

VKL.2022.26 / mg / nl

Art. 95

Urteil vom 11. Oktober 2024

Besetzung Oberrichterin Gössi, Präsidentin
 Oberrichterin Peterhans
 Oberrichterin Fischer
 Gerichtsschreiber Güntert

Kläger **A.**_____
 vertreten durch lic. iur. Sandra Cahenzli Reich, Rechtsanwältin,
 Dornenstrasse 5, Postfach, 8305 Dietlikon

Beklagte **Vaudoise Allgemeine Versicherungs- Gesellschaft AG,**
 Avenue de Cour 41, 1007 Lausanne

Gegenstand Klageverfahren betreffend VVG

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Der Kläger war als Arzt mit eigener Praxis in Zürich tätig und als solcher seit dem 24. November 2016 bei der Beklagten mit einer Einzelkrankentaggeldversicherung bei Arbeitsunfähigkeit in einer Höhe von Fr. 100'000.00 pro Jahr versichert. Mit Verfügung vom 11. Juli 2017 entzog die Abteilung Gesundheitsberufe und Bewilligungen des Kantons Zürich dem Kläger die Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung im Kanton Zürich. Das Verwaltungsgericht des Kantons Zürich wies die dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil VB.2019.00152 vom 23. Oktober 2019 ab. Der Kläger liess am 29. November 2017 der Beklagten eine ab 1. September 2017 bestehende Arbeitsunfähigkeit melden. In der Folge richtete ihm die Beklagte nach Ablauf einer 30-tägigen Wartefrist Krankentaggelder aus, bis sie ihre Leistungen per 30. Juni 2018 einstellte.

2.

2.1.

Am 14. Dezember 2022 erhob der Kläger beim Versicherungsgericht Klage und stellte folgende Rechtsbegehren:

- " 1. Es sei die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger CHF 115'567 zzgl. Verzugszins von 5% ab 1.9.2019 zu bezahlen.
2. Alles unter ausgangsmässen Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten."

2.2.

Die Beklagte stellte mit Klageantwort vom 17. März 2023 folgende Rechtsbegehren:

- " 1. Die Klage sei vollumfänglich abzuweisen
2. Eventualiter sei die Leistungspflicht der Beklagten aufgrund Verjährung auf CHF 74'520.55 zu beschränken.
3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. MwSt zulasten des Klägers."

2.3.

Mit Replik vom 30. Mai 2023 und Duplik vom 5. Oktober 2023 hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest.

2.4.

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 22. März 2024 wurden die Parteien darüber informiert, dass eine Verhandlung zur Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts für nicht notwendig erachtet werde, und gebeten, mitzuteilen, ob sie auf die Durchführung einer Hauptverhandlung

verzichteten. Mit Eingabe vom 28. März und 4. Oktober 2024 teilten die Parteien ihren Verzicht auf die Durchführung einer Hauptverhandlung mit.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1.

Der Kläger fordert die Zahlung von insgesamt Fr. 115'567.00 für ausstehende Taggelder für den Zeitraum vom 1. Juli 2018 bis 31. August 2019 in der Höhe von rund Fr. 274.00 pro Tag (Fr. 100'000.00/365 Tage) (Klage Rz. 6; 36; Klageantwort Rz. 5).

1.2.

Die Parteien stimmen darin überein, dass der Kläger als Versicherungsnehmer mit der Beklagten als Versicherer einen Vertrag über eine Einzel-Krankentaggeldversicherung abgeschlossen hat und der Vertragsinhalt in der Police Nr. aaa vom 1. Dezember 2016 (Klagebeilage [KB] 4) sowie den darin aufgeführten Vertragsgrundlagen, namentlich den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 1. Juni 2015 (KB 5), festgehalten ist (Klage Rz. 10; Klageantwort Rz. 5).

1.3.

Taggeldversicherungen nach VVG werden in ständiger bundesgerichtlicher Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung subsumiert (Urteile des Bundesgerichts 4A_445/2016 vom 16. Februar 2017 E. 1; 4A_680/2014 vom 29. April 2015 E. 2.1).

Streitigkeiten aus Taggeldversicherungen nach VVG sind privatrechtlicher Natur. Für das Verfahren findet die ZPO Anwendung (vgl. Art. 243 Abs. 2 lit. f i.V.m. Art. 7 ZPO; BGE 138 III 558 E. 3.2 S. 560 f.).

2.

2.1.

In Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO hat das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen (Art. 247 Abs. 2 ZPO). Es handelt sich dabei um die beschränkte bzw. soziale Untersuchungsmaxime. Nach dem Willen des Gesetzgebers obliegt dem Gericht bei der sozialen Untersuchungsmaxime einzig eine verstärkte Fragepflicht. Wie im Rahmen der Verhandlungsmaxime, die im ordentlichen Verfahren anwendbar ist, haben die Parteien dem Gericht den Sachverhalt zu unterbreiten. Das Gericht hilft ihnen lediglich durch sachgemässe Fragen, damit die notwendigen Behauptungen aufgestellt und die dazugehörigen Beweismittel bezeichnet werden. Es stellt aber keine eigenen Ermittlungen an. Wenn die Parteien durch einen Anwalt vertreten sind, darf und soll sich das Gericht, wie im ordentlichen

Verfahren, zurückhalten (BGE 141 III 569 E. 2.3.1 S. 575). Das Gericht ist nicht verpflichtet, die Akten von sich aus zu durchforsten, um Beweismittel zugunsten einer Partei zu suchen (BGE 141 III 569 E. 2.3.2 S. 5.7.6 mit Hinweisen).

2.2.

Gemäss Art. 8 ZGB hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden bzw. rechtsvernichtenden oder rechts hindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet (BGE 141 III 241 E. 3.1 S. 242; 130 III 321 E. 3.1 S. 323).

Nach der erwähnten Grundregel hat der Anspruchsberechtigte – in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte – die Tatsachen zur "Begründung des Versicherungsanspruches" (Marginalie zu Art. 39 VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung berechtigen (z.B. wegen schuldhafter Herbeiführung des befürchteten Ereignisses: Art. 14 VVG). Anspruchsberechtigter und Versicherer haben im Streit um vertragliche Leistungen je ihr eigenes Beweisthema und hierfür je den Hauptbeweis zu erbringen (BGE 130 III 321 E. 3.1 S. 323).

2.3.

Bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen bedarf es, wie für Zivilverfahren üblich, grundsätzlich des vollen Beweises. Nach dem Regelbeweismass gilt ein Beweis als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist und ihm allfällige Zweifel als unerheblich erscheinen (BGE 132 III 715 E. 3.1 S. 719). Wenn ein strikter Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich oder nicht zumutbar ist, insbesondere, wenn die von der beweisbelasteten Partei behaupteten Tatsachen nur mittelbar durch Indizien bewiesen werden können, gelangt das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zur Anwendung (BGE 130 III 321 E. 3.2 S. 324 f.). Im Zusammenhang mit dem Eintritt des Versicherungsfalls geht die Rechtsprechung davon aus, dass in der Regel eine Beweisnot gegeben ist, sodass das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit genügt (BGE 130 III 321 E. 3.2 S. 325). Ein Sachverhalt gilt dann als überwiegend wahrscheinlich, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (BGE 130

III 321 E. 3.3 S. 325; Urteil des Bundesgerichts 4A_458/2008 vom 21. Januar 2009 E. 2.3).

2.4.

Nach Art. 168 Abs. 1 ZPO sind als Beweismittel zulässig: Zeugnis (lit. a), Urkunde (lit. b), Augenschein (lit. c), Gutachten (lit. d), schriftliche Auskunft (lit. e) sowie Parteibefragung und Beweisaussage (lit. f). Diese Aufzählung ist abschliessend; im Zivilprozessrecht besteht insofern ein *numerus clausus* der Beweismittel (BGE 141 III 433 E. 2.5.1 S. 436).

2.5.

Bewiesen werden müssen nur bestrittene Tatsachenbehauptungen (Art. 150 Abs. 1 ZPO). Bestreitungen sind so konkret zu halten, dass sich bestimmen lässt, welche einzelnen Behauptungen des Klägers damit bestritten werden. Die Bestreitung muss ihrem Zweck entsprechend so konkret sein, dass die Gegenpartei weiss, welche einzelne Tatsachenbehauptung sie beweisen muss.

3.

3.1.

Zwischen den Parteien ist unumstritten, dass der Kläger seit dem 1. November 2016 als selbständiger Arzt in Zürich tätig war (Klage Rz. 8; Klageantwort Rz. 17 zu Klage Rz. 8). Weiter ist unstreitig, dass dem Kläger mit Verfügung der Abteilung Gesundheitsberufe und Bewilligungen des Kantons Zürich vom 11. Juli 2017 die selbständige Berufsausübung im Kanton Zürich mit einer Übergangsfrist von vier Wochen untersagt wurde (Klage Rz. 6; 11; Klageantwort Rz. 15-17). Ebenfalls unbestritten ist, dass der Kläger ab dem 1. September 2017 aufgrund einer schweren und anhaltenden Depression mit Alkoholabusus zu 100 % arbeitsunfähig war (Klage Rz. 6; 14; Klageantwort Rz. 57). Grundsätzlich unstreitig ist auch, dass der Kläger bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht mehr in seiner Arztpraxis tätig war, wobei der Kläger vorbringt, er habe diese Tätigkeit zum 30. Juni 2017 eingestellt (Klage Rz. 16), während die Beklagte vorbringt, der Kläger habe seine selbständige Tätigkeit zum 11. Juli (Klageantwort Rz. 41) bzw. zum 8. August 2017 (Klageantwort Rz. 42) eingestellt.

3.2.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Kläger für die am 1. September 2017 eingetretene Arbeitsunfähigkeit bei der Beklagten versichert war.

3.2.1.

Die Beklagte macht geltend, gemäss Art. A5 AVB erlösche der Versicherungsschutz, sobald die versicherte Person aufhöre, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (Klageantwort Rz. 24). Aufgrund der versicherten Tätigkeit des Klägers als selbständiger Arzt habe es eine vertragliche Beschränkung des Risikos auf eine bestimmte bei Vertragsschluss ausgeübte Tätigkeit

gegeben (Klageantwort Rz. 26). Als beim Kläger am 1. September 2017 die Krankheit aufgetreten sei, sei ihm die Ausübung zur selbständigen Berufsausübung bereits entzogen worden (Klageantwort Rz. 33) und das vereinbarte Risiko weggefallen gewesen (Klageantwort Rz. 41). Da der Versicherungsschutz erloschen sei, bevor die Arbeitsunfähigkeit eingetreten sei, zahle die Beklagte keine Leistungen mehr aus (Klageantwort Rz. 29).

3.2.2.

Der Kläger macht zusammengefasst geltend, der Versicherungsberater der Beklagten habe zum Abschluss der strittigen Einzel-Krankentaggeldversicherung geraten, da diese keine vertragliche Beendigungsvereinbarung bei Unterbrechung oder Beendigung der bei Vertragsschluss festgelegten Tätigkeit enthalte (Replik Rz. 20). Der Kläger habe daher nach Treu und Glauben davon ausgehen dürfen, dass er unter der neuen Einzel-Taggeldversicherung gegen das Risiko Arbeitsunfähigkeit in seinem Beruf als praktischer Arzt sowohl in selbständiger wie auch in unselbständiger Stellung versichert sein werde (Replik Rz. 20). Mit der Versicherungssumme von Fr. 100'000.00 sei ein Erwerbsersatz versichert gewesen, welcher sowohl von selbständigen als auch unselbständigen praktischen Ärzten erreicht werden könne (Replik Rz. 22). Auch das Verhalten der Beklagten nach der Meldung der Arbeitsunfähigkeit spreche für ein übereinstimmendes Verständnis in dem Sinne, wie der Kläger die Einzelkrankenversicherung verstanden habe (Replik Rz. 23).

3.3.

3.3.1.

Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten. Der Vertragsinhalt richtet sich häufig nach vorformulierten Allgemeinen Vertragsbestimmungen (vgl. ALFRED MAURER, Schweizerisches Privatrecht, 3. Auflage, S. 150 f.). Das Schweizerische Obligationenrecht (OR) gilt immer subsidiär, wenn das VVG, das hinsichtlich des (Zusatz-)Versicherungsvertrages zahlreiche vom OR abweichende oder dieses ergänzende Bestimmungen enthält, eine Frage nicht regelt (Art. 100 Abs. 1 VVG). Da das VVG ausser in Art. 87 keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld enthält, sind die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien, das heisst in erster Linie die Allgemeinen- (AVB) und die Besonderen Vertragsbedingungen (BVB) der Beklagten massgebend.

3.3.2.

Vorformulierte Vertragsbestimmungen sind grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen (BGE 135 III 1 E. 2 S. 6). Der Inhalt eines Vertrags bestimmt sich in erster Linie durch subjektive Auslegung, d.h. nach dem übereinstimmenden wirklichen Parteiwillen (Art. 18 Abs. 1 OR). Haben sich die Parteien tatsächlich richtig, d.h. nach dem erklärten wirklichen Willen, verstanden und stimmen

die Willen überein, so liegt ein natürlicher Konsens vor. Bleibt der (innere) Parteiwille unbewiesen oder stimmt er nicht überein, sind zur Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens die Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips auszulegen (BGE 140 III 391 E. 2.3 S. 398; 138 III 659 E. 4.2.1 S. 666). Dabei ist vom Wortlaut der Erklärungen auszugehen, welche jedoch nicht isoliert, sondern aus ihrem konkreten Sinngefüge heraus zu beurteilen sind (BGE 140 III 391 E. 2.3 S. 398; 138 III 659 E. 4.2.1 S. 666; 123 III 165 E. 3a S. 168). Demnach ist der vom Erklärenden verfolgte Regelungszweck massgebend, wie ihn der Erklärungsempfänger in guten Treuen verstehen durfte und musste (BGE 142 III 671 E. 3.3 S. 675; 140 III 391 E. 2.3 S. 398; 138 III 659 E. 4.2.1 S. 666; 132 III 24 E. 4 S. 28). Mehrdeutige Klauseln in allgemeinen Versicherungsbedingungen sind nach der Unklarheitsregel gegen den Versicherer als deren Verfasser auszulegen (BGE 133 III 61 E. 2.2.2.3, 124 III 155 E. 1b). Sie gelangt jedoch nur zur Anwendung, wenn sämtliche übrigen Auslegungsmittel versagen (BGE 133 III 61 E. 2.2.2.3; 122 III 118 E. 2a und E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 4A_126/2023 vom 22. Juni 2023 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

3.4.

Vorliegend war der Kläger gemäss Einzel-Krankenversicherung bei Arbeitsunfähigkeit für ein Taggeld bei einem versicherten Jahreseinkommen von Fr. 100'000.00 mit einer maximalen Leistungsdauer von 730 Tagen nach einer Wartefrist von 30 Tagen pro Fall versichert (KB 4 S. 3). Das versicherte Risiko wird auf Seite 2 der Police umschrieben. Dort wird unter Art des versicherten Betriebs oder Berufs "Arztpraxen für Allgemeinmedizin" festgehalten sowie auf den NOGA-Code "862100" verwiesen (Code 862100 der Allgemeinen Systematik der Wirtschaftszweige [NOGA] 2008, lautet: "Arztpraxen für Allgemeinmedizin" und umfasst: "allgemeinmedizinische Konsultation und Behandlung durch praktische Ärzte"). Sodann wird als Standort des Risikos "B._____" aufgeführt (KB 4 S. 2). In der Police werden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen vom 1. Juni 2015 für anwendbar erklärt (KB 4 S. 3). Darin wird in der Rubrik "A Versicherungsdeckung" bei der Marginalie "A5 Ende des Versicherungsschutzes" Folgendes festgehalten (KB 5 S. 7):

- " Abgesehen von den gesetzlich oder vertraglich vorgesehen Fällen erlischt der Versicherungsschutz für jede versicherte Person:
- sobald die versicherte Person 70 Jahre alt wird;
 - wenn die versicherte Person aufhört, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen"

Unter "Information für den Versicherungsnehmer" unter der Marginalie "4. Anspruch auf Prämienrückerstattung" wird Folgendes festgehalten (KB 5 S. 4):

" Bei vorzeitiger Auflösung oder vorzeitiger Beendigung des Versicherungsvertrages ist die Prämie nur für die Zeit bis zur Vertragsauflösung geschuldet.

In den folgenden Fällen ist die Prämie jedoch für die ganze laufende Versicherungsperiode geschuldet:

- wenn Sie den Versicherungsvertrag infolge eines Schadens während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres (365 Tage) kündigen;
- wenn der Vertrag wegen Risikowegfall nichtig ist, sofern die Vaudoise Versicherungsleistungen erbracht hat."

3.5.

Wie einleitend festgehalten, wird die Massgeblichkeit von Art. A5 AVB von den Parteien grundsätzlich nicht infrage gestellt (Klage Rz. 29; Klageantwort Rz. 24; Replik Rz. 27). Vom Kläger wird insbesondere nicht behauptet, er habe der Übernahme der Allgemeinen Geschäftsbedingungen global, ohne diese zu lesen, zur Kenntnis zu nehmen oder deren Tragweite zu verstehen (sog. Globalübernahme), zugestimmt. Somit erübrigt sich eine Prüfung durch die sog. Ungewöhnlichkeitsregel (vgl. dazu BGE 148 III 57 E. 2.1.3 S. 59 f.). Hinsichtlich der Frage, wie Art. A5 AVB auszulegen ist, vertreten die Parteien ein unterschiedliches Verständnis. Der Inhalt von Art. A5 AVB ist deshalb nachfolgend nach dem Vertrauensprinzip auszulegen (vgl. E. 3.3.2. hiervor).

3.6.

3.6.1.

Der Wortlaut von Art. A5 AVB (vgl. E. 3.4. hiervor), wonach der Versicherungsschutz erlischt, wenn die versicherte Person aufhört, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, ist grundsätzlich so zu verstehen, dass der vereinbarte Versicherungsschutz nur besteht, solange die Person einer Erwerbstätigkeit nachgeht. Gibt die versicherte Person ihre Erwerbstätigkeit auf, besteht kein Versicherungsschutz mehr. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Marginalie "Ende des Versicherungsschutzes" in Art. A5 AVB.

3.6.2.

Mit Blick auf den verfolgten Regelungszweck, wie ihn der Kläger als Erklärungsempfänger in guten Treuen verstehen durfte und musste, ergibt sich Folgendes: Die Krankentaggeldversicherung ist, unabhängig davon, ob sie als Schaden- oder Summenversicherung ausgestaltet ist, ihrem Wesen nach eine Erwerbsausfallversicherung (Urteil des Bundesgerichts 4A_84/2009 vom 16. Juni 2009 E. 2.2.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 4A_106/2020 vom 8. Juli 2020 E. 3.5.3). Sinn und Zweck des Taggeldes ist es, das laufende Einkommen zu ersetzen, das die versicherte Person wegen ihrer Arbeitsunfähigkeit nicht mehr erzielen kann (KATHARINA ANNA ZIMMERMANN, Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, Zürich /St.Gallen 2022, Rz. 177). Übt der Versicherte keine Erwerbstätigkeit mehr aus, entfällt auch der Zweck der Versicherung, einen

allfälligen Erwerbsausfall zu ersetzen. Auf diesen Umstand bezieht sich Art. A5 AVB, wonach der Versicherungsschutz erlischt, wenn die versicherte Person keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt.

3.6.3.

Aus dem Kontext der übrigen Vertragsbestimmungen ergibt sich zudem Folgendes: In der Versicherungspolice wird als Standort des Risikos die ehemalige Praxis des Klägers "B._____" genannt und als Art des versicherten Betriebs oder Berufs "Arztpraxen für Allgemeinmedizin" definiert (vgl. E. 3.4. hiavor). Die Umschreibung des Risikos nimmt einen klaren Bezug zur Erwerbstätigkeit des Klägers zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses. In den AVB wird unter "Information für den Versicherungsnehmer" neben der Marginalie "Anspruch auf Prämienrückerstattung" unter anderem festgehalten, dass die Prämien der gesamten Versicherungsperiode geschuldet sind, wenn der Vertrag wegen Risikowegfall nichtig ist, sofern die Beklagte Versicherungsleistungen erbracht hat (vgl. E. 3.4. hiavor). Diese Bestimmung darf und muss so verstanden werden, dass ein Versicherungsschutz nur besteht, wenn das versicherte Risiko, wie es in der Police umschrieben ist (vgl. E. 3.4. hiavor), gegeben ist und bei einem Wegfall des Risikos der Vertrag "nichtig" wird. Somit geht aus den übrigen Bestimmungen des Vertrags, namentlich der Umschreibung des versicherten Risikos in der Police sowie Ziffer 4 der Information für den Versicherungsnehmer, hervor, dass ein Versicherungsschutz nur besteht, solange die versicherte Person einer Erwerbstätigkeit nachgeht.

3.6.4.

Der Kläger behauptet nicht, dass er nach der Schliessung seiner Praxis eine Erwerbstätigkeit als praktischer Arzt in unselbständiger Stellung ausgeübt hätte. Die Frage, ob das in der Versicherungspolice umschriebene Risiko auch eine unselbständige Erwerbstätigkeit umfasst, kann deshalb offen gelassen werden. Auf das Vorbringen des Klägers, wonach er nach Treu und Glauben davon ausgehen dürfe, dass er in seinem Beruf als praktischer Arzt sowohl in selbständiger als auch in unselbständiger Stellung gegen Arbeitsunfähigkeit versichert sei (Klage Rz. 30; Replik Rz. 19 f.), braucht deshalb nicht weiter eingegangen zu werden.

3.7.

Zusammenfassend geht sowohl aus dem Wortlaut von Art. A5 AVB, dem verfolgten Zweck der Krankentaggeldversicherung als auch den übrigen Bestimmungen des Vertrags hervor, dass ein Versicherungsschutz nur besteht, solange die versicherte Person einer Erwerbstätigkeit nachgeht. Vorliegend hat der Kläger unbestrittenermassen spätestens am 8. August 2017 seine selbständige Erwerbstätigkeit beendet und in der Folge auch keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen. Zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit am 1. September 2017 bestand somit gemäss Art. A5 AVB

kein Versicherungsschutz. Entsprechend besteht kein Anspruch des Klägers auf Taggeldleistungen gegenüber der Beklagten.

4.

4.1.

Nach dem Dargelegten ist die Klage abzuweisen.

4.2.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 114 lit. e ZPO).

4.3.

4.3.1.

Nach Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten, zu welchen die Parteientschädigung gehört (Art. 95 Abs. 1 lit. b ZPO), der unterliegenden Partei auferlegt. Als Parteientschädigung werden der Ersatz notwendiger Auslagen, die Kosten einer berufsmässigen Vertretung sowie in begründeten Fällen eine angemessene Umtriebsentschädigung, wenn eine Partei nicht berufsmässig vertreten ist, erstattet (Art. 95 Abs. 3 ZPO).

4.3.2.

Im Hinblick darauf, dass auf Seiten der obsiegenden Beklagten bei ihr angestellte Rechtsanwälte und Juristen prozessieren, ist der Beklagten ermessensweise eine pauschale Umtriebsentschädigung in der Höhe von Fr. 1'000.00 zuzusprechen.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Klage wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Der Kläger wird verpflichtet, der Beklagten eine Parteientschädigung von Fr. 1'000.00 zu bezahlen.

Rechtsmittelbelehrung für die Beschwerde in Zivilsachen (Art. 72 ff., Art. 90 ff. BGG)

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen**, von der schriftlichen Eröffnung der vollständigen Ausfertigung des Entscheides an gerechnet, die Beschwerde an das Schweizerische Bundesgericht erhoben werden.

Die Beschwerde ist schriftlich oder in elektronischer Form beim **Schweizerischen Bundesgericht, 1000 Lausanne 14** einzureichen. Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschriften bzw. eine anerkannte elektronische Signatur zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht (Art. 95 ff. BGG) verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in den Händen hat; ebenso ist der angefochtene Entscheid beizulegen (Art. 42 BGG).

Aarau, 11. Oktober 2024

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Gössi

Güntert