

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2019/1 vom 20. Dezember 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg_publicationen_KV-Z_2019_1

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2019/1 du 20 décembre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2019/1 del 20 dicembre 2019

Regeste

Art. 62, 102 und 104 OR; Art. 96 VVG: Abgrenzung zwischen Schadensversicherung und Summenversicherung. Rückforderung ausbezahlter Krankentaggeldleistungen infolge Überentschädigung teilweise gutgeheissen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Dezember 2019, KV-Z 2019/1). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 4A_81/2020.

Volltext

Entscheid vom 20. Dezember 2019 Besetzung Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. KV-Z 2019/1 Parteien Helsana Zusatzversicherungen AG, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf, Klägerin, vertreten durch Helsana Versicherungen AG, Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich Helsana, gegen A.___, Beklagter, vertreten durch Rechtsanwältin Eva Maria König, MLaw UZH, Wyler Koch Partner AG, Zürcherstrasse 310, Postfach 340, 8501 Frauenfeld, Gegenstand Rückforderung Krankentaggelder (Überentschädigung) Sachverhalt A.___ (nachfolgend: Versicherter) war seit dem 1. Januar 2003 bei der Helsana Zusatzversicherungen AG (nachfolgend: Helsana) als selbständig tätiger Schreiner bei einer Leistungsdauer von maximal 730 Tagen und einer Wartefrist von 30 Tagen krankentaggeldversichert (act. G 1.2 ff.). Am 20. Juli 2010 ging bei der Helsana eine Krankmeldung des Versicherten ein (act. G 1.4). Gleichentags attestierte Dr. med. B.___, Allgemeine Medizin FMH, dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 22. April 2010 (act. G 1.5). In der Folge entrichtete die Helsana unter Berücksichtigung weiterer medizinischer Unterlagen sowie der 30-tägigen Wartefrist Taggeldleistungen für den Zeitraum vom 22. Mai 2010 bis 20. April 2012 (vgl. act. G 1.9, 1.10, 1.13, 1.15, 1.17, 1.18, 1.20, 1.21, 1.22, 1.23, 1.25, 1.27, 1.41, 1.42 ff.). Mit Schreiben vom 9. Mai 2012 informierte die Helsana den Versicherten darüber, dass die Taggeldzahlungen am 20. April 2012 geendet hätten, da die maximale Leistungsdauer von 730 Tagen mit diesem Datum erreicht worden sei (act. G 1.40). Mit Schreiben vom 8. November 2017 informierte die IV-Stelle des Kantons Thurgau die Helsana darüber, dass dem Versicherten für die Zeit vom April 2011 bis November 2012 eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % zugesprochen worden sei (act. G 1.43). Am 21. November 2017 liess die Ausgleichskasse C.___ der Helsana ein Formular zur Einreichung eines Antrags für die Verrechnung der erbrachten Taggeldleistungen mit den noch ausstehenden Zahlungen der Invalidenversicherung zukommen. Sie wies die Helsana in einem Begleitschreiben darauf hin, dass das Einholen der für die Verrechnung benötigten Unterschrift der rentenberechtigten Person Sache des Antragstellers sei. Ferner machte sie darauf aufmerksam, dass der Verrechnungsantrag

spätestens bis zum 21. Dezember 2017 zurückzusenden sei. Sofern die Rückmeldung nicht bis zu diesem Zeitpunkt erfolge, könne die Ausgleichskasse mit befreiender Wirkung auszahlen (act. G 1.44). Mit Schreiben vom 11. Dezember 2017 erklärte die Helsana dem Versicherten, eine Taggeldversicherung dürfe nicht dazu führen, dass bei einer Arbeitsunfähigkeit über den Erwerbsausfall hinausgehende Leistungen bezogen würden. Aus diesem Grund habe sie die seit dem 1. April 2011 ausgerichteten Leistungen geprüft und die sogenannte Überentschädigung berechnet, welche sie direkt von der Ausgleichskasse zurückfordern werde. In einer Übersicht stellte die Helsana dem Versicherten dar, dass er im Zeitraum vom 1. April 2011 bis 20. April 2012 Leistungen der Taggeldversicherung von insgesamt Fr. 101'523.45 erhalten habe und Leistungen der Invalidenversicherung von insgesamt Fr. 27'981.-- zugesprochen worden seien. Gesamthaft würden für den fraglichen Zeitraum somit Fr. 129'504.45 ausgerichtet. Versichert seien lediglich Leistungen im Umfang von Fr. 101'523.45, sodass eine Überentschädigung von Fr. 27'981.-- resultiere. Die Helsana bat den Versicherten, die Abrechnung zu prüfen und ihr den Verrechnungsantrag bis zum 18. Dezember 2017 unterschrieben zurückzusenden (act. G 1.45). Am 2. November 2018 reichte die Helsana beim Betreibungsamt D.____ die Betreuung für die Rückforderung der Taggeldleistungen aus Überentschädigung in der Höhe von Fr. 27'981.-- nebst Zins zu 5 % seit dem 18. Dezember 2017 ein (act. G 1.47). Der Zahlungsbefehl vom 8. November 2018 wurde dem Versicherten am 13. November 2018 zugestellt. Noch am gleichen Tag erhob dieser über die gesamte Forderung Rechtsvorschlag (act. G 1.48). Am 5. März 2019 reichte die Helsana (nachfolgend: Klägerin) beim Versicherungsgericht ein Klagebegehren mit folgenden Anträgen ein: 1. Der Versicherte (nachfolgend: Beklagte) sei zu verpflichten, ihr den Betrag von Fr. 27'981.-- zuzüglich Verzugszins zu 5 % seit 18. Dezember 2017 für zu viel bezogene Krankentaggelder infolge Überentschädigung im Zeitraum vom 1. April 2011 bis 20. April 2012 zu bezahlen. 2. Es sei der Rechtsvorschlag in der Betreuung Nr. XXXXXX des Betreibungsamtes D.____ aufzuheben und die Rechtsöffnung zu erteilen. 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beklagten (act. G 1). Mit seiner Klageantwort vom 6. Mai 2019 beantragte der Beklagte, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw E. König, Frauenfeld, die Abweisung der Rechtsbegehren der Klägerin. Eventualiter beantragte er, er sei zu verpflichten, der Klägerin den Betrag von Fr. 27'981.-- zuzüglich Verzugszins zu 5 % seit 2. November 2018 zu bezahlen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Klägerin. In prozessualer Hinsicht beantragte er die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverbeiständung (act. G 5). Mit Schreiben vom 14. Mai 2019 machte die verfahrensleitende Richterin die Parteien darauf aufmerksam, dass die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels vorgesehen werde, was jedoch den Verzicht auf eine mündliche Verhandlung bedinge. Ohne Gegenbericht bis zum 3. Juni 2019 werde davon ausgegangen, dass die Parteien mit dem Verzicht auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung einverstanden seien (act. G 7). Am 28. Mai 2019 erklärte die Klägerin, dass sie auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichte (act. G 8). Am 25. Juni 2019 entsprach die verfahrensleitende Richterin dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 14). Mit gleichentags verfasstem Schreiben wies das Versicherungsgericht die Parteien darauf hin, dass sie auf eine mündliche Verhandlung verzichtet hätten, weshalb ein zweiter Schriftenwechsel durchgeführt werde (act. G 15). In ihrer Replik vom 14. August 2019 hielt die Klägerin an den in der Klage gestellten Anträgen vollumfänglich fest (act. G 16). In seiner Duplik vom 10. September 2019 hielt der Beklagte an den in der

Klageantwort gestellten Rechtsbegehren fest (act. G 18). Erwägungen Der vorliegend zu beurteilende Versicherungsvertrag beruht unbestrittenermassen auf der Versicherungspolice vom 22. Oktober 2002 sowie den in dieser Police genannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (nachfolgend: AVB) der Klägerin, Ausgabe 1. Januar 1999/2000 (vgl. act. G 1.3). Zwar nennt die Police als Vertragsdauer lediglich die Zeit vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2005 (vgl. act. G 1.3 S. 1), während der Versicherungsfall im Jahr 2010 eingetreten ist (vgl. act. G 1.4). Allerdings bestimmt Ziff. 8.2 der AVB, dass sich der Vertrag am Ablaufdatum und nach jedem folgenden Versicherungsjahr stillschweigend um ein weiteres Jahr verlängert, sofern keine fristgerechte Vertragskündigung erfolgt (vgl. act. G 1.1). Deshalb und mangels gegenteiliger Behauptungen der Parteien ist davon auszugehen, dass das Versicherungsverhältnis bis zum Eintritt des Versicherungsfalles weiterbestanden hat und sich auf die genannte Police inklusive der erwähnten AVB stützt. Gemäss Ziff. 38 der vorliegend unbestrittenermassen anwendbaren AVB sind für Klagen aus dem Versicherungsvertrag wahlweise die Gerichte am schweizerischen Wohnort der Versicherungsnehmer oder am Hauptsitz der Helsana Zusatzversicherungen AG zuständig (vgl. act. G 1.1). Die Klägerin hat das für den Wohnort des Beklagten zuständige Gericht angerufen. Die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen ist damit gegeben. Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) i.V.m. Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) 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 wie die vorliegend zu beurteilende Kollektivtaggeldversicherung subsumiert, auf die das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) zur Anwendung gelangt (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Februar 2012, KV-Z 2011/2, E. 1.1). Damit sind vorliegend auch die Voraussetzungen der sachlichen und funktionellen Zuständigkeit erfüllt. Dies hat auch für die von der Klägerin gleichzeitig mit der Forderungsklage beantragte Beseitigung des Rechtsvorschlags zu gelten. Denn die vorliegend erhobene Klage stellt eine Anerkennungsklage im Sinne von Art. 79 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG, SR 281.1) dar. Die auf dem ordentlichen Prozessweg zu erhebende Anerkennungsklage kann mit der Rechtsöffnung verbunden werden, indem der Gläubiger im Forderungsprozess zugleich auch die Beseitigung des Rechtsvorschlags verlangt (vgl. Art. 79 SchKG; Kurt Ammann/Fridolin Walther, Grundriss des Schuldbetreibungs- und Konkursrechts, 9. Aufl. Bern 2013, §9 N 9 ff.). Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht ist kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchzuführen (vgl. BGE 138 III 564 E. 4.6). Die prozessualen Voraussetzungen sind erfüllt und auf die Leistungsklage ist einzutreten. Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu beurteilen ist die seitens der Klägerin gegenüber dem Beklagten geltend gemachte Rückforderung von erbrachten Krankentaggeldleistungen im Umfang der behaupteten Überentschädigung. Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind gemäss Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ohne Rücksicht auf den Streitwert im vereinfachten Verfahren zu behandeln, wobei gemäss Art. 219 ZPO die Bestimmungen über das ordentliche Verfahren sinngemäss gelten (vgl. Christoph Leuenberger/Beatrice Uffer-Tobler, Schweizerisches Zivilprozessrecht, 2. Aufl. Bern 2016, N 11.154 und 11.157). Art. 247 Abs. 2 ZPO sieht vor, dass das Gericht in solchen Streitigkeiten den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt. Diese sogenannte

abgeschwächte oder soziale Untersuchungsmaxime gebietet es dem Gericht zwar, bei der Feststellung des Sachverhalts und der Beweiserhebung insbesondere durch entsprechende Fragen mitzuwirken. Die Parteien werden dadurch aber nicht von der Pflicht zur Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhalts entbunden. Grundsätzlich bleibt es Sache der Parteien, die wesentlichen Tatsachen vorzutragen und die Beweismittel zu bezeichnen (vgl. Stephan Mazan, in: Karl Spühler/Luca Tenchio/Dominik Infanger [Hrsg.], Basler Kommentar Schweizerische Zivilprozessordnung, 3. Aufl. Basel 2017, N 3 ff. zu Art. 247 und Peter Guyan, N 3 ff. zu Art. 153; vgl. Franz Hasenböhler, in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO], 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2016, N 5 ff. zu Art. 153). 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 242 E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts vom 17. August 2015, 4A_246/2015, E. 2.2). Bewiesen werden müssen nur Tatsachenbehauptungen, die ausdrücklich bestritten sind. Bestreitungen sind so konkret zu halten, dass sich bestimmen lässt, welche einzelnen Behauptungen damit bestritten werden. Notwendig ist eine klare Äusserung, dass der Wahrheitsgehalt einer bestimmten und konkreten gegnerischen Behauptung infrage gestellt wird (vgl. zum Ganzen ausführlich BGE 141 III 437 f. E. 2.6). Mangels gegenteiliger Behauptungen und aufgrund der entsprechenden Ankündigung der Ausgleichskasse im Schreiben vom 21. November 2017 ist davon auszugehen, dass dem Beklagten die IV-Rentenleistungen direkt ausbezahlt worden sind und dieser somit für den Zeitraum 1. April 2011 bis 20. April 2012 sowohl Leistungen der Taggeldversicherung als auch Leistungen der Invalidenversicherung erhalten hat (vgl. act. G 1.44 f.). Aus diesem Grund ist die Klägerin der Ansicht, dass der Beklagte überentschädigt sei, d.h. dass die erhaltenen Versicherungsleistungen seinen Erwerbsausfall überstiegen hätten. Folglich fordert die Klägerin die von ihr im besagten Zeitraum entrichteten Taggeldleistungen im Umfang der von der Invalidenversicherung für denselben Zeitraum ausgerichteten Rentenleistungen zurück, da sie der Ansicht ist, sie habe ihre Leistungen subsidiär zu denjenigen von Sozialversicherungen zu erbringen (vgl. act. G 1). Um die Forderung der Klägerin beurteilen zu können, ist zunächst zu prüfen, ob es sich bei der vom Beklagten abgeschlossenen Krankentaggeldversicherung um eine sogenannte "Schadensversicherung" oder "Summenversicherung" handelt. Eine als Schadensversicherung ausgestaltete Krankentaggeldversicherung setzt einen Schaden, konkret den Nachweis einer tatsächlich erlittenen Erwerbseinbusse voraus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2007, 5C.21/2007, E. 3; vgl. BGE 104 II 49 f. E. 4c ff.). Demgegenüber werden bei einer Summenversicherung die Versicherungsleistungen ohne Rücksicht auf eine effektive Erwerbseinbusse bestimmt, sodass die vereinbarte Leistungssumme grundsätzlich unabhängig allfällig anderer Versicherungsansprüche geltend gemacht werden kann (Art. 96 VVG; Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2007, 5C.21/2007, E. 3; Christoph Graber, in: Heinrich Honsell/Nedim Peter Vogt/Anton K. Schnyder [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Basel 2011, N 2 ff. zu Art. 96). Beim Vorliegen einer Summenversicherung fiele eine Rückforderung wegen Überentschädigung somit

grundsätzlich ausser Betracht. Die Klägerin stellt sich mit Verweis auf Ziff. 1, 21 und 22 der AVB auf den Standpunkt, dass die vorliegend zu beurteilende Taggeldversicherung klar als Schadensversicherung zu qualifizieren sei. Sie setze nämlich sowohl das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit als auch einen nachweisbaren Erwerbsausfall voraus (vgl. act. G 1 S. 5 f. und 16 S. 3 ff.). Auch sei in den AVB die Möglichkeit zur Leistungskürzung, die Bemessung der versicherten Leistung entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit sowie die Pflicht der versicherten Person, den Grad der Erwerbsunfähigkeit zwecks Anpassung oder Aufhebung der Leistung mitzuteilen, vorgesehen. Dies seien Merkmale, die eine Erwerbsausfallversicherung als Schadensversicherung qualifizieren würden (act. G 16 S. 4 f.). Der Beklagte ist demgegenüber der Meinung, dass eine Summenversicherung vorliege. Einerseits sei in den AVB als Leistungsvoraussetzung lediglich der Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit genannt. Zudem sehe die Versicherungspolice eine feste Jahreslohnsomme vor, was ein klares Indiz für das Vorliegen einer Summenversicherung sei. Überdies habe die Klägerin ihm am 9. Dezember 2011 einen neuen Versicherungsantrag zugestellt, welcher inhaltlich der bestehenden Versicherung entsprochen habe, jedoch neu den Abschluss der Versicherung anhand eines Erwerbseinkommens vorgesehen habe. Dies habe die Klägerin wohl deshalb getan, weil ihr bewusst geworden sei, dass der vorliegende Versicherungsvertrag durch wörtliche Auslegung der Police als Summenversicherung anzusehen sei. Den Antrag habe er nicht unterschrieben. Auch seien die Prämien zu keiner Zeit an seinen Verdienst angepasst worden, was als weiteres Kriterium für das Vorliegen einer Summenversicherung anzusehen sei (act. G 5 S. 4 f.). Sodann ist der Beklagte der Ansicht, dass Ziff. 21.3 der AVB, welche vorsehe, dass die versicherte Person den Nachweis des Erwerbsaufalls zu erbringen habe, lediglich eine Präzisierung von Ziff. 21.2 der AVB darstelle und Ziff. 21.2 bei Leistungen von Summenversicherungen gerade nicht anwendbar sei. Die unter Ziff. 21 aufgeführten Bestimmungen seien somit nur anwendbar, wenn eine Qualifizierung als Schadensversicherung vorliege. Der Rückschluss der Klägerin, aus Ziff. 21.3 der AVB eine Schadensversicherung abzuleiten, gehe somit aus systematischer Auslegung fehl. Auch sei darauf hinzuweisen, dass die Klägerin nach Kenntnis der Arbeitsunfähigkeit von ihm nie einen Nachweis für das Vorliegen einer Erwerbseinbusse eingefordert habe, was zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen bei einer Schadensversicherung erforderlich gewesen wäre (act. G 18 S. 2 f.). Zwar ist es richtig, dass in der Police eine Jahreslohnsomme vereinbart worden ist (vgl. act. G 1.3 S. 2), was als Indiz für eine Summenversicherung zu werten ist. So heisst es denn auch in Ziff. 6.2 AVB, dass bei Selbständigerwerbenden, Betriebsinhabern und deren Familienmitgliedern, sofern diese nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt seien, der Versicherungsabschluss mit festen Jahreslohnsommen erfolge. Gleichzeitig sieht Ziff. 33.1 AVB vor, dass die Klägerin dem Versicherungsnehmer jeweils Ende Jahr ein Lohnsummendeklarationsformular zustelle, welches er innerhalb von 30 Tagen vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zurückzusenden habe. Die Klägerin erstelle daraufhin die endgültige Prämienberechnung für das vorausgegangene Jahr. Weiter heisst es in Ziff. 33.2 AVB, dass die Prämien durch Einschätzung festgesetzt würden, wenn der Versicherungsnehmer seiner Deklarationspflicht nicht nachkomme. Stelle sich später heraus, dass dadurch Prämien entgangen seien, schulde der Versicherungsnehmer neben dem Differenzbetrag einen Verzugszins. Sodann ist in Ziff. 33.3 der AVB vorgesehen, dass die Klägerin oder von ihr beauftragte Dritte das Recht haben, jederzeit Einsicht in die Lohnbuchhaltung des Versicherungsnehmers zu nehmen. Unwahre Angaben berechtigten die Klägerin vor Ablauf

der ordentlichen Kündigungsfrist vom Vertrag zurückzutreten. Ausserdem blieben Schadenersatzansprüche vorbehalten. Diese in Ziff. 33 AVB enthaltenen Bestimmungen machen deutlich, dass das effektiv erzielte Einkommen des Beklagten für die Versicherung bedeutsam ist. Zwar stehen die in Ziff. 33 AVB enthaltenen Bestimmungen in erster Linie im Zusammenhang mit den zu erhebenden Versicherungsprämien, jedoch sind sie gleichwohl ein Indiz dafür, dass die Versicherung nicht zwingend auf einer starren Lohnsumme beruht. Möglicherweise hat die Klägerin, wie vom Beklagten behauptet, zwar keine Prämienanpassungen anhand des Verdienstes vorgenommen (vgl. act. G 5 S. 4). Dieser Umstand würde aber nicht zwingend auf die Ausgestaltung der Versicherung als Summenversicherung hindeuten, sondern könnte ebenso gut auf einen Fehler in der Versicherungsdurchführung zurückzuführen sein. Dass das tatsächlich erzielte Einkommen des Beklagten für die Versicherungsabwicklung relevant gewesen ist, kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass der Beklagte der Klägerin eine Zusammenstellung seiner Einnahmen der Jahre 2009 und 2010 zukommen lassen hat (vgl. act. G 1.7). Besonders bedeutsam für die Qualifikation als Schadensversicherung ist sodann Ziff. 21.1 der AVB, welche festhält, dass ein Anspruch auf Taggeldleistungen nur in dem Masse bestehe, als der versicherten Person kein Versicherungsgewinn erwachse. Ziff. 21.2 der AVB definiert den Versicherungsgewinn als alle Leistungen, welche die volle Deckung des Erwerbsausfalles der versicherten Person übersteigen. Ausgenommen davon sind Leistungen von Summenversicherungen. Entgegen der Ansicht des Beklagten führt der in Ziff. 21.2 AVB erwähnte Ausschluss der Summenversicherungen nicht dazu, dass die Qualifikation der zu beurteilenden Taggeldversicherung als Schadens- oder Summenversicherung losgelöst von den in Ziff. 21 der AVB enthaltenen Bestimmungen vorzunehmen ist. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Ziff. 21.2 der AVB lediglich eine Definition für den Begriff Versicherungsgewinn enthält und im Rahmen dieser Definition korrekterweise festhält, dass die Frage, ob in einem konkreten Fall ein Versicherungsgewinn vorliegt, unabhängig von allfälligen Leistungen von Summenversicherungen zu beantworten ist (vgl. dazu E. 3.2). Für die Qualifikation der vorliegenden Versicherung als Schadens- oder Summenversicherung ist aber nicht die in Ziff. 21.2 enthaltene Definition des Begriffs "Versicherungsgewinn" von Bedeutung, sondern das in Ziff. 21.1 statuierte Bereicherungsverbot. Dieses spricht klar für das Vorliegen einer Schadensversicherung. Anhaltspunkte dafür, dass Ziff. 21.1 der AVB vorliegend nicht anwendbar wäre, liegen nicht vor. Ebenso bedeutsam für die Qualifikation als Schadensversicherung ist Ziff. 21.3 der AVB, welche festhält, dass die versicherte Person den Nachweis von Erwerbsausfall zu erbringen hat, ansonsten kein Anspruch auf Taggeldleistungen besteht. Ob die Klägerin dann tatsächlich einen Nachweis des Erwerbsausfalls verlangt hat, lässt, wie bereits erwähnt, nicht zwingend einen Rückschluss auf die Natur der Versicherung zu, wobei vorliegend ohnehin aus den Akten hervorgeht, dass der Beklagte Zusammenstellungen der Einnahmen eingereicht hat (vgl. act. G 1.7). Zwar ist dem Beklagten darin zuzustimmen, dass in den AVB unter dem Übertitel "Leistungsvoraussetzungen" im Wesentlichen lediglich die Arbeitsunfähigkeit, nicht aber ein Erwerbsausfall genannt ist. Dies ändert aber nichts daran, dass Ziff. 21 AVB, wenn auch nicht unter dem Titel "Leistungsvoraussetzungen", weitere Bedingungen für den Taggeldanspruch statuiert. Zudem sieht Ziff. 22.2 AVB explizit auch für Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber und deren Familienmitglieder, die nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt sind, vor, dass die Leistungen gemäss der vorliegenden Versicherung jeweils im Nachgang zu sozialen Versicherungen erbracht werden. Würde es sich bei der zu beurteilenden

Taggeldversicherung um eine Summenversicherung handeln, wäre diese Bestimmung nicht passend, da die Taggeldleistungen grundsätzlich kumulativ zu anderen Versicherungsleistungen zu entrichten wären. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die vom Beklagten abgeschlossene Taggeldversicherung trotz des Vorliegens gewisser Merkmale einer Summenversicherung als Schadensversicherung zu qualifizieren ist. Aus diesem Grund und insbesondere gestützt auf Ziff. 21 i.V.m. Ziff. 22.2 der AVB reduziert sich der Taggeldanspruch des Beklagten im Umfang der für den Zeitraum vom 1. April 2011 bis 20. April 2012 ebenfalls ausgerichteten Leistungen der Invalidenversicherung. Da die Klägerin gestützt auf Ziff. 24.1 der AVB zur Leistung gehalten gewesen war, bevor sie vom Anspruch des Beklagten auf die befristete Rente der Invalidenversicherung erfahren hat, ist sie gestützt auf Art. 62 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (OR; SR 220) dazu berechtigt, die von ihr erbrachten Leistungen im Umfang der nachträglich weggefallenen Leistungspflicht vom Beklagten zurückzufordern (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 6. Januar 2014, 4A_425/2013; vgl. ferner act. G 1 S. 7). Die Klägerin hat den Forderungsbetrag auf Fr. 27'981.-- beziffert (vgl. act. G 1; vgl. ferner act. G 1.45). Gestützt auf die sich in den Akten befindende Verfügung der IV-Stelle vom 8. November 2017 (act. G 1.43), das Schreiben der Ausgleichskasse C.____ vom 21. November 2017, das von der Ausgleichskasse eingereichte Antragsformular für die Verrechnung der Leistungen (vgl. act. G 1.44) sowie mangels gegenteiliger Behauptungen ist davon auszugehen, dass der Beklagte für den Zeitraum vom 1. April 2011 bis 30. November 2012 Leistungen der Invalidenversicherung in der Höhe von Fr. 42'346.-- erhalten hat. Entsprechend der Abrechnung der Ausgleichskasse ist sodann anzunehmen, dass sich die IV-Leistungen im hier interessierenden Zeitraum vom 1. April 2011 bis 20. April 2012, in welchem gleichzeitig Taggeldleistungen ausgerichtet worden sind, auf Fr. 27'921.35 belaufen haben (Fr. 20'709.-- + Fr. 5'901.-- [3 x Fr. 1'967.--] + Fr. 1'311.33 [Fr. 1'967.-- / 30 x 20]; vgl. act. G 1.44 S. 3 und 1.46 S. 6). Wie die Klägerin auf einen Betrag von Fr. 27'981.-- kommt (vgl. act. G 1, 1.45 und 1.47), erschliesst sich dem Gericht nicht. Der Forderungsbetrag von Fr. 27'921.35 ist jedoch rechtsgenügend ausgewiesen. Mangels anderer Abmachungen und Behauptungen der Parteien ist gestützt auf Art. 75 OR auch die Fälligkeit der Forderung anzunehmen. Dass die von der Klägerin geltend gemachte Forderung bereits verjährt sei, bringt der Beklagte nicht vor. Ausführungen dazu erübrigen sich somit (vgl. Art. 142 OR). Schliesslich beantragt die Klägerin vom Beklagten Verzugszins von 5 % seit dem 18. Dezember 2017, da sie den Beklagten dazu aufgefordert habe, ihr den Verrechnungsantrag der Ausgleichskasse bis zu diesem Termin zurückzusenden. Indem er die Unterzeichnung des Antrags bzw. deren Rücksendung unterlassen habe, sei er mit Ablauf des gesetzten Termins in Schuldnerverzug geraten (vgl. act. G 1 S. 7). Demgegenüber ist der Beklagte der Ansicht, dass ein allfälliger Verzugszins von 5 % erst ab Einleitung der Betreuung, sprich ab dem 2. November 2018 geschuldet sei, da erst zu diesem Zeitpunkt nach Abbruch von Vergleichshandlungen eindeutig gewesen sei, dass er nicht zur Rückzahlung gewillt sei (act. G 5 S. 5). Gemäss Art. 104 Abs. 1 OR hat ein Schuldner Verzugszinse zu fünf vom Hundert für das Jahr zu bezahlen, wenn er mit der Zahlung einer Geldschuld in Verzug ist. Der Schuldnerverzug tritt ein, wenn eine Verbindlichkeit fällig ist und der Schuldner durch Mahnung des Gläubigers in Verzug gesetzt worden ist (Art. 102 Abs. 1 OR). Wenn für die Erfüllung ein bestimmter Verfalltag verabredet worden ist oder sich ein solcher infolge einer vorbehaltenen und gehörig vorgenommenen Kündigung ergibt, so kommt der Schuldner schon mit Ablauf dieses Tages in Verzug (Art. 102 Abs. 2 OR). Unter Mahnung

wird die an den Schuldner gerichtete Erklärung des Gläubigers verstanden, durch die er in unmissverständlicher Weise die unverzügliche Erbringung der fälligen Leistung beansprucht. Die Mahnung muss nicht nur klar zum Ausdruck bringen, dass der Gläubiger die versprochene Leistung endgültig verlangt, sondern auch deren Quantität, Qualität und deren Erfüllungsort richtig bezeichnen. Wenn mit der Mahnung mehr oder anderes verlangt wird als dem Gläubiger zusteht, so ist grundsätzlich darauf abzustellen, ob der Schuldner erkennen kann, dass die geschuldete Leistung gefordert wird (zum Ganzen BGE 129 III 541 f. E. 3.2.2; Wolfgang Wiegand, in: Heinrich Honsell/Nedim Peter Vogt/Wolfgang Wiegand [Hrsg.], Basler Kommentar Obligationenrecht I, 6. Aufl. Basel 2015, N 5 f. zu Art. 102 mit Hinweisen). Ein Verfalltag geht für die Rückforderung weder aus der Police noch aus den AVB hervor (vgl. act. G 1.1 und 1.3). Auch geben die Akten keinen Hinweis auf eine entsprechende Abmachung der Parteien. Ein Verfalltag, welcher den Schuldnerverzug hätte eintreten lassen können, ist somit nicht gegeben. Das Schreiben der Klägerin vom 11. Dezember 2017, mit welchem sie den Beklagten dazu aufgefordert hat, den Verrechnungsantrag zu unterzeichnen und ihr bis zum 18. Dezember 2017 zurückzusenden (vgl. act. G 1.45), kann sodann nicht als Mahnung betrachtet werden. Aus diesem Schreiben geht nicht unmissverständlich hervor, dass die Klägerin den Beklagten zur Zahlung auffordert. Vielmehr heisst es in dem Schreiben, dass die Taggelder direkt bei der Ausgleichskasse eingefordert würden. Auch wird der Beklagte in dem Schreiben lediglich zu einer Unterschrift, nicht jedoch zu einer Zahlung aufgefordert. Ferner wird nicht angekündigt, dass bei Verweigerung der Unterschrift ihm direkt Rechnung gestellt werde. Selbst wenn dies der Fall gewesen wäre, würde dies noch keine den Verzug auslösende Mahnung darstellen. Aus diesen Gründen kann das Schreiben vom 11. Dezember 2017 nicht als Mahnung betrachtet werden. Folglich ist der Beklagte durch dieses Schreiben nicht in den Schuldnerverzug geraten. Ausser den Betreibungsunterlagen hat die Klägerin keine Nachweise einer rechtsgültigen Mahnung eingereicht. Demnach ist mit dem Beklagten davon auszugehen, dass der Schuldnerverzug nicht vor der Einleitung der Betreuung eingetreten ist (vgl. act. G 5 S. 5). Mittels Betreuung hat die Klägerin den Beklagten ausdrücklich zur Zahlung aufgefordert, wobei es für den Beklagten erkennbar gewesen ist, welche Forderung die Klägerin von ihm verlangt, obwohl der in Betreuung gesetzte Betrag leicht vom in diesem Verfahren nachgewiesenen Forderungsbetrag abweicht (vgl. E. 4). Ob der Verzugsbeginn bereits mit Einleitung der Betreuung (vgl. act. G 1.47) oder erst mit Zustellung des Zahlungsbefehls eingetreten ist (vgl. act. G 1.48 S. 2), ist nicht weiter zu erörtern, da der Klägerin nicht weniger zuzusprechen ist als vom Beklagten anerkannt worden ist (vgl. Art. 58 Abs. 1 ZPO). Der Verzugszins ist somit ab Einleitung der Betreuung vom 2. November 2018 zuzusprechen (vgl. act. G 1.47). Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Der Beklagte ist zu verpflichten, der Klägerin Fr. 27'921.35 zuzüglich Verzugszins zu 5 % ab dem 2. November 2018 zu bezahlen. In diesem Umfang ist in der Betreuung Nr. XXXXXX des Betreibungsamtes D.____ definitive Rechtsöffnung zu erteilen. Die Betreuungskosten von Fr. 103.30 sind von Gesetzes wegen geschuldet (Art. 68 SchKG). Entsprechend bedarf es zu deren Durchsetzung weder eines Urteils noch eines Rechtsöffnungsentscheids (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden vom 30. April 2015, S 13 147, E. 10 mit Hinweisen). Gemäss Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten der unterliegenden Partei auferlegt. Hat keine Partei vollständig obsiegt, so werden diese nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt (Art. 106 Abs. 2 ZPO). Die Klägerin dringt mit ihrer Leistungsklage (beinahe) vollständig durch. Der zu früh angesetzte Verzugsbeginn

sowie die marginal falsche Berechnung der Rückforderung sind von derart untergeordneter Bedeutung, dass die Klägerin in Bezug auf die Verteilung der Prozesskosten als vollständig obsiegend zu gelten hat. Entsprechend hätte der Beklagte grundsätzlich die Prozesskosten (Gerichts- und Parteientschädigung; Art. 95 Abs. 1 ZPO) zu tragen, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, dass ihm die unentgeltliche Rechtsverteidigung gewährt worden ist (vgl. act. G 14). Gerichtskosten sind gemäss Art. 114 lit. e ZPO keine zu erheben. Die obsiegende Klägerin hat die Zusprache einer Parteientschädigung beantragt (vgl. act. G 1 S. 2). Dieses Verfahren ist von Angestellten ihres Rechtsdienstes geführt worden, die nicht als berufsmässige Vertreter i.S.v. Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO gelten (vgl. Viktor Rüegg/Michael Rüegg, in: Karl Spühler/Luca Tenchio/Dominik Infanger [Hrsg.], Basler Kommentar Schweizerische Zivilprozessordnung, 3. Aufl. Basel 2017, N 18 zu Art. 95 mit Hinweisen; Benedikt A. Suter/Cristina von Holzen, in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO], 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2016; N 36 und 43 zu Art. 95 mit Hinweisen). Daher besteht unter diesem Titel kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Ferner liegt auch kein begründeter Fall i.S.v. Art. 95 Abs. 3 lit. c ZPO vor, wonach der Klägerin eine angemessene Umtriebsentschädigung zuzusprechen wäre. Ersatz für notwendige Auslagen gemäss Art. 95 Abs. 3 lit. a ZPO wird ebenfalls nicht geltend gemacht. Die Klägerin hat daher keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des unterliegenden Beklagten (vgl. Art. 118 Abs. 1 lit. c ZPO). Die Parteientschädigung spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 ZPO i.V.m. Art. 96 ZPO). Das mittlere Honorar im Zivilprozess beträgt nach Art. 14 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) Fr. 2'000.-- bei einem Streitwert von über Fr. 10'000.-- bis Fr. 30'000.-- zuzüglich 14 % des Streitwerts. Bei einem Streitwert von Fr. 27'981.-- (vgl. Art. 91 Abs. 1 ZPO; vgl. act. G 1) resultiert damit ein Honorar von gerundet Fr. 5'917.35.-- (Fr. 2'000.-- + 14 % von Fr. 27'981.--). Dieses ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Dadurch resultiert eine Parteientschädigung von Fr. 4'733.90. Dazu kommt eine Barauslagenpauschale von Fr. 189.35 (4 % des Honorars; vgl. Art. 28 bis HonO). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin des Beklagten mit Fr. 4'923.25 zu entschädigen. Mangels eines entsprechend begründeten Antrags ist kein Mehrwertsteuerzuschlag hinzuzurechnen (vgl. Art. 29 HonO). Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 des sankt-gallischen Reglements über Organisation und Geschäftsgang des Versicherungsgerichtes (OrgR; sGS 941.114) In teilweiser Gutheissung der Klage wird der Beklagte im Sinne der Erwägungen verpflichtet, der Klägerin Fr. 27'921.35 zuzüglich Verzugszins zu 5 % seit dem 2. November 2018 zu bezahlen. In diesem Umfang wird der Klägerin in der Betreuung Nr. XXXXX des Betreibungsamtes D.____ definitive Rechtsöffnung erteilt. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin des Beklagten zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 4'923.25. Das Gesuch der Klägerin um eine Parteientschädigung wird abgewiesen.