

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2022/11 vom 15. Februar 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-02-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV-Z_2022_11

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2022/11 du 15 février 2024

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2022/11 del 15 febbraio 2024

Regeste

Art. 243 Abs. 2 lit. f und 247 Abs. 2 ZPO. Krankentaggeldversicherung nach VVG. Soziale Untersuchungsmaxime. Feststellung des Sachverhalts. Auch bei einer durch den Versicherer beabsichtigten Leistungseinstellung hat die versicherte Person grundsätzlich zu beweisen, dass sie weiterhin arbeitsunfähig ist und daher Anspruch auf Taggelder hat. Dabei genügt die pauschale Bestreitung der Feststellungen einer vom Versicherer eingeholten fachärztlichen Expertise nicht (Erw. 4.4). Die vom Beschwerdeführer beigebrachten Berichte der behandelnden Ärzte vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Zudem sind die beteiligten Arztpersonen als fachlich kompetent und unbefangen sowie das Gutachten als schlüssig anzusehen. Einholung eines Gerichtsgutachtens abgelehnt (Erw. 4.5)(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Februar 2024, KV-Z 2022/11). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 4A_205/2024.

Volltext

Entscheid vom 15. Februar 2024 Besetzung Versicherungsrichterinnen Tanja Petrik-Haltiner (Vorsitz), Marie Löhner und Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiber Jürg Schutzbach Geschäftsnr. KV-Z 2022/11 Parteien A.____, Kläger, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli, advokatur am brühl, Scheffelstrasse 2, 9000 St. Gallen, gegen Baloise Versicherung AG, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel, Beklagte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Oskar Müller, Steinhäuserstrasse 51, Postfach 7552, 6302 Zug, Gegenstand Forderung aus Krankentaggeldversicherung Sachverhalt Der als Bauisolierer und Dachdecker tätig gewesene A.____ war über seine Arbeitgeberin bei der Baloise-Versicherung AG (nachfolgend: Versicherung) krankentaggeldversichert und bezog auf Grund von Kniebeschwerden (Meniskusoperation links am 27. Januar 2020, Kniegelenksarthrose beidseits) - gestützt auf ärztliche Zeugnisse der Orthopädie Klinik B.____, ab der zweiten Phase im Oktober 2020 gestützt auf Zeugnisse seines Hausarztes Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH speziell Geriatrie, die jeweils eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatten - vom 26. Februar 2020 bis zum 30. Juni 2020 (mit Unterbrüchen infolge zweier Arbeitsversuche) und vom 5. Oktober 2020 bis zum 31. Juli 2021 Taggelder in Höhe von je Fr. 196.60, basierend auf einem versicherten Verdienst von Fr. 89'700.-- (act. G 7.1/7 f., 8, 10, 16, 35.1, 56.2, 59.2, 66.2, 77.2, 82.2, 91.2, 115.2, 116.2, 121.2, 123.2). Ein Jahr nach Eintritt der ersten Arbeitsunfähigkeit teilte die Versicherung dem Versicherten am 27. Januar 2021 mit, dass er sich einer funktionsorientierten medizinischen Abklärung (FOMA) bei der AEH Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG, Zürich (nachfolgend: AEH), zu unterziehen habe (act. G 7.1/79). Deren Experten (PD Dr. med. D.____, FMH Physikalische

Medizin und Rehabilitation/Rheumatologie; med. pract. E.____, Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin; F.____, Physiotherapeut) diagnostizierten (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine Gonarthrose beidseits bei Zustand nach KAS (Kniearthroskopie) links mit Synovektomie infrapatellär, Meniskustoilette medial und Osteophytenabtragung intercondylär am 27. Januar 2020, sowie Zustand nach KAS rechts mit Knorpeldébridement, Mikrofrakturierung sowie Plicaresektion, partieller Synovektomie und Gelenkstoilette am 19. Dezember 2002. Des Weiteren diagnostizierten sie ein lumbales bis lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei mehrsegmentaler Osteochondrose, Spondylose und Bandscheibenprotrusionen auf mehreren Etagen, vor allem L1/2. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie unter anderem Schulterschmerzen links und Fingerpolyarthrosen. Die angestammte Tätigkeit beurteilten die Experten grundsätzlich als schwere Tätigkeit, wobei sowohl die in den Hebetests als auch in Bezug auf die relevanten Haltungen und Bewegungen gezeigte Leistung unter den Anforderungen liege. Bei fraglicher Leistungsbereitschaft des Versicherten sei jedoch davon auszugehen, dass er die verschiedenen Teilaufgaben (Isolationsplatten verlegen, Dachpappe schweissen, Abdichten mit Flüssigkunststoff, Arbeitsverteilung und Kontrolle) im Minimum je manchmal durchführen könnte. Eine andere zumutbare Tätigkeit (Verweistätigkeit) beurteilten sie als knapp mittelschwer, ganztags auszuüben. Dabei sollten wiederholte Kniebeugen und Leiternsteigen nur selten (d.h. maximal ½ Stunde pro Tag, verteilt) vorkommen. Knien, Hockstellung, Gehen und Treppensteigen sollten nur manchmal (d.h. max. 3 Stunden pro Tag, verteilt) vorkommen. Arbeit über Schulterhöhe und vorgeneigtes Stehen seien im Minimum manchmal möglich, könnten aber auf Grund der Selbstlimitierung bei diesen Tests nicht abschliessend beurteilt werden. Für die angestammte Tätigkeit erachteten die Experten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bei 75%iger Präsenz mit 2 Stunden vermehrter Pause, um Gelenk- und Rückenschmerzen vorzubeugen, als zumutbar. In einer adaptierten Tätigkeit erachteten sie den Versicherten zu 100 % arbeitsfähig (act. G 7.1/94). Mit Schreiben vom 30. März 2021 teilte die Versicherung dem Versicherten mit, dass er bei der bisherigen Tätigkeit als Bauspengler bei einem Pensum von 75 % maximal zu 50 % arbeitsfähig sei. Hingegen könne er eine angepasste Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausführen. Wie mit dem Arbeitgeber besprochen, könne dieser ihm keine geeignete Arbeit anbieten, weshalb die Weiterführung des Arbeitsverhältnisses wirtschaftlich nicht mehr sinnvoll sei. Unter Berücksichtigung einer Übergangsfrist werde das Taggeld - sofern entsprechende Arztzeugnisse beigebracht werden - noch maximal bis zum 31. Juli 2021 ausgerichtet (act. G 7.1/103). Auf Intervention des Rechtsvertreters des Versicherten vom 14. Juli 2021 stellte die Versicherung mit Schlussabrechnungen vom 31. August 2021 und vom 10. September 2021 auf einen versicherten Verdienst von nunmehr Fr. 100'662.50 ab, berechnete das Taggeld neu - wie vom Rechtsvertreter verlangt - auf Fr. 220.65 und richtete die entsprechenden Nachzahlungen aus (allerdings nur noch bis 30. Juli 2021 [act. G 7.1/130 -132]). Auf die übrigen Einwände - namentlich, dass der Taggeldversicherer die Leistungen nicht ohne Weiteres einstellen könne, sondern anhand der konkreten Verhältnisse auf dem realen, der versicherten Person zur Verfügung stehenden Arbeitsmarkt die Erwerbseinbusse festzustellen sei - führte sie mit Schreiben vom 19. Juli 2021 lediglich aus, dass vorliegend die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit versichert sei und dem Versicherten die vorgeschriebene Übergangsfrist gemäss Art. D4 Abs. 1 und Abs. 2 AVB im praxisgemäss vorgesehenen Umfang von 3 bis 5 Monaten gewährt worden sei (act. G 7.1/125/1 und 127). Am 16. Dezember 2021 reichte der Rechtsvertreter weitere Unterlagen der behandelnden

Ärzte des Versicherten ein und beantragte die nochmalige Prüfung der Leistungseinstellung (act. G 7.1/135 - 143). Unter Berufung auf ihren beratenden Arzt, Dr. med. G.____, Allgemeine Medizin (Second Medical Opinion), führte die Versicherung mit Schreiben vom 6. Januar 2022 aus, die Möglichkeit eines erhöhten kardiovaskulären Risikos begründe keine weitere Arbeitsunfähigkeit und sollte zwischenzeitlich eine erhebliche kardiovaskuläre Erkrankung diagnostiziert worden sein, so wäre dies neben der bisherigen Knie- und Rückenproblematik eine neue Diagnose, die nicht über den Kollektivkrankentaggeldvertrag versichert sei. Die beschriebenen fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der LWS mit Bandscheibenprotrusionen seien bereits im Rahmen der Beurteilung durch das AEH bekannt gewesen. Dabei läge keine wesentliche Beeinträchtigung der Nervenwurzeln L5 und S1 vor, insbesondere beständen keine motorischen Ausfälle und würden keine unerträglichen Schmerzen beschrieben, die eine Operationsindikation oder einen genügenden Krankheitswert für die Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit begründen würden. Auch die Fingerarthrosen seien bereits im Rahmen der AEH-Untersuchung bekannt gewesen und seien für die Arbeitsfähigkeit als irrelevant beurteilt worden. Es lägen somit keine neuen medizinischen Erkenntnisse vor, die eine weitere Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Es sei deshalb an der funktionsorientierten medizinischen Abklärung festzuhalten, die zudem eine deutliche Selbstlimitierung beschreibe. Ab 1. August 2021 bestehe demnach kein Taggeldanspruch mehr (act. G 7.1/145). Am 12. August 2022 erhebt der Versicherte (nachfolgend: Kläger) Klage gegen die Versicherung (nachfolgend: Beklagte). Darin beantragt er, die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger 257 Taggelder zu 100 % à Fr. 220.65, total Fr. 56'707.05, zuzüglich 5 % Zins seit dem 1. Dezember 2021 (mittlerer Verfall) zu bezahlen. Im Wesentlichen macht er geltend, der Bericht des AEH basiere auf Tests, die von einem voreingenommenen Physiotherapeuten durchgeführt worden seien und nach dessen Angaben zu keinen verwertbaren Ergebnissen geführt hätten. Der zweite Teil des Berichts bestehe in einer lediglich auf Akten basierenden Stellungnahme einer Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin und es seien lediglich einzelne Vorakten selektiv aufgeführt worden, so dass nicht ersichtlich sei, ob alle relevanten Vorakten vorgelegen hätten und berücksichtigt worden seien. Die Berichterstatterin decke nicht alle erforderlichen Fachdisziplinen ab. Das AEH sei nicht unabhängig, sondern schwergewichtig im Auftrag von Privatversicherungen wie der Beklagten tätig. Solchen Berichten sei weniger Beweiswert beizumessen als Berichten behandelnder Arztpersonen. Dr. C.____ habe für die relevante Zeit für eine adaptierte Tätigkeit durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % attestiert. Sollte nicht darauf abgestellt werden, bestehe auf jeden Fall Anlass zur Einholung eines gerichtlichen Gutachtens (G 1). Die Beklagte beantragt am 3. November 2022, die Klage sei abzuweisen. Zunächst werde bestritten, dass der Taggeldansatz Fr. 220.65 betrage. Dieser betrage lediglich Fr. 196.60. Die Leistungseinstellung sei sodann gestützt auf das beweiswertige Gutachten des AEH erfolgt. Es treffe nicht zu, dass der zweite Teil des Berichts lediglich in einer auf Akten basierenden Stellungnahme einer Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin bestehe. Die fachärztliche Beurteilung umfasse nebst der Beurteilung der bildgebenden Untersuchungen und Akten auch eine klinische Untersuchung und deren Würdigung. Ergänzend sei auf die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung des Bundesgerichts hinzuweisen, wonach selbst Parteigutachten - was auf das AEH-Gutachten nicht zutrefte - beweiswertig und beweisen genügend seien. Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzten komme Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erschienen, nachvollziehbar

begründet sowie in sich widerspruchsfrei seien und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprächen. Der klägerische Rechtsvertreter habe denn auch vorprozessual keine Einwände zum Gutachten der AEH erhoben. Demgegenüber komme dem Arbeitsunfähigkeitsattest von Dr. C.____ nicht derselbe Beweiswert zu wie den Berichten von Ärzten, die von der Versicherung mit der Erstattung einer neutralen Expertise beauftragt worden seien. Auf der Grundlage der nachvollziehbaren Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit hätten die Gutachter gefolgert, dass der Kläger in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig sei. Auch nach Vorlage der durch den Kläger neu aufgelegten Arztberichte bestätige der Vertrauensarzt der Beklagten, Dr. G.____, seine bisherige medizinische Beurteilung und das Leistungsprofil mit dem Ergebnis, dass für eine leichte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (act. G 7). Nach Verzicht auf eine mündliche Verhandlung erstattet der Kläger am 20. April 2023 eine Replik und hält unverändert an seinen Anträgen fest. Auf das vorliegende Vertragsverhältnis seien vorab die vertraglichen Vereinbarungen anwendbar, somit sei vor allem die Police der Kollektivtaggeldversicherung vom 4. Juli 2017 inkl. der dazugehörigen AVB massgebend. Die Beklagte orientiere sich in ihren Ausführungen wiederholt an den Anspruchsgrundlagen für sozialversicherungsrechtliche Leistungen bzw. der dazugehörigen Rechtsprechung, weshalb ein bedeutender Teil der Ausführungen nicht geeignet sei, um den vorliegenden Streitgegenstand beurteilen zu können. Es werde bestritten, dass dem Gutachten des AEH ein über den Stellenwert einer blossen Parteibehauptung hinausgehender Beweiswert zukomme. In Art. A2 Abs. 3 AVB werde eine zumutbare Verweistätigkeit als solche beschrieben, "die dem Versicherten aufgrund seiner Ausbildung sowie seiner physischen und intellektuellen Eignung, auf dem in Betracht kommenden Arbeitsmarkt, erfahrungsgemäss tatsächlich zugänglich" sei. Die vorliegend relevante Grundlage unterstelle daher keinen theoretischen und abstrakten ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Nach der allgemeinen Beweislastregel des Art. 8 ZGB habe der Kläger die anspruchsbegründende Tatsache des Fortbestands seiner Arbeitsunfähigkeit zu beweisen. Ein Zeugnis beweise die Arbeitsunfähigkeit nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ohne Weiteres. Entgegen der Ansicht der Beklagten komme dagegen einem im Auftrag einer Partei eingeholten Gutachten nicht die Qualität eines Beweismittels im Sinn von Art. 168 Abs. 1 ZPO, sondern lediglich einer Parteibehauptung, zu. Nachdem die Beklagte bis anhin abgesehen vom AEH-Gutachten und den versicherungsinternen Berichten von Dr. G.____ keine weiteren Indizien für die Arbeitsfähigkeit des Klägers angebe, sei auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte, insbesondere von Dr. C.____, abzustellen. Zudem wiesen die Zeugnisse von Dr. C.____ und diverse andere fachärztliche Berichte limitierende Befunde aus, welche durch das AEH-Gutachten oder die Stellungnahme von Dr. G.____ nicht grundsätzlich in Frage gestellt würden. Die abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Klägers durch die Begutachtenden der AEH ergebe sich vielmehr auf Grund unterschiedlicher Einschätzungen bezüglich der Auswirkungen der Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit. Dass es dem Kläger nicht mehr zumutbar gewesen sei, in seinem bisherigen Beruf weiter zu arbeiten, werde grundsätzlich auch von der Beklagten nicht in Abrede gestellt. Die Beklagte führe aber nicht aus, welche leidensangepassten Tätigkeiten sie konkret als zumutbar erachte. Der Kläger habe keine schweizerische Berufsbildung, spreche nur unzureichend Deutsch und sei zu Beginn der vorliegend interessierenden Zeitspanne bereits 59 Jahre alt gewesen. Zu beachten sei ferner, dass der Kläger auch gemäss AEH-Gutachten nur unter Berücksichtigung diverser auf seine Beschwerden

abgestimmter Kriterien arbeitsfähig sei. Es sei nahezu ausgeschlossen, dass er sich tatsächlich ohne Weiteres erfolgreich beruflich umorientieren könne. Angesichts der selbst in ideal leidensangepassten Tätigkeiten sehr geringen Arbeitsfähigkeit von 20 % erscheine die Annahme, dass der Kläger auf dem konkret in Betracht kommenden Arbeitsmarkt eine geeignete Stelle finde, nahezu ausgeschlossen. Er sei daher als vollständig arbeitsunfähig zu qualifizieren, wodurch ihm Taggelder gemäss Rechtsbegehren zuständen (act. G 17). Die Beklagte hält mit Duplik vom 10. August 2023 ebenfalls an ihrem Antrag fest. Der Kläger sei weiterhin nicht in der Lage, seine Vorbehalte gegenüber der Untersuchung durch die AEH beweisen genügend zu begründen. Es treffe sodann nicht zu, dass ein ärztliches Zeugnis ohne Weiteres die Arbeitsunfähigkeit bestätige. Vielmehr gehe das Bundesgericht davon aus, dass echtzeitliche Arbeitsunfähigkeitsatteste der behandelnden Ärzte bloss Parteibehauptungen darstellten und somit nicht geeignet seien, die behauptete Arbeitsunfähigkeit zu belegen. Der Kläger begründe bislang nicht substantiiert, inwiefern das AEH-Gutachten inhaltlich unzutreffend sei. Er beschränke sich auf formelle Einwände. Im Gegensatz zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Hausarzt sei im AEH-Gutachten die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Würdigung der Diagnosen, der Akten mit bildgebenden Unterlagen, der klinischen Untersuchung sowie in Würdigung der durchgeführten Tests erfolgt; zu dieser Einschätzung würden weder der Kläger noch der Hausarzt Stellung nehmen. Sei die versicherte Person imstande, eine zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich auszuüben, könne die Beklagte bei langer Dauer der Arbeitsunfähigkeit verlangen, dass die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit anpasse oder eine andere Tätigkeit annehme. Die Beklagte müsse die versicherte Person dazu schriftlich auffordern und ihr eine angemessene Frist zur beruflichen Umorientierung ansetzen (D4 Abs. 1 AVB). Dieser Vorgabe sei die Beklagte mit dem Schreiben vom 30. März 2021 nachgekommen. Die Beklagte sei nicht verpflichtet, dem Kläger Tätigkeiten aufzuzeigen, die für ihn zumutbar seien. Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch des Klägers auf Taggeldleistungen der Beklagten über die bereits bis zum 31. Juli 2021 entrichteten Leistungen hinaus. Das Bundesgericht subsumiert kollektive Krankentaggeldversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) - auch solche, welche die Arbeitgebenden abschliessen, um die Folgen ihrer Lohnfortzahlungspflicht nach Art. 324a des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht [OR; SR 220]) zu versichern und welche damit in keinem direkten Zusammenhang zur sozialen Krankenversicherung nach KVG stehen - in ständiger Rechtsprechung unter die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung (Urteil vom 29. April 2015, 4A_680/2014, E. 2.1, mit Hinweis u.a. auf BGE 138 III 2 E. 1.1; vgl. auch Anna Katharina Zimmermann, Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, 2022, S. 87, Rz. 158). Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), Ausgabe 2015 (act. G 1.3), und der Police vom 4. Juli 2017 (act. G 1.2). Gemäss Art. G6 AVB haben versicherte Personen die Möglichkeit, nebst dem ordentlichen Gerichtsstand (Sitz der Beklagten) auch an ihrem Arbeitsort gegen die Versicherung zu klagen (act. G 1.3). Mit dem Arbeitsort des Klägers im Kanton St. Gallen (Filialbetrieb H.____ SG [vgl. act. G 1.5]) ist die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen gegeben. Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit 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). Damit ist auch die Voraussetzung der sachlichen Zuständigkeit erfüllt. Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht muss kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchgeführt werden (vgl. BGE 138 III 558 E. 4.6). Die Eintretensvoraussetzungen sind somit erfüllt und auf die Klage ist einzutreten. 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, wobei gemäss Art. 219 ZPO die Bestimmungen über das ordentliche Verfahren sinngemäss gelten (vgl. Christoph Leuenberger/Beatrice Uffer-Tobler, Schweizerisches Zivilprozessrecht, 2. Aufl. 2016, Rz. 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 (erhöhte Fragepflicht). 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. Das Gericht ermittelt nicht aus eigenem Antrieb (Entscheid des Bundesgerichts vom 13. September 2021, 4A_144/2021, E. 4.2.2; vgl. auch Stephan Mazan, N 3 ff. zu Art. 247, in: Karl Spühler/Luca Tenchio/Dominik Infanger [Hrsg.], Schweizerische Zivilprozessordnung, Basler Kommentar, 3. Aufl. 2017 [nachfolgend zitiert: BSK ZPO], BSK ZPO-Guyan, N 3 ff. zu Art. 153; vgl. Franz Hasenböhler, N 5 ff. zu Art. 153, in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO], 3. Aufl. 2016). 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. Dementsprechend 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 derjenigen Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet (BGE 141 III 241 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Ein Beweis gilt als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist. Absolute Gewissheit kann dabei nicht verlangt werden. Es genügt, wenn das Gericht am Vorliegen der behaupteten Tatsache keine ernsthaften Zweifel mehr hat oder allenfalls verbleibende Zweifel als leicht erscheinen (BGE 148 III 105 E. 3.3.1). Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, genoss die anspruchsberechtigte Person nach der früheren Rechtsprechung des Bundesgerichts insofern eine Beweiserleichterung, als sie nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hatte. Allerdings konnte der Versicherer im Rahmen des Gegenbeweises Indizien geltend machen, welche die Glaubwürdigkeit des Ansprechers erschüttern oder erhebliche Zweifel an seinen Schilderungen erwecken konnten. Gelang der Gegenbeweis, durften die behaupteten

Tatsachen nicht als überwiegend wahrscheinlich und damit nicht als bewiesen anerkannt werden. Der Hauptbeweis war vielmehr gescheitert (BGE 130 III 326 E. 3.4). Mit BGE 148 III 108 E. 3.3.1 hat das Bundesgericht diese langjährige Praxis dahingehend geändert, dass die Herabsetzung des Beweismasses für eine behauptete Arbeitsunfähigkeit nicht gelte, da diese ohne Weiteres mit einem entsprechenden Zeugnis bewiesen werden könne. Diesbezüglich gelte das ordentliche Beweismass der vollen Überzeugung (ebenso im Urteil des Bundesgerichts vom 13. September 2021, 4A_144/2021, E. 5.2). An der Beweislast der anspruchsberechtigten Person ändert nichts, dass die Versicherung zunächst Taggelder ausbezahlt hat. Macht letztere geltend, die Umstände hätten sich geändert oder die Leistungen seien von vornherein zu Unrecht erbracht worden und die versicherte Person sei (wieder) arbeitsfähig, so hat die anspruchsberechtigte Person zu beweisen, dass sie (weiterhin) arbeitsunfähig ist und daher Anspruch auf Taggelder hat. Im Falle der Beweislosigkeit trägt mithin nicht die Versicherung, sondern die anspruchsberechtigte Person die Beweislast (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. August 2015, 4A_246/2015, E. 2.2 mit Hinweis). Im Zivilprozess stellt ein Privatgutachten – im geltenden Recht (vgl. jedoch Art. 177 ZPO in der Fassung per 1. Januar 2025, wonach private Gutachten der Parteien unter den Urkundenbegriff fallen sollen) – kein Beweismittel, sondern eine blosser Parteibehauptung dar. 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. Erforderlich ist eine klare Äusserung, dass der Wahrheitsgehalt einer bestimmten und konkreten gegnerischen Behauptung infrage gestellt wird. Parteibehauptungen, denen ein Privatgutachten zugrunde liegt, sind meist besonders substantiiert. Entsprechend genügt eine pauschale Bestreitung nicht; die Gegenpartei ist vielmehr gehalten zu substantiieren, welche einzelnen Tatsachen sie konkret bestreitet. Wird jedoch eine Tatsachenbehauptung von der Gegenpartei substantiiert bestritten, so vermögen Parteigutachten als reine Parteibehauptungen diese allein nicht zu beweisen. Als Parteibehauptungen vermögen sie allenfalls zusammen mit – durch Beweismittel nachgewiesenen – Indizien den Beweis zu erbringen. Werden sie aber nicht durch Indizien gestützt, so dürfen sie als bestrittene Behauptungen nicht als erwiesen erachtet werden (vgl. zum Ganzen ausführlich BGE 141 III 437 f. E. 2.6). Gemäss Art. 58 Abs. 1 ZPO darf das Gericht einer Partei nicht mehr und nichts Anderes zusprechen, als sie verlangt, und nicht weniger, als die Gegenpartei anerkannt hat. Diese sogenannte Dispositionsmaxime bedeutet, dass es die Parteien in der Hand haben, über den Streitgegenstand zu bestimmen. Der Kläger entscheidet demnach, in welchem Umfang er seine Rechte vor Gericht geltend macht (Thomas Sutter-Somm/ Benedikt Seiler, in: ZPO Kommentar, Art. 58 N 6, 8). Der Offizialgrundsatz (vgl. Art. 58 Abs. 2 ZPO), welcher die Ausnahme zum Dispositionsgrundsatz bildet, ist in Verfahren über vermögensrechtliche Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nicht vorgesehen (Sutter-Somm/Seiler, in: ZPO Kommentar, Art. 58 N 23 ff.). 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 (seit 1. Januar 2022: Art. 95a VVG). Deshalb sind vorab die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend. Gemäss Art. A2 f. und B2 AVB werden die Leistungen nach Ablauf der Wartefrist für jede medizinisch gerechtfertigte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % verhältnismässig zum bescheinigten Grad der Arbeitsunfähigkeit ausbezahlt (act. G 1.3). Arbeitsunfähigkeit ist die volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare

Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Als solche gelten Tätigkeiten, die der versicherten Person auf Grund ihrer Ausbildung sowie ihrer physischen und intellektuellen Eignung, auf dem in Betracht kommenden Arbeitsmarkt, erfahrungsgemäss tatsächlich zugänglich sind (Art. A2 Abs. 3 AVB). Tritt eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ein, so ist die versicherte Person verpflichtet, unverzüglich einen Arzt beizuziehen, sich untersuchen zu lassen und den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals Folge zu leisten. Werden Taggelder beansprucht, so ist die versicherte Person verpflichtet, der Versicherung Atteste einzureichen, mit denen Umfang und Dauer der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit ärztlich bestätigt werden. Die versicherte Person muss sich ferner regelmässig (mindestens alle 4 Wochen) einer ärztlichen Behandlung oder Kontrolle unterziehen (Art. D2 AVB). Die Versicherung kann von der versicherten Person ärztliche Unterlagen verlangen, die sich zu den Diagnosen und zur Arbeitsfähigkeit äussern. Bei schuldhafter Säumnis entfällt die Leistungspflicht (Art. D3 Abs. 1 und 2 AVB). Die versicherte Person hat sich zudem auf Verlangen der Versicherung durch einen von dieser bestimmten Arzt auf deren Kosten untersuchen zu lassen. Aus wichtigem Grund kann die versicherte Person einen von der Versicherung bestimmten Arzt ablehnen. Die versicherte Person ist verpflichtet, den untersuchenden Arzt der Versicherung gegenüber vom Berufsgeheimnis zu entbinden (Art. D3 Abs. 3 AVB). Ist die versicherte Person imstande, eine zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich auszuüben, so kann die Versicherung bei langer Dauer der Arbeitsunfähigkeit verlangen, dass die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit anpasst oder eine andere Tätigkeit annimmt. Die Versicherung muss die versicherte Person dazu schriftlich auffordern und ihr eine angemessene Frist zur beruflichen Umorientierung ansetzen. Lässt die versicherte Person diese Frist schuldhaft verstreichen, so kann die Versicherung ihre Leistungen einstellen (Art. D4 AVB). Vorliegend erfolgte die Anmeldung zum Taggeldbezug ursprünglich auf Grund der geltend gemachten Kniebeschwerden (Meniskus Knie links, Knieoperation links vom 27. Januar 2020 [act. G 7.1/6 und 7.1]). Auch die IV-Anmeldung vom 27. Mai 2020 erfolgte auf Grund dieser Kniebeschwerden (act. G 7.1/28.6 f.). In ihrem "Ärztlichen Erstbericht" vom 15. Juni 2020 führte die Orthopädie Klinik B.____, Dr. med. I.____, Orthopädische Chirurgie FMH, ebenfalls einzig Diagnosen im Zusammenhang mit den Kniebeschwerden auf, nämlich eine Gonarthrose beidseits bei Zustand nach KAS links mit Synovektomie infrapatellär, Meniskustoilette medial und Osteophytenabtragung intercondylär am 27. Januar 2020, sowie Zustand nach KAS rechts mit KnorpelDébridement, Mikrofrakturierung sowie Plicaresektion, partieller Synovektomie und Gelenkstoilette am 19. Dezember 2002. Zudem führte sie explizit aus, die Arbeitsfähigkeit sei durch die Schmerzen und die Schwellung der Kniegelenke eingeschränkt (act. G 7.1/34). Gestützt auf diese Angaben und die Angaben der Orthopädie Klinik B.____ zur Arbeitsunfähigkeit ([act. G 7.1/35.2], später von Dr. C.____) richtete die Beklagte nach Ablauf der 30-tägigen Karenzfrist (vgl. act. G 1.2) vom 26. Februar 2020 mit kurzen Unterbrüchen bis zum 31. Juli 2021 volle Krankentaggelder aus und hat damit den Leistungsanspruch des Klägers für diesen Gesundheitsschaden grundsätzlich anerkannt (act. G 7.1/8). Sie beruft sich nun auf die Bestimmungen von Art. A2 Abs. 3 in Verbindung mit Art. D4 Abs. 1 AVB, wonach der Kläger nach "langer Dauer" der Arbeitsunfähigkeit (interpretiert als ein Jahr nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit nach der Kniearthroskopie vom 27. Januar 2020, was vom Kläger nicht bestritten wird) auch eine zumutbare leidensangepasste Tätigkeit annehmen müsse, was ihm möglich sei. Zur Abklärung des

Gesundheitszustands des Klägers holte die Beklagte beim AEH-Zentrum eine Expertise (funktionsorientierte medizinische Abklärung) ein (vgl. Art. D3 Abs. 3 AVB, zitiert vorne in E. 3.7). Im entsprechenden Gutachten vom 19. März 2021 gelangten die Experten im Wesentlichen zum Schluss, dass die arbeitsbezogenen relevanten Probleme in einer verminderten Belastungstoleranz beider Knie und der Lendenwirbelsäule beständen. Dementsprechend seien kniende und vorgeneigte Tätigkeiten problematisch. Mühe bereite dem Kläger auch das Treppensteigen. In der angestammten Tätigkeit als Dachdecker (Vorarbeiter), die als schwere Tätigkeit anzusehen sei, lägen die gezeigten Leistungen sowohl bezüglich der Hebetests als auch bezüglich der relevanten Haltungen unter den Anforderungen, wobei davon auszugehen sei, dass der Kläger bei gutem Effort mehr leisten könnte. Auf Grund der Selbstlimitierung bei mehreren Tests müsse die abschliessende Beurteilung der Zumutbarkeit ärztlich-medizinisch erfolgen. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten - allerdings bereits stark angepassten - Tätigkeit sei auf 6 Stunden pro Tag bei zusätzlichen 2 Stunden Pausen festzusetzen (entsprechend 50 % Arbeitsfähigkeit bei 75%iger Präsenz). In einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit, wobei wiederholte Kniebeugen und Leiternsteigen nur selten (max. ½ Stunde pro Tag, verteilt) und Knien sowie Hockstellung, Gehen und Treppensteigen nur manchmal (max. 3 Stunden pro Tag, verteilt) vorkommen sollten. Überdies seien Arbeiten über Schulterhöhe und vorgeneigtes Stehen im Minimum manchmal möglich, was aber auf Grund der Selbstlimitierung bei diesen Tests nicht abschliessend beurteilt werden könne (act. G 7.1/94). Der Kläger moniert in erster Linie, der Bericht (Gutachten) des AEH basiere auf Tests, die von einem Physiotherapeuten durchgeführt worden seien und nach dessen Angaben zu keinen verwertbaren Ergebnissen geführt hätten. Der Physiotherapeut habe einen barschen Ton angeschlagen und habe es offenbar darauf abgesehen, Nachteiliges über den Kläger zu berichten. Der zweite Teil des Berichts bestehe in einer lediglich auf Akten basierenden Stellungnahme einer Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Es seien lediglich einzelne Vorakten aufgeführt, sodass nicht ersichtlich sei, ob alle relevanten Vorakten vorgelegen hätten und berücksichtigt worden seien. Das AEH sei nicht unabhängig, sondern schwergewichtig im Auftrag von Privatversicherungen wie der Beklagten tätig. Solchen Berichten sei weniger Beweiswert beizumessen als Berichten behandelnder Arztpersonen. Dr. C.____ habe für die relevante Zeit für eine adaptierte Tätigkeit durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % attestiert. Sollte nicht darauf abgestellt werden, bestehe auf jeden Fall Anlass zur Einholung eines gerichtlichen Gutachtens. Dem ist entgegenzuhalten, dass auch bei einer durch den Versicherer beabsichtigten Leistungseinstellung grundsätzlich die versicherte Person zu beweisen hat, dass sie weiterhin arbeitsunfähig ist und daher Anspruch auf Taggelder hat, wovon auch der Kläger ausgeht (act. G 17 Ziff. III.9; vgl. auch vorstehende Erwägung 3.4). Bei einer durch die Beklagte eingeholten fachärztlichen Expertise vermag somit die pauschale Bestreitung der darin gemachten Feststellungen den geforderten Beweis einer weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit nicht zu erbringen. Entgegen der Ansicht des Klägers besagt das von ihm zitierte Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2021, 4A_117/2021 (BGE 148 III 105), E. 3.3.1, sodann nicht, dass ein Arztzeugnis per se den vollen Beweis einer Arbeitsunfähigkeit erbringt. Vielmehr erfolgten die entsprechenden Ausführungen im Zusammenhang mit dem zu verlangenden Beweisgrad, wonach eben eine Arbeitsunfähigkeit - anders als etwa typischerweise ein Diebstahl - nicht nur mittelbar durch Indizien, sondern direkt durch ein Arztzeugnis bewiesen werden könne. Es bedürfe deshalb keiner Beweiserleichterung in der Form, dass der Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit genügen würde. Dies bedeutet jedoch nicht, dass ein - noch dazu unbegründetes - Arztzeugnis eines behandelnden Arztes einen höheren Beweiswert als ein Parteigutachten aufwiese, kommt doch auch ersterem im Streitfall lediglich die Bedeutung einer Parteibehauptung zu. Der beweispflichtige Kläger verweist zur Begründung seines Standpunkts auf die Berichte der behandelnden Ärzte. Nebst den (unbegründeten) Arbeitsunfähigkeitszeugnissen von Dr. C.____ betreffend den Zeitraum vom 2. August 2021 bis zum 28. April 2022, wo dieser rückwirkend von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit ausging (nachdem er zunächst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatte [act. G 1.14 und G 7.1/122]), reicht er zudem eine "Diagnosen- und Medikamentenliste" des nämlichen Arztes vom 21. Oktober 2021 ein. Darin listete Dr. C.____ - teilweise gestützt auf die Angaben weiterer Behandler - nebst den bekannten Befunden an den Knien und lumbal unter anderem eine Fingerpolyarthrose beidseits mit Sulcus-ulnaris-Syndrom bilateral, ein cervikales Schmerzsyndrom mit cervikalem Schwindel und eine symptomatisch gemischte Varikose am rechten Bein auf. Bezüglich den von ihm ebenfalls aufgeführten unklaren thorakalen Beschwerden, differentialdiagnostisch Angina pectoris, konnte bereits Entwarnung gegeben werden (vgl. Bericht Dr. J.____, Facharzt FMH Kardiologie, Herzpraxis, vom 5. November 2021, und Sprechstundenbericht Dr. med. K.____, Spital L.____, vom 30. Januar 2022 [act. G 1.21 f.]). Dr. C.____ kommentierte zu den Diagnosen, es beständen weiterhin ausgeprägte osteomuskuläre und peripher neurologische Einschränkungen mit limitierter Behandlungsmöglichkeit. Seines Erachtens sei eine Erhöhung bzw. das Erreichen eines stabilen Zustands bezüglich der Arbeitsfähigkeit, basierend auf der Symptomatik und dem Verlauf wenig realistisch. Nähere Ausführungen zur Arbeits(un)fähigkeit oder eine quantitative Schätzung derselben machte er hier nicht (act. G 1.15). Indessen riet er am 19. Januar 2022 gegenüber der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen und dem RAV selbst von der Durchführung eines geplanten Arbeitsversuchs im Wohnheim M.____ im Sinn eines Probetags zu maximal 50 % ab, womit er nunmehr wohl von einer Arbeitsfähigkeit von praktisch Null in sämtlichen Tätigkeiten ausging (act. G 1.16). Im Weiteren reicht der Kläger mehrere Berichte von Dr. N.____ vom 8. und 23. September 2021 sowie vom 10. März 2022 ein. Darin diagnostizierte Dr. N.____ ein LWS-Syndrom mit Radikulopathie der Nervenwurzel L5 und S1 links, ein Karpaltunnelsyndrom rechts, ein Sulcus-ulnaris-Syndrom beidseits, ein HWS-Syndrom sowie Schwindel unklarer Ätiologie, differentialdiagnostisch im Rahmen eines HWS-Syndroms. Indessen äusserte sich Dr. N.____ nicht zu einer möglichen Arbeitsunfähigkeit. Als Prozedere erachtete er lediglich das Tragen von Ellenbogenschonern in der Nacht und das Vermeiden des Aufstützens des Ellenbogens am Tag als angezeigt (act. G 1.19 f. und 1.24). Schliesslich liegt noch ein Bericht von Dr. O.____ vom 28. Februar 2022 vor. Diese diagnostizierte eine Polyarthrose Fingergelenke Hände beidseits, aktuell führend Bouchard-Arthrose Dig. III links und Dig. V rechts sowie Heberden Arthrose Dig. II und Dig. V rechts. Im Weiteren diagnostizierte sie ein Karpaltunnelsyndrom rechts, ein Sulcus-ulnaris-Syndrom beidseits, eine Radikulopathie L5 links ein HWS-Syndrom. Auch diese Ärztin machte keine Angaben zu einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.23). Somit äusserte sich einzig Dr. C.____ überhaupt zur Arbeitsfähigkeit, wobei auch dieser Arzt als qualitative Einschränkungen zuletzt lediglich das Heben von Lasten über 10 kg sowie - auf Grund der Rückenbeschwerden - die Anforderung einer wechselbelastenden Tätigkeit (was wohl Zwangshaltungen ausschliesst) formulierte (act. G 1.14). Damit erscheinen die diesbezüglichen Angaben des Hausarztes mit den von den AEH-Gutachtern erwähnten qualitativen Einschränkungen grundsätzlich

vereinbar, wenn auch letztere - auf Grund der von ihnen beschriebenen Selbstlimitierung des Klägers - eher von einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ausgehen. Unterschiede bestehen dagegen in der quantitativen Arbeitsfähigkeitsschätzung. Im Weiteren enthalten die aufgeführten Berichte und Stellungnahmen der behandelnden Ärzte keine grundsätzlich neuen Erkenntnisse, die den Gutachtern nicht bekannt gewesen wären. Davon geht auch Dr. G. ___ in seiner Stellungnahme vom 22. Dezember 2021 aus (act. G 7.1/144). Schliesslich wurden die Untersuchungen durch zwei Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin beurteilt (ein Gutachter verfügt zudem über einen Facharztstitel für Rheumatologie), deren Fachgebiet unter anderem die vorliegend relevante Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit bei körperlichen Beeinträchtigungen umfasst (vgl. Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF [<https://www.siwf.ch>, unter Weiterbildung, Facharztstitel und Schwerpunkte, Weiterbildungsprogramme], abgerufen am 29. November 2023). Die beteiligten Arztpersonen sind somit als fachlich kompetent zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der Physiotherapeut zur Durchführung der entsprechenden Tests betreffend die fragliche Knieproblematik anzusehen. Es bestehen sodann keine objektiven Anzeichen einer Befangenheit. Daran ändert auch der klägerische Einwand nichts, dass das AEH schwergewichtig im Auftrag von Privatversicherungen tätig sei (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Gutachten wurde sodann gestützt auf eine klinische Untersuchung (vgl. act. G 7.1/94 S. 8) und in Kenntnis der vollständigen Aktenlage erstellt, erweist sich als umfassend, schlüssig und widerspruchsfrei, womit auf die darin gezogenen Schlüsse bzw. Schätzungen betreffend Arbeitsfähigkeit des Klägers abzustellen ist. Damit erweist sich der umstrittene Sachverhalt betreffend die behauptete, auch nach Ablauf der "langen Dauer" bzw. nach dem 31. Juli 2021 weiterhin bestehende (vollständige) Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten als rechtsgenügend abgeklärt. Bei dieser Sachlage ist nicht anzunehmen, dass das Gericht durch die beantragte Einholung eines Gutachtens zu einer abweichenden Überzeugung gelangen würde, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung darauf verzichtet werden kann (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts vom 19. Januar 2023, 4A_473/2022, E. 2.4 mit Hinweisen). Dies, zumal es nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Bereich der Krankentaggeldzusatzversicherungen für eine Klageabweisung ausreicht, wenn Zweifel am behaupteten Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit aufkommen, wobei diese auch – wie vorliegend – alleine durch Parteivorbringen bzw. Privatgutachten ausgelöst werden können (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. September 2017, 4A_85/2017, E. 2.3) und es auch im Anwendungsbereich der sozialen Untersuchungsmaxime ausreicht, dass das Gericht den Sachverhalt mit eigenen Mitteln abklärt und mit vertretbarem Aufwand zu einem hinreichend sicheren Beweisergebnis gelangt (Katharina Anna Zimmermann, Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, Rz. 468 mit Hinweis), was vorliegend der Fall ist. Im Übrigen erweist es sich als kaum möglich, die Arbeitsunfähigkeit des Klägers für den relevanten Zeitraum im Nachhinein zu beurteilen. Denn ein zum jetzigen Zeitpunkt angeordnetes und einige Monate später erstattetes Gutachten hätte den aktuellen Gesundheitszustand des Klägers zum Thema, der für die hier strittige Frage der Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. August 2021 bis etwa Mitte April 2022 nicht von Belang ist. Die Beklagte richtete bis zum 30. Juli 2021 Taggelder in Höhe von Fr. 220.65, basierend auf einem versicherten Verdienst von Fr. 100'662.50, aus (vgl. Nachzahlungen vom 31. August 2021 und vom 10. September 2021 [act. G 7.1/129 und 132]). Nachdem sie die Taggeldhöhe in der Klageantwort vom 3. November 2022 noch bestritten hatte, lässt sie sich in der Duplik vom 10. August 2023 nunmehr darauf behaften (act. G 7 S. 3 und 10 f.,

G 25 S. 3), sodass darauf nicht mehr zurückzukommen ist. Es stellt sich zudem die Frage, ob die Vorgehensweise der Beklagten formell den Anforderungen gemäss Art. D4 AVB genügt. Diese kann aus folgenden Gründen offengelassen werden: Zum einen wurde vom Kläger nicht – auch nicht implizit – behauptet, die Beklagte hätte "zweistufig" vorgehen müssen, d.h. ihn zunächst unter Ansetzung einer angemessenen Frist schriftlich zur beruflichen Umorientierung auffordern sollen, um danach bei schuldhaftem Verstreichenlassen dieser Frist ihre Leistungen einstellen zu können. Zum anderen befand sich der Kläger zum Zeitpunkt des Erhalts des fraglichen Schreibens vom 30. März 2021 (act. G 7.1/103) nach dem damaligen Wissenstand der Beklagten bereits in gekündigter Stellung und es konnte ihm gemäss deren Abklärungen seitens seiner damaligen Arbeitgeberin keine angepasste Tätigkeit angeboten werden. Bei dieser Sachlage kann in der Gewährung einer Übergangsfrist von einigen Monaten bis zur Leistungseinstellung, wie sie mit Schreiben vom 30. März 2021 erfolgte, die implizite Aufforderung nach Art. D4 AVB gesehen werden, eine angepasste Tätigkeit in einem anderen Aufgabenbereich zu suchen. Jedenfalls war dem rechtskundig vertretenen Kläger bewusst, dass die Leistungen seitens der Beklagten nur noch während einiger Monate erbracht werden würden (und er sich um eine Anstellung in angepasster Tätigkeit bemühen musste), weshalb er sich auch bei der Arbeitslosenversicherung anmeldete und ab Anfang August 2021 Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung hatte (vgl. act. G 1.12). Im Übrigen wurde er mit Schreiben vom 19. Juli 2021 von der Beklagten auf die entsprechende AVB-Bestimmung hingewiesen sowie darauf, dass er sich zur Beanspruchung einer Umschulung an die kantonale IV-Stelle zu wenden habe (act. G 7.1/127). Nach dem Gesagten ist die Klage abzuweisen. 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). Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 114 lit. e ZPO). Der unterliegende Kläger hat ausgangsgemäss keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 106 Abs. 1 ZPO). Die obsiegende anwaltlich vertretene Beklagte hat eine Parteientschädigung beantragt. Diese spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 i.V.m. Art. 96 ZPO). Das mittlere Honorar im Zivilprozess beträgt nach Art. 14 lit. c der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) bei einem Streitwert über Fr. 30'000.-- bis Fr. 100'000.-- Fr. 3'500.-- zuzüglich 9 % des Streitwerts. Der Streitwert richtet sich laut Art. 13 Abs. 1 HonO nach den Bestimmungen der ZPO. Gemäss Art. 91 ZPO wird der Streitwert durch das Klagebegehren bestimmt. Beim Streitwert von Fr. 56'707.05 resultiert ein mittleres Honorar von Fr. 8'603.65 (Fr. 3'500.-- + 9 % von Fr. 56'707.05). In Anwendung von Art. 17 HonO ist die Entschädigung auf die Hälfte zu kürzen. Gemäss Art. 28 bis Abs. 1 HonO besteht Anspruch auf den pauschalen Ersatz für Barauslagen von 4 % des Honorars, höchstens Fr. 1'000.--. Beim Honorar von Fr. 4'301.85 beträgt dieser Fr. 172.10. Die Mehrwertsteuer von 7.7 % (Leistungserbringung vor dem 1. Januar 2024) wird zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO) und beträgt demnach Fr. 344.50. Damit beträgt die Parteientschädigung Fr. 4'818.45 (Fr. 4'301.85 + Fr. 172.10 + Fr. 344.50). Diese ist dem unterliegenden Kläger aufzuerlegen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 des sankt-gallischen Reglements über Organisation und Geschäftsgang des Versicherungsgerichtes (OrgR; sGS 941.114) Die Klage wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Der Kläger hat die Beklagte mit Fr. 4'818.45 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

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