



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

vom 11. März 2021 (731 20 201 / 70)

---

**Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung**

**Gutheissung der Klage: Berichtigung der Parteibezeichnung durch das Kantonsgericht; der Kläger konnte für den strittigen Zeitraum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, dass er zu 100% arbeitsunfähig war; der Beklagten ist es nicht gelungen, den Hauptbeweis des Klägers mit einem Gegenbeweis zum Scheitern zu bringen; der Kläger hat Anspruch auf Krankentaggelder**

\_\_\_\_\_  
Besetzung                      Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Olivia Reber

\_\_\_\_\_  
Parteien                      **A.**\_\_\_\_\_, Kläger

gegen

**Elips Versicherungen AG**, Zustelladresse: Elips Life AG, Triesen  
Zweigniederlassung Schweiz in ZH, Thurgauerstrasse 54, 8050 Zürich, Beklagte, vertreten durch Reto Bachmann, Rechtsanwalt,  
LISCHER ZEMP & PARTNER, Schwanenplatz 4, 6004 Luzern

\_\_\_\_\_  
Betreff                      Forderung

A. Der 1965 geborene, in Frankreich wohnhafte A.\_\_\_\_ war seit dem 1. Dezember 2008 bei der B.\_\_\_\_ AG in X.\_\_\_\_ (BL) als Mechaniker angestellt, wobei ihm per Ende August 2019 gekündigt wurde. Im Rahmen dieser Anstellung bestand eine kollektive Krankentaggeldversicherung bei der in Triesen (FL) domilzierten Elips Versicherungen AG. Aufgrund einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit dem 8. Oktober 2018 richtete die Elips Versicherungen AG A.\_\_\_\_ bis zum 6. September 2019 Krankentaggelder aus. Auf eine am 13. Februar 2020 erhobene Klage des Versicherten gegen die als "Elipslife" bezeichnete beklagte Partei am Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich trat dieses mit Beschluss vom 2. April 2020 mangels örtlicher Zuständigkeit nicht ein.

B. Mit Eingabe vom 14. Mai 2020 erhob A.\_\_\_\_ beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), Klage gegen die "Krankenversicherung: Elipslife" und beantragte, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm Krankentaggelder vom 7. September 2019 bis zum 19. März 2020, somit 195 Taggelder à Fr. 206.40, insgesamt Fr. 40'248.-- auszurichten. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, dass er immer noch zu 100% krankgeschrieben sei und vom 13. Dezember 2019 bis zum 18. Februar 2020 nochmals im Centre C.\_\_\_\_ (F) stationär in Behandlung gewesen sei. Er fordere eine neue medizinische Expertise und die Wiederaufnahme der Krankentaggeldzahlung.

C. Am 9. Juni 2020 reichte der Kläger eine inhaltlich identische Klage mit angepasster Krankentaggeldforderung beim Kantonsgericht ein. Er beantragte, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm vom 7. September 2019 bis zum 9. April 2020 Krankentaggelder, somit 216 Taggelder à Fr. 206.40, insgesamt Fr. 44'582.40, auszurichten.

D. Die Beklagte, vertreten durch Reto Bachmann, Rechtsanwalt, reichte am 7. Juli 2020 ihre Klageantwort ein und beantragte, soweit auf die Klage vom 14. Mai 2020 eingetreten werden könne, sei diese unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (inkl. Mehrwertsteuer) zu Lasten des Klägers vollumfänglich abzuweisen.

E. Am 9. Oktober 2020 nahm die Beklagte, vertreten durch Rechtsanwalt Bachmann, Stellung zu den beigezogenen IV-Akten und hielt an ihren in der Klageantwort gestellten Rechtsbehörden fest.

F. Der Kläger nahm am 19. Oktober 2020 Stellung und machte geltend, er sei seit dem 16. Oktober 2020 wegen eines schweren depressiven Rückfalls wieder im Centre C.\_\_\_\_ (F) in Behandlung.

G. Am 4. Dezember 2020 reichte der Kläger weitere Dokumente zur Stellungnahme vom 19. Oktober 2020 ein.

H. Mit Eingabe vom 26. Februar 2021 reichte der Kläger erneut eine Klageänderung ein und beantragte die Ausrichtung von Krankentaggeldern vom 7. September 2019 bis zum 4. Oktober 2020, mithin 393 Krankentaggelder à Fr. 206.40, insgesamt somit Fr. 81'115.20.

I. An der heutigen Hauptverhandlung nehmen der Kläger, vertreten durch Charles Flory des Comité de Protection des Travailleurs Frontaliers Européens, und die Beklagte, vertreten durch Rechtsanwalt Reto Bachmann, teil. Anwesend ist ausserdem eine Dolmetscherin für Französisch. Beide Parteien halten an ihren Anträgen und Standpunkten fest.

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 Der dem vorliegenden Fall zu Grunde liegende Versicherungsvertrag ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung als Konsumentenvertrag im Sinne von Art. 32 ZPO zu qualifizieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2003, 5C.181/2003, E. 2.4 in fine mit diversen Hinweisen). Die örtliche Zuständigkeit richtet sich somit grundsätzlich nach Art. 9 ff. ZPO. Gemäss Art. 2 ZPO bleiben Bestimmungen des Staatsvertragsrechts und des Bundesgesetzes über das Internationale Privatrecht (IPRG) vom 18. Dezember 1987 jedoch vorbehalten. Das Übereinkommen über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen (Lugano-Übereinkommen, LugÜ) vom 30. Oktober 2007 regelt Streitigkeiten aus Konsumentenverträgen, sofern die beklagte Partei Wohnsitz in einem Vertragsstaat hat (Art. 2 und 4 LugÜ; vgl. dazu auch ANTON SCHNYDER/PASCAL GROLLMUND, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basel/Genf/München 2001, zu Art. 46a Rz. 13 ff.; NOËLLE KAISER JOB, Schweizerische Zivilprozessordnung, Spühler/Tenchio/Infanger [Hrsg.], Basel 2010, zu Art. 32, Rz. 23; URS FELLER/JÜRIG BLOCH, Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger [Hrsg.], zu Art. 32, Rz. 63 ff.). Für Versicherungssachen enthält das LugÜ eine eigene Zuständigkeitsregelung in den Art. 8 ff. LugÜ. Nach Art. 9 Abs. 1 LugÜ kann ein Versicherer, der seinen Wohnsitz im Hoheitsgebiet eines durch dieses Übereinkommen gebundenen Staates hat, vor den Gerichten des Staates, in dem er seinen Wohnsitz hat (lit. a), in einem anderen durch dieses Übereinkommen gebundenen Staat bei Klagen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder des Begünstigten vor dem Gericht des Ortes, an dem der Kläger seinen Wohnsitz hat (lit. b) oder falls es sich um einen Mitversicherer handelt, vor dem Gericht eines durch dieses Übereinkommen gebundenen Staates, bei dem der federführende Versicherer verklagt wird (lit. c) verklagt werden. Von diesen Bestimmungen kann im Wege der Vereinbarung gestützt auf Art. 13 Ziffer 2 LugÜ abgewichen werden, wenn sie dem Versicherungsnehmer, Versicherten oder Begünstigten die Befugnis einräumt, andere als die in diesem Abschnitt angeführten Gerichte anzurufen.

1.4 Vorliegend hat der Kläger Wohnsitz in Frankreich und die Beklagte ihren Sitz in Vaduz (früher Triesen), Fürstentum Liechtenstein. Da jedoch Ziff. 10.4. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Elips zur Krankentaggeldversicherung (AVB; Ausgabe 2014-1) den schweizerischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers (hier: Sitz der B. \_\_\_\_ AG in X. \_\_\_\_ BL) als Gerichtsstand anerkennt, ist das Kantonsgericht Basel-Landschaft für die Beurteilung der vorliegenden Streitigkeit auch örtlich zuständig. Mit Blick darauf, dass es sich vorliegend um eine Klage eines juristischen Laien handelt und für das Gericht das Rechtsbegehren und dessen Begründung erkennbar sind sowie in Anbetracht der herabgesetzten Anforderungen im vereinfachten Verfahren (Art. 243 ff. ZPO) genügt die Eingabe den formellen Voraussetzungen an eine Klage. Auf die Klage ist demnach einzutreten.

2.1 Nach Art. 221 Abs. 1 lit. a ZPO enthält die Klageschrift die Bezeichnung der Parteien und ihrer allfälligen Vertreter. Die genaue Bezeichnung der Prozessparteien ist eine zentrale Voraussetzung für die Prüfung ihrer Partei- und Prozessfähigkeit wie auch ihrer Legitimation. Parteien und Vertreter sind daher so zu bezeichnen, dass über ihre Identität kein Zweifel besteht. Eine Berichtigung der Parteibezeichnung ist zulässig, wenn jede Gefahr einer Verwechslung ausgeschlossen werden kann. Ist der Mangel in der Parteibezeichnung jedoch derart gravierend, dass die Identität der Parteien gänzlich unbestimmt bleibt, oder klagt eine nicht existierende Partei, ist auf die Klage nicht einzutreten. Die blosse Berichtigung einer Parteibezeichnung ist abzugrenzen von einem eigentlichen Parteiwechsel, der (ohne Veräusserung des Streitobjekts) nach Art. 83 Abs. 4 ZPO grundsätzlich nur mit Zustimmung der Gegenpartei zulässig ist (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2017, 4A\_510/2016, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

2.2 Vorliegend hat der Kläger als beklagte Partei die "Krankenversicherung: ElipsLife" mit der Adresse Thurgauerstrasse 54 in CH 6 8050 Zürich bezeichnet. Mit der Beklagten ist festzuhalten, dass Vertragspartei des Versicherungsvertrages die Elips Versicherungen AG ist. Es trifft auch zu, dass die vom Kläger angegebene Adresse derjenigen der Schweizerischen Zweigniederlassung Elips Life AG entspricht. Die beiden von der Beklagten vorgebrachten Urteile des Zürcher Sozialversicherungsgerichts vom 26. Juni 2015 (Entscheid Nr. KK.2015.00012) sowie vom 28. November 2017 (Entscheid Nr. KK.2017.00023), in welchen die Klagen jeweils mangels Passivlegitimation abgewiesen wurden, sind mit dem vorliegenden Fall jedoch nicht gänzlich vergleichbar. In diesen Fällen ist explizit die "Elips Life AG" eingeklagt worden, im vorliegenden Fall hingegen die "ElipsLife".

2.3 Betrachtet man die Korrespondenz sowie den Text der AVB der Beklagten, ist ersichtlich, dass "elipsLife" als Unternehmenslogo verwendet bzw. die Elips Versicherungen AG regelmässig als "elipsLife" bezeichnet wird. Auf der Korrespondenz ist jeweils links oben die "elipsLife" mit der obgenannten Adresse in Zürich und in der Randzeile unten die "Elips Versicherungen AG" in Triesen aufgeführt. Des Weiteren ist namentlich auch als Auftraggeber für das Gutachten bei Dr. med. D. \_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. April 2019 die "elipsLife" mit der Zürcher Adresse angegeben (vgl. S. 1 des Gutachtens). Speziell für einen Laien erscheint es überaus schwierig zu erkennen, dass er die "Elips Versicherungen AG" und nicht die "elipsLife" hätte

einklagen müssen. Der Kläger hat die von ihm gewählte Bezeichnung wohl aus den von der Beklagten erhaltenen Unterlagen und Briefen übernommen. Der Mangel in der Parteibezeichnung ist schliesslich nicht derart gravierend, als dass er nicht durch das Gericht berichtigt werden könnte. Es besteht jedenfalls keine Verwechslungsgefahr. Aus der Klage wird klar ersichtlich, dass die Krankentaggeldversicherung, mithin die Elips Versicherungen AG, eingeklagt ist. Unter diesen Umständen steht einer Berichtigung der Parteibezeichnung durch das Kantonsgericht nichts entgegen.

3. Strittig und zu beurteilen ist nachfolgend, ob der Kläger über den 6. September 2019 hinaus Anspruch auf Ausrichtung von Krankentaggeldleistungen hat. Vorweg sind die beweisrechtlichen Fragen zu prüfen.

3.1 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 höchstgerichtlichen 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]; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2008, 4A\_393/2008, E. 4.1). Die besagte Beweislastverteilung gilt auch dann, wenn der Versicherer zunächst Taggelder ausbezahlt hat. Macht der Versicherer später geltend, die Umstände hätten sich geändert oder die Leistungen seien zum Vornherein zu Unrecht erbracht worden, so hat die versicherte Person zu beweisen, dass sie weiterhin Anspruch auf Taggelder hat (Urteil des Bundesgerichts vom 17. August 2015, 4A\_246/2015, E. 2.2).

3.2 Gelangt das Gericht in Würdigung der Beweise zur Überzeugung, eine Tatsachenbehauptung sei bewiesen oder widerlegt, ist die Beweislastverteilung gegenstandslos (BGE 141 III 241 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). 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; sie schliesst selbst eine vorweggenommene Beweiswürdigung und Indizienbeweise nicht aus (BGE 122 III 219 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts vom 31. Oktober 2012, 4A\_346/2012, E. 3.3). 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 130 III 591 E. 5.4). 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).

3.3 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 130 III 321 E. 3.4; 120 II 393 E. 4b) und damit die Sachbehauptungen nicht mehr als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Gelingt es mit dem Gegenbeweis, an der

Sachdarstellung des Anspruchsberechtigten erhebliche Zweifel zu wecken, so ist der Hauptbeweis des Anspruchsberechtigten gescheitert.

3.4 Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung stellen ärztliche Berichte und sogar vom Versicherer eingeholte Gutachten keine Beweismittel im Sinne von Art. 168 Abs. 1 ZPO, sondern lediglich eine substantiierte Parteibehauptung dar. Mithin gilt die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung nach BGE 125 V 351 unter dem Anwendungsbereich der ZPO nicht (BGE 141 III 433 E. 2.6 mit weiteren Hinweisen). Bei Krankentaggeldern handelt es sich um vorübergehende Leistungen und nicht um Dauerleistungen wie beispielsweise eine Invalidenrente. Mit den Krankentaggeldern soll in erster Linie die unmittelbare Sicherung des Einkommens im Krankheitsfall bewerkstelligt werden. Die Anforderungen an den Nachweis krankheitsbedingter Einschränkungen sind deshalb für die Begründung des Anspruchs auf Krankentaggelder nicht zuletzt auch aus Gründen der Praktikabilität tiefer anzusetzen als für den Nachweis einer länger dauernden Invalidität (Urteil des Kantonsgerichts 731 12 236 / 49 vom 14. März 2013 E. 4.1). Das versicherte Taggeld wird gemäss den AVB für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartefrist ausgerichtet (vgl. E. 4 hiernach).

4. Da das VVG ausser in Art. 87 keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld enthält, sind die vertraglichen Versicherungsvereinbarungen massgebend. Gemäss vorliegender Versicherungspolice hat die Beklagte mit der ehemaligen Arbeitgeberin des Klägers, der B.\_\_\_\_\_ AG, eine Krankentaggeldversicherung abgeschlossen. Die Versicherungsleistung besteht in der Ausrichtung von Taggeld bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit (vgl. Ziff. 1.3. AVB). Gemäss der Versicherungspolice richtet die Beklagte ein Taggeld von 80% des versicherten Lohnes ab dem 91. Tag bis 730 Tage pro Fall aus. Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls oder einer Berufskrankheit ist, und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Ziff. 2.4.1. AVB). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% besteht (Ziff. 2.4.3. AVB). Das versicherte Taggeld wird für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartefrist ausgerichtet. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Wartefrist und der Leistungsdauer als ganze Tage (Ziff. 2.3.2. AVB). Das erneute Auftreten einer Krankheit (Rückfall) gilt dann als neuer Versicherungsfall, wenn die versicherte Person seit dem letzten Auftreten der gleichen Krankheit während zwölf Monaten ununterbrochen arbeitsfähig war. Massgebend dafür ist das Arbeitspensum bei Eintritt des Leistungsfalls (vgl. Ziff. 2.7.3. AVB). Für Personen, die im Zeitpunkt ihres Arbeitsverhältnisses voll oder teilweise arbeitsunfähig sind und ein Leistungsfall vorliegt, besteht eine befristete Nachdeckung. Der Leistungsanspruch gilt bis zum Ende des Leistungsfalls, längstens jedoch bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer. Rückfälle geben keinen Anspruch auf weitere Leistungen (Ziff. 2.7.4. AVB).

5. Der Angelegenheit liegen für den Zeitraum der strittigen Taggeldausrichtung folgende medizinische Unterlagen von Relevanz zu Grunde:

5.1 Der Versicherte war das erste Mal vom 8. Oktober 2018 bis zum 26. November 2018 im Centre C.\_\_\_\_ (psychiatrische Klinik in Frankreich) aufgrund einer depressiven Episode stationär in Behandlung.

5.2 In seinem im Auftrag der Beklagten erstellten psychiatrischen Gutachten vom 2. April 2019 diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F32.4), DD: Restsymptome einer Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.20), DD: leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellte er einen Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen, psychischen und sozialen Faktoren (ICD-10: F45.41) und anamnestisch ein Erschöpfungssyndrom (Burnout) (ICD-10: 273.0) fest. Als Aktendiagnose hielt er eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32, 1) fest. Somatisch lägen keine Aktendiagnosen vor. Unter dem Abschnitt "Untersuchungsbefunde" hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass der Versicherte wach, bewusstseinsklar und allseits voll orientiert gewesen sei. Seine Auffassung sei ungestört gewesen und das Langzeitgedächtnis habe sich als klinisch unauffällig erwiesen. Die kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Auffassung, Merkfähigkeit, Erinnerung und Umstellungsfähigkeit im Gespräch seien im Rahmen der klinischen Prüfung während der Evaluation nicht beeinträchtigt gewesen. Ein flüssiges Gespräch sei durchaus möglich gewesen. Subjektiv seien zwar Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen angegeben worden. Bei der orientierenden Prüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit habe sich für die Merkfähigkeit, geprüft durch das Erinnernlassen von drei Begriffen nach ca. 10 Minuten, jedoch ein normaler Befund ergeben. Für die Konzentrationsfähigkeit, geprüft durch einen Rechentest (Subtraktion 100 minus 7 fortgesetzt), habe sich ebenfalls ein normaler Befund ergeben. Im formalen Gedankengang sei der Kläger strukturiert und geordnet bis leicht eingeengt auf seine Rückenschmerzen sowie sein Schwitzen und die geplanten weiteren Untersuchungen zur Abklärung der somatischen Beschwerden gewesen. Inhaltlich hätten sich weder Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen noch auf eine hypochondrische Erlebnisverarbeitung ergeben. Phobische Gedankengänge im engeren Sinne hätten sich ebenfalls nicht gezeigt. Zwanghafte Handlungen oder Zwangsgedanken seien nicht eruierbar gewesen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei gut herstellbar gewesen. Die Grundstimmung des Klägers sei wechselhaft, von euthym bis leicht gedrückt gewesen. Im Affekt sei er euthym, nicht deprimiert, nicht innerlich unruhig gewesen. Es habe sich eine leichte Störung des Selbstvertrauens gezeigt. Insuffizienz-, Schamgefühle oder Gefühle von Wertlosigkeit seien hingegen nicht vorhanden gewesen. Psychovegetativ bestünden anamnestisch nach aktiver Befragung in unterschiedlichem Ausmass Schlafstörungen und berichtete Durchschlafstörungen, vor allem aufgrund von nächtlichem Schwitzen. Psychomotorisch sei der Versicherte vorwiegend ruhig gewesen. Eine Schonhaltung für die angegebenen Rückenschmerzen habe sich im Verlauf der ganzen Untersuchung nicht beobachten lassen. Es bestünden keine Zukunftsängste, bei berichteter Entschlossenheit, sich unbedingt somatisch weiterhin untersuchen zu lassen. Der Appetit und die Libido seien normal, das Gewicht stabil, der Antrieb erhalten gewesen. Es liege kein sozialer Rückzug vor. Schliesslich seien keine Gedanken des

Lebensüberdrusses vorhanden gewesen. Von Suizidalität sei der Kläger aktuell klar distanziert gewesen.

In seiner "Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen" hielt Dr. D.\_\_\_\_\_ fest, der Versicherte habe nachvollziehbar über seine Belastungen im privaten sowie beruflichen Leben sowie über soziale Faktoren, die ihn belastet hätten, berichtet. Die von ihm angegebenen Beschwerden, die es ihm verunmöglichten, seiner Tätigkeit nachzugehen, könnten im Rahmen einer Anpassungsstörung wie auch einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen, psychischen und sozialen Faktoren interpretiert werden. Demzufolge sei die Selbsteinschätzung des Versicherten betreffend seine zumutbare Arbeitsfähigkeit mit möglichem sekundären Krankheitsgewinn sowie seine Überzeugung, aufgrund von Schwitzen und Schwindel sowie Rückenschmerzen nicht arbeiten zu können, als ein Hindernis für den Einstieg ins Berufsleben zu betrachten. Aufgrund der vorhandenen Unterlagen sowie der erhobenen Anamnese, Krankheitsentwicklung und angegebenen Beschwerden könne keine Diagnose festgestellt werden, die eine Arbeitsunfähigkeit begründen könnte. Die Gedanken des Exploranden seien auf die körperlichen Beschwerden fixiert, obschon diese seine Schmerzen bis dato nicht ausreichend begründen könnten. Im Verlauf der stationären Behandlung habe keine somatische Diagnose festgestellt werden können. Der Versicherte sei weiterhin durch seine behandelnde Ärztin zu 100% krankgeschrieben. Arztberichte, die eine Arbeitsunfähigkeit nach der Entlassung aus der Klinik begründen könnten, lägen nicht vor. Zur "Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit" hielt der Gutachter fest, der Versicherte betrachte sich selbst aufgrund von körperlichen Beschwerden sowie Schwitzen am jetzigen Arbeitsplatz als arbeitsunfähig. In der Gesamtschau müsse aus rein psychiatrischer Sicht berichtet werden, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten als Mechaniker anhand der objektiven und semiobjektiven Befunde, der Krankheitsentwicklung und der aktuell angegebenen Beschwerden höchstens leicht eingeschränkt sei. Die Würdigung der ICF-Kriterien (International Classification of Functioning) zeige, dass die mit diesen Kriterien abgebildeten qualitativen Funktionsfähigkeiten aus psychiatrischer Sicht höchstens leichtgradig beeinträchtigt seien. Aus psychiatrischer Sicht sei zudem zu erwähnen, dass zum Untersuchungszeitpunkt keine wesentlichen affektiven, psychomotorischen, formalgedanklichen oder kognitiven Beeinträchtigungen bestanden hätten, die zu einer psychophysischen oder psychosozialen Leistungseinschränkung führen könnten. Insgesamt könne aufgrund der angegebenen Beschwerden sowie der objektiven und semiobjektiven Befunde aus rein psychiatrischer Sicht per sofort, das heisse ab 2. April 2019, mit einer Arbeitsaufnahme zu 100% gerechnet werden. Aus rein psychiatrischer Sicht bestünden keine Gründe mehr für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Eine solche könne nur zu einer unnötigen Chronifizierung und Distanzierung des Versicherten von der Arbeitswelt führen. Zur "Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit" führte der Gutachter aus, in der Gesamtschau seien dem Versicherten aus rein psychiatrischer Sicht aktuell alle Tätigkeiten seiner Erfahrung und Ausbildung entsprechend per sofort, das heisse ab 2. April 2019, mit einem Arbeitspensum von 100% zumutbar. Zur Prognose hielt Dr. D.\_\_\_\_\_ fest, diese sollte aus rein psychiatrischer Sicht bei dem auf seine körperlichen Beschwerden konzentrierten Versicherten mit Vorsicht als günstig eingestuft werden. Die somatischen Abklärungen seien bereits in die Wege geleitet worden. Inwieweit diese Abklärungen und Untersuchungen dem Versicherten eine Linderung seiner körperlichen Leiden zu bringen vermöchten, könne nicht beurteilt werden.

5.3 Aufgrund der Beurteilung des Gutachters forderte die ehemalige Arbeitgeberin des Klägers, die B.\_\_\_\_ AG, diesen mit Schreiben vom 18. April 2019 auf, spätestens am 26. April 2019 wieder zur Arbeit zu erscheinen. Die Klinik C.\_\_\_\_ (F) berichtete am 24. Juni 2019 jedoch über den zweiten Aufenthalt des Versicherten vom 23. April 2019 bis zum 20. Juni 2019. Der Kläger sei wegen einer gemischten Episode stationär behandelt worden. Seine Ängste und seine Depression hätten wieder zugenommen. Ausserdem sei der Versicherte reizbar und habe Selbstmordgedanken. Er liege nur im Bett. Im Verlaufe des Aufenthaltes habe sich der Zustand des Klägers jedoch verbessert. Die B.\_\_\_\_ AG kündigte dem Kläger während des Aufenthaltes in der Klinik mit Schreiben vom 10. Mai 2019 auf den 31. August 2019 und stellte ihn per sofort frei.

5.4 Auf Anfrage der Beklagten hin nahm Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Vertrauensarzt SGV, am 15. August 2019 Stellung zur erneuten Hospitalisation des Klägers. Er führte aus, im Bericht vom 24. Juni 2019 der Klinik C.\_\_\_\_, wo der Versicherte vom 23. April 2019 bis zum 20. Juni 2019 behandelt worden sei, werde als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD 10: F32.1) genannt, die sich im Verlauf der Behandlung stabilisiert und gebessert habe. Bei Austritt sei somit eine noch allenfalls leichtgradig depressive Symptomatik anzunehmen, die aus versicherungspsychiatrischer Sicht zu keiner relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (d.h. eine Arbeitsunfähigkeit über 20% von 100%) führe; im Anschluss wäre dem Versicherten daher die Wiederaufnahme einer für ihn geeigneten beruflichen Tätigkeit „zumutbar“ gewesen. Eine darüberhinausgehende Attestierung einer vollen Arbeitsunfähigkeit sei daher nicht nachvollziehbar; hierzu sei festzustellen, dass es zwischen der Perspektive des behandelnden Arztes/Therapeuten und der Einschätzung aus versicherungspsychiatrischer Sicht zu Diskrepanzen kommen könne, weil die therapeutische Bindung eine „neutrale“ Einschätzung etwa der Arbeitsfähigkeit erheblich erschweren könne. Bemerkenswert sei, dass der Versicherte unmittelbar im Anschluss an eine versicherungspsychiatrische Begutachtung bei Dr. D.\_\_\_\_, wo ihm eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei, eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufgenommen habe. Für die Dauer dieser stationären Behandlung sei aus formalen Gründen eine volle Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Gestützt auf diese Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ teilte die Beklagte dem Kläger mit Schreiben vom 22. August 2019 mit, dass er sowohl in seiner bisherigen wie auch in einer anderen Tätigkeit für voll arbeitsfähig beurteilt werde. Die Taggeldzahlung würde deshalb am 6. September 2019 eingestellt.

5.5 Der Versicherte durchlief zwischen dem 13. Dezember 2019 und dem 18. Februar 2020 seinen dritten Aufenthalt in der Klinik C.\_\_\_\_ aufgrund eines depressiven Rückfalls. Im Bericht vom 28. Januar 2020 ist festgehalten, dass der Kläger aufgrund einer schweren depressiven Episode stationär in Behandlung sei. Die depressiven Symptome hätten sich verschlechtert und Elemente einer bipolaren Störung lägen noch immer vor.

5.6 Am 14. Februar 2020 nahm Dr. D.\_\_\_\_ Stellung zu den neu zugestellten Arztberichten in Bezug auf die diagnostischen Überlegungen sowie die anzustrebende Arbeitsaufnahme der versicherten Person. Er hielt fest, dass im Arztbericht von Dr. F.\_\_\_\_, Psychiater, Centre C.\_\_\_\_ (F), vom 28. Januar 2020 über Komponenten einer bipolaren Störung berichtet werde. Der Versicherte leide an starken Ängsten und dem Gefühl, von den alltäglichen Verpflichtungen überfordert

zu sein, insbesondere im beruflichen Bereich. Er habe in letzter Zeit eine Exazerbation der depressiven Elemente erlitten. Eine ausführliche Krankheitsanamnese und deren Ursache sowie ein psychopathologischer Befund, der eine bipolare affektive Störung begründen könne, seien nicht beschrieben worden. Es werde über eine neue medikamentöse Behandlung berichtet, allerdings werde die medikamentöse Compliance nirgends erwähnt. Zum Untersuchungszeitpunkt im April 2019 habe sich der Versicherte gut aufgestellt, freundlich, kooperativ und auskunftsbereit präsentiert. Er habe in gebrochenem, sehr gut verständlichen Hochdeutsch gesprochen und nur selten die Unterstützung der Dolmetscherin für die Übersetzung bestimmter Wörter beansprucht. Die vom Versicherten angegebenen Beschwerden wie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und Müdigkeit hätten nicht ausreichend als authentisch interpretiert werden können. Während der mehr als zweieinhalbstündigen Untersuchung im April 2019 hätten sich keine Zeichen von kognitiver Müdigkeit, Merkfähigkeits- oder Konzentrationsstörungen gezeigt. Die vom Versicherten angegebenen Rückenschmerzen sowie Schmerzen im linken Bein hätten ebenfalls nicht als ausreichend authentisch interpretiert werden können. Der Kläger sei in einer autoritativen Haltung dagesessen und habe immer wieder die Position seiner überschlagenen Beine gewechselt, ohne Zeichen von Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit. Er habe die Praxis mit unauffälligem Gang betreten und verlassen. Seine angegebenen früheren Zeichen einer Erschöpfungsdepression könnten möglicherweise als authentisch interpretiert werden. Aufgrund der erhobenen Anamnese, der Krankheitsentwicklung und deren Ursache sowie der ihm zugestellten Unterlagen habe als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F32.4), festgestellt werden können, die keine Arbeitsunfähigkeit begründen könne. Zusammenfassend müsse er noch einmal betonen, dass er dem Versicherten keinesfalls Unrecht tun möchte, allerdings gingen aus den ihm zugestellten Arztberichten keine ausreichend beschriebenen Elemente hervor, die weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Demzufolge halte er an seinen im Gutachten vom 2. April 2019 geschilderten diagnostischen Überlegungen sowie den Erwägungen zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit fest.

5.7 Im Bericht der Klinik C.\_\_\_\_ (F) vom 12. März 2020 ist festgehalten worden, dass beim Versicherten der Verdacht auf eine Demenz bestehe. Ausserdem leide der Patient an einer bipolaren Störung und habe Probleme mit dem Gedächtnis. Hinzu kämen diverse somatische Beschwerden. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, dass der Kläger nicht einmal Teilzeit arbeiten könne. Im Wesentlichen dasselbe wurde mit Bericht der psychiatrischen Klinik vom 16. Juli 2020 festgestellt.

5.8 Am 4. August 2020 berichtete Dr. G.\_\_\_\_, Psychiaterin in Y.\_\_\_\_ (F), dass der Versicherte an einer bipolaren Störung leide. Ausserdem habe er Schmerzen an der Wirbelsäule. Des Weiteren lägen beim Kläger kognitive Störungen vor und er leide an Clinophilie (Bettsucht). Der Kläger sei zu 100% arbeitsunfähig.

5.9 Im vorliegenden Verfahren wurden die den Kläger betreffenden IV-Akten beigezogen. Für den hier streitigen Zeitraum vom 7. September 2019 bis 4. Oktober 2020 liegen in den IV-Akten – abgesehen von einer Aktenstellungnahme von Dr. med. H.\_\_\_\_, RAD, vom 16. Juni 2020 – keine echtzeitlichen medizinischen Unterlagen vor. Im Bericht vom 24. September 2020 empfiehlt

Dr. H.\_\_\_\_, die medizinischen Unterlagen zu vervollständigen. Erst danach könnte die IV entscheiden, ob sie am rentenablehnenden Entscheid festhalte. Gemäss telefonischer Auskunft der IV-Stelle Basel-Landschaft gegenüber dem Kantonsgericht liegen jedoch bislang keine weiteren medizinischen Unterlagen vor. Der ärztliche Dienst der IV habe ein Gutachten empfohlen, welches aber noch nicht habe stattfinden können, weil sie noch auf Unterlagen aus Frankreich warten würden.

5.10 Vom 16. Oktober 2020 bis zum 4. Dezember 2020 war der Versicherte erneut, mithin zum vierten Mal, stationär in der psychiatrischen Klinik C.\_\_\_\_ (F). Mit Bericht vom 3. Dezember 2020 wurde als Hauptdiagnose eine mittelgradige depressive Episode festgehalten. Ausserdem wurde erwähnt, dass der Kläger an einer bipolaren Störung sowie an einer Bettsucht leide.

6.1 Vorliegend stellt sich die Frage, ob es dem Kläger gelungen ist, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, dass er im massgeblichen Zeitraum arbeitsunfähig war und damit Anspruch auf Taggeldleistungen der Beklagten hat. Aufgrund der AVB wird das versicherte Taggeld für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet (vgl. E. 4 hiavor). Für die Dauer der vier stationären Aufenthalte in der psychiatrischen Klinik C.\_\_\_\_ (F) ist beim Kläger von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Dies betrifft die Zeiträume vom 8. Oktober 2018 bis zum 26. November 2018, vom 23. April 2019 bis zum 20. Juni 2019, vom 13. Dezember 2019 bis zum 18. Februar 2020 sowie vom 16. Oktober 2020 bis zum 4. Dezember 2020. Ausserdem liegen in den Akten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für die Monate Februar 2020 bis Februar 2021. Vorliegend streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Klägers auf Krankentaggelder vom 7. September 2019 bis zum 4. Oktober 2020. In den Akten fehlen im umstrittenen Zeitraum Arbeitsunfähigkeitszeugnisse nach dem 20. Juni 2019 (Ende des zweiten Klinikaufenthalts) bis zum 13. Dezember 2019 (Beginn des dritten Klinikaufenthalts). Der Kläger hat jedoch im Rahmen der Verhandlung vor Kantonsgericht glaubhaft bestätigt, dass er für die ganze Dauer über Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen verfügt, welche eine volle Arbeitsunfähigkeit attestieren. Die Beklagte hat das Vorliegen dieser Bescheinigungen nicht bestritten, sondern lediglich das darin ausgewiesene Bestehen der Arbeitsunfähigkeit. Vor diesem Hintergrund kann der Hauptbeweis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für den gesamten massgeblichen Zeitraum als vom Kläger erbracht erachtet werden.

6.2 In einem weiteren Schritt ist zu beurteilen, ob es der Beklagten gelungen ist, mit den von ihr eingeholten ärztlichen Unterlagen den vom Kläger erbrachten Hauptbeweis mit einem Gegenbeweis zu erschüttern resp. an der Sachdarstellung des Anspruchsberechtigten erhebliche Zweifel zu wecken, so dass der Hauptbeweis des Klägers gescheitert wäre. In Bezug auf das von der Beklagten eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 2. April 2019 ist festzuhalten, dass dieses die vom Bundesgericht vorgegebenen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise grundsätzlich erfüllt. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen sind begründet. Dr. D.\_\_\_\_ hat denn auch grundsätzlich das Vorliegen einer Depression bestätigt, ist aber von einer

depressiven Episode, gegenwärtig remittiert, ausgegangen. Der Versicherte sei ab dem Untersuchungszeitpunkt sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit wieder 100%ig arbeitsfähig. Vorliegend ist davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand des Klägers in der gesamten Zeitspanne Veränderungen unterlag. Der Versicherte hat auch mehrmals (depressive) Rückfälle erlitten, so dass er bisher immerhin viermal stationär in einer psychiatrischen Klinik in Behandlung gewesen ist. Die Aufenthalte dauerten denn auch jeweils eineinhalb bis zwei Monate, mithin waren sie nicht von kurzer Dauer. An dieser Stelle ist auch darauf hinzuweisen, dass der vierte Aufenthalt vom 16. Oktober 2020 bis zum 4. Dezember 2020 stattfand, mithin nach der hier strittigen Zeitspanne. Der Vorwurf der Beklagten, wonach sich der Kläger nach der Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_ selbst eingewiesen habe, um Taggelderleistungen zu beziehen resp. um nicht wieder zur Arbeit erscheinen zu müssen, verfängt daher nicht. Zumindest nach dem strittigen Zeitraum hätte sich der Kläger nicht mehr aus taktischen bzw. sozialversicherungsrechtlichen Überlegungen selbst einweisen lassen müssen. Weiter ist nicht davon auszugehen, dass eine mehrwöchige stationäre Aufnahme ohne entsprechenden Behandlungsbedarf erfolgt. Festzuhalten ist in Bezug auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 2. April 2019, dass es nicht echtzeitlich resp. für den im vorliegenden Beschwerdeverfahren strittigen Zeitraum nicht aussagekräftig ist. Während das Gutachten vom 2. April 2019 datiert, beginnt die strittige Zeitspanne erst ab dem 7. September 2019. Unter diesen Umständen ist das Gutachten nicht geeignet, den vom Kläger erbrachten Hauptbeweis zu erschüttern. Auch auf die erneute Stellungnahme des Gutachters kann nicht abgestellt werden, da diese im Februar 2020 ohne erneute Untersuchung des Patienten erfolgte. Ferner scheint auch eine weitere Befragung von Dr. D.\_\_\_\_ nicht zielführend zu sein, weil er sich nebst seinem Gutachten vom 2. April 2019 bereits am 14. Februar 2020 nochmals zu aktuellen Arztberichten geäußert und dabei an seinen diagnostischen Überlegungen sowie an seinen Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit festgehalten hat. Von einer erneuten blossen Aktenstellungnahme sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Dr. D.\_\_\_\_ hat den Versicherten seit der Begutachtung nicht mehr persönlich gesehen, und aufgrund des fluktuierenden Krankheitsverlaufs sind rückwirkend ohnehin keine Aussagen zum Gesundheitszustand im fraglichen bzw. strittigen Zeitraum mehr möglich. Vor diesem Hintergrund ist der diesbezügliche Beweis Antrag der Beklagten in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen. Schliesslich ist in Bezug auf die Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 15. August 2019 festzuhalten, dass der die Beklagte beratende Dr. E.\_\_\_\_ den Kläger nie persönlich gesehen resp. untersucht hat. Seine blossen Aktenstellungnahme vom 15. August 2019 vermag daher ebenfalls keine erheblichen Zweifel am Hauptbeweis zu erwecken. Daraus resultiert, dass es der Beklagten nicht gelungen ist, den Hauptbeweis des Klägers mit einem Gegenbeweis zum Scheitern zu bringen.

6.3 Schliesslich ist in Bezug auf die von der Beklagten vorgebrachte Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht des Klägers festzuhalten, dass sich dieser am 10. Dezember 2018 (Eingang) bei der IV angemeldet hat. Diese hat über einen allfälligen Rentenanspruch noch nicht rechtskräftig entschieden (vgl. E. 5.9 hiervor). Was die Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse anbelangt, ist zu konstatieren, dass mit vorliegendem Urteil von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Klägers in der strittigen Zeitspanne auszugehen ist, weshalb sich eine Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung erübrigt.

6.4 Aus dem bisher Gesagten folgt, dass der Kläger für den strittigen Zeitraum vom 7. September 2019 bis zum 4. Oktober 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen konnte, dass er zu 100% arbeitsunfähig war und dementsprechend Anspruch auf Krankentaggelder hat. Der Kläger fordert in seiner zuletzt angepassten Klageschrift 393 Taggelder à Fr. 206.40, somit insgesamt einen Betrag in der Höhe von Fr. 81'115.20. Zum einen ist diese Berechnung korrekt und zum anderen bestreitet die Beklagte den geltend gemachten Betrag nicht. Demgemäss ist die Beklagte in Gutheissung der Klage zu verpflichten, dem Kläger Fr. 81'115.20 auszurichten.

7. Das Verfahren vor dem Versicherungsgericht ist gemäss Art. 114 Abs. 2 lit. f ZPO kostenlos. Es sind deshalb keine Verfahrenskosten zu erheben. Eine Parteientschädigung ist dem nicht anwaltlich vertretenen Kläger nicht auszurichten.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger den Betrag von Fr. 81'115.20 zu bezahlen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Es werden keine Parteientschädigungen ausgerichtet.

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