



Fall-Nr.: KV-Z 2017/2
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 15.12.2020
Entscheiddatum: 21.09.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 21.09.2018

Der Anspruch auf Taggelder setzt den rechtzeitigen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit in der vertraglich vereinbarten Form voraus. Für neue Schadensfälle mit Eintritt nach Sistierung des Versicherungsvertrages (Deckungsunterbruch) - vorliegend wegen gemahnter und trotzdem ausstehender Versicherungsprämien - besteht keine Leistungspflicht seitens der beklagten Versicherung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. September 2018, KV-Z 2017/2).

Entscheid vom 21. September 2018

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers (Vorsitz), Christiane

Gallati Schneider und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

KV-Z 2017/2

Parteien

A.____,

Kläger,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Christoph Häberli,



St.Galler Gerichte

Lutherstrasse 36, 8004 Zürich,

gegen

Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft, Schadensservice, Postfach, 8010 Zürich,

Beklagte,

Gegenstand

Taggeldleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter), arbeitete seit 2014 als Versicherungsberater bei der B.____ Versicherungen GmbH (nachfolgend Arbeitgeberin), und war infolgedessen bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft, Zürich (nachfolgend Versicherung) krankentaggeldversichert (KV-act. 1, 73 ff.).

A.b Ab Juni 2015 sind beim Versicherten gesundheitliche Beschwerden (Parästhesie/ Missempfindungen im rechten Arm, starke Kopfschmerzen und Schwindel) aktenkundig, welche ärztlich abgeklärt wurden. Die am 8., 10. und 15. Juni 2015 von Dr. med. C.____ durchgeführte Elektroneuromyographieuntersuchung einer Parästhesie im rechten Arm bzw. die Untersuchung der spino-thalamischen Bahnen ergaben jedoch weder Auffälligkeiten noch Hinweise auf eine Läsion (KV-act. 4b und 4c). Auch das am 15. Juni 2015 erstellte MRT des Neurocraniums zeigte gemäss Radiologe Dr. med. D.____, Röntgeninstitut E.____, ausser einer leichten Schleimhautschwellung in den Ethmoidalzellen keine krankheitsbedingten Befunde (KV-act. 4d). Im Arztbericht vom 7. Oktober 2015 diagnostizierte Dr. C.____ eine Migräne ohne Aura, DD: zusätzlich posttraumatische Spannungskopfschmerzen beim Zustand nach Commotio cerebri am 1. Juli 2012 sowie belastungsabhängige Schmerzen und Missempfindungen im Unterarm rechts ohne elektroneurographisches Korrelat (KV-act. 4a).



St.Galler Gerichte

A.c Mit dem Formular "Krankheitsmeldung Kollektiv-Krankenversicherung" (datiert mit 5. Januar 2016) informierte die Arbeitgeberin die Versicherung (Eingangsstempel vom 18. Januar 2016) über die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit des Versicherten ab dem 1. November 2015 (KV-act. 1).

A.d Mit Arztzeugnis vom 12. Januar 2016 bescheinigte Prof. Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, eine krankheitsbedingte 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 5. November 2015 bis 31. Januar 2016 (KV-act. 2). Im Arztzeugnis vom 26. Januar 2016 stellte Prof. Dr. F.____ die identischen Diagnosen wie Dr. C.____ im Arztbericht vom 7. Oktober 2015. Im Weiteren erwähnte er, dass sich die Leiden erstmals am 6. Oktober 2015 manifestiert hätten (KV-act. 4).

A.e Mit Schreiben vom 4. März 2016 teilte die Versicherung dem Versicherten nach Rückfrage bei ihrem beratenden Arzt (UV-act. 23) mit, dass die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit nach den vorliegenden medizinischen Akten nicht ausgewiesen sei, weshalb eine volle Aufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeit ab sofort zumutbar sei. Im Weiteren wies die Versicherung darauf hin, dass die Schadensmeldung verspätet eingetroffen sei. Es bestehe auch deshalb kein Taggeldanspruch (KV-act. 25).

A.f Im Zeitraum vom 10. März bis 4. April 2016 war der Versicherte zweimal bei med. prakt. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Behandlung (KV-act. 60). Die Fachärztin diagnostizierte eine chronifizierte depressive ängstliche Anpassungsstörung mit gereizten Gefühlen (ICD-10: F43.2), DD: eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung, subsyndromal (ICD-10: F43.1), sowie einen Verdacht auf eine Panikstörung (ICD-10: F41.0; KV-act. 60). Am 7. Mai 2016 suchte der Versicherte das Stadtspital Waid, Zürich, auf. Diagnostiziert wurden Panikzustände bei Angststörung mit Depression (KV-act. 41). Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie, Klinik I.____, attestierte dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 9. Juni 2016 bis 30. September 2016 (KV-act. 41; vgl. auch KV-act. 50). Im Arztbericht vom 22. Juni 2016 erhob Prof. Dr. F.____ als Diagnosen chronische Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel, Schweissausbrüche, Schlafstörungen und Panikattacken. Im Weiteren erwähnte er, dass der Versicherte in psychotherapeutischer/psychologischer Behandlung sei (KV-act. 29). Am 18. Juli 2016 suchte der Versicherte wegen Kribbeln



St.Galler Gerichte

am ganzen Körper und einem juckenden Ausschlag am rechten Beckenkamm das Spital J.____ auf (KV-act. 41). Im Arztbericht vom 15. August 2016 der Klinik I.____ wurden als vorläufige Diagnosen genannt eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst: ICD-10: F41.0), Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2; KV-act. 41).

A.g Am 23. August 2016 meldete die Schwester des Versicherten den Versicherten zur Früherfassung bei der Invalidenversicherung an (KV-act. 40; vgl. dazu KV-act. 35 f.).

A.h Im Arztbericht vom 5. September 2016 führt Prof. Dr. F.____ aus, dass der Versicherte an einer Angststörung und Depression sowie Kopfweg und Schwindel leide (KV-act. 41). Im Arztbericht der Klinik I.____ vom 8. September 2016 wurde erklärt, dass eine schwere Störung der sozialen Interaktion mit ausgeprägter angstbedingter Vermeidungshaltung, Konzentrationsstörungen und die deutlich eingeschränkte allgemeine psychische Belastbarkeit die Arbeitsfähigkeit vorläufig um 100% einschränkten (KV-act. 42).

A.i Am 22. September 2016 teilte die IV-Stelle der Versicherung mit, dass eine Anmeldung zur Früherfassung eingegangen sei, diese jedoch "abgewiesen" worden sei, da der Versicherte keine Veränderung des Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der letzten IV-Anmeldung im Jahr 2013 dargelegt habe (KV-act. 49).

A.j Am 10. Oktober 2016 wurde der Versicherte im Auftrag der Versicherung von Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, untersucht. Im Arztbericht vom 18. Oktober 2016 erklärte Dr. K.____, dass der Krankheitswert vorderhand ausgewiesen sei und unverändert eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Aufgrund der glaubhaften Persistenz der Symptomatologie sei eine stationäre bzw. teilstationäre verhaltenstherapeutisch orientierte Betreuung zwingend zu diskutieren (KV-act. 63). Am 17. Oktober 2016 war der Versicherte im Auftrag der Versicherung von Dr. med. L.____, Fachärztin für Neurologie FMH, speziell Neuropsychologie und Verhaltensneurologie, untersucht worden. Im Bericht vom 3. November 2016 erklärte Dr. L.____, dass hinsichtlich depressiver Kernsymptome (Antrieb, Stimmung, Kognition) mittelschwere affektpathologische Alterationen festzuhalten seien. Die Gedankengänge des Versicherten seien eingengt, seine



Kontroll- und Steuerungsfähigkeit seien mittelschwer beeinträchtigt. Die berufsbezogene verhaltensneurologisch-leistungspsychologische Abklärung habe im kognitiven Bereich unter Berücksichtigung eines prämorbid mittleren Leistungsprofils sowie eines ordentlichen Leistungswillens im Untersuchungsgang Einbussen in exekutiven und attentionalen Funktionen (mentale Flexibilität, Konzentration, Fehlerkontrolle, gerichtete und geteilte Aufmerksamkeit) und einem Leistungseinbruch unter Zeitlimitation sowie Auswirkungen der affektpathologischen Alteration entsprechend ergeben. Gesamthaft lasse sich aktuell eine mittelschwere kognitive Einschränkung bezüglich der im angestammten Beruf gestellten Anforderungen an die Belastbarkeit, die kognitive Flexibilität und die Fehlerkontrolle ableiten. Aus verhaltensneurologisch leistungspsychologischer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit als Versicherungsberater sowie für jede andere bildungsadäquate Tätigkeit medizinisch-theoretisch und sozial-praktisch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine stationäre Behandlung sei zwingend. Eine Überprüfung sei in drei Monaten vorzusehen. Gesamthaft sei von einer günstigen Prognose auszugehen (KV-act. 64).

A.k Mit Schreiben vom 10. November 2016 teilte die Versicherung dem Rechtsvertreter des Versicherten, Rechtsanwalt lic. iur. Christoph Häberli, Zürich, mit, dass die initiale Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. November 2015 infolge der unklaren Kopfschmerzsymptomatik über einen Zeitraum von mehreren Monaten nicht rechtsgenügend ausgewiesen sei. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit infolge des psychischen Leidens sei anhand der Akten der Klinik I. ___ auf den 9. Juni 2016 zu datieren. Da die Versicherungspolice wegen Nichtbezahlung der Prämien ab dem 3. Januar 2016 aufgehoben worden sei und es sich nicht um die Ausrichtung von allfälligen Nachleistungen bei gleicher Krankheit und ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit handle, bestehe auch für die zweite Arbeitsunfähigkeit ab dem 9. Juni 2016 keine Leistungspflicht (KV-act. 65).

A.l Im Austrittsbericht vom 13. Februar 2017 betreffend stationären Aufenthalt des Versicherten vom 31. Januar bis 7. Februar 2017 in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich wurden eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10: F41.0) sowie Angst und depressive Störung gemischt diagnostiziert (ICD-10: F41.2; KV-act. 70/k).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Mit Klage vom 15. Februar 2017 (act. G 1) beantragt der Versicherte (nachfolgend: Kläger), die Versicherung (nachfolgend: Beklagte) sei zu verpflichten, ihm für die Zeit vom 19. November 2015 bis und mit 31. Januar 2017 den Betrag von Fr. 53'912.85 nebst Zins zu 5% seit 15. Februar 2017 zu bezahlen; unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten. Zur Begründung wird insbesondere ausgeführt, dass die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit des Klägers zu einem Zeitpunkt eingetreten sei, als er bei der Beklagten (noch) versichert gewesen sei. Da eine andauernde ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei, habe er unter Berücksichtigung einer Wartezeit von 14 Tagen bezogen auf den eingeklagten Zeitraum (5. November 2015 bis 31. Januar 2017) einen Anspruch auf 440 Taggelder. Der Taggeldansatz bemesse sich nach dem durchschnittlich erzielten Verdienst im Zeitraum vom 1. Dezember 2014 bis 30. November 2015 von Fr. 153.16.

B.b Mit Klageantwort vom 8. Mai 2017 (act. G 7) beantragt die Beklagte die Abweisung der Klage, eventualiter sei ein psychiatrisches Gutachten zu veranlassen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung führt sie insbesondere aus, dass ab dem 4. Januar 2016 keine Versicherungsdeckung mehr bestehe, da die Versicherungsnehmerin bzw. Arbeitgeberin trotz in Verzugssetzung die Versicherungsprämien nicht bezahlt habe. Eine Arbeitsunfähigkeit sei, solange die Versicherungsdeckung bestanden habe, nicht erstellt bzw. nachgewiesen. Die ärztliche Behandlung ab dem Juni 2015 sei ausschliesslich wegen starker Kopfschmerzen, belastungsabhängiger Schmerzen und Missempfindungen im Unterarm rechts erfolgt. Einen Arztbericht zeitnah zur Arbeitsniederlegung am 1. November 2015 gebe es nicht. Erst am 12. Januar 2016 sei von Prof. Dr. F.____ - ohne den Kläger untersucht zu haben - eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit rückwirkend ab dem 5. November 2015 attestiert worden. Erst ab dem 26. Mai 2016 habe die behandelnde Psychologin und ab dem 9. Juni 2016 hätten die Ärzte der Klinik I.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Im Weiteren wird geltend gemacht, dass die Arbeitgeberin die Schadensmeldung nicht fristgerecht eingereicht habe.

B.c Mit Schreiben vom 11. Mai 2017 verzichtet die Beklagte (act. G 9) und mit Schreiben vom 29. Mai 2017 der Kläger (act. G 10) auf eine mündliche Verhandlung.



B.d Mit Replik vom 30. Juni 2017 hält der Kläger vollumfänglich an seinen Rechtsbegehren fest (act. G 12). Geltend gemacht wird insbesondere, dass bereits im Sommer 2015 umfangreiche Abklärungen begonnen hätten, wobei die Ursachen der Beschwerden jedoch nicht hätten gefunden werden können. Ab dem 5. November 2015 sei die Arbeitsunfähigkeit des Klägers ärztlich attestiert.

B.e In der Duplik vom 5. September 2017 hält die Beklagte unverändert an den Anträgen fest (act. G 14). Bestritten wird insbesondere, dass vor dem 5. Januar 2016 (Schadensmeldung) eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit ab dem 5. November 2015 sei vom Arzt erst bei einer persönlichen Untersuchung des Klägers im Februar 2016 erhoben worden und daher unbehelflich bzw. als Nachweis der Arbeitsunfähigkeit ungenügend. Die psychischen Auffälligkeiten bzw. Leiden seien zudem erst nach dem 5. Januar 2016 bzw. nach Auflösung des Versicherungsvertrages aufgetreten.

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch des Klägers auf Taggeldleistungen der Beklagten. Der Kläger macht Ansprüche für den Zeitraum vom 19. November 2015 bis 31. Januar 2017 (insgesamt 440 Taggelder) geltend (act. G 1, G 12). Der Anspruch wird damit begründet, dass die Krankheit bzw. die Arbeitsunfähigkeit während der Dauer des Taggeldversicherungsvertrags ausgebrochen sei. Die Beklagte wendet dagegen ein, dass keine Leistungspflicht bestehe, da der Versicherungsfall zu spät gemeldet und die Arbeitsunfähigkeit erst am 12. Januar 2016 ärztlich festgestellt worden sei. Zu diesem Zeitpunkt habe in Folge der Nichtbezahlung der Versicherungsprämien durch den Arbeitgeber kein Versicherungsschutz mehr bestanden. Zudem stünden die im Jahr 2016 attestierten psychischen Beschwerden in keinem Zusammenhang mit den im Jahr 2015 untersuchten bzw. geltend gemachten Beschwerden (vgl. act. G 7, G 14).

2.



2.1 Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach den allgemeinen Bedingungen für die Kollektiv-Krankenversicherung, Ausgabe 2008 (nachfolgend: AB; KV-act. 74), sowie den Zusatzbedingungen für die Krankentaggeld-Versicherung, Ausgabe 2008 (nachfolgend: ZB; KV-act. 75).

2.2 Gemäss Art. 20 AB richtet sich der Gerichtsstand nach dem Gerichtsstandsgesetz. Zusätzlich gelte für Kollektivtaggeldversicherungen mit Arbeitgebern als Gerichtsstand für die Arbeitnehmer auch deren Arbeitsort. Nach Art. 46a des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG, SR 221.229.1) richtet sich der Gerichtsstand nach dem Gerichtsstandsgesetz vom 24. März 2000 bzw. heute nach der Zivilprozessordnung (ZPO, SR 272). Gemäss Art. 18 ZPO wird - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - das angerufene Gericht zuständig, wenn sich die beklagte Partei ohne Einrede der fehlenden Zuständigkeit zur Sache äussert. Vorliegend ist festzustellen, dass die Beklagte mit Sitz im Kanton Zürich (vgl. KV-act. 73) sich auf das Klageverfahren vor dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen sowohl eingelassen als auch in ihren Rechtsschriften nicht den Einwand der fehlenden Zuständigkeit erhoben hat. Der Standort des versicherten Betriebs war gemäss der Vertragspolice in M.____ (vgl. KV-act. 73). In M.____ dürfte der Kläger auch seinen Arbeitsort gehabt haben. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen gegeben ist.

2.3 Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit Art. 7 der ZPO 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.

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



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

3.

3.1 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.

3.2 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 abnehmen, 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. Zürich/Basel/Genf 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. HASENBÖHLER, ZPO Kommentar, Art. 157 N 14 ff.).

3.3 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 (vgl. BGE 141 III 241 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). 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).

3.4 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. 2 Ziff. 1 AB deckt die Versicherung im Rahmen der vertraglichen Bestimmungen die wirtschaftlichen Folgen, die auf ein im schriftlichen Vertrag vereinbartes Ereignis zurückzuführen sind. Versichert sind Taggelder bei Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit, die einen Erwerbsausfall zur Folge hat (Art. 1 ZB). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, sowohl im bisherigen als auch in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 3 Ziff. 4 AB). Die Höhe des Taggeldes richtet sich nach dem ärztlich attestierten Grad der Arbeitsunfähigkeit. Eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 25% gibt keinen Anspruch auf Taggeld (Art. 5 Ziff. 1 ZB).

4.



Vorerst ist zu prüfen, ob bei Eintritt des Schadenfalls ein gültiger Versicherungsvertrag als grundsätzliche Voraussetzung für eine Leistungspflicht der Beklagten vorlag. Der Kläger geht diesbezüglich in der Klageschrift von einem versicherten Schadenfall mit Eintritt am 5. November 2015 aus. Die Beklagte bestreitet die Taggeldforderung des Klägers, denn bei Eintritt des Schadenfalls sei der Versicherungsvertrag wegen ausstehender Prämien und erfolgloser Mahnung sistiert bzw. der Versicherungsschutz ausgesetzt gewesen.

4.1 Gemäss der Kollektiv-Krankenversicherungspolice Nr. T46.1.337.479 wurde der Versicherungsvertrag für den Zeitraum vom 10. November 2014 bis 1. Januar 2018 abgeschlossen (vgl. KV-act. 73). Gemäss Art. 14 Ziff. 1 AB fordert die Versicherung bei nicht fristgerechter Prämienentrichtung den Versicherungsnehmer schriftlich unter Hinweis auf die Säumnisfolgen auf, die ausstehenden Prämien samt Kosten innert 14 Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, zu bezahlen. Versicherte Ereignisse, die vor Ablauf der Mahnfrist eintreten, bleiben gemäss Ziff. 2 versichert. Für Krankheiten und Unfälle, die erst nach Ablauf der Mahnfrist zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, ruht der Versicherungsschutz. Für Rückfälle bleibt dieser Deckungsausschluss bestehen (Ziff. 3). Jede ruhende Versicherung kann durch die Gesellschaft wieder in Kraft gesetzt werden, wenn sämtliche ausstehenden und seither fällig gewordenen Prämien samt Zins und Kosten bezahlt sind (Ziff. 5).

4.2 Mit Schreiben vom 18. Dezember 2015 (Zeitpunkt der Aufgabe der Sendung am 21. Dezember 2015) mahnte die Beklagte die Arbeitgeberin wegen der ausstehenden Versicherungsprämien und forderte sie auf, diese innert 14 Tagen ab Versand der Mahnung zu begleichen, ansonsten der Versicherungsschutz suspendiert werde und keine Verpflichtung mehr bestehe, für eintretende Schadensfälle aufzukommen (KV-act. 71, 72).

4.3 Festzuhalten ist soweit, dass wegen der Nichtbezahlung der Versicherungsprämien ab dem 4. Januar 2016 kein Versicherungsschutz mehr für neue Versicherungsfälle bestand.

5.



St.Galler Gerichte

Nachfolgend ist zu prüfen, ob vor dem 4. Januar 2016 ein versicherter Schadensfall eingetreten war und wenn ja, ob dieser entsprechend den Vertragsbestimmungen nachgewiesen wurde.

5.1 Die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht der Beklagten sind geregelt im schriftlichen Vertrag und insbesondere in den AB und in den ZB. Soweit nichts anderes schriftlich vereinbart ist, gelten die Bestimmungen des VVG (vgl. Art. 1 AB). Gemäss Art. 1 ZB sind versichert Taggelder bei Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 3 Ziff. 4 AB) infolge einer Krankheit (vgl. Art. 3 Ziff. 1 AB), die einen Erwerbsausfall zur Folge hat. Nach Art. 2 Ziff. 1 ZB ist ein Krankheitsfall jede Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit. Er beginnt mit der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit. Gemäss Art. 3 Ziff. 1 ZB wird das Taggeld ausgerichtet, wenn die Arbeitsunfähigkeit ohne Unterbruch während der vertraglich vereinbarten Wartefrist bestanden hat. Nach Ziff. 2 beginnt die Wartefrist bei jedem neuen Krankheitsfall mit dem Tag der ärztlich attestierten, mindestens 25%igen Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch 3 Tage vor der ersten ärztlichen Konsultation. Gemäss Art. 10 Ziff. 1 AB ist bei einem Ereignis, das voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen gibt, u.a. unverzüglich ein Arzt beizuziehen (lit. a). Bei vertraglich vereinbarten Wartefristen von bis zu 30 Tagen muss der Schadensfall innert 7 Tagen nach Ablauf der Wartfrist gemeldet werden (lit. b). Zur Begründung des Anspruchs hat der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person die erforderlichen Arztzeugnisse mit Angabe der vollständigen Diagnose beizubringen (Art. 10 Ziff. 1 Abs. 2 AB). Bei Nichterfüllung der vertraglichen Obliegenheiten hat die Versicherung gemäss Art. 12 Ziff. 1 AB das Recht, ihre Leistungen zu verweigern oder zu kürzen. Vorbehalten bleibt der Nachweis einer unverschuldeten Obliegenheitsverletzung.

5.2 Hinsichtlich des Nachweises der Arbeitsunfähigkeit ist festzustellen, dass das Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Prof. Dr. F.____ vom 12. Januar 2016 (100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 5. November 2015 bis 31. Januar 2016, KV-act. 2) und der Arztbericht vom 26. Januar 2016 (erwähnter Behandlungsbeginn am 1. November 2015) aus den nachfolgend genannten Gründen nicht zumindest im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu bescheinigen vermögen, dass noch vor der Sistierung bzw. Auflösung des Versicherungsvertrages per 4. Januar 2016 bereits eine versicherungsrelevante Arbeitsunfähigkeit des Klägers vorlag.



5.2.1 Wie in Erwägung 5.1 dargelegt, beginnt die bei Arbeitsunfähigkeit zu bestehende Wartefrist von vorliegend vierzehn Tagen frühestens mit dem Tag der ärztlich attestierten, mindestens 25%igen Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch drei Tage vor der ersten ärztlichen Konsultation. Die zeitnaheste aktenkundige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wurde von Prof. Dr. F.____ am 12. Januar 2016 ausgestellt und attestiert eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 5. November 2015 bis 31. Januar 2016 (vgl. KV-act. 2). In der Krankenkarte nannte Prof. Dr. F.____ als Untersuchungstermin den 6. Oktober 2015 (vgl. KV-act. 3). Im Arztbericht vom 26. Januar 2016 erwähnte der Arzt als Behandlungsbeginn den 1. November 2015 (KV-act. 4). Gemäss dem Arztbericht vom 22. Juni 2016 soll der Kläger ab dem 5. November 2015 in der Sprechstunde von Prof. Dr. F.____ gewesen sein (KV-act. 70/a). Erst im Arztbericht vom 28. März 2017 gab der Arzt auf Nachfrage hin präzisere Auskünfte zur Behandlung des Klägers (KV-act. 70). Dem Bericht kann entnommen werden, dass der Kläger nachgewiesenermassen erst am 3. Februar 2016 von Prof. Dr. F.____ untersucht und behandelt worden war. Zuvor führte der Arzt lediglich am 18. Dezember 2015 ein Telefongespräch mit der Schwester des Klägers und gemäss Notiz mit einem Neurologen. Diese Gespräche können jedoch nicht als ärztliche Konsultation im Sinne des Versicherungsvertrages eingestuft werden. Da im Zeitraum vom 1. November 2015 bis 3. Februar 2016 keine ärztliche Konsultation beim die Arbeitsunfähigkeit bescheinigenden Prof. Dr. F.____ ausgewiesen ist, liegt für die Zeit vor Februar 2016 kein beweiskräftiges Arbeitsunfähigkeitsattest vor. Zu diesem Zeitpunkt bestand jedoch bereits kein Versicherungsschutz mehr für neue Erkrankungen.

5.2.2 Im Weiteren bestehen auch hinsichtlich des geltend gemachten Eintritts der gänzlichen Arbeitsunfähigkeit erhebliche Zweifel. So wird in der Krankheitsmeldung der Arbeitgeberin (Anm.: bei einem der Gesellschafter handelt es sich offenbar um den Schwager des Klägers; vgl. etwa KV-act. 42-2) der 1. November 2015 als Tag der Arbeitsniederlegung genannt (vgl. auch KV-act. 1, 41: IV-Früherfassungsanmeldeformular vom 23. Februar 2016). Im Arztzeugnis vom 12. Januar 2016 wird von Prof. Dr. F.____ dagegen erst ab dem 5. November 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (KV-act. 2). Dazu ist festzustellen, dass sich Prof. Dr. F.____ zumindest für die Zeit vor 12. Januar 2016 gänzlich auf die späteren Angaben des Klägers bzw. von dessen Schwester verlassen hat (vgl. dazu KV-act. 70). Im Arztzeugnis vom 24. Februar 2016 (KV-act. 22-2) hielt Prof. Dr. F.____ fest, der Kläger



sei gemäss eigenen Angaben im Monat Februar 2016 krankheitsbedingt zu 100% arbeitsunfähig. Auf der Krankenkarte hatte Prof. Dr. F.____ ab 1. Februar 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 0% angegeben (vgl. KV-act. 3). Die späteren Arztberichte, inklusive der von der Beklagten eingeholten Gutachten vom 18. Oktober 2016 von Dr. K.____ (KV-act. 63) und vom 3. November 2016 von Dr. L.____ (KV-act. 64), bestätigen zwar eine Arbeitsunfähigkeit zum jeweiligen Untersuchungszeitpunkt, enthalten jedoch keine Erkenntnisse hinsichtlich des vorliegend relevanten Zeitraumes vom 1. November 2015 bis 3. Januar 2016. Weitere Zweifel an der attestierten Arbeitsunfähigkeit werden dadurch begründet, dass der Kläger trotz behaupteter gänzlicher Arbeitsunfähigkeit im Dezember 2015 Urlaub in N.____ machte (KV-act. 70/i, act. G 12-3), dies jedoch nicht der Beklagten meldete, obwohl gemäss Art. 2 AB eine arbeitsunfähige versicherte Person, die sich ohne Zustimmung der Versicherung ins Ausland begibt, erst ab dem Zeitpunkt der Rückkehr wieder Anspruch auf Leistungen hat. Trotzdem forderte der Kläger auch für die Ferienzeit im Dezember 2015 Taggelder von der Beklagten.

5.2.3 Dass ein gänzlich arbeitsunfähiger Mitarbeiter während Wochen keinen Arzt konsultiert bzw. von der Arbeitgeberin dazu aufgefordert wird, begründet ebenfalls erhebliche Zweifel an der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit. Erfahrungsgemäss ist davon auszugehen, dass ein Arbeitnehmer nach wenigen Tagen, spätestens nach ein bis zwei Wochen eine Arbeitsunfähigkeit durch ein ärztliches Zeugnis belegen muss, dies erst recht, wenn wie vorliegend die Arbeitgeberin vertraglich verpflichtet war, Versicherungsfälle der Beklagten spätestens 7 Tage nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist von 14 Tagen anzumelden (vgl. KV-act. 25, 73, 74). Die Schadensmeldung ging bei der Beklagten ausserdem nicht wie erforderlich noch im November 2015, sondern erst Wochen später am 18. Januar 2016 ein. Die Unterlassung der rechtzeitigen Meldung des Schadenfalls ohne nachvollziehbare entschuld bare Begründung berechtigt die Beklagte gemäss Art. 12 Ziff. 1 AB die Taggeldleistungen zu kürzen oder zu verweigern.

5.3 Hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Klägers ab dem Frühjahr/Sommer 2016 ist festzustellen, dass dieser insbesondere wegen psychischer Leiden in psychotherapeutischer bzw. psychosomatischer Behandlung war (KV-act. 29, 35, 41, 42, 50, 60, 65, 70/l). Ein direkter bzw. versicherungstechnisch relevanter Zusammenhang mit den bereits im Jahr 2015 geltend gemachten Beschwerden



(Kopfwahl/Migräne und belastungsabhängige Schmerzen und Missempfindungen im Unterarm rechts) ist nicht ersichtlich (vgl. auch KV-act. 70/e). Folglich handelt es sich um eine neue Erkrankung, für welche die Beklagte wegen des sistierten Versicherungsvertrages keine Taggeldleistungen erbringen muss (vgl. KV-act. 65).

6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Kläger den Nachweis des geltend gemachten Schadenfalls mit krankheitsbedingter gänzlicher Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. November 2015 weder im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch fristgerecht ausgestellte Arztzeugnisse mit Diagnosen erbracht hat noch die Arbeitgeberin die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit bzw. den Schadensfall innert der vereinbarten Frist, sondern erst Wochen später der Beklagten gemeldet hat. Zudem wurde die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 12. Januar 2016 hinsichtlich des Zeitraums vom 5. November 2015 bis 4. Januar 2016 (Zeitpunkt der Sistierung des Versicherungsvertrages/Deckungsunterbruch) vom die Arbeitsunfähigkeit bescheinigenden Arzt nicht aufgrund einer zeitnahen Untersuchung des Klägers, sondern lediglich aufgrund von Angaben des Klägers bzw. von dessen Schwester erstellt. Für einen nach dem 4. Januar 2016 eingetretenen Schadensfall besteht in Folge der Sistierung des Versicherungsvertrages (Deckungsunterbruch) seitens der Beklagten keine Leistungspflicht. Auf die vom Kläger eventualiter beantragte psychiatrische Untersuchung ist zu verzichten, da hinsichtlich des Zeitraums mit Gültigkeit des Versicherungsvertrages (bzw. mit Versicherungsschutz bis 3. Januar 2016) keine relevanten Erkenntnisse zu erwarten sind.

7.

7.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Klage abzuweisen.

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

7.3 Ausgangsgemäss hat der Kläger keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beklagte hat die Zusprache einer Parteientschädigung beantragt (act. G 7). Dieses Verfahren wurde von Angestellten ihres Rechtsdiensts geführt, die nicht als berufsmässige Vertreter i.S.v. Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO gelten (vgl. VIKTOR RÜEGG, in



Basler Kommentar zur ZPO, 2. Aufl. Basel 2013, Art. 95 N 18 und BENEDIKT A. SUTER/CRISTINA VON HOLZEN, 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 nicht geltend gemacht. Die Beklagte hat daher keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 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.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.