



S2 16 12

URTEIL VOM 22. NOVEMBER 2016

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Besetzung: Dr. Lionel Seeberger, Präsident; Eve-Marie Dayer-Schmid und Thomas Brunner, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin

in Sachen

A., Klägerin, vertreten durch Rechtsanwalt Peter Zengaffinen,

gegen

X. Versicherungen, Beklagte, vertreten durch Dr. iur. Rechtsanwalt Urs Korner,

(Zusatzversicherung / Krankentaggeld nach VVG)

Verfahren und Sachverhalt

A. Die als Hauswartin tätige A. ist über ihre Arbeitgeberin (Stockwerkeigentümergeinschaft B. fortan STWE B.) bei der X. Versicherungen (fortan X.) kollektivkrankentaggeldversichert nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Dabei handelt es sich um eine Deckung aus dem Portefeuille der Z. Versicherungen mit separaten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) mit Besitzstandwahrung (vgl. Schreiben der X. [Belegdossier] act. 5.12 sowie Police für die Lohnausfall-Versicherung bei Krankheit Nr. _____ der Z. Versicherungen act. 9.8 f.). Ab dem 9. Januar 2013 war sie aufgrund eines Erschöpfungszustandes in psychosozialer Belastungssituation zu 100% bzw. zeitweise zu 50% oder 60% arbeitsunfähig (act. 1.1 ff.). Am 4. März 2013 (act. 1.1) meldete sie ihre Arbeitsunfähigkeit der X., worauf diese von der STWE B. die Vollmacht, das Diagnoseblatt und die Taggeldkarte anforderte (act. 4.10). Weitere Arbeitsunfähigkeitszeugnisse gingen am 10. April 2013 (act. 1.14), am 15. April 2013 (act. 1.3) sowie am 24. Mai 2013 (act. 1.14) ein. Die behandelnde Ärztin Dr. C. stellte die Taggeld-Karte aus (act. 1.4) und fasste mit Bericht vom 13. Juni 2013 (act. 2.12) zuhanden des vertrauensärztlichen Dienstes der X. den Gesundheitszustand zusammen. Am 25. Juni 2013 (act. 3.4) erliess die X. ein Schreiben an die Versicherte mit der Aufforderung, bis zum 10. Juli 2013 die IV-Anmeldung einzureichen, ansonsten die Taggelder eingestellt würden (act. 3.4). In der Folge bezahlte die X. das Taggeld bis zum 11. Juli 2013 (act. 47 der Beschwerde; act. 9.6).

Mit Schreiben vom 17. Oktober 2013 (act. 4.8) verlangte die X. von der STWE B. erneut die Zustellung der aktuellen Taggeld-Karte. Am 5. Dezember 2013 (act. 4.7) teilte diese der X. mit, die Taggeldzahlung von CHF 3'706.25 sei noch ausstehend, wobei man festgestellt habe, dass auf der Taggeldabrechnung vom 19. August 2013 eine falsche IBAN-Nummer vermerkt worden sei. Am 6. Dezember 2013 (act. 4.7) ergänzte die Arbeitgeberin, die Zahlung des Taggeldes vom 3. Februar 2013 bis zum 31. Mai 2013 über CHF 2'737.30 sei ebenfalls ausstehend. Schliesslich forderte sie am 18. Dezember 2013 (act. 4.6) erneut die Überweisung der Taggelder, da ab Januar 2014 ein Wechsel in der Verwaltung erfolgen werde. Trotz dieses Hinweises stellte die X. am 19. Februar 2014 (act. 9.5) die Taggeldabrechnung der Treuhänderin D. zu, wobei sie für die Periode 1. September 2013 bis 26. November 2013 mit dem Vermerk „Fehlende IV Anmeldung“ keine Auszahlung verbuchte.

B. Mit Schreiben vom 3. März 2014 (Belegdossier act. 3.3) ersuchte die X. die Versicherte um die Zustellung der Taggeldkarte, damit die Leistungspflicht, überprüft werden könne. Dieser Aufforderung kam die Versicherte am 20. Mai 2014 (act. 3.3) nach. Mit Schreiben vom 21. Juni 2014 (Beilage 26 der Beschwerde; act. 19) legte sie ferner dar, aufgrund ihrer seit Ende 2012 andauernden Krankheit sei die gesamte private Büroarbeit unerledigt geblieben. Für das Ausfüllen der IV-Anmeldung sei sie auf die Hilfe Dritter angewiesen gewesen. Die IV-Anmeldung lag dem Schreiben bei. Am 26. Juni 2014 (Beilage 26 der Beschwerde; act. 86) übermittelte die X. der IV-Stelle die Anmeldung für den Bezug einer IV-Rente. Gemäss Arbeitgeberbericht, der am 14. Juli 2014 bei der IV-Stelle einging (act. 8 Seiten 10-1 ff.), bezog die Versicherte ab August 2013 nur noch eine reduzierte Lohnausfallentschädigung. Ferner hinterlegte die Arbeitgeberin die bis zum 3. Februar 2014 ausgefüllte Taggeldkarte der X. (act. 8. Seite 10-7). Die Hausärztin stellte in ihrem Bericht vom 2. September 2014 zuhanden der IV-Stelle die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode mit agitiertem Zustandsbild sowie eine chronische Paarkonfliktsituation (act. 8 Seiten 14-1 ff.).

Am 2. September 2014 (act. 2.1) gingen der Bericht der Hausärztin vom 29. August 2014 sowie der Austrittsbericht der Klinik E. vom 22. Januar 2014 (act. 2.2 ff.) betreffend den Aufenthalt der Versicherten vom 27. November bis zum 21. Dezember 2013 in dieser Klinik beim vertrauensärztlichen Dienst der X. ein. Auf die Frage nach den Beschwerden, die die Arbeitsaufnahme zurzeit verunmöglichen würden, legte die Ärztin dar, die Patientin sehe sich aktuell in einer unbefriedigten Situation und möchte eine andere Arbeitsstelle. Eine berufliche Umorientierung hielt sie für angezeigt.

Am 24. September 2014 (act. 9.4) erstellte die X. die Taggeldabrechnung für die Periode vom 27. November 2013 bis 30. April 2014, wobei sie wegen fehlender IV-Anmeldung keine Auszahlung verbuchte.

Am 12. Dezember 2014 ordnete der RAD-Arzt eine psychiatrische Abklärung an (act. 8 Seiten 19-1 ff.).

C. Mit Schreiben vom 22. Dezember 2014 (act. 4.2) ersuchte die X. die Firma F. um die Zustellung der Original-Taggeldkarte und legte dar, vom 9. Januar 2013 bis zum 27. November 2013 seien die Leistungen aus der Lohnausfallversicherung „bezahlt“ worden. Falls keine weiteren Arbeitsunfähigkeitsbestätigungen eingereicht würden, betrachte man die Angelegenheit als erledigt. Gestützt darauf teilte die Treuhandfirma am 6. Januar 2015 (act. 4.1) mit, das von der STWE B. erteilte Mandat zur Verwaltung der Liegenschaft sei niedergelegt worden, weshalb die X.

sich mit Schreiben vom 9. Januar 2015 an die Versicherte wandte (act. 3.1). Darin legte sie dar, bis zum 30. April 2014 seien die Leistungen aus der Lohnausfallversicherung „bezahlt“ worden. Weitere Taggeldkarten seien nicht bei ihr eingetroffen und bis heute habe sie keine Bestätigung der weiteren Arbeitsunfähigkeit erhalten. Falls das fehlende Dokument nicht innerhalb von vier Wochen eintreffe, erachte sie die Angelegenheit als erledigt.

D. Am 17. Februar 2015 (act. 5.39) liess die Versicherte über ihre Rechtsschutzversicherung der X. mitteilen, sie habe seit August 2013 keine Krankentaggelder mehr erhalten, weshalb sie deren Auszahlung fordere. Mit Schreiben vom 25. März 2015 (act. 5.34) erneuerte sie ihre Forderung, weshalb die X. ihr am 9. April 2015 (act. 5.33) bestätigte, eine "Abrechnung" sei per 30. April 2014 erfolgt, da eine letzte Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit am 20. Mai 2014 zugestellt worden sei. Auf dieser Taggeldkarte sei die Arbeitsunfähigkeit mit dem letzten erfolgten Arztbesuch am 25. April 2014 bestätigt worden. Am 26. Mai 2015 (act. 5.30) sandte die Versicherte die vollständigen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse für die Periode vom 9. Januar 2013 bis Mai 2015 zu und wies darauf hin, dass diese Zeugnisse regelmässig der Verwaltung der Arbeitgeberin übergeben worden seien. Ferner forderte sie die Taggelder vom 27. November 2013 bis zum 30. April 2014, da diese zu Unrecht wegen einer allfälligen Verzögerung der IV-Anmeldung gekürzt worden seien, und die Taggelder ab Mai 2015 (recte 2014).

Mit Verfügung vom 28. Mai 2015 (act. 8 Seiten 27-1 ff.) verneinte die IV-Stelle das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens, da die medizinischen Abklärungen ergeben hätten, dass ihr die bisherige Tätigkeit als Hauswartin zumutbar sei. Die Wartefrist von einem Jahr sei nicht erfüllt.

Am 10. Juli 2015 (act. 5.26) legte die X. dar, die IV-Anmeldung sei nicht innert Frist eingegangen, weshalb es zu einer Verzögerung der Abklärung des Versicherungsfalles gekommen sei. Deshalb seien die Taggelder um die Dauer der verspäteten Anmeldung in Anlehnung an die AVB gekürzt worden. Am 21. Mai 2014 sei die letzte Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit bei der X. eingetroffen. Trotz mehrfacher Erinnerungsschreiben an die STWE B. seien die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse und die Weiterleitung der Taggeldkarte ausgeblieben. Eine ausführliche Abklärung des Leistungsanspruches sei somit verzögert worden, weshalb die Leistungen auch aus diesem Grund gekürzt würden. Erst nachdem sie mit Schreiben vom 26. Mai 2015 über die Arbeitsunfähigkeit in Kenntnis gesetzt worden sei, habe die entsprechende Abklärung in die Wege geleitet werden können. Mithin würden die Leistungen vom 11. Juli

2013 bis zum 25. Juni 2014 wegen der fehlenden IV-Anmeldung und ab dem 26. Juni 2014 bis zum 29. Dezember 2014 wegen der fehlenden Mitwirkung und Missachtung der Obliegenheiten seitens der Versicherungsnehmerin gekürzt. Damit erklärte sich die Versicherte am 13. Juli 2015 (act. 5.28) nicht einverstanden. Es sei zu belegen, dass sie trotz entsprechender Aufforderung die IV-Anmeldung verzögert habe. Zudem habe eine allenfalls verzögerte IV-Anmeldung keine Auswirkungen auf die Leistungspflicht der X.. Schliesslich sei die Arbeitgeberin als Versicherungsnehmerin aufgefordert worden, die Zeugnisse einzureichen. Sie habe ihrer Arbeitgeberin regelmässig und pünktlich die Zeugnisse abgeliefert. Die Versäumnisse der Arbeitgeberin könnten nicht auf sie abgewälzt werden.

Mit Taggeldabrechnung vom 13. Juli 2015 (act. 9.1 ff.) verweigerte die X. für die Periode vom 1. Mai 2014 bis 29. Dezember 2014 das Taggeld. Am 22. Juli 2015 (act. 5.12) ergänzte die X., die Unterlagen zur IV-Anmeldung seien der Versicherten am 25. Juni 2013 zugestellt, aber erst am 21. Juni 2014 retourniert worden. In ihrem Begleitbrief vom 21. Juni 2014 habe sich die Versicherte für die verspätete Anmeldung entschuldigt. Die Kürzungen wegen fehlender Anmeldung seien zudem auf sämtlichen Abrechnungen ersichtlich gewesen. Da sich die Versicherte immer noch in Anstellungsverhältnis befinde und kein direktes Forderungsrecht geltend gemacht worden sei, seien die Taggeldleistungen an die Firma STWE B. erbracht worden. Die Kürzung werde nicht auf die Versicherte abgewälzt. Dazu liess die Versicherte am 23. Juli 2015 (act. 5.12) einwenden, die Leistungen seien nicht nur gekürzt, sondern gänzlich eingestellt worden. Ausserdem liege keine schuldhaftige Pflichtverletzung vor. Am 11. August 2015 (act. 5.11) stellte die X. klar, dass es sich um eine 100%ige Kürzung handle, diese erfolge wegen Verletzung der Schadensminderungspflicht gemäss den AVB bzw. Art. 61 WG (act. 5.9). Am 3. September 2015 (Beleg 42 der Beschwerde) leitete die Versicherte gegen die X. die Betreibung ein.

Am 12. Oktober 2015 (act. 5.6) forderte der Rechtsvertreter der Versicherten unter Hinweis auf BGE 133 III 532 erneut die Zahlung der Taggelder. Eine versicherte Person könne nicht gestützt auf die Schadensminderungspflicht angehalten werden, sich bei der IV-Stelle anzumelden. Dem widersetzte sich die X. am 27. November 2015 mit der Einrede der Verjährung und des Vorliegens einer Schadensversicherung anstelle einer Summenversicherung (act. 5.7).

E. Mit Klage vom 29. Januar 2016 stellte A. das Rechtsbegehren, die X. habe für die Zeit vom 1. August 2013 bis 29. Dezember 2014 die Krankentaggelder nebst Zins zu 5% ab jeweils 1. des folgenden Monats, zuzüglich einer Parteient-

schädigung; zu bezahlen. In ihrer Begründung machte sie geltend, es sei aufgrund der negativen IV-Verfügung kein Schaden entstanden, bei der Ahndung von Verletzungen der Schadensminderungspflicht stelle das Bundesgericht nicht auf Art. 61 Abs. 2 VVG, sondern auf Art. 14 WG ab. Weiter komme das Bundesgericht zum Schluss, dass eine versicherte Person nicht gestützt auf die Schadensminderungspflicht angehalten werden könne, sich bei der IV anzumelden. Abgesehen davon sei sie aufgrund ihrer Krankheit gar nicht in der Lage gewesen, dieser Aufforderung nachzukommen.

In ihrer Vernehmlassung vom 16. Februar 2016 beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage. Die Taggeldforderungen für die Periode vom 1. August 2013 bis 20. September 2013 seien verjährt. Hinsichtlich der Schadensminderungspflicht habe die Versicherte die Verpflichtung, sich bei der IV zwecks Umschulung anzumelden, was die Beklagte verspätet getan habe. Sie habe auch die erforderlichen ärztlichen Bescheinigungen nicht eingereicht. Wie aus dem IV-Dossier (act. 8 Seite 16-2; Bemerkung des Sachbearbeiters anlässlich des Assessmentgespräches) zu entnehmen sei, sei die Klägerin ab dem 3. Februar 2013 im Wechsel 50% und 0% arbeitsfähig gewesen, während gegenüber dem Taggeldversicherer eine durchgehend 50%ige Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht worden sei. Gerade solche Widersprüche würden deutlich machen, dass sich vorliegend das passive Verhalten der Versicherten negativ auf die zeitnahe Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit ausgewirkt habe. Im Nachhinein sei es ihr nicht mehr möglich gewesen, diesen Widerspruch aufzuklären. Bei sorgfältiger Wahrnehmung der Mitwirkungspflicht der Klägerin hätte eine Abklärung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Gutachter veranlasst werden können. Weil die Arbeitsunfähigkeit letztmals am 20. Mai 2014 bewiesen worden sei, habe die Klägerin dies mehrfach gemahnt: Den Beweis für ein Weiterbestehen der Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. August 2014 habe die Klägerin nicht erbracht. Die Klägerin trage hierfür die Folgen der Beweislosigkeit.

Replizierend hielt die Klägerin am 11. März 2016 fest, das Betreibungsbegehren sei am 3. September 2015 gestellt worden, weshalb ab dem 3. September 2013 die Taggelder geschuldet seien. Das Rechtsbegehren werde entsprechend angepasst. Der Versicherer habe jederzeit die Möglichkeit gehabt, das Dossier dem vertrauensärztlichen Dienst zu unterbreiten. Dieser sei bereits im Juli 2013 involviert worden. Ferner sei die Beklagte mehrfach selber an die Hausärztin gelangt. Als Versicherte habe sie sämtliche Arztberichte dem Arbeitgeber abgegeben. Es seien auch mehrere Arztzeugnisse hinterlegt worden, welche nach dem 20. Mai 2014 ausgestellt worden seien, die eine Arbeitsunfähigkeit belegen würden. Schliesslich anerkenne die Beklagte in ihrer Vernehmlassung indirekt eine Arbeitsunfähigkeit für die vorangehende Periode. Am 22.

April 2016 liess die Klägerin dem Gericht einen Arztbericht von Dr. C. vom 7. April 2016 zukommen, der der Beklagten am 28. April 2016 zur Kenntnis gebracht wurde.

In der Folge verzichtete die Beklagte auf die Einreichung einer Duplik.

Mit Schreiben vom 12. Mai 2016 lud das Kantonsgericht die Parteien dazu ein, mitzuteilen, ob sie auf die Durchführung mündlicher Schlussvorträge verzichteten und ob sie gegebenenfalls schriftliche Plädoyers einzureichen wünschten. Die Parteien verzichteten sowohl auf einen mündlichen Schlussvortrag als auch auf die Einreichung eines schriftlichen Plädoyers.

Auf weitere Parteivorbringen wird, soweit entscheiderelevant, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1 Gemäss Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) vom 19. Dezember 2008, in Kraft getreten am 1. Januar 2011, können die Kantone ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung zuständig ist. Im Kanton Wallis ist dies die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts (Art. 5 Abs. 1 lit. a des Einführungs-gesetzes zur ZPO [EGZPO] vom 9. Februar 2011 i.V.m. Art. 1 Abs. 2 des Verfahrensreg-lements des kantonalen Versicherungsgerichts vom 2. Oktober 2001 [RVG]).

1.2 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach dem Wohnsitz oder dem Sitz einer der Parteien (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO). Die Klägerin ist in _____ wohnhaft, womit die Zuständigkeit der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts Wallis auch in örtlicher Hinsicht gegeben ist.

1.3 Die von der Klägerin eingereichte Rechtsschrift entspricht den Anforderungen von Art. 244 ZPO. Prozessgegenstand sind Ansprüche aus einer Krankentaggeldversiche-rung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG), entsprechend ist die sachliche Zuständigkeit der angerufenen Instanz zu beja-hen.

1.4 Gemäss Art. 87 WG steht demjenigen, zu dessen Gunsten die Versicherung abgeschlossen worden ist, mit dem Eintritt der Krankheit ein selbständiges Forderungsrecht gegen den Versicherer zu. Anspruchsberechtigt ist dem Wortlaut dieser Bestimmung nach grundsätzlich die versicherte Person (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. November 2013, KV-Z 2013/4, E. 3). A. ist daher zur Klage legitimiert.

1.5 Auf die Klage ist demnach einzutreten.

2.

2.1 Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind gemäss Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ohne Rücksicht auf den Streitwert im vereinfachten Verfahren zu behandeln, wobei gemäss Art. 219 ZPO die Bestimmungen über das ordentliche Verfahren sinngemäss gelten (vgl. Christoph Leuenberger/Beatrice Uffer-Tobler, Schweizerisches Zivilprozessrecht, Bern 2010, N 11.154, N 11.157). Da die Klägerin eine begründete Klageschrift eingereicht hat, hat die Verfahrensleitung einen doppelten Schriftenwechsel angeordnet (vgl. Art. 246 Abs. 2 ZPO). Beide Parteien wurden ausdrücklich auf die Möglichkeit einer mündlichen Verhandlung oder schriftlicher Plädoyers hingewiesen.

2.2 Das Gericht darf einer Partei nicht mehr und nichts anderes zusprechen, als sie verlangt, und nicht weniger, als die Gegenpartei anerkannt hat (Art. 58 ZPO).

2.3 Art. 247 Abs. 2 ZPO sieht vor, dass das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt. Diese sogenannte abgeschwächte oder soziale 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 nicht an die Beweisanträge gebunden und kann von sich aus Beweis erheben. Die Parteien werden dadurch aber nicht von der Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhalts entbunden. Sie bleiben mitverantwortlich für die Beweisführung und haben insbesondere die Beweismittel zu benennen und beizubringen. Das Gericht hat sich nur über die Vollständigkeit der Behauptungen und Beweise zu versichern, wenn diesbezüglich ernsthafte Zweifel bestehen. Die soziale Untersuchungsmaxime zwingt das Gericht nicht dazu, das Beweisverfahren beliebig auszudehnen und alle möglichen Beweise abzunehmen (BGE 140 III 450 E. 3.1, 139 III 457 E. 4.4.3.2; Urteil des Bundesgerichts 4A_701/2912 vom 19. April 2013 E. 1.2).

2.4 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. Erachtet das Gericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen abschliessen.

2.5 Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten. Der Vertragsinhalt richtet sich häufig nach vorformulierten Allgemeinen Vertragsbestimmungen (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Auflage, S. 150 f.). Das Schweizerische Obligationenrecht (OR) gilt immer subsidiär, wenn das VVG, das hinsichtlich des (Zusatz-)Versicherungsvertrages zahlreiche vom OR abweichende oder dieses ergänzende Bestimmungen enthält, eine Frage nicht regelt (Art. 100 Abs. 1 VVG).

3.

Die Klägerin verlangt die Ausrichtung der Krankentaggelder durch die Beklagte für die Zeit vom 3. September 2013 bis zum 29. Dezember 2014 nebst Zins zu 5%. Zu Recht unbestritten ist, dass die Taggelder vom 1. August 2013 bis zum 2. September 2013 verjährt sind.

4.

4.1 Gemäss Art. 324a OR hat der Arbeitgeber den Lohn für eine beschränkte Zeit weiterzubezahlen, wenn der Arbeitnehmer aus Gründen, die in seiner Person liegen, wie namentlich Krankheit, ohne sein Verschulden an der Arbeitsleistung verhindert ist. Häufig wird das entsprechende Risiko des Arbeitgebers mit einer Versicherung abgedeckt. Dies kann entweder in dem Sinne erfolgen, dass eine Versicherung die Leistungen gemäss Art. 324a OR erbringen soll, oder es kann auch nur darum gehen, dass der Arbeitgeber sein Lohnzahlungsrisiko absichert. Im letzteren Fall handelt es sich in der Regel nicht um eine vertragliche Vereinbarung zwischen den Parteien des Arbeitsvertrages, da die Stellung des Arbeitnehmers nur insoweit betroffen wird, als ihm von Gesetzes wegen ein direktes Forderungsrecht gegenüber der Kollektivversicherung zusteht (Art. 87 WG).

4.2 Gemäss der Police für die Lohnausfall-Versicherung bei Krankheit Nr. _____ war A. als Arbeitnehmerin der STWE B. bei der Z. Versicherungen für ein Taggeld in der Höhe von 80% des versicherten Lohnes ab

dem 31. Tag mit einer Leistungsdauer von 720 Tagen in einem Zeitraum von 900 Tagen pro Schadenfall versichert. Gemäss Erläuterungen der X. vom 22. Juli 2015 handelt es sich bei der Versicherungsdeckung von A. um eine Deckung aus dem Portefeuille der Z. Versicherungen mit separaten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB; Besitzstandwahrung). In der Versicherungspolice Nr. _____ wird auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB, _____ verwiesen (vgl. Police act. 9.8 und AVB, _____, 01.1993 act. 5.15 ff.), welche somit Vertragsbestandteil und bei der Anspruchsbeurteilung zu beachten sind.

Leistungen werden gemäss Art. 2 ff. der AVB für die wirtschaftlichen Folgen von Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfall oder Mutterschaft gewährt. Als Krankheit im Sinne der Versicherung gilt jede vom Willen des Versicherten unabhängige, medizinisch wahrnehmbare Störung der Gesundheit, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen ist (Art. 20 lit. a AVB). Damit die Gesellschaft das Taggeld bezahlt, muss mindestens eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bestehen, wobei die Bezahlung entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit erfolgt (Art. 27 lit. d AVB). Dabei bezahlt die Gesellschaft für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit das vereinbarte Taggeld (Art. 27 lit. a AVB). Vorausbescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit werden längstens für einen Monat anerkannt (Art. 27 lit. a AVB). Gibt eine Krankheit voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen, ist sobald als möglich ein patentierter Arzt beizuziehen und für fachgemässe Pflege zu sorgen. Weiter hat der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigte den Krankheitsfall unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Ferner hat der Anspruchsberechtigte alles zu tun, was zur Abklärung des Versicherungsfalles und dessen Folgen dienen kann (Art. 11 Abs. 1 AVB). Die Gesellschaft ist berechtigt, zusätzliche Belege und Auskünfte zu verlangen (Art. 11 Abs. 2 AVB). Werden die Pflichten gemäss Art. 11 schuldhaft verletzt und dadurch Ausmass und Feststellung der Krankheitsfolgen negativ beeinflusst, kann die Gesellschaft ihre Leistungen entsprechend herabsetzen, sofern der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder der Anspruchsberechtigte nicht beweist, dass das vertragswidrige Verhalten die Folgen und die Feststellung der Krankheit nicht beeinflusst hat (Art. 12 AVB). Bei Verletzung der dem Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigten obliegenden Verpflichtungen treten die im Vertrag vorgesehenen Nachteile nicht ein, wenn die Verletzung den Umständen nach als eine unverschuldete anzusehen ist (Art. 16 AVB).

4.3 Der Versicherer begründet die Kürzung der Taggelder mit dem passiven Verhalten der versicherten Person. Dabei bringt er einerseits eine verspätete IV-Anmeldung und

andererseits den fehlenden Nachweis für den Weiterbestand der Arbeitsunfähigkeit ab dem 20. Mai 2014 vor.

4.3.1 Betreffend die IV-Anmeldung macht der Versicherer geltend, man habe die versicherte Person mit Schreiben vom 25. Juni 2013 (act. 3.4) aufgefordert, bis zum 10. Juli 2013 die IV-Anmeldung einzureichen, ansonsten die Taggelder eingestellt würden (act. 3.4) Die Klägerin bestreitet in ihren ersten Schriften an die X. die Zustellung eines solchen Schreibens. Aufgrund der Akten steht fest, dass das Schreiben des Versicherers als einfache Postsendung erging, weshalb deren Zustellung bzw. dessen Zeitpunkt nicht schlüssig nachgewiesen werden kann. Die Beklagte beruft sich in dieser Hinsicht auf das Schreiben der Klägerin vom 21. Juni 2014 und schlussfolgert, darin habe sich die Klägerin für ihr passives Verhalten entschuldigt. Zwar bringt die Klägerin darin vor, aufgrund ihrer Krankheit sei die gesamte private Büroarbeit unerledigt geblieben, jedoch lässt sich aus dieser Formulierung nicht der Rückschluss ziehen, die Klägerin habe die Aufforderung vom 25. Juni 2013 erhalten und schuldhaft missachtet. Einerseits steht nämlich die Zustellung dieses Schreiben bzw. dessen Zeitpunkt nicht fest und andererseits bringt die Versicherte am 21. Juni 2014 einzig vor, aufgrund der Krankheit nicht mehr fähig gewesen zu sein, Büroarbeiten zu erledigen. Diese Tatsache wird übrigens ärztlicherseits bestätigt und dokumentiert (vgl. Arztzeugnis von Dr. C. vom 7. April 2016; vgl. auch die Akten der IV-Stelle act. 8 Seite 24-1 und 29-1), womit die Versicherte damals zweifelsohne nicht in der Lage war, allfälligen Aufforderungen unmittelbar Folge zu leisten. Damit wäre, sofern überhaupt von einer Sorgfaltspflichtverletzung auszugehen wäre, diese als unverschuldete anzusehen. Gemäss Art. 16 AVB würden in diesem Fall die im Vertrag vorgesehenen Nachteile nicht eintreten. Gestützt auf diese Umstände kann offen bleiben, ob ein Versicherter im Rahmen der Schadensminderungspflicht angehalten werden kann, sich bei der IV-Stelle anzumelden, bzw. inwiefern dadurch das Ausmass oder die Feststellung der Krankheitsfolgen negativ beeinflusst wurde.

Hinsichtlich des Schadens bringt die Beklagte vor, das passive Verhalten der Klägerin, in Form einer erst im Sommer 2014 erfolgten IV-Anmeldung, habe sich negativ auf die zeitnahe Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit ausgewirkt. Damit verkennt der Taggeldversicherer, dass es primär seine Aufgabe war, nach erfolgter Anmeldung, die unbestritten im März 2013 erfolgt war, den Bestand bzw. das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit abzuklären, wofür ihm auch die notwendigen Mittel zur Verfügung standen, zumal die AVB ihn ermächtigen, jederzeit Unterlagen einzuholen oder anzufordern. Gegenüber der Klägerin forderte er erstmals am 9. Januar 2015 (act. 3.1) die Taggeldkarte,

wobei die Klägerin dieser Aufforderung auf erstes Verlangen nachkam. überdies verfügt der Versicherer über einen vertrauensärztlichen Dienst, der sich der Angelegenheit bereits im Sommer 2013 angenommen hatte. Wenn sodann die Beklagte vorbringt, aus dem IV-Dossier könne entnommen werden, dass die Klägerin ab dem 3. Februar 2013 im Wechsel 50% und 0% arbeitsunfähig gewesen sei, traf diese Feststellung des Sachbearbeiters während des Assessments nicht zu. Die Arztberichte in den IV-Akten (act. 8 S. 10-7 und 14-6) hielten nämlich eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit bis Februar 2014 fest. Nichts anderes lässt sich auch aus der RAD-Untersuchung vom 23. Februar 2015 entnehmen, zumal der untersuchende Psychiater sich in zeitlicher Hinsicht nicht festlegte und es unterliess, darzulegen, ab wann keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben war (vgl. act. 8 S. 26-1 ff). Durch die vorzitierte medizinische Aktenlage ist ausgewiesen, dass beim Gesundheitszustand der Klägerin auch nach dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine Verbesserung eingetreten war. Die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin erfolgte denn auch richtigerweise nicht aufgrund einer wiederbestehenden Arbeitsfähigkeit, sondern wegen angeblicher verspäteter oder mangelnder Bescheinigung.

4.3.2 Die Beklagte macht weiter geltend, eine Kürzung rechtfertige sich, da die Versicherte mehrfach gemahnt worden sei, den Bestand der Arbeitsunfähigkeit zu beweisen.

Diesbezüglich führte die Beklagte in ihrer Klageantwort vom 16. Februar 2016 selber aus, die Versicherte habe den Bestand der Arbeitsunfähigkeit letztmals am 20. Mai 2014 bewiesen. Mit Schreiben vom 20. Mai 2014 sandte die Versicherte die Taggeldkarte zurück (act. 3.3). Auf dieser Karte wurde die Arbeitsunfähigkeit mit dem am 25. April 2015 erfolgten Arztbesuch bestätigt (vgl. act. 5.33). Gemäss Ziffer 27 lit. a AVB werden Vorausbescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit längstens für einen Monat anerkannt. Mithin ist der Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit für die Periode vom 9. Januar 2013 bis Ende Mai 2014 erbracht. Im Übrigen durfte die Versicherte aufgrund der Schreiben des Versicherers davon ausgehen, dass die notwendigen Unterlagen vorlagen. In den Schreiben vom 22. Dezember 2014 (act. 4.2) und 9. Januar 2015 (act. 3.1) legte dieser nämlich dar, die Lohnausfallversicherung bis zum 30. April 2014 bezahlt zu haben, womit die Versicherte keine Veranlassung hatte, die unbestrittenermassen an die Arbeitgeberin zugestellten Arbeitsunfähigkeitszeugnisse nochmals dem Versicherer zuzustellen.

Was sodann die Periode vom Juni 2014 bis Ende Dezember 2014 betrifft, steht aufgrund der Akten fest, dass der Bericht der Hausärztin vom 29. August 2014 der X.

zugang. Der Bericht trägt den Stempel des vertrauensärztlichen Dienstes vom 2. September 2014 (act. 2.1). Darin legte Dr. C. auf die Frage nach den Beschwerden, die eine Arbeitsaufnahme zurzeit verunmöglichten, dar, die Patientin sehe sich in einer unzufriedenen Situation. Eine Arbeitsaufnahme sei reserviert, eventuell verbunden mit einem Neustart möglich. Eine berufliche Umorientierung schein ihr wichtig. Damit waren die Folgen der Krankheit einzuschätzen. Jedenfalls schien es für den vertrauensärztlichen Dienst nicht notwendig zu sein, weitere Abklärungen in die Wege zu leiten.

Sodann findet die Darstellung der Klägerin, für diese Periode arbeitsunfähig gewesen zu sein, in den echtzeitlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnissen von Dr. C. vom 26. Mai 2014, vom 4. Juli 2014, vom 8. August 2014, vom 14. Oktober 2014, vom 27. November 2014, vom 6. Januar 2015 usw. ihre Stütze. Echtzeitliche Bescheinigungen für eine Arbeitsunfähigkeit ab dem 24. April 2014 finden sich auch auf der Taggeldkarte. Damit ist die Arbeitsunfähigkeit für besagte Periode aktenkundig. Der Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit war somit erbracht. Schliesslich kann der Versicherten, wie nachfolgend aufgezeigt wird, auch keine Obliegenheitsverletzung bzw. eine Verletzung der Schadensminderungspflicht vorgeworfen werden.

Gemäss Art. 27 lit a AVB bezahlt der Krankenversicherer für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit das vereinbarte Taggeld. Formelle Bestimmungen hinsichtlich der Geltendmachung des Taggeldes bestehen lediglich bezüglich der unverzüglichen Meldung einer Krankheit (Art. 11 Abs. 2 AVB). Danach hat diese schriftlich zu erfolgen, was die Klägerin unstrittig am 4. März 2013 getan hat. Weitergehende formelle Obliegenheiten trafen die Versicherte nicht. Entgegen den Darlegungen der Beklagten hatte sie auch nicht die Abklärung des Versicherungsfalles verhindert (Art. 11 Abs. 2 AVB zweiter Satz). Wie die Arztzeugnisse und die Einträge in der Taggeldkarte darlegen, begab sich die Versicherte regelmässig in ärztliche Behandlung und hinterlegte beim Versicherungsnehmer die Zeugnisse sowie die Taggeldkarte. Die Zustellung einer Kopie der Taggeldkarte entsprach ferner keiner vertraglichen Verpflichtung, sondern wurde lediglich auf der Karte vermerkt. Ihr deswegen die Leistungen zu kürzen, würde zudem dem Verhältnismässigkeitsgebot widersprechen, zumal der Versicherer sie erstmals mit Schreiben vom 9. Januar 2015 darüber aufklärte, dass der Arbeitgeber die Taggeldkarte nicht ordnungsgemäss (vgl. Vermerk auf der Taggeldkarte, wonach diese „via Arbeitgeber zurück an die X.“ geht) weitergeleitet hatte.

4.4 Mithin ist die Klage aus den genannten Gründen gutzuheissen. Nach der Berechnung der Klägerin fordert sie die Leistungen im Gesamtbetrag von CHF 12'914 (ab

September 2013 bis Dezember 2014). Da aufgrund der dargelegten Dispositionsmaxime nicht mehr zugesprochen werden darf, als geltend gemacht wird, ist die Beklagte zur Bezahlung an die Klägerin von CHF 12'914 zu verpflichten. Da die Abrechnung der Klägerin im Grundsatz nie bestritten wurde, erübrigt sich die Einholung weiterer Beweise, wie dies beantragt wurde.

4.4.1 Die Klägerin macht einen Verzugszins von 5% jeweils ab Beginn des auf die einzelnen Taggelder folgenden Monats geltend.

Gemäss Art. 104 Abs. 1 OR hat der Schuldner von Gesetzes wegen einen Verzugszins von 5% für das Jahr zu zahlen, sobald er mit der Zahlung der Schuld in Verzug gerät. Ist eine Verbindlichkeit fällig, so wird der Schuldner durch Mahnung des Gläubigers in Verzug gesetzt (Art. 102 Abs. 1 OR). Gemäss OR setzt demnach die Verzugszinspflicht einerseits die Fälligkeit und andererseits eine Mahnung voraus. Nach Art. 41 Abs. 1 VVG wird die Forderung aus dem Versicherungsvertrage mit dem Ablauf von vier Wochen (sogenannte Deliberationspflicht), von dem Zeitpunkt an gerechnet, fällig, in dem der Versicherer Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruches überzeugen kann. Hat der Versicherte die nötigen Angaben gemacht und ist, wie vorliegend, die Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, gerät der Versicherer grundsätzlich durch Mahnung in Verzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts 4A_487/2007 vom 19. Juni 2009 E. 8.2). Lehnt er jedoch zu Unrecht seine Leistungspflicht definitiv ab, bedarf es keiner Mahnung. Fälligkeit und Verzug treffen dann sofort ein (Urteil des Kantonsgerichts St. Gallen KV-Z 2013/16 vom 10. Februar 2015 E. 7.2.1; Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich KK.2014.00024 vom 30. Dezember 2015 E. 5.2.1 mit Hinweisen).

Die AVB enthalten keine besonderen Bestimmungen zum Verzugszins. Es gelten somit die allgemeinen Regeln des OR und VVG. Nach den vorstehenden Ausführungen geriet die Beklagte mit der definitiven Ablehnung ihrer Leistungspflicht ab dem 10. Juli 2015 (act. 5.26) in Verzug und war eine ausdrückliche Mahnung der Taggelderleistungen durch die Klägerin nicht erforderlich. Der Verzugszins von 5% läuft daher ab dem 10. Juli 2015.

5.

Zusammenfassend ist die Klage vom 29. Januar 2016 in dem Sinne gutzuheissen, als dass die Beklagte zu verpflichten ist, der Klägerin Krankentaggelder in der Höhe von insgesamt CHF 12'914 zuzüglich Zins von 5% ab dem 10. Juli 2015 zu bezahlen.

6.

6.1 Die Prozesskosten werden laut Art. 106 Abs. 2 ZPO nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt. Die Prozesskosten umfassen gemäss Art. 95 Abs. 1 ZPO die Gerichtskosten (lit. a) und die Parteientschädigung (lit. b).

6.1.1 Gerichtskosten werden gemäss Art. 114 lit. e ZPO keine erhoben.

6.1.2 Aus der Formulierung von Art. 114 ZPO ergibt sich, dass dessen lit. e nur die Gerichtskosten betrifft, nicht aber die Parteientschädigung an die Gegenpartei (Urteil des Bundesgerichtes 4A_194/2010 vom 17. November 2010, E. 2.2.1, nicht publiziert in: BGE 137 III 47). Diese umfasst den Ersatz der notwendigen Auslagen, die Kosten einer berufsmässigen Vertretung sowie in begründeten Fällen eine angemessene Umrtriebsentschädigung, wenn eine Partei nicht berufsmässig vertreten ist (Art. 95 Abs. 3 ZPO).

Die Kantone sind zuständig, die Tarife für die Prozesskosten festzusetzen (Art. 96 ZPO). Gemäss Art. 32 des Gesetzes betreffend den Tarif der Kosten und Entschädigungen vor Gerichts- oder Verwaltungsbehörden vom 11. Februar 2009 (GTar) ist bei Streitigkeiten und Zivilsachen geldwerter Natur im ordentlichen oder vereinfachten Verfahren, das in erster oder einziger Instanz entschieden wird, für einen Streitwert zwischen CHF 10'001 bis CHF 15'000 ein Honorar von CHF 2'300 bis CHF 3'300 festgesetzt. Wenn aber ein offensichtliches Missverhältnis zwischen Streitwert und Prozessinteresse der Parteien oder zwischen der Entschädigung gemäss Tarif und der effektiven Arbeit des Rechtsbeistands besteht, kann die Behörde das Honorar unter das erwähnte Minimum senken (Art. 29 Abs. 2 GTar).

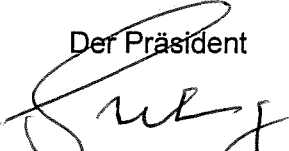
Die obsiegende, anwaltlich vertretene Klägerin hat eine Parteientschädigung beantragt. Im Rahmen des Klageverfahrens reichte der Rechtsvertreter eine 11-seitige Klageschrift sowie 47 Belege, eine Replikschrift von 4 Seiten sowie die Schreiben vom 22. April 2016 und 17. Mai 2016 ein. Ferner erfolgte eine Zustellung der Akten zur Einsichtnahme. Gestützt auf diese Tatsachen und in Berücksichtigung des notwendigen Zeitaufwandes sowie der Besonderheit des Verfahrens mit sozialer Untersuchungsmaxime ist der vertretenen Klägerin eine Parteientschädigung von CHF 2'350 (inkl. Mehrwertsteuer und Auslagen von CHF 50) zuzusprechen.

Das Kantonsgericht erkennt


1. Die Beklagte wird in Gutheissung der Klage verpflichtet, der Klägerin den Betrag von CHF 12'914 zuzüglich Zins von 5% ab dem 10. Juli 2015 zu bezahlen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die Beklagte wird verpflichtet, der Klägerin eine Parteientschädigung von CHF 2'350 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Sitten, 22. November 2016

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Der Präsident

Dr. L. Seeberger



Die Gerichtschreiberin

P. Stoffel

Rechtsmittelbelehrung

Vorliegender Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Eröffnung mit Beschwerde beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, angefochten werden. Im Übrigen wird auf das im Bundesgerichtsgesetz vom 17. Juni 2005 (BGG; SR 173.110) enthaltene Rechtsmittelsystem verwiesen, welches auch den Inhalt der Rechtsschrift und die notwendigen Beilagen reglementiert (Art. 42 BGG).

versandt an