



Fall-Nr.: KV-Z 2019/2
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 22.04.2020
Entscheiddatum: 06.01.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 06.01.2020

Krankentaggeld, VVG-Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Art. 9 VVG. Der Kläger hat Anspruch auf Krankentaggelder für die Folgen der zwischen dem Ausscheiden aus der Kollektivversicherung und dem Abschluss der Einzelversicherung eingetretenen Arbeitsunfähigkeit. Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Januar 2020, KV-Z 2019/2).

Entscheid vom 6. Januar 2020

Besetzung

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

Geschäftsnr.

KV-Z 2019/2

Parteien

A.____,

Kläger,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Andrea Cantieni, Bahnhofstrasse 8, 7000 Chur,

gegen



Helsana Zusatzversicherungen AG, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf,

Beklagte,

vertreten durch Helsana Versicherungen AG, Recht & Compliance, Postfach,
8081 Zürich Helsana,

Gegenstand

Taggeldleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ war bei der B.____ AG, als Koch bzw. Küchenchef tätig und dadurch bei der Helsana Zusatzversicherungen AG (nachfolgend: Helsana) kollektiv krankentaggeldversichert (vgl. act. G1.5 f.). Nach Beendigung dieser Tätigkeit war er ab dem 1. September 2016 im von seiner Ehefrau geführten Gasthaus C.____ als Küchenchef angestellt (act. G1.1, G1.4).

A.b. Am 26. September 2016 teilte der Versicherte der Helsana mit, er sei an der Weiterführung der Versicherung im Sinne einer Einzel-Taggeldversicherung und einer Einzel-Unfallversicherung interessiert. Er sei wegen Herzproblemen arbeitsunfähig (KV-act. 7). Mit Schreiben vom 6. Oktober 2016 informierte die Helsana den Versicherten über die Voraussetzungen und Modalitäten des Übertritts in die Einzel-Taggeldversicherung (act. G1.7), worauf der Versicherte am 28. November 2016 einen entsprechenden Antrag stellte (KV-act. 9). Am 27. Dezember 2016 stellte die Helsana der Arbeitgeberin eine ab 1. September 2016 für den Versicherten gültige Versicherungspolice, welche unter anderem die Salaria Einzel-Taggeldversicherung beinhaltet, zu (KV-act. 10).

A.c. Ebenfalls am 27. Dezember 2016 ging bei der Helsana eine Krankmeldung des Versicherten und eine Bestätigung der Arbeitgeberin, wonach er bei keiner anderen Versicherung ein Taggeld beziehe, ein (KV-act. 12 f.). Die zuständigen Ärzte des Spitals



D.____ hatten am 8. November 2016 insbesondere über eine hypertensive, rhythmogene und valvuläre Kardiopathie berichtet (act. G7.2). Dr. med. E.____, Arzt für Allgemeinmedizin FMH, hatte dem Versicherten seit 8. September 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% und ab 2. Januar 2017 eine solche von 50% attestiert (KV-act. 5, 18, act. G1.2). Die Helsana entrichtete nach Ablauf der Wartefrist entsprechende Taggelder (KV-act. 14).

A.d. Mit Schreiben vom 29. Juni 2018 teilte die Helsana dem Versicherten mit, er habe für die Arbeitsunfähigkeit ab 8. September 2016 keinen Anspruch auf Taggeld. Es bestehe keine Versicherungsdeckung, da er beim Unterzeichnen des Formulars für den Übertritt in die Einzelversicherung schon arbeitsunfähig gewesen sei. Sie werde die bereits bezahlten Taggelder zurückfordern (KV-act. 22). Am 30. Juni 2018 forderte die Helsana einen Betrag von insgesamt Fr. 35'991.-- für Taggeldleistungen zurück (KV-act. 23). Mit Schreiben vom 7. September 2018 wehrte sich der Versicherte gegen die Rückforderung und machte geltend, er habe weiterhin Anspruch auf Taggelder (KV-act. 27). Nachdem die Beklagte das Betreibungsverfahren eingeleitet hatte (vgl. Zahlungsbefehl KV-act. 26), kündigte der Versicherte am 25. März 2019 an, er werde die bis zum 31. Dezember 2017 ausgerichteten Taggelder unpräjudiziell und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht zurückerstatten, um das Risiko einer (Fortsetzung der) Betreibung und eines Verzugszinses zu vermeiden (act. G1.18, Zahlungseingang am 2. April 2019; vgl. KV-act. 32).

B.

B.a. Am 26. März 2019 erhob der Versicherte (nachfolgend: Kläger) die vorliegende Klage gegen die Helsana (nachfolgend: Beklagte). Er beantragte darin, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm Krankentaggelder in der Höhe von Fr. 59'241.--, zuzüglich Zins von 5% seit dem 7. September 2017 auszurichten; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Er machte geltend, der Versicherungsschutz sei beim Übertritt von der Kollektiv- zur Einzelversicherung nahtlos weitergegangen. Bei Ausübung des Übertrittsrechts dürften keine neuen Vorbehalte angebracht werden. Er habe daher Anspruch auf Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit der beim Übertritt bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit (act. G1).



St.Galler Gerichte

B.b. Die Beklagte beantragte am 20. Juni 2019 die vollumfängliche Abweisung der Klage, soweit darauf einzutreten sei; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie führte aus, aufgrund des Rückwärtsversicherungsverbotest bestehe keine Leistungspflicht (act. G5).

B.c. Die Parteien verzichteten zugunsten eines zweiten Schriftenwechsels auf eine Verhandlung (act. G1 Ziff. II.16, G2, G5 Ziff. I.3).

B.d. Mit Replik vom 2. Juli 2019 hielt der Kläger an seinen Anträgen fest. Er brachte vor, die Kollektiv- und die Einzelversicherung bildeten in Bezug auf die Versicherungsdeckung und die Leistung eine Einheit. Deshalb könne der Abschluss einer Einzelversicherung während der zulässigen Frist auch keine Rückwärtsversicherung darstellen (act. G7).

B.e. In ihrer Duplik vom 27. September 2019 hielt die Beklagte an ihren Anträgen fest (act. G11).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten ist der Anspruch des Klägers auf Taggeldleistungen der Beklagten für die Folgen der am 8. September 2016 eingetretenen Arbeitsunfähigkeit.

1.1. Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankenzusatzversicherungen (nachfolgend: AVB-KZV), Ausgabe 1. Januar 2014 (KV-act. 4), den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) SALARIA Taggeld-Versicherung, Ausgabe 2008 (KV-act. 2), den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Helsana Business Salary Kollektiv-Taggeldversicherung nach VVG (nachfolgend AVB Kollektiv-TGV), Ausgabe 1. Januar 2006 (KV-act. 1) und der Police vom 27. Dezember 2016 (KV-act. 10).

1.2. Gemäss Art. 31 AVB-KVZ sind für Klagen aus dem Versicherungsvertrag wahlweise entweder die Gerichte am schweizerischen Wohnort der versicherten Person und der Anspruchsberechtigten oder die Gerichte am Sitz des Versicherers



St.Galler Gerichte

zuständig (KV-act. 4). 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 Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) 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. Weitere Prozessvoraussetzung ist ein schutzwürdiges Interesse der klagenden Partei (Art. 59 Abs. 2 lit. a ZPO). Die Beklagte macht geltend, der Kläger habe ihr die erhaltenen Taggelder freiwillig zurückerstattet und damit das Rechtsschutzinteresse an der gerichtlichen Durchsetzung der Forderung verloren (act. G5). Der Kläger hat die geleisteten Taggelder jedoch ausdrücklich nur deshalb zurückerstattet, weil er das Risiko einer (Fortsetzung der) Betreibung und eines Verzugszinses vermeiden wollte. In seinem Schreiben vom 25. März 2019 hielt er fest, die Rückerstattung erfolge unpräjudiziell und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht (act. G1.18). Er anerkannte die Rechtmässigkeit der Rückforderung in keinem Zeitpunkt. Damit besteht weiterhin ein Rechtsschutzinteresse an der Durchsetzung seines materiellen Leistungsanspruchs.

1.6. 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. 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. 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. 1 ZVB deckt die Taggeldversicherung bis zur Höhe des versicherten Taggeldes den nachgewiesenen Erwerbsausfall, der durch eine krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit entsteht. Arbeitsunfähigkeit ist dabei die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 3.1 ZVB; KV-act. 2).

3.

Vorerst ist zu prüfen, ob für die unbestritten bei Abschluss der Einzel-Taggeldversicherung schon bestehende Arbeitsunfähigkeit eine Versicherungsdeckung besteht.

3.1. Nach dem zwingenden Art. 9 VVG ist der Versicherungsvertrag unter Vorbehalt der Fälle nach Art. 100 Abs. 2 (der vorliegend nicht relevant ist) nichtig, wenn im Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung die Gefahr bereits weggefallen oder das befürchtete Ereignis schon eingetreten war. Unter dem Begriff Ereignis ist das Eintreten des versicherten Risikos zu verstehen; das Ereignis ist der Eintritt des befürchteten Vorfalls, der beim Abschluss des Versicherungsvertrages im Blickfeld lag (BGE 136 III 339, E. 3). In Einklang damit hält Art. 21.1 lit. a AVB-KVZ fest, für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die bei Abschluss der Versicherung schon bestanden hätten, bestehe keine Versicherungsdeckung (KV-act. 4). Wie der Kläger zu Recht geltend macht, bezieht sich diese Bestimmung generell auf Krankenzusatzversicherungen der Beklagten und nicht konkret auf Einzel-Taggeldversicherungspolicen, die wie vorliegend infolge des Übertrittsrechts ausgestellt wurden (act. G1). Es ist daher im Folgenden zu prüfen, ob ein Anwendungsfall von Art. 9 VVG und Art. 21.1 lit. a AVB-KVZ vorliegt.

3.2. Ein Arbeitgeber schliesst eine Krankentaggeldversicherung zentral mit dem Zweck ab, Kosten, die ihm aufgrund seiner arbeitsrechtlichen Lohnfortzahlungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit seiner Arbeitnehmenden entstehen (Art. 324a f. des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [OR; SR 220]), abzusichern bzw. das Risiko des Anfalls dieser Kosten überwiegend (in der Regel im Ausmass von 80%) auf eine Versicherung zu überwälzen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Februar 2016, KV-Z 2014/11, E.



2.4). Die meisten AVB räumen dem Versicherten das Recht ein, mit demselben versicherten Leistungsumfang ohne neue Leistungsausschlüsse von der Kollektiv- in die Einzelversicherung übertreten zu können. Dieses Übertrittsrecht in die Einzelversicherung nach VVG ist ein "Nebenprodukt" des sogenannten "Zügerrechts", welches im Freizügigkeitsabkommen unter den Krankentaggeld-Versicherern (nachfolgend: FZA-VVG, act. G 1.22) geregelt ist (Christoph Häberli/David Husmann, Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, Bern 2015, N 616 f.). Bei gesunden Arbeitnehmern, die keine Leistungen aus der kollektiven Krankentaggeldversicherung beziehen, beschlägt der Übertritt die Frage der zukünftigen Versicherungsdeckung bzw. einer allfälligen Nachdeckung über das Ende des Arbeitsverhältnisses hinaus. Ist vertraglich keine Nachdeckung eingeräumt, scheidet der Arbeitnehmer mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses aus dem Kreis der Kollektivversicherten aus und verliert die im Rahmen der Kollektivversicherung gewährte und erworbene Deckung. Will er diese Versicherungsdeckung erhalten, muss er in die Einzelversicherung übertreten. Dabei sind die in den AVB festgelegten Fristen für die Übertrittserklärung zu beachten. Der Übertritt gilt regelmässig ab dem Erlöschen der Kollektivdeckung bzw. dem Ende einer allfälligen Nachleistung (Häberli/Husmann, a.a.O., N 621 f.). Für die freiwillige Krankentaggeldversicherung nach KVG ist das Recht zum Übertritt von einer Kollektiv- in eine Einzelversicherung in Art. 71 Abs. 1 KVG statuiert. Soweit die versicherte Person in der Einzelversicherung nicht höhere Leistungen versichert, dürfen keine neuen Versicherungsvorbehalte angebracht werden (Art. 71 Abs. 1 Satz 2 KVG). Der Versicherer hat gemäss Art. 71 Abs. 2 KVG dafür zu sorgen, dass die versicherte Person schriftlich über ihr Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung. Dieser Grundgedanke wurde in Art. 3 Abs. 2 des – für die Beklagte verbindlichen – FZA-VVG übernommen. Gemäss diesem darf der neue Versicherer keine neuen Versicherungsvorbehalte anbringen, soweit er nicht ein höheres Taggeld oder eine längere Leistungsdauer oder eine kürzere Wartefrist versichert. Wie die Beklagte zu Recht geltend macht, fällt die vorliegende Situation des Wechsels von einer Kollektiv- zu einer Einzelversicherung derselben Gesellschaft nicht unter den Anwendungsbereich gemäss Art. 2 FZA-VVG (vgl. act. G5). Dennoch lässt sich aus den genannten Bestimmungen schliessen, dass die Parteien des Abkommens eine Deckungslücke infolge Stellenwechsels eines Versicherten vermeiden wollten. Ein Versicherter soll sich zu den vorherigen Bedingungen weiterversichern können. Obwohl formal beim Übertritt ein neuer Versicherungsvertrag für die Einzel-Taggeldversicherung abgeschlossen wird, ist diese mit der vorherigen Kollektiv-Taggeldversicherung verbunden. Kollektiv- und Einzelversicherung bilden auch insofern eine Einheit, als nach dem Übertritt weiterhin Anspruch auf Leistungen für eine



während der Kollektivversicherung eingetretene Arbeitsunfähigkeit bzw. einen Rückfall besteht (vgl. Häberli/Husmann, a.a.O., N 165). Im Übrigen gelingt es der Beklagten nicht, aus dem Bundesgerichtsurteil 4A_39/2009 vom 7. April 2009 etwas für ihren Standpunkt abzuleiten. Das Bundesgericht präzisierte in diesem Urteil, dass während der Vertragsdauer der Kollektivversicherung eingetretene Krankheiten oder darauf beruhende Rückfälle mit dem Abschluss des Einzelversicherungsvertrags nicht rückwärts versichert wurden, da sie bereits in der Kollektivversicherung versichert waren. Wenn der Versicherer die daraus geschuldeten Leistungen nach Übertritt im Rahmen der Einzelversicherung erbringt, liegt darin kein Verstoss gegen Art. 9 VVG (E. 3.5.2). Daraus ist zu schliessen, dass das in der Kollektivtaggeldversicherung versicherte Gut (bzw. der der Versicherungsdeckung zugrunde gelegte Gesundheitszustand) nach dem Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung unverändert versicherbar ist.

3.3. Das vertragliche Übertrittsrecht gelangt nicht zur Anwendung, wenn ein Arbeitnehmer die Stelle wechselt und in die Kollektivversicherung des neuen Arbeitgebers übertritt, sofern der neue Versicherungsträger die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss. Damit wird die Koordination mit dem FZA-VVG hergestellt, das dem vertraglichen Übertrittsrecht vorgehen soll (vgl. Gebhard Eugster, Vergleich der Krankentaggeldversicherung [KTGV] nach KVG und nach VVG, in: Adrian von Kaenel [Hrsg.], Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zürich/Basel/ Genf 2007, S. 76).

3.4. Vorliegend hatte der Kläger zwar nahtlos die Stelle gewechselt. Seine Arbeitgeberin, bei der er am 1. September 2016 zu arbeiten begann (vgl. act. G 1.1), hatte für ihre Arbeitnehmenden zu diesem Zeitpunkt allerdings noch keine Kollektiv-Taggeldversicherung abgeschlossen. Die ab dem 26. September 2016 bestehende Kollektiv-Taggeldversicherung nahm den Kläger nicht in den Kreis der versicherten Personen auf, weil seine Arbeitsunfähigkeit vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten war und somit das Rückwärtsversicherungsverbot zum Tragen kam (vgl. das Schreiben der SWICA Krankenversicherung AG vom 20. November 2018, act. G 1.9). Damit liegt kein Anwendungsfall des FZA-VVG vor und das vertragliche Übertrittsrecht in die Einzelversicherung gelangt grundsätzlich zur Anwendung.

3.5. Der Kläger machte unbestritten rechtzeitig von seinem Übertrittsrecht Gebrauch, in dem er am 28. November 2016 einen entsprechenden Antrag stellte (KV-act. 9). Er informierte die Beklagte bereits am 26. September 2016 über eine bestehende Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Herzproblemen (KV-act. 7). Diese Arbeitsunfähigkeit trat am 8. September 2016, mithin zwischen dem Ende der Kollektivversicherung und



dem Antrag auf den Übertritt in die Einzelversicherung, ein (vgl. KV-act. 18). Nach dem Gesagten hatte die Einzelversicherung nahtlos zu erfolgen und die Leistungen blieben gleich. Dies führte die Beklagte selbst in ihrem Schreiben vom 6. Oktober 2016 aus. Sie hielt weiter fest, nach dem Austritt aus der Kollektivversicherung könne der Kläger innerhalb von drei Monaten ohne weitere Formalitäten in die Einzelversicherung wechseln (act. G1.7). Ein Ausschluss für die neu aufgetretene Herzkrankheit bzw. die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit war folglich nicht möglich. Darin liegt kein Verstoss gegen das Rückwärtsversicherungsverbot nach Art. 9 VVG. Wie der Kläger zu Recht geltend macht (act. G1, G7), wäre bei anderer Interpretation der Rechtslage eine Versicherung für eine wenige Tage nach Austritt aus der Kollektivversicherung eingetretene Arbeitsunfähigkeit gar nicht möglich, zumal ein Antrag und das nachfolgende Ausstellen der neuen Versicherungspolice naturgemäss einige Zeit in Anspruch nimmt. Vorliegend dauerte es von der Interessensbekundung bzw. dem Antrag auf den Übertritt bis zum tatsächlichen Vertragsabschluss knapp drei bzw. einen Monat(e) (vgl. KV-act. 7, 10). Es widerspricht dem Schutzzweck des Übertrittsrechts, eine Versicherungsdeckung für solche Fälle auszuschliessen. Dagegen spricht auch die von der Beklagten selbst in ihren AVB statuierte Frist von drei Monaten für den Übertritt (Art. 11.1 AVB-Kollektiv-TGV). Dass der Vertragsbeginn bei rechtzeitig innert drei Monaten ausgeübter Wahrnehmung des Übertrittsrechts rückwirkend auf den Folgetag des Austritts aus dem versicherten Personenkreis der Kollektiv-Taggeldversicherung erfolgt, ist offenkundig, würde doch sonst der dem Übertrittsrecht zugrundeliegende Zweck des nahtlosen Versicherungsschutzes gerade nicht erreicht. Offensichtlich ging auch die Beklagte ursprünglich von einer Versicherungsdeckung aus, stellte sie dem Kläger doch eine rückwirkend per 1. September 2016 gültige Police aus (vgl. KV-act. 10) und entrichtete entsprechende Taggelder (KV-act. 14). Erst mit Schreiben vom 29. Juni 2018, also mehr als eineinhalb Jahre nach Aufnahme der Taggeldzahlungen, verneinte sie einen Leistungsanspruch mangels Versicherungsdeckung (KV-act. 22).

3.6. Nach dem Gesagten liegt kein Anwendungsfall von Art. 21.1 lit. a AVB-KZV bzw. Art. 9 VVG vor. Dementsprechend erübrigen sich Ausführungen zu einer allfälligen Schadenersatzpflicht aus Vertrauenshaftung, wie sie der Kläger eventualiter geltend macht (vgl. act. G1). Die Beklagte ist leistungspflichtig für die Folgen der am 8. September 2016 eingetretenen Arbeitsunfähigkeit.

4.

Die Beklagte macht geltend, eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit des Klägers, insbesondere über den 31. Dezember 2017 hinaus, sei beweislos. Sie begründet, es



lägen diesbezüglich keine beweiskräftigen medizinischen Berichte vor, es sei nicht einmal eine Diagnose nach ICD-10 Standard für die weitergehende Arbeitsunfähigkeit bekannt (act. G5). Die behandelnden Ärzte des Spitals D. ___ hatten am 8. November 2016 als Diagnose eine hypertensive, rhythmogene und valvuläre Kardiopathie festgehalten (act. G7.2). Auch Dr. med. F. ___, Innere Medizin FMH, speziell Kardiologie, berichtete am 28. März 2017 über eine rhythmogene Herzkrankheit. Es sei schon mehrmals zu kardialen Dekompensationen gekommen und ursächlich sei ein tachykardes Vorhofflimmern mit jeweils Tachymyopathie vorhanden (act. G1.3). Der Grund für die Arbeitsunfähigkeit ist damit bekannt. Dr. E. ___ attestierte dem Kläger vom 8. September 2016 bis 1. Januar 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% und ab 2. Januar 2017 durchgehend bis 30. November 2018 eine solche von 50% (KV-act. 5, 18, act. G1.2). Inwiefern diese Arztzeugnisse nicht beweiskräftig sein sollten, bringt die Beklagte nicht im Detail vor. Alleine die Tatsache, dass es sich dabei um Einschätzungen des behandelnden Arztes handelt, stellt die Glaubwürdigkeit der Atteste nicht in Frage. Auch die Beklagte äusserte erst in ihrer Klageantwort Zweifel an denselben und akzeptierte sie zuvor. Eine Arbeitsunfähigkeit im von Dr. E. ___ attestierten Rahmen ist damit rechtsgenügend nachgewiesen. Das Einholen weiterer medizinischer Beurteilungen erübrigt sich, da diese sich nur retrospektiv zur Arbeitsfähigkeit äussern könnten und daher ohnehin nur einen beschränkten Beweiswert hätten. Es besteht damit nach Ende der Wartefrist von 90 Tagen ein Anspruch auf Taggelder für die maximale Leistungsdauer von 730 Tagen seit Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, mithin bis zum 7. September 2018 (vgl. KV-act. 5, 9).

5.

Die Beklagte bringt weiter vor, die Forderung sei teilweise verjährt (act. G5). Gemäss Art. 46 Abs. 1 Satz 1 VVG verjähren die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet. Jeder einzelne Tag der Arbeitsunfähigkeit kann einen selbständigen Anspruch auslösen und ist daher für den Beginn der jeweiligen Verjährung massgebend. Kann der Versicherte fortlaufend die Leistung von Taggeldern verlangen, verjähren diese ab der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit und dem Ablauf der Wartefrist nicht gesamthaft, sondern einzeln ab dem Tag, für welchen alle für den Anspruch auf das einzelne Taggeld massgebenden Bedingungen erfüllt sind. Unterbrochen werden kann die laufende Verjährungsfrist durch die aus dem OR bekannten Mittel: Betreibung, Schlichtungsgesuch, Klage oder Einrede vor einem staatlichen Gericht oder einem Schiedsgericht sowie durch Eingabe im Konkurs. Unterbrochen wird sie auch durch Anerkennung der Schuld durch den Versicherer und durch Teilzahlungen, durch Letztere allerdings nur noch für diejenigen Tage, für die effektiv ein Teil des Taggeldes



bezahlt wird (Häberli/Husmann, a.a.O., N 856 ff.). Die Beklagte hat unbestritten bis zum 31. Dezember 2017 Taggeldleistungen erbracht (KV-act. 23). Wie der Kläger zu Recht ausführt (act. G7), begann die Verjährungsfrist damit erst am 1. Januar 2018 zu laufen. Die Tatsache, dass die Beklagte die bezahlten Taggelder am 30. Juni 2018 zurückforderte (KV-act. 22 f.), ändert daran nichts. Die vorliegende Klage ging am 27. März 2019, mithin weniger als zwei Jahre nach Beginn der Verjährungsfrist am 1. Januar 2018, ein (act. G1). Folglich ist der Anspruch des Klägers noch nicht verjährt. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100% bestand ein Anspruch von Fr. 186.-- pro Tag, bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50% ein solcher von Fr. 93.-- (KV-act. 14 ff.). Daraus resultierte bis zum 31. Dezember 2017 unbestritten ein Anspruch von Fr. 35'991.-- (KV-act. 23). In den verbleibenden 250 (730 - 480) Tagen bestand ein Anspruch von Fr. 23'250.-- (250 Tage x Fr. 93.--), total also Fr. 59'241.-- (Fr. 35'991.-- + Fr. 23'250.--).

6.

Der Kläger beantragt die Verzinsung des Taggeldausstandes zu 5% ab dem 7. September 2017 (mittlerer Verfall; act. G1). Gemäss Art. 102 OR setzt der Schuldnerverzug die Fälligkeit der Forderung und eine Mahnung oder einen bestimmten Verfalltag voraus (vgl. BSK OR I [5. Aufl.] – Wolfgang Wiegand, Art. 102 N 3). Lehnt die Versicherung zu Unrecht ihre Leistungspflicht definitiv ab, bedarf es keiner Mahnung der versicherten Person. Fälligkeit und Verzug treten dann sofort ein, und eine Deliberationsfrist wird überflüssig (Pascal Grolimund/Alain Villard, in: Basler Kommentar zum VVG, Nachführungsband, Basel 2012, Art. 41 N 20, 2. Abschnitt). Denn diesfalls erklärt der Schuldner unmissverständlich, dass er nicht leisten werde, weshalb sich eine Mahnung als überflüssig erweisen würde. Der Gläubiger kann daher analog zu Art. 108 Ziff. 1 OR auf sie verzichten. Dies gilt auch dann, wenn die eindeutige und definitive Verweigerungserklärung schon vor Fälligkeit der Forderung abgegeben wurde (antizipierter Vertragsbruch; vgl. BSK OR I [5. Aufl.], a.a.O., Art. 102 N 11). Die Beklagte erbrachte bis zum 31. Dezember 2017 Taggeldleistungen im Gesamtbetrag von Fr. 35'991.-- (KV-act. 23). Der Kläger konnte bis zur Rückzahlung effektiv über dieses Geld verfügen, weshalb sich eine Verzinsung erst ab der Klageerhebung vom 26. März 2019 (act. G1) rechtfertigt. Dieses Datum stimmt zudem in etwa mit dem Zeitpunkt der Rückzahlung überein (vgl. act. G1.18, KV-act. 32). Mit der Einstellung der Taggeldzahlungen machte die Beklagte unmissverständlich klar, dass sie ab dem 1. Januar 2018 keine Taggelder mehr ausrichten werde. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen geriet die Beklagte mit den seither geschuldeten Taggeldern jeweils am Tag der Fälligkeit in Verzug. Eine ausdrückliche Mahnung der Taggeldleistungen durch den Kläger war nicht erforderlich. Aus praktischen Gründen rechtfertigt es sich, für den seither aufgelaufenen Gesamtbetrag von Fr. 23'250.-- von



einem mittleren Verfall am 5. Mai 2018 (1. Januar 2018 zuzüglich halbe Leistungsdauer von 125 Tagen; analog zum mittleren Verfall von Schadenszinsen; vgl. Christian Heierli/Anton K. Schnyder, in: BSK OR I, Art. 42 N 5) auszugehen. Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG in Verbindung mit Art. 104 Abs. 1 OR hat die Beklagte Verzugszinsen zu 5% pro Jahr zu bezahlen.

7.

7.1. Nach dem Gesagten ist die Klage gutzuheissen und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger Krankentaggelder in der Höhe von Fr. 59'241.--, zuzüglich Zins zu 5% auf den Betrag von Fr. 23'250.-- seit dem 5. Mai 2018 sowie Zins zu 5% auf den Betrag von Fr. 35'991.-- seit 26. März 2019 zu bezahlen.

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

7.3. Der obsiegende Kläger hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 106 ZPO). Diese spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 i.V.m. Art. 96 ZPO). Nach Art. 14 Abs. 1 lit. c der st. gallischen Honorarordnung (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30^{bis} HonO) beläuft sich das mittlere Honorar bei einem Streitwert von Fr. 30'000.-- bis Fr. 100'000.-- auf Fr. 3'500.-- zuzüglich 9% des Streitwerts, vorliegend also auf Fr. 8'831.70 (Fr. 3'500.-- + [Fr. 59'241.-- x 9%]). Gemäss Art. 28^{bis} Abs. 1 HonO besteht Anspruch auf den pauschalen Ersatz für Barauslagen von 4% des Honorars, höchstens Fr. 1'000.--. Beim Honorar von Fr. 8'831.70 beträgt dieser Fr. 353.25. Sofern ein Mehrwertsteuerzuschlag anfällt, wird dieser auf begründeten Antrag hin zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO). Ein solcher Antrag liegt nicht vor. Damit hat die Beklagte dem Kläger eine Parteientschädigung von Fr. 9'184.95 (Fr. 8'831.70 + Fr. 353.25) zu bezahlen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 des sankt-gallischen Reglements über Organisation und Geschäftsgang des Versicherungsgerichtes (OrgR; sGS 941.114)

1.

Die Klage wird gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, dem Kläger Krankentaggelder in der Höhe von Fr. 59'241.--, zuzüglich Zins zu 5% auf den Betrag von Fr. 23'250.-- seit dem 5. Mai 2018 sowie Zins zu 5% auf den Betrag von Fr. 35'991.-- seit 26. März 2019 zu bezahlen.



2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beklagte hat dem Kläger eine Parteientschädigung von Fr. 9'184.95 (inklusive Barauslagen) zu bezahlen.