

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2015.00035

vom 6. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2015.00035

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2015.00035 du 6 décembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2015.00035 del 6 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1974, war seit dem 1. Oktober 2005, seit 1. März 2013 als Filialleiterin im Umfang eines Arbeitspensums von 60 %, bei der Y.____ AG, Z.____, tätig (Urk. 7/1a) und über diese im Rahmen eines kollektiven Krankenzusatzversicherungsvertrages bei der SWICA Krankenversicherung AG, Winterthur (SWICA), gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) für ein Taggeld versichert (Urk. 2/

E. 1.1

Nach Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unterliegen Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung dem VVG. Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 124 III 44 E. 1a/aa und 232 E. 2b). Nach Art. 85 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) entscheidet das Gericht privat rechtliche Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherten. Kollektive Krankentaggeldversicherungen werden vom Bundesgericht wie alle weiteren Taggeldversicherungen in ständiger Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung subsumiert (BGE 138 III 2 E. 1.1; Urteile des Bundesgerichts 4A_680/2014 vom 29. April 2015 E. 2.1; 4A_382/2014 vom 3. März 2015 E. 2 und 4A_47/2012 vom 12. März 2012 E. 2). 1.2

Das Sozialversicherungsgericht ist als einzige kantonale Gerichtsstanz für Klagen über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG zuständig (Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung, ZPO, in Verbindung mit § 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer; BGE 138 III 2), ohne dass vorgängig ein Schlichtungsverfahren durchzuführen

ist (BGE

138 III 558). 1.3

Ansprüche aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG werden ohne Rücksicht auf den Streitwert im vereinfachten Verfahren nach Art. 243 ff. ZPO beurteilt (Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO). Gemäss Art. 247 Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO stellt das Gericht im Verfahren betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG den Sachverhalt von Amtes wegen fest. Der Untersuchungsgrundsatz befreit die Parteien indessen nicht davon, bei der Feststellung des entscheidungswesentlichen Sachverhalts aktiv mitzuwirken. Sie haben die relevanten Fakten vorzubringen und die allenfalls zu erhebenden Beweismittel nach Möglichkeit zu bezeichnen (Urteil des Bundesgerichts 4A_723/2012 vom

3. April 2013 E. 3.3 mit Hinweisen). 1 .4

Art. 87 VVG gewährt demjenigen, zu dessen Gunsten die kollektive Unfall- oder Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, mit dem Eintritt des Unfalls oder der Krankheit ein selbständiges Forderungsrecht auf die Versicherungsleistungen im Versicherungsfall gegen den Versicherer (vgl. Urteil des Bundesgerichts 5C.41/2001 vom 3. Juli 2001 E. 2c; Peter Stein, Basler Kommentar VVG, Basel 2001, Art. 87 VVG N 15 ; Willy Koenig , Der Versicherungsvertrag, in: Schweizerisches Privatrecht, VII/2, Basel 1979, S. 729). 1 .5

Der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - hat die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruches (Art. 39 VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrages, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang

des Anspruchs. Den Versicherer trifft demgegenüber die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglich vorgeesehenen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen (BGE 130 III 321 E. 3.1 S. 323; Urteil 4A_393/2008 vom 17. November 2008 E. 4.1). 1 .6

Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst der beweispflichtige Anspruchsberechtigte insofern eine Beweiserleichterung, als er in der Regel nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruches darzutun hat. Allerdings kann der Versicherer im Rahmen des Gegenbeweises Indizien geltend machen, welche die Glaubwürdigkeit des Ansprechers erschüttern oder erhebliche Zweifel an seiner Schilderung erwecken. Gelingt der Gegenbeweis, dürfen die vom Anspruchsberechtigten behaupteten Tatsachen nicht als überwiegend wahrscheinlich und da mit nicht als bewiesen anerkannt werden. Der Hauptbeweis ist vielmehr gescheitert (BGE 130 III 326 E.

3.4 mit Hinweis, Urteil des Bundesgerichts 5C.146/2000 vom 15. Februar 2001 E. 4b mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung (Urteile des Bundesgerichts 4A_382/2014 vom 3. März 2015 E. 5.3 und 4A_316/2013 vom 21. August 2013 E. 6.2) kann sich, wenn der strikte Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich beziehungsweise nicht zumutbar ist, auch der Versicherer in Bezug auf Tatsachen, für welche ihm die Beweislast obliegt , auf eine Reduktion des Beweismasses auf den Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit berufen.

E. 1.7

Vorformulierte Vertragsbestimmungen sind grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen

(BGE 135 III 1 E. 2 mit Hinweisen) . Gemäss Art. 18 Abs. 1 des Obligationenrechts (OR) ist bei der Beurteilung eines Vertrages so wohl nach Form als nach Inhalt der übereinstimmende wirkliche Wille und nicht die unrichtige Bezeichnung oder Ausdrucksweise zu beachten, die von den Parteien aus Irrtum oder in der Absicht gebraucht wird, die wahre Beschaffenheit des Vertrages zu verbergen. Entscheidend ist demnach in erster Linie der übereinstimmende wirkliche Wille der Vertragsparteien und in zweiter Linie, falls ein

solcher - wie hier - nicht festgestellt werden kann, die Auslegung der Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips (BGE 140 III 391 E. 2.3; 138 III 659 E. 4.2.1 mit Hinweisen). 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 ; 138 III 659 E. 4.2.1 ; 123 III 165 E. 3a). Demnach ist der vom Erklärenden verfolgte Regelungszweck massgebend, wie ihn der Erklärungsempfänger in guten Treuen verstehen durfte und musste (BGE 140 III 391 E. 2.3; 138 III 659 E. 4.2.1 ; 132 III 24 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 4A_10/2016 vom 8. September 2016 E. 3.3).

Darauf, dass der Vertragspartner eine Vereinbarung nach Treu und Glauben in einem gewissen Sinne hätte verstehen müssen, darf sich die Gegenpartei nur beziehen, soweit sie selbst die Bestimmung tatsächlich so verstanden hat (vgl. BGE 105 II 16 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 4A_219/2010 vom 28. September 2010

E. 1, nicht publ. in: BGE 136 III 528). Die Auslegung nach dem Vertrauensprinzip kann mithin nicht zu einem normativen Konsens führen, der so von keiner der Parteien gewollt ist (Urteil des Bundesgerichts 4A_538/2011 vom 9. März 2012 E. 2.2).

E. 1.8

Schliesslich und subsidiär wird die Geltung vorformulierter Vertragsbestimmungen durch die sogenannte Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt. Nach der Unklarheitsregel sind mehrdeutige Klauseln in Versicherungsverträgen gegen den Versicherer als deren Verfasser auszulegen (BGE 122 III 118 E. 2a, 126 III 388 E.

9d). Diese Regel ist indessen erst dann anzuwenden, wenn die übrigen Auslegungsmittel zu keinem Resultat führen und der bestehende Zweifel nicht anders beseitigt werden kann (BGE 122 III 118 E. 2d). 2. 2.1

Die Klägerin macht geltend, dass sie vom 1. Februar bis 31. Dezember 2014 Anspruch auf Taggeldleistungen für eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % habe. Da die Beklagte ihr für die Zeit vom 22. November 2013 bis 31. Januar 2014 und mithin für 71 Tage Taggeldleistungen für eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % erbracht habe (Urk. 1 S. 10), habe sie für 19 Tage vom 1. bis 19. Februar einen Anspruch auf ein Taggeld in der Höhe von 100 % (des Nettolohnes) und vom 20. Februar bis 31. Dezember 2014 auf ein solches von 80 % (des Bruttolohnes; Urk. 1 S. 11). Ein Anspruch auf Versicherungsleistungen für den laufenden Versicherungsfall sei auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit der Y. AG per 31. Januar 2014 ausgewiesen. Die Bestimmung der AVB, wonach die Leistungspflicht aus der kollektiven Krankentaggeldversicherung bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses endet, sei als ungewöhnlich zu qualifizieren und deshalb nicht anzuwenden (Urk. 20 S. 5). Im Übrigen hätte sie die Beklagte nach Treu und Glauben informieren müssen, dass der laufende Versicherungsfall bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses eingestellt werde, und hätte sie auf die Möglichkeit eines Übertritts in die Einzelversicherung hinweisen müssen (Urk. 20 S. 6 f.). 2.2

Die Beklagte bringt hingegen vor, dass die Y. AG das Arbeitsverhältnis mit der Klägerin am 30. Oktober 2013 per Ende Februar 2014 gekündigt habe, und dass diese im Kündigungsschreiben die Klägerin darauf hingewiesen habe, dass ihr Leistungsanspruch mit der Kündigung dahinfalle, und dass sie in die Einzelversicherung übertreten könne. Da

die Klägerin unbestrittenermassen nicht in die Einzelversicherung übergetreten sei, sei ein Leistungsanspruch für die Zeit nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit der Y.____ AG zu verneinen (Urk.

E. 4

), als die Y.____ AG das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten am 30. Oktober 2013 auf den 31. Januar 2014 kündigte (Urk. 7/1b) . Am 27. Dezember 2013 meldete die Y.____

AG die Versicherte wegen einer seit dem 22. November 2013 bestehenden , krankheitsbedingten Arbeits unfähigkeit bei der SWICA zum Bezug von Krankentaggeld an (Urk. 7/2) . In der Folge richtete die SWICA vorerst Taggeldleistungen für eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus (vgl. Urk. 7/8) . Die SWICA liess die Versicherte psychiatrisch begutachten (Gutachten vom 9. Februar 2014; Urk. 7/6). Mit Schreiben vom 11. Februar 2014 (Urk. 7/8) teilte die SWICA der Versicherten mit, dass gemäss der medizinischen Aktenlage eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe, weshalb die Ausrichtung eines Krankentaggeldes per 1. Februar 2014 eingestellt werde . In der Folge holte die SWICA ein psychiatrisches Gutachten (Gutachten vom 14. April 2014; Urk. 7/14) ein. Mit Schreiben vom 26. September 2014 (Urk. 7/28) hielt die SWICA an der Einstellung der Versicherungsleistungen per 1. Februar 2014 fest. 2.

2.1

Mit Eingabe vom 23. September 2015 (Urk. 1) erhob die Versicherte Klage gegen die SWICA mit dem Rechtsbegehren, es sei diese zu verpflichten, ihr für die Zeit vom 1. Februar bis 31. Dezember 2014 Krankentaggeldleistungen im Betrag von insgesamt Fr. 25'119.90 zu bezahlen ; eventuell sei ein psychiatrisches Gutachten einzuholen und die Beklagte gestützt darauf zu verpflichten, ihr die geschuldeten Taggeldleistungen, zuzüglich Zins von 5 % ab mittlerem Verfall, zu bezahlen (S. 2).

Mit Klageantwort vom 26. Oktober 2015 (Urk.

E. 4.1

0

Vorliegend führt die Klausel von Art. 25 AVB, wonach die Leistungspflicht für eine vor Erlöschen des Versicherungsschutzes eingetretene Arbeitsunfähigkeit mit dem Erlöschen des Versicherungsschutzes entfällt, nicht zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters und fällt nicht in erheblichem Masse aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus der kollektiven Krankenzusatztag geldversicherungen . Die Klausel von Art. 25 AVB kann daher in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung (vorstehend E. 4. 9) nicht als objektiv ungewöhnlich bezeichnet werden. 5.

5.1

Nach Gesagtem steht daher fest, dass die Beklagte und die Y.____ AG mit Art. 25 AVB gültig ein Dahinfallen der Leistungspflicht mit dem Erlöschen des Versicherungsschutzes vereinbart haben, selbst wenn die Arbeitsunfähigkeit der betreffenden Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eingetreten war. 5.2

Demzufolge ist von einem Erlöschen des Anspruchs der Klägerin auf ein Tag geld aus der kollektiven Krankenzusatztag geldversicherung zum Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsvertrages der Klägerin mit der Y.____ AG und mithin dem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen per 1. Februar 2014 auszugehen. 6.

E. 6

S. 6). Bei der Bestimmung der AVB, wonach für einen Leistungsanspruch für eine vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses eingetretene Arbeitsunfähigkeit ein Übertritt in die Einzelversicherung erforderlich sei, handle es sich nicht um eine ungewöhnliche Klausel, sondern um eine im Versicherungswesen übliche Bestimmung (Urk. 23 S. 2). 3. 3.1

Die Y. ___ AG und die Beklagte vereinbarten ein Krankentaggeld in der Höhe von 100 % des Nettolohnes im 1. Dienstjahr während 3 Wochen, ab dem 2.

Dienstjahr während 30 Tagen, ab dem 3. Dienstjahr während 60 Tagen, ab dem 5.

Dienstjahr während 90 Tagen, ab dem 10. Dienstjahr während 120 Tagen, ab dem 15.

Dienstjahr während 150 Tagen, ab dem 20. Dienstjahr während 180 Tagen und anschliessend ein solches in der Höhe von 80 % des Bruttolohnes (bis zu einem maximalen versicherten Jahreslohn von Fr. 250'000.-- pro Person) für eine Leistungsdauer von 730 Tagen ohne Wartefrist (Urk. 7/17). Als Vertragsgrundlage wurde auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen, Ausgabe 2006 (Urk.

7/33 ; nachfolgend: AVB) , verwiesen , welche durch Übernahme Vertragsbestandteil wurden. 3.2

Art. 2 bis Art.

E. 6.1

Zu prüfen bleiben die Vorbringen der Klägerin, dass die Taggeldleistungen nicht gestützt auf Art. 25 AVB per 1. Februar 2014 einzustellen seien, weil die Beklagte am 5. Februar eine Begutachtung durch Dr. A. ___ veranlasst und anschliessend ein Aktengutachten sowie eine Ergänzung desselben bei Dr. B. ___ eingeholt habe (Urk. 20 S. 5).

E. 6.2

Zwar ist es gemäss der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 4A_532/2009 vom 5. März 2010 E. 2.6) denkbar, dass die Bezahlung von Taggeldern, die ohne jeden Vorbehalt ausgerichtet werden, als Anerkennung der grundsätzlichen Zahlungspflicht aus dem Schadensfall verstanden werden kann und darf. Vorliegend ist indes eine solche vorbehaltlose Zahlung nicht erfolgt. Denn die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 11. Februar 2014 (Urk. 7/8) mit, dass sie die Ausrichtung der Versicherungsleistungen per 1. Februar 2014 einstelle. Daran hielt die Beklagte mit Schreiben vom 26. September 2014 (Urk. 7/28) fest und stellte die Ausrichtung der Taggeldleistungen auf diesen Zeitpunkt hin ein.

E. 6.3

Obwohl die Beklagte anschliessend noch ein psychiatrisches Aktengutachten (Gutachten vom 14. April 2014; Urk. 7/14) einholte, nahm sie die Ausrichtung der Taggeldleistungen nicht wieder auf, weshalb eine vorbehaltlose Zahlung schon aus diesem Grunde zu verneinen ist. Mangels sonstiger Anerkennungs handlungen

durfte die Klägerin angesichts der eindeutigen Kundgabe der Beklagten, dass sie für die Zeit ab 1. Februar 2014 einen Taggeldanspruch verneine, das Verhalten der Beklagten und insbesondere die Einholung eines Aktengutachtens nach Treu und Glauben daher nicht als Bestätigung einer rechtlichen Verpflichtung zur Ausrichtung weiterer Taggelder auffassen (vgl. BGE 134 III 591 E. 5.2.4, Urteil des Bundesgerichts 4A_532/2009 vom 5. März 2010 E. 2.6). Die Klägerin kann demzufolge aus dem Verhalten der Beklagten nichts zu ihren

Gunsten ableiten . 7. 7.1

Gemäss Art. 100 Abs. 2 VVG sind für Versicherungsnehmer und Versicherte, die nach Art. 10 des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (AVIG)

als arbeitslos gelten, die Art. 71 Abs. 1 und 2 sowie Art. 73 KVG sinngemäss anwendbar.

Art. 71 Abs. 1 Satz 1 KVG sieht vor, dass eine versicherte Person, wenn sie aus der Kollektivtaggeldversicherung nach KVG ausscheidet, weil sie nicht mehr zu dem im Vertrag

umschriebenen Kreis der Versicherten zählt oder weil der Vertrag aufgelöst wird, das Recht hat, in die

Einzelversicherung des Versicherers überzutreten. Nach Abs. 2 Satz 1 und 2 der Bestimmung hat der

Versicherer dafür zu sorgen, dass die versicherte Person schriftlich hierüber aufgeklärt wird. Art. 73

KVG betrifft die Koordination mit der Arbeitslosenversicherung.

Art. 100 Abs. 2 VVG ist nach seinem klaren Wortlaut nur auf Personen anwendbar, die als arbeitslos im Sinne von Art. 10 AVIG gelten (Urteile des Bundesgerichts 4A_327/2016 vom 27.09.2016 E. 6 und 4A_39/2009 vom 7. April 2009 E. 3.5.2). 7.2

Aus Art. 100 Abs. 2 VVG kann die Klägerin indes nichts für sich ableiten. Denn einerseits war

die Klägerin nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses mit der Y.____ AG unstrittig nicht arbeitslos im Sinne von Art. 10 AVIG. Insbesondere wurde eine Anmeldung beim Arbeitsamt (vgl. Art. 10 Abs. 3 AVIG) weder behauptet, noch ergibt sich ein Hinweis darauf aus den Akten. Andererseits wurde die Klägerin im Kündigungsschreiben der Y.____ AG vom 30. Oktober 2013 (Urk. 7/1b), dessen Erhalt die Klägerin unterschriftlich bestätigte, darauf hingewiesen, dass sie nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses „im Krankheitsfall nicht mehr gegen Lohnausfall versichert“ sei, und dass sie, falls sie „diesen Versicherungsschutz weiterhin“ wünschen sollte, sich an die Beklagte zu wenden habe . 7.3

Das Arbeitsverhältnis mit der Y.____ AG endete infolge Kündigung durch die Y.____ AG daher unbestrittenermassen (Urk. 1 S. 4) am 31. Januar 2014 (vgl. Urk. 7/1b, Urk. 7/4). Ein Übertritt von der Kollektivversicherung in die Einzelversicherung der Beklagten wurde von der Klägerin unbestrittenermassen (vgl. Urk. 20) nicht beantragt und insbesondere nicht innerhalb der dafür in Art.

43 AVB (Urk. 7/33) vorgesehenen Frist von 90 Tagen seit Austritt aus dem Kreis der versicherten Personen verlangt . Mangels eines Übertritts in die Einzelversicherung steht der Klägerin daher kein Versicherungsschutz aus

der Einzelversicherung

zu . 8.

Nach Gesagtem steht daher fest, dass der Anspruch der Klägerin auf Taggeldleistungen aus der von der Y.____ AG mit der Beklagten geschlossenen kollektiven Krankenzusatz taggeld

versicherung mit der Beendigung des Arbeitsvertrages mit der Y.____ AG per

E. 11

AVB regeln den Umfang des Versicherungsschutzes. Art. 2 AVB (Urk. 7/33) umschreibt den Inhalt des Vertrags. Der Kreis der versicherten Personen wird in Art. 5 und Art. 6 umschrieben. Art. 5 AVB lautet : „ Versichert sind die im Vertrag aufgeführten Personen oder Personengruppen, die im versicherten Betrieb beschäftigt sind und das 70. Altersjahr noch nicht vollendet haben. Das unserem Versicherungsnehmer durch Drittunternehmen ausgeliehene Personal ist von der Versicherung ausgeschlossen “. 3.3

Die versicherten Leistungen werden in Art.

E. 12

bis 31 AVB geregelt. Das Taggeld wird laut Art.

E. 13

AVB bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit erbracht. Der zeitliche Umfang des Taggeldanspruchs wird in Art. 21 bis 25 AVB geregelt. Art. 25 AVB lautet: „ Nach Erlöschen des Versicherungsschutzes entfällt unsere Leistungspflicht“. 4.

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