

Versicherungsvertrag der Arbeitgeberin bei der AXA Versicherungen AG (AXA) kollektivkrankentaggeldversichert. Im März 2015 wurde sie wegen eines Burnouts 100% arbeitsunfähig. Die AXA richtete in der Folge Taggelder aus. Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis per Ende September 2015 auf. Am 13. November 2015 liess die AXA A.____ durch Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vertrauensärztlich untersuchen. Mit Bericht vom 15. November 2015 kam er zum Schluss, dass A.____ 100% arbeitsfähig sei. Gestützt darauf stellte die AXA mit Schreiben vom 27. November 2015 die Taggelder per 30. November 2015 ein. A.____ suchte daraufhin Dr. med. D.____, FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, auf, welcher mit Arztbericht vom 30. Dezember 2015 eine depressive Entwicklung diagnostizierte und eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte. Mit Stellungnahme vom 11. Februar 2016 bestätigte der beratende Arzt der AXA, Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, die diagnostische Einschätzung sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. C.____. Am 9. März 2016 berichtete Dr. D.____ über den weiteren Behandlungsverlauf und ging unverändert von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer depressiven Entwicklung aus. Dazu nahm Dr. E.____ ebenfalls Stellung und kam mit Bericht vom 13. Juni 2016 zum Schluss, dass keine neuen medizinischen Erkenntnisse vorlägen. Im Gegenteil fänden sich Inkonsistenzen und Diskrepanzen bezüglich der Beschwerdeschilderung, der Befunderhebung, der diagnostischen Beurteilung und des therapeutischen Vorgehens. Die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit könne nicht bestätigt werden.

B. Mit Klage vom 30. März 2016 forderte A.____, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, von der AXA Fr. 15'983.55 für ausstehende Taggeldleistungen vom 1. Dezember 2015 bis 9. März 2016 (Mehrforderungen vorbehalten) nebst Zins zu 5% ab Klageeinreichung. Sie machte die fehlende Beweiskraft der medizinischen Beurteilungen von Dr. C.____ vom 15. November 2015 sowie von Dr. E.____ vom 11. Februar 2016 geltend. Aufgrund der Arztzeugnisse von Dr. med. F.____, FMH Allgemeinmedizin, vom 20. November 2015 sowie Dr. D.____ vom 30. Dezember 2015 und 9. März 2016 sei eine Arbeitsunfähigkeit bis März 2016 ausgewiesen. Folglich schulde die Beklagte für die Zeit vom 1. Dezember 2015 bis 9. März 2016 99 Taggelder à Fr. 161.45.

C. Mit Klageantwort vom 15. Juni 2016 beantragte die AXA die Abweisung der Klage.

D. Anlässlich der heutigen Parteiverhandlung hielt der Rechtsvertreter der Beklagten an seinem Antrag auf Abweisung der Klage und seinen Ausführungen in der Klageantwort fest. Die Klägerin, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, hielt ebenfalls an ihren Darlegungen in der Klage 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 des Versicherten eingereicht werden kann (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO; vgl. URS FELLER/ JÜRIG BLOCH, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, Art. 32 N 45 ff.). Nichts anderes ergibt sich im vorliegenden Fall aus Art. F1 der Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Krankentaggeldversicherung, Ausgabe Juli 2010 (AVB), wonach ein Wahlgerichtsstand am Wohnsitz der versicherten Person besteht. Da die Klägerin Wohnsitz in Pratteln hat, ist das angerufene Gericht auch örtlich zuständig. Auf die formgerecht 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 Be-

weismitteln 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 Tatsachen, 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). 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 der Anspruchsberechtigten erhebliche Zweifel zu wecken, so ist der Hauptbeweis der 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 die Ausrichtung von Krankentaggeldleistungen vom 1. Dezember 2015 bis 9. März 2016.

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 massgebend. Die AXA gewährt die in der Police aufgeführten Leistungen für die wirtschaftlichen Folgen der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit (Art. B1 Abs. 1 AVB). Ist die versicherte Person nach ärztlicher Feststellung arbeitsunfähig, bezahlt die AXA das Taggeld nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist längstens während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer (Art. B8 Abs. 1 AVB). Führt eine Krankheit voraussichtlich zu Leistungen, ist sobald als möglich für fachgemässe ärztliche Pflege zu sorgen. Den Anordnungen des Arztes ist Folge zu leisten. Jede versicherte Person ist verpflichtet, sich auch kurzfristig einer Untersuchung oder Begutachtung durch von der AXA beauftragte Ärzte zu unterziehen (Art. D2 Abs. 1 AVB).

3.2 Die Arbeitgeberin meldete der AXA eine Arbeitsunfähigkeit der Klägerin ab 13. März 2015. Gemäss Arztbericht von Dr. F.____ vom 28. April 2015 litt die Versicherte an einem schweren Burnout. Bis auf weiteres attestierte er ihr eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Als therapeutische Behandlungen gab Dr. F.____ Physiotherapie, Vitamine, Aufbaupräparate, Phytotherapie (chinesische Kräuter) sowie Akupunktur an. Am 22. August 2015 äusserte sich Dr. F.____ zum Krankheitsverlauf. Dieser sei eher stationär; es sei nur eine leichte Besserung der Beschwerden eingetreten. Durch die Kündigung der Arbeitgeberin sei zusätzlich ein Stresszustand entstanden. Die Versicherte sei unter keinen Umständen arbeitsfähig, auch nicht teilzeit. Dr. F.____ verordnete weiterhin Ruhe, Physiotherapie und Phytotherapie.

3.3 Die AXA liess die Versicherte am 13. November 2015 durch den Psychiater Dr. C.____ abklären. In seinem Bericht vom 15. November 2015 kam er zum Schluss, dass keine Diagnose nach ICD-10 vorliege. Die unklaren Beschwerden könnten psychiatrisch nicht eingeordnet werden. Die geforderten Kriterien für ein depressives Syndrom oder eine Angststörung seien nicht erfüllt; ebenso fehlten Zeichen einer autonomen somatoformen Funktionsstörung, einer hypochondrischen Störung oder einer Essstörung. Die Schilderungen der Versicherten in Bezug auf

die Symptomatik, insbesondere die Müdigkeit sowie die Konzentrations- und Gedächtnisstörungen seien widersprüchlich. Eine Aggravation könne nicht ausgeschlossen werden. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten sei nicht eingeschränkt.

3.4 Nach der Einstellung der Taggeldleistungen per 30. November 2015 machte die Versicherte in einem Brief an die AXA geltend, dass die Untersuchung bei Dr. C.____ unangenehm gewesen sei und dass sie ihm kein Vertrauen habe entgegen bringen können. Deshalb habe sie wesentliche Aspekte, wie die persönliche Belastungssituation zu Hause, nicht erwähnt. Die Beurteilung durch Dr. C.____ sei folglich unvollständig und allein schon aus diesem Grund beweisuntauglich (vgl. Schreiben der Rechtsvertreterin vom 5. Januar 2016).

3.5 Am 11. Dezember 2015 suchte die Versicherte Dr. D.____ auf. Mit Bericht vom 7. Januar 2016 führte Dr. D.____ an, dass die Versicherte gegenüber Dr. C.____ wichtige persönliche Informationen, die wesentlichen Einfluss auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hätten, aus verschiedenen Gründen nicht habe mitteilen können. Die Situation mit den Eltern sei sehr belastend. Vorläufig sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit der Versicherten auszugehen. Diagnostisch komme am ehesten eine depressive Entwicklung (F43.21 nach ICD-10) in Betracht.

3.6 Die Rechtsvertreterin erläuterte mit Brief vom 8. Januar 2016 die innerfamiliäre Konfliktsituation. Der Vater leide an Schizophrenie und werde unter Alkoholeinfluss gewalttätig, die Mutter leide unter einer depressiven Störung. Vermutlich sei es Dr. C.____ aufgrund seiner fehlenden Spezialisierung auf Jugendliche nicht gelungen, die Problematik zu erkennen.

3.7 Die AXA legte das Dossier dem beratenden psychiatrischen Arzt Dr. E.____ zur Beurteilung vor. In seinem ausführlichen Aktenbericht vom 11. Februar 2016 kam er zum Schluss, dass die Beurteilung von Dr. C.____ plausibel und schlüssig sei. Die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit durch Dr. D.____ sei bei einer diagnostizierten leichten depressiven Reaktion in Rahmen einer Anpassungsstörung nach ICD-10-F43.21 weder begründet noch ausgewiesen. Die Kritik der Rechtsvertreterin, dass Dr. C.____ als psychiatrischer Facharzt für Erwachsene die Problematik der Ablösung von Jugendlichen aus dem Elternhaus nicht beurteilen könne, berücksichtige den Umstand nicht, dass die Versicherte schon 28 Jahre und damit erwachsen sei. Zudem sei die Ablösung vom Elternhaus eine immer wiederkehrende Problematik auch im Erwachsenenalter. Es dürfe davon ausgegangen werden, dass Dr. C.____ diese Thematik gewürdigt hätte, wäre sie vorgebracht worden.

3.8 Am 9. März 2016 berichtete Dr. D.____ über den Therapieverlauf. Seit dem 7. Januar 2016 hätten drei Gespräche stattgefunden. Es liege unverändert eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vor; diagnostisch falle – wie bereits im Bericht vom 7. Januar 2016 beschrieben – am ehesten eine depressive Entwicklung (ICD-10: F43.21) in Betracht.

3.9 Dr. E._____ nahm am 13. Juni 2016 zum neuesten Bericht von Dr. D._____ Stellung. Der Inhalt liesse auf keinen neuen medizinischen Sachverhalt schliessen. Vielmehr fänden sich Inkonsistenzen und Diskrepanzen bei der Beschwerdeschilderung, der Befunderhebung, der diagnostischen Beurteilung und dem therapeutischen Vorgehen. Die Aussagekraft des Berichtes sei dadurch erheblich gemindert. Es sei nochmals darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Diagnose ICD-10: F43.21 (Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion) um eine leichte depressive Symptomatik handle, welche nicht zu einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit von 100% führe.

4.1 Die Einstellung der Versicherungsleistungen per 30. November 2015 gestützt auf die Beurteilung von Dr. C._____ ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Das Gutachten ist in sich schlüssig. Eine Arbeitsunfähigkeit lässt sich im Untersuchungszeitpunkt (13. November 2015) nicht mehr bestätigen, auch nicht mit den Berichten von Dr. F._____ und Dr. D._____. Die Therapievorschläge von Dr. F._____ lassen vermuten, dass er nicht von einer langandauernden psychischen Beeinträchtigung ausging. Er setzte auf Physiotherapie, Vitamine, Aufbaupräparate, Phytotherapie und Akupunktur. Eine Überweisung an eine psychiatrische Fachperson erfolgte erst am 17. November 2015, nachdem fest stand, dass die Versicherung die Taggelder einstellen werde. Wären die Beeinträchtigungen von März 2015 bis Ende November 2015 wirklich schwer gewesen, hätte eine intensivere Behandlung stattfinden müssen. Die Beurteilung der familiären Situation durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Dr. E._____ wies zurecht darauf hin, dass die Klägerin erwachsen ist und die Ablösung vom Elternhaus eine immer wiederkehrende Problematik im Erwachsenenalter darstellt, welche ein Psychiater für Erwachsene beurteilen kann. Es darf ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass Dr. C._____ die Familienproblematik angemessen gewürdigt hätte, hätte er davon gewusst. Aber selbst der Einbezug der schwierigen familiären Situation in die psychiatrische Beurteilung ändert am Ergebnis der vollen Arbeitsfähigkeit letztlich nichts. Dr. D._____ setzte sich mit der Thematik auseinander. Seine Schlussfolgerungen vermögen aufgrund ihrer Formulierung und nach der eingehenden und kritischen Würdigung durch Dr. E._____ in seinen Stellungnahmen vom 11. Februar 2016 und 13. Juni 2016 nicht zu überzeugen. Dr. D._____ blieb in seiner Diagnosestellung und in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unverbindlich, indem er betonte, dass es sich um eine „vorläufige“ Beurteilung handle und diagnostisch „am ehesten“ die Diagnose ICD-10 F43.21 in Frage komme. Die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit ist in Berücksichtigung der gestellten Diagnose (Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion) sodann auch nicht nachvollziehbar. Der Diagnose liegt ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation zugrunde, der im Allgemeinen keine Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht, jedenfalls keine über Monate andauernde 100%ige. Dem Ergebnis von Dr. D._____ kann demnach nicht gefolgt werden. Dagegen hat sich Dr. E._____ in seinen Stellungnahmen ausführlich mit allen Arztberichten auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet, weshalb im Ergebnis Dr. C._____ zu folgen ist. Darauf ist abzustellen. Soweit die Klägerin geltend macht, dass den Aktengutachten von Dr. E._____ keine massgebende Beweiskraft zukomme, kann ihr nicht gefolgt werden. 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 (Urteile des Bundesgerichts vom 8. Juni 2015 9C_28/2015, E. 3.2 und vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1 mit Hinweisen). Dies ist hier der Fall. Es bestehen insbesondere keine Zweifel an der Richtigkeit der Schlussfolgerungen von Dr. E.____, welche eine Neubeurteilung verlangen würden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. Februar 2016, 8C_674/2015).

4.2 Zusammenfassend kann aus schwierigen Umständen und dem daraus folgenden Leidensdruck nicht schon auf eine psychische Krankheit mit anhaltender Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Selbst wenn die von der Klägerin an der heutigen Verhandlung plausibel geschilderte unangenehme Untersuchungssituation bei Dr. C.____ vorgelegen hätte, würde dies am Ergebnis nichts ändern. Das Gutachten von Dr. C.____ stellt nicht die alleinige Grundlage für die Einstellung der Krankentaggelder dar. Selbst aus den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. D.____ kann nicht auf eine Störung geschlossen werden, die eine Arbeitsunfähigkeit im Zeitraum Dezember 2015 bis März 2016 rechtfertigen würde. Nachdem die Beklagte Taggeldleistungen ab März 2015 erbracht hat, ist die Leistungseinstellung per 30. November 2015 nicht zu beanstanden.

5.1 Das Verfahren vor dem Versicherungsgericht ist gemäss Art. 114 Abs. 2 lit. f ZPO kostenlos.

5.2 Der obsiegenden Partei ist gestützt auf Art. 106 Abs. 1 ZPO grundsätzlich eine Parteientschädigung zulasten der unterliegenden Partei zuzusprechen. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung besteht im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ein Anspruch des obsiegenden Versicherungsträgers unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsträger durch einen externen Anwalt vertreten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. Januar 2001, 5C.244/2000, E. 5 mit Hinweisen, zur Geltung dieser Rechtsprechung unter der ZPO: Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2010, 4A_194/2010, E. 2.2.1 mit Hinweisen). Diese Voraussetzung ist vorliegend nicht gegeben, weshalb die Beklagte keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Klägerin hat (vgl. auch Urteil des Kantonsgerichts vom 9. Mai 2014, 731 13 350, E. 7.2).

5.3 Gemäss den Art. 117 und 118 Abs. 1 ZPO wird einer Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt, wenn sie nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint und die anwaltliche Vertretung zur Wahrung ihrer Rechte notwendig ist. Aufgrund der eingereichten Akten ist die prozessuale Bedürftigkeit der Klägerin zu bejahen. Zudem kann die Klage nicht offensichtlich als aussichtslos bezeichnet werden und die anwaltliche Vertretung war sachlich geboten. Die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung sind demnach gegeben. Demzufolge wird der Rechtsvertreterin der Klä-

gerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'758.30 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet. Anzumerken ist, dass die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Rechtsschutzversicherung vom 17. und 27. März 2016 (2x Fr. 33.33) nicht berücksichtigt werden.

5.4 Die Klägerin wird ausdrücklich auf Art. 123 Abs. 1 ZPO aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Klage wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin der Klägerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'758.30 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.



**Kantonsgericht
Basel-Landschaft**
Abteilung Sozialversicherungsrecht

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>