



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 10. September 2020 (731 20 101 / 221)

Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung

Die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen enthaltene Klausel, wonach die Leistungspflicht des Versicherungsträgers eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% voraussetzt, kann nicht als ungewöhnlich qualifiziert werden. Die aus der Arbeitsunfähigkeit resultierende Erwerbsunfähigkeit setzt jedoch keine Mindest erheblichkeitsgrenze voraus.

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichterin Susanne Afheldt,
Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin
Katja Wagner

Parteien **A.**_____, Kläger, vertreten durch Markus Schmid, Rechtsanwalt,
Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

Basler Versicherungen AG, Aeschengraben 21, 4002 Basel, Be-
klagte, vertreten durch Matthias Steiner, Rechtsanwalt, Steinen-
torstrasse 13, Postfach 223, 4010 Basel

Betreff Forderung

A.a Der 1978 geborene A.____ absolvierte eine Lehre als Automechaniker und als Coiffeur. Aufgrund lumbaler Rückenschmerzen meldete er sich im Jahr 2007 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an, welche ihn bei der Erlangung des Eidgenössischen Fahrausweises als Fahrlehrer unterstützte. Seit 2009 ist A.____ als selbstständig erwerbender Fahrlehrer tätig und verfügt bei der Basler Versicherungen AG (Basler) über eine Krankentaggeld- sowie eine Unfalltaggeldversicherung. Am 5. März 2016 erlitt er einen Heckauffahrunfall, woraufhin er im Hirnschlagzentrum des D.____ hospitalisiert war. Dort wurden multiple punktförmige Infarkte im vorderen Stromgebiet rechts und eine traumatisch bedingte Dissektion der mittleren bis distalen extraduralen Aorta carotis interna diagnostiziert. Am 6. Juni 2016 kam es zu einem weiteren Heckauffahrunfall, der zu einer vorübergehenden Verschlimmerung führte. In der Zeit von März bis Dezember 2016 war A.____ zu 40%-100% arbeitsunfähig. In der Folge richtete die Basler in ihrer Eigenschaft als Unfallversicherer Taggelder aus.

A.b Mit Schreiben vom 16. Januar 2017 stellte die Basler die Taggeldleistungen rückwirkend per Ende 2016 mit der Begründung ein, dass die Kausalität zwischen den persistierenden Beschwerden und den Unfallereignissen nicht mehr gegeben und der Status quo sine vel ante erreicht sei. Unter Beibringung von medizinischen Berichten und Arbeitsunfähigkeitszeugnissen beantragte A.____ die Ausrichtung von Taggeldern aus der ebenfalls mit der Basler abgeschlossenen Krankentaggeldversicherung. Diese lehnte ihre Leistungspflicht jedoch ab, wobei sie sich auf den Standpunkt stellte, dass die vertraglich vorausgesetzte Mindesterwerbsunfähigkeit von 50% nicht gegeben sei.

B. Mit Klage vom 2. März 2020 beantragte A.____, vertreten durch Markus Schmid, Advokat, die Basler sei zu verpflichten, ihm Fr. 55'792.90 zzgl. Zins zu 5% seit dem 15. Januar 2018 zu bezahlen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, dass die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen statuierte Beschränkung der Leistungspflicht auf eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% aussergewöhnlich und daher unbeachtlich sei. Gestützt auf die in der Zeit vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2018 ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit resultiere ein Taggeldanspruch in der Höhe des geltend gemachten Betrags von Fr. 55'792.90.

C. In ihrer Klageantwort vom 25. Mai 2020 schloss die Basler auf Abweisung der Klage. Sie stellte sich auf den Standpunkt, dass der Kläger ausdrücklich auf die Beschränkung der Leistungspflicht hingewiesen worden sei. Alsdann sei die Bestimmung nicht ungewöhnlich. Schliesslich sei für eine Leistungspflicht eine Erwerbs- und nicht bloss eine Arbeitsunfähigkeit von 50% vorausgesetzt. Nachdem beim Kläger im geltend gemachten Zeitraum keine Erwerbsunfähigkeit von 50% bestanden habe, bestehe kein Anspruch auf weitere Leistungen.

D. Anlässlich der Parteiverhandlung vom 10. September 2020 hielten die beiden Parteien im Wesentlichen an ihren bereits schriftlich dargelegten Standpunkten fest. Auf deren Vorbringen ist – soweit notwendig – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) vom 26. September 2014 dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2. April 1908. Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind somit 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 ergibt sich aus Art. 7 ZPO in Verbindung mit § 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 festgehalten hat, ist bei Klagen betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung keine vorgängige Schlichtung durchzuführen. Diese Klagen sind vielmehr direkt am Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, einzureichen (Beschluss des Kantonsgerichts vom 1. Dezember 2011, 731 11 262).

1.3 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich 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, 3. Aufl., Zürich 2016, Art. 32 N 45 ff.). Nichts anderes ergibt sich im vorliegenden Fall aus Ziffer G17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Beklagten, Ausgabe 2010 (Klagebeilage 6), wonach ein Wahlgerichtsstand am Wohnsitz der Versicherten besteht. Da der Kläger Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft hat, ist das angerufene Gericht somit auch örtlich zuständig.

2. Materiell streitig und zu beurteilen ist, ob und in welchem Umfang der Kläger Anspruch auf Ausrichtung von Krankentaggeldleistungen hat. Vorab ist in diesem Zusammenhang näher auf die beweisrechtlichen Gegebenheiten einzugehen.

3.1 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 Art. 247 Abs. 2 ZPO 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 Mit-

wirkungspflicht 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, 3. Aufl., Zürich 2016, Art. 247 Abs. 2 N 33 ff.).

3.2 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]).

3.3 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).

3.4 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 erhebliche Zweifel zu wecken, so ist der Hauptbeweis gescheitert.

4.1 Der Kläger macht vorliegend zunächst geltend, die in Ziffer D2 der AVB vorgesehene Beschränkung der Leistungspflicht auf eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% verstosse

gegen die Ungewöhnlichkeitsregel. Der im Versicherungsvertrag enthaltene Wortlaut der Deckungsart "Volldeckung" habe ihn in den Glauben versetzt, für jeglichen Grad der Arbeitsunfähigkeit entsprechende Taggeldleistungen zu erhalten, zumal er aufgrund der Tatsache, dass er sich zum ersten Mal in seinem Leben selbstständig gemacht habe, als Branchenfremder zu betrachten sei. In objektiver Hinsicht führe die Leistungsbeschränkung dazu, dass der mit "Volldeckung" bezeichnete Deckungsumfang nicht nur erheblich eingeschränkt, sondern geradezu in sein Gegenteil verkehrt werde. Er sei nie gesondert auf diese Bestimmung aufmerksam gemacht worden.

4.2 Allgemeine Versicherungsklauseln (AVB) sind, wenn sie in Verträge übernommen werden, grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen (BGE 135 III 1 E. 2, 133 III 607 E. 2.2 und 3.3). Deren Inhalt bestimmt sich in erster Linie nach dem übereinstimmenden wirklichen (subjektiven) Parteiwillen (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [OR] vom 30. März 1911). Ist hinsichtlich der Tragweite einer Klausel der vorformulierten AVB ein übereinstimmender wirklicher Wille der Parteien nicht feststellbar, richtet sich die Auslegung nach den Grundsätzen der normativen (objektiven) Vertragsauslegung. Zur Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens sind die Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips so auszulegen, wie sie nach den gesamten Umständen verstanden werden durften und mussten.

4.3 Die Geltung vorformulierter Vertragsbestimmungen wird gemäss der Rechtsprechung durch die Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt. Danach sind von der global erklärten Zustimmung zu allgemeinen Vertragsbedingungen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist. Der Verfasser von allgemeinen Geschäftsbedingungen muss nach dem Vertrauensgrundsatz davon ausgehen, dass ein unerfahrener Vertragspartner ungewöhnlichen Klauseln nicht zustimmt. Die Ungewöhnlichkeit beurteilt sich aus der Sicht des Zustimmungsenden im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Für einen Branchenfremden können deshalb auch branchenübliche Klauseln ungewöhnlich sein. Die Ungewöhnlichkeitsregel kommt jedoch nur dann zur Anwendung, wenn neben der subjektiven Voraussetzung des Fehlens von Branchenerfahrung die betreffende Klausel objektiv beurteilt einen geschäftsfremden Inhalt aufweist. Dies ist dann zu bejahen, wenn sie zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters führt oder in erheblichem Masse aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus fällt. Je stärker eine Klausel die Rechtsstellung des Vertragspartners beeinträchtigt, desto eher ist sie als ungewöhnlich zu qualifizieren (BGE 138 III 411 E. 3.1 mit Hinweisen). Bei Versicherungsverträgen sind die berechtigten Deckungserwartungen zu berücksichtigen. Entsprechend wurde eine in allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehene Haftungsbeschränkung als ungewöhnlich qualifiziert, welche die von der Bezeichnung des Vertrages erfasste Deckung erheblich reduzierte, so dass gerade die häufigsten Risiken nicht mehr gedeckt waren. Die Ungewöhnlichkeit einer Klausel kann auch bejaht werden, wenn sie eine Ungleichbehandlung ohne sachlichen Grund vorsieht (zum Ganzen BGE 138 III 411 E. 3.1 mit zahlreichen Hinweisen; vgl. ferner Urteil des Bundesgerichts vom 10. Dezember 2018, 4A_499/2018, E. 3.3).

4.4.1 Der rechtserhebliche Sachverhalt präsentiert sich hierzu wie folgt: Gemäss dem Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrag vom 2. September 2010 (Vertrag Nr. XX/X.XXX.XXX-X)

wurde der Kläger mit Vertragsbeginn per 1. September 2010 und mit Hinweis auf die Vertragsbedingungen (Ausgabe 2010) versichert, welche vorliegend unstreitig Vertragsinhalt geworden sind. Unter dem Titel "Leistungen und Prämiensätze" auf Seite 2 des Vertrags wurde als Deckungsart eine Volldeckung mit einem Taggeldanspruch im Umfang von 100% bei einer versicherten Lohnsumme in der Höhe von Fr. 66'000.-- bei einer Wartefrist von 31 Tagen vereinbart. In Ziffer D2 der AVB wird für die Versicherungsvariante "Volldeckung" als Leistungsvoraussetzung verlangt, dass eine krankheitsbedingte Erwerbsunfähigkeit von mindestens 50% vorliegen muss. Dies im Gegensatz zur BVG-Koordinationsdeckung, bei welcher eine krankheitsbedingte Erwerbsunfähigkeit von 25% vorausgesetzt wird. Die Höhe der Leistungen richtet sich gemäss Ziffer D3 nach dem versicherten Krankentaggeld und wird proportional zum Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Die Leistungsdauer beträgt 730 Tage (Ziffer D4). In Ergänzung zu diesem Versicherungsvertrag wurde der Versicherungsschutz gemäss separater, vom Kläger am 21. August 2010 unterzeichneter Vereinbarung insofern eingeschränkt, als Erkrankungen der Lendenwirbelsäule und/oder deren Folge von der Versicherung ausgeschlossen wurden. Die Beklagte legte sodann ein vom 2. September 2010 datiertes Schreiben über drei Seiten "Information für: A._____" betreffend Kollektiv-Krankentaggeldversicherung ins Recht, worin einleitend festgehalten wird, dass der Taggeldanspruch einen bestimmten Erwerbsunfähigkeitsgrad voraussetze (z.B. mind. 50%). Unter Ziffer 3 "Individuelle Angaben" wird für die Versicherungsleistung Variante Volldeckung als Leistungsvoraussetzung unter anderem eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens 50% statuiert. Der Kläger hat den Erhalt dieses Schreibens bestritten und dessen Zustellung ist unbewiesen geblieben. Bei dieser Ausgangslage ist somit von einer Globalübernahme der AVB-Bestimmungen auszugehen, die eine Prüfung der Frage erfordert, ob die umstrittene Bestimmung Vertragsbestandteil geworden ist, oder ob deren Anwendbarkeit infolge Ungewöhnlichkeit ausser Betracht fällt.

4.4.2 Zunächst ist mit der Beklagten darauf hinzuweisen, dass es bei Krankentaggeldversicherungen verbreitet und damit branchenüblich ist, dass Leistungen erst ab einem bestimmten Prozentgrad der Arbeitsunfähigkeit erbracht werden. So entsteht der Taggeldanspruch nach KVG, wenn die versicherte Person mindestens zu 50% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) ist (vgl. Art. 72 Abs. 2 KVG; ferner Urteil des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2007, 9C_74/2007, E. 3.1). Das (vorliegend einschlägige) VVG statuiert zwar keine gesetzliche Prozent-Hürde der Arbeitsunfähigkeit, gleichwohl sehen auch hier die meisten Versicherungsbedingungen erst ab 25% Arbeitsunfähigkeit einen Taggeldanspruch vor (vgl. MARKUS RÜEGG, Praxisleitfaden zur Koordination von Erwerbsausfall-Leistungen bei (mutmasslichen und tatsächlichen) Krankheitsfaktoren nach Unfall - Materielle und formelle Koordination gegenwärtiger und nachträglicher Taggeld- und Rentenleistungen, in: AJP 1/2009, S. 26). Nichts anderes ergibt sich aus den durch den Kläger anlässlich der Parteiverhandlung beigebrachten Versicherungsbedingungen anderer Krankentaggeldversicherungen (vgl. Replikbeilagen 7, S. 6, 8, S. 7, 10, S. 8 und 11, S. 7). Als ungewöhnlich dürfte in diesem Bereich wohl vielmehr der umgekehrte Fall angesehen werden. Daran vermag die Tatsache nichts zu ändern, wonach auch branchenübliche Klauseln unter bestimmten Voraussetzungen für branchenunerfahrene Personen ungewöhnlich sein können (vgl. E. 4.3 hier vor). Der Kläger kann zwar durchaus als in der Branche unerfahren bezeichnet werden. Indessen ist vorliegend nicht ersichtlich, inwiefern die betreffende Klausel objektiv beurteilt einen geschäftsfremden Inhalt im Sinne der Rechtsprechung aufweist. Die entsprechende Klausel führt weder

eine wesentliche Änderung des Vertragscharakters herbei noch fällt sie in erheblichem Masse aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus. Ungeachtet der Tatsache, dass das Erfordernis eines bestimmten Prozentgrads der Arbeitsunfähigkeit den Regelfall darstellt, fallen die vom Deckungsumfang abhängigen, vom Versicherungsnehmer zu entrichtenden Prämien entsprechend tiefer aus. Die vom Kläger in den Raum gestellte Behauptung, wonach Beeinträchtigungen der körperlichen und geistigen Gesundheit in der Regel nur zu einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit führen, ist nicht einsehbar und wird auch nicht näher belegt. Überdies verstösst die zur Diskussion stehende Klausel vorliegend auch nicht gegen die berechtigten Erwartungen des Versicherten. Daran vermag auch die in der Police enthaltene Bezeichnung "Volldeckung" nichts zu ändern, zumal dieser Terminus im Versicherungsrecht stets in einem anderen Kontext verwendet wird. Vorliegend bezieht er sich unstreitig auf die Höhe des jeweiligen Taggeldanspruchs. Wie die Beklagte diesbezüglich zutreffend ausführt, wird die Leistungsvariante "Volldeckung" ausschliesslich mit der Leistungsvoraussetzung eines Arbeitsunfähigkeitsgrads von 50% angeboten. Nur die BVG-Koordinationsdeckung sieht Leistungen bei einem geringeren Prozentgrad der Arbeitsunfähigkeit vor (vgl. Ziffer D2 AVB; vgl. auch E. 4.4.1 hiervor). Spielraum für eine individuelle Anpassung an die Verhältnisse des Klägers besteht nur im Umfang des versicherten Taggeldes (vgl. Ziffer D2 und D3 AVB; vgl. auch E. 4.4.1 hiervor). Nachdem die Klausel alsdann auch weder missverständlich noch unklar formuliert ist, kann diese nicht als objektiv ungewöhnlich bezeichnet werden.

4.4.3 Wie der Kläger sodann anlässlich der Parteiverhandlung erklärt hat, könne er sich nicht mehr daran erinnern, ob der Begriff "Volldeckung" überhaupt Gegenstand der Gespräche mit dem Versicherungsvermittler gebildet habe. Wenn dem Beschwerdeführer indessen eine Versicherungsdeckung für jegliche Arbeitsunfähigkeit in subjektiver Hinsicht derart wichtig gewesen wäre, wie er in seiner Klage geltend macht, hätte er unter den gegebenen Umständen beim Versicherungsvermittler entsprechend nachfragen müssen. Dies umso mehr, als er zum ersten Mal die Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit beabsichtigt hatte.

Nach dem Gesagten ist die entsprechende Klausel demnach anwendbarer Vertragsbestandteil geworden, mit der Folge, dass Leistungen nur unter den darin statuierten Voraussetzungen erfolgen.

5.1 Der Kläger macht einen Taggeldanspruch in der Höhe von insgesamt Fr. 55'792.90 geltend. Dabei legt er dem eingeklagten Forderungsbetrag folgende Taggeldberechnung zugrunde:

Zeitraumen	Arbeitsunfähigkeit	Taggeld	Höhe Anspruch
31.01.17 - 02.04.17	40%	62 Tage à Fr. 72.35	Fr. 4'485.70
03.04.17 - 09.04.17	100%	7 Tage à Fr. 180.82	Fr. 1'265.75
10.04.17 - 31.12.17	40%	266 Tage à Fr. 72.35	Fr. 19'245.10
01.08.18 - 31.08.18	50%	243 Tage à Fr. 90.41	Fr. 21'969.65
01.09.18 - 31.12.18	40%	122 Tage à Fr. 72.35	Fr. 8'826.70
			Fr. 55'792.70

Die Beklagte bestreitet weder die Dauer und den Grad der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit noch die gestützt darauf ermittelte Anzahl Taggelder. Sie stellt sich indessen im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass gemäss den massgebenden AVB-Bestimmungen eine Erwerbseinbusse von mindestens 50% vorausgesetzt werde, um einen Leistungsanspruch auszulösen. Mit Blick auf die Geschäftsabschlüsse des Klägers aus den Jahren 2017 und 2018 sei dies vorliegend nicht erstellt. Der Erwerbsausfall des Klägers habe im Jahr 2017 20.56% und im Jahr 2018 29.48% betragen, womit die vertraglich festgelegte Erwerbsunfähigkeit von mindestens 50% nicht erreicht sei und folglich kein Leistungsanspruch resultiere.

5.2 Wie bereits dargelegt (vgl. E. 4.2 hiavor), sind AVB, wenn sie in Verträge übernommen werden, grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen. Ein Blick auf die AVB zeigt, dass der Begriff der "Erwerbsunfähigkeit" uneinheitlich verwendet wird. Ziffer D2 der AVB fordert als Leistungsvoraussetzung eine krankheitsbedingte Erwerbsunfähigkeit von 50%. Nach Ziffer G19 der AVB liegt Erwerbsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person ganz oder teilweise ausserstande ist, infolge Krankheit ihren Beruf oder eine andere zumutbare Tätigkeit auszuüben, und dadurch der Versicherte oder sein Arbeitgeber eine finanzielle Einbusse erleidet. Wie hoch die finanzielle Einbusse sein muss, wird hierbei nicht definiert. Im weiteren Kontext findet sich der Begriff bei den folgenden Bestimmungen betreffend die Leistungsvoraussetzung: In Ziffer 3 (Umfang des Versicherungsschutzes) wird betreffend die einleitend aufgeführte Produkteinformation festgehalten, dass das vorliegende Versicherungsprodukt dem Arbeitgeber die Möglichkeit biete, sich und seine Arbeitnehmer gegen die finanziellen Folgen von krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit zu versichern. Alsdann wird unter derselben Ziffer für die zur Diskussion stehende Versicherungsvariante eine ärztlich bestätigte Erwerbsunfähigkeit (min. 50%) infolge Krankheit vorausgesetzt. Ziffer G10 sieht vor, dass die Leistungspflicht davon abhängig gemacht werden kann, dass die Ärzte, welche den Versicherten behandeln oder behandelt haben, Fragen im Zusammenhang mit der Erwerbsunfähigkeit in der angestammten oder anderen beruflichen Tätigkeiten beantworten. Die vorliegend umstrittene Klausel gemäss Ziffer D2 der AVB kann bei umfassender Würdigung der hiavor zitierten Bestimmungen nur so interpretiert werden, dass sie – entgegen der verwendeten Terminologie – die medizinisch attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% erfasst. Keinen anderen Schluss lässt auch die Tatsache zu, dass medizinische Fachpersonen Aussagen zur Arbeits(un)fähigkeit in der angestammten oder einer leidensadaptierten Tätigkeit und nicht Aussagen zur Erwerbsunfähigkeit einer versicherten Person treffen. Alsdann verwendet die Beklagte im Rahmen der Korrespondenz mit dem Kläger den Begriff selbst in diesem Sinne. So weist sie in einem Schreiben vom 1. November 2017 darauf hin, dass Leistungen erst bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50% geschuldet seien. Auch in einem weiteren Schreiben vom 28. Februar 2019 verwendet sie den Begriff ausschliesslich im Sinne der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Klagebeilage 25).

Aus dem Gesagten folgt, dass der Kläger bei einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 50% Anspruch auf Leistungen aus der Kollektiv-Krankenversicherung der Beklagten hat. Diese muss so dann im Sinne von Ziffer G19 der AVB eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben, welche jedoch keine Mindesterheblichkeitsgrenze voraussetzt, um einen konkreten Leistungsanspruch auszulösen.

6.1 Zu prüfen bleibt demnach, wie hoch der Taggeldanspruch unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen ausfällt.

6.2 Wie unter Erwägung 3.2 dargelegt, 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]). Grundsätzlich sind nur strittige Tatsachen beweisbedürftig, weshalb nicht bestrittene Tatsachenbehauptungen ohne Beweisverfahren dem Entscheid zugrunde gelegt werden (Art. 150 Abs. 1 ZPO; vgl. CHRISTOPH LEUENBERGER, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2016, Art. 222 N 19). Gemäss Art. 222 Abs. 2 ZPO – der im vereinfachten Verfahren gestützt auf Art. 219 ZPO sinngemäss zur Anwendung gelangt, soweit ein Schriftenwechsel erfolgt ist (Art. 245 Abs. 2 ZPO) – hat die beklagte Partei darzulegen, welche Tatsachenbehauptungen der klagenden Partei im Einzelnen anerkannt oder bestritten werden. Es ist detailliert, mithin substantiiert, geltend zu machen, was bestritten ist, weshalb pauschale Bestreitungen nicht genügen. Grundsätzlich nicht darzulegen hat die beklagte Partei, weshalb eine bestrittene Behauptung unrichtig sei, da dies zu einer Umkehr der Beweislast führen würde und daher nicht mit Art. 8 ZGB vereinbar wäre. Entsprechend der bundesgerichtlichen Rechtsprechung muss genügen, wenn die Bestreitung ihrem Zweck entsprechend konkretisiert wird, um den Behauptenden zu der ihm obliegenden Beweisführung zu veranlassen (BGE 105 II 143, E. 6.a.bb; LEUENBERGER, a.a.O., Art. 222 N 20 ff.). Als Nachweis für die geltend gemachten Tagelder beruft sich der Kläger auf die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von Dr. med. B.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, sowie auf das Gutachten der C.____ vom 18. Dezember 2018 zuhanden der IV-Stelle Basel-Landschaft (vgl. Klagebeilagen 17 und 21). Im Gutachten der C.____ wird in Bezug auf die angestammte Tätigkeit ab dem Begutachtungszeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit von 20% attestiert. Für den Zeitraum davor wird auf die Einschätzung des behandelnden Arztes, Dr. B.____, verwiesen. Der Regionale Ärztliche Dienst beider Basel hat das Gutachten am 11. Januar 2019 als schlüssig und nachvollziehbar beurteilt und in Übereinstimmung mit den Gutachtern für den vorangehenden Zeitraum die Übernahme der attestierten Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit durch die behandelnden Ärzte empfohlen (vgl. Klagebeilage 22). Zwar stimmen die auch in das Gutachten der asim vom 18. Dezember 2018 Eingang findenden Zeiträume der Arbeitsunfähigkeit im Verlaufsbericht von Dr. B.____ vom 8. Juli 2017 (Klagebeilage 19) teilweise nicht mit den aufgeführten Zeiträumen in seinen echtzeitlich ausgestellten Arbeitsunfähigkeitszeugnissen überein. Gleichwohl sind ausgehend von den einzelnen Arbeitsunfähigkeitszeugnissen und in Übereinstimmung mit der Klagebegründung folgende Zeiträume mit einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% erstellt und damit hinreichend nachgewiesen:

Zeitraumen	Arbeitsunfähigkeit	Taggeld	Höhe Anspruch
03.04.17 - 09.04.17	100%	7 Tage à Fr. 180.82	Fr. 1'265.75
01.08.18 - 31.08.18	50%	243 Tage à Fr. 90.41	Fr. 21'969.65
			Fr. 23'235.40

Eine substantiierte Bestreitung wäre ohne weiteres möglich gewesen, was die Beklagte jedoch unterlassen hat. Wie bereits dargelegt, hat sie sowohl die Dauer und den Grad der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit als auch die gestützt darauf ermittelte Anzahl Taggelder zu keinem Zeitpunkt bestritten. Nachdem vorliegend keine ernsthaften Zweifel an der Vollständigkeit der Beweise ausgemacht werden können und die Beklagte auch nicht geltend macht, die Arbeitsunfähigkeit sei nicht rechtsgenügend dargetan, kann der geltend gemachte Taggeldanspruch im Umfang von Fr. 23'235.40 als genügend nachgewiesen gelten. Alsdann hatte die Arbeitsunfähigkeit unstreitig eine Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Ziffer G19 der AVB zur Folge (vgl. Klagebeilage 30 und 31). Die Beklagte ist demnach zu verpflichten, dem Kläger den Betrag von Fr. 23'235.40 aus der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung zu bezahlen. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Klage.

6.3 Gestützt auf Art. 100 Abs. 1 VVG in Verbindung mit Art. 104 des Obligationenrechts (OR) vom 30. März 1911 – den AVB sind keine Bestimmungen über den Verzugszins zu entnehmen – sind auf diesem Betrag auch die ab 15. Januar 2018 (mittlerer Verfall) vom Kläger geltend gemachten Verzugszinsen zu 5% geschuldet, was von der Beklagten ebenfalls unbestritten blieb (FRANZ HASENBÖHLER, in: Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, VVG, Heinrich Honsell/Nedim Peter Vogt/Anton K. Schnyder [Hrsg.], Basel/Genf/München 2001, Art. 20 VVG N 81).

7. Nach dem Ausgeführten ist die Beklagte in teilweiser Gutheissung der Klage zu verpflichten, dem Kläger den Betrag von Fr. 23'235.40 zuzüglich 5% Zins seit 15. Januar 2018 zu bezahlen.

8.1 Der im vorliegenden Verfahren anwendbare Art. 114 lit. e ZPO bestimmt, dass das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Von der Erhebung von Verfahrenskosten ist deshalb abzusehen.

8.2 Gemäss Art. 106 Abs. 2 ZPO werden die Prozesskosten, d.h. die Gerichtskosten und die Parteientschädigung (vgl. Art. 95 Abs. 1 ZPO), nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt, wenn keine Partei vollständig obsiegt. Der Rechtsvertreter des Klägers hat in seiner Honorarnote vom 12. Juni 2020 ein Honorar von insgesamt Fr. 6'883.10 bei einem Zeitaufwand von 23 Stunden und 36 Minuten ausgewiesen, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Gleichermassen verhält es sich für den anlässlich der Parteiverhandlung zusätzlich geltend gemachten Aufwand von 8 Stunden für die Replik. Zusätzlich gewährt das Gericht 3 Stunden für die Bemühungen an der Parteiverhandlung mit Vorbereitung und Anreise. Nicht zu beanstanden sind ferner die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 491.--. Angesichts der Tatsache, dass die Klage im Umfang von Fr. 23'235.40 gutgeheissen wurde, und der Kläger damit zu 40% durchgedrungen ist, rechtfertigt es sich, dem Kläger 40% des geltend gemachten Honorars zuzusprechen. Dieses ist mit dem der Beklagten zustehenden und – ebenfalls nicht zu beanstandenden – Honorar in der Höhe von Fr. 3'169.30 (60% von 14 Stunden und 50 Minuten à Fr. 250.-- inkl. Auslagen von Fr. 447.-- und Mehrwertsteuer von 7.7%) zu verrechnen. Dementsprechend hat die Beklagte dem Kläger eine

Parteienschädigung in der Höhe von Fr. 768.70 (inkl. Auslagen und 7.7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Klage wird teilweise gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, dem Kläger den Betrag von Fr. 23'235.40 zuzüglich 5% Zins seit 15. Januar 2018 zu bezahlen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beklagte hat dem Kläger eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 768.70 (inkl. Auslagen und 7.7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Im Übrigen werden die ausserordentlichen Kosten wettgeschlagen.

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