

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20110119_d_sz_o_01 vom 19. Januar 2011

FINMA Versicherungsrecht, 2011-01-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20110119_d_sz_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20110119_d_sz_o_01 du 19 janvier 2011

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20110119_d_sz_o_01 del 19 gennaio 2011

Erwägungen

E. 3

Ziff. 1.1 der Klageantwort zudem, auf die Klage sei mangels sachlicher Zuständigkeit nicht einzutreten. Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung: 1.1 Streitigkeiten aus Versicherungsvertrag sind privatrechtlicher Natur und grundsätzlich durch Zivilgerichte zu entscheiden (vgl. Gerhard Stoessel, in: Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, VVG, herausgegeben von Honsell/ Vogt/ Schnyder, Basel 2001, N 16 mit Hinweisen). Demgegenüber gehören Streitigkeiten aus dem Bereich der Sozialversicherungen zum öffentlichen Recht und werden durch das kantonale Versicherungsgericht (bzw. im Kanton Schwyz durch das Verwaltungsgericht) entschieden (vgl. Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; § 16 Abs. 2 der kantonalen Justizverordnung vom 18. November 2009 [JV; SRSZ 231.110]; Kieser, Sozialversicherungsrecht, Zürich 2008, N 8/13). 1.2 Eine Besonderheit besteht für Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Derartige Zusatzversicherungen unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG; SR 221.229.1) und sind ebenfalls privatrechtlicher Natur (vgl. BGE 4A_39/2009 vom 7.4.2009 Erw. 1.1). Für Streitigkeiten aus solchen Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG sehen die Kantone gemäss Art. 85 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (VAG; SR 961.01) ein einfaches und rasches Verfahren vor, in dem der Richter den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 360 Erw. 5b, 125 V 195 Erw. 2, je mit Hinweisen). Dieser im Sozialversicherungsprozess allgemein gültige Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gelangt auch im Klageverfahren betreffend Leistungen aus der Zusatzversicherung zur Anwendung (Christine Grünig, Verfahrensfragen in der Krankenversicherung, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Hrsg. Hans-Jakob Mosimann, Zürich 2001, S. 193 mit Hinweisen).

E. 4

1.3 Die soziale Krankenversicherung umfasst die obligatorische Krankenpflege- und eine freiwillige Taggeldversicherung (siehe Art. 1a Abs. 1 KVG). Die Zusatzversicherungen

bezwecken, die soziale Krankenversicherung nach den Wünschen des Versicherten zu ergänzen. Sie sind sog. Komplementärversicherungen (vgl. Maurer/ Scartazzini/ Hürzeler, Bundessozialversicherungsrecht, 3.A., Basel 2009, § 15 KVG, Rz. 218). Soweit kombinierte Versicherungen mit verschiedenen Elementen vorliegen, können sie dann als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung gelten, sofern die die Krankenversicherung ergänzenden Elemente deutlich überwiegen, mithin gleichsam das Schwergewicht des Vertrages bilden (vgl. Maurer/ Scartazzini/ Hürzeler, a.a.O., Rz. 219). Diese Unterscheidung ist im Hinblick auf das anwendbare Verfahren von Bedeutung (siehe dazu nachfolgend).

1.4 Um zu verhindern, dass die Prozesswege für die KVG-Versicherung und für die VVG-Zusatzversicherungen auseinanderfallen (was mit Nachteilen insbesondere für den Versicherten verbunden wäre), wurde bei den parlamentarischen Beratungen im Ständerat vorgeschlagen, dass die Kantone das gleiche Gericht für die KVG- und die Zusatzversicherungsprozesse bestimmen sollten (vgl. Maurer/ Scartazzini/ Hürzeler, a.a.O., § 15 KVG, Rz. 227 mit Hinweisen auf das Amtl. Bul. StR 1993 S. 1095 und NR 1993 S. 1896). Der schwyzerische Gesetzgeber hat diese Anregung aufgegriffen und in § 13 Abs. 2 des kantonalen Gesetzes über die Prämienverbilligung in der Krankenpflegeversicherung in der bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung (aPVG) bzw. in § 24 Abs. 2 PVG in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung (SRSZ 361.100) normiert, dass das Verwaltungsgericht für die Entscheidung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach den Bestimmungen über das verwaltungsgerichtliche Klageverfahren zuständig ist (siehe auch EGV-SZ 2001, Nr. B 3.4, S. 66ff.; EGV-SZ 2003, Nr. B 3.1; VGE I 2008 159 vom 20.11.2008, Erw. 1.1).

1.5 Massgebend für die Beurteilung der Frage, ob es sich bei einer Versicherung um eine "Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung" im Sinne von Art. 85 Abs. 2 VAG handelt, ist deren Zweck (A. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 132). Eine Krankentaggeldversicherung, d.h. eine Versicherung für den Lohnausfall, hat vom Zweck der Versicherung her gesehen einen Zusammenhang mit der sozialen Krankenversicherung, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung umfasst (Art. 1 KVG). Dass die Krankentaggeldversicherung in mancherlei Hinsicht Bezug auf das Arbeitsverhältnis nimmt, ist für die Qualifikation unerheblich, gilt

E. 4.1

Gegenstand der zwischen der ehemaligen Arbeitgeberin des Klägers und der Beklagten abgeschlossenen Kollektiv-Krankentaggeldversicherung nach VVG ist gemäss Art. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) die Gewährung von Versicherungsschutz für die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und, sofern vertraglich vereinbart, von Unfall und Mutterschaft (BB 2). Nachdem sich aus der Versicherungspolice nichts Gegenteiliges ergibt ist davon auszugehen, dass der Versicherungsschutz lediglich für die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit besteht (BB 1). Der Kläger behauptet denn auch nicht, aufgrund des Unfalls vom 10. März 2008 (Quetschung des linken Unterschenkels, KB 3, S. 2) Anspruch auf Leistungen gegenüber der Beklagten zu haben. Die Arbeitsunfähigkeit nach der Meniskus-Operation am rechten Knie vom 14. Dezember 2009 basiert offenbar ebenfalls auf einem Unfall (KB 3, S. 3; KB 2), weshalb daraus kein Leistungsanspruch gegenüber der Beklagten besteht. Wie die Beklagte in der Klageantwort ausführt, zahlte sie gestützt auf die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von Dr.med. D. – demnach aufgrund eines psychiatrischen Gesundheitsschadens – bis zum 14. März 2010 Krankentaggelder aus. Allerdings hat Dr.med. D. trotz zweimaliger Aufforderung der

Beklagten über den Gesundheitszustand des Klägers keine weiteren Auskünfte gegeben, weshalb die

E. 4.2

Der Kläger macht zudem nicht geltend, aufgrund einer somatischen Erkrankung über den 14. März 2010 hinaus arbeitsunfähig gewesen zu sein. Solches geht aus den Akten denn auch nicht hervor. Es ist davon auszugehen, dass sich die ab dem 15. Dezember 2009 durch Dres.med. F. und G. attestierte volle Arbeitsunfähigkeit sowie die ab dem 25. Februar 2010 durch die genannten Ärzte und den Hausarzt Dr.med. H. attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit auf ein Unfalereignis bezog, zumal dies in den entsprechenden Zeugnissen so vermerkt wurde (vgl. oben Erw. 2.1). Wie aus dem Schreiben der Suva an den Kläger vom 15. Juni 2010 hervorgeht, wurde diesem ab dem 1. Mai 2010 ein Taggeld aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 50% ausgerichtet. Im April 2010 sei eine Arbeitsunfähigkeit – gemäss den Stundenrapporten – nicht geltend gemacht worden. Die Suva führte im Schreiben weiter aus, die kreisärztliche Untersuchung habe ergeben, dass ihm mindestens eine mittelschwere Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zugemutet werden könne. Die Taggeldleistungen würden aus diesem Grund per 20. Juni 2010 eingestellt (BB 7). Das Arbeitsverhältnis zwischen der ehemaligen Arbeitgeberin und dem Kläger wurde per 30. April 2010 aufgelöst. Da der Kläger nicht in die Einzelversicherung übergetreten ist – was von diesem auch nicht behauptet wird – ist der Kläger per 30. April 2010 aus dem Kreis der versicherten Personen ausgeschieden (Art. 8.3 AVB). Die Folgen einer später allenfalls eingetretenen Arbeitsunfähigkeit, welche zur Hospitalisation in der Psychiatrischen Klinik K. führte, begründet demnach mangels Versicherungsschutz keine Leistungspflicht der Beklagten mehr. Diese hat die Leistungen aufgrund des Gutachtens von Dr.med. E. per 14. März 2010 eingestellt, wogegen sich der Kläger nach unbestrittenen Angaben der Beklagten bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses nicht gewehrt hatte. Nach dem Gesagten erfolgte die Leistungseinstellung zu Recht. 5. Zusammenfassend erweist sich die Klage als unbegründet und ist abzuweisen. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 85 Abs. 2 und 3 VAG). Der nicht anwaltlich vertretenen Beklagten ist kein ausserordentlicher Aufwand entstanden, weshalb ihr schon aus diesem Grund keine Parteientschädigung zuzusprechen ist (vgl. BGE 133 III 439, Erw. 4 S. 446 mit Hinweis). Im Übrigen würde die in Art. 85 Abs. 3 VAG angeordnete Kostenfreiheit weitgehend ihres Gehalts entleert, wenn die versicherte Person im Unterliegensfall damit rechnen muss, zwar keine Gerichtskosten, hingegen eine Parteientschädigung an den obsiegenden Privatversicherer zu bezahlen. Es rechtfertigt sich daher, den in allen Sozialversicherungszweigen geltenden Grundsatz, wonach der obsiegende Sozialversicherungsträger keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Versicherten hat, ausser bei mutwilliger und leichtsinniger Prozessführung (vgl.

E. 5

dies doch auch für die freiwillige Taggeldversicherung (= soziale Krankenversicherung). Die herrschende Lehre zählt die Krankentaggeldversicherungen zu den Zusatzversicherungen im Sinne von Art. 85 Abs. 2 VAG (A. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 131ff. insbes. S. 134). Auch der Gesetzgeber verstand unter Zusatzversicherungen gemäss Art. 85 Abs. 2 VAG Versicherungen, die ähnliche Leistungen beinhalten, wie sie von den Krankenkassen im Rahmen der Sozialversicherung erbracht wurden (Botschaft über die Krankenversicherungsrevision vom 6. November 1991 [Art. 47 Abs. 2 und 3 aVAG wurde durch das Krankenversicherungsgesetz eingefügt];

BBl 1992 I S. 93ff). Die Krankentaggeldversicherung nach VVG erbringt zweifelsohne eine ähnliche Leistung wie die freiwillige Taggeldversicherung, somit eine von den Kassen im Rahmen der Sozialversicherung angebotene Versicherung. Gleich wie die herrschende Lehre, qualifiziert auch das Bundesgericht die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung nach VVG als "Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenversicherung" und hält fest, dass auf Streitigkeiten aus der Kollektiv-Krankenversicherung Art. 85 Abs. 2 und 3 VAG anwendbar sei (Urteil vom 4.2.02: 5C.273/2001 betr. Art. 47 aVAG; vgl. auch 4A_68/2007 v. 4.6.2007 betr. kollektiver Krankentaggeldversicherung). Ebenso in seinem Entscheid 125 III 461 hielt es das Bundesgericht für selbstverständlich, dass es sich bei Kollektiv-Taggeldversicherungen nach VVG um Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung handelt und das Verfahren somit gemäss Art. 85 Abs. 2 und 3 VAG durchzuführen sei. Im Urteil 5P.359/2006 vom 8. Februar 2007 hat das Bundesgericht die Qualifikation einer (privatrechtlichen) Krankentaggeldversicherung als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung durch die kantonalen Instanzen ebenfalls nicht beanstandet. Zu denselben Ergebnissen gelangten das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich sowie das Kassationsgericht Zürich, welche privatrechtliche Kollektiv-Taggeldversicherungen als Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung qualifizieren (vgl. Beschluss des Kassationsgerichts Zürich v. 23. 6.2006; Urteile des Sozialversicherungsgerichts Zürich KK 2005.00024 v. 23.10.2006; KK 2004.00014 v. 23.5.2006; KK 2002.00016 v. 17.11. 2004). Nach dem Gesagten ist das Verwaltungsgericht demnach zur Beurteilung der vorliegenden Klage, mit welcher der Kläger Leistungen aus einer zwischen der ehemaligen Arbeitgeberin und der Beklagten abgeschlossenen, privatrechtlichen Kollektiv-Krankentaggeldversicherung nach VVG einklagt, sachlich zuständig. Da auch die übrigen Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Klage einzutreten.

E. 6

2. Aus den Akten ergibt sich zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Klägers u.a. was folgt: 2.1 Der behandelnde Psychiater Dr.med. D., Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, _____, attestierte dem Kläger ab dem 14. September 2009 (mit Ausnahme vom 15. März bis 27. April 2010) eine volle Arbeitsunfähigkeit, letztmals gemäss Akten bis zum 28. Oktober 2010 (KB 1 und 2). Dres.med. F. und G., Orthopädische Chirurgie FMH, _____, attestierten dem Kläger vom 15. Dezember 2009 bis 24. Februar 2010 eine volle Arbeitsunfähigkeit infolge Unfalls. Ab 25. Februar 2010 wurde dem Kläger eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit während voraussichtlich zwei Wochen infolge Unfalls attestiert. Vom 31. März bis

E. 9

Beklagte zu Recht eine psychiatrische Beurteilung von einem externen Gutachter (Dr.med. E.) einholte. Wie im Gutachten von Dr.med. E. nachzulesen ist, lagen diesem keine medizinischen Unterlagen vor. Die aktenkundigen psychiatrischen Berichte sind denn auch erst zu einem späteren Zeitpunkt ergangen (ab 4. Juni 2010). Der Gutachter setzte sich mit der persönlichen Anamnese, mit der Arbeits-, Familien- und Krankheitsanamnese auseinander und befragte den Kläger zum „aktuellen Krankheitsfall“, zu den aktuellen Beschwerden und zur aktuellen Situation. Es trifft demnach entgegen der Behauptung des Klägers nicht zu, dass Dr.med. E. „nichts von seinen Beschwerden hören wollte“. Aufgrund der Untersuchung kam Dr.med. E. zum Schluss, dass beim Kläger keine psychopathologischen Auffälligkeiten bestehen, weshalb er voll arbeitsfähig sei. Diese

Schlussfolgerung ist – aufgrund der fehlenden beschriebenen Befunde – nachvollziehbar und schlüssig. Was die Dauer der Begutachtung betrifft, erweist sich die Behauptung des Klägers, wonach Dr.med. E. ihn nur gerade während 15 Minuten untersucht habe, angesichts des Umfangs des Gutachtens als unglaubwürdig. Im Übrigen kommt es nicht auf die Dauer der Begutachtung, sondern auf die (vorliegend gegebene) Schlüssigkeit des Gutachtens an. Es liegen (abgesehen von den Attesten von Dr.med. D.) keine echtzeitlichen, gegenteiligen psychiatrischen Berichte in den Akten. Dr.med. D. äusserte sich erst am 4. Juni 2010, ohne aber eine konkrete psychiatrische, ICD-10 codierte Diagnose zu stellen. Auch enthält der Bericht vom 4. Juni 2010 keine Befunde und keine substantiierte Begründung der attestierten Arbeitsunfähigkeit. Bezüglich der Berichte behandelnder Ärzte ist im Übrigen bei der Beweiswürdigung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin zu seinen Patienten in einem Vertrauensverhältnis steht, weshalb er im Zweifelsfall eher zu ihren Gunsten aussagt (vgl. VGE I 2006 108 vom 17.1.2007 Erw. 4.1 mit Hinweisen auf BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc; unveröffentlichte Urteile B. vom 11.6.1997, B. vom 22.2.1994 und P. vom 22.10.1984; Plädoyer 6/94 S. 67; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: BJM 1989 S. 31; vgl. auch VGE I 2008 33 vom 25.6.2008 Erw. 1.4). Insgesamt befasst sich das Gutachten von Dr.med. E. mit allen wesentlichen Punkten, ist umfassend und einleuchtend, weshalb darauf abgestellt werden kann. Zu Recht hat die Beklagte das Bestehen einer sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden psychiatrischen Erkrankung ab dem 15. März 2010 verneint. Zu beachten ist, dass auch Dr.med. D. ab dem 15. März 2010 (bis zum 28. April 2010) von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausging (KB 1).

E. 11

126 V 143), in allen Verfahren betreffend Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung anzuwenden (vgl. auch AVGE 2009, S. 89 f.). Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

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