



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. Dezember 2012 (731 12 187)

Zusatzversicherung

Anspruchsvoraussetzungen

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz
-----------	--

Parteien	A.____, Klägerin, vertreten durch Stephanie Trüeb, Advokatin, Haus Thurgauerhof, Büchelistrasse/Lindenstrasse 2, Postfach 552, 4410 Liestal
----------	---

gegen

CSS Versicherung AG, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, 6002 Luzern, Beklagte

Betreff	Forderung
---------	-----------

A. A.____, geb. 1969, arbeitete seit 2004 bei der B.____. Seit Ende Januar 2010 litt sie an Rückenschmerzen. Ihre Arbeitgeberin meldete der CSS Versicherung AG (CSS) eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ab 9. Februar 2010. Mit Schreiben vom 29. April 2010 lehnte die CSS ihre Leistungspflicht ab mit der Begründung, eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit sei nicht ausgewiesen.

B. Mit Klage vom 11. Juni 2012 forderte A.____, vertreten durch Advokatin Stephanie Trüeb, von der CSS Fr. 16'305.40 nebst Zins zu 5% seit dem 31. Oktober 2010. Aufgrund der

Lohnfortzahlungspflicht habe die Arbeitgeberin der Klägerin während drei Monaten (bis 30. April 2010) den vollen Lohn weiterbezahlt. Da die Klägerin bis zum 25. Mai 2010 100% und danach 50% arbeitsunfähig gewesen sei, habe sie Anspruch auf Krankentaggelder vom 1. Mai bis am 24. Mai 2010 im Rahmen von 80% und vom 25. Mai bis am 26. Juni 2010 im Umfang von 40% des versicherten Lohnes. Somit sei ein Betrag von Fr. 3'875.20 geschuldet. Vom 28. Juni bis 31. Oktober 2010 sei die Versicherte infolge einer ausgeprägten reaktiven Depression zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Für diese Zeit habe sie Anspruch auf Krankentaggelder in der Höhe von Fr. 12'430.20.

C. Mit Klagantwort vom 12. Juli 2012 beantragte die CSS die Abweisung der Klage. Der behandelnde Arzt Dr. med. C.____, FMH Allgemeinmedizin, habe die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten ab 9. Februar 2010 einzig mit den Diagnosen "akutes Lumbovertebralsyndrom und Thoracovertebralsyndrom" begründet. Diese Diagnosen führten gemäss Auskunft ihrer Gesellschaftsärztin Dr. med. D.____, FMH Allgemeinmedizin, vom 26. April 2010 jedoch lediglich zu einer kurzen, einwöchigen Arbeitsunfähigkeit. Demnach stünden der Klägerin für die Zeit vom 1. Mai bis zum 26. Juni 2010 auch keine Taggeldleistungen zu. Die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit vom 28. Juni bis 31. Oktober 2010 infolge einer reaktiven Depression sei erst mit Schreiben vom 29. Juni 2011 gemeldet worden und damit zweifellos verspätet. Eine diesbezügliche Leistungspflicht der CSS bestehe nicht.

D. Die Klägerin hielt mit Replik vom 13. September 2012 an ihrer Forderung fest. Zwar sei die Ursache für die Erkrankung ab 28. Juni 2010 anfänglich unerwähnt geblieben, die Meldung über die Arbeitsunfähigkeit sei aber rechtzeitig erfolgt.

E. Mit Duplik vom 17. Oktober 2012 beantragte die CSS erneut die Abweisung der Klage.

F. An der heutigen Parteiverhandlung halten die Parteien an ihren Anträgen und Begründungen fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908. Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind privatrechtlicher Natur, weshalb strittige Ansprüche darüber in einem zivilprozessualen Verfahren geltend zu machen sind. Das Verfahren im Zivilprozess regelt die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO) vom 19. Dezember 2008.

1.2 Die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ergibt sich aus Art. 7 ZPO i.V.m. § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993. Wie das Kantonsgericht mit Grundsatzentscheid vom 1. Dezember 2011 festhielt, ist bei Klagen betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung keine vorgängige Schlichtung

durchzuführen, womit sie direkt am Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, einzureichen sind (Beschluss des Kantonsgerichts vom 1. Dezember 2011, 731 11 262).

1.3 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich grundsätzlich nach Art. 9 ff. ZPO. Der dem vorliegenden Fall zu Grunde liegende Versicherungsvertrag ist als Konsumentenvertrag im Sinne von Art. 32 ZPO zu qualifizieren, weshalb die Klage am Wohnsitz der Versicherten eingereicht werden kann (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO; vgl. URS FELLER/ JÜRGEN BLOCH, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, Art. 32 N 45 ff.). Nichts anderes ergibt sich im vorliegenden Fall aus Art. 24 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), wonach ein Wahlgerichtsstand am Wohnsitz der Versicherten besteht. Da die Klägerin Wohnsitz in Lausen hat, ist das angerufene Gericht auch örtlich zuständig. Auf die formgerecht beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht erhobene Klage ist damit einzutreten.

2.1 Nach Art. 247 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ist der vorliegende Prozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Die Untersuchungsmaxime gebietet es dem Gericht zwar, den Sachverhalt mit eigenen Mitteln abzuklären und mit vertretbarem Aufwand zu einem hinreichend sicheren Beweisergebnis zu gelangen; es ist dabei aber nicht an Beweisanträge gebunden und kann auch von sich aus Beweis erheben. Die Parteien werden dadurch jedoch nicht von der Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhaltes entbunden. Sie sind es, die primär die Verantwortung für die Ermittlung des Sachverhaltes tragen. Das Bundesgericht hat die in den Vorgängernormen zu Abs. 2 enthaltene Untersuchungsmaxime daher bisweilen auch als gemilderte Verhandlungsmaxime bezeichnet. Nur wenn an der Vollständigkeit der Behauptungen oder Beweise ernsthafte Zweifel bestehen, muss das Gericht nachforschen. Diese Nachforschung besteht aber allein darin, die Parteien auf ihre Mitwirkungspflicht sowie auf die Pflicht zum Beibringen von Beweisen hinzuweisen. Die Untersuchungsmaxime zwingt das Gericht nicht dazu, das Beweisverfahren beliebig auszudehnen oder alle möglichen Beweise abzunehmen. Ebenso wenig verleiht die Untersuchungsmaxime den Parteien Anspruch auf ein bestimmtes Beweismittel. Das Gericht muss die betroffene Partei nur einmal auf etwaige Unzulänglichkeiten in ihren Tatsachenbehauptungen und Beweismitteln hinweisen. Bei anwaltlicher Vertretung ist das Mass der gerichtlichen Mitwirkung auf "krasse Fälle" beschränkt. Indessen verpflichtet die Untersuchungsmaxime das Gericht, ordnungsgemäss eingebrachte und taugliche Beweismittel zu berücksichtigen, wenn es von der Nichterweislichkeit einer bestimmten Tatsache ausgehen will. Die Untersuchungsmaxime ändert nichts an der formellen Beweislast. Kann etwa das Bestehen einer entscheidungserheblichen Tatsache durch das Gericht weder bejaht noch verneint werden, so entscheidet das Gericht trotz Untersuchungsmaxime gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907 nach Beweislastgesichtspunkten (vgl. BERND HAUCK, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, Art. 247 Abs. 2 ZPO N 33 ff.)

2.2 Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat gemäss Art. 8 ZGB derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung müssen im Privatversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen lediglich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen sein (BGE 130 III 327 E. 3.5). Das gilt auch für den Beweis von anspruchshindernden Tat-

sachen, für welche die Beweislast aufgrund von Art. 8 ZGB beim Versicherer liegt (Praxis 80/1991, Nr. 230, S. 964 f. E. 3b [Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts vom 22. November 1990]).

2.3 Gelangt das Gericht in Würdigung von Beweisen zur Überzeugung, eine Tatsachenbehauptung sei bewiesen oder widerlegt, ist die Beweislastverteilung gegenstandslos (BGE 109 II 251 E. 3.5). Diesfalls liegt freie Beweiswürdigung vor, die bundesrechtlich nicht geregelt ist, auch nicht durch Art. 8 ZGB. Diese Bestimmung schreibt dem Gericht nicht vor, mit welchen Mitteln der Sachverhalt abzuklären und wie das Ergebnis davon zu würdigen ist (BGE 112 II 179); sie schliesst selbst vorweggenommene Beweiswürdigung und Indizienbeweise nicht aus (BGE 109 II 31 E. 3b und 344/45). Eine beschränkte Beweisabnahme verletzt Art. 8 ZGB daher nicht, wenn das Gericht schon nach deren Ergebnis von der Sachdarstellung einer Partei überzeugt ist, gegenteilige Behauptungen also für unbewiesen hält (BGE 114 II 290 E. 2). Ebenso schliesst der im Verfahren zur Beurteilung von Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung herrschende Untersuchungsgrundsatz die antizipierte Beweiswürdigung nicht aus (Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2006, 5C.206, E. 2.1).

2.4 Dem Versicherer steht ein - aus Art. 8 ZGB abgeleitetes - Recht auf Gegenbeweis zu. Für das Gelingen des Gegenbeweises ist mithin bloss erforderlich, dass der Hauptbeweis erschüttert wird (BGE 120 II 393 E. 4b) und damit die Sachbehauptungen nicht mehr als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Gelingt der Gegenbeweis, an der Sachdarstellung des Anspruchsberechtigten erhebliche Zweifel zu wecken, so ist der Hauptbeweis des Anspruchsberechtigten gescheitert.

2.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern ausschliesslich dessen Inhalt (vgl. BGE 125 V 352 f. E. 3, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a). Das Gericht darf dabei eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt ist (vgl. MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 136).

3. Strittig zwischen den Parteien ist zunächst die Ausrichtung von Krankentaggeldleistungen vom 1. Mai bis 26. Juni 2010 wegen Rückenbeschwerden.

3.1 Da das VVG ausser in Art. 87 keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld enthält, sind die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien, das heisst in erster Linie die AVB von Januar 2008 massgebend. Gemäss Art. 15.6 AVB berechtigt eine ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit ab 25% zum Taggeldbezug. Als Arbeitsunfähigkeit gilt die durch eine Beein-

trächtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, eine im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 13.3 AVB). Der Versicherungsnehmer hat nach Art. 20.2 AVB 5 Tage nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist, spätestens jedoch nach 30 Tagen ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit diese der CSS mit dem entsprechenden Formular zu melden. Der Meldung ist ein Arztzeugnis des behandelnden Arztes beizulegen.

3.2 Die Arbeitgeberin meldete der CSS eine Arbeitsunfähigkeit der Klägerin ab 9. Februar 2010. Gemäss Arztbericht von Dr. C._____ vom 13. April 2010 litt die Versicherte an einem akuten Lumbovertebralsyndrom sowie einem Thoracovertebralsyndrom. Die ersten Symptome seien am 29. Januar 2010 aufgetreten. Nach einer Verrichtung auf der Leiter sei es zu einer akuten Blockade/Lumbago der LWS und einer Dolenz der BWS gekommen. Er ordnete eine Therapie beim Chiropraktor an. Bis auf weiteres attestierte er der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Weil sich die Rückenbeschwerden trotz Medikamenten und Therapie nicht besserten, überwies Dr. C._____ die Versicherte am 15. April 2010 mit der Diagnose "protrahierte Lumbago mit eindeutiger, objektivierbarer, vertebromuskulärer Blockade bei Inklination der LWS" an den Rheumatologen Dr. med. E._____.

3.3 Vom 27. April bis 20. Mai 2010 war die Versicherte in Behandlung bei Dr. E._____. Mit Bericht vom 25. Mai 2011 diagnostizierte er ein unteres Lumbovertebralsyndrom mit spondylogener Beteiligung beidseits bei Osteochondrose L5/S1, leichten bis mässigen Grades mit diskreter Diskusprotrusion, eine leichtgradige Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 sowie einen Verdacht auf Spondylitis anterior Th 11/12 (MRT 5. Mai 2010) bei/mit HLA-B27 Negativität, blandem laboranalytischem Befund sowie fehlenden anamnestischen und klinischen Anhaltspunkten für eine entzündliche Spondarthropathie. Klinisch im Vordergrund ständen lumbosakrale, zeitweise beidseits in die Oberschenkel ausstrahlende Kreuzschmerzen, welche vom Charakter her am ehesten auf eine mechanische Verursachung schliessen liessen. Klinisch zeige sich als Hauptbefund eine Irritation in den beiden untersten Bewegungssegmenten bei sonst unauffälligem Befund inklusive neurologischem Status. Wegen der schon seit dem 9. Februar 2010 anhaltenden Arbeitsunfähigkeit habe er sich zu einer vertieften bildgebenden Diagnostik entschlossen und eine MRT veranlasst. Die Bilder bestätigten einerseits die in den konventionellen Röntgenaufnahmen sichtbaren degenerativen Veränderungen an der unteren LWS, insbesondere eine Osteochondrose der lumbosakralen Bandscheibe. Sie vermöchten im Weiteren eine relevante intraspinale Schmerzursache wie Diskushernie oder ossäre Rezessus/Foraminalveränderungen auszuschliessen. Andererseits lasse sich als etwas überraschender Befund eine Ödemzone auf Höhe Th 11/12 ventral und deutlich weniger ausgeprägt auf Höhe L3 dokumentieren, welche einer Spondylitis anterior im Rahmen einer entzündlichen Spondarthropathie entsprechen könnte. Hierfür fehlten sowohl anamnestische und klinische als auch laboranalytische Anzeichen. Diesem Befund sei - solange sich keine typischen Symptome oder eine entzündliche Spondarthropathie bemerkbar machten - keine Beachtung zu schenken. Wegen des therapierefraktären Schmerzverhaltens habe er der Versicherten eine Infiltration der lumbosakralen Fazetengelenke empfohlen. Die am 12. Mai 2010 eingeleitete antiphlogistisch-analgetische, perorale Behandlung mit Apranax sei weiterzuführen. Die Versicherte könne ihre angestammte Tätigkeit

zunächst im Rahmen von 50% während einer Woche aufnehmen, danach zu 100%. Diese Massnahme sei in Anbetracht der objektivierbaren Befunde zumutbar.

3.4 Die CSS lehnte die Ausrichtung von Krankentaggeldern ab mit der Begründung, dass die Versicherte nach Auffassung ihrer Gesellschaftsärztin Dr. D.____ lediglich an Rückenschmerzen leide, welche keine längere Arbeitsunfähigkeit verursachen würden. Dieser Argumentation kann aus verschiedenen Gründen nicht gefolgt werden. Gemäss Art. 15.6 AVB gilt als Leistungsvoraussetzung eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 25%. Diese Grundvoraussetzung ist mit dem Arztzeugnis des Hausarztes Dr. C.____ erfüllt (vgl. auch Art. 18.1 AVB). Da die von Dr. C.____ eingeleitete Therapie keine Besserung brachte, überwies er seine Patientin an Dr. E.____ zur fachärztlichen Abklärung. Dr. E.____ behandelte die Versicherte vom 27. April bis 20. Mai 2010 und erachtete eine vertiefte Abklärung als angezeigt. Er attestierte der Versicherten deshalb am 27. April 2010 und am 11. Mai 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Erst nach Abschluss aller Untersuchungen erklärte Dr. E.____ die Versicherte gemäss Bericht vom 25. Mai 2010 für eine Woche 50% und anschliessend 100% arbeitsfähig. Die Beurteilung von Dr. D.____ vom 26. April 2010, wonach die Versicherte bereits eine Woche nach Meldung des Krankheitsfalls wieder voll arbeitsfähig gewesen sein müsse, vermag mit Blick auf die dokumentierte Krankengeschichte von Dr. E.____ nicht zu überzeugen. Insbesondere hat Dr. D.____ die Versicherte nicht persönlich untersucht, sondern lediglich auf Anfrage der CSS eine telefonische Auskunft erteilt. Auch das erst ein Jahr nach der Krankmeldung verfasste Aktengutachten von Dr. D.____ vom 17. Februar 2012 vermag im vorliegenden Fall den Beweiswert der echtzeitlichen ärztlichen Berichte von Dr. C.____ und Dr. E.____ nicht zu schmälern.

3.5 Es ist zu betonen, dass es sich bei den vorliegenden strittigen Krankentaggeldern um vorübergehende Leistungen handelt und nicht um Dauerleistungen wie beispielsweise eine Invalidenrente. Dauerleistungen sind geschuldet, wenn eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit anzunehmen ist. Taggeldleistungen werden gemäss den AVB ausgerichtet, wenn eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 25% vorliegt. Hier geht es in einer ersten Phase um die unmittelbare Sicherung des Einkommens im Krankheitsfall. Die Anforderungen an den Nachweis krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit sind deshalb für die Begründung des Anspruchs auf Krankentaggelder nicht zuletzt auch aus Gründen der Praktikabilität tiefer als für den Nachweis der Invalidität.

Sofern der Hausarzt wie hier die versicherte Person wegen Rückenbeschwerden - welche vielfältiger Ursache sein können - krank schreibt und eine Arbeitsunfähigkeit attestiert, muss dies anfänglich für die Leistungspflicht genügen (vgl. auch Art. 15.6 AVB). Selbstverständlich steht es dem Versicherer frei, Rückfragen zu stellen und die medizinische Diagnose zu überprüfen, insbesondere wenn die Arbeitsunfähigkeit längere Zeit andauert, da das Arztzeugnis manchmal zu wenig ausführlich ist. Für eine solche Überprüfung mit einer Leistungsverweigerung als Folge genügt eine telefonische Nachfrage bei der Vertrauensärztin jedoch nicht. Ein solches Gespräch kann lediglich Anlass bieten, den Sachverhalt genauer zu untersuchen. Dem Versicherer steht dafür gemäss Art. 20.8 AVB die vertrauensärztliche Untersuchung zur Verfügung, welche unverzüglich vorzunehmen ist. Das nachträgliche Aktengutachten kann hier die persönliche

und zeitnahe Untersuchung nicht ersetzen. In diesem Sinne ist auf die Atteste von Dr. C.____ und Dr. E.____ abzustellen und von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis 24. Mai 2010 und von einer 50%igen vom 25. bis 31. Mai 2010 auszugehen. Demgemäss hat die Klägerin für diese Zeit Anspruch auf Krankentaggelder. Da ab 1. Juni 2010 eine volle Arbeitsfähigkeit bestand, ist die Forderung nach Ausrichtung von Krankentaggeldern bis 26. Juni 2010 abzuweisen.

4.1 Die Klägerin macht weiter geltend, dass sie vom 28. Juni bis 31. Oktober 2010 wegen einer ausgeprägten reaktiven Depression zu 100% arbeitsunfähig gewesen sei und für diese Krankheitsphase Anspruch auf Taggelder habe. Es sei zwar richtig, dass die Depression als Krankheitsursache anfänglich nicht explizit erwähnt worden sei, die Beklagte sei aber darüber informiert worden, dass sie ab 28. Juni 2010 100% arbeitsunfähig gewesen sei.

4.2 Erfolgt die Krankmeldung nicht nach den in Art. 20.2 AVB genannten Fristen und somit verspätet, besteht frühestens ab Eingang der Krankmeldung Anspruch auf die versicherten Leistungen (Art. 20.3 AVB)

4.3 Die CSS führt zu Recht an, dass sie erst mit Schreiben vom 29. Juni 2011 mit Verweis auf das Arztzeugnis von Dr. C.____ vom 7. Januar 2011 über die bereits ein Jahr früher eingetretene depressive Erkrankung der Versicherten informiert worden sei. Zwar ist auf dem Meldeformular eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 28. Juni 2010 vermerkt, ein entsprechender Arztbericht mit der neuen Erkrankung der Depression fehlt hingegen. Die CSS musste deshalb davon ausgehen, dass Dr. C.____ die Arbeitsunfähigkeiten weiterhin wegen Rückenbeschwerden attestierte, welche jedoch gemäss Dr. E.____ ab 1. Juni 2010 keinen Einfluss mehr auf die Arbeitsfähigkeit hatten. Nach der Krankmeldung vom 29. Juni 2011 mit Arztzeugnis hätte die Klägerin frühestens ab 30. Juni 2011 Anspruch auf Taggeldleistungen gehabt. Zu diesem Zeitpunkt war sie aber schon längstens wieder arbeitsfähig. Ein Anspruch auf Ausrichtung von Taggeldern für den Zeitraum 28. Juni bis 31. Oktober 2010 besteht folglich nicht.

5. Die Taggeldleistungen bemessen sich nach dem letzten vor Krankheitsbeginn bezogenen AHV-pflichtigen Lohn. Dieser wird auf ein ganzes Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt (Art. 15.4 AVB). Gemäss letzter Lohnabrechnung vor Krankheitsbeginn verdiente die Versicherte ein Einkommen von Fr. 3'073.60 (vgl. Lohnabrechnung von August 2009). Auf ein Jahr umgerechnet resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 36'883.20 und geteilt durch 365 ein Betrag von Fr. 101.05. Die CSS erbringt das versicherte Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Ab 70% Arbeitsunfähigkeit ist das ganze Taggeld geschuldet (Art. 15.6 AVB). Gemäss Police für die Krankentaggeldversicherung zwischen der Arbeitgeberin und der CSS beträgt das Krankentaggeld 80% der AHV-Lohnsumme. Demnach ist das ganze Taggeld Fr. 80.84 (80% von Fr. 101.05) und das halbe Fr. 40.42 (50% von Fr. 80.84). Folglich hat die Versicherte Anspruch auf Krankentaggeldleistungen von Fr. 2'223.10 (24 x Fr. 80.84 [1. Mai bis 24. Mai 2010] und 7 x Fr. 40.42 [25. Mai bis 31. Mai 2010]). In diesem Umfang ist die Klage teilweise gutzuheissen.

6. Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG finden auf den Versicherungsvertrag die Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (OR)

vom 30. März 1911 Anwendung. Die Klägerin beantragt eine Verzinsung der Forderung zu 5% seit dem 31. Oktober 2010. Ob dieses Datum mit der zweiten Krankmeldung bis 31. Oktober 2010 zusammenhängt, kann nur vermutet werden, da eine Begründung für die Zinszahlung ab genanntem Datum in der Rechtsschrift fehlt. Da vorliegend keine Mahnung aktenkundig ist, eine solche seitens der Klägerin auch nicht behauptet wird, erfolgt die Verzugszinspflicht nach Art. 105 Abs. 1 OR und somit ab Anhebung der gerichtlichen Klage am 11. Juni 2012.

7. Das Verfahren vor dem Versicherungsgericht ist gemäss Art. 114 Abs. 2 lit. f ZPO kostenlos. Dem obsiegenden Kläger ist gestützt auf Art. 106 Abs. 1 ZPO eine Parteientschädigung zu Lasten der Beklagten zuzusprechen. Da die Klägerin rund zu einem Siebtel durchgedrungen ist, erachtet das Gericht eine pauschale Entschädigung von Fr. 2'000.-- zulasten der Beklagten als angemessen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Klage wird teilweise gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin Fr. 2'223.10 nebst Zins von 5% seit dem 11. Juni 2012 zu bezahlen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beklagte hat der Klägerin eine reduzierte Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'000.-- (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Mitteilung an Parteien
Eidgenössische Finanzmarktaufsicht - FINMA

Präsidentin

Gerichtsschreiberin