



Fall-Nr.: KV-Z 2015/1
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 15.12.2020
Entscheiddatum: 04.05.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 04.05.2016

Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Auslegung von Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Festsetzung der Leistungsobergrenze bei einer Bestimmung, die es der Versicherung erlaubt, ihre Leistungen aufgrund von IV-Leistungen „bis zur Höhe des im Vertrag versicherten Taggelds“ zu kürzen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Mai 2016, KV-Z 2015/1).

Entscheid vom 4. Mai 2016

Besetzung

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Daniel Furrer

Geschäftsnr.

KV-Z 2015/1

Parteien

A.____,

Kläger,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller,
Engelgasse 214, 9053 Teufen,

gegen



CSS Versicherung AG, Recht & Compliance,
Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern,

Beklagte,

Gegenstand

Forderung (aus Verrechnung mit Leistungen Dritter)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ bezog in den Jahren 2008 und 2009 von der CSS Versicherungen AG, Luzern, aus einer Krankentaggeldversicherung nach VVG Taggelder von insgesamt Fr. 82'973.70 (act. G 1.2).

A.b Am 14. Januar 2013 sprach ihm die Invalidenversicherung (IV) u.a. für die Zeit vom 1. Mai 2009 bis 28. Februar 2010 eine Dreiviertelsrente von Fr. 1'710.- monatlich zu (act. G 1.1). Von der Nachzahlung von insgesamt Fr. 17'100.- überwies die zuständige Ausgleichskasse der Krankentaggeldversicherung Fr. 11'970.- (act. G 1.1 S. 3).

B.

B.a Am 14. Januar 2015 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller, Klage gegen die Taggeldversicherung erheben mit dem Antrag, die Beklagte sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu verpflichten, ihm Fr. 8'921.60 nebst Zins zu 5% ab 1. Februar 2013 zu bezahlen. Die versicherte Lohnsumme des Klägers betrage Fr. 77'400.-. Das versicherte Taggeld sei von der Beklagten mit Fr. 212.10 bestimmt worden, die Deckungshöhe von 80% mit Fr. 169.68 pro Tag. Die Beklagte ergänze gemäss ihren AVB die Leistungen Dritter bis zur Höhe des im Vertrag versicherten Taggelds. Dieses liege beim Kläger bei Fr. 212.10 und nicht bei Fr. 169.68. Die von der Beklagten behauptete Einschränkung auf die Deckungshöhe sei nirgends



St.Galler Gerichte

ersichtlich. Für die Überentschädigungsberechnung sei das versicherte Taggeld massgebend (act. G 1).

B.b Die Beklagte beantragt mit Stellungnahme vom 2. Februar 2015 die Abweisung der Klage. Das versicherte Taggeld habe zwar Fr. 212.10 betragen, indes habe dem Kläger basierend auf Versicherungsvertrag bzw. Police lediglich eine Leistungshöhe von 80% des versicherten Taggelds zugestanden. Entsprechend habe mit den von der Beklagten getätigten Auszahlungen kein Manko bestanden. Die Differenz von 20% zum versicherten Taggeld wäre - wenn überhaupt - arbeitsrechtlich beim Arbeitgeber geltend zu machen (act. G 3).

B.c Der Kläger lässt mit Replik vom 14. April 2015 an seinem Klagebegehren festhalten. Neben weiteren Ausführungen insbesondere zu den Begriffen des versicherten Taggelds und der Deckungshöhe beruft er sich auf die Ungewöhnlichkeitsregel (act. G 6).

B.d Die Beklagte hält mit Duplik vom 27. April 2015 ebenfalls an ihrem Antrag fest. Sie reichte ein Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. Oktober 2013 (KV-Z 2013/2) ein und führte aus, dieses diene lediglich der Verdeutlichung der Üblichkeit einer Taggeldauszahlung im Betrag von 80% des versicherten Taggelds (act. G 7).

B.e Nach Abschluss des Schriftenwechsels (act. G 9) reichte der Rechtsvertreter des Klägers am 15. Juni 2015 seine Honorarnote ein (act. G 10).

Erwägungen

1.

1.1 Vorliegend sind Ansprüche des Klägers gegenüber der Beklagten aus einer Krankentaggeldversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) umstritten.

1.2 Ob und in welchem Umfang eine Versicherung eine Rückerstattungsforderung gegenüber einem Versicherten hat, ist im Streitfall im Verfahren zwischen der



Versicherung und der versicherten Person zu entscheiden. Die Verfügung einer IV-Stelle über ein Gesuch um direkte Auszahlung an die Versicherung betrifft lediglich den Auszahlungsmodus, weshalb ihr hinsichtlich des Bestands und des Umfangs des Rückerstattungsanspruchs der Versicherung keine Rechtskraftwirkung zukommt (m.w.H. Bundesgerichtsentscheid 4A_24/2012 vom 30. Mai 2012 E. 4.3; Urteil I 296/03 des Eidg. Versicherungsgerichts vom 21. Oktober 2004 E. 4.2). Im Kanton St. Gallen entscheidet das Versicherungsgericht gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EGZPO; 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). Bei der Taggeldversicherung der Beklagten, deren Rückforderung streitig ist, handelt es sich um eine solche Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Vorliegend ist somit die Voraussetzung der sachlichen Zuständigkeit erfüllt.

1.3 Gemäss Art. 23 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten für die Krankentaggeldversicherung für Unternehmen (nachfolgend AVB; act. G 3.2) steht der versicherten Person als Gerichtsstand wahlweise das Gericht am Sitz der Beklagten, am schweizerischen Wohnsitz oder in Luzern zur Verfügung. Der Kläger hat das Gericht an seinem Wohnsitz angerufen, dessen örtliche Zuständigkeit folglich gegeben ist.

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

1.5 Die rechtskundig vertretenen Parteien haben zugunsten eines zweiten Schriftenwechsels auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet (vgl. act. G 4 f.).

2.

2.1 Im vorliegenden Verfahren ist die Höhe des Taggeldanspruchs des Klägers im Zeitraum 1. Mai bis 30. November 2009 umstritten. Die (grundsätzliche)



Rechtmässigkeit der von der IV-Stelle verfügten Drittauszahlung bzw. die Berechtigung der Beklagten, bei der IV einen Drittauszahlungsanspruch geltend zu machen, wird vom Kläger anerkannt. Nicht einverstanden ist er lediglich mit der Höhe der Drittauszahlung.

2.2 Gemäss Art. 17.1 AVB ist Grundlage für die Bemessung der lohnabhängigen Taggeldleistungen der letzte vor Krankheitsbeginn bezogene AHV-Lohn, einschliesslich noch nicht bezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht und die versichert sind. Dieser Lohn wird auf ein ganzes Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt. Gemäss der Police Nr. XXXXXX, die zwischen der Beklagten und der Arbeitgeberin des Klägers in den Jahren 2008 bis 2010 Geltung hatte, wurde die AHV-Lohnsumme als versicherte Lohnsumme bezeichnet (Jahresmaximum von Fr. 250'000.- pro Person). Die Leistungshöhe wurde auf 80% festgelegt (act. G 3.1 S. 3).

2.3 Erhält die versicherte Person u.a. Leistungen aus einer schweizerischen Sozialversicherung, ergänzt die Beklagte gemäss Art. 20.1 AVB nach Ablauf der Wartefrist die Leistungen bis zur Höhe des im Vertrag versicherten Taggeldes. Die Beklagte kann die erbrachten Leistungen direkt beim zuständigen Sozialversicherer geltend machen (Art. 20.7 AVB).

2.4 Die Beklagte hatte für den Kläger basierend auf einem ausbezahlten Tagesansatz von Fr. 169.68 für 1. Mai bis 31. Oktober 2009 und von Fr. 84.84 für November 2009 in diesem Zeitraum insgesamt Fr. 33'766.40 entrichtet (act. G 1.2). Die Ausgleichskasse vergütete ihr verrechnungsweise den Betrag von Fr. 11'970.- (act. G 1.1 S. 3), was der IV-Dreiviertelsrente für die Monate Mai bis November 2009 entspricht (7 x Fr. 1'710.-). Die Auszahlung der Ausgleichskasse betrifft unstrittig zeitlich, personell, sachlich und ereignisbezogen kongruente Leistungen.

3.

3.1 Zu entscheiden ist, was unter dem Begriff des „im Vertrag versicherten Taggeldes“ gemäss Art. 20.1 AVB zu verstehen ist. Der Kläger versteht darunter den versicherten Verdienst (Tageslohn), also die AHV-Lohnsumme von vorliegend



unbestrittenermassen Fr. 77'400.- (vgl. act. G 1 S. 3 Ziff. 3) geteilt durch 365, was Fr. 212.10 ergibt (nachfolgend als Variante 1 bezeichnet). Die Beklagte versteht darunter sinngemäss das effektiv ausbezahlte Taggeld von Fr. 169.68, also 80% des versicherten Verdienstes (nachfolgend als Variante 2 bezeichnet).

3.2 Klauseln in allgemeinen Geschäfts- oder Versicherungsbedingungen sind, wenn sie in Verträge übernommen werden, grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen. Ziel der Vertragsauslegung ist es, in erster Linie den übereinstimmenden wirklichen Willen der Parteien festzustellen (vgl. Art. 18 Abs. 1 OR). Wenn dieser unbewiesen bleibt, sind zur Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens die Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips so auszulegen, wie sie nach ihrem Wortlaut und Zusammenhang sowie den gesamten Umständen verstanden werden durften und mussten. Versagen bei mehrdeutigen Vertragsklauseln die übrigen Auslegungsmittel, so sind solche Klauseln gemäss der Unklarheitsregel gegen den Verfasser bzw. gegen jene Partei auszulegen, die als branchenkundiger als die andere zu betrachten ist und die Verwendung der vorformulierten Bestimmungen veranlasst hat (m.w.H. Bundesgerichtsurteil 4A_521/2015 vom 7. Januar 2016 E. 2.1; BGE 133 III 61 E. 2.2.2.3).

3.3 Im Privatversicherungsrecht fehlt für zentrale Begrifflichkeiten weitgehend eine gesetzliche Definition. Dennoch hat sich eine gewisse Terminologie insbesondere in den AVB von Krankentaggeldversicherungen durchgesetzt und wird weitverbreitet verwendet. Im vorliegenden Zusammenhang interessierend werden anlehnend an die Praxis in der Lehre folgende Begriffe verwendet: Der versicherte Verdienst ist das Erwerbseinkommen, das die Bemessungsbasis darstellt für Prämien sowie i.d.R. im Leistungsfall für die Krankentaggelder. Die versicherte Leistung umschreibt demgegenüber die Summe, die die versicherte Person im Leistungsfall tatsächlich erhält. Üblich sind bei Krankentaggeldversicherungen Quoten wie bspw. ein Taggeld in Höhe von 80% des versicherten Verdienstes (Christoph Häberli / David Husmann, Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, 2015, S. 87 Rz. 276 f.). Im Bereich der VVG-Schadenversicherungen wird üblicherweise eine variable Lohnsumme, meistens der AHV-pflichtige Jahresbruttolohn (versicherter Verdienst),



versichert. Das Taggeld für eine volle Arbeitsunfähigkeit ist im VVG-Bereich meistens auf 80% des versicherten Lohnes festgesetzt (Häberli/Husmann, a.a.O., S. 87 Rz. 279).

3.4 Der übereinstimmende wirkliche Wille der Vertragsparteien ist vorliegend nicht klar ermittelbar, sodass die Auslegung nach dem Vertrauensprinzip zu erfolgen hat. Art. 20.1 AVB nennt für die Leistungspflicht bei Anrechnung von Leistungen Dritter als Obergrenze den Begriff „versichertes Taggeld“. Offenkundig ist, dass nicht das Taggeld selbst versichert ist, sodass der Begriff eine gewisse Widersprüchlichkeit aufweist. Der Wortlaut ist nicht eindeutig. Immerhin ist festzuhalten, dass das Wort „Taggeld“ mit der konkreten Entschädigung bzw. Leistung assoziiert ist, also auf der Leistungsseite mit dem Betrag, der aufgrund eines auf der Schadenseite eingetretenen Schadens ausgerichtet wird. Dies legt es nahe, den Begriff „versichertes Taggeld“ mit jenem der versicherten Leistung gemäss der Umschreibung in E. 3.3 gleichzusetzen.

3.5 Die Interpretation hat jedoch aufgrund des nicht eindeutigen Wortlauts im Zusammenhang bzw. in Berücksichtigung der gesamten Umstände zu erfolgen. Dem Begriff „versichertes Taggeld“ kann grundsätzlich entweder (Variante 1) die Bedeutung des versicherten Verdienstes, also des massgebenden Tageslohnes (vorliegend: AHV-Lohnsumme/365) zukommen, der als Bemessungsgrundlage für das konkrete Taggeld dient (vgl. 17.1 Strich 1 AVB). In diesem Sinn wurde der Begriff in der vom Kläger eingereichten Taggeld-Abrechnung für Mai 2009 verwendet („Versichertes Taggeld CHF 212.10“; act. G 1.4). Oder es kann damit die Leistung, das konkrete Taggeld, vorliegend also 80% des massgebenden Tageslohnes, gemeint sein (Variante 2). In Art. 20.1 AVB wird auf das „im Vertrag“ versicherte Taggeld verwiesen. Die Police nennt sowohl den versicherten Verdienst (AHV-Lohnsumme) als auch in Prozenten davon die Leistungs-, sprich Taggeldhöhe. Die Bemessungsgrundlage des versicherten Verdienstes zur Festsetzung des Taggelds ist zudem in Art. 17 AVB geregelt. Zur Bestimmung der Bemessungsgrundlage müsste Art. 20.1 AVB folglich nicht explizit auf die Police verweisen. Hingegen ist die Quote (der Prozentsatz), zu dem der versicherte Verdienst entschädigt wird, ausschliesslich der Police zu entnehmen und wird - anders als i.d.R. der versicherte Verdienst - zwischen den Vertragsparteien individuell und prämienwirksam verhandelt. Damit ist es im Zusammenhang - wie auch nach dem Wortlaut - wahrscheinlicher, dass in Art. 20.1 AVB das effektive Taggeld, also die



versicherte Leistung (Variante 2) und nicht lediglich dessen Bemessungsgrundlage (Tageslohn) gemeint ist.

3.6 Dieses Ergebnis stimmt überein mit der von den Krankentaggeldversicherungen verbreitet verwendeten Terminologie, die den Begriff „versichertes Taggeld“ im Sinn von Variante 2 versteht. Der so verstandene Begriff hat auch in die Lehre Eingang gefunden und wird etwa von Häberli/Husmann verwendet (a.a.O., S. 219 Rz. 708 f.; im selben Sinn Gebhard Eugster, Vergleich der Krankentaggeldversicherung [KTGV] nach KVG und nach VVG, in: von Kaenel [Hrsg.], Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, 2007, S. 92). Ohne eingehende Überprüfung wurde er auch im von der Beklagten referenzierten Entscheid KV-Z 2013/2 des hiesigen Gerichts vom 30. Oktober 2013 in diesem Sinn verstanden (insbes. E. 3.1.1).

3.7 Für Variante 1 spricht in der Gesamtschau einzig, dass die Beklagte in ihrer eigenen Taggeld-Abrechnung für Mai 2009 als „versichertes Taggeld“ den Betrag von Fr. 212.10 nennt. Diesen bezeichnet sie auch in der Klageantwort missverständlich als versichertes Taggeld. Der Betrag der einzelnen Taggeld-Leistung wurde in der Abrechnung für Mai 2009 dennoch - mit dem Hinweis „Deckungshöhe 80%“ - auf Fr. 169.68 festgesetzt (act. G 1.4). Daraus wird ersichtlich, dass in der Abrechnung anstatt des verwendeten Begriffs „versichertes Taggeld“ eigentlich der versicherte Verdienst im Sinn der obigen E. 3.3, also die Bemessungsgrundlage gemäss Police bzw. Art. 17 AVB, gemeint war und nicht etwa die versicherte Leistung, also das effektive Taggeld. Die Formulierung in der Taggeld-Abrechnung ist einerseits offenkundig unzutreffend bzw. nicht mit der versicherten Leistung gleichzusetzen. Andererseits ist die Abrechnung zeitlich nach Vertragsabschluss erfolgt. Bereits deshalb kann ihr bei der Auslegung des Vertragsinhalts (Police und AVB) keine entscheidende Bedeutung zukommen, ist doch der wirkliche Wille der Vertragsparteien bei Vertragsabschluss zu ermitteln. Die Abrechnung reicht ferner mit Blick auf das ansonsten klare Interpretationsergebnis auch nicht aus, die Koordinationsbestimmung in den AVB der Beklagten als dermassen unklar erscheinen zu lassen, dass sie in Anwendung der Unklarheitsregel gegen die Beklagte bzw. im Sinn des Klägers auszulegen wäre.



3.8 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beklagte die Kürzungsgrenze zu Recht auf den Betrag der versicherten Leistung, also des effektiven Taggelds, festgesetzt hat. Dieses beläuft sich unstrittig auf Fr. 169.68. Der darauf basierende Drittauszahlungsantrag bei der IV basiert folglich auf den vertraglichen Grundlagen. Dass der Kläger das Ergebnis, dass sein effektiver Lohnausfall trotz einer Mehrzahl von Versicherungen nicht vollständig gedeckt ist, als unbefriedigend empfindet (vgl. auch die diesbezügliche Kritik von Eugster, a.a.O., S. 92), ist zwar nachvollziehbar, rechtfertigt aber kein anderes Ergebnis.

4.

4.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Klage abzuweisen.

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

4.3 Ausgangsgemäss hat der Kläger keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beklagte hat unter Hinweis auf Art. 105 Abs. 2 ZPO die Zusprache einer Parteientschädigung beantragt (act. G 3 S. 2 und 3). Dieses Verfahren wurde von Angestellten ihres Rechtsdiensts geführt, die nicht als berufsmässige Vertreter im Sinn von Art. 95 Abs. 3 lit. b gelten (vgl. BSK ZPO [2. Aufl.] - Viktor Rüegg, Art. 95 N 18 und Benedikt A. Suter/Cristina von Holzen in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger [Hrsg.], ZPO Kommentar, 2. Aufl. 2013, Art. 95 N 38 und N 42, 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

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 der sankt-gallischen Verordnung über die Organisation und den Geschäftsgang des Versicherungsgerichts (OrgV; sGS 941.114)

1.

Die Klage wird abgewiesen.



2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.