

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2017/12 vom 26. November 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-11-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV-Z 2017_12

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2017/12 du 26 novembre 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2017/12 del 26 novembre 2018

Regeste

Der Anspruch auf Krankentaggelder richtet sich nach dem Versicherungsvertrag und den inkludierten Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen. Daher können keine zusätzlich zu erfüllende Anspruchs-voraussetzungen verlangt oder der Ausschluss von vertraglich vereinbarten Leistungen (Krankentaggelder) - bspw. gestützt auf die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechungspraxis zu Suchterkrankungen - vorgenommen werden. Taggeldanspruch während der stationären Langzeittherapie eines ehemals Suchtkranken bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. November 2018, KV-Z 2017/12).

Erwägungen

E. 1

1.1 Unbestritten ist, dass die Beklagte dem Kläger wegen krankheitsbedingter 100%iger Arbeitsunfähigkeit Krankentaggelder bis 31. August 2017 ausgerichtet hat (vgl. act. G 1, G 1.6, G 5.17). Strittig ist dagegen, ob die Beklagte für die Zeit ab dem 1. September 2017 zu Recht die Zahlung von Krankentaggeldern verweigert hat. Eingeklagt und damit zu prüfen sind die Krankentaggeldansprüche ab 1. September 2017 bis 5. Januar 2018, wobei sich der Kläger das Nachklagerecht für spätere Zeiträume vorbehalten hat (act. G 1, G 8). Die Krankentaggeldforderung wird vom Kläger insbesondere damit begründet, dass im eingeklagten Zeitraum der Versicherungsschutz trotz Beendigung des Arbeitsverhältnisses bestanden habe und die Arbeitsunfähigkeit vertragsgemäss durch Arztzeugnisse belegt sei. Die Beklagte geht dagegen davon aus, dass ihrerseits keine Leistungspflicht ab dem 1. September 2017 bestehe, da der Kläger gemäss dem Gutachten von Dr. K. ___ vom 15. August 2017 in der angestammten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei (act. G 5, G 10, G 1.11).

E. 2

2.1 Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung Police Nr. XXXXXX (act. G 5.1, nachfolgend: Versicherungsvertrag), den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kollektive Taggeldversicherung nach VVG, Ausgabe 2015 (act. G 5.2, nachfolgend: AVB) und den Besonderen Versicherungsbedingungen für das Gastgewerbe, Ausgabe 2015 (act. G 5.2, nachfolgend: BVB). 2.2 Gemäss Art. 36 AVB stehen der versicherten Person der ordentliche Gerichtstand sowie sein schweizerischer oder liechtensteinischer Wohnsitz zur Verfügung. Der Kläger hat seinen Wohnsitz in St. Gallen. Folglich ist örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen gegeben. 2.3 Das

Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit Art. 7 der ZPO als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Darunter werden praxisgemäss auch Zusatzversicherungen subsumiert, auf die das VVG zur Anwendung gelangt (vgl. etwa BGE 138 III 2 E. 1.1). Damit ist vorliegend auch die Voraussetzung der sachlichen Zuständigkeit erfüllt. 2.4 Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen muss kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchgeführt werden (vgl. BGE 138 III 558 E. 4.6). 2.5 Die Eintretensvoraussetzungen sind somit erfüllt und auf die Klage ist einzutreten.

E. 3

3.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) dem VVG. Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 133 III 439 E. 2.1). Nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO gilt für vermögensrechtliche Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach KVG ohne Rücksicht auf den Streitwert das vereinfachte Verfahren. 3.2 Art. 247 Abs. 2 ZPO sieht vor, dass das Gericht den Sachverhalt im vereinfachten Verfahren von Amtes wegen feststellt. Im Anwendungsbereich dieses beschränkten Untersuchungsgrundsatzes hat die Initiative für die Beweiserhebung primär von den Parteien auszugehen, denen es obliegt, die abzunehmenden Beweise zu bezeichnen und entsprechende Beweisanträge zu stellen. Die Mitwirkung des Gerichts besteht in der Ausübung seiner Fragepflicht, indem es die Parteien dazu auffordert, (weitere) Beweismittel beizubringen oder zu bezeichnen. Von sich aus kann das Gericht Beweis abnehmen, wenn sich aus den Sachvorbringen einer Partei ergibt, dass mit einem Beweismittel eine entscheiderelevante Tatsache bewiesen werden könnte, aber kein entsprechender Beweisantrag gestellt worden ist (FRANZ HASENBÖHLER in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], ZPO Kommentar, 3. Aufl. Zürich/ Basel/Genf 2016 [nachfolgend ZPO Kommentar], Art. 153 N 5 ff.; BERND HAUCK in: ZPO Kommentar, Art. 247 N 33). 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. Dabei bleibt es dem Gericht überlassen, die Kraft eines Beweismittels nach seiner Überzeugung festzulegen (vgl. HASENBÖHLER, ZPO Kommentar, Art. 157 N 14 ff.). 3.3 Nach Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB; SR 210) hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet (vgl. BGE 141 III 241 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst die anspruchsberechtigte Person insofern eine Beweiserleichterung, als sie nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Beim

Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist verlangt, dass die Möglichkeit, es könnte sich auch anders verhalten, zwar nicht ausgeschlossen ist, sie aber für die betreffende Tatsache weder eine massgebende Rolle spielen noch vernünftigerweise in Betracht fallen darf (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2015, 4A_516/2014, E. 4.1 mit Hinweis u.a. auf BGE 130 III 325 E. 3.3). 3.4 Das grundsätzlich anwendbare VVG enthält mit Ausnahme von Art. 87 VVG, der das selbstständige Forderungsrecht des Begünstigten in der kollektiven Unfall- oder Krankenversicherung normiert, keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld. Deshalb sind vorab die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend.

E. 4

4.1 Gemäss dem Versicherungsvertrag vom 15. Januar 2016 wurde zwischen der Beklagten und der Arbeitgeberin des Klägers für deren Arbeitnehmende eine Krankentaggeldversicherung abgeschlossen (act. G 5.1). 4.2 Der Kläger trat seine Stelle bei der Arbeitgeberin am 1. März 2016 an. Als Angestellter mit Jahrgang 19__ gehört er zum versicherten Personenkreis (vgl. Art. 10 Abs. 1 AVB). Aus den Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger bei Stellenantritt nicht voll arbeitsfähig gewesen wäre (vgl. AVB Seite 3). Folglich ist der Kläger seit seinem Stellenantritt bei der Beklagten krankentaggeldversichert (vgl. Art. 11 Abs. 1, Art. 9 Abs. 1 Bst. a AVB). Der Einwand der Beklagten, dass es sich um einen vorbestehenden und deswegen nicht versicherten Krankheitsfall handle, ist daher unbehelflich (vgl. act. G 5, G 10).

E. 4.3

4.3.1 Der Versicherungsschutz endet gemäss den Vertragsbedingungen für die versicherte Person u.a. mit dem Ausschöpfen der versicherten 720 Taggelder innerhalb von 900 Tagen (vgl. G 5.1, Art. 11 Abs. 3 Bst. e i.V.m. Art. 16 Abs. 1 AVB) und mit dem Austritt aus dem versicherten Betrieb, sofern kein Übertritt in die Einzelversicherung erfolgt (vgl. Art. 11 Abs. 3 Bst. b, Art. 12 AVB). Gemäss Art. 16 Abs. 5 AVB besteht bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses - unabhängig von einem Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung - für Krankheiten, die während der Vertragsdauer eingetreten sind, solange ein Taggeldanspruch, als die versicherte Person nicht wieder mindestens 75% arbeits- oder erwerbsfähig und die maximale Anzahl Taggelder noch nicht ausgeschöpft ist.

4.3.2 Die vorliegend relevante krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit begann am 14. Juni 2016 (vgl. Krankheitsmeldung der Arbeitgeberin vom 30. August 2016, act. G 1.3). Die zumindest teilweise Arbeitsunfähigkeit dauerte gemäss den vorliegenden Arztzeugnissen bis Ende 2016. Die Beklagte entrichtete entsprechend Taggelder (vgl. Art. 13 Abs. 2 AVB; act. G 1.6, G 5.3). Ab dem 22. März 2017 wurde der Kläger stationär in der Psychiatrischen Klinik C.___ behandelt. Infolgedessen bestand ab Klinikeintritt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. G 1.8). Aufgrund der unveränderten Diagnosestellung ist von einem Rückfall im Sinne von Art. 15 Abs. 1 AVB und Art. 5 Abs. 3 BVB auszugehen (vgl. act. G 1.8, G 8.2). Da der Kläger zum Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses per Ende Juni 2017 gemäss den Arztzeugnissen zu 100% arbeitsunfähig war (vgl. act. G 8.4), blieb er für die Folgen der bisherigen Krankheit auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses grundsätzlich taggeldversichert und dies unabhängig vom Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung (vgl. act. G 10-5 f., G 10.2 f.).

E. 5

Nachfolgend ist zu prüfen, ob ein versichertes Ereignis vorliegt, welches einen Krankentaggeldanspruch zu begründen vermag. 5.1 Gemäss Art. 8 AVB gewährt die Beklagte Versicherungsschutz gegen die Folgen von Krankheit und Geburt im Rahmen der vereinbarten Leistungen. Der Versicherungsschutz umfasst gemäss Versicherungsvertrag Krankentaggelder ab dem 31. Tag der Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 80% des versicherten Lohnes während 720 innerhalb von 900 Tagen. Um Leistungen beanspruchen zu können, muss insbesondere die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt sein (Art. 13 Abs. 1 AVB) und zumindest 25% betragen (Art. 13 Abs. 2 AVB), die Wartezeit abgelaufen sein (Art. 14 Abs. 1 AVB); schliesslich darf die vereinbarte maximale Anzahl Taggelder noch nicht ausgeschöpft sein. 5.2 Die vertraglich vereinbarte Wartezeit von 30 Tagen wurde bereits vor Beginn des eingeklagten Zeitraumes am 1. September 2017 erfüllt, richtete doch die Beklagte Taggelder bis 31. August 2017 an den Kläger aus (vgl. act. G 1.6). 5.3 Die vertraglich vereinbarte maximale Anzahl von 720 Taggeldern innerhalb von 900 Tagen ist, da der Kläger erstmals am 14. Juni 2016 krankheitsbedingt arbeitsunfähig war, selbst am Ende des eingeklagten Zeitraumes (5. Januar 2018) noch nicht ausgeschöpft. 5.4 Als Krankheit gilt gemäss Art. 7 Abs. 1 AVB jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist, die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 ATSG). Nach Art. 7 Abs. 2 AVB ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Nach drei Monaten Arbeitsunfähigkeit wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. 5.4.1 Festzustellen ist, dass der Versicherungsschutz der Krankentaggeldversicherung gemäss den Vertragsbedingungen umfassend ist bzw. wenige Einschränkungen kennt, denn jede nicht unfallbedingte Beeinträchtigung der Gesundheit, die eine Arbeitsunfähigkeit von zumindest 25% zur Folge hat, gewährt einen grundsätzlichen Anspruch auf Versicherungsleistungen in der Form von Krankentaggeldern. Folglich kann dem Einwand der Beklagten, dass es sich bei der Krankheit des Klägers - mit Anlehnung bzw. Verweis auf die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung [bspw. psychische Leiden ohne Krankheitswert] - nicht um eine versicherte Krankheit handelt, nicht gefolgt werden, da sich der Leistungsanspruch alleinig nach den Vertragsbestimmungen richtet. Lediglich die in Art. 9 genannten Krankheiten sind grundsätzlich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Suchterkrankungen, da nicht genannt, gehören folglich nicht dazu. 5.4.2 Um das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit bzw. deren Ausmass beurteilen zu können, ist die Versicherung und im Klagefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist analog zur Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten 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 351 E. 3a). Erachtet das Gericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen

bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a; BGE 122 V 157 E. 1d).

5.4.3 Nachfolgend sind daher die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse insbesondere unter den Vorgaben der AVB zu würdigen.

5.4.4 Der Kläger hat für den eingeklagten Zeitraum vom 1. September 2017 bis 5. Januar 2018 ärztliche Atteste vorgelegt, die durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigen (act. G 5.3). Der Kläger ist damit seiner Verpflichtung zur Vorlage von ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nachgekommen (vgl. Art. 20 Abs. 3 AVB).

5.4.5 Die Beklagte hat von ihrem Recht, den Kläger ärztlich untersuchen bzw. begutachten zu lassen (vgl. Art. 21 Abs. 1 Satz 3 AVB), Gebrauch gemacht. So untersuchte der Psychiater Dr. K.____ im Auftrag der Beklagten den Kläger am 7. August 2017. Das Gutachten stammt vom 15. August 2017. Die Beklagte erachtet gestützt auf dieses Gutachten die Arbeitsunfähigkeit des Klägers zumindest ab dem 1. September 2017 nicht als nachgewiesen, da der Gutachter keine psychische Störung mit Krankheitswert erhoben habe (vgl. G 1.11-8; vgl. dazu Ausführungen in Erwägungen 5.4.1) und der Kläger gemäss Gutachter in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei (vgl. G 1.11-9).

5.4.6 Dr. K.____ erklärte, dass der Kläger zwecks einer tieferen Auseinandersetzung mit seiner Suchtproblematik und Sicherstellung einer langfristigen Suchtmittelabstinenz weiterhin die bereits eingeleitete stationäre Suchtbehandlung benötige. Während dieser stationären Behandlung könne dem Kläger aufgrund der Notwendigkeit einer Therapiepräsenz eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (vgl. G 1.11-8 f.). Die diagnostizierten Kokain- und Alkoholabhängigkeiten versah Dr. K.____ explizit mit dem Zusatz, dass Abstinenz gegenwärtig nur in beschützender Umgebung bestehe. Vor diesem Hintergrund ist die Beklagte spitzfindig, wenn sie behauptet, dass während des Aufenthaltes in der Institution G.____ vom 19. Juni bis 21. Dezember 2017 keine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit im Sinne der AVB vorgelegen habe. Auch Dr. E.____ von der Psychiatrischen Klinik C.____ sowie der Psychiater Dr. J.____ gingen von der Notwendigkeit bzw. Zweckmässigkeit der stationären Therapie in der Institution G.____ aus (vgl. act. G 1.8, G 1.17, G 8.2). Anzumerken ist, dass die Versicherungsbedingungen Verhaltenspflichten nennen, welche im Leistungsfall die versicherte Person u.a. dazu verpflichten, für fachgemässe ärztliche Pflege besorgt zu sein und den Anordnungen der Ärzte Folge zu leisten (vgl. Art. 22 Abs. 1, Art. 23 Abs. 1 AVB). Der Therapieaufenthalt in der Institution G.____ ist infolgedessen als schadensmindernde und aus übereinstimmender ärztlicher Sicht als erforderliche Behandlungsmassnahme einzustufen. Da während des stationären Therapieaufenthaltes keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen werden kann, ist vor einer 100%igen krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 Abs. 2 AVB auszugehen, welche den grundsätzlichen Anspruch auf Taggelder zu begründen vermag.

5.4.7 Bezüglich des eingeklagten Zeitraumes nach Beendigung des stationären Aufenthaltes in der Institution G.____ (Austritt am 21. Dezember 2017) stellt sich die Situation anders dar. So enthalten die Akten keine Anhaltspunkte für eine fortdauernde Therapiebedürftigkeit des Klägers (vgl. Austrittsbericht der Institution G.____ vom 20. Dezember 2017, act. G 8.3). Aus dem Arbeitsunfähigkeitszeugnis von med. prakt. H.____ vom 5. Januar 2018 ist auch nicht ersichtlich, wieso eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 22. Dezember 2017 bis 5. Januar 2018 und ab dem 6. Januar 2018 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliegen soll (vgl. act. G 8.4, vgl. auch act. G 10.2). Dies wird vom Kläger auch nicht erläutert. Die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit ab dem 22. Dezember 2017 vermag daher nicht im Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu überzeugen.

Vielmehr ist - auch gestützt auf die Aussagen im Gutachten von Dr. K.____ vom 15. August 2017 - davon auszugehen, dass im eingeklagten Zeitraum nur während der Dauer der stationären Therapie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorlag und danach der Kläger zu 100% arbeitsfähig war. 5.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im eingeklagten Zeitraum vom 1. September 2017 bis 5. Januar 2018 gestützt auf die ärztlichen Berichte nur während des stationären Therapieaufenthaltes des Klägers in der Institution G.____ (19. Juni bis 21. Dezember 2017) im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass eine 100%ige krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vorlag. Für den eingeklagten Zeitraum nach Beendigung des stationären Aufenthaltes (22. Dezember 2017 bis 5. Januar 2018) vermag das unbegründete Arztzeugnis von med. prakt. H.____ vom 5. Januar 2018 (act. G 8.4) in Anbetracht der weiteren (ärztlichen) Berichte nicht im erforderlichen Grad zu überzeugen. Bei dieser Ausgangslage kann auf die Anordnung eines gerichtlichen Gutachtens zur Arbeitsfähigkeit des Klägers verzichtet werden und es erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit den weiteren Beweisanträgen wie dem Beizug der IV-Akten.

E. 6

6.1 Im Sinn der vorherstehenden Erwägungen ist die Klage teilweise gutzuheissen und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger gründend auf einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 1. September bis zum 21. Dezember 2017 Fr. 14'348.40 zu bezahlen (112 Krankentaggelder zu Fr. 128.20 pro Tag; vgl. act. G 1.6). 6.2 Die Rechtsvertreter des Klägers beantragten die Verzinsung des Taggeldausstandes zu 5% ab dem 2. November 2017 bzw. ab mittlerem Verfall (vgl. act. G 8). 6.2.1 Gemäss Art. 102 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR; SR 220) setzt der Schuldnerverzug die Fälligkeit der Forderung und eine Mahnung oder einen bestimmten Verfalltag voraus (vgl. auch WOLFGANG WIEGAND in: Basler Kommentar zum OR I, 5. Aufl. Basel 2011 [nachfolgend BSK OR I], Art. 102 N 3). Lehnt die Versicherung zu Unrecht ihre Leistungspflicht definitiv ab, bedarf es keiner Mahnung der versicherten Person. Fälligkeit und Verzug treten dann sofort ein, und eine Deliberationsfrist wird überflüssig (PASCAL GROLMUND/ALAIN VILLARD in: Basler Kommentar zum VVG, Nachführungsband, Basel 2012 (nachfolgend BSK VVG), Art. 41 ad N 20, 2. Abschnitt). Denn diesfalls erklärt der Schuldner unmissverständlich, dass er nicht leisten werde, weshalb sich eine Mahnung als überflüssig erweisen würde. Der Gläubiger kann daher analog Art. 108 Ziff. 1 OR auf sie verzichten. Dies gilt auch dann, wenn die eindeutige und definitive Verweigerungserklärung schon vor Fälligkeit der Forderung abgegeben wurde (antizipierter Vertragsbruch; WIEGAND in: BSK OR I, Art. 102 N 11). 6.2.2 Nach den vorstehenden Ausführungen geriet die Beklagte mit der definitiven Ablehnung ihrer Leistungspflicht mit den einzelnen Taggeldern jeweils am Tag der Fälligkeit in Verzug. Aus praktischen Gründen rechtfertigt es sich, von einem mittleren Verfall der zugesprochenen Tagelder am 26. Oktober 2017 auszugehen (1. September 2017 zuzüglich halbe Leistungsdauer von 56 Tagen [112 Tage : 2]; analog zum mittleren Verfall von Schadenszinsen; vgl. CHRISTIAN HEIERLI/ANTON K. SCHNYDER in: BSK OR I, Art. 42 N 5). Gemäss Art. 100 VVG i.V.m. Art. 104 Abs. 1 OR beträgt der Verzugszins 5% pro Jahr. 6.3 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). 6.3.1 Gerichtskosten sind keine aufzuerlegen (vgl. Art. 114 lit. e ZPO). 6.3.2 Bei der Parteientschädigung richtet sich das Gericht grundsätzlich nach den kantonalen Tarifen (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 nach dem in zeitlicher Hinsicht erweiterten Rechtsbegehren in der Replik auf Fr. 16'281.40 (vgl. G 8-19), sodass sich ein mittleres Honorar von Fr. 3'737.35 ergibt (Fr. 1'230.- plus 15,4% von Fr. 16'281.40). Da dem Kläger jedoch nur 112 der eingeklagten 127 Taggelder zuzusprechen sind, was einem teilweisen Obsiegen im Umfang von 88.2% entspricht, ist das Honorar entsprechend anzupassen. Damit resultiert ein Honorar von Fr. 3'296.35 (88.2% von Fr. 3'737.35). 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. 3'296.35 beträgt dieser Fr. 131.85. Die Mehrwertsteuer von 8% wird zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO) und beträgt vorliegend gerundet Fr. 274.25. Damit beträgt die Parteientschädigung bemessen nach den kantonalen Tarifen Fr. 3'702.45 (inkl. Barauslagen und MwSt.). Der anwaltlich vertretene Kläger hat eine Honorarnote in der Höhe von Fr. 8'304.35 (inkl. Barauslagen und MwSt.) eingereicht (act. G 12, G 12.1). Vorliegend ist von einem durchschnittlich aufwendigen Fall auszugehen, sodass sich ein Abweichen von den Bestimmungen der HonO zum streitwertabhängigen mittleren Honorar nicht rechtfertigt. Dafür kann auch die doppelte Rechtsvertretung, sollte sie sich auf die Höhe des geltend gemachten Honorars ausgewirkt haben, keinen Anlass geben. Denn ein Grund, weshalb im vorliegenden Fall die Vertretung durch einen einzigen Rechtsanwalt bzw. eine einzige Rechtsanwältin nicht ausgereicht hätte, ist nicht ersichtlich. Die Beklagte hat den teilweise obsiegenden Kläger mit Fr. 3'702.45 (inkl. Barauslagen und MwSt.) zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 des sankt-gallischen Reglements über Organisation und Geschäftsgang des Versicherungsgerichtes (OrgR; sGS 941.114) 1. Die Klage wird in dem Sinn teilweise gutgeheissen, dass die Beklagte verpflichtet wird, dem Kläger Fr. 14'348.40 nebst Zins zu 5% seit 26. Oktober 2017 zu entrichten. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beklagte hat den Kläger mit Fr. 3'702.45 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen

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