



Fall-Nr.: KV-Z 2019/5
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 18.08.2021
Entscheiddatum: 09.12.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 09.12.2020

Krankentaggeld, VVG-Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Auslegung einer umstrittenen Bestimmung der AVB. Die erneut eingetretene Arbeitsunfähigkeit gilt als Rückfall zu einer Krankheit, für welche der Kläger bereits während der maximalen Leistungsdauer Taggelder bezogen hat. Seit dem letzten Taggeldbezug war er nie mehr zu 100% arbeitsfähig, weshalb die Beklagte ihm nur für die Dauer der gesetzlichen Lohnfortzahlungspflicht Taggelder entrichten musste. Die Einstellung der Taggeldleistungen erweist sich als rechtmässig. Abweisung der Klage (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Dezember 2020, KV-Z 2019/5).

Entscheid vom 9. Dezember 2020

Besetzung

Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

KV-Z 2019/5

Parteien

A.____

Kläger,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Fürsprecher Martin Birchler, Industriestrasse 28, Postfach,
9100 Herisau,

gegen

AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur,

Beklagte,

Gegenstand

Taggeldleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ war ab 1. Februar 2017 in einem Pensum von 50% bei der Firma B.____ als Chauffeur tätig und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) krankentaggeldversichert (KV-act. 20, vgl. KV-act. 33).

A.b. Der Versicherte hatte sich am 12. Oktober 1999 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (KV-act. 3). Er war im Frühling 1998 bei einem Unfall am Rücken verletzt worden und hatte im weiteren Verlauf unter Schwindel und einem Unsicherheitsgefühl gelitten. Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie FMH, hatte am 18. März 1993 den (später nicht bestätigten; vgl. KV-act. 2) Verdacht auf eine Multiple Sklerose geäussert und berichtet, der Versicherte sei seit Juni 1998 nicht mehr in seinem Beruf als Lastwagenchauffeur tätig (KV-act. 1). Nachdem eine Besserung der Beschwerden eingetreten war, hatte der Versicherte ab 1. März 2000 zu 100% für die Firma D.____ gearbeitet (vgl. KV-act. 4 f.). Die IV-Stelle hatte ihm für den Zeitraum vom 1. Juni 1999 bis 29. Februar 2000 eine befristete ganze Rente zugesprochen (vgl. Vorbescheid vom 13. Dezember 2000; KV-act. 6).

A.c. Vom 16. August bis 12. September 2005 hatte sich der Versicherte stationär in der Klinik I.____ befunden (KV-act. 7). Am 11. Oktober 2005 hatte Dr. med. E.____, FMH



Allgemeine Innere Medizin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts mit/bei intermittierenden Rückenbeschwerden und degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) von LW3-S1 sowie eine Diskushernie L4/5 links und eine mässige Spondylarthrose aufgelistet. Der Versicherte leide seit über zwanzig Jahren immer wieder an Rückenbeschwerden. Am 18. November 2004 sei er von einer Leiter gestürzt und habe ein Hyperflexionstrauma des rechten Fusses mit Distorsion des oberen Sprunggelenks (OSG) und des rechten Kniebereichs erlitten. Diese unfallbedingten Schmerzen seien dann nahtlos in eine chronische Lumboischialgie rechts übergegangen. Der Versicherte sei vom 3. bis 18. Januar 2005 unfallbedingt und seit 19. Januar 2005 krankheitsbedingt zu 100% arbeitsunfähig in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit. An einem adaptierten Arbeitsplatz wäre ohne Weiteres eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (KV-act. 9). Die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft (nachfolgend; Mobiliar), seine damalige Taggeldversicherung, hatte dem Versicherten nach Ablauf der Wartefrist ab 18. Februar 2005 Krankentaggelder entrichtet (vgl. KV-act. 32). Die Firma D.____ hatte das Arbeitsverhältnis per 30. September 2005 gekündigt (KV-act. 10).

A.d. Nachdem der Versicherte sich erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug angemeldet hatte, war er im März 2007 in deren Auftrag durch Ärzte der Medas Zentralschweiz polydisziplinär abgeklärt worden. In ihrem Gutachten vom 26. April 2007 hatten diese als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom, ein chronisches zervikospondylogenes Syndrom und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung aufgelistet. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kanalisations-Monteur bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer adaptierten Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von 80% zumutbar (KV-act. 12).

A.e. Mit Verfügung vom 5. Juli 2007 hatte die IV-Stelle dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Januar 2006 eine Viertelsrente zugesprochen (KV-act. 13). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hatte die dagegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 13. Mai 2009 (IV 2007/482) gutgeheissen und dem Versicherten ab 1. Januar 2006 eine halbe Rente zugesprochen (KV-act. 18)



A.f. Ab 1. Oktober 2008 war der Versicherte teilzeitlich als Taxichauffeur tätig gewesen (vgl. KV-act. 17). Am 7. April 2009 (Posteingang IV-Stelle) hatte er sich wieder bei der IV-Stelle angemeldet (KV-act. 16). Im Auftrag der IV-Stelle war der Versicherte im Juli 2009 erneut durch Ärzte der Medas Zentralschweiz polydisziplinär abgeklärt worden. Diese hatten in ihrem Gutachten vom 12. August 2009 als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), eine generalisierte Angststörung und eine Dysthymia aufgelistet. In der angestammten Tätigkeit als Kanalisationsrohrmonteur sei der Versicherte voll arbeitsunfähig, als Taxichauffeur bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%. In einer ideal adaptierten Tätigkeit liege eine Arbeitsfähigkeit von 80% vor (KV-act. 19). Die IV-Stelle hatte dem Versicherten weiterhin eine halbe Rente zugesprochen (vgl. Verfügung vom 11. Dezember 2009; act. G1.6).

A.g. Am 28. Mai 2018 meldete die Firma B.____ der AXA, der Versicherte sei aufgrund einer Wirbelsäulenerkrankung bzw. Rückenschmerzen seit 8. Mai 2018 zu 100% arbeitsunfähig (KV-act. 21). Dr. E.____ hielt in seinem Bericht vom 13. August 2018 als Diagnose eine Diskushernie L4/5 paramedian rechts mit L5 Radikulopathie sowie eine Spondylarthropathie L5/S1 beidseits fest und attestierte dem Versicherten ab 8. Mai 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (KV-act. 23). Die AXA hatte dem Versicherten nach Ablauf der Wartefrist ab 7. Juni 2018 Taggelder entrichtet (vgl. KV-act. 35).

A.h. Im Auftrag der AXA wurde der Versicherte im August 2018 durch Dr. med. F.____, Rheumatologie FMH, konsiliarisch untersucht. Am 29. August 2018 hielt dieser als Diagnosen, welche eine Arbeitsunfähigkeit bedingen, ein chronifizierendes (thoraco-)lumbovertebrales Schmerzsyndrom fest. Er befand, eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Fahrdienstchauffeur sei mangels Arbeitsplatzbeschriebs nicht möglich. Aus aktueller Sicht lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit über 50% in einer adaptierten Tätigkeit nicht hinreichend begründen (KV-act. 24).

A.i. Am 7. September 2018 teilte die AXA dem Versicherten mit, bei der Arbeitsunfähigkeit ab 8. Mai 2018 sei von einem Rückfall auszugehen. Der Versicherte



St.Galler Gerichte

habe für diese Erkrankung bereits die maximale Leistungsdauer ausgeschöpft. Er sei in den letzten 365 Tagen vor erneutem Krankheitsbeginn nie voll arbeitsfähig gewesen, weshalb für diesen Schadenfall lediglich für die Dauer der gesetzlichen und vertraglichen Lohnfortzahlungspflicht ein Leistungsanspruch bestehe. Da sich der Versicherte im zweiten Dienstjahr befinde, betrage die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht acht Wochen. Entgegenkommenderweise erbringe sie noch bis zum 31. August 2018 Taggelderleistungen (KV-act. 26).

A.j. Dagegen wehrte sich der Versicherte mit Schreiben vom 18. Oktober 2018. Er brachte vor, er sei in der Zeit vom 1. Februar 2017 bis 8. Mai 2018 im Rahmen seines 50%-Pensums voll arbeitsfähig gewesen. Es handle sich nicht um einen Rückfall und die AXA sei dazu verpflichtet, die vereinbarten Krankentaggelder auszurichten (KV-act. 27).

A.k. Am 22. Oktober 2018 hielt Dr. E.____ fest, der Versicherte sei immer noch zu 100% arbeitsunfähig. Die begonnene Spritzenkur (vgl. act. G1.10) zeige eine langsame Besserung der Beschwerden. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit könne jedoch frühestens nach weiteren vier Wochen erfolgen (act. G1.11). Die Firma B.____ kündigte das Arbeitsverhältnis per 31. Oktober 2018 (KV-act. 25).

A.l. Mit Schreiben vom 24. Januar 2019 führte die AXA aus, der Versicherte sei ab dem 19. Januar 2005 aufgrund des auch aktuell vorliegenden Rückenleidens arbeitsunfähig gewesen und habe beim damaligen Versicherer (Mobilier) die Krankentaggelder ausgeschöpft. Es liege ein Rückfall vor und der Versicherte sei seit 19. Januar 2005 nie mehr zu 100% arbeitsfähig gewesen. Ab dem 1. September 2018 bestehe kein Taggeldanspruch mehr (KV-act. 28).

B.

B.a. Am 27. Juni 2019 erhob der Versicherte (nachfolgend: Kläger) die vorliegende Klage gegen die AXA (nachfolgend: Beklagte). Er beantragte darin, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm Taggelder aus der geschlossenen Krankentaggeldversicherung zu bezahlen, rückwirkend ab September 2018 und in Höhe von monatlich Fr. 2'080.--, längstens bis zum 1. Mai 2020 oder bis zum Wiedererlangen der früheren 50%-igen Arbeitsfähigkeit, zuzüglich Zins von 5% auf die seit dem 1. September 2018



geschuldeten Beträge; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Er führte aus, die früheren Krankheiten, für die er bereits Krankentaggeld erhalten habe, stünden in keinem direkten sachlichen Zusammenhang zu den Beschwerden, für die er aktuell Krankentaggeld beanspruche. Die Versicherungsklausel der "vollen Arbeitsfähigkeit" könne sich nur auf die Arbeit beziehen, die Vertragsbestandteil gewesen sei. Er habe sein 50%-iges Pensum während des benötigten Jahres ohne Arbeitsunfähigkeit erfüllt (act. G1).

B.b. Die Beklagte beantragte am 11. November 2019 die vollumfängliche Abweisung der Klage; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie brachte vor, bei der ab dem 8. Mai 2018 vorliegenden Arbeitsunfähigkeit handle es sich um einen Rückfall. Der Kläger sei ab dem 19. Januar 2005 aufgrund der lumbalen Rückenbeschwerden arbeitsunfähig gewesen und die Mobiliar habe während der gesamten Leistungsdauer von 700 Tagen Taggelder erbracht (vgl. KV-act. 31 f.). Seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Januar 2005 habe der Kläger aufgrund seiner Rückenbeschwerden nie mehr eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht, schon gar nicht während 365 aufeinanderfolgenden Tagen. Die Beklagte müsse daher nur für die Dauer der gesetzlichen oder vertraglichen Lohnfortzahlungspflicht Leistungen erbringen. Die Lohnfortzahlungspflicht habe im zweiten Dienstjahr zwei Monate betragen, weshalb nicht beanstandet werden könne, dass sie die Taggelder per 31. August 2018 eingestellt habe (act. G7).

B.c. Mit Schreiben vom 20. November 2019 teilte die Verfahrensleitung den Parteien mit, sie sehe die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels vor. Ohne Gegenbericht der Parteien gehe sie davon aus, dass diese mit dem Verzicht auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung einverstanden seien (act. G8). Der Kläger verzichtete mit Schreiben vom 6. Dezember 2019 auf eine mündliche Verhandlung (act. G9), die Beklagte äusserte sich innert Frist nicht (vgl. act. G10).

B.d. In seiner Replik vom 15. April 2020 hielt der Kläger an seinem Rechtsbegehren und seinen Ausführungen fest (act. G15). Er reichte unter anderem ein Schreiben von Dr. E.____ vom 14. April 2020 ein, in welchem dieser dem Kläger vom 8. Mai bis 3. Dezember 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und ab dem 4. Dezember 2018 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten attestiert hatte (act. G15.1.1).



B.e. Mit Duplik vom 29. Juni 2020 hielt die Beklagte an ihrem Antrag und ihren Ausführungen fest. Sie machte unter anderem geltend, das Zeugnis von Dr. E.____ belege, dass der Kläger ab dem 4. Dezember 2018 seine frühere Arbeitsfähigkeit von 50% wiedererlangt habe (act. G21).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten ist der Anspruch des Klägers auf Taggeldleistungen der Beklagten über den 31. August 2018 hinaus.

1.1. Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe März 2015 (KV-act. 29), und der Police "Personenversicherung Professional", Erstbeginn 17. September 2012 (KV-act. 33).

1.2. Gemäss Art. J1 Abs. 2 AVB kann ein Versicherungsnehmer an seinem schweizerischen Wohnort, an seinem schweizerischen Arbeitsort oder in Winterthur Klage betreffend die Deckung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) erheben (KV-act. 29). Mit dem Wohnsitz des Klägers im Kanton St. Gallen ist die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen gegeben.

1.3. Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Darunter werden praxisgemäss auch Zusatzversicherungen subsumiert, auf die das VVG zur Anwendung gelangt (vgl. etwa BGE 138 III 2 E. 1.1). Damit ist vorliegend auch die Voraussetzung der sachlichen Zuständigkeit erfüllt.

1.4. Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht muss kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchgeführt werden (vgl. BGE 138 III 558 E. 4.6).

1.5. Die Eintretensvoraussetzungen sind somit erfüllt und auf die Klage ist einzutreten.



2.

2.1. Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) dem VVG. Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 133 III 439 E. 2.1). Nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO gilt für vermögensrechtliche Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach KVG ohne Rücksicht auf den Streitwert das vereinfachte Verfahren.

2.2. Art. 247 Abs. 2 ZPO sieht vor, dass das Gericht den Sachverhalt im vereinfachten Verfahren von Amtes wegen feststellt. Im Anwendungsbereich dieses beschränkten Untersuchungsgrundsatzes hat die Initiative für die Beweiserhebung primär von den Parteien auszugehen, denen es obliegt, die abzunehmenden Beweise zu bezeichnen und entsprechende Beweisanträge zu stellen. Die Mitwirkung des Gerichts besteht in der Ausübung seiner Fragepflicht, indem es die Parteien dazu auffordert, (weitere) Beweismittel beizubringen oder zu bezeichnen. Von sich aus kann das Gericht Beweis annehmen, wenn sich aus den Sachvorbringen einer Partei ergibt, dass mit einem Beweismittel eine entscheidungsrelevante Tatsache bewiesen werden könnte, aber kein entsprechender Beweisantrag gestellt worden ist (Franz Hasenböhler in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], ZPO Kommentar, 3. Aufl. 2016 [nachfolgend ZPO Kommentar], Art. 153 N 5 ff.; Bernd Hauck, in: ZPO Kommentar, Art. 247 N 33). Im Zivilprozess gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO). Das Gericht hat bei der Bewertung der erhobenen Beweise unabhängig von abstrakten Regeln nach seiner eigenen Überzeugung darüber zu befinden, ob es eine behauptete Tatsache als wahr oder unwahr einstuft. Dabei bleibt es dem Gericht überlassen, die Kraft eines Beweismittels nach seiner Überzeugung festzulegen (vgl. Franz Hasenböhler, in: ZPO Kommentar, Art. 157 N 14 ff.).

2.3. Nach Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB; SR 210) 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 rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet (m.w.H. BGE 141 III 241 E. 3.1). Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, genießt die



anspruchsberechtigte Person insofern eine Beweiserleichterung, als sie nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Beim Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist verlangt, dass die Möglichkeit, es könnte sich auch anders verhalten, zwar nicht ausgeschlossen ist, sie aber für die betreffende Tatsache weder eine massgebende Rolle spielen noch vernünftigerweise in Betracht fallen darf (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2015, 4A_516/2014, E. 4.1 mit Hinweis u.a. auf [BGE 130 III 325 E. 3.3](#)).

2.4. Das grundsätzlich anwendbare VVG enthält mit Ausnahme von Art. 87 VVG, der das selbstständige Forderungsrecht des Begünstigten in der kollektiven Unfall- oder Krankenversicherung normiert, keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld. Deshalb sind vorab die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend. Gemäss Art. E7 Abs. 1 AVB bezahlt die Beklagte, wenn eine versicherte Person nach ärztlicher Feststellung arbeitsunfähig ist, das Taggeld nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist längstens während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer. Krankheiten, die mit früheren von der Beklagten oder anderen Versicherern entschädigten Versicherungsfällen zusammenhängen, gelten als Rückfälle. Sie werden nur dann als neue Krankheit behandelt, wenn die versicherte Person vor der neuen Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen während mindestens 365 Tagen wieder voll arbeitsfähig war (Art. E4 Abs. 1 AVB). Für Rückfälle, die nach Beginn der Versicherungsdeckung eintreten, werden die Taggeldleistungen auf jeden Fall für die Dauer der gesetzlichen und vertraglichen Lohnfortzahlungspflicht des Versicherungsnehmers ausgerichtet (Art. E4 Abs. 2 AVB).

3.

Die Beklagte stellt sich auf den Standpunkt, bei der ab 8. Mai 2018 eingetretenen Arbeitsunfähigkeit handle es sich um einen Rückfall, was der Kläger bestreitet (act. G1, G7). Der Kläger hatte vom 18. Februar 2005 bis 18. Januar 2007 aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit Taggelder der Mobiliar erhalten (KV-act. 32). Vorab ist zu prüfen, ob dieser Arbeitsunfähigkeit die gleichen Beschwerden zugrunde lagen, wie der ab 8. Mai 2018 gemeldeten Arbeitsunfähigkeit.

3.1. Der Kläger war am 18. November 2004 von einer Leiter gestürzt und hatte dabei ein Hyperflexionstrauma des rechten Fusses mit Distorsion im OSG und im rechten Kniebereich erlitten. Dr. E. ___ berichtete jedoch am 11. Oktober 2005, die unfallbedingten Schmerzen seien nahtlos in eine chronische Lumboischialgie rechts übergegangen. Er listete als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein



lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts mit intermittierenden Rückenbeschwerden seit zwanzig Jahren auf. Seit Januar 2005 bestünden degenerative Veränderungen der LWS von LW3-S1, eine Diskushernie L4/5 links und eine mässige Spondylarthrose (nachgewiesen mit CT-Untersuchung vom 18. Februar 2005). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Status nach Distorsion des lateralen OSG rechts und Distorsion des Knie rechts mit medialen Beschwerden seit dem Unfall vom 18. November 2004. Er hatte dem Kläger vom 3. bis 18. Januar 2005 unfallbedingt, ab 19. Januar 2005 krankheitsbedingt eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert (KV-act. 9). Daraus ist zu schliessen, dass für Dr. E.____ spätestens ab 19. Januar 2005 die Rückenbeschwerden im Vordergrund standen. Ab dann hatten die unfallbedingten Beschwerden am OSG und Knie rechts offenbar keinen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Die behandelnden Ärzte der Klinik I.____, wo sich der Kläger vom 16. August bis 12. September 2005 stationär befunden hatte, hielten in ihrem Austrittsbericht vom 14. September 2005 als Diagnose lediglich ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts mit intermittierenden Rückenschmerzen seit zwanzig Jahren (seit dem Arbeitsunfall vom November 2004 vermehrt), degenerativen Veränderungen der LWS, einer Diskushernie LWK4/5 links und mässiger Spondylarthrose fest. Sie befanden, das Hauptproblem des Klägers stelle der seit Jahren bestehende und seit dem Arbeitsunfall stark ausgeprägte Rückenschmerz dar. Beim Eintritt in die Klinik habe der Kläger zusätzlich über rechtsseitige, bei Belastung auftretende Kniebeschwerden latero-dorsal geklagt. Ein Arbeitsversuch am 10. Januar 2005 sei wegen massiver Rückenschmerzen fehlgeschlagen, so dass der Kläger ab 18. Januar 2005 arbeitsunfähig sei (KV-act. 7). Auch Dr. med. G.____, Orthopädie J.____ berichtete am 5. Oktober 2005 ausschliesslich über eine Lumboischialgie rechts bei Osteochondrose L4/5. Seinen Einträgen über die seit 22. März 2005 erfolgten Sprechstunden lässt sich ebenfalls entnehmen, dass der Kläger primär über Rückenbeschwerden klagte. Am 22. März 2005 hatte er festgehalten, die Beschwerden würden durch die degenerativen Veränderungen lumbal verursacht. Unfallbedingt sei es sicher zu einer Verschlechterung der Situation gekommen, die sich aber im Laufe der Zeit gebessert habe, so dass der Kläger die Arbeit am 10. Januar 2005 wiederaufgenommen gehabt habe. In der Folge sei es zu einer Exazerbation der lumbalen Beschwerden gekommen, so dass der Kläger die Arbeit am 18. Januar 2005 wieder habe niederlegen müssen. Diese Verschlechterung und erneute Arbeitsunfähigkeit sei auf die degenerativen Veränderungen zurückzuführen, eine Unfallkausalität liege nicht vor (KV-act. 8). Diesen in zeitlicher Nähe zum Beginn der Arbeitsfähigkeit ab 18. Januar 2005 erstellten medizinischen Akten ist insgesamt zu entnehmen, dass die lumbalen Rückenbeschwerden im Vordergrund standen und die Arbeitsunfähigkeit primär durch diese verursacht wurde.



3.2. Auch bei späteren während des Bezugs der Krankentaggelder der Mobiliar, erstellten Arztberichten lag der Fokus auf den Rückenbeschwerden. Dr. med. H.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, untersuchte den Kläger am 30. Mai 2006 im Auftrag der Mobiliar. Am 1. Juni 2006 hielt er als Diagnosen unter anderem ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und eine Kontusion/Distorsion des Fusses und Knies rechts ohne ossäre Läsion oder Bänderriss fest. Bei seiner Beurteilung konzentrierte er sich jedoch auf die Rückenbeschwerden (KV-act. 11). Die Gutachter der Medas Zentralschweiz listeten in ihrem Gutachten vom 26. April 2007 als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom, ein chronisches zervikospondylogenes Syndrom und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung auf. Bei letzterer hielten sie als Teildiagnose unter anderem residuelle Sprunggelenks- und Knieschmerzen rechts fest. Ansonsten fanden allfällige Beschwerden des Sprunggelenks und des Knies keinen Eingang in die Diagnoseliste. Der rheumatologische Teilgutachter hatte für das Schmerzsyndrom am rechten OSG und rechten Knie kein fassbares pathologisches strukturelles Korrelat gefunden (KV-act. 12, S. 22 f.). Schliesslich listeten die Medas Gutachter auch in ihrem Gutachten vom 12. August 2009 als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine generalisierte Angststörung sowie eine Dysthymia auf (KV-act. 19). Damit lag auch nach Ende des Taggeldbezugs der Mobiliar in somatischer Hinsicht der Fokus auf den Rückenbeschwerden.

3.3. Dr. E.____ nannte als Ursache für die ab 18. Mai 2018 eingetretene Arbeitsunfähigkeit eine Diskushernie L4/5 paramedian rechts mit L5 Radikulopathie und eine Spondylarthropathie L5/S1 beidseits (KV-act. 23). Eine Diskushernie L4/5 und eine mässige Spondylarthrose hatte er bereits mit Bericht vom 11. Oktober 2005 festgehalten (KV-act. 9). Dr. F.____ listete am 29. August 2018 als Hauptdiagnose ein chronifizierendes (thoraco-)lumbovertebrales Schmerzsyndrom auf. Die chronischen Gonalgien rechts und weitere Kniebeschwerden erwähnte er nur als Nebendiagnosen (KV-act. 24).

3.4. Zusammenfassend war der Kläger damit während des Bezugs der Krankentaggelder der Mobiliar im Zeitraum vom 18. Februar 2005 bis 18. Januar 2007 (vgl. KV-act. 31 f.) primär aufgrund von lumbalen Rückenbeschwerden arbeitsunfähig. Diese waren durch den Unfall im November 2004 verstärkt worden, bestanden aber grundsätzlich schon jahrelang intermittierend. Entgegen den Ausführungen des Klägers (act. G1) waren nach Lage der Akten für den damaligen Taggeldbezug und die



St.Galler Gerichte

Ausrichtung der Invalidenrente nicht primär Schmerzen im Fuss, im Bein und in der rechten Hüfte, welche sich auf den Arbeitsunfall vom Jahr 2004 zurückführen liessen, verantwortlich. Diese lassen sich den medizinischen Akten nur am Rande entnehmen. Ausserdem lagen bereits in den Jahren 2005 bis 2007 gewisse degenerative Veränderungen der Wirbelsäule vor. Die ab 8. Mai 2018 bestehende Arbeitsunfähigkeit ist damit auf die gleiche Krankheit zurückzuführen oder hängt zumindest mit den Beschwerden zusammen, für welche der Kläger bereits von der Mobiliar Leistungen bezogen hatte. Es ist damit von einem Rückfall im Sinne von Art. E4 Abs. 1 Satz 1 AVB auszugehen. Der Kläger hat vom 18. Februar 2005 bis 18. Januar 2007 unbestritten während der maximal möglichen Leistungsdauer von 700 Tagen von der Mobiliar Taggelder erhalten (vgl. KV-act. 31 ff.).

4.

Die Parteien sind sich weiter uneinig bezüglich der Auslegung des Art. E4 Abs. 1 Satz 2 AVB, wonach ein Rückfall dann als neue Krankheit behandelt wird, wenn die versicherte Person vor der neuen Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen während mindestens 365 Tagen wieder voll arbeitsfähig war (KV-act. 29).

4.1. Die Beklagte stellt sich auf den Standpunkt, die Bestimmung sei so zu interpretieren, dass eine mindestens 365 Tage dauernde Arbeitsfähigkeit von 100% vorliegen müsse (act. G7, G21). Da der Kläger seit Januar 2005 unbestritten auch in einer adaptierten Tätigkeit nie mehr zu 100% arbeitsfähig war (vgl. KV-act. 12, 19) und seit 1. Januar 2006 zudem eine halbe Rente der Invalidenversicherung bezieht (vgl. KV-act. 18), hätte er die so ausgelegte Voraussetzung für eine Leistungspflicht der Beklagten nicht erfüllt. Der Kläger ist hingegen der Ansicht, die geforderte volle Arbeitsfähigkeit während mindestens 365 Tagen sei bezogen auf das tatsächlich geleistete Arbeitspensum zu verstehen. Da er in seinem mit der Firma B.____ vereinbarten Pensum von 50% während mehr als eines Jahres voll arbeitsfähig gewesen sei, habe er Anspruch auf Taggelder (act. G1, G15, KV-act. 20). Der Kläger macht geltend, der genannte Art. E4 Abs. 1 AVB sei unklar, weshalb er zu seinen Gunsten ausgelegt werden müsse (act. G1, S. 12; G15, S. 7).

4.2. Das VVG enthält, neben dem nach herrschender Lehre lediglich auf Ausschlussklauseln anwendbaren Art. 33 VVG, keine allgemeine Auslegungsregel. Deshalb gelten gemäss Art. 100 VVG die allgemeinen Grundsätze des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (OR; SR 220) und damit auch die Einleitungsbestimmungen des ZGB. In ständiger Rechtsprechung leitet das Bundesgericht daraus ab, dass Versicherungsverträge nach dem aus Art. 2 Abs. 2



ZGB abgeleiteten Vertrauensprinzip auszulegen sind. So erfolgt denn auch bei den AVB die Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens nach dem Vertrauensgrundsatz. Dabei hat der Richter vom Wortlaut auszugehen und zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint (Stephan Fuhrer, N 17 zu Art. 33, in: Heinrich Honsell/Nedim Peter Vogt/Anton K. Schnyder [Hrsg.], Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basler Kommentar, [nachfolgend zitiert: BSK VVG], vgl. BGE 122 III 118, E. 2.a, Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2016, 4A_261/2016). Zweifel über die Bestimmtheit oder Eindeutigkeit einer Bestimmung gehen zu Lasten des Versicherers. Die damit statuierte Unklarheitsregel entspricht der Auslegungsregel "in dubio contra stipulatorem" (BSK VVG-Fuhrer, N 3 zu Art. 33). Die Anwendung der Unklarheitsregel setzt voraus, dass die Ermittlung des massgeblichen Vertragsinhaltes nach Treu und Glauben unklar ist. Die Auslegungsmittel dürfen zu keinem Ergebnis geführt haben und mindestens zwei verschiedene Deutungen müssen als ernsthaft vertretbar erscheinen. Umgekehrt darf die Unklarheitsregel nicht allein schon deswegen angewandt werden, weil die Auslegung streitig ist. Sind die Voraussetzungen für die Anwendung erfüllt, dann ist von der für den Versicherungsnehmer günstigsten Auslegung auszugehen (BSK VVG-Fuhrer, N 152 f. zu Art. 33).

4.3. Der Wortlaut des Art. E4 Abs. 1 Satz 2 AVB erscheint grundsätzlich als klar. "Voll arbeitsfähig" bedeutet im allgemeinen Sprachgebrauch eine Arbeitsfähigkeit von 100%, unabhängig vom tatsächlich geleisteten Arbeitspensum. Dennoch ist im Folgenden zu prüfen, ob die Unklarheitsregel anzuwenden ist.

4.3.1. Wie die Beklagte überzeugend ausführt, ist Sinn und Zweck des Art. E4 Abs. 1 AVB zu verhindern, dass eine berentete Person, die für eine Erkrankung bereits einmal ein volles Taggeld bezogen hat, durch einen Arbeitsplatzwechsel und eine Reduktion des Pensums für dieselbe Krankheit wieder die volle Leistungsdauer in Anspruch nehmen kann. Würde nicht von einem Rückfall, sondern von einer neuen Krankheit ausgegangen, könnte dies dazu führen, dass eine versicherte Person bei jeder Verschlechterung des Gesundheitszustandes zufolge derselben Krankheit bei einem anderen Arbeitgeber jeweils das reduzierte Pensum verwertet und jedes Mal wieder in den Genuss von Taggeldleistungen kommen würde (act. G7). Der Kläger bringt dagegen vor, demnach wäre eine Situation, in der eine versicherte Person beispielsweise nach Bezug von Taggeldern wieder gesund werde und über ein Jahr wieder zu 100% arbeitsfähig sei auch für die Beklagte, unkritisch. Würde die versicherte Person nach einem Jahr wieder durch die gleiche Krankheit voll arbeitsunfähig, müsste die Beklagte wieder voll leisten. Im Gegensatz zu diesem Beispiel habe der Kläger kein volles Pensum wiederaufgenommen, versichert sei nur



ein 50%-iges Pensum. Verlange er nun wie die versicherte Person aus seinem Beispiel nach einem Jahr wieder Taggelder, so entstehe der Beklagten im Vergleich kein Schaden, denn sie müsse ja eben auch nur für ein 50%-iges Pensum Leistungen erbringen. Die Argumentation mit dem "Verhindern-Wollen" von wiederholten Leistungsbezügen durch Reduktion des Pensums sei damit nicht stichhaltig (act. G15). Wie die Beklagte jedoch zu Recht ausführt, macht es einen Unterschied, ob eine Person während eines Jahres wieder voll arbeits- und leistungsfähig ist oder nicht. Im ersten Fall ist sie wieder vollständig gesund und die Krankheit "verschwunden" gewesen. Entsprechend war die betroffene versicherte Person während über eines Jahres grundsätzlich in der Lage gewesen, ein volles Pensum zu verrichten. Insofern ist es nachvollziehbar, dass bei einer Wiedererkrankung mehr als zwölf Monate nach Wiedererlangen der vollen Arbeitsfähigkeit ein erneuter Leistungsanspruch besteht. Anders verhält es sich bei einer versicherten Person, die nach Ausbruch einer Krankheit nie mehr vollständig gesund wird. Es kann nicht Sinn und Zweck des Krankentaggeldversicherungsvertrags sein, dass eine erkrankte Person für ein- und dieselbe andauernde Krankheit anhaltend (bzw. immer wieder) ein Krankentaggeld beziehen darf (vgl. act. G21).

4.3.2. Die Beklagte unterscheidet in anderen Bestimmungen ihrer AVB zwischen einer vollen und einer teilweisen Arbeitsfähigkeit. So ist beispielsweise in Art. E6 Abs. 6 von einem ganzen oder teilweisen Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit die Rede. Auch in Art. E6 Abs. 2 sowie Art. E7 Abs. 2 und Abs. 6 wurde eine entsprechende Differenzierung vorgenommen (KV-act. 29). Hätte die Beklagte in ihrer Bestimmung zum Rückfall zwischen einer vollen und einer teilweisen Arbeitsfähigkeit bzw. einer Arbeitsfähigkeit bezogen auf das tatsächlich geleistete Pensum unterscheiden wollen, so wäre ihr dies freigestanden. Mit Blick auf die genannten anderen Artikel in ihren AVB ist davon auszugehen, dass sie sich in Art. E4 Abs. 1 bewusst gegen eine solche Differenzierung entschieden hat. Auch der Verweis des Klägers auf die AVB anderer Krankentaggeldversicherungen ändert daran nichts (vgl. act. G1). Gewisse Versicherungen verlangen in ihren Rückfallsklauseln, dass die versicherte Person während mindestens 365 Tagen im Rahmen des Anstellungspensums voll arbeitsfähig war oder dass die versicherte Person ihre Resterwerbsfähigkeit während mindestens zwölf Monaten ausgeübt hat (vgl. act. G1.19, Art. 15 Abs. 1; act. G1.20, Art. 5.3 a; act. G1.21, E. 6.3 b). Aus diesen Beispielen kann entgegen der Ansicht des Klägers (act. G1) jedoch nicht geschlossen werden, dass eine entsprechende Regelung branchenüblich und Art. E4 Abs. 1 AVB im gleichen Sinne zu verstehen ist.



4.3.3. Der Kläger macht geltend, wenn man die Bestimmung bezüglich Rückfall entsprechend der Ansicht der Beklagten interpretiere, wäre er gar nicht mehr versicherbar gewesen. Da sich die Versicherung bei ihm immer nur auf ein Pensum von 50% bezogen habe und er nur entsprechende Prämien bezahlt habe, könne sich die Klausel der "vollen Arbeitsfähigkeit" auch nur auf die Arbeit beziehen, die Vertragsbestandteil gewesen sei (act. G1, G15). Dies ist jedoch nur insofern korrekt, als er in seiner konkreten Situation bei einem Rückfall keinen - über die Dauer der gesetzlichen bzw. vertraglichen Lohnfortzahlungspflicht hinausgehenden - Leistungsanspruch gegenüber der Beklagten haben kann, da er die Voraussetzungen von Art. E4 Abs. 1 AVB bei seiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gar nicht erfüllen kann. Ein Anspruch gestützt auf Art. E4 Abs. 1 AVB fiele höchstens dann in Betracht, wenn der Kläger wieder zu 100% arbeitsfähig würde und dieser Zustand während 365 Tagen anhalten würde, bevor erneut aufgrund der gleichen Krankheit eine Arbeitsunfähigkeit einträte. Dies bedeutet jedoch nicht, dass er bei Antritt der Arbeitsstelle bei der Firma B.____ bei der Beklagten grundsätzlich nicht versicherbar war. Wie die Beklagte zu Recht vorbringt, erhält der Kläger bei einem Rückfall zumindest Taggelder für die Dauer der gesetzlichen bzw. vertraglichen Lohnfortzahlungspflicht (Art. E4 Abs. 2 AVB). Zudem hat er für eine andere, nicht mit der früheren Krankheit zusammenhängende Krankheit Anspruch auf Leistungen der Beklagten (act. G7, S. 14; act. G21). Es trifft also nicht zu, dass der Kläger (im Rahmen seines Teilpensums) nicht mehr versicherbar gewesen wäre. Vor diesem Hintergrund ist entgegen der Ansicht des Klägers (act. G1; G15, S. 4) nicht entscheidend, ob die Beklagte beim Eintritt des Klägers in die Versicherung von seiner Krankheit und dem Bezug einer Invalidenrente wusste bzw. hätte wissen müssen (die Beklagte bestreitet dies; vgl. act. G7, G21). Der Kläger war unabhängig davon noch versicherbar, wenn auch mit gewissen Einschränkungen. Die Kenntnis über seinen damaligen Gesundheitszustand hätte zudem nichts an seinen Ansprüchen gegenüber der Beklagten geändert. Damit erübrigen sich auch Ausführungen zum Rückwärtsversicherungsverbot und einem allfälligen Verstoss dagegen (vgl. die Vorbringen des Klägers in act. G1, S. 13 f.). Bei der Interpretation von Art. E4 Abs. 1 AVB ist sodann unerheblich, dass der Kläger entsprechend seinem Arbeitspensum nur für eine Arbeitskraft von 50% versichert war (vgl. die Ausführungen des Klägers in act. G15, S. 3). Die Bestimmungen der AVB sind für alle Versicherungsnehmer gültig und werden jeweils nicht bezogen auf die konkrete versicherte Person anders formuliert.

4.4. Zusammenfassend ist Art. E4 Abs. 1 Satz 2 AVB so zu verstehen, dass für eine Leistungspflicht bei einem Rückfall vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% ununterbrochen während mindestens 365 Tagen



vorausgesetzt wird. Das tatsächlich geleistete Arbeitspensum ist nicht entscheidend. Die Anwendung der Unklarheitsregel fällt nicht in Betracht, da der Wortlaut der Bestimmung klar ist und auch die Auslegung nach Treu und Glauben zu keinem anderen Resultat führt. Der Kläger war seit Januar 2005 nie mehr zu 100% arbeitsfähig, weshalb er die genannte Voraussetzung nicht erfüllt. Demzufolge war die Beklagte lediglich verpflichtet, dem Kläger für die Dauer der gesetzlichen und vertraglichen Lohnfortzahlungspflicht Taggelder zu entrichten (Art. E4 Abs. 2 AVB). Der Kläger befand sich bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 8. Mai 2018 in seinem zweiten Dienstjahr bei der Firma B.____ (vgl. KV-act. 20 f.). Entsprechend der vorliegend grundsätzlich massgeblichen sogenannten Berner Skala hatte er damit während eines Monats Anspruch auf eine Lohnfortzahlung im Sinne von Art. 324a OR. Die Zürcher und die Basler Skalen würden einen Anspruch von acht Wochen bzw. zwei Monaten vorsehen (vgl. Maria Wenger, in: Thomas Sutter-Somm [Hrsg.], Impulse zur praxisorientierten Rechtswissenschaft, Krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit und Lohnfortzahlung, N 97 ff.; https://www.trabeco.ch/fileadmin/media/downloads/Mitarbeiter/KMU_Portal_Berner_Skala.pdf, zuletzt abgerufen am 23. November 2020). Auch vertraglich hatte der Kläger mit der Firma B.____ keine längere Lohnfortzahlungspflicht vereinbart (KV-act. 20). Die Einstellung der Taggeldleistungen per 31. August 2018 ist damit nicht zu beanstanden.

5.

5.1. Nach dem Gesagten ist die Klage abzuweisen.

5.2. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 114 lit. e ZPO).

5.3. Ausgangsgemäss hat der Kläger keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beklagte hat die Zusprache einer Parteientschädigung beantragt (act. G7). Dieses Verfahren wurde von Angestellten ihres Rechtsdienstes geführt, die nicht als berufsmässige Vertreter i.S.v. Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO gelten (vgl. Viktor Rüegg/Michael Rüegg, N 18 zu Art. 95, in Karl Spühler/Luca Tenchio/Dominik Infanger [Hrsg.], Zivilprozessordnung, Basler Kommentar, 3. Aufl. 2017; Benedikt A. Suter/Cristina von Holzen, in: ZPO Kommentar, Art. 95 N 36 und N 43, je mit Hinweisen). Daher besteht unter diesem Titel kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Ferner liegt auch kein begründeter Fall gemäss Art. 95 Abs. 3 lit. c ZPO vor, wonach der Beklagten eine angemessene Umtriebsentschädigung zuzusprechen wäre. Ersatz für notwendige Auslagen gemäss Art. 95 Abs. 3 lit. a ZPO wird ebenfalls nicht geltend gemacht. Die Beklagte hat daher keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid



nach einer Beratung gemäss Art. 14 Abs. 2 des sankt-gallischen Reglements über Organisation und Geschäftsgang des Versicherungsgerichtes (OrgR; sGS 941.114)

1.

Die Klage wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Für dieses Verfahren wird keine Parteientschädigung zugesprochen.