Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 24. Oktober 2014 (731 14 195)

Zusatzversicherung

Anspruch auf Leistungen für Rückfall aus der Kollektiv-Krankenversicherung trotz Erlöschens des Versicherungsschutzes. Versicherungsgesellschaft muss sich die Ungewöhnlichkeit ihrer Übertrittsregelung in die Einzelversicherung entgegenhalten lassen und für die Folgen des versäumten Übertritts einstehen.

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz
Parteien	A.____, Kläger, vertreten durch Erik Wassmer, Advokat, Fischmarkt 12, 4410 Liestal
	gegen
	Allianz Suisse, Schadenservice, Postfach, 8010 Zürich, Beklagte
Betreff	Taggeld (T46.1.165.059)

A. Der 1963 geborene A.____ arbeitete ab 1. April 2009 bei der B.____ als Bereichsleiter. Im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses war er als Mitarbeiter im Kollektiv-Versicherungsvertrag der Arbeitgeberin bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (Allianz) kollektiv-krankentaggeldversichert. Im August 2010 wurde er infolge eines Burnouts 100% arbeitsunfähig. Die Allianz richtete ab 19. September 2010 bis 30. September 2011 Taggelder aus. Nach längerer ärztlicher Behandlung und einem gescheiterten Arbeitsversuch bei der B.____ meldete er sich am 31. Januar 2011 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Vom 7. Februar 2011 bis 5. März 2011 folgte ein stationärer Aufenthalt in der C.____. Die Arbeitgeberin löste per 31. März 2011 das Arbeitsverhältnis auf. A.____ absolvierte im Rahmen beruflicher Massnahmen der Invalidenversicherung erfolgreich ein Arbeits- und Belastungstraining im IT-Bereich des D.____. Am 1. Oktober 2011 startete er einen Arbeitsversuch bei der E.____ als Projektleiter und bereitete die Geschäftsübernahme der F.____ vor. Während der Einarbeitungszeit vom 1. Oktober 2011 bis 31. März 2012 bezog er ein Taggeld der Invalidenversicherung. Ab 1. April 2012 war er bei der übernommenen F.____ als Geschäftsführer in einem 100% Pensum angestellt und bei der G.____ kollektiv-krankentaggeldversichert. Ab 11. Juni 2012 war er erneut infolge eines Burnouts 100% arbeitsunfähig.

Mit Urteil vom 18. April 2013 (731 12 385) entschied das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, dass die G.____ für das zweite Burnout nicht leistungspflichtig sei. Das Gericht stellte eine rückfallträchtige depressive Erkrankung fest. Demgemäss wurde der abgeschlossene Versicherungsvertrag mit der G.____ im Sinne von Art. 9 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 als nichtig erklärt. Mit Schreiben vom 31. Mai 2013 wendete sich A.____ mit einer Rückfallmeldung an die Allianz und ersuchte um Ausrichtung von Taggeldern für die Zeit vom 12. Juni 2012 bis 25. März 2013. Die Allianz verneinte einen Anspruch auf Leistungen, da A.____ per 31. März 2011 aus der Firma B.____ ausgetreten und der Versicherungsschutz erloschen sei.

B. Mit Klage vom 30. Juni 2014 forderte A.____, vertreten durch Advokat Erik Wassmer, die Allianz sei zu verurteilen, Taggelder im Betrag von Fr. 65‘850.75 für den Zeitraum 11. Juni 2012 bis und mit 24. Februar 2013 zu leisten; nebst Zins zu 5% ab mittlerem Verfall (18. Oktober 2012). Zur Begründung wurde im Wesentlichen geltend gemacht, dass ein Rückfall im Sinne der Versicherungsbedingungen vorliege. Der Kläger sei im Zeitpunkt des Primärereignisses (Burnout im August 2010) bei der Beklagten versichert gewesen, weshalb diese auch für den Rückfall (Burnout im Juni 2012) leistungspflichtig sei, auch wenn der Versicherungsvertrag unterdessen aufgelöst worden sei.

C. In ihrer Klageantwort vom 18. August 2014 beantragte die Allianz die vollumfängliche Abweisung der Klage. Die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vom 11. Juni 2012 bis 24. Februar 2013 sei nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses und somit nach Beendigung des Versicherungsschutzes eingetreten. Die Allianz sei weder aufgrund eines Rückfalls noch aufgrund der Nachleistungspflicht gehalten, weitere Leistungen zu erbringen. Mit Schreiben vom 2. März

2011 habe die Allianz den Kläger über Bestand und Umfang der Nachleistungen aufgeklärt und mitgeteilt, dass er das Recht habe, den Versicherungsschutz als Einzelversicherung fortzusetzen. Das entsprechende Antragsformular sowie die massgebenden Versicherungsbedingungen habe sie dem Schreiben beigelegt. Der Kläger habe von seinem Übertrittsrecht keinen Gebrauch gemacht. Die Forderung werde zudem in ihrer Höhe bestritten. Der Kläger habe vom 1. Oktober 2011 bis zum 31. März 2012 Taggelder der Invalidenversicherung bezogen. Diese seien an die Leistungsdauer anzurechnen. Des Weiteren erhalte er eine befristete IV-Rente vom 1. Juni 2012 bis 30. September 2013. Die Auszahlung der geltend gemachten Taggelder für den Zeitraum vom 12. Juni 2012 bis zum 24. Februar 2013 würde folglich zu einer Überentschädigung führen, weshalb die Verrechnung geltend gemacht werde.

D. Mit Schreiben vom 22. September 2014 teilte der Rechtsvertreter des Klägers mit, dass sein Mandant das Schreiben der Allianz vom 2. März 2011 betreffend Übertritt in die Einzelversicherung nicht erhalten habe. Selbst wenn er ein solches Schreiben bekommen hätte, könnte man ihm dies heute nicht entgegen halten, weil es irreführend formuliert sei. In Absatz 3 werde nämlich festgehalten, dass Nachleistungen entfallen würden, wenn vom Recht der Fortsetzung des Versicherungsschutzes als Einzelversicherung Gebrauch gemacht werde. Sein Mandant hätte selbstverständlich die laufenden Taggeldleistungen nicht durch einen Übertritt in die Einzelversicherung gefährden wollen.

E. Anlässlich der heutigen Parteiverhandlung hielt die Rechtsvertreterin der Beklagten an ihrem Antrag auf Abweisung der Klage und ihren Ausführungen in der Klageantwort fest. Zudem reichte sie ein Schreiben der Firma B.____ vom 9. Oktober 2014 ein. Diese bestätige darin, dass sie eine Kopie des Schreibens der Allianz vom 2. März 2011 an den Kläger zur Information erhalten habe. Weiter übergab sie dem Gericht eine Kopie der internen Checkliste der B.____ für austretende Mitarbeiter, woraus ersichtlich sei, dass das Merkblatt Versicherungen am 23. März 2011 dem Kläger abgegeben worden sei. Der Kläger, vertreten durch Advokat Erik Wassmer, hielt ebenfalls an seinen Darlegungen in der Klage fest. Er reduzierte dagegen seine Forderung in Berücksichtigung der befristeten IV-Rente.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908. Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind privatrechtlicher Natur, weshalb strittige Ansprüche darüber in einem zivilprozessualen Verfahren geltend zu machen sind. Das Verfahren im Zivilprozess regelt die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO) vom 19. Dezember 2008.

1.2 Die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ergibt sich aus Art. 7 ZPO i.V.m. § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993. Wie das Kantonsgericht mit Grundsatzentscheid vom 1. Dezember 2011 festhielt, ist bei Klagen betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung keine vorgängige Schlichtung durchzuführen, womit sie direkt am Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, einzureichen sind (Beschluss des Kantonsgerichts vom 1. Dezember 2011, 731 11 262).

1.3 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich grundsätzlich nach Art. 9 ff. ZPO. Der dem vorliegenden Fall zu Grunde liegende Versicherungsvertrag ist als Konsumentenvertrag im Sinne von Art. 32 ZPO zu qualifizieren, weshalb die Klage am Wohnsitz des Versicherten eingereicht werden kann (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO; vgl. URS FELLER/ JÜRG BLOCH, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, Art. 32 N 45 ff.). Nichts anderes ergibt sich im vorliegenden Fall aus Art. 20 der Allgemeinen Bedingungen für die Kollektiv-Krankenversicherung (AB), wonach ein Wahlgerichtsstand am Wohnsitz der versicherten Person besteht. Da der Kläger Wohnsitz in H.____ hat, ist das angerufene Gericht auch örtlich zuständig. Auf die formgerecht erhobene Klage ist damit einzutreten.

2.1 Nach Art. 247 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ist der vorliegende Prozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Die Untersuchungsmaxime gebietet es dem Gericht zwar, den Sachverhalt mit eigenen Mitteln abzuklären und mit vertretbarem Aufwand zu einem hinreichend sicheren Beweisergebnis zu gelangen; es ist dabei aber nicht an Beweisanträge gebunden und kann auch von sich aus Beweis erheben. Die Parteien werden dadurch jedoch nicht von der Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhaltes entbunden. Sie sind es, die primär die Verantwortung für die Ermittlung des Sachverhaltes tragen. Das Bundesgericht hat die in den Vorgängernormen zu Abs. 2 enthaltene Untersuchungsmaxime daher bisweilen auch als gemilderte Verhandlungsmaxime bezeichnet. Nur wenn an der Vollständigkeit der Behauptungen oder Beweise ernsthafte Zweifel bestehen, muss das Gericht nachforschen. Diese Nachforschung besteht aber allein darin, die Parteien auf ihre Mitwirkungspflicht sowie auf die Pflicht zum Beibringen von Beweisen hinzuweisen. Die Untersuchungsmaxime zwingt das Gericht nicht dazu, das Beweisverfahren beliebig auszudehnen oder alle möglichen Beweise abzunehmen. Ebenso wenig verleiht die Untersuchungsmaxime den Parteien Anspruch auf ein bestimmtes Beweismittel. Das Gericht muss die betroffene Partei nur einmal auf etwaige Unzulänglichkeiten in ihren Tatsachenbehauptungen und Beweismitteln hinweisen. Bei anwaltlicher Vertretung ist das Mass der gerichtlichen Mitwirkung auf "krasse Fälle" beschränkt. Indessen verpflichtet die Untersuchungsmaxime das Gericht, ordnungsgemäss eingebrachte und taugliche Beweismittel zu berücksichtigen, wenn es von der Nichterweislichkeit einer bestimmten Tatsache ausgehen will. Die Untersuchungsmaxime ändert nichts an der formellen Beweislast. Kann etwa das Bestehen einer entscheidungserheblichen Tatsache durch das Gericht weder bejaht noch verneint werden, so entscheidet das Gericht trotz Untersuchungsmaxime gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB)

vom 10. Dezember 1907 nach Beweislastgesichtspunkten (vgl. BERND HAUCK, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, Art. 247 Abs. 2 ZPO N 33 ff.).

2.2 Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat gemäss Art. 8 ZGB derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung müssen im Privatversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen lediglich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen sein (BGE 130 III 327 E. 3.5). Das gilt auch für den Beweis von anspruchshindernden Tatsachen, für welche die Beweislast aufgrund von Art. 8 ZGB beim Versicherer liegt (Praxis 80/1991, Nr. 230, S. 964 f. E. 3b [Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts vom 22. November 1990]).

2.3 Gelangt das Gericht in Würdigung von Beweisen zur Überzeugung, eine Tatsachenbehauptung sei bewiesen oder widerlegt, ist die Beweislastverteilung gegenstandslos (BGE 109 II 251 E. 3.5). Diesfalls liegt freie Beweiswürdigung vor, die bundesrechtlich nicht geregelt ist, auch nicht durch Art. 8 ZGB. Diese Bestimmung schreibt dem Gericht nicht vor, mit welchen Mitteln der Sachverhalt abzuklären und wie das Ergebnis davon zu würdigen ist (BGE 112 II 179); sie schliesst selbst vorweggenommene Beweiswürdigung und Indizienbeweise nicht aus (BGE 109 II 31 E. 3b und 344/45). Eine beschränkte Beweisabnahme verletzt Art. 8 ZGB daher nicht, wenn das Gericht schon nach deren Ergebnis von der Sachdarstellung einer Partei überzeugt ist, gegenteilige Behauptungen also für unbewiesen hält (BGE 114 II 290 E. 2). Ebenso schliesst der im Verfahren zur Beurteilung von Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung herrschende Untersuchungsgrundsatz die antizipierte Beweiswürdigung nicht aus (Urteil des Bundesgerichts vom 9. November 2006, 5C.206, E. 2.1).

2.4 Dem Versicherer steht ein - aus Art. 8 ZGB abgeleitetes - Recht auf Gegenbeweis zu. Für das Gelingen des Gegenbeweises ist mithin bloss erforderlich, dass der Hauptbeweis erschüttert wird (BGE 120 II 393 E. 4b) und damit die Sachbehauptungen nicht mehr als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Gelingt der Gegenbeweis, an der Sachdarstellung des Anspruchsberechtigten erhebliche Zweifel zu wecken, so ist der Hauptbeweis des Anspruchsberechtigten gescheitert.

3.1 Unbestritten ist, dass der Versicherungsschutz der Beklagten gegenüber dem Kläger mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses per 31. März 2011 erloschen ist (vgl. Art. 8 Ziff. 1 lit. c AB). Weiter ist unbestritten, dass die Beklagte für das Burnout im August 2010 im Rahmen der Nachleistungspflicht (Art. 9 Ziff. 2 lit. a AB) Taggeldleistungen über die Beendigung des Arbeitsverhältnisses hinaus bis zum 30. September 2011 leistete. Strittig ist jedoch, ob ein Leistungsanspruch auch nach Erlöschen des Versicherungsschutzes für das Burnout am 11. Juni 2012 im Rahmen des Rückfallrechts besteht.

3.2 Der Kläger macht geltend, mit dem zweiten Burnout im Juni 2012 sei ein Rückfall gemäss Art. 2 Ziff. 3 der Zusatzbedingungen für die Krankentaggeld-Versicherung (ZB) eingetreten. Für die Folgen dieses Rückfalls sei die Beklagte leistungspflichtig, selbst wenn der Versicherungsschutz mit Austritt aus der Firma B.____ erloschen sei, da die Grunderkrankung, mit welcher der Rückfall verknüpft sei, während der Versicherungsdauer eingetreten sei. Die Beklagte vertritt dagegen die Meinung, dass die ZB lediglich für einen bestehenden Vertrag Geltung hätten. Mit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses per 31. März 2011 sei der Kläger aus dem Kreis der versicherten Personen ausgeschieden. Demnach könne er sich nicht auf die ZB berufen. Im Übrigen stelle Art. 2 ZB lediglich eine Definitionsregelung dar. Nachleistungen würden nur unter der Voraussetzung erbracht, dass die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen andauere (Art. 9 Ziff. 2 AB). Der Kläger habe am 1. Oktober 2011 nach attestierter voller Arbeitsfähigkeit eine Arbeitstätigkeit aufgenommen. Bis zum geltend gemachten Rückfall lägen mehr als neun Monate. Selbst wenn dieser erneuten Arbeitsunfähigkeit ab Juni 2012 die gleiche Krankheit zu Grunde liege, bestehe für die Beklagte selbst unter dem Titel der Nachleistung keine Leistungspflicht, da die Arbeitsunfähigkeit nicht ununterbrochen bestanden habe.

4.1 Gemäss Art. 2 Ziff. 3 ZB liegt ein Rückfall vor, wenn die versicherte Person aufgrund derselben Krankheit innert 12 Monaten, nachdem sie die Arbeit nach Ablauf der Wartefrist vollständig wieder aufgenommen hat, erneut arbeitsunfähig wird.

4.2 Das Kantonsgericht entschied mit Urteil vom 18. April 2013, dass es sich beim zweiten Burnout des Klägers im Juni 2012 in medizinischer Hinsicht um einen Rückfall zur Ersterkrankung im August 2010 handle. Der Kläger war infolge seiner Erkrankung im August 2010 bis zum 30. September 2011 arbeitsunfähig. Zwischen Ersterkrankung und Rückfall liegen lediglich neun Monate, weshalb beim Burnout im Juni 2012 ohne weiteres von einem Rückfall im Sinne von Art. 2 Ziff. 3 ZB auszugehen ist. Zu prüfen ist nun, ob die Beklagte dafür leistungspflichtig ist.

5.1 Entgegen der Argumentation der Beklagten bedeutet das Erlöschen des Kollektivversicherungsverhältnisses per 31. März 2011 nicht ohne weiteres das Dahinfallen einer bereits eingetretenen Leistungspflicht. Die Leistungspflicht ist nicht an den Fortbestand des Versicherungsverhältnisses gebunden. Entscheidend ist ausschliesslich, ob das versicherte Risiko während der Dauer der Zugehörigkeit zur Kollektivversicherung eingetreten ist. Erkrankt die versicherte Person während der Dauer des Arbeitsverhältnisses, so bewirkt das Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen mit dem Ende des Arbeitsverhältnisses nicht, dass die Taggelder enden. Diese sind vielmehr trotz Ausscheidens aus der Versicherung bis zur Ausschöpfung der vereinbarten Leistungsdauer weiterhin auszurichten, sofern die Vertragsbestimmungen nichts anderes sagen. Fehlen vertragliche Klauseln, die den Leistungsanspruch über die Dauer des Versicherungsschutzes hinaus einschränken oder aufheben, kann die versicherte Person ihren Leistungsanspruch auch nach dem Erlöschen des Versicherungsverhältnisses geltend machen (BGE 127 III 106 E. 3b).

5.2 Da der Rückfall untrennbar mit der Grunderkrankung verbunden ist, die während der Geltung der Kollektiv-Krankenversicherung eintrat, gilt jener grundsätzlich als mitversichert (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. April 2009, 4A_39/2009, E. 3.6), es sei denn, die AB schliessen eine Deckung für Rückfälle nach Erlöschen des Versicherungsschutzes aus.

5.3 Die Beklagte sieht in Art. 9 Ziff. 2 lit. a AB und Art. 9 Ziff. 2 Abs. 2 AB vertragliche Klauseln, die Leistungen für einen Rückfall nach Erlöschen des Versicherungsschutzes ausschliessen. Gestützt auf diese Bestimmungen zahlt die Gesellschaft das Taggeld für versicherte Ereignisse, welche im Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsschutzes eine Arbeitsunfähigkeit bewirken, wenn der Versicherungsschutz aus den in Art. 8 lit. a und c AB genannten Gründen erlischt und kein anderer Beendigungsgrund gemäss Art. 8 AB vorliegt. Nachleistungen werden bis zum Ablauf der im Vertrag vereinbarten Leistungsdauer, längstens jedoch bis zum Beginn einer Rente der beruflichen Vorsorge, nur dann erbracht, wenn die Arbeitsunfähigkeit aus gleicher Ursache und höchstens im bisherigen Grad ununterbrochen andauert.

5.4 Allgemeine Versicherungsklauseln (AVB) sind, wenn sie in Verträge übernommen werden, grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen (BGE 135 III 1 E. 2, 133 III 607 E. 2.2 und 3.3). Deren Inhalt bestimmt sich in erster Linie nach dem übereinstimmenden wirklichen (subjektiven) Parteiwillen (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [OR] vom 30. März 1911). Ist hinsichtlich der Tragweite einer Klausel der vorformulierten AVB ein übereinstimmender wirklicher Wille der Parteien nicht feststellbar, richtet sich die Auslegung nach den Grundsätzen der normativen (objektiven) Vertragsauslegung. Zur Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens sind die Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips so auszulegen, wie sie nach den gesamten Umständen verstanden werden durften und mussten. Dabei hat das Gericht vom Wortlaut auszugehen und zu berücksichtigen, was sachgerecht ist. Bei vorformulierten Vertragsbestimmungen gelangen zudem die Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel zur Anwendung; mehrdeutige Klauseln müssen nach der Unklarheitsregel gegen den Versicherer als deren Verfasser ausgelegt werden (BGE 140 V 50 E. 2.2, 119 II 368 E. 4b), ungewöhnlichen hingegen gänzlich die Wirksamkeit versagt werden (BGE 133 III 607 E. 2.2, vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 29. Juni 2012, 4A_84/2012, E. 4.1 und vom 28. Juli 2009, 4A_291/2009, E. 2.1 mit zahlreichen Hinweisen).

5.5 Eine tatsächliche Willensübereinstimmung der Parteien in Bezug auf die Leistungspflicht nach Beendigung des Versicherungsschutzes lässt sich aufgrund der gegenteiligen Standpunkte nicht feststellen. Gemäss dem Wortlaut von Art. 9 Ziff. 2 lit. a AB und Art. 9 Ziff. 2 Abs. 2 AB wird die Nachleistungspflicht der Beklagten geregelt für den Fall, dass die versicherte Person im Zeitpunkt der Auflösung des Arbeitsverhältnisses arbeitsunfähig ist und diese Arbeitsunfähigkeit noch andauert. Damit ist jedoch grundsätzlich nichts gesagt über den Rückfall. Die Beklagte erachtet aber eine Leistungspflicht für einen Rückfall aufgrund der Formulierung in Art. 9 Ziff. 2

Abs. 2 AB als ausgeschlossen, da Nachleistungen nur geschuldet seien, wenn die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen andauere, was bei einem Rückfall gerade nicht der Fall sei.

5.6 Die Wendung „ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit“ gemäss Art. 9 Ziff. 2 Abs. 2 AB kann so interpretiert werden, dass Rückfälle von einer Nachleistungspflicht ausgeschlossen sind. Die Regelung kann aber auch in dem Sinne verstanden werden, dass diese Nachleistungspflicht einzig den Grundfall betrifft, da sie die Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Auflösung des Arbeitsverhältnisses regelt und eine Leistungspflicht bei Rückfall nicht explizit ausgeschlossen, sondern im Gegenteil in den ZB als versichertes Ereignis aufgeführt wird. Mit Blick auf die Unklarheitsregel ist die Bestimmung deshalb zugunsten des Klägers auszulegen, dass der Rückfall nicht von der limitierten Nachleistungspflicht gemäss Art. 9 Ziff. 2 lit. a AB und Art. 9 Ziff. 2 Abs. 2 AB betroffen ist, sondern davon unabhängig nach Art. 2 Ziff. 3 ZB versichert ist. Denn ein Rückfall definiert sich gerade dadurch, dass er sich nicht nahtlos an eine vorangegangene Krankheitsphase reiht. Eine erneute Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Rückfalls kann mit anderen Worten erst nach Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit während kürzerer oder längerer Zeit eintreten, sonst würde es sich nicht um einen Rückfall handeln. Indem die Versicherung unter den von ihr definierten Vorgaben Leistungen für den Rückfall vorsieht, muss sie diese Leistungen erbringen. Angesichts des Rückversicherungsverbots für Rückfälle bei Abschluss einer neuen Kollektiv-Krankenversicherung wäre es zudem nicht nur ungewöhnlich, sondern auch nicht sachgerecht, wenn die zu Nachleistungen verpflichtete Versicherung ihre Leistungen auf den Grundfall beschränken würde. Hätte sie eine Nachleistung für die Folgen von Rückfällen ausschliessen wollen, so hätte sie dies in den vorformulierten Vertragsbestimmungen deutlich zum Ausdruck bringen müssen. Die Beklagte kann demnach ihre Leistungspflicht nicht unter Hinweis auf Art. 9 Ziff. 2 lit. a und Art. 9 Ziff. 2 Abs. 2 AB ablehnen. Der Kläger hat folglich für den Rückfall Anspruch auf Leistungen aus der Kollektiv-Krankenversicherung über das Erlöschen des Versicherungsschutzes hinaus bis zur Erschöpfung der Genussberechtigung.

6.1 Die Beklagte macht weiter geltend, dass der Kläger in die Einzelversicherung hätte übertreten können, um den Versicherungsschutz zu wahren. Mit Schreiben vom 2. März 2011 sei er diesbezüglich aufgeklärt worden. Von seinem Übertrittsrecht habe der Kläger keinen Gebrauch gemacht. Wäre der Kläger in die Einzelversicherung eingetreten, hätte er lückenlos in die neue Kollektiv-Krankenversicherung wechseln können. In diesem Fall wäre Art. 2 Abs. 1 lit. c des Freizügigkeitsabkommens unter den Krankentaggeld-Versicherern vom 1. Januar 2006 zur Anwendung gelangt und der Versicherungsschutz des Klägers wäre gemäss Art. 3 des Freizügigkeitsabkommens gewährleistet gewesen. Der Kläger wendet dagegen ein, dass er das Schreiben vom 2. März 2011 nicht erhalten habe. Selbst wenn er das Schreiben erhalten hätte, hätte er die laufenden Taggeldleistungen nicht durch einen Übertritt in die Einzelversicherung gefährden wollen.

6.2 Laut Schreiben der Beklagten vom 2. März 2011 wurde der Kläger dahingehend informiert, dass die Nachleistungen entfallen, wenn vom Recht auf Fortsetzung des Versicherungs-

schutzes in der Einzelversicherung Gebrauch gemacht werde. Das Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung sei innert 90 Tagen nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis schriftlich geltend zu machen, ansonsten erlösche es. In Ausnahmefällen, die in Art. 17 Ziff. 3 AB geregelt seien, bestehe kein Übertrittsrecht.

6.3 Tritt die versicherte Person in die Einzelversicherung über, verliert sie ihren Anspruch auf Nachleistungen (vgl. Art. 9 Ziff. 2 Abs. 5 AB). Besteht sie auf ihr Recht auf Nachleistungen, darf sie nicht in die Einzelversicherung wechseln (Art. 17 Ziff. 3 AB). Der Versicherungsschutz kann gar nicht fortgesetzt werden. Wie sich die nachleistungsberechtigte versicherte Person auch entscheidet, verliert sie entweder ihren Anspruch auf Leistungen oder ihren Anspruch auf nahtlosen Versicherungsschutz. Dem Kläger ist es deshalb nicht zu vergelten, dass er nicht in die Einzelversicherung übergetreten ist, unabhängig davon, ob er das Schreiben vom 2. März 2011 erhalten hat oder nicht. Das Bundesgericht hielt mit Urteil vom 7. April 2009 (4A_39/2009) zu dieser Thematik fest, dass die Annahme, dass mit dem Abschluss des Einzelversicherungsvertrages auf die Ansprüche aus der Kollektivversicherung verzichtet werde, ungewöhnlich sei. Folglich gilt die vorformulierte Vertragsklausel der Beklagten, die einen Verzicht auf Leistungen bei Übertritt in die Einzelversicherung vorsieht als ungewöhnlich, was gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu deren Unanwendbarkeit führt (vgl. E. 5.4). Das gleiche muss für das Verbot des Übertritts in die Einzelversicherung bei Inanspruchnahme der Nachleistungen gelten. Dies vor allem deshalb, weil das Verbot des Übertritts – wie auch der Verzicht auf Nachleistungen - absolut formuliert ist. Nach den AB besteht für die versicherte Person keine Möglichkeit, nach Ablauf der Nachleistungen in die Einzelversicherung einzutreten. Und es wird auch nicht vorgesehen, dass Nachleistungen bzw. Leistungen aufgrund von Rückfällen nach Übertritt in die Einzelversicherung über die bisherige Kollektiv-Krankenversicherung abgerechnet bzw. an die Einzelversicherung angerechnet werden, auch wenn die Beklagte an der heutigen Parteiverhandlung eine solche Vorgehensweise ihrer Versicherung behauptet. Soweit die Beklagte deshalb geltend macht, dass Leistungen für den Rückfall geschuldet wären, wenn der Kläger in die Einzelversicherung übergetreten wäre, müsste dies klar aus den AB hervorgehen.

7. Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass der Kläger für den im Juni 2012 erlittenen Rückfall Anspruch auf Leistungen aus der Kollektiv-Krankenversicherung der Beklagten hat, obwohl der Versicherungsschutz mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses per 31. März 2011 erloschen ist. Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass eine weitere Leistungspflicht abhängig von einem Übertritt in die Einzelversicherung wäre, so muss sich die Beklagte die Ungewöhnlichkeit ihrer Übertrittsregelung bei Versicherten mit Anspruch auf Nachleistungen entgegen halten lassen und für die Folgen des versäumten Übertritts einstehen.

8.1 Gemäss der Vertragsübersicht zur Police der Kollektiv-Krankenversicherung mit der B.____ wurde eine Leistungsdauer von 730 Tagen abzüglich einer Wartefrist von 30 Tagen vereinbart. Der Kläger war ab dem 20. August 2010 bis 30. September 2011 100 % arbeitsunfähig. Die Beklagte entrichtete vertragsgemäss ab dem 19. September 2010 bis 30. September

2011 Leistungen und somit 377 Taggelder. Der Kläger fordert in seiner Klage Taggelder für den Zeitraum 11. Juni 2012 bis und mit 24. Februar 2013 und demnach 259 Taggelder à Fr. 254.25.

8.2 Die Taggeldhöhe von Fr. 254.25 wird nicht bestritten, ebenso wenig der geltend gemachte Zeitraum vom 11. Juni 2012 bis 24. Februar 2013. Dagegen wird die Anzahl der geschuldeten Taggelder von 259 bestritten. Die Beklagte ist der Auffassung, dass 183 Taggelder in Anwendung von Art. 7 Ziff. 2 ZB in Abzug zu bringen seien, da der Kläger vom 1. Oktober 2011 bis 31. März 2012 Taggelder der Invalidenversicherung bezogen habe. Dem kann nicht gefolgt werden. Laut Art. 7 Ziff. 2 ZB werden Leistungen aus Sozialversicherungen an die Taggelder angerechnet. Diese Bestimmung regelt einzig die Überentschädigung bei Bezug von Taggeldern. Sie hat jedoch keinen Einfluss auf die Leistungsdauer von 730 Tagen. Der Kläger war ab 1. Oktober 2011 arbeitsfähig und bezog in der Zeit vom 1. Oktober 2011 bis 31. März 2012 keine Taggelder von der Beklagten, weshalb auch keine Überentschädigung bestanden hat. Dagegen kommt Art. 7 Ziff. 2 ZB für die Zeit zum Tragen, in welcher der Kläger sowohl Anspruch auf Taggelder als auch auf Rentenleistungen hat. Der Kläger reduzierte demzufolge zu Recht seine Forderung an der heutigen Parteiverhandlung um die IV-Rente.

8.3 Von der Leistungsdauer von 730 Tagen verbleibt demnach noch ein Restanspruch von 353 Tagen. Ob die Wartefrist von der Leistungsdauer von 730 Tagen in Abzug zu bringen ist und lediglich Anspruch auf 700 Taggelder besteht, wie die Beklagte geltend macht, kann offen bleiben. Denn selbst mit einem Restanspruch von 323 Tagen wären die geforderten 259 Taggelder gedeckt.

8.4 Die Berechnung des Leistungsanspruchs gestaltet sich demnach wie folgt: Auszugehen ist von einem Anspruch von 259 Tagen à Fr. 254. 25 (20 Tage im Juni 2012, 31 Tage im Juli 2012, 31 Tage im August 2012, 30 Tage im September 2012, 31 Tage im Oktober 2012, 30 Tage im November 2012, 31 Tage im Dezember 2012, 31 Tage im Januar 2013, 24 Tage im Februar 2013). Dies ergibt den Betrag von Fr. 65‘850.75. Gemäss Verfügung vom 14. August 2014 gewährte die IV-Stelle dem Kläger vom 1. Juni 2012 bis 31. Dezember 2012 eine ganze IV-Rente von monatlich Fr. 2‘320.-- und vom 1. Januar 2013 bis 31. Mai 2013 eine ganze IV-Rente von monatlich Fr. 2‘340.--. Vom Forderungsbetrag Fr. 65‘850.75 sind Invalidenleistungen in Höhe von Fr. 19‘812.40 abzuziehen (Fr. 13‘920.-- für die Monate Juli 2012 bis Dezember 2012 [6 x Fr. 2‘320.--], Fr. 2‘340.-- für Januar 2013, Fr. 1‘546.70 für Juni 2012 [Fr. 2‘320.-- : 30 x 20 Tage] und für Februar 2013 Fr. 2‘005.70 [Fr. 2‘340.-- : 28 x 24 Tage]). Demnach resultiert ein Anspruch des Klägers aus der Kollektiv-Krankenversicherung der Beklagten in Höhe von Fr. 46‘038.35 (Fr. 65‘850.75 – Fr. 19‘812.40). Die Klage ist folglich teilweise gutzuheissen.

9. Der Kläger beantragt eine Verzinsung der Forderung zu 5% ab 18. Oktober 2012 (mittlerer Verfall).

Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG finden auf den Versicherungsvertrag die Bestimmungen des OR Anwendung. Gemäss Art. 102 Abs. 1 OR gerät der Versicherer mit einer Mahnung in Verzug. Mit Schreiben vom 31. Mai 2013 forderte der Kläger die Beklagte auf, Taggelder für den Rückfall auszurichten. Mit dieser Mahnung setzte er die Beklagte in Verzug, womit ab diesem Datum ein Verzugszins von 5% zu leisten ist. Der geschuldete Betrag von Fr. 46‘038.35 ist sodann ab 31. Mai 2013 mit 5% zu verzinsen.

10. Das Verfahren vor dem Versicherungsgericht ist gemäss Art. 114 Abs. 2 lit. f ZPO kostenlos. Gemäss Ausgang des Verfahrens ist dem Kläger eine reduzierte Parteientschädigung von pauschal Fr. 4‘195.-- zulasten der Beklagten zuzusprechen (vgl. Art. 106 Abs. 2 ZPO).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Klage wird teilweise gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, dem Kläger Fr. 46‘038.35 zu bezahlen. Der geschuldete Betrag ist ab 31. Mai 2013 mit 5% zu verzinsen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beklagte hat dem Kläger eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 4‘195.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

http://www.bl.ch/kantonsgericht