Dezember 2010 wurden beim Kläger weitere Unterlagen eingefordert; der Kläger reichte diese sowie zusätzliche Arztberichte und Zeugnisse mit Eingabe vom 13. Januar 2011 nach.

Zusätzliche Arztzeugnisse gingen am 21. und 27. Januar 2011 sowie am 25. Februar, 22. März und 18. April 2011 ein.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1.

Beim abgeschlossenen Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Taggeldversicherung basierend auf dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) und nicht dem Krankenversicherungsgesetz (vgl. Art. 2.2. der allgemeinen Versicherungsbedingungen, AVB). Entsprechend ist der Versicherer in der Ausgestaltung der Taggeldversicherung frei und sind im vorliegenden Fall die Bestimmungen des VVG sowie die AVB massgebend.

1.2.

Gemäss § 32 Abs. 1 des kantonalen Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) ist das kantonale Versicherungsgericht im Rahmen des KVG für die Entscheidungen von Streitigkeiten der Versicherer unter sich, mit Versicherten oder mit Dritten zuständig. Gemäss § 32 Abs. 2 EG KVG ist es auch für Entscheidungen von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenversicherung zuständig. Diese Bestimmung entspricht Art. 85 Abs. 2 und 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG; in der bis 31. Dezember 2010 gültig gewesenen Fassung), wonach die Kantone für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ein kostenloses, einfaches und rasches Verfahren vorsehen, in dem der Richter den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt. Die Krankenversicherung nach VVG ist als Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu werten (vgl. Beschluss des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 20. September 2005 i.S. G. [VKL.2005.48], E. 3.3 und 4; publiziert in AGVE 2005 S. 89 f.). Als solche gehört die Taggeldversicherung nach VVG in den Zuständigkeitsbereich des Versicherungsgerichts (§ 32 Abs. 2 EG KVG).

Die örtliche Zuständigkeit richtet sich im Bereich der Krankentaggeldversicherung nach VVG für vor dem 1. Januar 2011 rechtshängig gemachte Klagen nach dem Bundesgesetz über den Gerichtsstand in Zivilsachen (GestG). Gemäss Art. 3 Abs. 1 lit. b GestG ist für die Behandlung von Klagen gegen eine juristische Person das Gericht an deren Sitz zuständig. Es steht den Parteien nach Art. 9 GestG allerdings frei, für einen bestehenden oder für einen künftigen Rechtsstreit einen Gerichtsstand zu vereinbaren. Dies hat die Beklagte in Art. 23 ihrer AVB gemacht. Demnach kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person gegen die Beklagte wahlweise an deren Sitz in _____ oder am eigenen

Wohnsitz Klage erheben. Der Kläger wohnte im Zeitpunkt der Klageerhebung in _____, Kanton Aargau. Entsprechend ist das Versicherungsgericht des Kantons Aargau in casu sachlich und örtlich zuständig.

2.

Vorliegend sind Krankentaggeldleistungen aus dem Versicherungsvertrag der ehemaligen Arbeitgeberin des Klägers, der Firma B., _____, und der Y. Versicherungen strittig. Der Versicherungsvertrag wurde mit Vertragsbeginn ab 1. Januar 2008 abgeschlossen (vgl. Police, Klageantwortbeilage [AB] 1). Im Vertrag wurde zwischen den Parteien ausdrücklich vereinbart, dass Vertragsgrundlage die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) in der Ausgabe von Januar 2004 bilden (vgl. Police). Auch wenn per 1. Januar 2008 bereits neue AVB vorlagen (Replikbeilage [RB] BK7), gelten somit im vorliegend zu beurteilenden Vertragsverhältnis die AVB 2004 (nachfolgend nur noch AVB genannt).

3.

Der Kläger war bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit (20. September 2008) bei der Firma B. angestellt. Nachdem die Suva als Unfallversichererin ihre Leistungspflicht mangels Kausalität der Beschwerden mit dem Unfall vom 7. Juli 2001 abgelehnt hatte, bejahte die Beklagte einen Krankentaggeldanspruch des Klägers ab 20. Oktober 2008 (nach Ablauf der 30-tägigen Wartefrist [vgl. Police, AB 1]) bis 8. November 2009 (vgl. Schreiben der Beklagten vom 29. Oktober 2009; Klagebeilage [KB] B05). Für die Zeit nach dem 8. November 2009 lehnte sie eine Leistungspflicht ab, da es dem Kläger spätestens ab diesem Zeitpunkt wieder möglich und zumutbar gewesen sei, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

3.1.

Gemäss Art. 15.3 AVB (AB 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 (AB 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 bisherigen Beruf gilt praxisgemäss derjenige, der vor Eintritt der zu beurteilen-

den 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 E. 4b, 111 V 239 E. 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.

3.2.

Streitig ist im vorliegenden Fall, ob der Kläger aufgrund seiner gesundheitlichen Situation über den 8. November 2009 hinaus auch in einer leidensangepassten Tätigkeit als arbeitsunfähig zu qualifizieren ist. Die Beklagte richtete ihre Versicherungsleistungen bis 8. November 2009 aus, wobei sie davon ausging, dass der Kläger spätestens ab diesem Zeitpunkt wieder voll arbeitsfähig gewesen sei. Sie schloss aus den ärztlichen Akten, dass der Kläger beim Unfall vom 7. Juli 2001 kein Schädelhirntrauma erlitten habe und kein Frontalhirnsyndrom vorliege. Die somatischen Beschwerden würden keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Gemäss dem psychiatrischen Gutachten bestehe auch psychisch keine Arbeitsunfähigkeit. Demgegenüber macht der Kläger geltend, er habe beim Unfall ein Schädelhirntrauma mit mehrstündiger Amnesie erlitten. Seither bestünden multiple Beschwerden, welche Fachärzte auf ein Frontalhirnsyndrom zurückgeführt hätten. Aufgrund der anhaltenden psychischen und physischen Beschwerden könne er keiner Erwerbstätigkeit nachgehen.

Es bestehen somit divergierende Ansichten sowohl bezüglich der beim Unfall vom Juli 2001 erlittenen Verletzungen und deren Folgeerscheinungen, wie auch bezüglich der aktuellen gesundheitlichen Beschwerden und Einschränkungen des Klägers. Entsprechend ist nachfolgend eine Beurteilung der medizinischen Akten vorzunehmen.

3.2.1.

Der Kläger erlitt am 7. Juli 2001 auf der Autobahn in Italien einen Verkehrsunfall. Er wurde ins Krankenhaus _____ gebracht, wo er bis zum 21. Juli 2001 in Behandlung blieb (RB BK08). Diagnostiziert wurde ein Thorax- und Abdominaltrauma mit mehrfachen Rippenbrüchen, Frakturen der Querfortsätze der Lendenwirbelsäule L1-L2-L3, ein Pneumothorax linksseitig, Wirbelfrakturen und eine Fraktur des proximalen Fingergliedes am Mittelfinger der linken Hand. Eine Amnesie oder ein Verwirrungszustand bei Einlieferung in die Notaufnahme wurde nicht festgestellt (vgl. Übersetzung der Krankenakte des Spitals

_____, RB BK08 S. 5) und wurde auch vom Kläger verneint (RB BK08 S. 14). Am 23. Juli 2001 konnte der Kläger in die Schweiz zurückreisen und ab 13. August 2001 war er wieder zu 50 % und ab 24. September 2001 zu 100 % arbeitsfähig und nahm in diesem Rahmen seine Arbeitstätigkeit als Magaziner wieder auf.

3.2.2.

Wegen ausgeprägten Rückenbeschwerden wurde vom 19. März bis 29. April 2003 eine ambulante physiotherapeutische Behandlung an der RehaClinic F. durchgeführt. Die Beschwerden wurden teilweise durch die deutliche muskuläre Insuffizienz der Abdominal- wie auch der Rückenmuskulatur erklärt, bei Beschwerdepersistenz aber eine internistische Abklärung möglicher Zusammenhänge zu inneren Unfallverletzungen empfohlen (Bericht Dr. med. E., Oberarzt RehaClinic F., vom 12. Mai 2003, RB 13).

3.2.3.

Im Jahr 2005 konsultierte der Kläger med. pract. C., praktischer Arzt, _____ (Hausarzt). Dieser berichtete am 11. September 2005 (RB 15), der Patient klagt über folgende, seit dem Unfall bestehende Beschwerden: häufige Kopfschmerzen, Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Kurzzeitgedächtnisstörungen sowie persistierende Blasen- und Darmentleerungsstörungen. Zudem habe er erwähnt, im Spital in Italien eine sensomotorische Lähmung des hinteren Hüftgelenks verspürt zu haben, wie auch eine Glutaeusschwäche links und Sensibilitätsstörungen der Reithose links. Es habe eine mehrstündige Bewusstlosigkeit mit retrograder Amnesie bestanden. Med. pract. C. leitete daher neurologische-neuropsychologische Abklärungen ein. Diese wurden von Dr. med. D., Fachärztin für Neurologie FMH, _____ durchgeführt. Im Bericht vom 7. November 2005 (RB 16) hielt Dr. med. D. fest, die klinisch-neurologische Untersuchung habe weitgehend unauffällige Befunde ergeben. Weiter abklärungsbedürftig seien hingegen die Befunde der neuropsychologischen Untersuchung. Im Vordergrund würden dabei die deutlichen, modalitätsunabhängigen mnestischen Defizite stehen, die leicht erhöhte visuo-vertale Interferenzanfälligkeit und die erheblich verminderte Fehlerkontrolle. Diese Befunde seien zusammen mit dem Verhaltenssyndrom mit anamnestisch beschriebener Impulskontrollstörung hinweisend auf eine Minderfunktion bifronto-temporalen Areale. Zum sicheren Ausschluss struktureller Läsionen wurde ein Schädel-MRI empfohlen, welches unauffällige Ergebnisse brachte (RB 17). Sodann wurde zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit zu regelmässigen therapeutischen Massnahmen geraten und zusätzlich eine medizinische Trainingstherapie und selbst durchgeführte sportliche Aktivitäten für den Rücken empfohlen.

3.2.4.

Im März 2006 wurde auf Überweisung von Dr. med. C. am Schweizer Paraplegikerzentrum in _____ eine ambulante Standortbestimmung durchgeführt (Bericht Dres. med. G./H. vom 23. März 2006, RB 19). Als aktuelle Problematik wurde insbesondere die Blasenentleerungsstörung und Obstipationsneigung festgehalten. Nach mehrfachen urologischen Abklärungen ohne Befunde sei bei vorausgegangenem Schädel-Hirn-Trauma auf eine unzureichende cerebrale Kontrolle des Miktionsreflexes zu schliessen. Sodann sei eine MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule durchgeführt worden. Diese habe eine Osteochondrosis der unteren LWS und Diskushernien L4/5 beidseits sowie L5/S1 gezeigt. Diese würden die beklagten Rückenschmerzen tief lumbal erklären. Klinische Anhaltspunkte für eine Wurzelirritation seien nicht gegeben. Auffällig sei sodann eine Einschränkung der HWS-Beweglichkeit mit Knacken im Bereich der unteren Halswirbelsäule (HWS) bei Rotation. Zudem bestehe eine leichte Schwäche des Faustschlusses. Es sei daher eine radiologische Abklärung der HWS vorgesehen. Diese ergab keine weiteren Befunde, worauf intensive Physiotherapie und ein Heimprogramm verschrieben wurden. Die Therapie brachte gute Ergebnisse (vgl. Bericht Dr. med. I., Paraplegikerzentrum R., vom 19. September 2006, RB 20). Als Hauptproblem schloss Dr. med. I. auf ein leichtes Frontalhirnsyndrom, welches es dem Patienten offenbar zunehmend erschwere, den Alltag zu bewältigen und mit den multiplen Missempfindungen im Anschluss an den Unfall fertig zu werden. Eine Therapie für diese Störung gebe es nicht, sodass eine intensive und stabile hausärztliche Betreuung und allenfalls die Abgabe von Antidepressiva nötig seien.

3.2.5.

Nach der Rückfallmeldung bei der Suva wurde der Kläger am 16. Januar 2008 kreisärztlich untersucht und eine psychiatrische Beurteilung veranlasst. Als Hauptbeschwerden wurden lumbale Schmerzen, Kraftlosigkeit der rechten Schulter, zeitweise Blockierungen im Bauch mit Atembeschwerden, Kopfschmerzen, häufiger Harndrang, Aggressivität, Stimmungsschwankungen und Durchschlafprobleme angegeben (Bericht Dr. med. J., S. 3, RB 22). Es wurde festgehalten, dass die umfangreichen Abklärungen die beklagten Beschwerden nicht hätten objektivieren können. Auch anlässlich der aktuellen klinischen Untersuchung hätten sich im Wesentlichen unauffällige Befunde gezeigt. Für die geschilderte Beschwerdesymptomatik finde sich kein objektivierbares organisches Substrat. Es sei daher von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die lokale Beschwerdesymptomatik der unteren LWS sei nicht derart, dass sie regelmässiger Schmerzmitteleinnahme bedürfe und ergebe keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Ein Schädel-Hirn-Trauma sei aufgrund der vorhandenen Unterlagen auszuschliessen (Bericht Dr. med. J., S. 8).

Dr. med. K., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, _____, hielt in seiner, durch Dr. med. J. veranlassten Beurteilung vom 8. April 2008 (RB 23) fest, bei der geschilderten Amnesie handle es sich aus psychiatrischer Sicht mit grösster Wahrscheinlichkeit um eine kurze dissoziative Amnesie (Bericht, S. 7). Aufgrund der Akten und den Schilderungen des Klägers sei von einer Somatisierungsstörung sowie einer leichten depressiven Symptomatik auszugehen. Eine Arbeitsunfähigkeit liege aus psychiatrischer Sicht nicht vor. Der aktuelle psychische Gesundheitszustand sei zudem mit psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung besserungsfähig (Bericht, S. 9).

3.2.6.

Ab April 2008 wurde der Kläger in der Schmerzlinik des Paraplegikerzentrums R. abgeklärt. Im Bericht vom 24. Juli 2008 (RB 24) schilderten die behandelnden Ärzte Dres. med. L. / M. als zentrale Problematik das zeitgleiche Bestehen von mehreren Schmerzbildern sowie psychosozialen Belastungsfaktoren. Hauptbeschwerden seien nächtliche Schmerzen im thorako-lumbalen Übergang. Neben der interventionellen Therapie zur Lokalisation einer möglichen anatomischen Schmerzquelle und der physiotherapeutischen Behandlung sei die psychiatrische Weiterbetreuung ein Schwerpunkt im Behandlungskonzept.

3.2.7.

Ab 20. September 2008 attestierte med. pract. C. eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit des Klägers. Er hielt fest (Bericht vom 18. November 2008, RB 26), aktuell bestehe eine psychophysische Dekompensation mit stark verminderter Leistungsfähigkeit. Geplant sei eine neuropsychologische Untersuchung im Paraplegikerzentrum R.

3.2.8.

Anlässlich der Verlaufskontrolle in der Schmerzlinik des Paraplegikerzentrums berichteten Dres. med. L. / M., die Rückenschmerzen stünden zurzeit nicht im Vordergrund. Der Patient zeige ein sehr besorgniserregendes Krankheitsbild mit einer totalen Inaktivität und sozialem wie auch beruflichem Rückzug. Es bestehe ein deutlicher Identitätsverlust und ein sehr grosser Leidensdruck. Es sei dringend eine psychologische und psychiatrische Co-Evaluation und Mitbegleitung erforderlich (Bericht vom 27. Januar 2009, Beilage zur Eingabe des Klägers vom 13. Januar 2011).

3.2.9.

Wegen des komplexen chronisch-multilokulären Schmerzsyndroms und der dekompensierten psychosomatischen und psychosozialen Probleme wurde der Kläger vom 11. Mai bis 19. Juni 2009 in der Klinik N. stationär behandelt. Diagnostiziert wurde eine Anpassungsstörung, ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom und eine Chlamydienurethritis und

Prostatitis (Bericht vom 10. Juli 2009, Beilage zur Eingabe des Klägers vom 13. Januar 2011). Bis 3. Juli 2009 wurde eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Es wurde festgehalten, nach Austritt aus der Klinik sei eine Intensivierung der Psychotherapie einzeln und unterstützt durch das Tageszentrum _____ vorgesehen, insbesondere zur Arbeit an der Impulskontrolle. Die Schmerzen seien zwar latent vorhanden, jedoch für den Patienten weniger problematisch als seine Aggressivität. In der Zeit der weiterführenden Therapie werde er vorerst noch zu 100 % als arbeitsunfähig erachtet. Nach drei Monaten sei eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit und der beruflichen Wiedereingliederung vorzunehmen.

Ob der Kläger in der Folge die im Bericht der Klinik N. angesprochene Weiterführung der Therapie wahrnahm, lässt sich anhand der Akten nicht feststellen. Zwar fand eine Erstkonsultation beim Externen Psychiatrischen Dienst (EPD) _____ statt (Bericht vom 10. Juli 2009; Beilage zur Eingabe des Klägers vom 13. Januar 2011), doch weiterführende Unterlagen sind nicht vorhanden.

3.2.10.

Im Auftrag der Beklagten erstattete Dr. med. O., FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, _____, am 18. Oktober 2009 ein Gutachten (AB 8). Darin führte er aus (S. 16 f.), die vorliegenden anamnestischen Daten, die aktuellen Angaben zu den Beschwerden sowie der aktuell erhobene psychopathologische Befund hätten keinerlei Hinweise für das Vorliegen einer gravierenden psychiatrischen Störung mit Krankheitswert ergeben. Der Explorand habe keine depressive Symptomatik gezeigt und sei kognitiv nicht eingeschränkt. Für die Annahme eines Schädelhirntraumas mit konsekutiven Spätfolgen gebe es keinerlei Hinweise. Seine verschiedentlich beschriebene verbal aufbrausende und nervöse Art sei am ehesten als konstantes Persönlichkeitsmerkmal zu interpretieren. Bei sachlicher Beurteilung könne in psychiatrischer Hinsicht lediglich eine unspezifische Somatisierungsstörung mit Verdacht auf erhebliche Aggravation konstatiert werden. Eine Arbeitsunfähigkeit könne nicht begründet werden.

3.2.11.

Für die Zeit zwischen Oktober 2009 und März 2010 sind keine Arztkonsultationen oder Therapiemassnahmen aktenkundig. Erst wieder ab 7. April 2010 begab sich der Kläger in psychotherapeutische Behandlung bei Dr. med. P., Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Arztzeugnis vom 21. Januar 2011); dieser attestierte keine Arbeitsunfähigkeit.

Ab November 2010 wurde der Kläger wegen thromboisierter Hämorrhoidalknoten im Kantonsspital Q. notfallmässig behandelt, woraus sich eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vom 21. bis 29. November 2010 ergab (vgl. Berichte Kantonsspital Q. vom 10. und 21. November 2010). Die

nachfolgenden Untersuchungen der neu angegebenen Beckenbeschwerden führten zu den Diagnosen der Sakroiliitis (entzündliche Veränderung der unteren Wirbelsäule) und der Leistenhernie rechts (vgl. Bericht Kantonsspital Q. vom 10. November 2010), später differenziert als seronegative Spondylarthropathie (Reaktive Arthritis/Morbus Reiter; vgl. Berichte Kantonsspital Q. vom 6. Januar, 8. Februar und 8. März 2011). Ab Januar 2011 war der Kläger auch wieder im Zentrum für Schmerzmedizin des Paraplegikerzentrums R. in ambulanter Behandlung bzw. Kontrolle (vgl. Bericht Paraplegikerzentrum vom 13. Januar 2011).

3.3.

Aufgrund der vorstehend geschilderten Arztberichte ist davon auszugehen, dass der Kläger ab 19. September 2008 wegen chronischen Rückenschmerzen und psychischen Beschwerden krankheitsbedingt zu 100 % arbeitsunfähig war. Entsprechend erbrachte die Beklagte Krankentaggeldleistungen ab 20. Oktober 2008. Der von Dr. med. C. vermutete und den Ärzten des Paraplegikerzentrums R. übernommene Befund eines Frontalhirnsyndroms erscheint in den Arztberichten ab Mitte 2009 nicht mehr. Hingegen traten die psychosomatischen und psychosozialen Probleme immer stärker in den Vordergrund. Es wurde ein Krankheitsbild mit totaler Inaktivität, Identitätsverlust und grossem Leidensdruck beschrieben (vgl. Bericht Paraplegikerzentrum vom 27. Januar 2009; E. 3.2.8 vorstehend), und eine Anpassungsstörung mit/bei Angst und depressiven Symptomen sowie partiell fehlender Impulskontrolle (vgl. Bericht Klinik N.; E. 3.2.9. vorstehend) festgestellt. Die somatischen Beschwerden traten demgegenüber in dieser Zeit – auch für den Kläger selber (vgl. Bericht Klinik N.) – in den Hintergrund. Entsprechend gab die Beklagte im Herbst 2009 ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag. Dieses ergab weder eine psychische Störung mit Krankheitswert noch eine depressive Symptomatik oder kognitive Beeinträchtigungen (Gutachten Dr. med. O., E. 3.2.10. vorstehend). Davon ausgehend wurde aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Offenbar blieb die Situation in der Folgezeit insoweit stabil, als die somatisch bedingte chronische Schmerzsituation nicht zunahm und keiner Therapie bedurfte, zumal der Kläger ausweislich der Akten zwischen Juli 2009 und März 2010 keine ärztliche Behandlung in Anspruch nahm. Ab April 2010 wurde dann bei Dr. med. P. eine Psychotherapie aufgenommen. Erst im Oktober/November 2010 traten wieder verstärkt körperliche Beschwerden auf, dies insbesondere im Beckenbereich, worauf neue Abklärungen am Kantonsspital Q. eingeleitet und neue Befunde erhoben wurden (vgl. E. 3.2.11. vorstehend). Das vom Kläger geltend gemachte Frontalhirnsyndrom wurde hierbei nicht mehr erwähnt.

3.4.

Für die im vorliegenden Verfahren massgebende Zeit ab November 2009 liegen somit ausser den Arztzeugnissen von Dr. med. C. keinerlei Hinweise über eine Arbeitsunfähigkeit des Klägers vor. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich Dr. med. C. als Hausarzt des Klägers in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren hat. Entsprechend verfolgen die Berichte der Hausärzte generell nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte denn auch kaum je in Frage kommen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.). Zudem sind in den Arbeitsunfähigkeitszeugnissen von Dr. med. C. für die Zeit ab November 2009 keine Untersuchungsergebnisse oder Befunde enthalten; d.h. die angegebene Arbeitsunfähigkeit wurde mit keinem Wort begründet und lässt sich entsprechend auch nicht nachvollziehen. Allein aus der früher vermuteten Diagnose des Frontalhirnsyndroms, welche sich zudem aufgrund der medizinischen Berichte direkt nach dem Unfallereignis nur bedingt stützen lässt, und welche im hier massgebenden Zeitraum in keinem der Arztberichte mehr erwähnt wird, kann nicht auf akute umfassende gesundheitliche Beschwerden und eine sich daraus ergebende Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wurde nachvollziehbar verneint (vgl. Gutachten Dr. med. O.) und allein aus den somatischen Beschwerden lag bereits im Jahr 2008 keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor (vgl. E. 3.2.5. vorstehend). Die neuen Beschwerden im Becken- und Leistenbereich, welche im Herbst 2010 auftraten und zu einer neuen Diagnose führten (Morbus Reiter; vgl. E. 3.2.11. vorstehend), können zur Begründung einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit ab November 2009, d.h. rund ein Jahr vor Diagnosestellung, keine Beachtung finden. Es ist daher davon auszugehen, dass ab November 2009 und zumindest bis Oktober 2010 – für eine körperlich leichte Tätigkeit, wie sie der Kläger als Kranführer und Magaziner zuletzt bei der Firma B. ausgeübt hatte – eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestand. Die Beklagte hat somit grundsätzlich zu Recht die Taggeldzahlungen per 8. November 2009 eingestellt.

4.

Nach dem Gesagten erweist sich die Klage als unbegründet und ist abzuweisen. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 85 Abs. 2 VAG in der im vorliegenden Fall anwendbaren [vgl. Art. 404 ZPO/CH], bis 31. Dezember 2010 gültig gewesenen Fassung). Die obsiegende Partei hat Anspruch

auf Parteientschädigung (vgl. Art. 112 Abs. 1 ZPO/AG in der bis 31. Dezember 2010 gültig gewesenen Fassung), was im Verfahren betreffend Krankentaggeldleistungen nach VVG, da es sich hierbei um ein Zivilverfahren handelt, auch für den obsiegenden Versicherer zu gelten hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 4A_194/2010 vom 17. November 2010 E. 2.2.1). Da sich die Beklagte nicht anwaltlich vertreten liess, sind ihr aber keine ausserordentlichen Kosten entstanden, weshalb ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Die Kosten der anwaltlichen Vertretung des Klägers übernimmt infolge der gewährten unentgeltlichen Rechtsverteidigung vorerst die Gerichtskasse.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.
Die Klage wird abgewiesen.
2.
Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3.
Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Zustellung an:
den Kläger (Vertreter, 2-fach)
die Beklagte

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, 26. April 2011

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Plüss

Nussbaumer