

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20150202_d_ch_b_01 vom 2. Februar 2015

FINMA Versicherungsrecht, 2015-02-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20150202_d_ch_b_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20150202_d_ch_b_01 du 2 février 2015

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20150202_d_ch_b_01 del 2 febbraio 2015

Erwägungen

E. 1

Zu beurteilen ist die Leistungspflicht aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Derartige Zusatzversicherungen unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 1908 (VVG; SR 221.229.1). Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur, sodass als Rechtsmittel an das Bundesgericht die Beschwerde in Zivilsachen gemäss Art. 72 ff. BGG in Betracht kommt (BGE 138 III 2 E. 1.1 S. 3; 133 III 439 E. 2.1 S. 441 f. mit Hinweis). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat als einzige kantonale Instanz im Sinne von Art. 7 ZPO entschieden. Die Beschwerde in vermögensrechtlichen Angelegenheiten ist daher grundsätzlich unabhängig von der Erreichung der Streitwertgrenze nach Art. 74 Abs. 1 lit. b BGG zulässig (vgl. BGE 138 III 2 E. 1.2.2 S. 4 f.).

E. 2.1

Mit dem angefochtenen Entscheid hat die Vorinstanz die Verjährungseinrede der Beschwerdeführerin verworfen. Dieser Entscheid schliesst das Verfahren nicht ab, sondern stellt einen Vor- und Zwischenentscheid dar (vgl. dazu BGE 135 III 329 E. 1.2 S. 331, 212 E. 1.2 S. 216 f.; Urteil 4A_321/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 3.1 mit Hinweisen). Seite 3

E. 2.2

Gegen selbstständig eröffnete Vor- und Zwischenentscheide, die weder die Zuständigkeit noch den Ausstand betreffen, ist die Beschwerde nur zulässig, wenn eine der folgenden alternativen Voraussetzungen erfüllt ist: Der Vor- und Zwischenentscheid kann einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder die Gutheissung der Beschwerde führt sofort einen Endentscheid herbei und würde damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Die selbstständige Anfechtbarkeit von Vor- und Zwischenentscheiden bildet aus prozessökonomischen Gründen eine Ausnahme vom Grundsatz, dass sich das Bundesgericht mit jeder Angelegenheit nur einmal befassen soll (BGE 138 III 94 E. 2.1 S. 94; 135 I 261 E. 1.2 S. 263; 134 III 188 E. 2.2 S. 191; 133 III 629 E. 2.1 S. 630 f.). Die Ausnahme ist restriktiv zu handhaben, zumal die Parteien keiner Rechte verlustig gehen, wenn sie einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 BGG nicht selbstständig anfechten, können sie ihn doch durch Beschwerde gegen den Endentscheid anfechten, soweit er sich auf dessen Inhalt auswirkt (Art. 93 Abs. 3 BGG; BGE 135 III 329 E. 1.2.2 S. 332 f.; 133 IV 288 E. 3.2 S. 292). Dementsprechend obliegt es der beschwerdeführenden Partei darzutun, dass die Voraussetzungen von Art. 93 BGG erfüllt sind, soweit deren

Vorliegen nicht in die Augen springt (BGE 138 III 46 E. 1.2 S. 47; 134 III 426 E. 1.2 am Ende S. 429; 133 III 629 E. 2.3.1 S. 632 und E. 2.4.2 S. 633 f.).

E. 2.3

Dass der angefochtene Entscheid einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirken kann, macht die Beschwerdeführerin nicht geltend und ist auch nicht ersichtlich. Hingegen beruft sie sich auf Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG.

E. 2.3.1

Zur Voraussetzung von Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG, wonach das Bundesgericht, sollte es die Rechtsauffassung der Beschwerdeführerin teilen, einen verfahrensabschliessenden Endentscheid fällen könnte, ist Folgendes zu bemerken: Würde sich die in der Beschwerde vertretene Betrachtungsweise, dass die eingeklagten Ansprüche verjährt seien, als zutreffend herausstellen, wäre die Klage – gemäss den Regeln des materiellen Rechts – abzuweisen und damit ein Endentscheid zu fällen. Bei Gutheissung der Beschwerde entscheidet das Bundesgericht in der Sache selbst oder weist diese zu neuer Beurteilung an die Vorinstanz zurück (Art. 107 Abs. 2 Satz 1 BGG). Gegebenenfalls erhebt es die Anträge der beschwerdeführenden Partei zum Urteil. Dabei ist es an die Begehren der Parteien gebunden und darf nicht über diese hinausgehen (Art. 107 Abs. 1 BGG). Nachdem vorliegend ein Antrag auf Klageabweisung gestellt wird, könnte bei Gutheissung der Seite 4 Beschwerde ein Endentscheid gefällt, d.h. die Klage abgewiesen werden. Die erste Voraussetzung von Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG ist demnach erfüllt.

E. 2.3.2

Was das zweite, kumulative Erfordernis der Bestimmung anbelangt, wurde bereits im angefochtenen vorinstanzlichen Entscheid darauf hingewiesen, es sei nicht ohne Weiteres davon auszugehen, dass die von der Vorfrage der Verjährung nicht erfassten materiellen Fragestellungen einfach und rasch zu erledigen wären. Einer einstweiligen Begrenzung des Prozessthemas könne daher prozessökonomische Wirkung zukommen. Über die Frage der Verjährung sei folglich vorab in Form eines Zwischenentscheids zu befinden. Die Beschwerdeführerin legt einlässlich dar, dass mit einem sofortigen Endentscheid der Aufwand für ein die Ursache der Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdegegners und die darauf zurückzuführende Arbeitsunfähigkeit betreffendes Beweisverfahren, welches sich auf Grund der umfangreichen medizinischen Akten der Militär- und Invalidenversicherung sehr weitläufig gestalten würde, erspart werden könnte. Da somit beide Voraussetzungen von Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG gegeben sind, erweist sich die Beschwerde als zulässig und kann darauf eingetreten werden.

E. 3

Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Die Feststellung des Sachverhaltes kann nur gerügt werden, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1 und Art. 105 Abs. 2 BGG). "Offensichtlich unrichtig" bedeutet dabei "willkürlich" (BGE 135 III 127 E. 1.5 S. 130, 397 E. 1.5 S. 401; 133 II 249 E. 1.2.2 S. 252). Die beschwerdeführende Partei, die sich auf eine Ausnahme von der Bindung des Bundesgerichts an die tatsächlichen Feststellungen der Vorinstanz beruft und den Sachverhalt gestützt darauf berichtigt wissen will, kann sich nicht damit

begnügen, den bestrittenen Feststellungen eigene tatsächliche Behauptungen gegenüberzustellen oder darzulegen, wie die Beweise ihrer Ansicht nach zu würdigen gewesen wären. Vielmehr muss sie substantiiert darlegen, inwiefern die Voraussetzungen gemäss Art. 105 Abs. 2 BGG gegeben sind (BGE 136 I 184 E. 1.2 S. 187; 133 III 462 E. 2.4 S. 466). Auf eine Kritik an den tatsächlichen Feststellungen der Vorinstanz, die diesen Anforderungen nicht genügt, ist nicht einzutreten (BGE 133 II 249 E. 1.4.3 S. 254 f.).

E. 4.1

Nach Art. 46 Abs. 1 Satz 1 VVG verjähren die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet. Während Lehre und Rechtsprechung hierfür ursprünglich den Eintritt des Versicherungsfalles als massgeblich erachtet haben, wird nunmehr in der Praxis je nach Versicherungsart und Leistungsanspruch auf unterschiedliche fristauslösende Ereignisse abgestellt. Dabei lässt die Praxis die Verjährung in der Regel im Zeitpunkt beginnen, in dem die leistungsbegründenden Tatsachenelemente feststehen. Für Krankentaggelder wird die Leistungspflicht des Versicherers ausgelöst durch die krankheitsbedingte, ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit und den Ablauf der vereinbarten Wartefrist. Das Bundesgericht hat zunächst entschieden, die für die Dauer der Krankheit geltend gemachten Taggelder verjähren gesamthaft in zwei Jahren ab jenem Zeitpunkt (BGE 127 III 268 E. 2b S. 270 ff.). Von dieser Rechtsprechung der gesamthaften Verjährung ist es in der Folge mit BGE 139 III 418 wieder abgekommen. Danach verjähren Taggeldforderungen, wenn die versicherte Person fortlaufend die Leistung von Taggeldern verlangen kann, mit der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit und dem Ablauf der Wartefrist nicht gesamthaft, sondern neu einzeln ab dem Tag, für den sie beansprucht werden (E. 3 und 4 S. 418 ff.; seither bestätigt mit Urteil 4A_184/2013 vom 27. August 2013 E. 1.1). Liegt der Verjährungsbeginn nach der Zeitspanne, für welche Taggelder gefordert werden (vgl. E. 4.2 hier-nach), bleibt die Rechtsprechungsänderung ohne Auswirkung (Urteil 4A_280/2013 vom 20. September 2013 E. 5.1 am Ende).

E. 4.2

Die Taggeldzahlungen sollen nach ihrer Natur das laufende Einkommen der versicherten Person ersetzen und daher fortlaufend gefordert und erbracht werden (BGE 139 III 418 E. 4.1 S. 422 mit Hinweisen). Entsprechend fällt die ärztliche Bescheinigung einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit regelmässig in den Zeitraum, für den Taggelder verlangt werden können. Die Verjährung beginnt diesfalls nicht mit dem Datum der ärztlichen Bescheinigung, sondern mit demjenigen der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit, verlängert um den Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartefrist. Im Urteil 4A_280/2013 vom 20. September 2013 wurde neben diesem typischen der als "atypisch" bezeichnete Fall beschrieben, dass die ärztliche Bescheinigung rückwirkend für eine bereits abgelaufene Zeitdauer eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit bestätigt. In einer derartigen Konstellation ist, Seite 6

so das Bundesgericht im Weiteren, nicht auf den tatsächlichen Beginn der (bereits zurückliegenden und erst später ärztlich bescheinigten) Arbeitsunfähigkeit oder auf deren Erkennbarkeit und den Ablauf der vereinbarten Wartefrist abzustellen. Vielmehr erweist sich in einem solchen Fall das ärztliche Attest als fristauslösend. Erst in diesem Zeitpunkt sind sämtliche Tatbestandselemente zur Bejahung des Leistungsanspruchs erfüllt, mithin

nicht nur die krankheitsbedingte Arbeits- unfähigkeit, sondern auch deren ärztliche Bescheinigung. Ansonsten wäre es möglich, dass die Verjährung bereits eingetreten ist, bevor die versicherte Person ihre Ansprüche überhaupt geltend machen können (E. 5.3; ein dagegen erhobenes Revisionsgesuch wurde abge- wiesen [Urteil 4F_20/2013 vom 11. Februar 2014]). Anzuführen ist, dass es auch in Fällen, in denen die Erkennbarkeit des Leistungsan- spruchs noch nicht gegeben ist – etwa wenn sich erst nachträglich he- rausstellt, dass die versicherte Person keinem Arbeitgeber mehr zuge- mutet werden kann oder sie wegen mangelnder Einsichtsfähigkeit in ihre Erkrankung über das ihr Zumutbare hinaus arbeitet und sich das ärztliche Attest aus diesem Grund verzögert –, unbillig wäre, die Ver- jähungsfrist bereits mit dem Eintritt der sich rückwirkend herausstel- lenden Arbeitsunfähigkeit beginnen zu lassen.

E. 5.1

Unbestrittenermassen ist die relevante (vollständige) Arbeitsunfä- higkeit des Beschwerdegegners (im Rahmen der seit einem Unfallere- eignis von 1979 relativ stabil bestehenden Restarbeitsfähigkeit von 50 %) zu einem Zeitpunkt eingetreten, der mehr als zwei Jahre vor Einreichung der Klage vom 26. Februar 2014 liegt. Während der Be- ginn des massgeblichen Leistungsunvermögens nach von beiden Par- teien im vorinstanzlichen Verfahren vertretener Auffassung auf spätes- tens Januar 2009 festzusetzen ist, veranschlagt das kantonale Gericht diesen auf Januar 2011. Es müsste sich daher um einen "atypischen" Fall der hievordeschriebenen Art handeln, ansonsten die Ansprüche des Beschwerdegegners bei Klageeinleitung verjährt gewesen wären.

E. 5.2

Im angefochtenen Urteil wurde das Vorliegen einer "atypischen" Konstellation nach Massgabe des erwähnten Urteils 4A_280/2013 be- jaht. Das kantonale Gericht hat ferner erwogen, gestützt auf die medi- zinische Aktenlage sei vor Frühjahr 2012 keine verlässliche retrospek- tive ärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdegegners ausgewiesen. Erst aus den Stellungnahmen der Dres. med. D._____, Kreisarzt der Militärversicherung, vom 30. März 2012 und E._____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Invalidenversicherung, vom 15. Juni 2012 hätten sich beweisrechtlich Seite 7 genügend gesicherte Rückschlüsse auf eine ab Januar 2011 erhebli- che und dauerhafte Einschränkung der langjährig und konstant beste- henden Arbeitsfähigkeit von unter 50 % ergeben. Diese Einschätzun- gen stellten die erste geeignete Grundlage dar, die Arbeitsunfähigkeit als Leistungsvoraussetzung im Sinne von Ziff. B4.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beschwerdeführerin, Ausgabe 7/2006, (nachfolgend: AVB) zuverlässig ermitteln zu können. Vor März 2012 und einzig auf der Basis der – den eigenen echtzeitlichen medizini- schen Unterlagen widersprechenden – rückschauenden Beurteilung des Dr. med. F._____, FMH Allgemeine Medizin, St. Gallen, vom 31. Mai bzw. 27. und 28. Juni 2011 wäre es dem Beschwerdegegner nicht möglich gewesen, gegenüber der Beschwerdeführerin das Tatbe- standselement der rückwirkend bestehenden leistungsbegründenden Arbeitsunfähigkeit hinreichend zu belegen. Die Verjährungsfrist von zwei Jahren habe folglich frühestens Ende März 2012 zu laufen be- gonnen. Allfällige Ansprüche des Beschwerdegegners auf Leistungen der Beschwerdeführerin seien somit bei Einreichung der Klage am 26. Februar 2014 noch nicht verjährt gewesen.

E. 6.1

Wie die nachstehenden Erwägungen zeigen, erübrigt es sich, auf die grundsätzlich wie auch bezogen auf die Anwendung auf den vorliegenden Fall geäußerte Kritik der Beschwerdeführerin an der Rechtsprechung gemäss Urteil 4A_280/2013 näher einzugehen (vgl. dazu auch NATHALIE LANG, Atypische Verjährung von Krankentaggeld-Ansprüchen, in: ius.focus 11/2013, S. 16; STEPHAN FUHRER, Anmerkungen zu privatversicherungsrechtlichen Entscheidungen des Bundesgerichts, in: HAVE 1/2014, S. 49 f.; ANDREA EISNER-KIEFER, Privatversicherungsrecht – Wichtige Urteile,

in: Strassenverkehrsrechtstagung 2014, S. 251 ff., insb. S. 271 f.).

E. 6.2

Wird zugunsten des Beschwerdegegners davon ausgegangen, dass es sich bei der hier zu beurteilenden Konstellation um einen sog. "atypischen" Fall im Sinne des Urteils 4A_280/2013 E. 5.3 handelt, erweist sich nach den dargestellten Rechtsprechungsgrundsätzen der (rückwirkend erfolgte) ärztliche Arbeitsunfähigkeitsattest als verjährungsfristauslösend. Erst in diesem Zeitpunkt sind sämtliche Tatbestandselemente zur Bejahung des Leistungsanspruchs erfüllt, mithin nicht nur die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, sondern auch deren ärztliche Bescheinigung. Laut Ziff. B4.1 der AVB der Beschwerdeführerin ist Arbeitsunfähigkeit eine ärztlich attestierte durch eine Krankheit bedingte Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabengebiet zumutbare Arbeit zu leisten. Berücksichtigt wird dabei auch die Seite 8

zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabengebiet. Die versicherte Person hat gemäss Ziff. C1.1 AVB Anspruch auf Leistungen, wenn sie nach ärztlicher Feststellung mindestens 25 % arbeitsunfähig ist. Die Beschwerdeführerin ist sodann berechtigt, Patientenbesuche durchzuführen sowie zusätzliche Belege und sachdienliche Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse und Lohnabrechnungen, zu verlangen und in amtliche Akten Einsicht zu nehmen (Ziff. D2 Satz 1 AVB).

E. 6.3

Anzumerken ist, dass sich eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Sinne der genannten AVB hinsichtlich ihres Aussagegehalts von den medizinischen Berichten unterscheidet, welche Grundlage einer Berentung der Invaliden- und/oder Militärversicherung bilden. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass der (VVG-)Taggeldversicherer lediglich vorübergehend Leistungen während eines begrenzten Zeitraums der Arbeitsunfähigkeit erbringt (vgl. Versicherungspolice vom 27. Juli 1999; ferner auch Urteile 8C_465/2011 vom

E. 6.3.1

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, dass die (retrospektiven) Beurteilungen des Dr. med. D. _____ vom 30. März 2012 und des RAD-Arztes Dr. med. E. _____ vom 15. Juni 2012 die medizinische Grundlage für die Erhöhung der von Militär- und Invalidenversicherung ausgerichteten Renten per 1. Juni 2011 dargestellt hätten. Die Vorinstanz hielt diesbezüglich namentlich fest, die Einschätzung des Dr. med. D. _____ vom 7. November 2011 betreffend Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (auf unter 50 %) bereits ab Anfang 2009 sei zwar möglicherweise korrekt, vermöge aber den Nachweis einer bereits damals eingetretenen und durchgehend anhaltenden massgeblichen Verschlechterung nicht nur des Gesundheitszustands, sondern auch der Arbeitsfähigkeit

nicht hinreichend zu erbringen. Eine erhebliche Einschränkung der langjährigen und konstant bestehenden Arbeitsfähigkeit auf unter 50 % sei unter Berücksichtigung der Aktenlage in beweisrechtlicher Hinsicht erst im Januar 2011 als effektiv eingetreten und dauerhaft erwiesen zu betrachten. Wie hievordargestellt, gilt in Bezug auf die gemäss Ziff. B4.1 und C1.1 AVB erforderliche ärztliche Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung der Leistungserbringung ein (qualitativ) anderes Anforderungsprofil als im Invaliden- und Militärversicherungsbereich. Die vom kantonalen Gericht herausgestrichenen – und in den Stellungnahmen der Dres. med. D. _____ und E. _____ als entscheidend eingestuft – Elemente einer durchgehend anhaltenden, langjährigen und dauerhaft bestehenden sowie massgeblichen und erheblichen Arbeitsunfähigkeit erweisen sich zwar im Hinblick auf die Ausrichtung von Dauerleistungen als relevant. Der Anspruch auf Taggelder bedingt indessen einzig eine ärztlich festgestellte, mindestens 25%ige Beeinträchtigung des Leistungsvermögens.

E. 6.3.2

Die Vorinstanz hat – in für das Bundesgericht verbindlicher Weise (E. 3 hievord) – festgestellt, dass der Beschwerdegegner bis 2008 im Ausmass der seit Juli 1999 bei der Beschwerdeführerin versicherten Arbeitsfähigkeit von 50 % ohne dauerhafte Einschränkungen einsetzbar war. Mit Schreiben vom 21. Juni 2011 wandte der Beschwerdegegner sich an die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Abteilung Militärversicherung, sowie die IV-Stelle des Kantons St. Gallen und ersuchte unter Hinweis auf eine seit 2010 aufgetretene massive Verschlechterung seines Gesundheitszustands und die dadurch ausgelöste vollständige Arbeitsunfähigkeit um Erhöhung Seite 10

der bisherigen Teilrenten. Am 22. November 2010 hatte Dr. med. E. _____ des RAD bereits eine konsistent belegte verschlechterte gesundheitliche Situation vermerkt. Im Nachgang liess der Beschwerdegegner u.a. Berichte des Hausarztes Dr. med. F. _____ vom 27. und 28. Juni 2011 einreichen. Darin wurde für den Zeitraum ab 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 20-30 % und ab Juli 2010 eine solche von nurmehr 10 % bescheinigt. Mit Stellungnahme vom 6. Oktober 2011 verwies Dr. med. D. _____ in der Folge auf die genannten hausärztlichen Stellungnahmen (einschliesslich derjenigen vom 31. Mai 2011) sowie einen physiotherapeutischen Bericht vom 20. August 2011, in welchem die körperlichen Probleme und die erforderlichen Behandlungen ebenfalls ausführlich beschrieben würden. Als Ergebnis einer daraufhin durchgeführten kreisärztlichen Untersuchung hielt Dr. med. D. _____ sodann zuhanden der Militärversicherung mit Bericht vom 7. November 2011 fest, dass von einer schleichenden Verschlechterung des Gesundheitszustands auszugehen sei, wobei diese seit Anfang 2011 als deutlich ausgeprägt dokumentiert werde. Wie sich aus der Verfügung der Militärversicherung vom 26. März 2012 ergibt, wurde die bisherige Rente gestützt auf diese ärztlichen Schlussfolgerungen – und nicht diejenigen desselben Arztes vom 30. März 2012 – rückwirkend auf 1. Juni 2011 erhöht. Ebenso ist davon auszugehen, dass die IV-Stelle des Kantons St. Gallen ihre bisherigen Rentenleistungen, wenngleich auch mehrere Monate später (vgl. Rentenverfügung vom 29. Oktober 2012), so doch auf derselben medizinischen Basis per 1. Juni 2011 verbessert hat. Die RAD-Stellungnahme des Dr. med. E. _____ vom 15. Juni 2012 erscheint auf Grund ihres sehr rudimentären Aussagegehalts ("Der GZ hat sich über die letzten Jahre sicher verschlechtert, unzweifelhaft seit Anfang 2011 [Spastik der Beine, Uroseptiden trotz neu lleo-coecal PEG]") allein nicht geeignet, eine entsprechende

Rentenerhöhung zu begründen und gleichsam auszulösen. Dies gilt umso mehr, als darin eine umfassende Aufbereitung des Dossiers gefordert wurde, wovon in der Folge unter Verweis auf die Bearbeitung des Falles durch die Militärversicherung jedoch abgesehen wurde (vgl. Aktennotiz vom 18. Juni 2012).

E. 6.4

Zusammenfassend erweisen sich die Berichte der Dres. med. D. _____ und E. _____ vom 30. März und 15. Juni 2012 entgegen der Darstellung der Vorinstanz als nicht entscheidungswesentlich für die Erhöhung der Rentenleistungen von Invaliden- und Militärversicherung. Nach dem hievordargelegten kommt ihnen somit erst recht auch keine Massgeblichkeit im Sinne des für die Geltendmachung des Taggeldanspruchs gemäss Ziff. B4.1 und C1.1 AVB erforderlichen ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsattests zu. Vielmehr Seite 11

bilden die im Verlauf des Jahres 2011 abgegebenen ärztlichen Auskünfte Basis für die rückwirkende Beurteilung des Leistungsvermögens und stellen somit das ausschlaggebende leistungsbegründende Element dar. Auf die anderslautenden Schlussfolgerungen des kantonalen Gerichts kann zufolge offensichtlicher Unrichtigkeit nicht abgestellt werden. Vor diesem Hintergrund sind die im Februar 2014 eingeklagten Taggeldforderungen selbst unter Annahme eines sich zugunsten des Beschwerdegegners auswirkenden sog. "atypischen" Falles im Sinne des Urteils 4A_280/2013 vom 20. September 2013 E. 5.3 als verjährt zu betrachten. Dessen Einwand, bereits die wegen fehlender Aktivlegitimation der Arbeitgeberin abgewiesene erste Klage vom 27. Februar 2013 habe die Verjährung unterbrochen, ist auf Grund der Verschiedenheit der sich gegenüberstehenden Parteien zu verwerfen. Ebenso wenig ist mangels aktueller Relevanz näher auf die Ausführungen des Beschwerdegegners zu der im Rahmen des hängigen VVG-Revisionsentwurfs de lege ferenda vorgesehenen Verlängerung der Verjährungsfristen bei Versicherungsleistungen einzugehen (vgl. Botschaft des Bundesrats zur Totalrevision des Versicherungsvertragsgesetzes vom 7. September 2011, BBl 2011 7705 ff., insb. 7770). Offen gelassen werden kann schliesslich auch die von der Beschwerdeführerin aufgeworfene Frage, ob der Beschwerdegegner die ihm gegenüber dem Versicherer obliegenden Mitwirkungspflichten verletzt hat. Infolge Verjährung der im vorliegenden Streit geltend gemachten Taggeldforderungen ist die Klage des Beschwerdegegners vom 26. Februar 2014 abzuweisen.

E. 7

September 2011 E. 3.1 und 8C_273/2011 vom 5. September 2011 E. 3.2.1). Der Anspruch auf Rentenleistungen der Sozialversicherer setzt demgegenüber den Nachweis einer Invalidität, d.h. einer voraussichtlich bleibenden oder längere Zeit dauernden ganzen oder teilweisen Unfähigkeit, sich im Erwerb oder im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), voraus. Mit Blick auf den in der Taggeldversicherung der sozialen Krankenversicherung (Art. 67 ff. KVG) geltenden Begriff der Arbeitsunfähigkeit ist denn auch bereits ausdrücklich festgehalten worden, dass sich dieser nicht mit demjenigen der rentenrechtlichen Invalidität deckt (BGE 114 V 281 E. 4b S. 288; GEBHARD EUGSTER, Die freiwillige Taggeldversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2007, S. 784 Rz. 1125). Die Beschwerdeführerin weist vor diesem Hintergrund zu Recht darauf

hin, dass ein für die Ausrichtung von Taggeldern rechtsgenügendes Arztzeugnis nach Ziff. B4.1 und C1.1 AVB anderen Anforderungen zu genügen und sich insbesondere nicht zur Dauerhaftigkeit der Arbeitsunfähigkeit zu äussern hat. Führt eine Krankheit voraussichtlich zu Taggeldleistungen, ist dies dem Versicherer denn auch umgehend – innerhalb von zwei Arbeitstagen – mitzuteilen (Ziff. D1.1 AVB). Erst im weiteren Verlauf, wenn die Beeinträchtigung andauert und Taggelder für eine längere Periode geltend gemacht werden, erfolgt in der Regel eine eingehendere Plausibilisierung auf Grund der Diagnose, der Erfahrungswerte und der ärztlichen Angaben. Ergeben sich gestützt darauf Zweifel hinsichtlich der Begründetheit der Arbeitsunfähigkeit, kann der

Versicherer vertieft Auskünfte einholen und anderweitige Abklärungen veranlassen (Ziff. D2 Satz 1 AVB).

E. 7.1

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind die Gerichtskosten vom Beschwerdegegner zu tragen (Art. 66 Abs. 1 Satz 1 BGG). Überdies hat er den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin für das bundesgerichtliche Verfahren zu entschädigen (Art. 68 Abs. 2 BGG). Die Parteientschädigung wird nach der Praxis des Bundesgerichts auf Fr. 7'000.-- festgelegt.

E. 7.2

Die Sache ist zum Entscheid über die Kosten- und Entschädigungsfolgen des vorinstanzlichen Verfahrens an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen zurückzuweisen (Art. 67 und 68 Abs. 5 BGG). Seite 12

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