

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 91

Urteil vom 22. August 2024

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Kläger,
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____,

gegen

C. _____ AG
Beklagte,
vertreten durch Rechtsanwältin D. _____

Gegenstand

Krankenversicherung (Krankentaggeldversicherung nach VVG)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1988) ist Inhaber des Einzelunternehmens H._____ mit Sitz in I._____ (K-act. 3; www.zefix.ch; eingesehen am 5.7.2024). Er verfügt über eine Kollektiv-Krankenversicherung nach VVG bei der C._____ AG womit er gemäss der ab 1. Januar 2022 gültigen Police bei fester Jahreslohnsomme von Fr. 56'575 Krankentaggeld versichert ist sowie für Heilkosten und Taggeld bei Unfall (K-act. 2, 4).

B. Anlässlich der Erstkonsultation vom 18. November 2022 stellte Dr.med. E._____ (FMH Innere Medizin) A._____ ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis aus, wonach seit dem 1. September 2022 krankheitsbedingt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe (K-act. 7, 8). Nachdem A._____ der C._____ AG den Krankheitsfall meldete, informierte ihn diese am 14. Dezember 2022, zum Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit ab 18. November 2022 habe wegen Nichtbezahlung der Prämie keine Deckung über die Krankenversicherung bestanden; man könne auf den Krankheitsfall nicht eintreten (K-act. 10).

C. Mit Schreiben vom 4. Mai 2023 machte A._____ gegenüber der C._____ AG eine falsche Sachverhaltsfeststellung geltend und ersuchte um neuerliche Prüfung seines Leistungsanspruches (K-act. 11), was die C._____ AG mit Schreiben vom 13. Juni 2023 ablehnte (K-act. 12).

D. Am 14. November 2023 lässt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz gegen die C._____ AG Klage einreichen mit den Anträgen:

1. Es sei die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger CHF 49'503.30 zzgl. 5% Zins seit 01.10.2022, zu bezahlen.
2. Eventualiter sei die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger CHF 36'145.25, zzgl. 5% Zins seit 11.12.2022, zu bezahlen.
3. Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten.

E. Mit Klageantwort vom 9. Februar 2024 beantragt die C._____ AG die Abweisung der Klage. Mit Replik vom 14. Mai 2024 resp. Duplik vom 10. Juni 2024 halten die Parteien je an ihren Anträgen fest.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Es ist zwischen den Parteien unbestritten, dass es sich bei vorliegender Streitigkeit um eine solche aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung handelt, dass hierfür im Kanton Schwyz das Verwaltungsgericht des

Kantons Schwyz zuständig ist (Art. 7 Schweizerische Zivilprozessordnung [Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272] vom 19.12.2008 i.V.m. § 24 Abs. 2 Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung [EGzKVG; SRSZ 361.100] vom 19.9.2007), dass Streitigkeiten aus solchen Versicherungen privatrechtlicher Natur sind (BGE 138 III 2 E. 1.1) und dass sich das Verfahren nach der ZPO richtet (Urteil BGer 4A_110/2017 vom 27.7.2017 E. 3), wobei vor der Klageeinreichung kein Schlichtungsverfahren durchzuführen ist (BGE 138 III 558 E. 4) und nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ohne Rücksicht auf den Streitwert das vereinfachte Verfahren gilt.

2.1 Gemäss Art. 8 Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB; SR 210) vom 10. Dezember 1907 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 (BGE 130 III 321 E. 3.1; BGE 148 III 105 E. 3.3.1).

Im Rahmen des Versicherungsvertrags hat die anspruchsberechtigte Person - in der Regel der Versicherungsnehmer - die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruchs (Art. 39 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag [Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1] vom 2.4.1908) zu behaupten und zu beweisen (vgl. Urteile BGer 4A_491/2023 vom 26.2.2024 E. 4.3; 4A_144/2021 vom 13.9.2021 E. 4.2.1).

Den Versicherer trifft demgegenüber die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglich vorgesehenen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen, wie u.a. die betrügerische Begründung des Versicherungsanspruchs nach Art. 40 VVG (Urteil BGer 4A_491/2023 vom 26.2.2024 E. 4.3).

Anspruchsberechtigter und Versicherung haben im Streit um vertragliche Leistungen je ihr eigenes Beweisthema und hierfür je den Hauptbeweis zu erbringen. Dies trifft auch dann zu, wenn sich beide Beweisthemen im gleichen Verfahren gegenüberstehen (BGE 148 III 105 E. 3.3.1; BGE 130 III 321 E. 3.1; Urteil BGer 4A_194/2016 vom 8.8.2016 E. 3.1).

2.2 Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags mitunter mit Schwierigkeiten verbunden ist, kann der Versiche-

rungsnehmer ausnahmsweise eine Beweiserleichterung insofern geniessen, als er für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit darzutun hat. Den Ausnahmen liegt die Überlegung zu Grunde, dass die Rechtsdurchsetzung nicht an Beweisschwierigkeiten scheitern darf, die typischerweise bei bestimmten Sachverhalten auftreten (vgl. BGE 128 III 271 E. 2b/aa). Die Beweiserleichterung setzt demnach eine "Beweisnot" voraus. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung besteht in Krankentaggeldversicherungsfällen für den Nachweis der behaupteten Arbeitsunfähigkeit keine Beweisnot und es gilt nicht das reduzierte Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, sondern das ordentliche Beweismass der vollen Überzeugung (BGE 148 III 105 E. 3.3.1; ferner Urteil BGer 4A_144/2021 vom 13.9.2021 E. 5.2). Demnach ist der Beweis erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist (Urteil BGer 4A_172/2022 vom 31.8.2022 E. 2.5).

2.3 Die Beweislastverteilung regelt die Folgen der Beweislosigkeit. Gelangt ein Gericht dagegen in Würdigung der Beweise zum Schluss, eine Tatsachenbehauptung sei bewiesen oder widerlegt, ist die Beweislastverteilung gegenstandslos. Tatsächliche Vermutungen lassen den Schluss auf das Vorhandensein oder das Fehlen bestimmter Tatsachen zu und bilden Teil der Beweiswürdigung (BGE 141 III 241 E. 3.2 mit Hinweisen u.a. auf BGE 138 III 359 E. 6.3; BGE 135 II 161 E. 3; BGE 134 III 235 E. 4.3.4).

2.4.1 Die Lohnausfallversicherung als Krankentaggeldversicherung, welche der vorliegenden Klage zugrunde liegt, richtet sich nach VVG. Dieses enthält kaum spezifische Bestimmungen zum Krankentaggeld (vgl. Art. 46 Abs. 3 VVG betr. Verjährung). Es ist deshalb grundsätzlich auf die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien abzustellen (vgl. BGE 133 III 185 E. 2). Vorliegend ist unbestritten, dass der Kläger bei der Beklagten kollektivversichert ist und neben der Police Nr. G-1178-6422 die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ausgabe 01.2022 Anwendung finden (K-act. 2, 4).

2.4.2 AVB-Klauseln sind, wenn sie in Verträge übernommen werden, grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen (BGE 142 III 671 E. 3.3 mit Verweisen). Entscheidend ist demnach in erster Linie der übereinstimmende wirkliche Wille der Vertragsparteien und in zweiter Linie, falls ein solcher nicht festgestellt werden kann, die Auslegung der Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips. Dabei ist vom Wortlaut der Erklärungen auszugehen, welche jedoch nicht isoliert, sondern aus ihrem konkreten Sinngefüge heraus zu beurteilen sind (BGE 140 III 391 E. 2.3; BGE

138 III 659 E. 4.2.1). Demnach ist der vom Erklärenden verfolgte Regelungszweck

massgebend, wie ihn der Erklärungsempfänger in guten Treuen verstehen durfte und musste (BGE 142 III 671 E. 3.3; BGE 140 III 391 E. 2.3).

2.4.3 Aus der vom Kläger abgeschlossenen Kollektiv-Krankenversicherung besteht ein Anspruch auf Taggeld (AVB Ziff. M.1). Das Taggeld wird für jeden Kalendertag einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% erbracht. Der Anspruch entsteht nach Ablauf der vertraglichen Wartefrist (in casu 30 Tage; K-act. 4) und unter der Bedingung, dass die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch zum versicherten Personenkreis gehört (AVB Ziff. M.1.1 Abs. 1). Die Wartefrist beginnt am Tag der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, frühestens aber sieben Tage vor der ersten ärztlichen Untersuchung. Als Warte-tage gelten Tage mit einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% (AVB Ziff. M.1.1 Abs. 2).

Krankheit ist gemäss AVB (Begriffe Ziff. 4 Abs. 1) jede - vom Willen der versicherten Person unabhängige - Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Arbeitsunfähigkeit ist 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 einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 90 Tagen wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (AVB Begriffe Ziff. 5).

Gibt ein Schadenfall voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen, ist unverzüglich ein Arzt beizuziehen (AVB Ziff. G.4.1 erster Satz). Jeder Schadenfall ist der Beklagten innert 30 Tagen zu melden; erfolgt die Schadenmeldung verspätet, ruht die Leistungspflicht bis zum Eingang der Schadenmeldung; die Wartefrist wird von diesem Tag an gerechnet (AVB Ziff. G.4.2 Abs. 1).

2.4.4 Der Kläger als Versicherungsnehmer schuldet der Beklagten als Versicherungsunternehmen Prämien. Die Versicherungsprämie beträgt gemäss Police Fr. 1'573.84 im Jahr und ist halbjährlich zahlbar mit Fälligkeiten 1. Januar und 1. Juli (K-act. 4).

Wird die Prämie zur Verfallzeit oder während der im Vertrag eingeräumten Nachfrist nicht entrichtet, so ist der Schuldner unter Androhung der Säumnisfolgen auf seine Kosten schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, aufzufordern, binnen 14 Tagen, von der Absendung der Mah-

nung an gerechnet, Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens vom Ablaufe der Mahnfrist an (Art. 20 Abs. 1 und 3 VVG). Für versicherte Ereignisse, die während der Zeitdauer der Leistungsruhe eingetreten sind, besteht keine Leistungspflicht des Versicherers, und zwar auch nicht nach Beendigung des Ruhens (BGE 142 III 671 E. 2.3, 3.10). Wird die Prämie vom Versicherungsunternehmen eingefordert oder nachträglich angenommen, so lebt seine Haftung mit dem Zeitpunkte, in dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird, wieder auf (Art. 21 Abs. 2 VVG).

3.1.1 Der Kläger meldete der Beklagten seine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (Meldung liegt nicht bei den Akten). Den Eingang bestätigte die Beklagte am 14. Dezember 2022 und sie stellte fest, gemäss den vorliegenden Unterlagen sei er seit dem 18. November 2022 bei Dr.med. E. _____ in ärztlicher Behandlung. Zum Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit ab 18. November 2022 habe wegen Nichtbezahlung der Prämie keine Versicherungsdeckung bestanden. Sie könne auf den Krankheitsfall nicht eintreten (K-act. 10).

3.1.2 Aktenkundig ist ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 18. November 2022, worin Dr.med. E. _____ dem Kläger eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. September 2022 bis 30. November 2022 attestiert (K-act. 7). Weitere Atteste folgten für die Zeit ab 1. Dezember 2022 bis 30. April 2023 für 100% Arbeitsunfähigkeit, 90% für Mai bis und mit Juli 2023 sowie 50% für August 2023 (K-act. 14). In einem Zeugnis für den Kläger zu Handen der Taggeldversicherung vom 17. Januar 2023 führte Dr.med. E. _____ aus (K-act. 8):

Ich betreue Sie als Hausarzt seit 10. Oktober 2003.

Die jetzige zur Arbeitsunfähigkeit führende Erkrankung begann im Sommer 2022. Leider liegt es in der Natur der Erkrankung, dass Sie erst mit Verzögerung und etablierter Arbeitsunfähigkeit den Arzt aufsuchen konnten. Den ersten Termin vom 7. November 2022 in meiner Sprechstunde konnten sie nicht wahrnehmen. Ich sah Sie erstmals am 18. November 2022 und leitete sofort eine somatische Abklärung ein (Bildgebung des Schädels, Blutentnahme) und überwies Sie den Spezialisten der Psychiatrie.

Aus internistischer und hausärztlicher Sicht ist die Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit ab Sommer 2022 gerechtfertigt. Ich habe am 13. Dezember 2022 gegenüber der C. _____ AG eine Arbeitsunfähigkeit ab 1. September 2022 attestiert. In der Realität konnten Sie krankheitsbedingt zunehmend ab Sommer 2022 Ihrer Arbeit nicht nachkommen und arbeiteten nur bei guten Tagen und stark reduziert.

3.2.1 Am 7. Mai 2022 stellte die Beklagte dem Kläger die Prämie für das zweite Halbjahr 2022 von Fr. 796.90, fällig per 1. Juli 2022, zahlbar bis 31. Juli 2022, in Rechnung (BK-act. 3).

Am 20. August 2022 erinnerte die Beklagte den Kläger an die noch offene Rechnung vom 7. Mai 2022 mit der Aufforderung, den Betrag bis 6. September 2022 einzuzahlen (BK-act. 2).

Am 10. September 2022 mahnte die Beklagte den Kläger für die geschuldete Prämie gemäss Rechnung vom 7. Mai 2022. Dies mit dem Hinweis: "Trifft Ihre Überweisung nicht termingerecht ein, ruht die Leistungspflicht der C._____ AG ab dem 28.9.2022". Zusätzlich wies die Beklagte den Kläger auf die Möglichkeit hin, dass sie den offenen Betrag trotzdem einfordern könne, die Leistungspflicht aber erst nach Bezahlung wiederauflebe, oder dass sie auf die Weiterführung des Vertrags verzichten könne (BK-act. 2).

Am 1. Oktober 2022 liess die Beklagte dem Kläger für die geschuldete Prämie gemäss Rechnung vom 7. Mai 2022 eine Betreibungsandrohung zukommen. Er wurde informiert, dass gemäss den gesetzlichen Bestimmungen über den Versicherungsvertrag die Leistungspflicht seit dem 28. September 2022 ruhe (BK-act. 2). Im weiteren Verlauf wurde der Kläger für die offene Prämie betrieben.

3.2.2 Weiter hat die Beklagte ins Recht gelegt (BK-act. 2):

- Mahnung vom 4. September 2021 und Betreibungsandrohung vom 25. September 2021 für geschuldete Prämien gemäss Rechnung vom 8. Mai 2021;
- Mahnung vom 13. März 2021 und Betreibungsandrohung vom 3. April 2021 für geschuldete Prämien gemäss Rechnung vom 7. November 2020;
- Mahnung vom 5. September 2020 und Betreibungsandrohung vom 26. September 2020 für geschuldete Prämien gemäss Rechnung vom 9. Mai 2020;
- Mahnung vom 14. März 2020 für geschuldete Prämien gemäss Rechnung vom 9. November 2019;
- Mahnung vom 9. März 2019 für geschuldete Prämien gemäss Rechnung vom 10. November 2018;
- Mahnung vom 9. September 2017 für geschuldete Prämien gemäss Rechnung vom 6. Mai 2017;
- Mahnung vom 11. März 2017 für geschuldete Prämien gemäss Rechnung vom 12. November 2016;
- Mahnung vom 10. September 2016 und Betreibungsandrohung vom 1. Oktober 2016 für geschuldete Prämien gemäss Rechnung vom 7. Mai 2016;
- Mahnung vom 12. März 2016 und Betreibungsandrohung vom 2. April 2016 für geschuldete Prämien gemäss Rechnung vom 7. November 2015;

- Mahnung vom 8. September 2015 für geschuldete Prämien gemäss Rechnung vom 9. Mai 2015;
- Mahnung vom 11. März 2014 für geschuldete Prämien gemäss Rechnung vom 10. November 2013;
- Mahnung vom 12. März 2013 für geschuldete Prämien gemäss Rechnung vom 12. November 2012;
- Mahnung vom 29. Mai 2012 und Betreibungsandrohung vom 19. Juni 2012 für geschuldete Prämien gemäss Rechnung vom 9. März 2012.

3.2.3 Am 5. Dezember 2022 wurde dem Betreibungsamt K. _____ ein Betrag von Fr. 849.20 überwiesen mit dem Vermerk "Forderung aus Versicherungsvertrag Nr. G-11786422" (K-act. 15). Am 13. Dezember 2022 stellte das Betreibungsamt K. _____ eine Abrechnung aus, wonach die Rechnung vom 7. Mai 2022 inkl. Zins zzgl. Mahn- und Betreuungsspesen beglichen wurde (K-act. 5).

3.3 Der Kläger trägt vor, er sei im Sommer 2022 an einem Burnout-Syndrom erkrankt bzw. habe sich sein Burnout-Syndrom sowie seine depressive Symptomatik zugespitzt, welche - nach einer Firmenübernahme - ca. 2020 schleichend begonnen habe. Als sich sein Zustand im Sommer 2022 zugespitzt habe, sei er oft wochenlang im Bett gelegen und hätte keine Energie gehabt, aufzustehen, geschweige denn irgendetwas anzugehen. Krankheitshalber habe er insbesondere seine Arbeit nicht mehr wahrnehmen und seine privaten und geschäftlichen Rechnungen nicht mehr bezahlen können. Krankheitsbedingt habe er auch keinen Arzt aufsuchen können.

Im August 2022 habe er telefonisch erstmals Triaplust kontaktiert, die ihm wegen Überlastung einen Termin im Oktober 2022 gegeben habe. Er habe diesen zustandsbedingt nicht wahrnehmen können. Auch einen ersten Termin bei Dr.med. E. _____ vom 7. November 2022 habe er nicht wahrnehmen können und ihn erst am 18. November 2022 erstmals aufgesucht. Dieser habe umgehend Abklärungen eingeleitet und ihn an Triaplust überwiesen, wo am 13. Dezember 2022 das Erstgespräch stattgefunden habe. Dr.med. E. _____ habe ab 1. September 2022 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert mit der Diagnose depressive Entwicklung bzw. eine mittelgradige depressive Episode zusammenhängend mit der Belastung am Arbeitsplatz.

Er sei nicht erst seit dem 18. November 2022 arbeitsunfähig; das Burnout-Syndrom habe sich bereits im Sommer 2022 manifestiert und noch früher begonnen. Ein Burnout sei ein schleichender Prozess mit mehreren Phasen. Es sei mehr als nachvollziehbar, dass eine betroffene Person lange nichts merke oder es verdränge, und wenn es sich zugespitzt habe, keinen Arzt aufsuche, zumal

dies grosser Überwindung bedürfe. Der Kläger sei eine selbständige Person, die nicht auf andere angewiesen sein wolle und nicht gerne um Hilfe bitte. Auch Dr.med. E. _____ habe bestätigt, dass Menschen mit Burnout-Syndrom erst mit Verzögerung und etablierter Arbeitsunfähigkeit den Arzt aufsuchen würden; entsprechend habe er die Arbeitsunfähigkeit ab 1. September 2022 attestiert. Es sei schlicht nicht korrekt, wenn die Beklagte von einer Arbeitsunfähigkeit ab Arztbesuch vom 18. November 2022 ausgehe.

Unter Verweis auf AVB Ziff. G.5 hält der Kläger dafür, dass er seine Rechnung aufgrund seines Burnouts nicht habe bezahlen können; er habe sie krankheitsbedingt unverschuldet nicht rechtzeitig beglichen. Er habe seine Obliegenheiten bzw. Pflichten nicht absichtlich verletzt. Entsprechend habe die fehlende Bezahlung der Rechnung nicht das Ruhen der Leistungspflicht zeitigen dürfen. Vielmehr hätte die Versicherungsdeckung auch nach dem 28. September 2022 bestanden, womit auch bei einer Bejahung der Arbeitsunfähigkeit erst ab dem 18. November 2022 ein Anspruch auf Taggeld bestehe. Bei einer Arbeitsunfähigkeit ab 1. September 2022 und 30tägiger Wartefrist bestehe ab dem 1. Oktober 2022 Anspruch auf ein Taggeld. Und sollte betreffend Arbeitsunfähigkeit wider Erwarten auf die ärztliche Untersuchung (18.11.2022) abgestellt werden, so würde die Wartefrist sieben Tage vor der Konsultation beginnen und der Taggeldanspruch ab dem 11. Dezember 2022 bestehen.

3.4 Gemäss der Beklagten ist nicht ausgewiesen, ob und wann das sogenannte Burnout-Syndrom begonnen und wann es sich zugespitzt habe. Entsprechend sei nicht belegt, wie es um seine Fähigkeiten gestanden habe, seinen täglichen Pflichten und seiner Arbeit nicht nachkommen zu können. Die Beklagte bestreitet die Darstellung des Klägers. Echtzeitliche oder zeitnahe ärztliche Bestätigungen lägen keine vor. Die eingereichten Mahnungen und Beteiligungen seien nicht geeignet, seine Darstellung zu untermauern, da erwiesen sei, dass er seine Prämienrechnungen praktisch nie zeitgerecht beglichen habe und immer wieder deckungsfreie Zeiträume bestanden hätten. Auch zeige der Beteiligungsregisterauszug des Klägers, dass bereits Anfang 2019, und damit weit vor der vom Kläger behaupteten angeblichen Krankheit, Beteiligungen für stattliche Beträge namentlich der Ausgleichskasse und der Steuerverwaltung hängig gewesen seien. Es sei vom gleichen Bild noch weiter als fünf Jahre zurückliegend auszugehen und damit von Zahlungsunfähigkeit. Die vorliegend zur Diskussion stehende Rechnung habe der Kläger am 7. Mai 2022 erhalten, zu einem Zeitpunkt da er selber keine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Pflichterfüllung behauptete.

Die Beklagte bestreitet ebenso, dass der Kläger bereits im August 2022 Triplus telefonisch kontaktiert habe, werde dies doch im Schreiben vom 4. Mai 2023 be-

zeichnenderweise nicht geltend gemacht. Vielmehr sei davon auszugehen, dass er zuerst den Hausarzt aufgesucht habe, nämlich am 18. November 2022. Dessen Arbeitsunfähigkeitsattest per 1. September 2022 werde ebenfalls bestritten. Eine fast zwei Monate zurückliegende Bestätigung, ohne den Patienten gesehen zu haben, sei nicht seriös und habe keinen Beweiswert. Zeugnisse könnten höchstens einige Tage rückwirkend ausgestellt werden.

Zudem begründe eine Erkrankung kein versichertes Ereignis; massgeblich sei allein die Arbeitsunfähigkeit; dass diese beim Kläger vor dem 28. September 2022 eingetreten sei, sei nicht nachgewiesen. Die Bestätigung von Dr.med. E._____, wonach das Aufsuchen des Arztes bei dieser 'Erkrankung' mit etablierter Arbeitsunfähigkeit erfolge, stehe damit im Einklang.

Die Beklagte bestreitet auch die Arbeitsunfähigkeit ab dem 18. November 2022, da etwa kein stationärer Klinikaufenthalt erfolgt sei. Auch sei die Einzelfirma des Klägers nach wie vor aktiv. Es sei schwer denkbar, dass dies ohne hochprozentige Arbeitsfähigkeit auch im massgeblichen Zeitraum möglich gewesen sei. Zudem sei er auch in der Lage gewesen, eine Ausbildung zu beginnen resp. vorher auch aufzugleisen.

Der Kläger müsse den Nachweis erbringen, dass der Prämienverzug gänzlich unverschuldet gewesen sei oder dass er bereits vor dem 28. September 2022 arbeitsunfähig gewesen sei. Beides gelinge ihm nicht.

4. Auf die eingangs dargestellten Beweisthemen der Parteien (vgl. oben E. 2.1) Bezug nehmend gilt, dass die Beklagte den Nachweis zu erbringen hat, dass der Kläger seiner Prämienzahlungspflicht nicht fristgerecht nachgekommen ist und sie ihre Leistungspflicht ruhen lassen durfte. Dem gegenüber hat der Kläger den Beweis zu erbringen hat, dass er entweder seiner Prämienzahlungspflicht nachgekommen oder unverschuldet nicht nachgekommen ist und die unverschuldet versäumte Handlung sofort nach Beseitigung des Hindernisses nachgeholt hat (vgl. Urteil BGer 4A_490/2019 vom 26.5.2020 E. 5.10.2), oder dass seine Arbeitsunfähigkeit als Versicherungsfall bereits vor dem 28. September 2022 (Ruhe der Leistungspflicht) eingetreten ist (BSK VVG-Grolimund, Art. 45 N 24 f.; BBI 2017 5123).

4.1 Vorliegend ist unbestritten, dass die Beklagte dem Kläger am 7. Mai 2022 die Prämie für das zweite Halbjahr 2022 in Rechnung stellte, der Kläger die Rechnung nicht innert Frist beglich, die Beklagte ihn am 20. August 2022 zur Zahlung erfolglos erinnerte und am 10. September 2022 mahnte mit der Androhung, bei nicht termingerechter Zahlung werde die Leistungspflicht ab dem 28. September 2022 ruhen. Da weiterhin kein Zahlungseingang verbucht werden

konnte, erliess die Beklagte am 1. Oktober 2022 die Betreibungsandrohung mit dem Hinweis, die Leistungspflicht ruhe, und sie betrieb den Kläger später. Dieser Sachverhalt ist soweit unbestritten (vgl. oben E. 3.2.1). Zudem ist zu konstatieren, dass die Mahnung vom 10. September 2022 die Voraussetzungen für ein späteres Ruhen der Leistungspflicht erfüllte (vgl. BK-act. 2), indem die Beklagte die Beträge nannte, für die Zahlung verlangt wurde, ebenso die Zahlungsfrist von 14 Tagen und vor allem auch ausdrücklich die Säumnisfolgen androhte, nämlich das Ruhen der Leistungspflicht des Versicherers nach Art. 20 Abs. 3 VVG und ebenso das Recht des Versicherers, vom Vertrag zurückzutreten, beziehungsweise die Vermutung des Rücktritts gemäss Art. 21 Abs. 1 VVG (vgl. BGE 138 III 2 E. 4.2). Damit hat die Beklagte den Nachweis des Zahlungsverzugs inkl. rechtsgenügendem Androhen der Säumnisfolgen als Voraussetzung für das Ruhen ihrer Leistungspflicht erbracht. Vom Ablauf der Mahnfrist, d.h. vom 28. September 2022, an ruhte somit die Leistungspflicht der Beklagten (vgl. Art. 20 Abs. 3 VVG; vgl. oben 2.4.4). Für Versicherungsfälle, welche während der Zeit des Ruhens eintraten, besteht für die Beklagte keine Leistungspflicht (BGE 142 III 671).

4.2.1 Für den Fall einer unverschuldeten Versäumnis einer Frist räumt das Gesetz dem Säumigen das Recht ein, das Versäumte nach Beseitigung des Hindernisses nachzuholen: Wo der Vertrag oder das VVG den Bestand eines Rechtes aus der Versicherung an die Beobachtung einer Frist knüpft, ist der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigte befugt, die ohne Verschulden versäumte Handlung sofort nach Beseitigung des Hindernisses nachzuholen (Art. 45 Abs. 3 VVG). Voraussetzung, um von diesem Recht Gebrauch machen zu können, ist (vorliegend), dass die Zahlungsfrist ohne Verschulden versäumt wurde. Erst wenn dies feststeht, gilt es weiter zu prüfen, ob die Handlung auch sofort, d.h. ohne Verzug nachgeholt wurde.

4.2.2 Unverschuldet im Sinne von Art. 45 Abs. 3 VVG ist eine Fristversäumnis nicht nur dann, wenn Umstände, die der Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigte nicht zu verantworten hat, die Wahrung der Frist verunmöglichten, sondern auch dann, wenn es dem Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigten zwar möglich, aber im Hinblick auf die gegebenen Umstände nach Treu und Glauben nicht zuzumuten war, die in Frage stehende Handlung vor Ablauf der Frist vorzunehmen (BGE 74 II 97 E. 4a). Die Praxis wendet aber einen strengen Massstab an; es gilt grundsätzlich ein objektiver Verschuldensbegriff (BGE 115 II 88 E. 4.a). Massstab ist die Sorgfalt, die ein Dritter in einer vergleichbaren Lage zu beachten hätte. Als Entschuldigungsgründe genannt werden etwa Krankheit, Unmöglichkeit der Beibringung von Belegen, Verhalten des Versiche-

rungsunternehmens, seiner Agenten oder amtlicher Stellen (Urteil BGer 4A_562/2016 vom 26.4.2017 E. 3.2). Den Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigten darf für sein Verhalten kein Vorwurf treffen, auch nicht jenen der leichten Fahrlässigkeit (Urteil BGer 4A_490/2019 vom 26.5.2020 E. 5.7.2; BSK VVG-Grolimund, Art. 45 N 19).

4.2.3 Den Nachweis, die Prämienzahlung im erwähnten Sinne unverschuldet nicht innert der Mahnfrist geleistet zu haben, vermag der Kläger nicht zu erbringen. Krankheit als solche vermöchte grundsätzlich ein unverschuldetes Hindernis darzustellen, wobei verlangt werden muss, dass die Krankheit zweifelsfrei nachgewiesen ist und von einer Art war, welche es dem Kläger bei objektiver Betrachtung verunmöglichte, die Prämienzahlung innert Frist zu leisten. Damit eine solche Krankheit als bewiesen betrachtet werden kann, ist zu verlangen, dass sie mit einem Arztbericht belegt ist.

Der Kläger bringt kaum Arztberichte bei. Die Arztzeugnisse ab Dezember 2022 (K-act. 14) sind Formular-Arztzeugnisse und beschränken sich auf die Aussage, in welchem Zeitraum eine Arbeitsunfähigkeit welchen Umfanges besteht und ob sie krankheits- oder unfallbedingt ist. Auch wenn ein solches Zeugnis, das anerkanntermassen von einer fachkundigen Person ausgestellt wurde und dessen Falsch-Ausstellung mit Strafe nach Art. 318 StGB bedroht ist, Basis für eine substantiierte Parteibehauptung bilden kann (vgl. Urteil BGer 4D_7/2021 vom 12.4.2021 E. 4.4), so lässt es doch keinerlei Rückschluss zu, um eine geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit zu überprüfen. Es fehlt an einem überprüfbareren Inhalt, es bleibt unbestimmt, ob das Zeugnis auf Angaben des Patienten beruht oder auf persönlichen Beobachtungen des Arztes, mit welchen er die Angaben validiert hat. Es fehlen jegliche Diagnosen und Befunde. Zudem vermögen diese ab Dezember 2022 ausgestellten Zeugnisse eine Krankheit und Arbeitsunfähigkeit im September 2022 ohnehin nicht zu belegen.

Auch das erste Zeugnis vom 18. November 2022, mit welchem eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ab 1. September 2022 für 91 Tage attestiert wurde, enthält weder eine Diagnose noch Befunde und auch keine entsprechend nachvollziehbare Begründung (K-act. 7) und lässt somit auch keine Überprüfung der Krankheit und Arbeitsfähigkeit im September 2022 zu.

Ein erster Bericht liegt mit dem Schreiben von Dr.med. E. _____ an den Kläger vom 17. Januar 2023 vor (vgl. Wortlaut oben E. 3.1.2). Darin wird die Erstkonsultation vom 18. November 2022 bestätigt, mithin lange nach der attestierten krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit. Eine Begründung, warum ein erster Termin am 7. November 2022 nicht wahrgenommen werden konnte, enthält der Bericht indes nicht. Es wird auch nicht erklärt, aufgrund welcher geklagten Be-

schwerden oder erhobenen Befunde weitere Abklärungen eingeleitet wurden. Überhaupt enthält der Bericht keine objektiven Befunde und auch keine Diagnose. Insofern liegt kein tauglicher Bericht vor (vgl. Urteil BGer 4A_12/2020 vom 2.6.2021 E. 4.1). Und selbst die gemachten Angaben vermögen eine Arbeitsunfähigkeit resp. eine Unfähigkeit, die Rechnung nach Erhalt der Mahnung im September 2022 zu begleichen, mitnichten zu belegen. "Die jetzige zur Arbeitsunfähigkeit führende Erkrankung begann im Sommer 2022". 'Sommer 2022' ist ein sehr unbestimmter Zeitbegriff. Zudem begann dazumal die Erkrankung und führte später zur für den Versicherungsfall einzig relevanten Arbeitsunfähigkeit; wann es soweit war, bleibt unbestimmt. Zumindest vermag die Aussage keine Unfähigkeit im September 2022 rechtsgenügend zu belegen. Wenn der Arzt sodann ausführt, es liege in der Natur der Erkrankung (welche, lässt er offen), dass der Kläger erst mit Verzögerung und etablierter Arbeitsunfähigkeit den Arzt aufsuchen konnte, und feststeht, dass er diesen erst im November 2022 aufsuchte, dann lässt dies gar den Rückschluss zu, dass die Arbeitsunfähigkeit erst dann, im November 2022 etabliert war. Auf keinen Fall verlangt diese Formulierung den zwingenden Schluss, dass die Unfähigkeit bereits im September 2022 etabliert war. Wenn der Hausarzt weiter ausführt, aus internistischer und hausärztlicher Sicht sei die Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit ab Sommer 2022 gerechtfertigt, so fehlt hierfür jegliche Begründung. Das Nämliche gilt für die Aussage, in der Realität habe der Kläger seiner Arbeit krankheitsbedingt zunehmend ab Sommer 2022 nicht nachkommen können und er habe nur bei guten Tagen und stark reduziert gearbeitet. Wenn ein Arzt diese Bemerkung für einen Zeitraum von mehr als 2 Monate vor der Erstkonsultation retrospektiv macht, ohne eine Diagnose oder einen Befund zu nennen und ohne jegliche weitere Begründung, so kann dem kein Beweiswert beigemessen werden. Um der retrospektiven ärztlichen Attestierung der Arbeitsunfähigkeit folgen und auf ein echtzeitliches Arztzeugnis verzichten zu können, müssten die negativen Auswirkungen der Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit vielmehr echtzeitlich dokumentiert sein (vgl. Urteil BGer 9C_314/2022 vom 2.3.2023 E. 2.2.1); der Arzt müsste im Mindesten eine nachvollziehbare objektive Plausibilisierung seiner Aussage anführen. Vorliegend bestehen weder echtzeitliche Arztzeugnisse in Bezug auf September 2022, noch enthält der erste Arztbericht vom 17. Januar 2023 irgendwelche Angaben über im November 2022 erhobene, echtzeitliche Befunde oder eine Diagnose oder andere Angaben, welche eine Arbeitsunfähigkeit zwei Monate früher als ausgewiesen erscheinen liessen. Und selbst wenn die Ausführung von Dr.med. E. _____ zutreffen sollte, so wäre dennoch erwiesen, dass der Kläger auch ab Sommer 2022 im Mindesten tageweise arbeiten konnte. Auch schon deshalb war die Nichtbegleichung der abgemahnten Rechnung nicht unverschuldet (zumal die

Rechnung bereits am 7. Mai 2022 gestellt, am 1. Juli 2022 fällig, am 20. August 2022 erinnert und am 10. September 2022 abgemahnt wurde).

Und schliesslich liegt ein Arztbericht vom 21. Oktober 2023 im Recht (K-act. 9). Wiederum hält Dr.med. E._____ fest, die jetzige zur Arbeitsunfähigkeit führende Erkrankung habe im Sommer 2022 begonnen, was in keiner Weise rechtsgenügend zu belegen vermag, dass bereits im September 2022 eine Arbeitsunfähigkeit vorlag und der Kläger gänzlich unverschuldet verhindert war, die abgemahnte Rechnung innert Frist zu begleichen. Erstmals macht Dr.med. E._____ hier minimale Angaben zur Krankheit, indem er ausführt, es bestehe eine depressive Entwicklung bei gegebener Persönlichkeitsstörung. Aber auch damit ist der Beweis weder einer im September 2022 bestehenden Arbeitsunfähigkeit, noch eines unverschuldeten Hindernisses, die abgemahnte Rechnung innert Frist zu bezahlen, erbracht.

Weitere Arztzeugnisse legt der Kläger nicht vor, auch nicht von Triaplus, wohin er durch den Hausarzt zugewiesen wurde. Auch vermag er seine Darstellung, wonach er selber Triaplus bereits im Sommer 2022 telefonisch kontaktiert habe, nicht zu belegen, etwa durch eine Bestätigung von Triaplus. Letztlich hätte aber auch dies nichts an der Tatsache geändert, dass für September 2022 weder ein echtzeitliches Arbeitsunfähigkeitsattest vorliegt, noch andere echtzeitliche Arztberichte über den klägerischen Gesundheitszustand, welche eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erlauben würden.

Soweit der Kläger die Befragung von Zeugen wie Familienangehörige oder Geschäftspartner offeriert, um seine Arbeitsunfähigkeit resp. seine Unfähigkeit, im September 2022 die Rechnung fristwährend zu begleichen, nachzuweisen, kann auf deren Befragung verzichtet werden. Sie könnten den Nachweis nicht erbringen, dass der Kläger vor bald zwei Jahren unter einer Krankheit litt, welche ihm die Fristwahrung objektiv verunmöglichte. Dieser Nachweis ist nur mit ärztlichen Berichten zu erbringen.

Auch kann bezüglich objektiver Unfähigkeit und Unzumutbarkeit (vgl. oben E. 4.2.2) der rechtzeitigen Zahlung noch angefügt werden, dass die Zahlung vom 5. Dezember 2022 an das Betreibungsamt K._____ zulasten des Bankkontos der Ehefrau des Klägers ging (vgl. K-act. 15). Weshalb dies nicht bereits fristgerecht (nach Rechnungsstellung vom 7.5.2022) bis spätestens 28. September 2022 möglich war, erklärt der Beschwerdeführer nicht. Zudem ist auch die Bemerkung der Beklagten nicht von der Hand zu weisen, wonach der Kläger seit Vertragsabschluss Prämienrechnungen kaum je fristgerecht beglichen hat und die Leistungspflicht seit 2012 mehrmals ruhte, ohne dass hierfür eine Krankheit ursächlich gewesen wäre (vgl. oben E. 3.2.2). Daneben weist der Kläger viele

weitere Betreibungen aus (vgl. BK-act. 4). Beides schliesst zwar eine krankheitsbedingt unverschuldete Verhinderung, die abgemahnte Rechnung bis 28. September 2022 zu begleichen, nicht aus, vermag aber zumindest weiter Zweifel daran aufkommen zu lassen.

4.2.4 Mithin vermag der Kläger den Beweis nicht zu erbringen, dass er die Frist zur Bezahlung der abgemahnten Prämienrechnung unverschuldet versäumt hat. Damit ist auch nicht weiter zu prüfen, ob er die Prämienrechnung nach Wegfall des Hindernisses umgehend bezahlt hat oder nicht. Es bleibt dabei, dass die Beklagte zu Recht feststellte, ihre Leistungspflicht gegenüber dem Kläger habe seit dem 28. September 2022 geruht.

4.3 Eine Leistungspflicht der Beklagten bestünde schliesslich auch dann, wenn der Kläger den Nachweis erbringen könnte, dass der Versicherungsfall bereits vor dem 28. September 2022, also vor Ablauf der Zahlungsfrist und Beginn des Ruhens der Leistungspflicht, eingetreten wäre. Der Versicherungsfall tritt ein mit einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit. Krankheit allein genügt nicht (vgl. AVB Ziff. M.1.1; BGE 142 III 671 E. 3.6). Wie bereits unter E. 4.2 ausgeführt, vermag der Kläger den Beweis jedoch nicht zu erbringen, dass er bereits vor dem 28. September 2022 krankheitsbedingt arbeitsunfähig war. Damit fällt ausser Betracht, dass der Versicherungsfall noch eingetreten ist, bevor die Leistungspflicht der Beklagten ruhte. Entsprechend ist ein Leistungsanspruch des Klägers auch unter diesem Aspekt zu verneinen.

5. Zusammenfassend ist die Klage abzuweisen. Die Beklagte hatte den Kläger bezüglich ausstehender Prämienzahlung korrekt abgemahnt und das Ruhen der Leistungspflicht korrekt angedroht. Nachdem der Kläger die abgemahnte Rechnung nicht unverschuldet innert Frist bis 28. September 2022 bezahlte, ruhte ab diesem Zeitpunkt die Leistungspflicht der Beklagten. Ein während einer ruhenden Leistungspflicht eingetretener Leistungsfall vermag keinen Leistungsanspruch des Klägers auszulösen. Dass er bereits vor dem 28. September 2022 krankheitsbedingt arbeitsunfähig und damit taggeldberechtigt gewesen wäre, vermag der Kläger ebenfalls nicht zu beweisen.

6.1 Es sind keine Kosten zu erheben (Art. 114 lit. e ZPO).

6.2 Dem Verfahrensausgang entsprechend hat die anwaltschaftlich vertretene Beklagte Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Parteientschädigung spricht das Gericht nach den Tarifen (Art. 105 Abs. 2 ZPO) zu. Massgeblich ist der kantonale Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975. Demgemäss ist das Honorar im Zivilverfahren vor einziger In-

stanz vom Streitwert abhängig (§ 8 GebTRA). Im Rahmen der festgesetzten Mindest- und Höchstansätze ist die Vergütung nach der Wichtigkeit der Streitsache, ihrer Schwierigkeit, dem Umfang und der Art der Arbeitsleistung sowie dem notwendigen Zeitaufwand zu bemessen. Wird die Vergütung pauschal zugesprochen, gilt die Mehrwertsteuer als in diesem Betrag enthalten; bemisst sich das Honorar nach dem zeitlichen Aufwand, ist sie zusätzlich zu entschädigen (§ 2 GebTRA). Erscheint eine eingereichte, spezifizierte Kostennote angemessen, ist sie der Festsetzung der Vergütung zugrunde zu legen; fehlt eine Kostennote, ist die Vergütung gestützt auf den GebTRA nach pflichtgemäßem Ermessen festzusetzen (§ 6 Abs. 1 GebTRA).

Der Streitwert beträgt vorliegend Fr. 49'503.30 zzgl. 5% Zins seit dem 1. Oktober 2022.

Bei einem Streitwert von Fr. 20'001 bis Fr. 50'000 beträgt das Grundhonorar zwischen Fr. 1'650 und Fr. 6'600, bei einem Streitwert von Fr. 50'001 bis Fr. 100'000 zwischen Fr. 3'300 bis Fr. 9'250 (§ 8 Abs. 2 GebTRA). Dies, den vorliegenden Streitwert sowie die streitgegenständliche Fragestellung und den durchgeführten Schriftenwechsel berücksichtigend, wird die Parteienschädigung in pflichtgemäßem Ermessen auf Fr. 3'500 (inkl. Barauslagen und MwSt) festgesetzt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Der Kläger hat der anwaltschaftlich vertretenen Beklagten eine Parteientschädigung von Fr. 3'500 (inkl. Barauslagen und MwSt) zu bezahlen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
 - Rechtsvertreter des Klägers (2/R)
 - Rechtsvertreterin der Beklagten (2/R)
 - und die Eidg. Finanzmarktaufsicht FINMA, 3003 Bern (A).

Schwyz, 22. August 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 5. September 2024