Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 9. Mai 2014 (731 13 350 / 111)

Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung

Anspruch auf Krankentaggelder; Anforderungen an den Nachweis ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit; Gegenbeweis des Versicherers

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Vijitha Schniepper-Muthuthamby
Parteien	**A.**____, Kläger, vertreten durch Guido Ehrler, Advokat, Rebgasse 1, Postfach 477, 4005 Basel gegen **innova Versicherungen AG**, Bahnhofstrasse 4, 3073 Gümligen, Beklagte, vertreten durch Dr. Urs Korner, innova-Rechtsdienst, Winkelriedstrasse 31, 6003 Luzern
Betreff	Leistungen

A. Der 1971 geborene A.____ arbeitete seit 2004 bei der B.____AG in C.____ als Gartenarbeiter und war in dieser Eigenschaft bei der innova Versicherungen AG (innova) krankentaggeldversichert. Am 28. November 2012 ist A.____ bei der Arbeit beim Aufladen einer rund 25 kg schweren Pflanze auf nassem Boden ausgerutscht und hat beim Versuch, sich aufzufangen, einen stechenden Schmerz im Rücken verspürt. Seither bescheinigte der Hausarzt von A.____,

Dr. D.____, Médecine Générale, eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Die Arbeitgeberin meldete den Fall der innova Versicherungen AG (innova) an. Die innova teilte der Arbeitgeberin mit Schreiben vom 23. April 2013 mit, dass sie den Unfall der Unfallversicherung melden müsse und bei Ablehnung der Unfallversicherung ihr deren Verfügung zustellen solle. Die SUVA erbrachte daraufhin die gesetzlichen Versicherungsleistungen bis 16. Juni 2013. Einen weitergehenden Anspruch hat die SUVA mit Verfügung vom 4. Juni 2013 verneint, weil die bestehenden Beschwerden nicht unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Dagegen erhob A.____ Einsprache. Mit Schreiben vom 24. Juni 2013 kündigte die Arbeitgeberin die Stelle von A.____ per 31. August 2013.

B. Die innova holte zur Abklärung des Gesundheitszustandes und zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten einen Bericht von Dr. med. E.____, FMH für Neurologie, ein. Gestützt auf diesen Bericht vom 10. September 2013 teilte die innova A.____ mit Schreiben vom 2. Oktober 2013 mit, dass er spätestens ab dem 16. Juli 2013 wieder vollständig arbeitsfähig sei und er deshalb keinen Anspruch auf Taggeld habe. Mit Schreiben vom 18. Oktober 2013 hielt die innova weiterhin daran fest.

C. Am 28. November 2013 reichte A.____, vertreten durch Advokat Guido Ehrler, beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), Klage gegen die innova ein. Er beantragte, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm ab 20. August 2013 das versicherte Taggeld gestützt auf die Arbeitsunfähigkeit im bisher ausgeübten Beruf, maximal bis zur Erschöpfung der Taggeldberechtigung, auszurichten; dies unter o/e-Kostenfolge. Zudem ersuchte er um die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter. Im Wesentlichen begründete er seine Klage damit, dass ihm sein Hausarzt seit dem Unfall wegen des Rückenleidens in seiner angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Auch der Vertrauensarzt der ehemaligen Arbeitgeberin, Dr. med. F.____, FMH für Allgemeine Medizin, gehe in seinem Bericht vom 5. April 2013 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus. Somit seien die Anspruchsvoraussetzungen von Art. B2 der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB; Ausgabe 1. Januar 2013) der Beklagten nachgewiesen. Weiter habe die SUVA ihre Leistungen wegen fehlender Unfallkausalität eingestellt und nicht wegen fehlender Arbeitsunfähigkeit. Die innova könne nicht gestützt auf den Bericht von Dr. E.____ die Leistungen verweigern, da dieser lediglich aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100% attestiere. Aufgrund des vorliegenden degenerativen Rückenleidens müsse aber die Arbeitsfähigkeit auch aus orthopädischer bzw. rheumatologischer Sicht beurteilt werden. Der Bericht von Dr. E.____ könne somit die Schlussfolgerung vom Hausarzt sowie von Dr. F.____ nicht widerlegen. Insbesondere führe Dr. E.____ aus, es habe nie eine Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer Sicht bestanden. Die SUVA dagegen habe die Arbeitsunfähigkeit bis 16. Juni 2013 anerkannt. Dementsprechend sei ersichtlich, dass die Arbeitsunfähigkeit nicht neurologisch bedingt sei. Die innova habe somit den Beweis der vollen Arbeitsfähigkeit nicht erbracht.

D. Mit Klageantwort vom 7. Februar 2014 beantragte die innova die Abweisung der Klage. Die Beurteilung von Dr. D.____ stehe im krassen Widerspruch zu den Beurteilungen der anderen involvierten Ärzte. Die anfängliche Arbeitsunfähigkeit werde nicht bestritten. Der Vertrauensarzt Dr. med. G.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, habe ausdrücklich die Begut-

achtung durch einen Neurologen empfohlen. Der Neurologe Dr. E.____ sei somit beauftragt worden, abzuklären, ob die vorbestandenen multiplen Veränderungen an der Wirbelsäule derart weit progredient seien, dass sie für sich allein eine selbstständige Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Dr. E.____ sei zum Schluss gekommen, dass aus neurologischer Sicht kein versicherungsmedizinisch relevanter Gesundheitsschaden bestehe. Dabei habe Dr. E.____ auch die Ergebnisse der bildgebenden Untersuchungen berücksichtigt. Der degenerative Vorzustand sei von bescheidener Auswirkung und erkläre nicht im Geringsten, weshalb der Kläger nun über einen derart langen Zeitraum hinaus in jeder beliebigen Arbeitstätigkeit zu 100% arbeitsunfähig sein solle. Insbesondere auch deshalb, weil der Versicherte täglich zwei Stunden ins Fitnessstudio gehe, anschliessend Rad fahre oder spazieren gehe. Zudem sei zu beachten, dass Dr. D.____ die Arztzeugnisse als behandelnder Arzt ausgestellt habe. Der Beweis für die vom Kläger behauptete Arbeitsunfähigkeit scheitere somit vollständig. Falls eine Leistungspflicht bejaht werden würde, so betrage die Wartefrist 60 Tage, welche erst nach Beginn der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit eintrete.

E. Der Kläger reichte mit Schreiben vom 14. April 2014 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege samt Unterlagen ein.

F. An der heutigen Parteiverhandlung nehmen der Kläger, sein Rechtsvertreter Ehrler sowie Rechtsanwalt Korner als Vertreter der Beklagten teil. Die Parteien halten an ihren Anträgen fest. Auf ihre Ausführungen wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g :**

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 Bundesgericht in BGE 138 III 558 festhielt, ist bei Klagen betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung keine vorgängige Schlichtung durchzuführen, womit sie direkt am Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, einzureichen sind (vgl. BGE 138 III 561 ff. E. 4; vgl. auch 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 des Konsumenten am Wohnsitz oder Sitz einer der Parteien eingereicht werden kann (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO; vgl. URS FELLER / JÜRG BLOCH, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, 2010, Art. 32 N 45 ff.). Bei Streitigkeiten, die keinem zwingenden Gerichtsstand unterstehen, können die Parteien gemäss Art. 17 ZPO vertraglich einen Gerichtsstand vereinbaren. Entsprechendes ist vorliegend dem Art. J4 AVB (der hier anzuwendenden Ausgabe vom 1. Januar 2007) zu entnehmen, wonach nebst am Wohnort oder Sitz der Parteien auch wahlweise am Arbeitsort des Versicherten geklagt werden kann. Der ehemalige Arbeitsort des Klägers liegt in C.____/BL. Auf die formgerecht beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht eingereichte Klage ist demnach einzutreten.

2.1 Nach Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO 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 Beweise 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 „einschlägige 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 entscheiderheblichen 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, a.a.O., 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 der Beweise 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 zu würdigen ist (BGE 102 II 279 E. 3); sie schliesst selbst eine 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 wenig schliesst der im Verfahren zur Beurteilung von Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung herrschende Untersuchungsgrundsatz die antizipierte Beweiswürdigung aus (Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2006, 5C.206/2006, 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 demzufolge die Sachbehauptungen nicht mehr als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Gelingt es durch den Gegenbeweis, an der Sachdarstellung des Anspruchsberechtigten erhebliche Zweifel zu wecken, so ist der Hauptbeweis des Anspruchsberechtigten gescheitert (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2004, 5C.184/2003, E. 3.5).

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.

3. Der Kläger machte in seiner Klage gegenüber der Beklagten Taggeldleistungen ab 20. August 2013 geltend. Da mit Einspracheentscheid vom 8. Januar 2014 die SUVA inzwischen den Eintritt des status quo ante bzw. status quo sine per 31. August 2013 anerkannt und bis zu diesem Zeitpunkt die Leistungen erbracht hat, stellt der Kläger anlässlich der heutigen Parteiverhandlung den Antrag, die Beklagte habe Leistungen ab 1. September 2013 zu erbringen. Strittig und zu prüfen ist demnach, ob die Beklagte dem Kläger Krankentaggeldleistungen ab 1. September 2013 auszurichten hat.

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.

Gemäss Art. A1 der AVB gewährt die Beklagte Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit. Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert und eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. A5 AVB). Das versicherte Taggeld wird bei ärztlich bescheinigter, vollständiger oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf einer allfälligen Wartefrist ausgerichtet (Art. B1 Abs. 1 Satz 1 AVB). Gemäss der vorliegend zur Anwendung kommenden Police beträgt die Wartefrist 60 Tage pro Fall. Die Leistungsdauer beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25%, jedoch frühestens drei Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung (Art. B1 Abs. 1 Satz 2 AVB). Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit erbringt die Beklagte das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit; weniger als 25% ergeben jedoch keinen Anspruch (Art. B1 Abs. 2 AVB). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Eine in ihrer aktuellen Tätigkeit arbeitsunfähige versicherte Person verpflichtet sich, innert drei Monaten Arbeit in einem anderen Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen. Wird die Erwerbstätigkeit oder die Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet oder unterbleibt die Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung bzw. der Invalidenversicherung, so erfolgen die Taggeldleistungen unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht der versicherten Person (Art. B2 AVB).

3.2.1 Die Arbeitgeberin meldete der SUVA den Unfall des Klägers vom 28. November 2012. Diese richtete daraufhin die gesetzlichen Versicherungsleistungen bis 16. Juni 2013 bzw. – mit Einspracheentscheid vom 8. Januar 2014 – bis 31. August 2013 aus. Der Hausarzt des Klägers, Dr. D.____, diagnostizierte mit Arztzeugnis vom 18. März 2013 eine Lumboischialgie und attestierte seit 29. November 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die Bescheinigungen wurden jeweils lückenlos verlängert; zuletzt bis 1. Dezember 2013. Mit Schreiben vom 24. Oktober 2013 nahm Dr. D.____ zudem Stellung zum Gutachten von Dr. E.____ und führte darin aus, dass der Versicherte seine bisherige Tätigkeit aufgrund gewisser Unfallfolgen nicht mehr ausüben könne. Vielmehr sei eine Umschulung auf eine wechselbelastende Tätigkeit angezeigt, wobei längere Zwangshaltungen und Heben von Gewichten über 2kg nicht zumutbar seien.

3.2.2 Bei der bildgebenden CT-Abklärung vom 4. Dezember 2012 beschrieb Dr. C. H.____ auf der Höhe L4/L5 eine leicht linksseitig ausgerichtete Diskusprotrusion ohne radikuläre Kompression. Auf den Höhen L5/S1, L3/L4, L2/L3 sowie L1/L2 seien keine Diskushernien und auch keine radikuläre Kompressionen sichtbar. Bei der CT-Abklärung vom 5. Dezember 2012 hielt Dr. H.____ fest, dass keine Kompression des Rückenmarks sichtbar sei. Als Befund lägen eine dextro-konvexe Skoliose und eine sehr moderate Wirbelsäulenarthrose vor. Zum MRI vom 22. Januar 2013 hielt Dr. H.____ schliesslich fest, dass auf der Höhe L4/L5 eine foraminale

Diskushernie mit Bezug zu den Nervenwurzeln L4 bestehe. Ausführungen zur Arbeitsunfähigkeit nahm er keine vor.

3.2.3 Dr. F.____ wurde durch die ehemalige Arbeitgeberin um eine vertrauensärztliche Beurteilung gebeten. In seinem Bericht vom 5. April 2013 diagnostizierte er ein Schmerzsyndrom im Bereich des Beckenkamms links, wobei der Hauptschmerzpunkt über der Spina iliaca anterior superior bei foraminaler Diskushernie L4 liege (Differentialdiagnose: Insertionstendinosen am Becken). Zudem leide der Versicherte an einer leichten Bronchitis. Weiter hielt er im Bericht fest, dass der Versicherte lumbale Schmerzen erstmals vor vier Jahren beim Anheben einer grossen Pflanze gehabt habe. Für diesen Vorfall sei er für vier Wochen arbeitsunfähig gewesen. Seither seien diese Schmerzen immer wieder aufgetreten. Der Unfall vom 28. November 2012 habe ein akuter Schmerz ausgelöst und die Schmerzen würden seither fortdauern. Dr. F.____ hat bei seiner Untersuchung festgestellt, dass der Versicherte hinkfrei gehe, er weitgehend frei beweglich erscheine und er sich ohne Behinderung an- und ausziehen könne. Es gebe keine Hinweise für Sensibilitätsstörungen oder Paresen. Er empfahl einen baldigen Arbeitsversuch, wobei die Tätigkeit zunächst für zwei Wochen weitgehend sitzend, ohne Heben von Lasten über 5kg sowie halbtags mit einem Pensum von 20% und anschliessend mit erhöhter körperlicher Belastung sein sollte. Zudem war Dr. F.____ der Meinung, der Versicherte werde insuffizient behandelt. Es müsse durch eine fachärztliche Beurteilung festgestellt werden, ob der Befund auf der Höhe L4/L5 überhaupt relevant sei. Bejahendenfalls gebe es weitere therapeutische Optionen.

3.2.4 Dr. med. I.____, Kreisarzt der SUVA, hielt in seiner Kurzbeurteilung vom 4. Juni 2013 fest, dass keine strukturellen Unfallschäden vorliegen würden und wies auf eine degenerative LWS-Problematik hin. Dr. med. J.____, FMH Chirurgie, Kreisarzt der SUVA, kam in seiner Beurteilung vom 1. Oktober 2013 zum selben Ergebnis.

3.2.5 Dr. G.____, Vertrauensarzt der Beklagten, stimmte in seinem Bericht vom 9. Juli 2013 der Beurteilung der SUVA zu, wonach der status quo ante bzw. status quo sine erreicht sei. Er empfahl der Beklagten, eine neurologische Untersuchung anzuordnen.

3.2.6 In der Folge beauftragte die Beklagte Dr. E.____ mit einer neurologischen Untersuchung. Im Gutachten vom 10. September 2013 führte Dr. E.____ aus, dass neurologische Ausfälle, die auf eine Nervenwurzel zu beziehen wären, nicht vorliegen würden. Der entsprechende EMG-Befund sei ebenfalls unauffällig. Im Neurostatus fänden sich keine akuten Wurzelkompressionen. Zu den lumbalen Diskusprotrusions-Befunden gemäss den CT-Abklärungen vom Dezember 2012 und dem MRI vom Januar 2013 gebe es kein funktionell relevantes klinisches Korrelat. Die LWS sei uneingeschränkt beweglich. Der Versicherte sei sportlich aktiv und besuche weiterhin täglich für mehrere Stunden ein Fitness-Studio. Dr. E.____ kam zum Schluss, es könne keine neurologischen Diagnosen gestellt werden, ebenso wenig sei aus neurologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Bei der Untersuchung sei ein inkonstantes Schonhinken aufgefallen. Die erhobenen unauffälligen klinischen Befunde stünden im Gegensatz zu den demonstrierten Beschwerden und der hausärztlich weiterhin attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Mit Ergänzungsnotiz vom 23. September 2013 stellte Dr. E.____ klar, dass keine

neurologische Symptomatik bestehe und auch nie bestanden habe. Insoweit habe zu keinem Zeitpunkt eine neurologisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestanden.

4.1 Für die Folgen des Unfalles vom 28. November 2012 und die daraus erfolgte Arbeitsunfähigkeit erbrachte die SUVA bis 31. August 2013 die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Die SUVA hat mit Einspracheentscheid vom 8. Januar 2014 festgehalten, dass die bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit des Klägers ab 1. September 2013 medizinisch belegt ist.

4.2 Für den geltend gemachten Leistungsanspruch ab 1. September 2013 liegt vom Hausarzt Dr. D.____ eine attestierte Arbeitsunfähigkeit vor, wonach der Kläger bis 1. Dezember 2013 zu 100% arbeitsunfähig gewesen sei. Die Arbeitsunfähigkeit wird durch Dr. D.____ nicht näher begründet. Dies ist gemäss den AVB auch nicht erforderlich. Anlässlich der Parteiverhandlung macht der Kläger geltend, dass Dr. D.____ zuletzt bis 6. Mai 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Hierfür reicht der Kläger lediglich Nachweise der Postaufgabe der besagten Arztbescheinigungen ein, welche mit Dr. D.____ als Absender versehen sind. Vorsorglich bestreitet die Beklagte die verlängerte Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der nachstehenden Erwägungen kann offen bleiben, ob die Arbeitsunfähigkeit über den Zeitpunkt des 1. Dezember 2013 hinaus bescheinigt wurde.

5.1 Fraglich ist in einem weiteren Schritt, ob die Beklagte im Rahmen des ihr als Versicherer zustehenden Gegenbeweises begründete Zweifel an der Anspruchsberechtigung des Klägers zu wecken vermag, sodass dessen Sachverhaltsdarstellung als nicht mehr überwiegend wahrscheinlich scheint.

5.2 Die Beklagte beruft sich dabei auf die Beurteilungen von Dr. F.____ und Dr. E.____. Dem Bericht von Dr. F.____ vom 5. April 2013 ist jedoch keine verbindliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen. Er hält lediglich fest, dass aufgrund der Untersuchung keine sichtbare Behinderung bestehe. Des Weiteren empfiehlt er lediglich einen Arbeitsversuch mit einem anfänglichen Pensum von 20% und später mit einer Steigerung der körperlichen Belastung sowie des Pensums auf 50%. Es kann davon ausgegangen werden, dass Dr. F.____ der Ansicht ist, der Kläger sei bzw. werde bald vollständig arbeitsfähig sein. Damit könnten allenfalls gewisse Zweifel an der Einschätzung von Dr. D.____ begründet werden. Die Beurteilung von Dr. E.____ ist in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit jedoch deutlicher. Er hält klar fest, dass in neurologischer Hinsicht weder eine Diagnose noch eine Arbeitsunfähigkeit vorliege.

5.3 Der Kläger hält dem entgegen, dass die Arbeitsunfähigkeit aufgrund des von der SUVA festgehaltenen degenerativen Rückenleidens aus orthopädischer und rheumatologischer Sicht hätte eingeschätzt werden müssen. Abklärungen aus diesen Bereichen seien jedoch keine vorgenommen worden. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. E.____ sei lediglich aus neurologischer Sicht erfolgt, weshalb diese nicht Zweifel an der von Dr. D.____ attestierten Arbeitsunfähigkeit zu erwecken vermöge.

5.4 Dazu ist festzuhalten, dass die Kreisärzte der SUVA Dr. I.____ und Dr. J.____ in ihren Beurteilungen vom 4. Juni bzw. 1. Oktober 2013 multiple degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule erwähnen. Aber sie halten auch fest, es hätten sich bei der bildgebenden Diagnostik keine objektivierbaren strukturellen Unfallfolgen gefunden bzw. es bestehe keine sichtbare Kompression des Rückenmarks. Weiter stellt Dr. H.____ eine Wirbelarthrose fest, welche er jedoch als moderat bezeichnet. Aufgrund dieser Erkenntnisse und den Akten empfiehlt Dr. G.____ als Vertrauensarzt der Beklagten eine neurologische Begutachtung. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei Dr. G.____ um einen orthopädischen Chirurgen handelt und er deshalb erkannt hätte, wenn weitere orthopädische Abklärungen erforderlich gewesen wären. Eine neurologische Untersuchung war zudem angezeigt, weil der Hausarzt Dr. D.____ eine Lumboischialgie diagnostiziert hatte. Schliesslich ist zu erwähnen, dass Dr. D.____ die vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit des Klägers mit den Unfallfolgen begründet. Dies widerspricht aber den Feststellungen der SUVA, dass keine Unfallfolgen mehr bestehen. Nach dem Gesagten ist es der Beklagten gelungen, erhebliche Zweifel an der vom Hausarzt Dr. D.____ bescheinigten Arbeitsunfähigkeit zu wecken, sodass dessen Einschätzung nicht mehr als überwiegend wahrscheinlich erscheint.

6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beklagte den Gegenbeweis erbracht hat. Der Hauptbeweis des Klägers für seine Anspruchsberechtigung auf Krankentaggeld ab 1. September 2013 ist damit gescheitert. Demzufolge hat die Beklagte die entsprechenden Leistungen zu Recht nicht erbracht und die Klage ist somit abzuweisen.

7.1 Es bleibt über die Kosten zu entscheiden. Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist gemäss Art. 114 lit. e ZPO für die Parteien kostenlos. Von der Erhebung von Verfahrenskosten ist deshalb abzusehen.

7.2 Der obsiegenden Partei ist gestützt auf Art. 106 Abs. 1 ZPO grundsätzlich eine Parteientschädigung zulasten der unterliegenden Partei zuzusprechen. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung steht ein solcher Anspruch im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung auch dem obsiegenden Versicherungsträger zu, sofern er durch einen externen Anwalt vertreten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. Januar 2001, 5C.244/2000, E. 5 mit Hinweisen; vgl. zur Geltung dieser Rechtsprechung unter der ZPO: Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2010, 4A_194/2010, E. 2.2.1 mit zahlreichen Hinweisen). Die Beklagte wird jedoch durch den internen Rechtsdienst vertreten, weshalb sie keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung hat. Die ausserordentlichen Kosten sind demzufolge wettzuschlagen.

7.3 Der Kläger ersuchte um unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Ehrler. Als Nachweis seiner prozessualen Bedürftigkeit reichte er die entsprechenden Unterlagen am 14. April 2014 beim Kantonsgericht ein. Der Entscheid über die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird ausgestellt und separat beurteilt.

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.

4. Der Entscheid betreffend das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung wird ausgestellt.

Gegen diesen Entscheid wurde vom Beschwerdeführer am 22. September 2014 beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 4A_566/2014) Beschwerde erhoben.

http://www.bl.ch/kantonsgericht