
VKL.2013.7 / as / fi

Art. 185

Urteil vom 5. November 2013

Besetzung Oberrichterin Plüss, Präsidentin
 Oberrichterin Gössi
 Oberrichter Hartmann
 Gerichtsschreiberin Sikyr

Kläger A.
 vertreten durch lic. iur. Marco Albrecht, Advokat,

Beklagte X. Versicherungen

Gegenstand Klageverfahren betreffend Krankentaggeldleistungen nach VVG

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Der 1953 geborene Kläger arbeitete mit einem 100 %-Pensum als Lastwagenfahrer bei der Firma B. (Klagebeilage [KB] 2), welche bei der Beklagten für ihre Angestellten eine kollektive Krankentaggeldversicherung abgeschlossen hatte (Kollektiv-Taggeldversicherung, _____, Vertrag Nr. _____; Klageantwortbeilage [AB] 2).

1.2.

Dem Kläger wurde mit Schreiben vom 28. September 2011 per 31. Dezember 2011 gekündigt (KB 3).

1.3.

Mit Krankmeldung vom 26. Oktober 2011 (AB 5) erhielt die Beklagte die Mitteilung, der Kläger sei seit 20. Oktober 2011 arbeitsunfähig.

1.4.

Der Hausarzt des Klägers, Dr. med. C. _____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, diagnostizierte in einem Zwischenbericht vom 30. Dezember 2011 (AB 11) ein Schlafapnoe-Syndrom, eine chronisch lymphatische Leukämie, ein Restless-Legs-Syndrom, eine arterielle Hypertonie und einen Status nach Nikotinabusus. Aktuell sei der Kläger durch das Schlafapnoe-Syndrom und die chronisch lymphatische Leukämie beeinträchtigt. Da das Unfallrisiko aufgrund der Schlafapnoe-Symptomatik zu gross sei, attestierte Dr. med. C. _____ dem Kläger eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Berufschaffeur.

1.5.

Mit Schreiben vom 9. Dezember 2011 (AB 10) teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass die Taggeldleistungen per 31. Dezember 2011 eingestellt würden, da er, wie er der Schadeninspektorin am 30. November 2011 gegenüber ausgesagt habe (vgl. AB 7), abgesehen von der Tätigkeit als Berufschaffeur, zu 100 % arbeitsfähig sei, was er auf der Zielvereinbarung auch unterschriftlich bestätigt habe. Zudem informierte die Beklagte den Kläger über sein Recht, innert dreier Monate nach Einstellung der Taggeldleistungen in die Einzelversicherung überzutreten.

1.6.

Aufgrund einer beim Kläger festgestellten koronaren 1-Gefäss-Erkrankung, welche am 1. Februar 2012 mit einer Implantation von zwei Stents behandelt wurde (AB 12 u. 13), erbrachte die Beklagte gestützt auf die medizinischen Berichte und die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse gemäss

einem Schreiben vom 5. April 2012 (AB 24) bis am 19. März 2012 weitere Taggeldzahlungen.

1.7.

Der Kläger verlangte mit Schreiben vom 17. April 2012 auch über den 19. März 2012 hinaus Taggelder. Er sei wegen derselben Krankheiten weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (AB 27).

1.8.

Dr. med. D. , Facharzt FMH für Rechtsmedizin und Vertrauensarzt der Beklagten, erstellte eine Aktenbeurteilung vom 9. Mai 2012 (AB 28), in welcher er zum Schluss kam, dass weder die chronisch lymphatische Leukämie noch das Schlafapnoe-Syndrom die Arbeitsfähigkeit des Klägers beeinträchtigen würden.

1.9.

Gestützt auf diese Beurteilung informierte die Beklagte den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 8. Juni 2012 (AB 29) erneut dahingehend, dass mangels arbeitsrelevanter Arbeitsunfähigkeit ab 19. März 2012 keine Taggeldleistungen mehr erbracht würden.

1.10.

Mit Bericht vom 7. August 2012 (AB 37) wies Dr. med. E. , Facharzt FMH für Psychiatrie/Psychotherapie, darauf hin, seines Erachtens sei bislang zu wenig berücksichtigt worden, dass beim Kläger durch die Diagnose einer chronisch lymphatischen Leukämie eine progrediente ängstlich-depressive Entwicklung ausgelöst worden sei, welche sich durch das Restless-Legs-Syndrom und die koronare Herzkrankheit akzentuiert habe.

1.11.

An der Taggeldeinstellung ab 20. März 2012 hielt die Beklagte mit Stellungnahme vom 9. Oktober 2012 fest (AB 46). Für die ab Ende Juni 2012 neu diagnostizierte psychische Gesundheitsbeeinträchtigung bestehe keine Leistungspflicht der Beklagten, da für den Kläger seit 20. März 2012 keine Versicherungsdeckung mehr bestehe.

2.

2.1.

Am 29. Januar 2013 erhob der Kläger beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau Klage und stellte folgende Anträge:

"1.

Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger für die Zeitperiode vom 20.03.2012 bis 31.01.2013 Leistungen aus der Krankentaggeldversicherung von insgesamt CHF 40'540.35, nebst Zins zu 5 % seit dem 20.03.2012, zu erbringen.

2.
Unter o/e Kostenfolge zu Lasten der Beklagten, wobei dem Kläger der Kostenerlass zu bewilligen sei."

Mit seiner Klage reichte der Kläger ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (KB 16) ein und stellte die Nachreichung weiterer erforderlicher Unterlagen in Aussicht.

2.2.

Mit Klageantwort vom 22. Februar 2013 äusserte sich die Beklagte und stellte folgende Anträge:

"1.
Die Klage vom 29. Januar 2013 sei vollumfänglich abzuweisen.

2.
Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers."

2.3.

Mit Replik vom 30. April 2013 und Duplik vom 15. Mai 2013 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

2.4.

Auf die Aufforderung der Instruktionsrichterin vom 26. Juli 2013 hin, die fehlenden Belege für das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege einzureichen, liess der Kläger dem Versicherungsgericht mit Eingabe vom 13. August 2013 Unterlagen zu seiner Einkommens- und Vermögenssituation zukommen.

2.5.

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 22. Oktober 2013 wurden die Parteien darüber informiert, dass eine Verhandlung zur Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts für nicht notwendig erachtet werde und sie gebeten würden, mitzuteilen, ob sie auf die Durchführung einer Hauptverhandlung verzichteten.

Die Beklagte verzichtete mit Stellungnahme vom 25. Oktober 2013, der Kläger mit Schreiben vom 31. Oktober 2013 auf die Durchführung einer Gerichtsverhandlung.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1.

Zwischen der ehemaligen Arbeitgeberin des Klägers und der Beklagten besteht ein Kollektiv-Krankentaggeldversicherungs-Vertrag (Vertrag

Nr. _____, Klageantwortbeilage [AB] 2), welcher dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) untersteht. Massgebend für die Beurteilung aus Ansprüchen aus diesem Vertrag sind der Versicherungsvertrag, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die _____ Kollektiv-Taggeldversicherung nach VVG, Ausgabe 2006 (AB 1), und die Bestimmungen des VVG. Kollektive Krankentaggeldversicherungen nach VVG werden in ständiger bundesgerichtlicher Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung subsumiert (Urteil 4A_47/2012 vom 12. März 2012 E. 2).

Streitigkeiten aus kollektiven Krankentaggeldversicherungen nach VVG sind privatrechtlicher Natur. Für das Verfahren findet die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO) Anwendung (vgl. Art. 243 Abs. 2 lit. f i.V.m. Art. 7 ZPO; BGE 138 III 558 E. 3.2 S. 560 f.).

1.2.

Gemäss Ziffer 38 der AVB (AB 1) der Beklagten sind für Klagen aus dem Versicherungsvertrag wahlweise entweder die Gerichte am schweizerischen Wohnort des Versicherungsnehmers bzw. des Anspruchsberechtigten, am Arbeitsort des Anspruchsberechtigten oder am Hauptsitz der X. Versicherungen _____ zuständig. Diese Bestimmung steht in Einklang mit Art. 35 Abs. 1 lit. a i. V. m. Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO, wonach für den Versicherten bei Streitigkeiten aus einer Krankentaggeldversicherung ein Gerichtsstand am Wohnsitz oder Sitz einer der Parteien gewährleistet ist.

Der Kläger hat Wohnsitz in _____, damit befindet sich eine örtliche Zuständigkeit im Kanton Aargau.

1.3.

Gemäss Art. 7 ZPO können die Kantone ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung zuständig ist.

Im Kanton Aargau entscheidet über derartige Streitigkeiten das Versicherungsgericht als einzige kantonale Instanz (§ 14 des kantonalen Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [EG ZPO]).

1.4.

Für die Beurteilung der mit Klage vom 29. Januar 2013 angehobenen Streitsache ist das Versicherungsgericht des Kantons Aargau somit örtlich und sachlich zuständig.

2.

2.1.

Der Kläger macht gegenüber der Beklagten einen Leistungsanspruch aus der kollektiven Krankentaggeldversicherung geltend. Er stellt sich auf den Standpunkt, er habe auch nach der Leistungseinstellung der Beklagten per 19. März 2012 Anspruch auf Taggeldzahlungen bis 31. Januar 2013, da er weiterhin arbeitsunfähig sei. Er leide an einem Schlafapnoe-Syndrom, einer chronisch lymphatischen Leukämie und einer koronaren Gefässkrankheit. Seit Oktober 2011 sei er zudem aufgrund von depressiven Beschwerden in jeglichen Tätigkeiten voll arbeitsunfähig.

2.2.

Die Beklagte vertritt die Auffassung, die vom Hausarzt attestierte Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Schlafapnoe-Syndroms betreffe lediglich die Tätigkeit als Chauffeur. In anderen beruflichen Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Die beim Kläger diagnostizierte chronisch lymphatische Leukämie und die Herzkrankheit seien nicht relevant für die Arbeitsunfähigkeit. Eine psychische Erkrankung sei erstmals von Dr. med. E. diagnostiziert worden, bei welchem der Kläger seit Ende Juni 2012 in Behandlung stehe. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Klägers aufgrund psychischer Beschwerden könne der Arzt erst ab Konsultationsbeginn beurteilen. Die neun Monate rückwirkende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes erachtet die Beklagte für unzulässig. Aufgrund des Ausscheidens des Klägers aus dem versicherten Personenkreis durch die Kündigung des Arbeitsverhältnisses und mangels Übertritt in die Einzelversicherung verneint die Beklagte eine Leistungspflicht für die erwerblichen Folgen der ab Juni 2012 neu diagnostizierten psychischen Erkrankung.

3.

3.1.

Mit dem Ausscheiden aus dem Dienst des Versicherungsnehmers erlischt der Versicherungsschutz für die versicherte Person (Ziff. 9.3 lit. a AVB, AB 1).

Für versicherte Personen, welche bei Ende der Versicherung arbeitsunfähig bzw. erwerbsunfähig sind, bleibt der Leistungsanspruch für den laufenden Fall im Rahmen der Vertragsbestimmungen gewahrt (Nachleistung). Mit Wiedererlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit erlischt der Anspruch auf Nachleistung (Ziff. 9.4 AVB, AB 1).

3.2.

Dem Kläger wurde von seinem ehemaligen Arbeitgeber auf 31. Dezember 2011 gekündigt. Mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses erlosch gemäss Ziff. 9.3 lit. a AVB der Versicherungsschutz durch die Kollektiv-Taggeldversicherung der Beklagten.

Zu prüfen ist, ob der Kläger am 31. Dezember 2011 arbeitsunfähig bzw. erwerbsunfähig war und ihm ein Leistungsanspruch für einen laufenden Fall über das Ende der Versicherung hinaus gewahrt blieb.

4.

4.1.

Der zwischen der ehemaligen Arbeitgeberin der Klägerin und der Beklagten abgeschlossene Kollektiv-Krankentaggeldversicherungs-Vertrag vermittelt einen Anspruch auf Taggelder bei einer nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 12.1 AVB, AB 1).

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Ziff. 3.4 AVB, AB 1).

Die versicherten Personen haben alles zu unternehmen, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere haben sie den Anordnungen der Medizinalpersonen Folge zu leisten (Ziff. 13.3 AVB, AB 1).

Eine versicherte Person, welche in ihrem angestammten Beruf voraussichtlich dauernd voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, ihre allfällig verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten, auch wenn dies einen Berufswechsel erfordert. Der Versicherer fordert die versicherte Person zum Berufswechsel auf und macht sie auf die Folgen einer Obliegenheitsverletzung gemäss Ziff. 14 aufmerksam (Ziff. 13.5 AVB, AB 1).

4.2.

Taggeldleistungen aus einer kollektiven Krankentaggeldversicherung werden im Zusammenhang mit einer vorübergehenden Unfähigkeit, die angestammte Tätigkeit zu versehen, ausgerichtet. Diese tätigkeitsspezifische Überbrückungsfunktion entfällt, wenn feststeht, dass eine Rückkehr in die bisherige Arbeit nicht mehr möglich sein wird (vgl. Urteil K 224/05 vom 29. März 2007 E. 3.1.2). Sobald feststeht, dass die Wiederaufnahme der bisher ausgeübten Tätigkeit aufgrund des stabilisierten Gesundheitszustandes nicht mehr in Frage kommt, beurteilt sich die Arbeitsfähigkeit ausgehend von allen zumutbaren Beschäftigungen (Urteil K 224/05 vom 29. März 2007 E. 3.2).

Eine berufliche Umstellung kann von einem Versicherten verlangt werden, wenn sie aufgrund der objektiven und subjektiven Gegebenheiten zumutbar ist (Urteil K 224/05 vom 29. März 2007 E. 4.1). Massgebend für die Beurteilung der Zumutbarkeit eines Berufswechsels sind insbesondere

das Alter des Versicherten, die Art und Dauer seiner bisherigen Berufstätigkeit, deren selbstständige oder unselbstständige Ausübung, die mit einer beruflichen Neueingliederung verbundene Veränderung der sozialen Stellung des Versicherten, seine persönlichen und familiären Verhältnisse sowie seine entsprechend grössere oder geringere Flexibilität hinsichtlich seines Wohn- und Arbeitsortes (Urteil I 316/04 vom 23. Dezember 2004 E. 2.2).

Die Pflicht des Versicherten zur beruflichen Neueingliederung leitet sich aus dem Gebot der Schadenminderung ab, welches unter anderem in Art. 61 VVG normiert ist. Der Versicherte hat alles ihm Zumutbare zu unternehmen, um die erwerblichen Folgen seines Gesundheitsschadens bestmöglich zu mindern. Ein Versicherer soll nicht Schäden ausgleichen müssen, welche der Versicherte durch zumutbare geeignete Vorkehren vermeiden oder beheben könnte (BGE 114 V 281 E. 3a S. 285). Bei einem Berufswechsel wird der versicherten Person eine Übergangsfrist von drei bis fünf Monaten zur Anpassung an die veränderten Verhältnisse und zur Stellensuche gewährt (Urteile 4A_79/2012 vom 27. August 2012 E. 5.1, K 121/03 vom 10. August 2004 E. 4.2.1, BGE 114 V 281 E. 5b S. 290). Die Anpassungszeit beginnt mit der Aufforderung des Taggeldversicherers zum Berufswechsel (Urteil K 224/05 vom 29. März 2007 E. 3.3).

Verwertet ein Versicherter seine restliche Arbeitsfähigkeit nicht, obgleich er dazu in der Lage wäre, so hat er sich die berufliche Tätigkeit anrechnen zu lassen, welche er bei gutem Willen ausüben könnte (BGE 111 V 235 E. 2a S. 239)

4.3.

Zur Behandlung des beim Kläger diagnostizierten Schlafapnoe-Syndroms wurde im März 2010 eine CPAP-Therapie eingeleitet, welche im Juni 2010 zu einer deutlichen Besserung des Allgemeinzustands führte. Im Dezember 2010 beklagte der Kläger wieder eine vermehrte Müdigkeit. Anhaltspunkte für eine Fehleinstellung des CPAP-Geräts konnten jedoch keine gefunden werden (KB 12).

Anlässlich einer Kontrolle vom 1. Dezember 2011 schreibt Dr. med. F. , Leitender Arzt Pneumologie, in einem Bericht vom 2. Dezember 2011 (AB 8), dass der Kläger über eine ausgeprägte Tagesschläfrigkeit mit Einschlaf tendenz, auch bei kurzem Halten am Steuer, berichte. Die Daten zeigten eine sehr gute Wirksamkeit der aktuell durchgeführten Therapie des Schlafapnoe-Syndroms. Es seien eine vollständige Beseitigung der respiratorischen Ereignisse und ein sehr geringes Maskenleck feststellbar. Jedoch wende der Kläger die Therapie durchschnittlich lediglich zweieinhalb Stunden pro Nacht an, lasse sie oft ganz weg und habe nur

selten Nächten mit fünf oder sechs Stunden Therapiedauer, wie sie für ein gutes klinisches Resultat notwendig wären.

Gemäss Bericht von Dr. med. G. , Oberärztin Onkologie, vom 21. Februar 2012 (KB 12) besteht von Seiten der chronisch lymphatischen Leukämie eine stabile Situation, welche nicht behandlungsbedürftig sei. Da der Kläger durch diese Diagnose jedoch belastet sei, habe ihm die Ärztin eine psychoonkologische Betreuung angeboten.

Ende Juni 2012 wurde der Kläger von Dr. med. G. aufgrund des Verdachts auf ein depressives Leiden an Dr. med. E. , Facharzt FMH für Psychiatrie/Psychotherapie, zur psychiatrischen Behandlung überwiesen (vgl. KB 14). Dr. med. E. diagnostiziert in seinem Bericht vom 7. August 2012 (KB 14) eine depressiv-ängstliche Entwicklung (ICD-10: F 43.22/F 32.11). Im Anschluss an die 2010 gestellte Diagnose einer chronisch lymphatischen Leukämie habe der Kläger zunehmend Ängste und Befürchtungen über seine Zukunft entwickelt. Dies habe zu einer progredienten psychischen Erschöpfung geführt. Obwohl die Schlafapnoe objektiv gut behandelt erscheine, leide der Kläger an einer lähmenden und einschränkenden Tagesmüdigkeit, welche auch zu einem deutlichen sozialen Rückzug geführt habe. Die Depression sei akzentuiert worden durch die verminderte Erholung in der Nacht infolge des Restless-Legs-Syndroms und durch die koronare Herzkrankheit mit Stentimplantation im Februar 2012 mit anhaltenden signifikanten Restbeschwerden. Dr. med. E. vertritt die Auffassung, dass der Kläger aufgrund der depressiven Beschwerden seit mindestens Oktober 2011 arbeitsunfähig sei.

In seiner Aktenbeurteilung vom 9. Mai 2012 (AB 28) führt Dr. med. D. , Facharzt FMH für Rechtsmedizin und Vertrauensarzt der Beklagten, aus, die chronisch lymphatische Leukämie weise aufgrund ihres bisher stabilen Verlaufs keine Arbeitsrelevanz auf. Unter der Voraussetzung eines problemlosen postinterventionellen Verlaufs habe auch das im Februar 2012 behandelte Herzleiden ab Ende März 2012 keine Auswirkungen mehr auf die Arbeitsfähigkeit des Klägers. Das Schlafapnoe-Syndrom, weswegen der Hausarzt dem Kläger eine Arbeitsunfähigkeit attestiert habe, sei bei der Diagnosestellung und Therapieeinleitung im März 2010 wie auch bei einer Verschlechterung im Dezember 2010 nicht von Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gewesen. Weshalb das Schlafapnoe-Syndrom seit Oktober 2011 bezüglich der Arbeitsfähigkeit nun plötzlich relevant sein solle, gehe aus den Akten nicht hervor. Anlässlich einer Kontrolle im Dezember 2011 habe vielmehr ein sehr gutes objektives Resultat der Therapie festgestellt werden können. Beim Kläger stünden subjektive Symptome im Vordergrund. Eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Schlafapnoe-Syndroms sei nicht ausgewiesen.

In einem Zeugnis vom 6. August 2012 wird dem Kläger von Dr. med. H. , Facharzt FMH für Neurologie, bestätigt, dass er aufgrund einer Erkrankung bleibend keine berufliche Tätigkeit als Chauffeur (berufliches Führen von Motorfahrzeugen) mehr ausüben könne (KB 13).

4.4.

4.4.1.

Der vorliegende Fall betrifft eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, bei welcher im gerichtlichen Verfahren die gemässigte Untersuchungsmaxime (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO) und das Prinzip der Rechtsanwendung von Amtes wegen gelten. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen jedoch eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, welche aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableitet (BGE 116 V 136 E. 4b S. 140, HAUCK, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, 2. Aufl. 2013, N. 37 zu Art. 247 ZGB).

Gemäss dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung sind die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an die förmlichen Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Das bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Eine Tatsache darf nur dann als bewiesen angenommen werden, wenn der Rechtsanwender von ihrem Bestehen überzeugt ist (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen gründet diese Überzeugung, wie für Zivilverfahren üblich, grundsätzlich auf dem vollen Beweis. Wenn Tatsachen, die Gegenstand des Beweises bilden, nach ihrer Art den vollen Beweis ausschliessen, gelangt das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zur Anwendung (BGE 130 III 321 E. 3.2 S. 324 f.).

Ein Sachverhalt gilt dann als überwiegend wahrscheinlich, wenn für seine Existenz auf Grund der verfügbaren Anhaltspunkte eindeutig mehr spricht als für die Verwirklichung abweichender Tatsachen. Die blossе Möglichkeit eines Sachverhalts genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360).

4.4.2.

Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Arzt muss über

die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil 8C_119/2012 vom 30. März 2012 E. 4). Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste (Urteil 9C_697/2012 vom 6. November 2012 E. 1.4)

Bei Berichten von behandelnden Ärzten und Hausärzten ist auf Grund des für die Behandlung notwendigen Vertrauensverhältnisses der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese eher zu Gunsten der versicherten Person aussagen, so dass im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte kaum je in Frage kommt (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, Urteil 8C_181/2012 vom 8. Juni 2012 E. 5.2).

4.5.

4.5.1.

Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass dem Kläger Ende Dezember 2011 mit Zwischenbericht von Dr. med. C. vom 30. Dezember 2011 (AB 11) einzig wegen seines Schlafapnoe-Syndroms eine Arbeitsunfähigkeit als Lastwagenfahrer attestiert wurde. Wegen des Schlafapnoe-Syndroms sei das Unfallrisiko als Berufsschauffeur zu gross.

Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass das Schlafapnoe-Syndrom bereits im März 2010 diagnostiziert und eine Therapie mit guter Wirkung eingeleitet worden war (vgl. KB 12), wie auch der Tatsache, dass der Beschwerdeführer dennoch weiterhin arbeitstätig war, ist die Einschätzung von Dr. med. D. , dass eine durch das Schlafapnoe-Syndrom bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht ausgewiesen sei, nachvollziehbar. Einleuchtend ist seine Auffassung auch im Hinblick darauf, dass der Kläger die bei ihm grundsätzlich offenbar sehr gut wirksame Therapie des Schlafapnoe-Syndroms nicht konsequent durchführt, wie Dr. med. F. darlegt (vgl. AB 8).

Unabhängig davon, wie die Arbeitsfähigkeit des Klägers in seiner angestammten Tätigkeit als Lastwagenfahrer beurteilt wird, waren dem Kläger Ende Dezember 2011 jedoch auf jeden Fall Tätigkeiten zumutbar, welche bei einem allfälligen Einschlafen während des Tages kein Gefahrenpotenzial beinhalten, wie der Kläger anlässlich einer Besprechung mit einer Schadeninspektorin der Beklagten selbst der Auffassung war. Der Kläger befand sich denn auch auf der Suche nach einer Arbeitsstelle in einem Hotel oder Lager (vgl. AB 7).

Im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht durfte vom Kläger erwartet werden, dass er die ihm verbliebene Arbeitsfähigkeit verwertet. Denn gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist ein in seinem bisherigen Tätigkeitsbereich erheblich eingeschränkter Versicherter aufgrund der ihm obliegenden Schadenminderungspflicht gehalten, innert nützlicher Frist Arbeit in einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen (Urteile U 349/02 und U 351/02 vom 9. Januar 2004 E. 3.2 f., U 213/00 vom 28. August 2003 E. 3.3.4). Für die Stellensuche ist eine Übergangsfrist zu berücksichtigen, während welcher der Kläger weiterhin Anspruch auf Taggelderleistungen hat. Diese Übergangsfrist beträgt mindestens drei Monate und begann mit dem Schreiben der Beklagten vom 9. Dezember 2011 (AB 10) zu laufen, in welchem die Beklagte den Kläger aufforderte, sich im Umfang eines 100 %-Pensums eine neue Arbeitsstelle zu suchen. Die Leistungsausrichtung der Beklagten bis 19. März 2012 erfolgte damit im Ergebnis zu Recht.

4.5.2.

Wegen der übrigen beim Kläger festgestellten Diagnosen wurde Ende Dezember 2011 keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Insbesondere die chronisch lymphatische Leukämie, welche aufgrund ihrer stabilen Situation nicht behandlungsbedürftig war, beeinträchtigte die Arbeitsfähigkeit des Klägers nicht (vgl. KB 12 u. AB 28).

4.5.3.

Bei der koronaren Gefässerkrankung handelt es sich um einen vom Schlafapnoe-Syndrom unabhängigen, neuen Krankheitsfall, welcher erst anfangs des Jahres 2012 eine Arbeitsunfähigkeit verursachte, als die Kollektiv-Taggeldversicherung mit Auflösung des Arbeitsverhältnisses per 31. Dezember 2011 bereits beendet war. Bezüglich der koronaren Gefässerkrankung bestand bei Ende der Versicherung kein laufender Leistungsanspruch, womit sich diesbezüglich kein Anspruch auf Nachleistungen ergibt.

4.5.4.

Auch im Zusammenhang mit der depressiv-ängstlichen Entwicklung bestand Ende Dezember 2011 kein laufender Leistungsanspruch, welcher im Rahmen von Nachleistungen weiter zu vergüten wäre. Der Kläger befindet sich erst seit Ende Juni 2012 in psychiatrischer Behandlung. Die Diagnose einer depressiv-ängstlichen Entwicklung und einer dadurch bestehenden Arbeitsunfähigkeit wurde erstmals im Bericht von Dr. med. E. vom 7. August 2012 (KB 14) gestellt. Dass der Kläger aufgrund depressiver Beschwerden bereits seit Oktober 2011 arbeitsunfähig gewesen sein soll, wie Dr. med. E. schreibt, ist durch die echtzeitlichen medizinischen Akten nicht belegt.

Eine rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit ist für sich alleine nicht beweiskräftig. Vielmehr bedarf es einer echtzeitlichen medizinischen Einschätzung (Urteil 8C_195/2009 vom 2. September 2009 E. 5). Der Nachweis für den Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit darf nicht durch nachträgliche medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden (Urteil 8C_204/2012 vom 19. Juli 2012 E. 3.2).

Bei der Einschätzung von Dr. med. E. vom 7. August 2012 (KB 14), bereits ab Oktober 2011 habe eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestanden, handelt es sich um eine reine Vermutung. Im rückwirkend beurteilten Zeitraum von Oktober 2011 bis Juni 2012 befand sich der Kläger nicht in psychiatrischer Behandlung. Damit fehlt es an fundierten Befunden bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes des Klägers für diesen Zeitraum. Eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychiatrischer Beschwerden ist erst ab Ende Juni 2012 fachärztlich belegt.

Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass die Leistungspflicht der Beklagten gemäss Ziff. 15.1 AVB (AB 1) nach Ablauf der Wartefrist beginnt, welche frühestens drei Tage vor Beginn der ärztlichen Behandlung einsetzt. Damit stehen Taggeldleistungen aufgrund der depressiv-ängstlichen Entwicklung vor Beginn der psychiatrischen Behandlung Ende Juni 2012 ausser Frage.

Da die ab Ende Juni 2012 diagnostizierte psychische Gesundheitsbeeinträchtigung nicht vom Versicherungsschutz der Kollektiv-Taggeldversicherung der Beklagten erfasst ist, besteht keine Veranlassung, eine medizinische Begutachtung diesbezüglich in Auftrag zu geben.

4.6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Kollektiv-Taggeldversicherung mit der Kündigung des Arbeitsverhältnisses per 31. Dezember 2011 endete. In diesem Zeitpunkt lag aufgrund des Schlafapnoe-Syndroms eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die Tätigkeit des Klägers als Lastwagenfahrer vor. Tätigkeiten, welche bei einem allfälligen Einschlafen während des Tages kein Gefahrenpotenzial beinhalten, waren dem Kläger gemäss eigener Aussage jedoch zumutbar, insbesondere unter der Voraussetzung, dass der Kläger die sehr gut wirkende Schlafapnoe-Therapie konsequent anwendet. Aufgrund der zu gewährenden Übergangsfrist von drei Monaten ab Aufforderung zum Berufswechsel vom 9. Dezember 2011 blieb dem Kläger für den laufenden Fall über das Ende der Versicherung bis März 2012 ein Leistungsanspruch gewahrt. Danach durfte von ihm im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht erwartet werden, dass er die ihm verbliebene Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Beschäftigung verwerte.

5.

5.1.

Das Vorliegen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer beschwerdeangepassten Tätigkeit bewirkt 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). Zu prüfen bleibt damit, ob der Kläger ab 20. März 2012 in einer leidensangepassten Tätigkeit eine massgebliche Erwerbseinbusse erleidet.

Zur Ermittlung einer allfälligen Erwerbseinbusse ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Zu vergleichen ist das Einkommen, welches der Kläger seit 20. März 2012 in der angestammten Tätigkeit als Lastwagenfahrer ohne sein Schlafapnoe-Syndrom hypothetisch würde erzielen können, mit dem Einkommen, welches in einer leidensangepassten Tätigkeit mutmasslich erzielt werden kann (Urteile 9C_311/2010 vom 2. August 2010 E. 1.1, K 224/05 vom 29. März 2007 E. 3.1.1, K 121/03 vom 10. August 2004 E. 4.2.1).

5.2.

Im Jahr 2011 erzielte der Kläger bei seinem damaligen Arbeitgeber als Lastwagenfahrer mit einem 100 %-Pensum ein Jahreseinkommen von CHF 57'600.00 (KB 2, AB 5). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung ergibt sich für das Jahr 2012 ein Valideneinkommen von CHF 58'051.00 (Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1939–2012, Index 2011: 2'171 Punkte, Index 2012: 2'188 Punkte).

Gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik 2010, Tabelle TA1, erzielten Männer mit Anforderungsniveau 4, welches einfache und repetitive Tätigkeiten beinhaltet, im Jahr 2010 bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden CHF 4'901.00 monatlich und CHF 58'812.00 jährlich (Total-Wert). Umgerechnet auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden ergibt sich ein Jahreseinkommen 2010 von CHF 61'164.50. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung beläuft sich das Jahreseinkommen 2012 auf CHF 62'216.60 (Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1939–2012, Index 2010: 2'151 Punkte, Index 2012: 2'188 Punkte).

Bei einem Vergleich des Jahreseinkommens als Lastwagenfahrer in der Höhe von CHF 58'051.00 mit dem Einkommen von CHF 62'216.60 in einer einfachen und repetitiven Tätigkeit wird ersichtlich, dass durch einen Tätigkeitswechsel keine erwerbliche Einbusse resultiert.

Die Taggeldeinstellung per 19. März 2012 erfolgte damit zu Recht. Der Kläger hat keinen weitergehenden Anspruch auf Taggeldzahlungen aus der kollektiven Taggeldversicherung der Beklagten.

6.

6.1.

6.1.1.

Der Kläger macht geltend, er sei weiterhin bei der Beklagten versichert. Mit seinem Schreiben vom 21. März 2012 (AB 21) habe er von der Möglichkeit eines Übertritts in die Einzelversicherung Gebrauch gemacht. Er habe in diesem Schreiben festgehalten, dass die Taggeldversicherung unbedingt weiterlaufen müsse. Bei diesem Schreiben handle es sich zwar nicht um ein formelles Übertrittsgesuch, dies könne von einer Person, deren Muttersprache nicht Deutsch sei und die zum ersten Mal mit einer solchen versicherungsrechtlichen Frage konfrontiert sei, nicht erwartet werden. Falls von Seiten der Beklagten bezüglich der Übertrittserklärung Zweifel bestanden hätten, wäre sie verpflichtet gewesen, nachzufragen.

6.1.2.

Nach Ansicht der Beklagten bezieht sich das im Schreiben vom 21. März 2012 erwähnte "Weiterlaufen der Taggeldversicherung" nicht auf einen Übertritt in die Einzelversicherung, sondern auf den Umstand, dass der Kläger zu diesem Zeitpunkt seit Dezember 2011 keine Taggeldeleistungen mehr erhalten habe.

Der Kläger sei mit Schreiben vom 9. Dezember 2011 und mit Schreiben vom 17. Februar 2012 auf sein Übertrittsrecht aufmerksam gemacht worden. Für den Übertritt in die Einzelversicherung bedürfe es einer ausdrücklichen Willensäußerung. Eine solche habe der Kläger der Beklagten gegenüber nicht einmal konkludent abgegeben. Ohne ausdrückliche Erklärung bezüglich eines Übertritts habe die Beklagte keine Veranlassung gehabt, beim Kläger nachzufragen, ob er einen Übertritt wünsche.

6.2.

Personen, die aus dem versicherten Personenkreis ausscheiden, haben das Recht, innert dreier Monate in die Einzel-Taggeldversicherung nach VVG des Versicherers überzutreten (Ziff. 11.1 AVB, AB 1).

Der Versicherungsnehmer hat die versicherten Personen, welche aus dem Kreis der Kollektivversicherung ausscheiden, bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses schriftlich über das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung und die Frist von drei Monaten aufzuklären (Ziff. 11.2 AVB, AB 1).

Die Frist beginnt mit dem Ausscheiden aus der Kollektivversicherung, spätestens jedoch mit dem Erhalt der schriftlichen Mitteilung, die auf das

Recht auf Übertritt aufmerksam macht. Erhält die versicherte Person eine Nachleistung gemäss Ziff. 9.4, beginnt die Frist nach Ende der Leistungspflicht. In diesem Fall erfolgt die Aufklärung durch den Versicherer (Ziff. 11.3 AVB, AB 1).

Vom Bundesgericht wurde entschieden, dass aus einem Begehren um weitere Versicherungsleistungen nicht per se ein Wille zum Übertritt in eine Einzelversicherung abgeleitet werden könne und ein Leistungsbegehren die für den Übertritt erforderliche Erklärung nicht ersetze (RKUV 1988 K 769 243, RKUV 1991 K 864 81). Auch das Zusenden eines Arbeitsunfähigkeitszeugnisses wird nicht als stillschweigende Übertrittserklärung in die Einzeltaggeldversicherung erachtet (BGE 102 V 65).

6.3.

Mit Schreiben vom 9. Dezember 2011 (AB 10) informierte die Beklagte den Kläger darüber, dass die Taggeldleistungen noch bis 31. Dezember 2011 erbracht würden. Innert dreier Monate nach Einstellung der Taggeldleistungen habe er das Recht, in die Einzelversicherung überzutreten. Er werde gebeten, mit dem Formular "Austritt aus der Kollektiv-Taggeldversicherung" bis am 31. März 2012 mitzuteilen, ob er die Weiterführung in die Einzelversicherung wünsche. Der Inhalt dieses Schreibens wurde dem Kläger unverändert mit einer eingeschriebenen Sendung vom 17. Februar 2012 noch einmal zugestellt (AB 15).

Im Schreiben des Klägers vom 21. März 2012 an die Beklagte (AB 21) findet sich folgende Aussage:

"Am Montag, 19.3.2012 war ich auch bei der sva Aargau, IV-stelle Frühintegration, bei Herrn I. (...). Dieser Mann hat dringend gebeten, dass X. meine Taggeldversicherung ungedingt weiter laufen lassen muss."

Mit dieser Aussage bringt der Kläger lediglich zum Ausdruck, dass eine unbeteiligte Drittperson der Auffassung ist, dass die Taggeldversicherung weiterlaufen muss. Im nächsten Satz legt der Kläger dar, sein Hausarzt sei schockiert, dass er seit Dezember 2011 kein Geld mehr bekommen habe. Aus der zitierten Aussage kann nicht geschlossen werden, dass der Kläger einen Übertritt in die Einzelversicherung wünscht. Das Schreiben vom 21. März 2012 ist nicht als Versicherungsantrag zu qualifizieren.

Die sich in den Akten befindliche und vom Kläger unterzeichnete Korrespondenz wurde in deutscher Sprache verfasst. Der Kläger scheint sich damit hinlänglich auf Deutsch verständigen zu können. In seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege verneint er denn auch die Notwendigkeit eines Übersetzers (KB 16). Er wurde von der Beklagten zweimal auf sein Übertrittsrecht hingewiesen. Auch wenn die Muttersprache des Klägers nicht Deutsch ist und er keine versicherungsrechtlichen Kenntnisse hat,

ist nicht ersichtlich, weshalb es dem Kläger nicht möglich gewesen sein sollte, mit dem Formular "Austritt aus der Kollektiv-Taggeldversicherung" mitzuteilen, ob er die Weiterführung in die Einzelversicherung wünsche.

Dass sich mit der Nachleistung, welche entsprechend dem Schreiben vom 5. April 2012 (AB 24) bis 19. März 2012 ausgerichtet wurde, der Fristbeginn zur Ausübung des Übertrittsrechts auf 20. März 2012 verschob, ändert nichts daran, dass der Beklagte durch die beiden Schreiben vom 9. Dezember 2011 (AB 10) und 17. Februar 2012 (AB 15) rechtsgenügend Kenntnis von seinem Übertrittsrecht hatte. Auch während der drei Monate nach Ende der Nachleistung stellte der Kläger keinen Antrag auf Übertritt in die Einzelversicherung.

Mangels Übertrittserklärung kam es daher im vorliegenden Fall nicht zu einem Vertragsabschluss über eine Einzel-Taggeldversicherung.

7.

7.1.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 114 lit. e ZPO).

7.2.

7.2.1.

Eine Parteientschädigung ist nach den allgemeinen Regeln zuzusprechen (Urteil 4A_194/2010 vom 17. November 2010). Nach Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten, zu welchen die Parteientschädigung gehört (Art. 95 Abs. 1 lit. b ZPO), der unterliegenden Partei auferlegt. Als Parteientschädigung gilt der Ersatz notwendiger Auslagen, die Kosten einer berufsmässigen Vertretung sowie in begründeten Fällen eine angemessene Umtriebsentschädigung, wenn eine Partei nicht berufsmässig vertreten ist (Art. 95 Abs. 3 ZPO). Wenn ein Anwalt als Angestellter oder als Organ einer juristischen Person vertritt, wird, da Instruktion und Verkehr mit einem Mandanten entfallen, eine um 25 % reduzierte Entschädigung nach Anwaltstarif zugesprochen (vgl. VIKTOR RÜEGG, in: Basler Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, 2. Aufl. 2013, N. 22 zu Art. 95 ZPO).

7.2.2.

Der Kläger beantragte Krankentaggeldleistungen in der Höhe von Fr. 40'540.35 und unterliegt mit seinem Leistungsbegehren vollumfänglich.

Ausgehend vom Streitwert von Fr. 40'540.35 beläuft sich die Grundentschädigung auf Fr. 7'454.80 (§ 3 Abs. 1 lit. a Ziff. 4 des Dekrets über die Entschädigung der Anwälte [Anwaltstarif, AnwT, SAR 291.150]). Unter Berücksichtigung eines Abzugs von 20 % wegen nicht durchgeführter Verhandlung (vgl. § 6 Abs. 2 AnwT), eines Zuschlags von 5 % für die zu-

sätzliche Rechtsschrift (§ 6 Abs. 3 AnwT) und eines Abzugs von 40 % wegen der beschränkten Fragestellung (vgl. 7 Abs. 2 AnwT) zuzüglich der Auslagenpauschale von 3 % (§ 13 Abs. 1 AnwT) ergibt sich ein Betrag von Fr. 3'916.00. Im Hinblick darauf, dass auf Seiten der Beklagten ein beim Versicherer angestellter Anwalt prozessiert, wird der Beklagten ermessensweise eine Umtriebsentschädigung nach Art. 95 Abs. 3 lit. c ZPO entsprechend einer um rund 25 % reduzierte Entschädigung nach Anwaltstarif zugesprochen. Der Kläger hat der Beklagten eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 2'900.00 zu bezahlen.

8.

8.1.

Der Kläger beantragte die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und reichte am 13. August 2013 die entsprechenden Unterlagen ein.

8.2.

8.2.1.

Gemäss Art. 29 Abs. 3 der Bundesverfassung (BV) hat jede Person, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege, wenn ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Soweit es zur Wahrung ihrer Rechte notwendig ist, hat sie ausserdem Anspruch auf unentgeltlichen Rechtsbeistand. Diese Ansprüche gründen überdies in Art. 61 lit. f ATSG sowie § 34 VRPG.

Damit die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt werden kann, ist vorausgesetzt, dass der Gesuchsteller bedürftig ist und dass das verfolgte Verfahrensziel nicht aussichtslos erscheint.

8.2.2.

Als bedürftig gilt eine Partei, welche die erforderlichen Prozess- und Parteikosten nur bezahlen kann, wenn sie die Mittel angreift, deren sie zur Deckung des Grundbedarfs für sich und ihre Familie bedarf, wobei nicht nur die Einkommenssituation, sondern auch die Vermögensverhältnisse im Zeitpunkt der Beurteilung des Gesuchs der unentgeltlichen Rechtspflege zu berücksichtigen sind (STEFAN MEICHSSNER, das Grundrecht auf unentgeltliche Rechtspflege [Art. 29 Abs. 3 BV], Rheinfelden 2008, S. 79; BGE 108 V 265 E. 4).

8.2.3.

Die Rechtsprechung hat bei der Ermittlung der Bedürftigkeit immer wieder betont, dass nicht schematisch auf das betriebsrechtliche Existenzminimum abgestellt werden darf, sondern die individuellen Umstände zu berücksichtigen sind; auch wenn das Einkommen wenig über dem Betrag liegt, der für den Lebensunterhalt absolut notwendig ist, kann Bedürftigkeit angenommen werden (BGE 121 I 2 f. E. 2a; MEICHSSNER, a.a.O., S. 74 f.). Massgebend ist der zivilprozessuale Zwangsbedarf, welcher sich

aus dem gemäss Richtlinien der Schuldbetreibungs- und Konkurskommission des Obergerichts vom 21. Oktober 2009 zu Art. 93 SchKG zu bestimmenden betreibungsrechtlichen Existenzminimum und einem Zuschlag zusammensetzt. Dieser beträgt generell 25 % auf dem Grundbetrag bzw. der Gesamtsumme der Grundbeträge (vgl. AGVE 2002 S. 65).

8.2.4.

Unter Berücksichtigung der Höhe der mutmasslichen Prozesskosten ist zu prüfen, ob die gesuchstellende Person in der Lage ist, innert vernünftiger Frist (ein Jahr bei einfachen, zwei Jahre bei aufwändigen Prozessen) die Prozesskosten aus ihrem Vermögen oder ihrem den zivilprozessualen Zwangsbedarf übersteigenden Einkommensüberschuss zu tilgen (MEICHSSNER, a.a.O., S. 75 mit Hinw.). Bei der Beurteilung der wirtschaftlichen Gesamtsituation der gesuchstellenden Person wird den Steuer- und anderen Schulden angemessen Rechnung getragen und werden nachgewiesene Zahlungen zuschlagsfrei in die Berechnung des zivilprozessualen Zwangsbedarf einbezogen, es sei denn, er könne sich der Schuldverpflichtungen vertragskonform entledigen (MEICHSSNER, a.a.O., S. 92 f; BGE 135 I 221 E. 5.2.1.; AGVE 2002 S. 68 f.).

8.2.5.

Die Leistungen der unentgeltlichen Rechtspflege sind grundsätzlich subsidiär zu anderen Ansprüchen, die einer mittellosen Person zur Prozessfinanzierung zur Verfügung stehen. Praktisch bedeutsam sind die familienrechtliche Beistands- und Unterhaltspflichten der Eltern gegenüber ihren unmündigen Kindern und der Ehegatten untereinander (vgl. MEICHSSNER, a.a.O., S. 83). Für die Prüfung eines Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege einer verheirateten Person, welche mit dem Ehegatten in einer Haushaltsgemeinschaft lebt, sind deshalb im Rahmen einer Gesamtrechnung die Nettoeinkommen beider Ehegatten zusammenzuzählen, und diesen ist der nach den allgemeinen Regeln berechnete gemeinsame Bedarf inklusive Zuschlag gegenüber zu stellen. Resultiert kein oder nur ein geringfügiger Überschuss, der zur Finanzierung des Prozesses weder ganz noch teilweise ausreicht, ist die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen andernfalls zu verweigern (vgl. MEICHSSNER, a.a.O., S. 83; AGVE 2002 S. 68).

8.3.

8.3.1.

Gemäss der eingereichten Steuerveranlagung 2012 kamen dem Kläger und seiner Ehegattin im Jahr 2012 Einkommen aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit, Sozial- und Versicherungsleistungen sowie Wertschriften-erträge im Umfang von gesamthaft Fr. 108'120.00, d.h. Fr. 9'010.00 im Monat, zu.

8.4.

Der für die Ermittlung des zivilprozessualen Zwangsbedarfs massgebende monatliche Grundbetrag für ein Ehepaar beläuft sich auf Fr. 1'700.00 zuzüglich eines Zuschlags von 25 %, somit Fr. 2'125.00.

Bezüglich der Hypothekarzinsen werden im Gesuchsformular Fr. 1'400.00 geltend gemacht. In der Steuerveranlagung 2012 sind jedoch lediglich Schuldzinsen in der Höhe von Fr. 11'357.00 ausgewiesen, was eine monatliche Belastung von Fr. 946.40 ergibt. Hinzuzurechnen ist die Prämie für die Gebäudeversicherung von monatlich Fr. 13.70.

Der Kläger macht Krankenkassenprämien in der Höhe von Fr. 435.00 für sich und Fr. 536.00 für seine Ehefrau geltend. Gemäss Steuerveranlagung 2012 belaufen sich die ungedeckten Krankheitskosten auf Fr. 439.00 monatlich.

Die geltend gemachten Kosten für die Schuldenamortisation sind nicht ausgewiesen und können daher nicht berücksichtigt werden. Laufende Steuern sind nach den Richtlinien des Obergerichts (Ziff. III.) nicht zu berücksichtigen, wohl aber nach der Lehre (MEICHSSNER, a.a.O., S. 93) und der neueren Rechtsprechung des Bundesgerichtes (BGE 135 I 221). Gemäss der Steuerveranlagung vom 22. Mai 2013 belief sich der Betrag für die definitive Steuer 2012 auf monatlich Fr. 833.75.

Der im vorliegenden Verfahren zu berücksichtigende zivilprozessuale Zwangsbedarf des Gesuchstellers und seiner Ehefrau präsentiert sich demgemäss wie folgt:

| | | |
|------------------------------------|------------|-----------------|
| Grundbetrag Ehepaar | Fr. | 1'700.00 |
| Zuschlag von 25 % auf Fr. 1'700.00 | Fr. | 425.00 |
| Wohnkosten | Fr. | 946.40 |
| Gebäudeversicherung | Fr. | 13.70 |
| Krankenkasse KVG Gesuchsteller | Fr. | 435.00 |
| Krankenkasse KVG Ehefrau | Fr. | 536.00 |
| ungedeckte Krankheitskosten | Fr. | 439.00 |
| Steuern | Fr. | 833.75 |
| | Fr. | 5'328.85 |

8.5.

Aus der Gegenüberstellung der Einkünfte von Fr. 9'010.00 und des prozessrechtlichen Existenzminimums von Fr. 5'328.85 wird ersichtlich, dass ein Überschuss von Fr. 3'681.15 resultiert. Aus den vom Kläger eingereichten, unvollständigen Unterlagen ist zu schliessen, dass er in der Lage ist, die Prozesskosten aufzubringen, zumal das Verfahren als solches kostenlos ist (Art. 61 lit. a ATSG). Damit ist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege abzuweisen.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.
Die Klage wird abgewiesen.
2.
Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3.
Der Kläger hat der Beklagten eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 2'900.00 zu bezahlen.
4.
Das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege wird abgewiesen.

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

Beschwerde in Zivilsachen

Dieser Entscheid kann wegen Verletzung von Bundesrecht, Völkerrecht, kantonalen verfassungsmässigen Rechten und interkantonaem Recht **in-
nert 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, 5. November 2013

Versicherungsgericht des Kantons Aargau


3. Kammer

Die Präsidentin:



Plüss

Die Gerichtsschreiberin:



Sikyr

