

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20141121_d_sg_o_01 vom 21. November 2014

FINMA Versicherungsrecht, 2014-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20141121_d_sg_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20141121_d_sg_o_01 du 21 novembre 2014

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20141121_d_sg_o_01 del 21 novembre 2014

Erwägungen

E. 1.1

Streitig und als Prozessvoraussetzung von Amtes wegen zu prüfen (Art. 59 Abs. 2 lit. b und Art. 60 ZPO) ist zunächst die sachliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts.

E. 1.1.1

Während der Kläger das Versicherungsgericht für zuständig hält, seine Klage vom 18. Februar 2013 zu beurteilen, macht die Beklagte geltend, bei der Krankentaggeld-Versicherung handle es sich um eine private Versicherung nach VVG. Diese könne nicht als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung im Sinn von Art. 7 ZPO oder Art. 9 des sankt-gallischen Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EGZPO; sGS 961.2) interpretiert werden, weshalb das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen sachlich nicht zuständig sei.

E. 1.1.2

Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 EGZPO in Verbindung mit Art. 7 ZPO als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach KVG. Das Bundesgericht subsumiert kollektive Krankentaggeldversicherungen wie alle weiteren Taggeldversicherungen, die nicht nach Art. 67 ff. KVG abgeschlossen wurden (und damit gemäss Art. 1a KVG als freiwillige Taggeldversicherungen mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die soziale Krankenversicherung bilden), in ständiger Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (vgl. BGE 138 III 3 E. 1.1 und Urteil vom 12. März 2012, 4A_47/2012, E. 2, je mit Hinweisen). Einen Anlass für eine Änderung dieser Rechtsprechung sah das Bundesgericht im Urteil vom 12. März 2012, 4A_47/2012, E. 2, ausdrücklich nicht und verwies dazu auf sein Urteil vom 11. Oktober 2011, 4A_118/2011, E. 1.3. Darin führte es seine bisherige Praxis zu Art. 85 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG; SR 961.01; in der Fassung vor Inkrafttreten der ZPO per 1. Januar 2011, vgl. AS 2005 5295) an und legte dar, es lägen keinerlei Anhaltspunkte dafür vor, dass der Gesetzgeber von einer anderen Begriffsbestimmung ausgegangen sei. Art. 7 ZPO setzt nach dieser Rechtsprechung nicht voraus, dass eine Krankenkasse Trägerin der Versicherung ist (Urteil des Bundesgerichts vom 12. März 2012, 4A_47/2012, E. 2 mit Hinweisen). Für den Rechtsmittelweg ist es damit unerheblich, ob eine Krankenkasse oder ein Privatversicherer Träger der Versicherung ist (vgl. BGE 138 III 3 E. 1, wo die

Zusatzversicherung eines privaten Trägers [AXA Versicherungen AG; vgl. hierzu Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 27. Mai 2011, KK.2009.00027] unter den Begriff "Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung" im Sinn von

Art. 12 Abs. 2 f. KVG subsumiert wurde).

E. 1.1.3

Seitdem es mit dem Inkrafttreten des EGZPO per 1. Januar 2011 für die Beurteilung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung zuständig geworden ist, bejaht das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen seine sachliche Zuständigkeit in sämtlichen Streitigkeiten aus Krankentaggeld-Versicherung, unabhängig davon, wer Träger der Versicherung ist. Dies ausdrücklich in den Urteilen vom 26. Mai 2014, Proz. KV-Z 2012/8, E. 1.1, vom 14. April 2014, Proz. KV-Z 2013/5, E. 1, vom 30. Oktober 2013, Proz. KV-Z 2013/2, E. 1.1, vom 16. Oktober 2013, Proz. KV-Z 2013/8, E. 2, vom 3. Mai 2012, Proz. KV-Z 2011/6, E. 1, und vom 24. Februar 2012, Proz. KV-Z 2011/2, E. 1.1, wo jeweils Leistungen aus einer (Zusatz-)Versicherung einer privaten Versicherungs-Gesellschaft zu beurteilen waren. Nachdem sich diese Praxis mit derjenigen des Bundesgerichts deckt, besteht für das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen kein Anlass, davon abzuweichen.

E. 1.1.4

Da im vorliegenden Streitfall Ansprüche aus einer Krankentaggeld-Versicherung zu beurteilen sind, ist entsprechend der dargestellten Praxis die sachliche Zuständigkeit zu bejahen.

E. 1.2

Laut Ziffer 1 der besonderen Bedingungen der Beklagten in der Police Nummer X.XXX.XXX steht dem Versicherungsnehmer, den Versicherten oder den Anspruchsberechtigten, in Abänderung von Art. 25 ihrer AVB, als Gerichtsstand wahlweise der ordentliche Gerichtsstand, ihr schweizerischer Wohnsitz oder ihr schweizerischer Arbeitsort zur Verfügung (act. G 10.2/1). Der Kläger wohnt und arbeitete im Kanton St. Gallen. Daher ist dessen Versicherungsgericht auch örtlich zur Beurteilung des vorliegenden Streitfalls zuständig.

E. 1.3

Der Kläger verlangt in seinem Rechtsbegehren die Ausrichtung von "Krankentaggeld von 50%" "ab 1. Januar 2013 bis auf Weiteres". Die Benennung der Höhe des eingeklagten Taggelds hat der Kläger unterlassen, obwohl diese schon zu Prozessbeginn bekannt war. Das Taggeld von 50% belief sich auf Fr. 82.08 (vgl. die Taggeldabrechnungen im von der Beklagten mit Schreiben vom 8. April 2014 eingereichten act. G 27.3/C1 ff.). Dies wäre im Rechtsbegehren bereits bezifferbar gewesen. Im Zeitpunkt der Klageerhebung, am 18. Februar 2013, war dem Kläger hingegen die exakte Benennung der Anzahl der anzubehrenden Taggelder noch nicht möglich, weil er über die zukünftige Dauer seiner Arbeitsunfähigkeit noch keine Kenntnis haben konnte. Folglich war die Einreichung einer unbezifferten Forderungsklage gemäss Art. 85 ZPO diesbezüglich grundsätzlich zulässig. Hingegen hat er keinen Mindestwert angegeben, wie Satz 2 von Art. 85 Abs. 1 ZPO verlangt. Die Bezifferung wäre zudem nachträglich möglich geworden (vgl. Art. 85 Abs. 2 ZPO): Vom vertraglichen Maximalanspruch auf 730 Taggelder verblieben ab 1. Januar 2013 noch 213 Taggelder, die Taggeldberechtigung lief also spätestens am 1. August 2013 aus. Zu jenem Zeitpunkt wären für den Kläger sowohl die Taggeldhöhe als auch deren maximale Bezugsdauer ersichtlich gewesen, das Klagebegehren hätte mithin im August 2013 korrekt beziffert werden können. Die Nachholung der Bezifferung wurde mit Einführung der Schweizerischen ZPO als eine direkt die klagende Partei treffende

Pflicht statuiert, die direkt gestützt auf Gesetz entsteht, sobald die Voraussetzungen gemäss Art. 85 Abs. 2 ZPO erfüllt sind. Einer richterlichen Aufforderung bedarf es folglich nicht (Sabine Baumann Wey, Die unbezifferte Forderungsklage nach Art. 85 ZPO, Luzerner Beiträge zur Rechtswissenschaft [LBR] Band/Nr. 75, 2013, Rz 371; anderer Meinung Karl Spühler, Basler Kommentar zur ZPO,

E. 1.4

Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht ist kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchzuführen (vgl. BGE 138 III 558).

E. 1.5

Da die Eintretensvoraussetzungen damit erfüllt sind, ist auf die Klage vom 18. Februar 2013 einzutreten.

E. 2

Aufl. Basel 2013 [nachfolgend als Basler Kommentar zur ZPO zitiert], N 11 zu Art. 85, der eine Aufforderung zur nachträglichen Bezifferung unter die gerichtliche Fragepflicht gemäss Art. 56 ZPO subsumiert). Der Kläger hat es unterlassen, sein Klagebegehren nachträglich zu beziffern. Dennoch erscheint ein Nichteintreten auf die Klage überspitzt formalistisch. Einerseits wurde die Beklagte (mit Kopie an den Kläger) am 16. April 2013 und am 20. März 2014 darauf hingewiesen, dass das Gericht Eintreten beschliessen werde (wenn auch im Zusam-

menhang mit der Frage nach der sachlichen Zuständigkeit des Gerichts, vgl. act. G 12, G 26). Ein Nichteintreten wegen nicht hinreichend bezifferten Rechtsbegehrens stand somit bis anhin nicht im Raum und wurde von der Beklagten auch nicht thematisiert. Hinzu kommt, dass nach höchstrichterlicher Praxis selbst bei unbezifferten Rechtsbegehren eine materielle Prüfung zu erfolgen hat, wenn sich aus der Begründung der Klage ergibt, welcher Geldbetrag zuzusprechen ist (BGE 137 III 621 E. 6.2). Direkt ist dies der Klagebegründung zwar nicht zu entnehmen. Allerdings ist der Forderungsbetrag einfach zu berechnen, wie sich aus den obigen Ausführungen ergibt. Das Klagebegehren beläuft sich folglich auf 213 Taggelder zu Fr. 82.08, was einen Streitwert von gerundet Fr. 17'483.05 ergibt. Auf die Klage ist folglich auch unter diesem Aspekt einzutreten.

E. 2.1

Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, zu denen das Versicherungsgericht, wie vorstehend dargelegt (Erwägung 1.1), sämtliche Taggeldversicherungen zählt, 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 beide Parteien anwaltlich vertreten sind und der Kläger eine begründete Klageschrift eingereicht hat, hat die Verfahrensleitung einen doppelten Schriftenwechsel angeordnet (vgl. Art. 246 Abs. 2 ZPO). Nachdem sie von der instruierenden Gerichtsschreiberin (in Beachtung des zur amtlichen Publikation vorgesehenen Urteils des Bundesgerichts vom 1. September 2014, 4A_65/2014, E. 3) ausdrücklich auf die Möglichkeit, eine mündliche Verhandlung zu verlangen, hingewiesen wurden (act. G 40), verzichtete der Kläger ausdrücklich schriftlich, die Beklagte durch Still-
schweigen.

E. 2.2

Art. 247 Abs. 2 ZPO sieht vor, dass das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt. Diese sogenannte abgeschwächte oder soziale Untersuchungs- maxime gebietet es dem Gericht zwar, den Sachverhalt mit eigenen Mitteln ab- zuklären und mit vertretbarem Aufwand zu einem hinreichend sicheren Beweis- ergebnis zu gelangen. Es ist dabei aber nicht an die Beweisanträge gebunden und kann von sich aus Beweis erheben. Die Parteien werden dadurch auch nicht von der Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sach- verhalts entbunden. Sie bleiben mitverantwortlich für die Beweisführung und ha- ben insbesondere die Beweismittel zu benennen und beizubringen (vgl. Peter Guyan in: Basler Kommentar zur ZPO, Art. 153 N 3 ff., insbesondere N 9; Franz Hasenböhler in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenber- ger [Hrsg.], ZPO Kommentar, 2. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2013 [nachfolgend als ZPO Kommentar zitiert], Art. 153 N 5 ff.; Bernd Hauck in: ZPO Kommentar, Art. 247 N 33; sowie BGE 130 III 107 E. 2.2, BGE 125 III 238 f. E. 4a und BGE 107 II 236 E. 2c mit weiteren Hinweisen). Die Untersuchungsmaxime ändert auch nichts an der formellen Beweislast. Kann etwa das Bestehen einer ent- scheidenderheblichen Tatsache durch das Gericht weder bejaht noch verneint wer- den, entscheidet es trotz Untersuchungsmaxime gemäss Art. 8 des Schweizeri- schen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) nach Beweislastgesichtspunkten (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2000, 4C.283/1999, E. 2b; Hauck, a.a.O., Art. 247 N 37).

E. 2.3

Im Zivilprozess gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO). Das Gericht hat bei der Bewertung der erhobenen Beweise unabhängig von abstrakten (schablonenhaften) Regeln nach seiner eigenen Überzeugung darüber zu befinden, ob es eine behauptete Tatsache als wahr oder unwahr ein- stuft. Dabei bleibt es dem Gericht überlassen, die Kraft eines Beweismittels nach seiner Überzeugung festzulegen. Aus Sicht der ZPO sind die verschiedenen Be-

weismittel gleichwertig (vgl. Hasenböhler, a.a.O., Art. 157 N 8 f.). Erachtet das Gericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtge- mässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen abschliessen. Ob das Gericht ein (medizinisches) Gutachten anzuordnen hat und welche Regeln dafür gelten, bestimmt sich nach Art. 183 ff. ZPO (vgl. auch Thomas Weibel in: ZPO Kommentar, Art. 183 N 8 ff.).

E. 2.4

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist analog zur Rechtspre- chung im Sozialversicherungsrecht entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklag- ten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352, E. 3a mit Hinweis). Bei der Würdigung von Berichten behandelnder Ärztinnen und Ärzte ist (ebenfalls analog zur Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht) zu beachten, dass sie in der Regel nicht den Zweck verfolgen, zu einem medizinischen Sach- verhalt abschliessend Stellung zu nehmen und eine objektive Beurteilung von Versicherungsansprüchen zu erlauben, denn ihre Verfasserinnen und Verfasser sind auf die

Behandlung der versicherten Person konzentriert. Aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung sagen sie im Zweifelsfall auch eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aus. Dennoch sind ihre Berichte korrekt zu würdigen und sind Anhaltspunkte zu beachten, wonach die Feststellungen der begutachtenden oder von versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen (vgl. BGE 135 V 470 f. E. 4.5 f. sowie Urteile des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2013, 4A_172/2013, E. 3.3, mit weiteren Hinweisen und vom 12. Februar 2010, 8C_907/2009, E. 1.1).

E. 3.1

Laut Police Nummer X.XXX.XXX ist als Versicherungsleistung ein Taggeld ab dem 61. Tag zu 80% des Lohns gemäss Art. 11 AVB und während maximal 730 Tagen, abzüglich der Wartefrist, als Schadenversicherung vereinbart (Art. 9 Abs. C AVB). Voraussetzung der Leistungspflicht der National ist weiter, dass die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person ärztlich festgestellt worden ist und mindestens 25% beträgt (Art. 9 Abs. B AVB). Für Versicherungsfälle, die bei Beendigung des Versicherungsschutzes (z.B. durch Austritt aus dem versicherten Betrieb; Art. 17 Abs. A Ziffer 2 AVB) noch nicht abgeschlossen sind, wird gemäss Art. 17 Abs. B AVB das vereinbarte Taggeld im Rahmen der Bestimmungen über die Leistungsdauer (Art. 9 Abs. C bis H AVB) weiter gewährt, längstens jedoch bis zum Beginn einer Rente gemäss Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40).

E. 3.2

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beklagte zu Recht davon ausgegangen ist, dass der Kläger im Spätherbst 2012 seine volle Arbeitsfähigkeit wieder erlangt habe und daher die Taggeldzahlungen per 31. Dezember 2012 eingestellt hat. Nicht streitig ist hingegen, dass seine Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit und nicht (mehr) in der angestammten Tätigkeit als Spezialspengler für den allfälligen Anspruch auf Taggelder massgebend ist.

E. 4.1

Die volle Arbeitsunfähigkeit des Klägers nach seiner Erkrankung am 3. August 2011 wurde von der Beklagten aufgrund der vorgelegten Arztzeugnisse (act. G 27.3/C23 f., G 27.3/C15 ff., G 27.6/F1, G 27.6/F6) bis Ende Juli 2012 anerkannt. Infolge des Ereignisses vom 3. August 2011, das die erstbehandelnden Ärztinnen und Ärzte als transitorische ischämische Attacke (ICD-10 G45) deuteten und Dr. E.____ als mikroangiopathisch bedingten cerebralen Insult (act. G 1.4, G 1.6), litt der Kläger unter Kopfschmerzen, Schwindel, einer Gangstörung bzw. linksseitigen Ataxie sowie einer Gesichtsfeld-Einschränkung nach links (act. G 1.6 ff.). Der Facharzt für Neurologie FMH und Psychiatrie FMH äusserte im Bericht vom 23. September 2011 die Meinung, die Gangstörung mit sicher somatischer Basis sei durch die psychosoziale (berufliche) Situation überlagert. Zur stationären Rehabilitation meldete er den Patienten daher in der Klinik Valens an (act. G 1.7). Die neurologische Rehabilitationsbehandlung ab 10. Oktober 2011

war laut Austrittsbericht vom 2. Dezember 2011 weitgehend erfolgreich und der Patient konnte am 3. November 2011 in die ambulante Weiterbehandlung und nach Hause entlassen werden (act. G 27.6/F10, S. 2). Der behandelnde Abteilungsarzt Dr. med. F.____ und Dr. med. T.____, Oberärztin Neurologie, attestierten ihm ab 7. November 2011 eine Arbeitsfähigkeit zu 50% halbtags mit reduzierter Leistung (vgl. vorläufiger Austrittsbericht vom 1. November 2011, act. G 1.8; Austrittsbericht vom 2. Dezember 2011, act. G 27.6).

Diese Teilarbeitsfähigkeit konnte der Kläger nicht umsetzen. Der Arbeitsversuch im November 2011 in der angestammten Tätigkeit als Spezialspengler scheiterte (vgl. act. G 27.6/F15 S. 2 unten und Bericht Dr. H.____ an die IV-Stelle vom 26. April 2012 in act. G 27.6/F26). Dr. H.____ diagnostizierte bei Aufnahme der psychotherapeutischen Behandlung im Januar 2012 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ICD-10 F43.2 (act. G 27.6/F16). Aufgrund des Konsils vom 8. März 2012 ging Dr. G.____ im Bericht vom 12. März 2012 an Dr. H.____ (act. G 27.6/F15) initial von einem Gefäßspasmus/Migräne äquivalent (Basilarisgebiet bzw. im Bereich der posterioren Zirkulation) aus. Der Patient habe auch nachher eine Synkope und zentrale Fazialisparese gehabt und dann eine Hemiparese/Hemiataxie links, allerdings bis jetzt anhaltend. Es bestehe auch eine Migräne mit Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Lichtempfindlichkeit etc.. Wegen der Schwindelbeschwerden bei Reklination und bei Kopfdrehen nach rechts hielt der Neurologe eine otoneurologische Untersuchung für angezeigt. Er verordnete eine neurologisch orientierte Rehabilitationstherapie gegen die linksseitige Ataxie und Parese sowie eine Basisbehandlung der Migräne und schrieb den Patienten analog zum Hausarzt sowie Dr. H.____ durchgehend 100% arbeitsunfähig (act. G 27.6/F15 S. 4).

E. 4.2

Die Beklagte zahlte die versicherten Taggelder für volle Arbeitsunfähigkeit ab 2. Oktober 2011 (und damit nach Ablauf der Wartefrist von 60 Tagen) bis zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses per 31. Mai 2012 der Arbeitgeberin aus (act. G 27.5/E13, G 27.3/C13, G 27.3/C7 ff.). Danach (bzw. ab Juli 2012) vergütete sie jene dem Kläger (act. G 27.1/A37, G 27.3/C6). Am 29. Juni 2012 teilte sie ihm mit, sie werde - nach einer Übergangsfrist bis 31. Juli 2012 mit weiterhin Taggeldern zu 100% - die Taggelder ab 1. August 2012 auf 50% kürzen (act. G 27.1/A36). Dabei stütze sie sich auf das Gutachten von Dr. L.____, der ihn am

E. 8

März 2013 fort (act. G 17.1/16). Vom 14. bis 17. Januar 2013 war die Arbeitsunfähigkeit auch durch die Hospitalisation wegen einer Synkope gegeben (vgl. act. G 1.10). 5.6 5.6.1 Dr. G.____ erstattete dem Rechtsvertreter des Klägers am 24. September 2012 ein neurologisches Gutachten (act. G 1.3). Der behandelnde Neurologe beurteilte das Ereignis vom 3. August 2011 als cerebro-vaskulär, wahrscheinlich im Rahmen eines Gefäßspasmus in der posterioren Zirkulation (Hirnstamm, Cerebellum), ohne bildgebende Darstellung eines Infarktes oder einer Hämorrhagie, funktionell überlagert durch Angstreaktion (act. G 1.3 S. 13). Die Diagnose einer transient ischämischen Attacke, wie initial in C.____ gestellt (act. G 1.4), lehnte er ab, weil keine rasche Rückbildung der Symptomatik erfolgt sei (act. G 1.3 S. 12). Die Kaskade neurologischer Symptomatik die am 3. August 2011 ausgelöst worden sei, habe sich bis auf ein residuelles sensomotorisches Hemisyndrom links zurückgebildet. Dieses sei mittels der laufenden Neurorehabilitation weiterhin verbesserungsfähig. Dr. G.____ hielt fest (act. G 1.3 S. 11), an der Schwäche der linken Körperseite könne nicht gezweifelt werden, die sensible Symptomatik sei durchgehend und es bestehe auch eine Sensibilitätsverminderung im Bereich des linken Nasenlochs. Die Qualitäten der Sensibilität seien links praktisch alle vermindert, inklusive Vibrationsempfindung. Er führte weiter aus (act. G 1.3 S. 12), die Angst des Patienten, einen weiteren "Hirnschlag" zu erleiden wegen der familiären Belastung sei nachvollziehbar und führe möglicherweise zu einer Verstärkung/Verdeutlichung der Symptomatik. Diese sei jedoch nicht simuliert. Der Patient befinde sich in psychiatrischer

Behandlung und seine Ängste sollten abgebaut werden. Diese würden wahrscheinlich auch mit seinen neuropsycholo-

gischen Defiziten intervenieren. Nachdem der Patient bereits zweimal neuropsychologisch untersucht worden sei, erachtete Dr. G. ___ eine weitere neuropsychologische Untersuchung nur als sinnvoll, wenn nach erfolgreicher psychiatrischer Behandlung weitere Defizite bestehen würden. Hingegen sei eine otoneurologische Untersuchung im Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des Universitätsspitals Zürich zur genauen Differenzierung der Schwindelbeschwerden angezeigt. Er beurteilte die Vorschläge im Beschlussprotokoll der Kostenträgerkonferenz vom 3. September 2012 (act. G 1.9) als nachvollziehbar und für die Wiedereingliederung nutzbringend und hielt fest, die Situation am 5. September 2012 eingehend mit dem Patienten besprochen zu haben. Mit der Unterstützung des Case Managements könne mit einer angepassten Tätigkeit halbtags begonnen werden. Diese sollte sitzend ausgeübt werden können, beispielsweise in der Kleinmontage, in einer Umgebung ohne Lärm (act. G 1.3 S. 11 f.). Die entsprechende Arbeitsfähigkeit betrage ab dem 1. Oktober 2012 50% halbtags, evtl. mit Pausen. In der angestammten Tätigkeit als Spezialspengler beurteilte Dr. G. ___ den Kläger als 100% arbeitsunfähig. 5.6.2 Auftragsgemäss nahm der behandelnde Neurologe auch zum neurologischen Gutachten von Dr. K. ___ Stellung (act. G 1.3 S. 4 f. und S. 13 f.). Er führte aus, aufgrund seiner neurologischen Untersuchung und auch von früheren Untersuchungen sei das sensomotorische Hemisyndrom links diagnostiziert worden. Ähnliche Beobachtungen, wie Dr. K. ___ gemacht habe, seien neurologisch nicht aktenkundig. Einzelbeobachtungen über das Verhalten des Patienten "in unbeobachtetem Zustand" seien nicht nachvollziehbar und würden keinen Anspruch erheben, als Befund qualifiziert zu werden. Grundsätzlich gelange Dr. K. ___ zur gleichen Diagnostik in der posterioren Zirkulation, wenn auch über seine Interpretation einer "akuten hypertensiven Encephalopathie", wobei jedoch der diastolische normale Blutdruck dagegen spreche. Ferner sei das Gutachten formal von einer weniger guten Qualität, bei nicht eingehaltener Chronologie der Aktenlage und zahlreichen Schreibfehlern (act. G 1.3 S. 13). 5.6.3 Dr. G. ___ ist unbestrittenermassen der Neurologe, der den Kläger zunächst auf Zuweisung von Dr. H. ___ (am 8. März 2012 und 18. April 2012) konsiliarisch untersuchte und anschliessend seine neurologische Behandlung übernahm und seither seine Neurorehabilitation ärztlich begleitet (vgl. Bericht vom

E. 12

März 2012, act. G 27.6/F15, sowie Bericht über die eigenen Untersuchungen im Gutachten vom 24. September 2012, act. G 1.3 S. 6 ff.). Seinem Gutachten vom 24. September 2012 kann die Objektivität nicht rundweg abgesprochen werden (vgl. Klageantwort, act. G 10 S. 7 Ziffer 7). Bei diesem Aktenstück handelt es sich gerade nicht um einen reinen Verlaufsbericht, wie üblicherweise von behandelnden Ärztinnen und Ärzten erstattet, sondern um einen solchen, der zum neurologischen Sachverhalt im Zeitpunkt der Abfassung abschliessend Stellung nimmt und daher zur objektiven Beurteilung der Versicherungsansprüche des Klägers beiträgt (vgl. vorstehende Erwägung 2.4 zweiter Teil, Regeln zum Beweiswert von Berichten behandelnder Ärztinnen und Ärzte). Das Gutachten des behandelnden Neurologen ist insbesondere geeignet, das Gutachten von Dr. K. ___ fachlich zu würdigen und dessen fehlende Schlüssigkeit hervorzuheben. Dies ungeachtet dessen, dass das Gericht das Gutachten von Dr. K. ___ aus sich selbst heraus für nicht beweiskräftig hält (vorstehende Erwägung 5.2.3). Mit dem Gutachten von Dr. G. ___

ist insbesondere die 50%ige Arbeitsunfähigkeit des Klägers in einer angepassten Tätigkeit dargelegt. Seine diesbezüglichen Ausführungen (Tätigkeit im Sitzen, z.B. in der Kleinmontage, Umgebung ohne Lärm) stimmen auch weitgehend mit dem Fähigkeitsprofil von Dr. K.____ (act. G 1.11 S. 20) überein. 5.7 5.7.1 Im Neuro-Otologie-Bericht vom 12. April 2013 über die Untersuchungen des Klägers vom 29. Oktober 2012 und 3. Dezember 2012 am interdisziplinären Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des Universitätsspitals Zürich (act. G 17.1/15) machten Dr. O.____ und Dr. P.____ keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Klägers bzw. zur allfälligen Einschränkung derselben durch den zentralen Schwindel und/oder die vestibuläre Migräne. Mit den Ergebnissen der neuro-otologischen Abklärungen wird jedoch die Beschreibung der ange-

passten Arbeitstätigkeit durch Dr. K.____ und Dr. G.____ bestätigt, insbesondere was die Meidung erdferner Tätigkeiten und die Einschränkung auf eine reizarme bzw. lärmfreie Arbeitsumgebung betrifft (Fähigkeitsprofil act. G 1.11 S. 20, G 1.3 S. 11). Zu letzterer hatten die Resultate des Reinton-Audiogramms vom 3. Dezember 2012 eine mittelgradige sensorineurale Schwerhörigkeit sowie eine Einschränkung der Fähigkeit, Sprachreize zu differenzieren, beide linksseitig, ergeben, die bei höheren Lautstärkepegeln zunahm (act. G 17.1/15 S. 2). 5.7.2 Auch im Kurzaustrittsbericht des Spitals J.____ vom 17. Januar 2013 über die Hospitalisation vom 14. bis 17. Januar 2013 (act. G 1.10) finden sich keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Klägers. Für jene vier Tage ergibt sich diese aber bereits aus der Tatsache, dass er stationär behandelt wurde. Dr. G.____ beurteilte die kurzzeitige Bewusstlosigkeit (Synkope) beim Mittagessen am 14. Januar 2013 als Symptomatik im Rahmen der Basilarismigräne bzw. einer vertebrobasilären Störung und führte in der Folge die Migräneprophylaxe wieder ein (act. G 3.1, G 5.1). 5.8 Die Arbeit in der Montageabteilung des Zentrums Q.____ vom 18. Februar 2013 bis 10. Mai 2013 übte der Kläger effektiv zu 30% aus (2 3/4 Stunden pro Tag), obwohl ihm ein 50%-Pensum attestiert wurde (act. G 17.1/19 f.). Er musste jeweils eine bis zwei Zwischenpausen von zirka 5 Minuten einlegen und kam schnell an seine physische Grenze. Dabei klagte er über Kopfschmerzen und je nach Tätigkeit auch über Schulter- und Nackenschmerzen. Daraus ergab sich eine Leistungsverminderung bei guter Arbeitsqualität, handwerklichem Geschick mit sehr guten mechanischen Kenntnissen und schneller Umsetzung und Ausführung der zugewiesenen Arbeiten (act. G 17.1/20). 5.9 5.9.1 Am 21. Januar 2013 war der Kläger im Auftrag der Allianz von Dr. R.____ gutachterlich untersucht worden. Im Gutachten vom 15. Mai 2013 (act. G 24.2) diagnostizierte der Psychiater eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25) und akzentuierte Persönlichkeit mit vorwiegend narzisstischen Anteilen (act. G 24.2 S. 15). Er wies auf die dringende Verbesserung der psychiatrischen Medikation hin und empfahl schlafhygienische sowie sportliche und sonstige aktivierende Massnahmen (act. G 24.2 S. 13, S. 15). Weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch für eine Verweistätigkeit stellte der Gutachter eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht fest und ging von einer Leistung von 100% und einer Präsenzzeit von achteinhalb Stunden aus (act. G 24.2 S. 14 ff.). 5.9.2 Die Vorakten gab Dr. R.____ bis zur Anmeldung einer Erwerbsunfähigkeit bei der Allianz am 2. Januar 2012 (act. G 24.2 S. 5) im gleichen zeitlichen Durcheinander wie Dr. K.____ (in seinem Gutachten vom 17. April 2012, act. G 1.11) wieder. Er verwendete dessen Zusammenfassungen wortwörtlich und mit den gleichen Hervorhebungen. Dies wirft die Frage auf, ob er diese Akten im Original oder nur in der subjektiv gefärbten Zusammenfassung des Neurologen gelesen hatte. Zusätzlich resümierte der Psychiater das Gutachten des Neurologen unter dem Untersuchungsdatum

vom 12. März 2012 (statt unter dem Erstellungsdatum vom 17. April 2012; act. G 1.11 S. 22) und fasste den Bericht von Dr. H.____ vom 22. (richtig: 24.) April 2012 sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. L.____ vom 25. Juli 2012 zusammen (act. G 24.2 S. 5 f.). Den Austrittsbericht der Klinik Valens vom 2. Dezember 2011 (act. G 27.6/F10) erwähnte Dr. R.____ in der Zusammenfassung der Vorakten nicht, sondern fügte erst unter dem Titel Medizinische Anamnese nicht gekennzeichnete Zitate daraus ein (act. G 24.2 S. 8). Vier Tage vor der gutachterlichen Untersuchung (vom 21. Januar 2013) war der Kläger aus der stationären Behandlung im Spital J.____ entlassen worden, wo er nach der Synkope vom 14. Januar 2013 eingeliefert worden war. Den entsprechenden Kurzaustrittsbericht vom 17. Januar 2013 (act. G 1.10) brachte er zur gutachterlichen Untersuchung mit. Dieser wird ebenfalls lediglich unter dem Titel Medizinische Anamnese zusammengefasst (act. G 24.2 S. 9). Dort findet sich auch ein Hinweis auf die Erhebungen vom 3. Dezember 2012 am interdisziplinären Zentrum für Schwindel des Universitätsspitals Zürich, ohne dass klar wird, woraus der Psychiater zitierte. Gänzlich unerwähnt blieben der Bericht von

Dr. G.____ vom 12. März 2012 (act. G 27.6/F15) und sein Gutachten vom 24. September 2012 (act. G 1.3) sowie der Bericht von Dr. N.____ vom 25. Juni 2012 (act. G 1.13), obwohl allesamt vor der Beauftragung von Dr. R.____, die offenbar am 14. November 2012 erfolgt war (act. G 24.2 S. 1), erstellt worden waren. Weiter monierte der Psychiater Angaben von Dr. H.____ über die eingenommenen Medikamente, übersah dabei jedoch, dass sie im Bericht vom 24. April 2012 die aktuelle psychiatrische Medikation (mit 20 mg Citalopram und 10 mg Surmontil-Tropfen als schlafanstossendes Antidepressivum) zu Beginn ihrer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung wiedergab und dabei aus naheliegenden Gründen noch nicht über die gesamte Medikation zirka neun Monate später berichten konnte. Trotz des monierten Fehlens der entsprechenden Angaben wurden vor der psychiatrischen Begutachtung weder bei der behandelnden Psychiaterin Dr. H.____ noch beim behandelnden Neurologen Dr. G.____ oder durch Dr. R.____ selbst aktuelle Berichte eingeholt oder einschlägige Nachfragen getätigt. Bei dieser Ausgangslage muss dem Gutachter die (umfassende) Kenntnis der Vorakten abgesprochen werden und mangelt es daher an einem wesentlichen Element für den Beweiswert seines Gutachtens (vgl. vorstehende Erwägung 2.4). Da der Explorand zusätzlich zu den neuropsychologischen Erhebungen in der Klinik Valens (vgl. Austrittsbericht vom 2. Dezember 2011, act. G 27.6/F10) und den testpsychologischen Untersuchungen durch Dr. L.____ vom 8. Juni 2012 (vgl. Gutachten vom 25. Juni 2012, act. G 27.6/F22) mit ähnlichen Ergebnissen am 19. und 22. Juni 2012 von Dr. N.____ auch neuropsychologisch untersucht worden war (Bericht vom 25. Juni 2012, act. G 1.13), hätte sich Dr. R.____ in seinem Gutachten auch vertieft mit den damaligen Untersuchungsergebnissen auseinandersetzen und allenfalls einzelne Tests wiederholen müssen. Dies ist nicht geschehen, weshalb es seinem Gutachten auch unter diesem Aspekt an Beweiskraft mangelt.

5.10 5.10.1 Die Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit per 1. Januar 2013 in einer leidensangepassten Tätigkeit ist damit nicht durch beweiskräftige ärztliche Gutachten oder Berichte erstellt. Auch die konkrete Arbeitserprobung im Zentrum Q.____ (vgl. vorstehende Erwägung 5.8) spricht gegen dieselbe im von der Beklagten angenommenen Zeitpunkt. Daher ist darüber hinaus von einer auf 50% reduzierten Arbeitsfähigkeit des Klägers auszugehen, analog zu den Einträgen von Dr. H.____ in der Krankenkarte vom 8. Januar, 14. Februar und 8. März 2013 (act. G 17.1/16) sowie ihrem Attest vom 20. Mai 2013 (act. G 17.1/18). Da der Kläger ein Taggeld von 50% über die Einstellung per 31. Dezember 2012 hinaus einklagt, ist das Zeugnis seines neuen Hausarztes, Dr. med. U.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH,

vom 2. April 2013 insofern unbeachtlich, als es mit 70% eine 50% übersteigende Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. G 17.1/17). Dabei kann offen gelassen werden, ob der neue Hausarzt - auch mit der Beschränkung auf höchstens leichtere Arbeiten, bevorzugt im Sitzen - die faktischen Erkenntnis- se aus der damals laufenden Arbeitserprobung im Zentrum Q.____ wiedergab (vgl. Erwägung 5.8) oder sich von diesbezüglichen Wunschvorstellungen des Klägers leiten liess. Die Beklagte beschränkt die Leistungsdauer pro Krankheits- fall in ihren AVB auf 730 Tage wobei die in der Police vereinbarte Wartefrist an die Leistungsdauer angerechnet wird (Art. 9 Abs. C). Tage an welchen ein redu- ziertes Taggeld ausbezahlt wird, zählen dabei als volle Tage. Der Kläger er- krankte am 3. August 2011. Der Zeitraum von 730 Tagen begann damals und die Leistungspflicht der Beklagten war nach den angeführten AVB am 1. August 2013 erschöpft. Da er während der ganzen Zeit zu mindestens 25% arbeitsunfä- hig war und für diese Zeit Arbeitsunfähigkeits-Atteste vorliegen bzw. nicht be- weiskräftig nachgewiesen ist, dass seine Arbeitsfähigkeit vom 1. Januar 2013 bis und mit 1. August 2013 50% überstieg, besteht für diesen Zeitraum eine weitere Leistungspflicht der Beklagten für Krankentaggelder zu 50%. 6. 6.1 Die Beklagte macht weiter geltend, die Arbeitsunfähigkeit des Klägers sei aus objektiver Sicht überwindbar, und verweist dazu auf die sogenannte Über- windbarkeitspraxis nach Art. 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemei- nen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1; Klageantwort S. 11 Ziffer 4).

6.2 6.2.1 Die AVB der Beklagten zur Kollektiv-Krankentaggeldversicherung (act. G 10.2/2) enthalten keine Definition des Begriffs Arbeitsunfähigkeit. Sie regeln in Art. 6 als Gegenstand der Versicherung die wirtschaftlichen Folgen von Krank- heit und Geburt (Abs. A). Versicherbar sind (neben einem Geburtengeld) ein Taggeld bei vorübergehender krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit (Abs. B Ziff. 1). 6.2.2 Art. 6 ATSG enthält die im Sozialversicherungsrecht geltende Legaldefini- tion der Arbeitsunfähigkeit. Das Gesetz umschreibt sie als volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf (oder Aufgabenbereich) zumutbare Arbeit zu leisten, die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychi- schen Gesundheit bedingt ist. Bei langer Dauer wird nach dem zweiten Satz von Art. 6 ATSG auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf (oder Aufga- benbereich) berücksichtigt. Diese Umschreibung kann ohne Weiteres auch im Bereich der Krankentaggeld-Versicherung durch die Beklagte verwendet werden; geht sie doch ebenfalls von den vorübergehenden Folgen einer Krankheit aus (vgl. auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, N 17 ff. zu Art. 6). 6.2.3 Erwerbsunfähigkeit nach der Legaldefinition von Art. 7 ATSG mit der ge- setzlichen Regelung der Überwindbarkeitspraxis in Abs. 2 ist demgegenüber auf die langfristigen wirtschaftlichen Folgen der Arbeitsunfähigkeit in Form einer In- validität ausgerichtet und findet - wie die Überwindbarkeits-Rechtsprechung ge- mäss BGE 130 V 352 und jüngeren einschlägigen Entscheiden - zur Arbeitsunfä- higkeit keine Anwendung. Bezüglich Taggeldanspruchs aus der obligatorischen Unfallversicherung entschied dies die I. sozialrechtliche Abteilung des Bundesge- richts am 1. Juni 2011 ausdrücklich mit BGE 137 V 199. Das von der Beklagten in diesem Zusammenhang zitierte Urteil der I. zivilrechtlichen Abteilung des Bun- desgerichts vom 24. März 2011, 4A_5/2011, muss demgegenüber in Überein- stimmung mit der Lehre als Fehlurteil bezeichnet werden. Die Überwindbarkeits- frage stellt sich laut der Kritik von Markus Zimmermann am genannten Urteil (4A_5/2011; "Somatoforme Schmerzstörung in der Privatversicherung", in: HAVE 2011 S. 259 ff., besonders S. 260), und - zugeschnitten auf die obligatorische Unfallversicherung - laut dem Aufsatz von Markus Hüsler ("BGE 136 V 279: Aus-

wirkungen auf die Unfallversicherung", in: HAVE 2011 S. 59 ff., besonders S. 63) ausschliesslich im Zusammenhang mit langfristigen Ersatzleistungen bei einer Erwerbsunfähigkeit, mithin zum Anspruch auf eine Invalidenrente. Sie ist daher nicht auf vorübergehende bzw. zum vornherein begrenzte Leistungen aus einer Krankentaggeld-Versicherung nach VVG zugeschnitten. Kaspar Saner und Kaspar Gehring legten in ihrem Artikel "Überwindbarkeitsrechtsprechung zur Sozialversicherung - ein Irrläufer im Haftpflichtrecht" (AJP 6/2012 S. 815, mit Hinweisen) überzeugend dar, dass diese Gerichtspraxis, geschaffen in der Hochblüte der Sparbemühungen der Invalidenversicherung, bereits in der Sozialversicherung einen mässig geeigneten Notbehelf darstellt, aber nicht geeignet ist, auf andere Rechtsgebiete übertragen zu werden, insbesondere nicht auf das Haftpflichtrecht. Im Artikel "Sozialversicherungsrechtlicher Spardruck und privates Versicherungsrecht" (HAVE 2014 S. 270 ff.) verweist Kaspar Gehring zusätzlich darauf, dass die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung zur Überwindbarkeit schon deshalb nicht auf privatrechtliche (Krankentaggeld-)Versicherungsverhältnisse übertragen werden könne, weil sich deren relevanter Vertragsinhalt nach dem VVG und den AVB richte. Die Überwindbarkeitsrechtsprechung könne auf das einzelne Versicherungsverhältnis daher nur Anwendung finden, wenn sie in klarem Wortlaut in den Versicherungsvertrag aufgenommen worden sei (HAVE 2014 S. 273). Dies ist im Krankentaggeld-Versicherungsvertrag der ehemaligen Arbeitgeberin des Klägers mit der Beklagten jedenfalls nicht der Fall.

6.2.4 Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hielt bereits im Urteil vom 24. Februar 2012, KV-Z 2011/2, E. 4.2 am Ende, fest, die Überwindbarkeitsfrage stelle sich im Zusammenhang mit Taggeldleistungen nicht. Diese Position bestätigte es im Urteil vom 9. Juli 2014, KV-Z 2013/1, E. 4.2.2. Die I. zivilrechtliche Abteilung des Bundesgerichts liess demgegenüber im Urteil vom 20. August 2012, 4A_223/2012 (Nichteintretens-Entscheid auf die Beschwerde gegen das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Februar 2012, KV-Z 2011/2), die Frage offen, ob die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung zur Überwindbarkeit einer somatoformen Schmerzstörung auch für Krankentaggeld-Ansprüche nach VVG anwendbar ist (vgl. auch HAVE 2012 S. 445), und tat dies auch im Urteil vom 27. August 2013, 4A_109/2013 (vgl. auch HAVE 2013 S. 341 sowie Gehring, a.a.O., HAVE 2014 S. 273).

6.3 Zusammenfassend kann sich die Beklagte nicht auf eine allfällige Überwindbarkeit der Arbeitsunfähigkeit berufen und sind lediglich beweiskräftige ärztliche Atteste derselben massgebend für die Frage, ob die Taggeldversicherung bei einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit leistungspflichtig ist.

7. 7.1 Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Klage vom 18. Februar 2013 gutzuheissen und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger vom 1. Januar 2013 bis und mit 1. August 2013 (213 Tage) Krankentaggelder von 50%, entsprechend Fr. 82.08 (vgl. E. 1.3), insgesamt gerundet folglich Fr. 17'483.05, zu bezahlen.

7.2 Gemäss Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten der unterliegenden Partei auferlegt. Prozesskosten sind gemäss Art. 95 Abs. 1 ZPO die Gerichtskosten (lit. a) und die Parteientschädigung (lit. b).

7.2.1 Gerichtskosten sind gemäss Art. 114 lit. e ZPO keine aufzuerlegen.

7.2.2 Der obsiegende, anwaltlich vertretene Kläger hat eine Parteientschädigung beantragt. Die Parteientschädigung spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 96 ZPO). Das mittlere Honorar im Zivilprozess beträgt nach Art. 14 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) Fr. 1'230.-- bei einem Streitwert von Fr. 5'000.-- bis Fr. 20'000.--, wobei 15,4% des

Streitwerts hinzuzuzählen sind. Der Streitwert beläuft sich gerundet auf Fr. 17'483.05 (vgl. E. 1.3), sodass sich ein ungekürztes mittleres Honorar von Fr. 3'922.40 ergibt (Fr. 1'230.-- plus 15,4% von Fr. 17'483.05). Da das Versicherungsgericht in Streitigkeiten betreffend eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung anstelle des Kantonsgerichts als erste Instanz im Sinne von Art. 15 HonO entscheidet, ist die Parteientschädigung um einen Fünftel zu erhöhen, womit sich ein Betrag von Fr. 4'706.90 ergibt. Da das vorliegende Verfahren in rechtlicher Hinsicht nicht als schwierig zu beurteilen ist, ist die Herabsetzung des so ermittelten mittleren Honorars in Anwendung von Art. 17 HonO um einen Viertel gerechtfertigt. Es resultiert ein mittleres Honorar von Fr. 3'530.20. Gemäss Art. 28bis Abs. 1 HonO besteht Anspruch auf den pauschalen Ersatz für Barauslagen von 4% des Honorars, höchstens Fr. 1'000.--. Beim Honorar von Fr. 3'530.20 beträgt dieser Fr. 141.20. Die Mehrwertsteuer von 8% wird zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO) und beträgt vorliegend gerundet Fr. 293.75. Die bewilligte unentgeltliche Rechtsverteidigung wird bei diesem Verfahrensausgang gegenstandslos. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 der sankt-gallischen Verordnung über die Organisation und den Geschäftsgang des Versicherungsgerichts (Org V; sGS 941.114) entschieden: 1. Die Klage wird gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, dem Kläger Fr. 17'483.05 zu bezahlen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beklagte hat den Kläger mit Fr. 3'530.20 zuzüglich Barauslagen von Fr. 141.20 sowie der Mehrwertsteuer von Fr. 293.75, also insgesamt mit Fr. 3'965.15 zu entschädigen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.