

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2017/3 vom 19. März 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-03-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV-Z 2017_3

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2017/3 du 19 mars 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2017/3 del 19 marzo 2019

Regeste

Ein krankheitsbedingter und ärztlich angeordneter teilstationärer Klinikaufenthalt begründet gemäss den Versicherungsbestimmungen Anspruch auf Krankentaggelder, da keine verwertbare Arbeitsfähigkeit während dieser Zeit gegeben ist. Widersetzt sich eine versicherte Person (nach Beendigung des teilstationären Klinikaufenthaltes) einer von der Versicherung angeordneten fachärztlichen Begutachtung, so dass eine Leistungsprüfung durch die Versicherung verunmöglicht wird, liegt - insbesondere wenn unterschiedliche fachärztliche Arbeitsfähigkeitseinschätzungen vorliegen - eine schwerwiegende Verletzung der Mitwirkungspflicht vor. Diese berechtigt die Versicherung gemäss den vorliegend anwendbaren allgemeinen Versicherungsbestimmungen ihre Leistungen (vorliegend für die Zeit nach der teilstationären Behandlung) zu verweigern (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. März 2019, KV-Z 2017/3).

Erwägungen

E. 1

1.1 Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach der Kollektiv-Krankentaggeldversicherungspolice Nr. XXXXXX (act. G 1.2, nachfolgend: Versicherungsvertrag) und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die "Krankentaggeldversicherung für Unternehmungen, BVG-Koordinationsdeckung", Ausgabe 01.2008 (act. G 1.3; nachfolgend: AVB). 1.2 Gemäss Art. 24 AVB kann die versicherte Person am schweizerischen Wohnort oder am schweizerischen Arbeitsort Klage erheben. Der Kläger hat seinen Wohnsitz in T.____. Folglich ist die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen gegeben. 1.3 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. 1.4 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). 1.5 Die Eintretensvoraussetzungen sind somit erfüllt und auf die Klage ist einzutreten.

E. 2

2.1 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. 2.2 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 entscheidrelevante 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). 2.3 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. 2.4 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). 2.5 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.).

E. 3

3.1 Der Kläger hat Taggelder eingeklagt wegen krankheitsbedingter 100%iger Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 31. Oktober bis 30. November 2014 (31 volle

Taggelder), vom 1. März bis 30. April 2015 (61 Taggelder, Differenzbetrag zwischen 50% und 100%iger Arbeitsunfähigkeit) und vom 1. Mai 2015 bis 30. August 2016 (488 volle Taggelder). 3.2 Der Kläger trat seine Stelle bei der Arbeitgeberin am 1. September 2009 an (vgl. act. G 1.4). Als Angestellter gehört er zum versicherten Personenkreis (vgl. Art. 3.1 und Art. 7.1 AVB). Folglich ist der Kläger seit seinem Stellenantritt unabhängig von den unternehmensinternen Wechseln bei der Beklagten krankentaggeldversichert. 3.3 Der Versicherungsschutz endet gemäss den Vertragsbedingungen für die versicherte Person u.a. mit dem Ausschöpfen der vertraglich vereinbarten Leistungsdauer, welche gemäss Versicherungsvertrag pro Fall 730 Tage inklusive Wartefrist von 60 Tagen beträgt (vgl. act. G 1.2-3, Art. 7.2 AVB), beim Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen und im Fall einer Kündigung durch den Arbeitgeber per Austrittsdatum aus dem versicherten Unternehmen (Art. 7.2 AVB). Beim Austritt aus dem Kreis der versicherten Personen besteht das Recht innert dreier Monate in die Einzelversicherung überzutreten (Art. 8.2 AVB). Unterlässt der Versicherungsnehmer den ausscheidenden Arbeitnehmer spätestens am letzten Arbeitstag schriftlich über sein Übertrittsrecht in die Einzelversicherung und die Frist zu informieren, so verbleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung (Art. 8.1 AVB). Ist die versicherte Person zur Zeit des Übertritts arbeitsunfähig, werden Tage, für die aus dem Kollektivvertrag Leistungen erbracht worden sind, an die Leistungsdauer der neuen Einzelversicherung angerechnet (Art. 8.7 AVB). Aus den Akten ergeben sich weder Anhaltspunkte noch wurde vom Kläger geltend gemacht, dass er innert dreier Monate nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses per Ende Februar 2016 von der Übertrittsmöglichkeit in die Einzelversicherung Gebrauch gemacht hätte. Auch wird nicht geltend gemacht, dass er nicht über die Übertrittsmöglichkeit informiert worden war. 3.4 Hinsichtlich der eingeklagten Taggelder für den Zeitraum vom 31. Oktober bis 30. November 2014 ist festzustellen, dass der Kläger seine diesbezügliche Klage in der Replik zurückgezogen hat, nachdem die Beklagte in der Klageantwort geltend machte, die Taggelder für diesen Zeitraum seien bereits an die ehemalige Arbeitgeberin des Klägers ausgerichtet worden (vgl. act G 1, G 8-2, G 15-2).

E. 4

Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob in Bezug auf den noch relevanten Zeitraum vom 1. März 2015 bis 29. Februar 2016 ein versichertes Ereignis vorlag, welches einen Krankentaggeldanspruch zu begründen vermag. 4.1 Der Kläger vertritt den Standpunkt, dass er weder in der bisherigen Tätigkeit noch in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig sei. Als Beweis führt er die Berichte und Stellungnahmen der ihn behandelnden Fachärzte an (vgl. act. G 1.13, G 1.31). Die Beklagte dagegen vertritt den Standpunkt, dass es für die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit keine objektiven, medizinisch nachweisbaren Gründe gebe, und stützt sich dabei insbesondere auf die Arztberichte von Dr. H.____ vom 16. Februar und 20. August 2015 (act. G 1.24, G 1.25). Im Weiteren macht die Beklagte geltend, da der Kläger seiner Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen sei, indem er den Begutachtungstermin vom 16. September 2015 bei Dr. H.____ nicht wahrgenommen habe, bestehe ihrerseits keine Leistungspflicht (vgl. act. G 8.25). 4.2 Der Kläger ist gemäss dem Versicherungsvertrag i.V.m. Art. 1 und 13.1 AVB u.a. für die wirtschaftlichen Folgen von Krankheiten versichert. Als Krankheit gilt nach Art. 2.5 AVB jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. 4.3 Die Versicherungsleistungen richten sich nach den Bestimmungen der Versicherungspolice und den Art. 13 bis 19 AVB. Gemäss Art. 15.1

AVB bezahlt die Beklagte den nachgewiesenen Erwerbsausfall, der durch eine versicherte Arbeitsunfähigkeit entstanden ist. Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 13.3 AVB die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, eine im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Leistungsvoraussetzung ist eine ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 15.6 AVB).

4.4 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; vgl. dazu auch Art. 15.6 AVB). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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).

4.5 Nachfolgend sind die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse insbesondere unter den Vorgaben von Art. 15.6 AVB sowie hinsichtlich der Beweisführung und Beweislastverteilung (vgl. Erwägung 2.4) zu würdigen.

4.6 Die Arbeitgeberin meldete der Beklagten am 9. September 2014 die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit des Klägers (act. G 8.2). Die Beklagte entrichtete infolgedessen Krankentaggelder ab 31. Oktober 2014 bis 28. Februar 2015 auf der Basis einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und vom 1. März bis 30. April 2015 auf der Basis einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit. Danach stellte sie die Taggeldzahlungen gestützt auf den Untersuchungsbericht von Dr. H. ___ vom 16. Februar 2015 (vgl. act. G 1.24) ein. Dr. H. ___ ging von einem verbesserten Gesundheitszustand und nur noch einer leichtgradigen Depression aus und erachtete lediglich noch eine ambulante, nicht jedoch eine stationäre Behandlung für erforderlich. Infolgedessen ging er von einer Arbeitsfähigkeit von 50% für die Monate März und April 2015 und von 100% ab Mai 2015 aus (vgl. auch Sachverhalt A.e.). Die von Dr. H. ___ prognostizierte Arbeitsfähigkeit trat jedoch nicht ein bzw. liess sich nicht umsetzen, denn der Kläger liess sich auf Anraten der ihn behandelnden Ärzte des Psychiatrischen Zentrums E. ___ vom 9. März bis 26. Juni 2015 teilstationär behandeln. Die vorliegenden Arztberichte des Psychiatrischen Zentrums E. ___ vom 9. März und 3. Juli 2015 (act. G 1.13, G 1.31) belegen hinreichend, dass eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag, welche eine Arbeitsunfähigkeit und damit einen Taggeldanspruch zu begründen vermag. Der aufgrund der Untersuchung des Versicherten am 9. Januar 2015 von Dr. H. ___ erstellte Untersuchungsbericht mit der prognostizierten Arbeitsfähigkeit ab März 2015 genügt folglich nicht für die Einstellung der Taggeldleistungen, da rechtsprechungsgemäss ärztlich angeordnete (stationäre und teilstationäre) Klinikaufenthalte regelmässig eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen. RAD-Ärztin Dr. M. ___ erklärte in der Stellungnahme vom 27. August 2015 ebenfalls, dass auf den Untersuchungsbericht von Dr. H. ___ nicht mehr abgestellt werden könne, da dieser überholt sei (vgl. IV-Fremdakten, 42). Selbst Dr. H. ___ empfahl in der Stellungnahme vom 20. August 2015 aufgrund der neuen Arztberichte der behandelnden Ärzte eine erneute Begutachtung des Versicherten (act. G 1.25). Wovon beim Kläger in diagnostischer Hinsicht genau auszugehen war (vgl.

diesbezüglich den Austrittsbericht vom 3. Juli 2015, act. G 1.31, einerseits bzw. die Ausführungen dazu von Dr. S.____, Fremddakten 95-34, andererseits), ist in diesem Kontext für sich allein betrachtet nicht relevant. Dass Dr. S.____ die Indikation für die teilstationäre Therapie nachträglich implizit in Frage gestellt hat, kann der Beklagten nicht als Beweis gegen das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit des Klägers dienen. Die Zuweisung zur tagesklinischen Behandlung erfolgte nach einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik (vgl. Seite 1 des Austrittsberichts), sodass die positive Prognose von Dr. H.____ zeitlich offenbar einen zu kurzen Horizont hatte. Im Übrigen ist auf Art. 20.9 AVB hinzuweisen, wonach der Versicherte u.a. ärztlich empfohlene Therapien im Rahmen der Zumutbarkeit Folge zu leisten hat und nach Art. 20.14 AVB bei Verletzung dieser Verhaltenspflicht die Kürzung oder Verweigerung von Taggeldleistungen möglich gewesen wäre. Da die tagesklinische Behandlung an 5 Tagen wöchentlich erfolgte, wäre daneben keine Arbeitsleistung möglich gewesen. Bei dieser Ausgangslage sind für den Zeitraum der teilstationären Behandlung des Versicherten in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E.____ basierend auf dem Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums E.____ vom 3. Juli 2015 die in den AVB gestellten Anforderungen an den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit als erfüllt zu betrachten. Ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 1 i.V.m. Art. 13.3 AVB) ist auch in Bezug auf die wenigen Tage vor dem Eintritt in die Tagesklinik auszugehen, dies betrifft die Zeit vom 1. bis 8. März 2015. Folglich hat der Kläger für die Zeit ab 1. März bis 26. Juni 2015 (letzter Behandlungstag in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E.____, act. G 1.31-1) Anspruch auf Taggelder auf der Basis einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit.

E. 5

Für die Zeit nach der teilstationären Behandlung in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E.____ präsentiert sich die Situation wie folgt: 5.1 Im Austrittsbericht der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E.____ vom 3. Juli 2015 gingen die Ärzte für die Zeit nach dem teilstationären Aufenthalt von einer schrittweisen Reintegration aus und schätzten den möglichen Umfang in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit auf max. drei bis vier Stunden pro Tag an vier bis fünf Tagen pro Woche mit der Prognose einer Erreichung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit innerhalb von sechs Monaten (vgl. act. G 1.31). Der von der Beklagten um eine Stellungnahme gebetene Dr. H.____ erklärte am 20. August 2015, dass ihn die Einschätzung der behandelnden Ärzte des Psychiatrischen Zentrums E.____ erstaune, weshalb er eine erneute Begutachtung empfehle (vgl. act. G 8.20). Die Beklagte veranlasste daraufhin eine erneute Begutachtung durch Dr. H.____, welche am 16. September 2015 hätte stattfinden sollen, jedoch vom Kläger abgelehnt wurde (vgl. act. G 8.21 ff., G 8.25). Im Arztbericht des Ambulatoriums des Psychiatrischen Zentrums E.____ wurde die Arbeitsfähigkeit bis zum 31. Oktober 2015 auf 20% eingeschätzt (vgl. act. G 8.24). Mitte November 2015 wurde die ambulante Behandlung im Psychiatrischen Zentrum E.____ abgeschlossen. Dem Kläger wurde jedoch noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende November 2015 attestiert (vgl. IV-Fremddakten, 50, 53, vgl. auch act. G 8.27: der Arbeitgeber ging aufgrund der erhaltenen ärztlichen Auskunft von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab dem 1. Dezember 2015 aus). 5.2 Vorfrageweise ist zu prüfen, ob infolge der Nichtteilnahme an der angeordneten Begutachtung eine Verletzung von Verhaltens- und Mitwirkungspflichten vorliegt, welche – wie von der Beklagten geltend gemacht – dazu berechtigt, Versicherungsleistungen zu verweigern. 5.3 Art. 20 AVB regelt die Verhaltenspflichten im Krankheitsfall. So muss die versicherte Person alles Zumutbare unternehmen, was von ihr erwartet werden kann, um den Schaden zu verringern (Art. 20.5

AVB). Bei länger andauernden Arbeitsunfähigkeiten ist der Versicherung monatlich ein Zwischenzeugnis einzureichen (Art. 20.7 AVB). Gemäss Art. 20.8 AVB steht der Versicherung das Recht zu, die versicherte Person zusätzlich von einem durch sie beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Nach Art. 20.14 AVB kann die Versicherung bei Verletzung von Verhaltenspflichten die Leistungen nach ihrem Ermessen kürzen oder verweigern.

5.4 Die Nichtteilnahme an der Begutachtung stellte eine Vertragsverletzung gemäss Art. 20.8 AVB dar. Die Stellungnahme der behandelnden Ärzte vom 11. September 2015, dass aufgrund des aktuellen psychischen Zustands und bei der negativen emotionalen Reaktion des Klägers nach dem ersten Gespräch mit Dr. H.____ der Kläger aus psychiatrischer Sicht derzeit nicht in der Lage sei, den Termin bei Dr. H.____ wahrzunehmen, ist unbehelflich, denn es wurden weder von den behandelnden Ärzten noch vom Kläger bzw. dessen Rechtsvertreterin gewichtige konkrete (bspw. fachliche oder persönliche) Einwände vorgebracht, wonach eine Begutachtung durch Dr. H.____ für den Kläger nicht zumutbar gewesen wäre. Zudem ist beachtlich, dass gemäss dem Arztbericht vom 11. September 2015 der Kläger nur "derzeit" nicht in der Lage sei, den Termin bei Dr. H.____ wahrzunehmen. Folglich wäre es am Kläger bzw. dessen Rechtsvertreterin gelegen, unverzüglich mit der Beklagten Kontakt aufzunehmen und das weitere Vorgehen abzusprechen, indem bspw. ein späterer Begutachtungstermin vereinbart worden wäre. Die Rechtsvertreterin des Klägers tat zwar in der Fax-Nachricht vom 14. September 2015 an Dr. H.____ kund, dass sie die Angelegenheit mit der Beklagten klären werde (act. G 1.28). Entsprechende Bemühungen seitens des Klägers sind jedoch nicht aktenkundig. Selbst als die Beklagte mit Schreiben vom 24. September 2015 eine Vertragsverletzung durch den Kläger geltend machte und erklärte, da sie die Leistungspflicht nicht überprüfen könne, halte sie am Entscheid vom 26. Februar 2015 fest (act. G 8.25), kontaktierten weder der Kläger noch dessen Rechtsvertreterin zeitnah die Beklagte. Erst Monate später wandte sich die Rechtsvertreterin des Klägers mit Schreiben vom 10. August 2016 an die Beklagte und rechtfertigte die Nichtteilnahme an der Begutachtung und wiederholte zugleich die Taggeldforderung auf Basis einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.26).

5.5 Da die Geltendmachung eines Taggeldanspruches gemäss den AVB lediglich ein von der versicherten Person beizubringendes ärztliches Arbeitsunfähigkeitsattest voraussetzt, hat sich die Versicherung in den AVB das Recht vorbehalten, erkrankte bzw. arbeitsunfähige Personen durch einen von ihr bestimmten Arzt begutachten zu lassen, um so die von den behandelnden Ärzten attestierte Arbeitsunfähigkeit überprüfen und auf diese Weise ungerechtfertigte Taggeldforderungen abweisen zu können. Durch die Weigerung des Klägers an der Begutachtung teilzunehmen, konnte die Beklagte die geltend gemachte 100%ige Arbeitsunfähigkeit und den erhobenen Taggeldanspruch nicht - wie in den AVB explizit vorgesehen - fachärztlich überprüfen lassen. Es ist daher grundsätzlich gerechtfertigt, dass die Beklagte mit Verweis auf die Nichteinhaltung bzw. Nichterfüllung von Vertragsbestimmungen (Verletzung von Mitwirkungspflichten, Verweigerung der Teilnahme an der angeordneten Begutachtung vom 16. September 2015) Taggeldleistungen verweigert hat, informierte sie doch die Rechtsvertreterin des Klägers mit Schreiben von 24. September 2015 über die Folgen der Verweigerung der Teilnahme an der angeordneten Begutachtung (act. G 8.25, vgl. act. G 8.28). Angemessen und gerechtfertigt erscheint vorliegend die Verweigerung von Taggeldern für die Zeit nach Beendigung der teilstationären Behandlung in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E.____, d.h. ab dem 27. Juni 2015. Folglich ist die eingeklagte Taggeldforderung für die Zeit ab dem 27. Juni 2015 wegen erheblicher Verletzung von Mitwirkungspflichten bzw. dem damit

zusammenhängenden Misslingen des Nachweises des Andauerns der Arbeitsunfähigkeit nach Beendigung der teilstationären Therapie abzuweisen.

E. 6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im eingeklagten Zeitraum vom 1. März 2015 bis 30. August 2016 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit lediglich in der Zeit vom 1. März 2015 bis 26. Juni 2015 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Klägers auszugehen ist. Für die Zeit vom 27. Juni 2015 bis 30. August 2016 hat der Kläger den Nachweis einer taggeldbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht rechtsgenügend erbracht bzw. mit der Weigerung an der angeordneten Begutachtung teilzunehmen in erheblicher Weise die vertraglichen Obliegenheiten (Mitwirkungspflicht) verletzt und damit die Überprüfung der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit durch die Beklagte verhindert, so dass eine Leistungsverweigerung gestützt auf die Vertragsbestimmungen als gerechtfertigt erscheint. Bei diesem Ergebnis kann auf die Anordnung eines gerichtlichen Gutachtens zur Arbeitsfähigkeit des Klägers verzichtet werden.

E. 7

7.1 Im Sinn der vorherstehenden Erwägungen ist die Klage teilweise gutzuheissen und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger Taggelder gründend auf einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 1. März bis 26. Juni 2015 zu bezahlen, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Beklagte für die Zeit vom 1. März bis 30. April 2015 bereits Taggelder auf der Basis einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet hat. Die Beklagte hat dem Kläger folglich Fr. 5'194.75 (61 Krankentaggelder zu Fr. 85.16 pro Tag) und Fr. 9'708.25 (57 Krankentaggelder zu Fr. 170.32 pro Tag) zu bezahlen (vgl. act. G 8.3). 7.2 Die Rechtsvertreterin des Klägers beantragt die Verzinsung des Taggeldausstandes zu 5% ab mittlerem Verfall (vgl. act. G 1, G 15). 7.2.1 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 zu 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). 7.2.2 Nach den vorstehenden Ausführungen geriet die Beklagte mit der definitiven Ablehnung ihrer Leistungspflicht mit den einzelnen Taggeldern jeweils am Tag der Fälligkeit in Verzug. Eine ausdrückliche Mahnung der Taggeldleistungen durch den Kläger war nicht erforderlich. Aus praktischen Gründen rechtfertigt es sich, von einem mittleren Verfall der zugesprochenen Taggelder von Fr. 5'194.75 am 31. März 2015 (1. März 2015 zuzüglich halbe Leistungsdauer von 30 Tagen [61 Tage : 2]) und von Fr. 9'708.25 am 29. Mai 2015 (1. Mai 2015 zuzüglich halbe Leistungsdauer von 28 Tagen [57 Tage : 2]) auszugehen; 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. 7.3 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). 7.3.1 Gerichtskosten sind keine aufzuerlegen (vgl. Art. 114 lit. e ZPO). 7.3.2 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. c der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30bis HonO) Fr. 3'500.- bei einem Streitwert über Fr. 30'000.- bis Fr. 100'000.-, wobei 9% des Streitwerts hinzuzuzählen sind. Der Streitwert beläuft sich nach der eingeklagten Forderung gemäss Klage vom 24. Februar 2017 auf Fr. 93'590.85 (Fr. 5'279.90 + Fr. 5'194.80 + Fr. 83'116.15; vgl. act. G 1), sodass sich ein mittleres Honorar von Fr. 11'923.20 ergibt (Fr. 3'500.- plus 9% von Fr. 93'590.85). Da dem Kläger von der eingeklagten Forderung von Fr. 93'590.85 jedoch nur Fr. 14'903.- (Fr. 5'194.75 + Fr. 9'708.25) zugesprochen werden, was einem teilweisen Obsiegen im Umfang von 15.9% entspricht, ist das Honorar entsprechend anzupassen. Damit resultiert ein Honorar von Fr. 1'895.80 (15.9% von Fr. 11'923.20). 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. 1'895.80 beträgt dieser Fr. 75.85. Da der in der Klage vom 24. Februar 2017 beantragte Mehrwertsteuerzuschlag begründet ist und die Leistungserbringung im Jahr 2017 erfolgte (Schriftenwechsel wurde im Oktober 2017 abgeschlossen, vgl. act. G 18), ist der bis 31. Dezember 2017 gültige Steuersatz von 8% (vgl. Information der Eidgenössischen Steuerverwaltung vom 11. Oktober 2017, abrufbar unter: www.gate.estv.admin.ch/mwst-webpublikationen/public/pages/taxInfos/cipherDisplay.xhtml?publicationId=1003601&componentId=1003638) zum Honorar und zu den Barauslagen hinzuzurechnen (Art. 29 HonO) und beträgt vorliegend gerundet Fr. 157.75 (0.08 x [Fr. 1'895.80 + Fr. 75.80]). Damit beträgt die Parteientschädigung bemessen nach den kantonalen Tarifen Fr. 2'129.40 (inkl. Barauslagen und MwSt.). Die Beklagte hat den teilweise obsiegenden Kläger mit Fr. 2'129.40 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. 7.3.3 Die teilweise obsiegende Beklagte beantragte ebenfalls eine Entschädigung (vgl. act. G 8, G 17). Sie liess das vorliegende Verfahren durch Angestellte ihres Rechtsdienstes führen. Solche gelten nicht als berufsmässige Vertreter im Sinn von Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO (vgl. VIKTOR RÜEGG in: Spühler/Tenchio/Infanger [Hrsg.], Basler Kommentar zur ZPO, 3. Aufl. 2017, Art. 95 N 18; BENEDIKT A. SUTER/ CRISTINA VON HOLZEN in: ZPO Kommentar, Art. 95 N 36). Daher besteht unter diesem Titel kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Es liegt auch kein begründeter Fall gemäss Art. 95 Abs. 3 lit. c ZPO vor, wonach der Beklagten eine angemessene Umtriebsentschädigung zuzusprechen wäre. Ersatz für notwendige Auslagen gemäss Art. 95 Abs. 3 lit. a ZPO wird ebenfalls nicht geltend gemacht. Der Beklagten ist daher keine Parteientschädigung zuzusprechen. 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. 5'194.75 nebst Zins zu 5% seit 31. März 2015 und Fr. 9'708.25 nebst Zins zu 5% seit 29. Mai 2015 zu bezahlen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beklagte hat den Kläger mit Fr. 2'129.40 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

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