Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 18. Juni 2015 (731 15 44)

Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung

Anspruch auf Leistungen aus der Kollektiv-Krankenversicherung; Übertritt in die Einzelversicherung nicht erfolgt; Ablehnung des Anspruchs.

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Milena Grob
Parteien	A.___, Kläger
	gegen
	B.___, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur, Beklagte
Betreff	Forderung (5.694.575)

A. Der 1966 geborene A.___ war bis am 30. November 2010 bei der C.___ angestellt. Im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses war er als Mitarbeiter im Kollektiv-Versicherungsvertrag seiner Arbeitgeberin bei der B.___ kollektivkrankentaggeldversichert. Mit Meldung vom 16. November 2010 wurde der Versicherung mitgeteilt, dass A.___ seit dem 1. November 2010 krankheitsbedingt zu 100% arbeitsunfähig sei. In der Folge richtete die B.___ für eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 1. November 2010 bis am 19. Dezember 2010 nach Ablauf der Wartefrist von 30 Tagen Taggelder gemäss aus. Nach Vornahme von medizinischen Abklärungen stellte die B.___ die Versicherungsleistungen per 19. Dezember 2010 ein. Zur Begründung wurde ausge-

führt, der Versicherte sei gestützt auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wieder zu 100% arbeitsfähig.

B. A.___ hat am 16. Mai 2014 am Schalter des Sozialversicherungsgerichts Basel-Stadt mit einem Formular eine Klage im vereinfachten Verfahren nach Art. 244 ZPO eingereicht. Er beantragt die Verpflichtung der B.___ zur Zahlung von Taggeldleistungen ab dem 20. Dezember 2010 in der Höhe von total Fr. 103‘257.30 (701 Taggelder à Fr. 147.30) zuzüglich Zins zu 5% seit Rechtshängigkeit. Zur Begründung wird angeführt, dass trotz Übertrittsantrag in die Einzelversicherung per 1. Dezember 2010 und weiter bestehender Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit die Taggeldleistungen der B.___ ausgeblieben seien.

C. In ihrer Klagantwort vom 4. Juni 2014 beantragt die B.___, auf die Klage sei bezüglich 512 Leistungstage nicht einzutreten und im Mehrbetrag sei die Klage abzuweisen.

D. Mit Verfügung vom 30. Januar 2015 hat das Sozialversicherungsgericht Basel-Stadt festgestellt, dass der Kläger Wohnsitz in Muttenz habe und ist auf die Klage mangels örtlicher Zuständigkeit nicht eingetreten. Mit derselben Verfügung hat das Sozialversicherungsgericht Basel-Stadt angeordnet, die Klage sei zuständigkeitshalber an das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) weiterzuleiten.

E. Anlässlich der durchgeführten Parteiverhandlung hielten beide Parteien an ihren Begehren fest.

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 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; vgl. auch BGE138 III 558).

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/ JÜRG BLOCH, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, Art. 32 N 45 ff.). Nichts anderes ergibt sich im vorliegenden Fall aus Art. 90 der Allgemeinen Bedingungen für die Kollektiv-Krankenversicherung (AVB), wonach ein Wahlgerichtsstand am Wohnsitz der versicherten Person besteht. Da der Kläger Wohnsitz in Muttenz hat, ist das angerufene Gericht auch örtlich zuständig. Auf die 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.). Danach hat, wo das Gesetz nichts anderes bestimmt, diejenige Person das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, die aus ihr Rechte ableitet (vgl. ausführlich BGE 128 III 273 f. E. 2a/aa mit mehreren Hinweisen).

2.2 Die erwähnte Grundregel von Art. 8 ZGB kommt auch im Bereich eines Versicherungsvertrags gemäss VVG zur Anwendung (ROLF NEBEL, in: Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz [VVG-Kommentar], Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basel 2001, Art. 100 N 4 und 9). Demnach hat der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruchs zu

beweisen, namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs (vgl. zum Ganzen BGE 130 III 323 E. 3.1). Da dieser Beweis regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst die anspruchsberechtigte Person insoweit eine Beweiserleichterung und genügt ihrer Beweislast, als sie nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat (BGE 128 III 275 ff. E. 2b/aa). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung müssen somit 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 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. Gelingt es ihm, an der Sachdarstellung der anspruchsberechtigten Person erhebliche Zweifel zu wecken, so ist deren Hauptbeweis gescheitert. Dabei ist bloss erforderlich, dass die Sachbehauptungen nicht mehr als überwiegend wahrscheinlich erscheinen (vgl. BGE 130 III 326 f., insbesondere E. 3.4 und 3.5, mit zahlreichen Hinweisen; vgl. auch JÜRG NEF, in: VVG-Kommentar, Art. 39 N 21 ff., sowie ESTELLE KELLER LEUTHARDT/ALAIN VILLARD, in: Nachführungsband zum VVG-Kommentar, Honsell/Vogt/Schnyder/Grolimund [Hrsg.], Basel 2012, Art. 39 ad N 23, 25 und 39) . Für das Gelingen des Gegenbeweises muss mithin nur der Hauptbeweis erschüttert werden. Es ist nicht notwendig, dass das Gericht auch von der Schlüssigkeit der Gegendarstellung überzeugt wird (BGE 120 II 397 E. 4b, 76 II 194 E. 3). Ist der Hauptbeweis erschüttert, so darf das Gericht nicht auf die Sachdarstellung der beweisbelasteten Partei abstellen, selbst wenn die Gegendarstellung des Beweisgegners ihrerseits unbewiesen geblieben ist (vgl. BGE 120 II 397 E. 4b).

2.5 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). Während das Gericht im Sozialversicherungsrecht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen hat (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen), grün-

det die richterliche Überzeugung bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen – wie für Zivilverfahren üblich – auf dem vollen Beweis.

3. Vorliegend beantragt der Kläger die Ausrichtung von Krankentaggeldern für 701 Tage für die Zeit ab dem 20. Dezember 2010. Dieser Anspruch ist nachstehend zu prüfen.

4. Zunächst ist darzulegen, unter welchen Voraussetzungen der Versicherte gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Taggeld hat.

4.1 Da das VVG ausser in Art. 87 keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld enthält, sind die vertraglichen Versicherungsvereinbarungen massgebend. Gemäss vorliegender Versicherungspolice hat die B.___ mit der Arbeitgeberin des Klägers eine Krankentaggeldversicherung abgeschlossen. Die Versicherungsleistung besteht in der Ausrichtung von Taggeld bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 2 AVB). Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 AVB). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, eine im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Nach 3 Monaten Arbeitsunfähigkeit wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 16 AVB). Leistungsvoraussetzung ist eine ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% (Art. 13 AVB). Sofern ein in seinem angestammten Beruf arbeitsunfähiger Versicherter nicht innerhalb des Betriebs eingegliedert werden kann, ist er gehalten, innert 3 Monaten Arbeit in einem anderen Erwerbszweig zu suchen und sich bei der Invaliden- und Arbeitslosenversicherung anzumelden (Art. 57 AVB).

4.2 Vorliegend hat die C.___ in Basel mit der Beklagten am 10. März 2010 eine Kollektiv-Krankentaggeldversicherung mit Beginn ab 7. Februar 2010 abgeschlossen. Am 17. November 2010 hat der Kläger mit entsprechendem Formular der B.___ die Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit seiner Arbeitgeberin per 30. November 2010 bekanntgegeben und dabei angegeben, dass er an einer Weiterführung der Versicherung interessiert sei und deshalb eine unverbindliche Offerte für eine Einzelversicherung wünsche. In der Folge hat die B.___ dem Kläger am 8. Dezember 2010 eine Offerte für den Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung zugestellt und den entsprechenden Versicherungsantrag beigelegt, mit dem Hinweis, dass bei einer fehlenden Reaktion bis zum 28. Februar 2011 das Übertrittsrecht verfalle. Die B.___ hat den Kläger im Schreiben vom 8. Dezember 2010 darüber aufgeklärt, dass er bis zum Austrittsdatum im Krankheitsfall gegen Lohnausfall durch die Versicherung des Arbeitgebers geschützt sei. Mit Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten bestehe eine Versicherungslücke für künftige Krankheiten.

4.3 Ob in der Folge ein Übertritt in die Einzelversicherung zustande gekommen ist, ist insofern unklar, als dass die B.___ in ihrer Klagantwort zunächst auf Seite 3 unter Ziffer 1 ausführt, dass der Kläger per 30. November 2010 in die Einzelversicherung übergetreten sei, auf Seite 5 unter Ziffer 5 aber anmerkt, dass eine Einzelversicherung nicht abgeschlossen worden sei bzw.

dass dafür jedenfalls keine Prämien eingegangen seien. Der Kläger, der für die anspruchsbegründende Tatsache des Übertritts beweispflichtig ist, wurde durch das Kantonsgericht mit Schreiben vom 26. März 2015 aufgefordert, einen Nachweis über den Abschluss des Einzelversicherungsvertrages bzw. Belege über die Leistung der entsprechenden Prämien zu erbringen. Der Kläger hat in diesem Zusammenhang lediglich eine nicht unterschriebene Kopie des Versicherungsantrags und das entsprechende Begleitschreiben der B.___ eingereicht, womit einzig nachgewiesen ist, dass die Beklagte ihrer Pflicht, auf die Möglichkeit des Übertritts und die entsprechende Frist hinzuweisen, nachgekommen ist. Dass die Einzelversicherung abgeschlossen wurde, ist damit aber nicht bewiesen. Im Weiteren hat der Kläger auch keine Belege über entsprechende Prämienleistungen eingereicht. Auch die Hauptverhandlung hat in dieser Hinsicht zu keinen weiteren Erkenntnissen geführt. Die Vertreterin der Beklagten bestätigte lediglich, dass die Offerte nicht retourniert wurde und dass keine Prämien eingegangen seien.

4.4 Der Kläger hat das Arbeitsverhältnis per 30. November 2010 aufgelöst und hat den damit verbundenen Austritt aus der Versicherung der Arbeitgeberin auf diesen Zeitpunkt hin der Beklagten bekanntgegeben, so dass gemäss AVB der Versicherungsschutz unter Vorbehalt des Übertritts in die Einzelversicherung per 30. November 2010 weggefallen ist (vgl. Art 42 AVB). Nachdem ein Übertritt in die Einzelversicherung – wie soeben dargestellt – vom Kläger nicht nachgewiesen werden konnte, ist davon auszugehen, dass ab dem 1. Dezember 2010 kein Versicherungsschutz mehr vorgelegen hat und somit kein Anspruch auf Krankentaggeld besteht.

5.1 Da die Beklagte in ihrer Klagantwort betreffend den Übertritt des Klägers in die Einzelversicherung widersprüchliche Angaben gemacht hat und einerseits ausführt, dass keine Einzelversicherung abgeschlossen wurde und anderseits argumentiert, es seien keine Prämien eingegangen, ist vorliegend dennoch auf die in der Klagantwort von der Beklagten vorgetragenen Argumente einzugehen. Dies da Nichtbezahlung der Prämien anders zu beurteilen ist als ein nicht erfolgter Übertritt in die Einzelversicherung.
5.2 Wird – wie von der Beklagten selber auf Seite 3 in Ziffer 1 der Klagantwort ausgeführt – von einem Übertritt des Klägers in die Einzeltaggeldversicherung ausgegangen, so hat die Beklagte nicht nachgewiesen, dass sie den Kläger zur Zahlung der Prämien für die Einzeltaggeldversicherung schriftlich abgemahnt und ihm die Säumnisfolgen angedroht hat. Art. 74 AVB sieht aber vor, dass bei nicht termingerechter Entrichtung der Prämie der Versicherte unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich zur Zahlung der ausstehenden Prämie innert 14 Tagen aufzufordern sei. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht der Beklagten für Krankheitsfälle, die nach Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Zahlung der Prämien samt Zinsen und Kosten eingetreten sind.

5.3 Wie sogleich zu zeigen sein wird, wäre die Klage auch dann abzuweisen, wenn angenommen würde, dass ein Übertritt in die Einzelversicherung erfolgt ist und die Beklagte den Kläger für die ausstehenden Prämien ungenügend gemahnt hat und zwar aufgrund der eingetretenen Verjährung einerseits und der nicht nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit des Klägers anderseits.

5.4 Der maximale Taggeldanspruch beträgt gemäss Versicherungspolice 720 Tage inklusive 30 Wartetage. Entsprechend der Abrechnung der B.___ vom 29. Dezember 2010 wurden dem Kläger nach Anrechnung der Wartefrist von 30 Tagen für die Zeit vom 1. November 2010 bis am 19. Dezember 2010 Taggeldleistungen für 19 Tage ausbezahlt. Die Beklagte wendet nun zu Recht ein, dass von den maximal noch möglichen 671 Taggeldern 512 Leistungstage bei Einreichung der Klage am 16. Mai 2014 bereits verjährt seien. Forderungen aus dem Versicherungsvertrag verjähren gemäss Art. 46 Abs. 1 VVG innert 2 Jahren. Kann der Versicherte fortlaufend die Leistung von Taggeldern verlangen, verjähren diese mit der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit und dem Ablauf der Wartefrist nicht gesamthaft, sondern einzeln ab dem Tag, für den sie beansprucht werden (BGE 139 III 418, E. 3 und 4). Sämtliche Taggeldforderungen, die bei der Klaganhebung am 16. Mai 2014 schon älter als zwei Jahre waren, sind daher verjährt. Dies betrifft Taggeldleistungen für 512 Tage.

5.5 Betreffend die 159 Taggelder für die Zeit ab 16. Mai 2012, welche noch nicht verjährt sind, ist deshalb zu prüfen, ob eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit des Klägers vorliegt. Voraussetzung für eine mögliche Leistungspflicht der Beklagten ist der Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit zwischen dem 16. Mai 2012 und dem 22. Oktober 2012 (Ablauf 720 Tage).

5.6.1 Dr. D.___ untersuchte den Kläger am 15. Dezember 2010 und erstattete am 22. Dezember 2010 ein rheumatologisches Gutachten. Er stellte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein unspezifisches Zervikound Lumbovertebralsyndrom bei unauffälligem MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) und der Iliosakralgelenk (ISG) sowie diskrete degenerative Veränderungen im Bereich der LWS und Halswirbelsäule (HWS). Dr. D.___ erachtete deshalb den Kläger in seiner angestammten Tätigkeit als Wirt in einem Restaurant als voll arbeitsfähig.

5.6.2 Im Bericht des E.___Spitals Basel vom 13. Januar 2011 wird ausgeführt, dass der Kläger zu 100% arbeitsfähig sei.

5.6.3 Mit Schreiben vom 9. März 2011 bestätigte Dr. F.___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, dass sich der Kläger seit dem 24. Januar 2011 wegen eines chronischen Schmerzsyndroms mit konsekutiv erfolgter depressiver Entwicklung in seiner Behandlung befinde und bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig sei.

5.6.4 Die Beklagte gab bei Dr. G.___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag, welches am 30. Mai 2011 erstattet wurde. Dieser führte aus, dass keine schwerwiegenden depressiven Symptome, die eine weitere Arbeitsunfähigkeit begründen würden, vorlägen. Die ursprüngliche Tätigkeit könne der Kläger aus psychiatrischer Sicht durchaus wieder aufnehmen.

5.6.5 Dr. F.___ führte in einem Schreiben vom 23. Mai 2013 aus, dass er dem Kläger bereits am 13. Oktober 2010 (recte wohl 2011) erklärte, dass aus seiner Sicht keine vollschichtige Arbeitsunfähigkeit mehr konstatiert werden könne.

5.6.6 Für die vorliegend fragliche Zeitspanne vom 16. Mai 2012 bis zum 22. Oktober 2012 ist in den Akten einzig ein Bericht des H.___ vom 5. Juni 2012 zu finden. In diesem Bericht wird der Kläger für leichte Arbeiten als zu 100% arbeitsfähig erachtet. Ob es sich bei der bisherigen Tätigkeit um eine leichte Tätigkeit handelt, ist den Akten nicht zu entnehmen. Jedoch wäre der Kläger, wenn die angestammte Arbeit als Gastwirt nicht als leichte Arbeit einzustufen wäre, bis zu diesem Zeitpunkt gemäss Art. 16 und 57 AVB – auch unter Berücksichtigung einer allfälligen Übergangsfrist – verpflichtet gewesen, eine Arbeit in einem anderen Erwerbszweig zu suchen (siehe E.4.1 hiervor).

5.7 Der Kläger hat keine ärztlichen Berichte eingereicht, die die genannten Berichte in Zweifel ziehen könnten. Gestützt auf die medizinischen Unterlagen, die ein einheitliches Bild abgeben und auf die deshalb vorliegend abzustellen ist, ist eine Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 16. Mai 2012 bis zum 22. Oktober 2012 nicht rechtsgenüglich belegt. Insbesondere ist auch keine durchgehende Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. November 2010 ärztlich bestätigt. Folglich konnte für die Zeitperiode, für welche die Anspruchsverjährung noch nicht eingetreten ist, der erforderliche Nachweis der Arbeitsunfähigkeit des Klägers nicht erbracht werden. Ob es sich bei den Beschwerden des Klägers um einen oder mehrere Krankheitsfälle handelt, kann deshalb offengelassen werden.

5.8 Selbst wenn von einem gültig erfolgten Übertritt in die Einzelversicherung auszugehen wäre, müsste daher die Leistungspflicht der Beklagten verneint werden. Daraus folgte, dass auch ab dem 16. Mai 2012 kein Anspruch des Klägers auf Krankentaggeld besteht.

6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Kläger den Nachweis des Übertritts in die Einzelversicherung der Beklagten nicht hat erbringen können. Selbst bei Annahme eines gültigen Übertritts in die Einzelversicherung der Beklagten wäre ein Teil der Forderung bereits verjährt und es läge für den noch nicht verjährten Teil keine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit des Klägers vor, weshalb kein Anspruch auf Krankentaggeld besteht. Die Klage ist deshalb abzuweisen.

7. 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. Die ausserordentlichen Kosten sind wettzuschlagen.

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.