

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20070313_d_ag_o_01 vom 13. März 2007

FINMA Versicherungsrecht, 2007-03-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20070313_d_ag_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20070313_d_ag_o_01 du 13 mars 2007

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20070313_d_ag_o_01 del 13 marzo 2007

Erwägungen

E. 3

Kammer VKL.2005.64 / us / fi Art. 64 Urteil vom 13. März 2007 Besetzung Kläger Oberrichterin Plüss, Präsidentin Oberrichterin Briner Oberrichter Fehr Gerichtsschreiber Schmidhauser ORG Bemerkung: 18, JUNI 2009 SB Beklagte Gegenstand Klageverfahren betreffend KVG / W G (Krankentaggeld)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten: 1. Der 1950 geborene, verheiratete | 0 B B H I P ' ^ ^ ^ ^ ^ ' ^ ^ ^ ^ 1. Januar 1997 bei der |ggj|^|p|j|||gp^pppp(^jpp Folgenden: flflf^) über die Firma • H H ^ H H H I I ^ im Rahmen der Krankentaggeldversiche- rung " • • m ^ " nach dem Versicherungsvertragsgesetz (WG) für ein Taggeld von 80% des versicherten Lohnes ab dem 61. Krankheitstag versichert. Seit dem 26. Oktober 2001 wurde er infolge eines chronischen Lendenwirbelsäulenschmerzsyndroms bei Bandscheibenvordrängen zu 100 % arbeitsunfähig gemeldet und bezog in der Folge Krankentaggelder. Nach Überprüfung der medizinischen Unterlagen und nach Rücksprache mit ihrem Vertrauensarzt kam die ^//fff^ zum Schluss, dass der Versi- cherte für eine wechselbewegliche, leichte, körperliche und rücken- schonende Tätigkeit zu 100 % vermittelbar sei. Am 9. August 2002 erliess sie gegenüber dem Versicherten einen entsprechenden Entscheid, worin sie feststellte, er erhalte nach einer viermonatigen Anpassungszeit bis zum 9. Dezember 2002 ein volles Krankentaggeld, ab dem 10. Dezember 2002 werde das Taggeld dagegen eingestellt. 2. 2.1. Mit - an das Bezirksgericht I H H H H J ^ gerichteter - Klage vom 31. Oktober 2003 liess der Versicherte folgende Rechtsbegehren stellen: " Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Klâger die vertraglichen Kranken- versicherungstaggeldleistungen auszuzahlen: - vom 10. Dezember 2002 bis zum 5. Januar 2003, 27 Tage à Fr. 127.00 mit Fr.3'429.00; - vom 26. Februar 2003 bis zum 30. Juni 2003, 125 Tage à Fr. 127.00 mit Fr. 15'875.00; - vom 1. Juli 2003 bis zum 31. Oktober 2003 (oder bis Ende der Leis- tungspflicht Oder bis zur Erlangung der vollen Erwerbsfähigkeit) mind. Fr. 63.50 pro Tag mit mindestens Fr. 7'810.50; alles zuzüglich Verzugszins zu 5 % seit Verfalltag. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen." Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, der Klâger sei bei der i

E. 3.1

Nach einer Würdigung der ins Recht gelegten Akten ist - angesichts der vorliegenden unterschiedlichen Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen - auf die umfassenden und schlüssigen Arztberichte des Kantonspitals 0 / t ^ vom 3. April 2003 sowie der RehaClinic m | ^ vom 3. September 2003 abzustellen, wonach der Klâger aufgrund seiner Rückenbeschwerden un- bestrittenermassen seit dem 26. Oktober 2001 zu 100 % arbeitsunfähig ist und diese Arbeitsunfähigkeit durchgehend bis zum 30. Juni 2003 dauert. Das Kantonsspital d j l p ^

verlängerte die vollständige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zwar nur bis zum 1. Mai 2003 und gab an, danach sei eine Arbeit aus rein rheumatologischer Sicht mit leichter Rückenbelastung möglich; es wies jedoch darauf hin, eine Neubeschäftigung sei erst nach der stationären Therapie in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik möglich mit multimodaler Therapie möglich (vgl. Enw. Ziff. 2.4. hier). Die RehaClinic d. H., in welcher der Kläger vom 20. Mai bis 5. Juni 2003 hospitalisiert war, attestierte daraufhin eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 20. Mai bis 30. Juni 2003 und danach eine solche von 50 % ab 1. Juli 2003 für leichte bis mittelschwere Arbeiten (vgl. Enw. Ziff. 2.6. hier). Auf diese Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen ist abzustellen, da der Kläger in beiden Kliniken hospitalisiert war (vom 6. Januar bis 5. Februar 2003 und vom 20. Mai bis 5. Juni 2003) und diese Berichte daher die zuverlässigere Grundlage darstellen als die älteren Berichte des Kantonsspitals, Rheumaklinik, vom 18. Juli 2002 und die Angaben des Vertrauensarztes der Beklagten vom 6. August 2002, wonach der Kläger bereits seit Juli bzw. August 2002 für eine rückschonende, leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Tragen von schweren Lasten vollumfänglich arbeitsfähig sein soll (vgl. Enw. Ziff. 2.2. und 2.3. hier). Diese Einschätzung steht im Übrigen auch im Einklang mit dem Einspracheentscheid des AWA vom 9. September 2003, welches feststellte, dass der Kläger

E. 3.2

Aus der Aufstellung der Beklagten über die vom Kläger bereits bezogenen Taggelder geht hervor, dass dieser bis zum 25. Februar 2003 bereits 427 Taggelder bezogen hat. Demnach besteht zum Höchstanspruch von 730 Tagen eine Differenz von 303 Taggeldern. Demnach hätte der Kläger in den eingeklagten Zeiträumen vom 10. Dezember 2002 bis 5. Januar 2003 (27 Taggelder zu Fr. 127.-), vom 26. Februar bis 30. Juni 2003 (125 Taggelder zu Fr. 127.-) und vom 1. Juli 2003 bis zum 31. Oktober 2003 (123 Taggelder zu Fr. 63.50) Anspruch auf insgesamt 275 Taggelder bzw. auf Krankentaggeldleistungen in Höhe von Fr. 3'429.-, Fr. 15'875.- und Fr. 7'810.50, somit auf insgesamt Fr. 27'114.50. Im vorliegenden Fall kann den oben wiedergegebenen zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) der Beklagten für die "HBR-Taggeldversicherung" kein Verfalltag entnommen werden. Mangels einschlägiger Vorschriften im Versicherungsvertragsgesetz (VG) ist die Verzinsungsfrage nach Massgabe von Art. 102 OR zu beantworten (vgl. nicht pubi.

-13 Urteil des Bundesgerichts vom 14. Mai 2001 [5C.57/2001], Erw. 2a mit Hinw.). Ob hier ein Verfalltaggeschäft nach Art. 102 Abs. 2 OR vorliegt, oder ob von einem Mahngeschäft im Sinne von Art. 102 Abs. 1 OR auszugehen ist, kann offen bleiben, wie im Folgenden noch aufzuzeigen ist. Die Frage, ab welchem Zeitpunkt Anspruch auf einen Verzugszins von 5% auf dem vorerwähnten Betrag von Fr. 27'114.50 besteht, braucht nicht beantwortet zu werden.

E. 3.3

Den dem Gericht nachgereichten Verfügungen der SVA Aargau, IV-Stelle, vom 26. Januar und 2. Februar 2006 kann entnommen werden, dass dem Kläger rückwirkend ab 1. Oktober 2002 aufgrund eines Invaliditätsgrads von 65 % eine halbe Invalidenrente und mit Wirkung ab 1. Januar 2004 bis auf weiteres eine Dreiviertelsrente (4. IV-Revision) zugesprochen wurde. Die gegen die erwähnten Rentenverfügungen erhobene Einsprache wies die IV-Stelle mit Einspracheentscheid vom 6. Oktober 2006 ab. Die in der Folge am 9.

November 2006 beim aargauischen Versicherungsgericht anhängig gemachte Beschwerde zog der Kläger mit Schreiben vom 19. Januar 2007 zurück, worauf das Beschwerdeverfahren mit Beschluss vom 23. Januar 2007 als durch Rückzug der Beschwerde erledigt von der Kontrolle abgeschrieben wurde (VBE.2006.736). Demnach stehen dem Kläger definitiv Rentenbeträge der IV seit dem 1. Oktober 2002 bis auf weiteres zu.

E. 3.4

Anspruch auf Taggeldleistungen besteht nur in dem Masse, als der versicherten Person kein Versicherungsgewinn erwächst. Als Versicherungsgewinn gelten die Leistungen, welche die Deckung des Einkommensausfalles der versicherten Person übersteigen. Die versicherte Person hat den Nachweis von ungedecktem Einkommensausfall zu erbringen, ansonsten kein Anspruch auf Taggeldleistungen besteht (vgl. Ziff. 11.1 und

E. 4

^ ' nach W G . Gleichzeitig teilte sie ebenfalls mit, die IV-Stelle habe dem Kläger mit Verfügungen vom 26. Januar und 2. Februar 2006 rückwirkend ab 1. Oktober 2002 bis 31. Dezember 2003 eine halbe Rente und ab 1. Januar 2004 bis auf weiteres eine Dreiviertelrente zugesprochen. Ausserdem reichte sie die vom Gericht verlangten Unterlagen ein. 2.13. Die IV-Stelle wies die Einsprache des Klägers gegen ihre Verfügung vom 2. Februar 2006, worin ihm aufgrund eines Invaliditätsgrads von 65 % rückwirkend ab 1. September 2003 eine halbe Rente und ab 1. Januar 2004 bis auf weiteres eine Dreiviertelrente zugesprochen worden war, mit Einspracheentscheid vom 6. Oktober 2006 ab. Die dagegen beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau erhobene Beschwerde vom

- 6 -

E. 9

November 2006, worin die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids sowie weitere Abklärungen hinsichtlich der Restenwerbsfähigkeit veriangt wurden, zog der Kläger mit Schreiben vom 19. Januar 2007 vorbehaltlos zurück. Demgemäss wurde das Beschwerdeverfahren mit Beschluss vom 23. Januar 2007 als durch Rückzug der Beschwerde erledigt von der Kontrolle abgeschrieben (VBE.2006.736). Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung: 1. 1.1. Gemäss bisheriger Praxis des Versicherungsgerichts war für Klagen betreffend Krankentaggeldversicherungen nach W G nicht das Versicherungsgericht, sondern das Zivilgericht zuständig (vgl. publizierter Fall in AGVE 2001 103f mit Hinweisen). Begründet wurde diese Praxis insbesondere damit, dass es sich bei der Taggeldversicherung nach W G um ein rein privatrechtliches Rechtsverhältnis und nicht um eine Sozialversicherung handle, im 2. Titel des KVG wurden die Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgelistet und im 3. Titel die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG geregelt; darin nirgends geregelt seien die weitergehenden Taggeldversicherungen (nach WG), weshalb diese auch nicht als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung gelten konnten. An dieser Praxis konnte aus folgenden Gründen nicht mehr festgehalten werden: Die in Art. 12 KVG genannten Zusatzversicherungen sollen den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des KVG, in welchem nur die gesetzlich vorgesehenen Leistungen erbracht werden dürfen (Art. 34 Abs. 1 KVG), durch Krankenpflegeleistungen nach den persönlichen Wünschen und Bedürfnissen der Versicherten ergänzen (Alfred

Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 132; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Koller/Müller/Rhinow/Zimmerli, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], S. 30). Die Taggeldversicherung nach KVG legt eine Mindestdauer für die Auszahlung der Taggelder (Art. 72, 74 KVG), jedoch keinen Mindestbetrag fest. Es entspricht daher einer verbreiteten Praxis der Krankenversicherer, die soziale Taggeldversicherung auf einen bestimmten Höchstbetrag (von 6, 10 oder 30 Franken) zu beschränken und einen weitergehenden Versicherungsschutz ausschliesslich im Rahmen von Zusatzversicherungen nach W G anzubieten. Diese Praxis ist in der Literatur verbreitet auf Kritik gestossen (Maurer, a.a.O., S. 113; Eugster, SBJV, Rz. 359; Ueli Kieser, Die Stellung der Nichtenwerbstätigen in der freiwilligen Taggeldversicherung, in: Jean-Louis Duc (Hrsg.), LAMal-KVG, Lausanne 1997, S. 600f), wurde vom Eidgenössischen Versicherungsgericht aber als gesetzmässig anerkannt (BGE 126 V 494 f). Neben der tiefen Taggeldsumme, welche den tat-

sachlichen Erwerbsausfall nicht deckt, besteht bei der Taggeldversicherung nach KVG zudem die Pflicht, Taggelder immer auch bei Mutterschaft auszusahlen (Art. 72 Abs. 1 KVG). Des Weiteren dürfen Vorbehalte der Versicherer wegen vorbestehender Krankheiten in der sozialen Taggeldversicherung nicht länger als fünf Jahre ihre Geltung behalten, danach fallen sie automatisch dahin (Art. 69 Abs. 2 KVG). Um den Bedürfnissen von Versicherern und Versicherungsnehmern, insbesondere dem Interesse der Versicherten, ihren Verdienstaufschlag bei einer Krankheit oder Mutterschaft über eine längere Zeit und in einem höheren Ausmass zu decken, als dies die Taggeldversicherung nach KVG vorsieht, gerecht zu werden, bieten die dazu zugelassenen Versicherungsgesellschaften Krankentaggeldversicherungen nach W G an. Diese Taggeldversicherung beruht auf dem Grundsatz der Vertragsfreiheit und erlaubt daher im Rahmen des W G einen grossen Gestaltungsfreiraum, so im Besonderen im Bereich der Versicherungsvorbehalte und der Vertragsfreiheit, der Prämiengestaltung, des Versicherungsfalles, etc. Mit der privatrechtlichen Krankentaggeldversicherung, die eine eigenständige Versicherung darstellt, können die Bedürfnisse nach einer eigentlichen Absicherung des Erwerbsausfalles in Folge von Krankheit, Mutterschaft und subsidiär Unfall abgedeckt werden, für die die soziale Krankenversicherung mit ihrer Ausgestaltung im KVG nur eine ungenügende Deckung gewährleistet (vgl. dazu Gebhard Eugster, Zum Leistungsrecht der Taggeldversicherung nach KVG, in: Jean-Louis Duc (Hrsg.), LAMal-KVG, Lausanne 1997, S. 509 f, Alfred Maurer, a.a.O., S. 110). Entsprechend oft sind Erwerbstätige daher sowohl über ihren Arbeitgeber einer Taggeldversicherung nach KVG unterstellt als auch privat mit einer Krankentaggeldversicherung nach W G abgedeckt. Die Taggeldversicherung nach W G ist entgegen der bisherigen Auffassung somit als Ergänzung der sozialen Krankenversicherung im Bereich des Erwerbsausfalles, mithin als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung zu bezeichnen. 1.2. Eine solche Zuordnung rechtfertigt sich auch aus Gründen der Rechtssicherheit sowie der Einheit der Rechtsprechung. So ist die Rechtsgleichheit nicht gewährleistet, wenn die zivilrechtlichen Verfahren aus Krankenzusatzversicherungen anders behandelt und beurteilt werden als diejenigen, die aus Streitigkeiten betreffend Taggeldversicherung nach KVG entstehen, für welche nicht das Zivilgericht sondern das Versicherungsgericht sachlich zuständig ist. Da es sich beim (Sozial-)Versicherungsrecht um eine komplexe, eigenständige Materie handelt, wurde dafür als spezialisiertes Gericht das Versicherungsgericht geschaffen. Durch diese Spezialisierung besteht am Versicherungsgericht damit ein höheres Praxiswissen und Know-how in diesem Rechtsbereich, als dies an den Zivilgerichten möglich ist. Sowohl

bei den Taggeldversicherungen nach KVG als auch den Krankentaggeldversicherungen nach W G geht es aber in aller

Regel um sehr ähnliche respektive die gleichen Rechtsfragen, so beispielsweise um die Beurteilung der (Rest-)Arbeitsfähigkeit. Nicht zuletzt um die Einheit der Rechtsprechung im Taggeldversicherungsbereich zu gewährleisten, rechtfertigt es sich deshalb, die bisherige Praxis des Versicherungsgerichts zu ändern und die sachliche Zuständigkeit für die Krankentaggeldversicherungen nach W G zu bejahen. Es gilt demnach festzuhalten, dass die Krankentaggeldversicherungen nach W G als Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu werten sind und als solche in den Zuständigkeitsbereich des Versicherungsgerichts gehören (Art. 32 Abs. 2 EG KVG; vgl. Beschluss des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau, 4. Kammer, vom 20. September 2005 [VKL.2005.48], Enw. 3 und 4; vgl. auch rechtskräftiges Urteil des aargauischen Versicherungsgerichts, 4. Kammer, vom 21. März 2006 [VKL.2005.48], Enw. 1). Auf die Klage vom 31. Oktober 2003 ist somit einzutreten. 2. 2.1. Der Kläger ist seit dem 1. Januar 1997 bei der [^]m i [^] im Rahmen einer Krankentaggeldversicherung nach W G für ein Taggeld von 80 % des versicherten Lohnes ab dem 61. Krankheitstag versichert. Seit dem 26. Oktober 2001 wurde er infolge eines chronischen Lendenwirbelsäulenschmerzsyndroms bei Bandscheibenvordrängen zu 100% arbeitsunfähig gemeldet und bezog in der Folge Krankentaggelder der Bekiagten. Diese Vorgänge werden von keiner Seite bestritten. Die ⁴ kam mit Entscheid vom 9. August 2002 jedoch zum Schluss, nach Überprüfung der medizinischen Unterlagen und nach Rücksprache mit ihrem Vertrauensarzt sei der Kläger für eine wechselbewegliche, körperlich leichte und rückschonende Tätigkeit zu 100% vermittelbar. Nach einer Anpassungszeit von vier Monaten, während der ihm das volle Krankentaggeld gewährt werde, erhalte er ab dem 10. Dezember 2002 kein Taggeld mehr. Der Kläger lässt demgegenüber geltend machen, es seien ihm vom

E. 10

Dezember 2002 bis zum 5. Januar 2003 27 Krankentaggelder zu Fr. 127.-, somit Fr. 3'429.-, vom 26. Februar bis zum 30. Juni 2003 125 Krankentaggelder zu Fr. 127.-, somit Fr. 15'875.-, und vom 1. Juli bis zum 31. Oktober 2003 (oder bis zum Ende der Leistungspflicht oder bis zur Erlangung der vollen Erwerbsfähigkeit) mind. Fr. 63.50 pro Tag, somit mind. Fr. 7'810.50, alles zuzüglich Verzugszinsen von 5 % seit Verfalltag, zu bezahlen. Wie erwähnt, handelt es sich beim vorliegenden Versicherungsvertrag um eine Krankentaggeldversicherung nach W G. Entsprechend ist der Versicherer in der Ausgestaltung der Taggeldversicherung frei. Im vorliegenden Fall sind die Bestimmungen des W G sowie die zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) der Bekiagten für die " • H f l [^] Taggeld-

versicherung" (Ausgabe 1. Januar 1997/98/99) massgebend. Gemäss Ziff. 1 ZVB deckt die Taggeldversicherung "WÉÊÊ[^]" bis zur Höhe des versicherten Taggeldes den nachgewiesenen Einkommensausfall, der durch eine krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit entsteht. Nach Ziff. 2.1 ZVB können wahlweise die Risiken Krankheit und/oder Unfall abgeschlossen werden, wobei eine Leistungsdauer von maximal 730 Kalendertagen pro Schadenfall möglich ist (Ziff. 2.2b ZVB). Die Taggeld-Versicherung erlischt automatisch, wenn die maximale Leistungsdauer erreicht ist oder bei Aufgabe der Enwerbstätigkeit (Ziff. 5.2 ZVB). Anspruch auf Leistungen besteht bei nachgewiesenem Einkommensausfall und bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 %. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer Krankheit oder

eines Unfalles vorübergehend oder dauernd nicht mehr fähig ist, ihren Beruf oder eine andere ihr zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Zumutbar ist eine andere Tätigkeit dann, wenn sie den Kenntnissen, Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person angemessen ist (Ziff. 6 ZVB). Der Anspruch auf Taggelder beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist (Ziff. 8.1 ZVB), wobei Wartefristen von 30 und mehr Tagen an die maximale Leistungsdauer gemäss Ziff. 2 ZVB angerechnet werden (Ziff. 9.1 ZVB). Das Taggeld wird grundsätzlich bei ärztlich bestätigter teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet (Ziff. 10.1 ZVB). Anspruch auf Taggeldleistung besteht nur in dem Masse, als der versicherten Person kein Versicherungsgewinn erwächst. Als Versicherungsgewinn gelten die Leistungen, welche die Deckung des Einkommensausfalles der versicherten Person übersteigen (Ziff. 11.1 ZVB). Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Klägers gilt es Folgendes festzustellen: 2.2. Aus dem Bericht des Kantonsspitals • f l P Rheumaklinik (Dr. med. f l l P l Klinikleiter ad interim; Dr. med. ^ l ^ Assistenzarzt) vom 18. Juli 2002 geht folgende Diagnose hervor: "chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Bandscheibenprotrusion L4/5 + L5/S1". Im Weiteren wurde ausgeführt, die Prognose sei ungewiss und bis Mitte Juli 2002 erfolge eine Physiotherapie. Beim Heilungsverlauf seien psychosoziale Rehabilitationshindernisse nicht ausschliessbar. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 12. März 2002; ein Arbeitsversuch zu 50 % vom

E. 11

März 2002 sei wegen der Schmerzen gescheitert. Im angestammten Beruf (Mitarbeiter Giesserei) sei der Patient nicht arbeitsfähig. Eine leichtere Tätigkeit könne ihm jedoch ab sofort zu 100 % zugemutet werden. Es müsse sich dabei um rückschonende Arbeiten mit Wechselbelastungen, sowohl sitzend als auch stehend, handeln. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den morphologischen Befunden und den Beschwerden (vgl. Klageantwortbeilage [KAB] 2).

-10 2.3. Der Vertrauensärztliche Dienst der Beklagten, Dr. med. FMH für Rechtsmedizin, gab in seinem Bericht vom 6. August 2002 an, mit der Wiedererlangung der vollen oder zumindest teilweisen Arbeitsfähigkeit des Klägers in seinem bisherigen Beruf als Giesser sei nicht zu rechnen. Im Weiteren führte er aus, aufgrund der vorliegenden Untersuchungen müsse von einer stabilen, chronifizierten Situation ausgegangen werden. Für rückschonende, leichte und wechselbelastende körperliche Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von schweren Lasten, sitzend und stehend, bestehe dagegen ab sofort eine volle Arbeitsfähigkeit (KAB 3). 2.4. Im Bericht des Kantonsspitals 4 1 ^ ^ Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, I B ^ i vom 3. April 2003, in welcher der Kläger vom 6. Januar bis 5. Februar 2003 hospitalisiert war, wurde im Wesentlichen ausgeführt, in gemeinsamer Absprache werde der Patient vom Hausarzt Dr. med. f f l ^ nochmals in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik 0 / / / / ^ für eine stationäre Therapie angemeldet, welche auch eine multimodale Therapie mit psychiatrischer Hilfe beinhalte. Es bestehe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit seit dem 30. Oktober 2001, welche bis zum 1. Mai 2003 verlängert worden sei. Danach sei eine Arbeit aus rein rheumatologischer Sicht mit leichter Rückenbelastung möglich, jedoch seien die Kontextfaktoren bei dieser Beurteilung nicht berücksichtigt. Eine Neubeschreibung sei somit erst nach der stationären Therapie in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik mit multimodaler Therapie möglich (vgl. Klagebeilage [KB] 3). 2.5. Laut den ärztlichen Zeugnissen des Hausarztes Dr. med. ^ H U l Allgemeine Medizin,

^ H B B ^ vom 7. Juni, 8. Juli, 14. August, 12. September und 15. Oktober 2003 besteht beim Kläger vom 1. Juni bis 31. Oktober 2003 durchgehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (KB 4a bis e). 2.6. Die RehaClinic H H B ^ bestätigte in ihrem Arbeitsfähigkeitszeugnis vom 3. September 2003, dass der Kläger dort vom 20. Mai bis 5. Juni 2003 hospitalisiert gewesen sei; es seien Arbeitsunfähigkeiten von 100 % vom 20. Mai bis 30. Juni 2003 und von 50 % ab 1. Juli 2003 für leichte bis mittelschwere Arbeiten ausgestellt worden. Im Weiteren wurde ausgeführt, die weitere Auslegung der Arbeitsfähigkeit sollte durch den Hausarzt Dr. m e d . ^ H P bzw. die Rheumaklinik des Kantonsspitals ^Hlerfolgen (KB 5). 2.7. Im Einspracheentscheid des kantonalen Amtes für Wirtschaft und Arbeit (AWA) vom 9. September 2003 wurde die Vermittlungsfähigkeit des Klà-

-11 - gers ab 1. Juli 2003 zu 50 % bejaht. Im Weiteren wurde im Wesentiichen ausgeführt, es sei erstellt, dass der Versicherte vom 26. Oktober 2001 zumindest bis am 30. Juni 2003 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit aufzuweisen gehabt habe, ab dem 1. Juli 2003 zu 50 % für leichte bis mittel- schwere Arbeit als arbeitsfähig bezeichnet werde und damit ab diesem Datum auch wieder zu 50 % vermittelbar sei. Sollte sich sein Gesund- heitszustand gemäss Arztzeugnis weiterhin verbessern, könnte seine Vermittlungsfähigkeit im gleichen Umfang auch wieder angepasst werden (KB 5). 2.8. Dr. med. ^ | | ^ bestätigte in seinen ärztiichen Zeugnissen vom 13. No- vember, 10. Dezember 2003 und 15. Januar 2004 auch eine durchge- hende vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. November 2003 bis 31. Ja- nuar 2004 (vgl. Replikbeilage [RB] 2a bis c). 3.

E. 11.2

ZVB). Die IV-Stelle sprach dem Klàger mit rechtskräftiger Verfügung vom 26. Januar 2006 bzw. Einspracheentscheid vom 6. Oktober 2006 Renten- betreffenisse von monatiich Fr. 884.- (1. Oktober bis 31. Dezember 2002) und Fr. 906.- (1. Januar bis 31. August 2003) zu, was zu einer Überent- schädigung des Klàgers führte. Auf der vorerwähnten Rentenverfügung der IV-Stelle wurde bei der Abrechnung vermerkt, d i e f l H f l f l f l l l H ^ ^ H ^ P I I I ^ habe mitgeteilt, dass für die Zeit vom 1. Oktober 2002 bis 31. August 2003 eine Überentschädigung von Fr. 3'461.50 bestehe. Diese Überentschädigung sei mit der Nachzahlung verrechnet worden und der Betrag von Fr. 3'461.50 sei direkt an <^@ f H H H H H j j ^ H H j j ^ B ^ überwiesen worden. Da bereits die bisherige unbestrittene Taggeldaus- richtung der Bekiagten (im Zeitraum vom 1. November 2001 bis 25. Feb- ruar 2003) zusammen mit der nun rückwirkend zugesprochenen IV-Rente

E. 12

vom 26. Oktober 2001 zumindest bis zum 30. Juni 2003 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit aufzuweisen gehabt habe und ab dem 1. Juli 2003 im Umfang von 50 % für leichte bis mittelschwere Arbeit als arbeitsfähig be- zeichnet werde und damit ab diesem Datum auch wieder zu 50 % ver- mittelbar sei (vgl. Erw. Ziff. 2.7. hievor). Auf die anders lautenden ärzfii- chen Zeugnisse des Hausarztes, wonach der Klàger durchgehend vom 1. Juni 2003 bis 31. Januar 2004 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sein soil, kann nicht abgestellt werden, zumai diese Arbeitsunfähigkeitsbe- scheinigungen mit keinem Wort erieüttert werden und ihnen daher nicht annähernd der gleiche Beweiswert wie den vorenwéhnten Klinikberichten zuerkannt werden kann. Demnach hätte der Klàger auch in den fraglichen Zeiträumen vom 10. Dezember 2002 bis 5. Januar 2003 und vom 26. Februar bis 30. Juni 2003 Anspruch auf voile Krankentaggelder der Bekiagten. Bei der Anspruchsberechtigung

des Klägers auf Krankentaggeldleistungen der Bekiagten ab 1. Juli 2003 mit einer bisher ausgewiesenen Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte bis mittelschwere Arbeiten verhält es sich wie folgt: Nach den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) " d H I I I ^ Taggeldversicherung" (Ausgabe 1. Januar 1997/98/99) der Bekiagten wird das Taggeld grundsätzlich bei ärztlich bestätigter teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet (Ziff. 10.1 ZVB). Nach der seit dem 1. Januar 2003 gültigen "Versicherungspolice W G " der Bekiagten hat der Kläger bei Krankheit ein Taggeld von Fr. 127.- während einer Leistungsdauer von 730 Tagen (bei einer Wartefrist von 60 Tagen) zu Gute. Demnach stünde ihm ab 1. Juli 2003 bei einer Arbeits(un)fähigkeit von 50 % ein hälftiges Taggeld von Fr. 63.50 zu.

E. 14

Mai 2001 i.S. A. [5c57/2001]). Das Versicherungsgericht erkennt:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.