

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2018.00013

vom 1. Juli 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-07-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2018.00013

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2018.00013 du 1 juillet 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2018.00013 del 1 luglio 2019

Erwägungen

E. 1.1

Der Kläger macht mit seiner Klage vom 22. März 2018 (Urk. 1) eine streitige Zivilsache rechtshängig, welche nach den Verfahrensvorschriften der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) im vereinfachten Verfahren gemäss Art. 243 ff. ZPO zu behandeln ist (Art. 1 lit. a, Art. 62 Abs. 1 und 243 Abs. 2 lit. f ZPO; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 4A_680/2014 vom 29. April 2015 E. 2.1 und 3.1). Die Kantone können gestützt auf Art. 7 ZPO ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten in diesem Gebiet sachlich zuständig ist. Im Kanton Zürich liegt die Zuständigkeit beim Sozialversicherungsgericht (§ 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer), ohne dass vorgängig ein Schlichtungsverfahren durchzuführen ist (BGE 138 III 558 E. 4).

E. 1.2

Das Gericht stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO). Nach dem Willen des Gesetzgebers ist das Gericht im Rahmen der sozialen Untersuchungsmaxime gemäss Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO nur einer erhöhten Fragepflicht unterworfen (vgl. Art. 247 Abs. 1 ZPO). Wie unter der Verhandlungsmaxime müssen die Parteien selbst den Stoff beschaffen. Das Gericht kommt ihnen nur mit spezifischen Fragen zu Hilfe, damit die erforderlichen Behauptungen und die entsprechenden Beweismittel genau aufgezählt werden. Es ermittelt aber nicht aus eigenem Antrieb. Ist eine Partei durch einen Anwalt vertreten, kann und muss sich das Gericht ihr gegenüber wie bei Geltung der Verhandlungsmaxime zurückhalten (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 4A_702/2016 vom 23. März 2017 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 141 III 569 E. 2.3.1 bis 2.3.3 und die dortigen Verweise). 2.

Es ist strittig und zu prüfen, ob die Beklagte dem Kläger für den Zeitraum ab dem 30. November 2016 bis zum 31. Dezember 2017 Krankentaggelder von insgesamt Fr. 42'391.66 (397 x Fr. 106.78) zuzüglich eines Verzugszinses von 5% ab Fälligkeit des gesamten Betrages per 1. Januar 2018 zu bezahlen hat (Urk. 1 S. 10, 8 S. 2 und 6 ff.,

E. 1.3

Am 29. September 2016 war der AXA Versicherungen AG eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit des Versicherten ab dem 1. Juli 2015 gemeldet worden (Urk. 1 S. 6 und 8 S. 3; vgl. Urk. 2/15 = 9/20 und 9/12). Mit Schreiben vom 31. Januar und vom 24. Februar 2017 lehnte die AXA Versicherungen AG eine Leistungspflicht ab (Urk. 1 S. 6 und 8 S. 5; vgl. Urk. 2/15 = 9/20 und 2/16 = 9/22). Daran hielt sie auch fest, nachdem sie eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 28. Juni 2017 (Urk. 2/18 = 9/24) eingeholt hatte

(Urk. 1 S. 6 und 8 S. 6 ; vgl. Urk. 2/17 = 9/25). In der Folge legten die Parteien ihre Standpunkte in weiteren Schreiben dar (Urk. 8 S. 6; vgl. Urk. 9/25 -27). 2.

Der Versicherte erhob, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Christe , mit Eingabe vom 22. März 2018 (Urk. 1) Klage gegen die AXA Versicherungen AG und beantragte, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm Fr. 42'391.66 zuzüglich 5 % Zins ab dem 1. Januar 2018 zu bezahlen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich Mehrwertsteuer) zulasten der Beklagten (Urk. 1 S. 2).

Mit Verfügung vom 26. März 2018 (Urk. 4) wurde der Beklagten eine Frist von 30 Tagen zur Einreichung einer Klageantwort angesetzt. Diese Frist wurde antragsgemäss mehrfach erstreckt, letztmals bis zum 9. Juli 2018 (Urk. 6 f.). Am 9. Juli 2018 beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Klägers (Urk. 8) und reichte Unterlagen ein (Urk. 9/1-31) . Die Replik wurde mit Eingabe vom 1. Oktober 2018 (Urk. 13) und die Duplik mit Eingabe vom 21. Januar 2019 (Urk. 18) – jeweils unter Bestätigung der Rechtsbegehren - erstattet. Die Letztgenannte wurde dem Kläger mit Verfügung vom 22. Januar 2019 zugestellt (Urk. 19).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3

0. April 2016

mit einem Pensum von 80 %

bei der Y.____ als Mitarbeiter Sicherheit angestellt (Urk. 1 S. 3

f. und

E. 3.1

Die Y.____ und die Beklagte setzten den Beginn ihres Versicherungsverhältnisses auf den 1. Januar 2014 fest und erklärten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe Juli 2006 (Urk. 2/1 = 9/28), zum Bestandteil des Vertrages (Urk. 1 S. 3 und 8 S. 7 ; vgl. Urk. 9/29).

E. 3.2

Das Vertragsverhältnis betrifft eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 4A_680/2014 vom 29. April 2015 E. 2.1 mit Hinweisen), weshalb nebst den vertraglichen Bestimmungen auch diejenigen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) zu beachten sind (Art. 12 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [KVG] in der bis zum 31. Dezember 2015 gültig gewesenen Fassung und Art. 2 Abs. 2 des am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung [KVA G]; vgl. auch Art. F8

AVB).

E. 3.3

Der Versicherer erbringt die in der Police aufgeführten Leistungen für wirtschaftliche Folgen von Krankheiten (Art. A1 AVB).

Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert und eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. B1

Abs. 1 AVB).

Nicht versichert sind unter anderem Unfälle (Art. B1 Abs. 3 AVB).

Ist die Krankheit nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit, bezahlt der Versicherer nur den entsprechenden Teil der Leistungen (Art. C5 AVB).

E. 3.4

Hat der Versicherte Anspruch auf Geldleistungen der Invalidenversicherung (IVG), der Unfallversicherung (UVG), der Militärversicherung (MVG), der beruflichen Vorsorge, entsprechender ausländischer Versicherungen oder von einem haftpflichtigen Dritten, ergänzt der Versicherer diese Leistungen im Rahmen seiner eigenen Leistungspflicht bis zur Höhe des versicherten Taggelds. Keine Anrechnung erfolgt von Alters- oder Hinterlassenenrenten (Art. C4 Abs. 1 AVB).

Tage mit Teilleistungen infolge Kürzung wegen Anspruchs auf Leistungen Dritter zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und der Wartefrist voll (Art. C4 Abs. 3 AVB).

E. 3.5

Der Versicherer bezahlt das Taggeld pro Krankheit nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist längstens während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer (Art. C6 Abs. 1 AVB).

Tritt während eines Krankheitsfalls ein zusätzlicher Krankheitsfall ein, werden die anspruchsberechtigten Tage des ersten Falls an die Leistungsdauer angerechnet (Art. C6 Abs. 3 AVB).

E. 3.6

Nach Erlöschen des Versicherungsschutzes bezahlt der Versicherer das Taggeld für Krankheiten, die während der Vertragsdauer eingetreten sind, noch bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer, längstens jedoch bis zum Beginn einer Rente gemäss BVG oder entsprechender ausländischer Versicherungs einrichtungen (Art. C 6

Abs. 5 AVB).

Der Versicherungsschutz erlischt für den einzelnen Versicherten (Art. A2 Abs. 4 AVB): - mit Erlöschen des Versicherungsvertrags; - bei Arbeitsunterbruch ohne Lohnanspruch; - mit seinem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen; - bei Geschäftsaufgabe des Versicherungsnehmers; - mit Vollendung des 70. Altersjahres - bei Aufhalten ausserhalb Europas nach 12 Monaten. 4. 4.1

Es ist unbestritten und steht fest , dass der Kläger während der Dauer seines Arbeitsverhältnisses bei der Y.____ , das heisst vom 1. Januar 2014 bis zum 30. April 2016 den vertraglich vereinbarten Versicherungsschutz genoss (Urk. 1 S. 8 und 8 S. 9 ; vgl. Art. A2 AVB) . 4.2

Demgegenüber ist strittig und zu prüfen, ob während der Dauer des Versicherungsschutzes

ein Versicherungsfall eingetreten ist. Der Kläger liess diesbezüglich geltend machen, es habe bereits ab dem 11. Juli 2015 eine (zumindest teilweise) krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 1 S. 6 und 8 ff.). Sein Gesundheitszustand habe sich seit der Verfügung des Unfallversicherers vom 10. Januar 2017 nicht verbessert. Im Gegenteil, es seien inzwischen psychische Probleme hinzugetreten. Der behandelnde Psychiater Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, habe mit Arztzeugnissen vom 5. September und vom 3. Oktober 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 20. August 2017 und danach von 80 % bis zum 30. September 2017 bestätigt (Urk. 1 S. 7 mit Hinweis auf Urk. 2/22). 4.3

Bei der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung tritt der Versicherungsfall grundsätzlich mit der

krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit ein (BGE 142 III 671 E. 3, insbesondere E. 3.9).

Die Arbeitsunfähigkeit des Klägers wegen der Rückenbeschwerden trat mit dem Unfall am 11. Juli 2015 während der Arbeit ein (Urk. 1 S. 3 und 8 S. 7; vgl. Urk. 2/2 und 2/3 S. 3 = 9/2 S. 3). Der Unfallversicherer akzeptierte die Arbeitsunfähigkeit bis zum 10. Juli 2016 als unfallbedingt und erbrachte bis zum 31. August 2016 Taggeldleistungen (Urk. 2/14). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die Arbeitsunfähigkeit «Folge eines Unfalls», solange die Unfallversicherung die Arbeitsunfähigkeit als unfallbedingt akzeptiert und Leistungen erbringt; erst danach kann eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit entstehen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 4A_447/2017 vom 20. Februar 2018 E. 3.7). Letzteres

wäre hier

frühestens am 11. Juli 2016 möglich gewesen, als bereits kein Versicherungsschutz mehr bestand.

Daran vermöchte auch die vom Kläger beantragte medizinische Expertise zur Kausalitätsfrage (Urk. 13 S. 4 f.) nichts zu ändern, weshalb auf die Einholung einer solchen zu verzichten ist. 4.4

Der Kläger liess – zu Recht (vgl. Urk. 2/22, 2/23, 9/10 und 9/15) –

nie behaupten, er sei im hier interessierenden Zeitraum bis zum 30. April 2016 aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig gewesen (Urk. 1 und

E. 8

S. 9; vgl. Urk. 2/2 = 9/1 und 9/14 S. 2). Im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses war er bei der AXA Versicherungen AG durch Kollektivvertrag gegen Lohnausfall bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit versichert (Police-Nummer «...»; vgl. Urk. 9/29). Vereinbart war ein Taggeld nach Ablauf einer Wartefrist von

E. 9

0 Tagen je Versicherungsfall in der Höhe von 80 % des versicherten Lohnes während einer Leistungsdauer von maximal 730 Tagen abzüglich Wartefrist (Urk. 1 S. 6; vgl. Urk. 2/20 und 9/29 S. 2). Ein Übertritt in die Einzelversicherung erfolgte nicht (Urk. 1 S. 4 und 8).

E. 13

S. 6 ; vgl. auch Urk. 8 S. 9). 4.5

Eine

krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit , mithin ein Versicherungsfall ,
trat während der Dauer des Versicherungsschutzes bis zum 30. April 2016 somit nicht ein .
Der Kläger hat daher auch keinen Anspruch auf Taggeldleistungen nach Erlöschen des
Versicherungsschutzes für Krankheiten, die während der Vertragsdauer eingetreten sind
(vgl. Art. C6 Abs. 5 AVB). Ebenso wenig verfügt er über einen Anspruch auf
Taggeldleistungen für eine Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten, die nach dem 30. April
2016 eingetreten sind , da er ab diesem Zeitpunkt keinen Versicherungsschutz mehr genoss

Dies führt zur Abweisung der Klage. 5 .

Das Verfahren ist kostenlos, da es eine Streitigkeit aus einer Krankentaggeldversicherung
betrifft, welche gemäss bundesgerichtlicher Praxis unter den Begriff der
Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (nach KVG) zu subsumieren ist
(vgl. Art. 114 lit. e ZPO i.V.m. § 33 Abs. 1 GSVGer und das Urteil des Bundesgerichts
4A_680/2014 vom 29. April 2015 E. 2.1 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 142 V 448 E. 4.1).
Der nicht durch einen externen Rechtsanwalt vertretenen obsiegenden Beklagten steht
praxisgemäss keine Parteientschädigung zu (BGE 133 III 439 E. 4). Das Gericht erkennt:

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