

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2022/15 vom 16. Januar 2024**

Sg Versicherungsgericht, 2024-01-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_KV-Z 2022\\_15](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV-Z 2022_15)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2022/15 du 16 janvier 2024

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2022/15 del 16 gennaio 2024

## **Regeste**

Infolge behaupteter durchgehender Arbeitsunfähigkeit vom 15. Juli 2021 bis 31. Oktober 2022 wurden Taggelder für die Zeit vom 1. Dezember 2021 bis 31. Oktober 2022 eingeklagt. Aufgrund ab 14. Oktober 2021 nachgewiesener Arbeitsunfähigkeiten wurden ab diesem Datum Wartetage getilgt, auch wenn eine Doppelversicherung für Oktober 2021 bestand. Dies aufgrund zweier gültiger, vollzeitlicher Arbeitsverhältnisse. Ab 1. November 2021 kommt die Nachdeckung zum Zug und die Beklagte bleibt leistungspflichtig. Für einen Anspruch auf Freizügigkeit muss sich die Beklagte an den anderen Krankentaggeldversicherer wenden, da letzterer gegenüber der Klägerin einen solchen abgelehnt hat. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Januar 2024, KV-Z 2022/15). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 4A\_125/2024.

## **Volltext**

Entscheid vom 16. Januar 2024 Besetzung Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann und Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. KV-Z 2022/15 Parteien A.\_\_\_\_, Klägerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Petrik, Oberer Graben 44, 9000 St. Gallen, gegen Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG, Richtiplatz 1, 8304 Wallisellen, Beklagte, vertreten durch Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG, Postfach, 8010 Zürich, Gegenstand Forderung aus Krankentaggeldversicherung Sachverhalt A.\_\_\_\_ war ab 1. Juli 2010 als Stationsleitung im Alters- und Pflegeheim B.\_\_\_\_ tätig (act. G1.2) und dadurch bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Allianz) krankentaggeldversichert (act. G1.13). Ab 15. Juli 2021 wurde die Versicherte von einem Praktischen Arzt der Medbase C.\_\_\_\_ zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (act. G1.5). Am 29. Juli 2021 schloss die Versicherte mit den Alters- und Pflegeheimen D.\_\_\_\_ einen Arbeitsvertrag ab 1. November 2021 als dipl. Pflegefachfrau HF und Stv. Teamleitung ab (act. G1.6) und war dadurch bei der HOTELA Versicherungen AG (nachfolgend: Hotela) krankentaggeldversichert (vgl. act. G1 Rz. III/A/3). Am 30. Juli 2021 kündigte die Versicherte ihren Anstellungsvertrag mit dem B.\_\_\_\_ per 31. Oktober 2021 (act. G1.3). Am 23. August 2021 unterzeichneten die Versicherte und das B.\_\_\_\_ eine Vereinbarung, laut welcher die Versicherte ab 4. August 2021 von der Arbeit freigestellt wurde und das B.\_\_\_\_ sich verpflichtete, bis 31. Oktober 2021 den Verpflichtungen nachzukommen (act. G1.4). Ab 4. August 2021 war keine Krankschreibung mehr erfolgt (vgl. act. G1.5 und act. G17-8). Am 30. August 2021 wurde der Arbeitsbeginn bei den Alters- und Pflegeheimen D.\_\_\_\_ auf den 1. Oktober 2021 vorverlegt (s. handschriftliche Korrektur des Arbeitsvertrags, act. G1.6). Ab dem 14. Oktober 2021 wurde die Versicherte

erneut zu 100 % krankgeschrieben (act. G1.10). Am 17. November 2021 meldete Rechtsanwalt lic. iur. A. Petrik, St. Gallen, als Vertreter der Versicherten der Hotela diese Arbeitsunfähigkeit (act. G1.17). Mit Schreiben vom 23. November 2021 kündigten die Alters- und Pflegeheime D.\_\_\_\_ das mit der Versicherten bestehende Arbeitsverhältnis während der Probezeit per 30. November 2021. Als Begründung wurde die seit dem 14. Oktober 2021 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit der Versicherten angeführt (act. G1.9). Ebenfalls am 23. November 2021 informierte das B.\_\_\_\_ die Allianz über die seit 14. Oktober 2021 bestehende Arbeitsunfähigkeit der Versicherten (act. G1.13). Die Allianz entrichtete der Versicherten nach Ablauf der 60-tägigen Wartefrist (vgl. act. G3.1) vom 13. bis 31. Dezember 2021 ein Taggeld basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % im Betrag von Fr. 4'720.-- (act. G1.14). Daraufhin informierte die Versicherte die Allianz wohl über ihr Arbeitsverhältnis mit den Alters- und Pflegeheimen D.\_\_\_\_ (vgl. act. G1.15). Mit Schreiben vom 11. März 2022 teilte die Allianz der Versicherten mit, dass sie (die Allianz) von einem Dienstaustritt beim B.\_\_\_\_ per 30. September 2021 ausgehe. Folglich sei die Arbeitsunfähigkeit vom 14. Oktober 2021 nach Austritt aus dem versicherten Betrieb erfolgt und es bestehe kein Anspruch auf Krankentaggelder der Kollektiv-Krankenversicherung der Allianz. Sie müsse die erbrachten Taggeldleistungen zurückfordern (act. G1.16). Die Versicherte zahlte in der Folge die an sie ausbezählten Tagelder zurück (vgl. act. G3.42). Am 9. April 2022 trat die Versicherte aus einer stationären psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung in der E.\_\_\_\_ aus. Dem Austrittsbericht sind die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, Status nach Scheidung und Tod des Ehemannes sowie Erschöpfungssyndrom zu entnehmen (act. G1.11). Am 12. Mai 2022 teilte die Hotela der Versicherten mit, dass ihr Versicherungsvertrag eine Wartefrist von 90 Tagen vorsehe und somit die von 14. Oktober bis 30. November 2021 bestehende Arbeitsunfähigkeit kürzer sei als die Wartefrist (act. G1.19). Rechtsanwalt Petrik teilte sie mit Schreiben vom selben Tag mit, dass sie jegliche Taggeldleistungen ab dem 1. Dezember 2021 ablehne, da der Arbeitsvertrag (zwischen der Versicherten und den Alters- und Pflegeheimen D.\_\_\_\_) während der Probezeit gekündigt worden sei (act. G1.20). Mit Klage vom 13. Dezember 2022 beantragt die Versicherte (nachfolgend: Klägerin), nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt Petrik, beim Versicherungsgericht, die Allianz (nachfolgend: Beklagte) sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu verpflichten, ihr Fr. 82'955.60 zzgl. Zins von 5 % seit 17. Mai 2022 zu bezahlen (act. G1). Die Beklagte beantragt mit Klageantwort vom 30. Januar 2023 unter Kosten- und Entschädigungsfolge die Abweisung der Klage und den Verzicht auf eine Verhandlung (act. G3). Mit Schreiben vom 7. Februar 2023 teilt das Versicherungsgericht der Klägerin mit, dass ohne ihren Gegenbericht vom Verzicht auf eine mündliche Verhandlung ausgegangen werde (act. G4). Nach Ablauf der angesetzten Frist eröffnet das Versicherungsgericht am 8. März 2023 einen zweiten Schriftenwechsel (act. G5). Mit Replik vom 12. Mai 2023 (act. G8) und Duplik vom 31. Mai 2023 (act. G10) halten die Parteien an ihren Anträgen fest. Am 14. August 2023 fordert das Versicherungsgericht die Klägerin auf, zugunsten der Medbase C.\_\_\_\_ eine Entbindungserklärung auszustellen (act. G12). Diese geht am 1. September 2023 beim Versicherungsgericht ein (act. G15). Mit Schreiben vom 5. September 2023 bittet das Versicherungsgericht die Medbase C.\_\_\_\_ um Zustellung der Krankenakte der Klägerin für die Zeit vom 15. Juli bis 31. Oktober 2021 (act. G16). Diese geht am 11. September 2023 beim Versicherungsgericht ein (act. G17). Die Klägerin verzichtet in der Folge auf eine Stellungnahme (act. G19) und die Beklagte nimmt am 22. September 2023 Stellung (act.

G20). Am 26. September 2023 wird den Parteien je das Schreiben der Gegenpartei zur Kenntnis gebracht (act. G21). Erwägungen Gemäss Art. 20 der vorliegend unbestrittenermassen anwendbaren Allgemeinen Bedingungen für die Kollektiv-Krankenversicherung, Ausgabe 2008, der Beklagten (nachfolgend: AB; act. G1.25) gilt für Kollektivkrankentaggeld-Versicherungen mit Arbeitgebern als Gerichtsstand für die Arbeitnehmer auch deren Arbeitsort. Letzterer befand sich in F.\_\_\_\_, womit die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen unbestrittenermassen gegeben ist. 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). 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. etwa BGE 138 III 2 E. 1.1). Damit sind vorliegend auch die Voraussetzungen der sachlichen und funktionellen Zuständigkeit erfüllt. Nachdem vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht kein Schlichtungsverfahren nach Art. 197 ff. ZPO durchzuführen ist (vgl. BGE 138 III 564 E. 4.6), sind die prozessualen Voraussetzungen 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. Bei der im vereinfachten Verfahren geltenden Untersuchungsmaxime (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO) handelt es sich um eine sog. "soziale" Untersuchungsmaxime, die vor allem zum Ausgleich eines Machtgefälles zwischen den Parteien oder ungleichen juristischen Kenntnissen unter ihnen geschaffen wurde. Sie ändert nichts daran, dass die Parteien die Verantwortung für die Sachverhaltsermittlung tragen. Die Parteien sind nicht davon befreit, bei der Feststellung des entscheidewesentlichen Sachverhalts aktiv mitzuwirken und die allenfalls zu erhebenden Beweise zu bezeichnen. Das Gericht hat sich nur über die Vollständigkeit der Behauptungen und Beweise zu versichern, wenn diesbezüglich ernsthafte Zweifel bestehen. Wenn die Parteien durch Rechtsanwälte vertreten sind, soll und muss sich das Gericht Zurückhaltung auferlegen wie im ordentlichen Prozess. Die soziale Untersuchungsmaxime zwingt das Gericht nicht dazu, das Beweisverfahren beliebig auszudehnen und alle möglichen Beweise abzunehmen. Das Gericht ist auch nicht verpflichtet, die Akten von sich aus zu durchforsten, um abzuklären, was sich daraus zu Gunsten der Partei, die das Beweismittel eingereicht hat, herleiten liesse (Urteil des Bundesgerichts vom 6. April 2021, 4A\_19/2021, E. 5.1 mit Hinweisen). 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. 2016 [nachfolgend ZPO Komm.], Art. 153 N 5 ff.; ZPO-Komm.-Bernd Hauck, Art. 247 N 33). Im Zivilprozess gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO). Das Gericht hat bei der Bewertung der erhobenen

Beweise unabhängig von abstrakten Regeln nach seiner eigenen Überzeugung darüber zu befinden, ob es eine behauptete Tatsache als wahr oder unwahr einstuft. Dabei bleibt es dem Gericht überlassen, die Kraft eines Beweismittels nach seiner Überzeugung festzulegen (vgl. ZPO Komm.-Hasenböhler, Art. 157 N 14 ff.). 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 (m.w.H. BGE 141 III 241 E. 3.1). Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, genoss die anspruchsberechtigte Person laut bis 30. August 2021 gültiger 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 vom Anspruchsberechtigten 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 änderte das Bundesgericht diese langjährige Praxis dahingehend, 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). Nach Art. 168 Abs. 1 ZPO sind als Beweismittel zulässig: Zeugnis (lit. a), Urkunde (lit. b), Augenschein (lit. c), Gutachten (lit. d), schriftliche Auskunft (lit. e) sowie Parteibefragung und Beweisaussage (lit. f). Diese Aufzählung ist abschliessend; im Zivilprozessrecht besteht insofern ein *numerus clausus* der Beweismittel, vorbehalten bleiben nach Art. 168 Abs. 2 ZPO lediglich die Bestimmungen über Kinderbelange in familienrechtlichen Angelegenheiten (BGE 141 III 433 E. 2.5.1). Art. 168 Abs. 1 lit. d ZPO lässt einzig vom Gericht eingeholte Gutachten als Beweismittel zu. Privatgutachten sind zwar zulässig. Sie stellen aber im Zivilprozess kein Beweismittel dar, sondern haben die Qualität blosser Parteibehauptungen (BGE 141 III 433 E. 2.5.2 und 2.6). Allerdings ist zu beachten, dass nur Tatsachenbehauptungen bewiesen werden müssen, die ausdrücklich bestritten sind. Bestreitungen sind so konkret zu halten, dass sich bestimmen lässt, welche einzelnen Behauptungen der klagenden Partei damit bestritten werden; die Bestreitung muss ihrem Zweck entsprechend so konkret sein, dass die Gegenpartei weiss, welche einzelne Tatsachenbehauptung sie beweisen muss. Der Grad der Substantiierung einer Behauptung beeinflusst insofern den erforderlichen Grad an Substantiierung einer Bestreitung; je detaillierter einzelne Tatsachen eines gesamten Sachverhalts behauptet werden, desto konkreter muss die Gegenpartei erklären, welche dieser einzelnen Tatsachen sie bestreitet. Je detaillierter mithin ein Parteivortrag ist, desto höher sind die Anforderungen an eine substantiierte Bestreitung. Diese sind zwar tiefer als die Anforderungen an die Substantiierung einer Behauptung; pauschale Bestreitungen reichen indessen nicht aus. Erforderlich ist eine klare Äusserung, dass der Wahrheitsgehalt einer bestimmten und konkreten gegnerischen Behauptung infrage gestellt wird

(BGE 141 III 433 E. 2.6). Parteibehauptungen, denen ein Privatgutachten zugrunde liegt, werden indes meist besonders substantiiert sein. 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 mögen 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 (BGE 141 III 433 E. 2.6). Das Arztzeugnis wird beweisrechtlich den Zeugniskunden, denen im Beweisverfahren mit einer gewissen Zurückhaltung zu begegnen ist, zugeordnet und gilt im Bereich des Zivilprozessrechts gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts als Privatgutachten (BGE 140 III 24 E. 3.3.3; 140 III 16 E. 2.5). Nach der Lehre beweisen Arztzeugnisse grundsätzlich nur, dass die Erklärung von der ausstellenden Person abgegeben wurde. Aufgrund des Fachwissens der ausstellenden Person sowie der strafrechtlichen Sanktion kann zunächst von der Richtigkeit eines Arztzeugnisses ausgegangen werden. Der Beweiswert kann jedoch durch irgendwelche Beweismittel und Umstände erschüttert werden, wenn beispielsweise der Arzt den Patienten nicht untersucht und ausschliesslich auf dessen Aussagen abgestellt hat oder bei widersprüchlichem Verhalten des Patienten während bescheinigter Arbeitsunfähigkeit. Bei Erschütterung des Beweiswertes kann das Gericht vom Arzt einen schriftlichen Bericht einholen oder ihn als Zeugen einvernehmen (vgl. Annette Dolge, N 13 zu Art. 177 mit Hinweisen, in: Karl Spühler/Luca Tenchio/Dominik Infanger [Hrsg.], Basler Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, 3. Auflage 2017). Das grundsätzlich anwendbare VVG enthält mit Ausnahme des bis 31. Dezember 2021 gültigen (vgl. hierzu nachfolgend E. 2.6) Art. 87 VVG, der das selbstständige Forderungsrecht des Begünstigten in der kollektiven Unfall- oder Krankenversicherung normiert, keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld. Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG finden auf den Versicherungsvertrag subsidiär die Bestimmungen des Obligationenrechtes (OR; SR 220) Anwendung. Demnach sind vorab die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien, d.h. die Versicherungs-Police (act. G3.1), die genannten AB (vgl. dazu vorstehende E. 1.1), die Zusatzbedingungen (ZB; act. G3.1) sowie laut Art. 1 lit. c AB subsidiär die Bestimmungen des VVG massgebend. Gemäss Art. 3 Ziff. 1 AB ist Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Gemäss Art. 3 Ziff. 4 AB ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, sowohl im bisherigen als auch in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Arbeitsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Arbeitsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Versichert sind Taggelder bei Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit, die einen Erwerbsausfall zur Folge hat. Krankheitsfall ist jede Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit. Er beginnt mit der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit (Art. 1 und 2 ZB). Das Taggeld wird ausgerichtet, wenn die Arbeitsunfähigkeit ohne Unterbruch während der vertraglich vereinbarten Wartefrist bestanden hat. Die Wartefrist beginnt bei jedem neuen Krankheitsfall mit dem Tag der ärztlich attestierten, mindestens 25%igen

Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch drei Tage vor der ersten ärztlichen Konsultation (Art. 3 Ziff. 1 und 2 ZB). Die Wartefrist beträgt laut Police 60 Tage (act. G3.1). Die Höhe des Taggeldes richtet sich nach dem ärztlich attestierten Grad der Arbeitsunfähigkeit. Eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 25 % gibt keinen Anspruch auf ein Taggeld (Art. 5 Ziff. 1 ZB). Der vorliegenden Streitigkeit liegt ein Versicherungsvertrag zugrunde, der vor dem Inkrafttreten der Änderungen des VVG am 1. Januar 2022 abgeschlossen worden war. Gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung vom 19. Juni 2020 bleiben daher in hier zu beurteilenden Fall – abgesehen von den Formvorschriften und dem Kündigungsrecht nach Art. 35a und Art. 35b VVG – die VVG-Bestimmungen in der bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Fassung massgebend. Die Klägerin fordert von der Beklagten infolge behaupteter Arbeitsunfähigkeit vom 15. Juli 2021 bis 31. Oktober 2022 (act. G1 Rz. 20) Taggelder im Betrag von Fr. 82'955.60 für den Zeitraum vom 1. Dezember 2021 bis 31. Oktober 2022 (act. G1 Rz. 25). Die Klägerin war über ihr vollzeitliches Arbeitsverhältnis mit dem B.\_\_\_\_ unbestrittenermassen bei der Beklagten krankentaggeldversichert. Die Beklagte verneinte ihre Leistungspflicht ursprünglich damit, dass dieses Arbeitsverhältnis per 30. September 2021 geendet habe, weil die Klägerin per 1. Oktober 2021 ein neues, ebenfalls vollzeitliches Arbeitsverhältnis mit den Alters- und Pflegeheimen D.\_\_\_\_ eingegangen sei (act. G1.16). Die Klägerin war jedoch beim B.\_\_\_\_ ab 4. August 2021 freigestellt und aus arbeitsrechtlicher Sicht haben Arbeitnehmende das Recht, während der Freistellung eine neue Stelle anzutreten (Christiane Brunner/Jean-Michel Bühler/Jean-Bernard Waeber/Christian Bruchez, Kommentar zum Arbeitsvertragsrecht, 3. Aufl., S. 210; Ulrich Streiff/Adrian von Kaenel/Roger Rudolph, Arbeitsvertrag - Praxiskommentar zu Art. 319 - 362 OR, 7. Aufl., N 13 zu Art. 324, S. 397). Eine vorzeitige Beendigung des bisherigen Arbeitsverhältnisses bei Antritt einer neuen Stelle vor dem vorgesehenen Vertragsende wurde nicht vereinbart (vgl. Alfred Blesi, Freistellung, in: Wolfgang Portmann/ Adrian vom Kaenel (Hrsg.), Fachhandbuch Arbeitsrecht, Expertenwissen für die Praxis, Zürich 2018, Rz. 7.24 und 7.25). Für die Annahme einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses zwischen der Klägerin und dem B.\_\_\_\_ bzw. eines Erlöschens des Vertrages (vgl. Art. 8 Ziff. 1 lit. a und c AB) per 30. September 2021 besteht vor diesem Hintergrund kein Raum. Vielmehr hat dieses Arbeitsverhältnis bis zum 31. Oktober 2021 gedauert. Die Beklagte vertrat denn diesen Standpunkt im Rahmen des vorliegenden Gerichtsverfahrens auch nicht mehr. Vielmehr stellte sie sich auf den Standpunkt, dass die Klägerin nicht bereits ab Juli 2021 oder 4. August 2021 arbeitsunfähig gewesen sei (act. G3 Rz. 12 ff. und 20) und die Arbeitsunfähigkeit vom 14. bis 31. Oktober 2021 in die Wartefrist von 60 Tagen falle (act. G3 Rz. 40). Zu prüfen gilt es im Folgenden, ob bei der Klägerin während der Versicherungsdauer mit der Beklagten ein Krankheitsfall eingetreten ist und bejahendenfalls, ob dieser zu einer Leistungspflicht der Beklagten führt. Ab dem 14. Oktober 2021 bis 31. Oktober 2022 vermag die Klägerin lückenlos eine vollständige Arbeitsunfähigkeit mittels Arbeitsunfähigkeitszeugnissen zu belegen (act. G1.10). Die Beklagte macht in diesem Zusammenhang geltend, die effektive Arbeitsunfähigkeit müsse anhand medizinischer Gutachten geklärt werden. Einzig gestützt auf unbegründete Arbeitsunfähigkeitszeugnisse könne eine Arbeitsunfähigkeit nicht nach dem notwendigen Beweismass der vollen Überzeugung bewiesen werden (act. G3 Rz. 30). Zu prüfen gilt es im Folgenden, ob mit den aktenkundigen medizinischen Unterlagen der Klägerin der rechtsgenügende Beweis für eine Arbeitsunfähigkeit gelingt. Es ist korrekt, dass die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse mehrheitlich ohne Begründung ausgestellt wurden. Die Arbeitsunfähigkeit vom 14. bis 31. Oktober 2021 attestierte dipl. med. G.\_\_\_\_ am 14.

Oktober 2021 (act. G1.10-1). In der Folge wurden die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse jeweils von psychiatrischen Fachärzten um jeweils einen Monat verlängert (am 27. Oktober 2021 für November 2021 [act. G1.10-2], am 1. Dezember 2021 für Dezember 2021 [act. G1.10-3], am 5. Januar 2022 für Januar 2022 [act. G1.10-4], am 9. Februar 2022 für Februar 2022 [act. G1.10-5]). Vom 28. Februar bis 9. April 2022 wurde die Klägerin in der Klinik E. \_\_\_ stationär integriert psychiatrisch-psychosomatisch behandelt und die zuständigen Ärzte attestierten ihr bis 24. April 2022 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. G1.11 und act. G1.10-6). Im Anschluss daran wurde ihr am 20. April 2022 bis 9. Mai 2022 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. G1.10-7) und am 9. Mai 2022 eine solche bis Ende Mai 2022 (act. G1.10-8). In der Folge erfolgte die Krankschreibung wiederum monatlich (am 7. Juni 2022 für Juni 2022 [act. G1.10-9], am 28. Juni 2022 für Juli 2022 [act. G1.10-10], am 25. Juli 2022 für August 2022 [act. G1.10-11], am 18. August 2022 für September 2022 [act. G1.10-12] und am 22. September 2022 für Oktober 2022 [act. G1.10-13]). Damit vermag die Klägerin den Hauptbeweis einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 14. Oktober 2021 bis 31. Oktober 2022 zu erbringen. Die AB und ZB der Beklagten fordern nicht eine fachärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit, sondern eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 2.5), weshalb sie zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit nicht unbeachtlich ist, nur weil sie noch nicht von einem psychiatrischen Facharzt attestiert worden ist. Einen Gegenbeweis tritt die Beklagte nicht an, zumal sie die mittels Arztzeugnissen belegten Arbeitsunfähigkeiten lediglich pauschal anzweifelt. Hinzu kommt, dass die Beklagte mit ihrer Zahlung vom 13. Dezember 2021 die Arbeitsunfähigkeit bis Ende Dezember 2021 grundsätzlich anerkannt hat (vgl. act. G1.14). Ein zum jetzigen Zeitpunkt angeordnetes und einige Monate später erstattetes Gutachten hätte überdies offensichtlich den aktuellen Gesundheitszustand der Klägerin zum Thema, der für die hier strittige Frage der Arbeitsunfähigkeit für die Dauer vom 14. Oktober 2021 bis 31. Oktober 2022 nicht von Belang ist. Vielmehr wären die Verhältnisse in der massgebenden Zeitspanne zu beurteilen. Dafür könnte zwangsläufig nur auf die damaligen Berichte und allenfalls Angaben von damals involvierten Personen abgestellt werden. Angesichts der unterdessen - und bereits im Klagezeitpunkt - verstrichenen Zeit könnte eine dermassen verspätete Begutachtung absehbar keine zusätzlichen über die vorliegenden hinausgehenden Erkenntnisse vermitteln. In antizipierter Beweiswürdigung ist deshalb von der Einholung des beantragten Gutachtens abzusehen (vgl. BGE 136 I 236 ff. E. 5.3 und 5.5 mit weiteren Hinweisen). Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass in jedem Fall während noch laufendem Versicherungsverhältnis mit der Beklagten am 14. Oktober 2021 ein Krankheitsfall bei der Klägerin eingetreten ist. Zu prüfen bleibt, ob von einer Arbeitsunfähigkeit ab 15. Juli 2021 oder ab 14. Oktober 2021 auszugehen ist. Laut Krankengeschichte der Medbase C. \_\_\_ hat die Klägerin am 15. Juli 2021 einen Praktischen Arzt konsultiert. Dieser nannte als Anlass für die Konsultation eine psychische Dekompensation und attestierte der Klägerin eine Arbeitsunfähigkeit (act. G17-9). Am 23. Juli 2021 fand die nächste Konsultation statt, anlässlich welcher eine psychosoziale Belastungssituation mit Verdacht auf Anpassungsstörung festgestellt und die Arbeitsunfähigkeitsattestierung aufrecht erhalten wurde (act. G17-8 f.). Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 26. Juli 2021 wurde aufgrund der Gefahr eines Rückfalls weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. G17-8). Am 3. August 2021 fand eine neuerliche Konsultation statt. Neu ging der Arzt von einer depressiven Verstimmung nach psychosozialer Belastungsreaktion aus. Als Massnahmen wurde vereinbart, dass die Klägerin sich in psychologische Betreuung mit Gesprächstherapie begeben und eine

Verlaufskontrolle Ende September stattfinden werde (act. G17-8). Am 10. August 2021 fand die erste Sitzung bei B. Strahm, einer eidgenössisch anerkannten Psychotherapeutin, statt (act. G1.7 und 17-6 f.). Anlässlich der nächsten Sitzung vom 28. September 2021 berichtete die Klägerin unter anderem über den Stellenantritt in den Alters- und Pflegeheimen D.\_\_\_\_ (act. G17-5 f.). Im Anschluss an die nächste Sitzung vom 14. Oktober 2021 attestierte ein Assistenzarzt der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G1.10-1). Ab dem 27. Oktober 2021 wurde diese von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Allgemeinmedizin, weitergeführt (act. G1.10-2). Insgesamt liegen echtzeitliche Arbeitsunfähigkeitszeugnisse für die Zeit vom 15. Juli 2021 bis 3. August 2021 und wiederum ab 14. Oktober 2021 bis 31. Oktober 2022 vor. Auch wenn die Klägerin sich nach dem 3. August bis 14. Oktober 2021 nachweislich in psychotherapeutischer Behandlung befunden hat, fehlt es für diesen Zeitraum an einer ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit. Die Beklagte macht zu Recht geltend, dass die Wahrnehmung von Therapien nicht zwangsläufig mit einer Arbeitsunfähigkeit einhergehe (act. G3 Ziff. 20). Damit übereinstimmend sah denn die Psychotherapeutin gemäss den Behandlungsnotizen vom 28. September 2021 selbst nach bereits erfolgter Arbeitsaufnahme durch die Klägerin bei den Alters- und Pflegeheimen D.\_\_\_\_ keinen Handlungsbedarf im Sinne beispielsweise einer ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (act. G17-6) – im Gegensatz zum 14. Oktober 2021, wo sie den Hausarzt für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zuzog und einen Termin beim psychiatrischen Facharzt für die Klägerin vereinbarte (act. G17-5). Insgesamt vermag die Klägerin den Beweis für eine Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 4. August bis 13. Oktober 2021 nicht zu erbringen. Hinsichtlich der zur Beurteilung verbleibenden Arbeitsunfähigkeit vom 15. Juli bis 3. August 2021 beruft sich die Beklagte auf Art. 12 AB, laut welchem sie das Recht hat, ihre Leistungen zu verweigern oder zu kürzen, wenn die vertraglichen Obliegenheiten nicht erfüllt werden. Vorbehalten bleibt der Nachweis einer unverschuldeten Obliegenheitsverletzung. Eine vertragliche Obliegenheit liegt laut Art. 10 Ziff. 1 lit. b AB darin, ein versichertes Ereignis, welches voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen gibt, der Gesellschaft auf dem zur Verfügung gestellten Formular bei einer Wartefrist von 31 und mehr Tagen spätestens bei Ablauf der Wartefrist zu melden. Soweit keine zwingenden gesetzlichen Vorschriften entgegenstehen, können die Parteien die Rechtsfolgen einer Obliegenheitsverletzung frei vereinbaren. Diese Freiheit findet ihre Grenze an der zwingenden Vorschrift von Art. 45 VVG (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Februar 2021, 4A\_14/2021, E. 7.2 mit Hinweisen; für Bundesrechtskonformität der Vereinbarung einer Leistungsverweigerung bei einer Meldepflichtverletzung vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. April 2003, K 44/02, E. 1.2 und 2.2). Art. 45 Abs. 1 VVG in der vorliegend anwendbaren Fassung (vgl. vorstehend E. 2.6) sieht vor, dass der Nachteil einer vereinbarten Obliegenheitsverletzung nicht eintritt, wenn die Verletzung den Umständen nach als eine unverschuldete anzusehen ist. Unbestrittenermassen meldeten weder das B.\_\_\_\_ noch die Klägerin die Letzterer ab 15. Juli bis 3. August 2021 attestierte Arbeitsunfähigkeit der Beklagten echtzeitlich, womit eine Verletzung der vertraglichen Obliegenheit einer Meldepflicht vorliegt. Der Grund dafür dürfte darin liegen, dass mit der Arbeitsunfähigkeit vom 15. Juli bis 3. August 2021 die vereinbarten 60 Wartetage ohnehin nicht erreicht worden wären (vgl. Police in act. G3.1) und es somit zu keiner Leistungspflicht der Beklagten gekommen wäre. Der Klägerin und ihrer damaligen Arbeitgeberin waren die Bestimmungen der AB und damit auch das Vorgehen bei Eintritt eines versicherten Ereignisses sowie die Regelung des Nichtbefolgens

von vertraglichen Obliegenheiten bekannt. Ob unter diesen Umständen von einer unverschuldeten Obliegenheitsverletzung auszugehen ist, kann vorliegend jedoch offen bleiben. Nachdem die ZB in ihrem Art. 2 Ziff. 3 einen Rückfall nur für den Fall zulassen, dass die versicherte Person aufgrund derselben Krankheit innert 12 Monaten, nachdem sie die Arbeit nach Ablauf der Wartefrist vollständig wieder aufgenommen hat, erneut arbeitsunfähig wird, und diese Konstellation nicht vorliegt, da die Klägerin vom 15. Juli bis 3. August 2021 lediglich Wartetage hätte tilgen können, würde selbst im Falle der Verneinung einer Obliegenheitsverletzung keine Anrechnung bereits getilgter Wartetage erfolgen können. Nach dem Gesagten hat die Klägerin am 14. Oktober 2021 damit begonnen, die mit der Beklagten vereinbarten 60 Wartetage (vgl. act. G3.1) zu tilgen. Da der Versicherungsschutz bei der Beklagten mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit dem B.\_\_\_\_ am 31. Oktober 2021 endete (vgl. Art. 8 Abs. 1 lit. c AB) und ein Anspruch auf Leistungen mit Erlöschen des Versicherungsschutzes ebenfalls erlosch (Art. 9 Abs. 1 AB), könnte eine Leistungspflicht der Beklagten ab dem 1. November 2021 nur bestanden haben, wenn die Klägerin einen Anspruch auf Nachleistung gehabt hätte. Die Beklagte weist in diesem Zusammenhang auf Art. 9 Abs. 2 letzter Absatz AB hin, laut welchem der Anspruch auf Nachleistung gegenüber der Beklagten nicht besteht, wenn die versicherte Person Anspruch auf Freizügigkeit hat. Für den Wechsel von einer Kollektiv- zu einer anderen Kollektivversicherung nach VVG ist neben den Versicherungsbedingungen das Freizügigkeitsabkommen zwischen dem Schweizerischen Versicherungsverband SSV und dem Schweizerischen Krankenversicherungsverband santésuisse von Bedeutung. Dieses Freizügigkeitsabkommen unter den Krankentaggeld-Versicherern vom 1. Januar 2006 (nachfolgend: FZA; abrufbar unter [https://www.svv.ch/sites/default/files/2017-11/Freizuegigikeitsabkommen\\_d.pdf](https://www.svv.ch/sites/default/files/2017-11/Freizuegigikeitsabkommen_d.pdf), zuletzt abgerufen am 3. Januar 2024) befasst sich mit der Leistungspflicht im Falle von mehreren involvierten Versicherern. Laut Art. 4 Abs. 2 FZA gehen laufende Schadenfälle ab Datum des Versichererwechsels im Umfang der beim bisherigen Versicherer vorgesehenen Höhe des Taggeldes, der Wartefrist und der Leistungsdauer zu Lasten des neuen Versicherers, sofern der Arbeitnehmer beim neuen bzw. bisherigen Arbeitgeber im gleichen Umfang angestellt ist. Dass die Klägerin spätestens per 1. Oktober 2021 über ihr Arbeitsverhältnis mit den Alters- und Pflegeheimen D.\_\_\_\_ in ein Versicherungsverhältnis mit der Hotela eingetreten ist, ist zwischen den Parteien unbestritten. Und auch der Umstand, dass das diesem Versicherungsverhältnis zugrundeliegende Arbeitsverhältnis mit gleichem Pensum angetreten wurde, wie die Klägerin es beim B.\_\_\_\_ innehatte, dürfte zu keinen Diskussionen führen. Die Hotela verweigerte ihre Leistungen mit der Begründung, dass die Klägerin in der Zeit vom 14. Oktober bis 30. November 2021 Wartetage zu bestehen gehabt und ab 1. Dezember 2021 gestützt auf Ziff. 16.5 ihrer allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) kein Nachleistungsrecht bestanden habe, da die Klägerin während der Probezeit arbeitsunfähig geworden sei. Diese Bestimmung sieht aber in ihrem Abs. 3 vor, dass für den Fall von günstigeren Bedingungen aufgrund eines Freizügigkeitsabkommens jene gelten würden. Folglich ist als weiteres Zwischenfazit festzuhalten, dass der Schadenfall ab 1. November 2021 wohl zu Lasten der Hotela gehen würde, sofern ein Fall von Freizügigkeit vorliegen würde. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass das Versicherungsverhältnis mit der Beklagten bis 31. Oktober 2021 bestanden hat und per spätestens 1. Oktober 2021 ein zusätzliches Versicherungsverhältnis mit der Hotela begründet wurde, war die Klägerin jedoch im Oktober 2021 doppelt gegen dasselbe Risiko versichert. Im Privatversicherungsrecht existiert kein allgemeines Doppelversicherungsverbot im Sinne

eines anerkannten Rechtsgrundsatzes (vgl. Christian Boll, N 12 zu Art. 53 VVG, in: Heinrich Honsell/Nedim Peter Vogt/Anton K. Schnyder (Hrsg.), Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basler Kommentar, 2001 [nachfolgend: BSK-VVG]). Vielmehr wird im bis 31. Dezember 2021 gültigen Art. 53 VVG (vgl. vorstehend E. 2.6) Folgendes zur Doppelversicherung bei Schadenversicherungen (um eine solche handelt es sich vorliegend gemäss Art. 2 Ziff. 1 AB sowie Police in act. G3.1) ausgeführt: Wird dasselbe Interesse gegen dieselbe Gefahr und für dieselbe Zeit bei mehr als einem Versicherer dergestalt versichert, dass die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert übersteigen (Doppelversicherung), so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, hiervon allen Versicherern ohne Verzug schriftlich Kenntnis zu geben (Abs. 1). Hat der Versicherungsnehmer diese Anzeige absichtlich unterlassen oder die Doppelversicherung in der Absicht abgeschlossen, sich daraus einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so sind die Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer an den Vertrag nicht gebunden (Abs. 2). Jeder Versicherer hat auf die ganze vereinbarte Gegenleistung Anspruch (Abs. 3). Laut Art. 71 Abs. 1 VVG haftet jeder Versicherer für den Schaden in dem Verhältnisse, in dem seine Versicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen steht. Vorliegend ist nicht davon auszugehen, dass die Klägerin bewusst zwei Taggeldversicherungen führte, weshalb von zwei gültigen Versicherungsverträgen für die Zeit vom 1. bis 31. Oktober 2022 auszugehen ist. Den Fall einer Doppelversicherung regelt jedoch nicht das Freizügigkeitsabkommen, sondern das VVG. Im Oktober 2022 konnte die Klägerin folglich Wartetage bei der Beklagten tilgen. Was den Zeitraum ab 1. November 2021 anbelangt, so kann Art. 9 Ziff. 2 letzter Absatz AB nicht so verstanden werden, dass es an der versicherten Person liegt, den Anspruch auf Freizügigkeit zu klären. Vorliegend greift die Freizügigkeit bisher nicht, zumal die Hotela ihre Leistungspflicht ebenfalls verneint, was nicht zu Lasten der Klägerin gehen darf. Vor diesem Hintergrund kann die Freizügigkeit auch nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden. Folglich ist auch ab dem 1. November 2021 von einem Anspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten auszugehen. Sollte die Beklagte der Ansicht sein, dass per diesem Tag gestützt auf Art. 4 Abs. 2 FZA die Freizügigkeit eintritt, so ist es ihr unbenommen, sich gegenüber der Hotela auf die Freizügigkeit zu berufen. Der Klägerin gelingt zusammenfassend mit den Arbeitsunfähigkeitszeugnissen für die Zeit vom 14. Oktober 2021 bis 31. Oktober 2022 der rechtsgenügende Beweis einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit (act. G1.10). Damit besteht vom 13. Dezember 2021 (nach 60 Tagen Wartefrist gemäss act. G3.1) bis 31. Oktober 2022 ein Taggeldanspruch basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 100 %, was einem Betrag von Fr. 80'223.50 (323 [19 + 31 + 28 + 31 + 30 + 31 + 30 + 31 + 31 + 30 + 31] Tage x Fr. 248.37) entspricht. Die Klägerin beantragt die Verzinsung des Taggeldausstandes zu 5 % ab dem 17. Mai 2022 (mittlerer Verfall; act. G1). Gemäss Art. 102 OR setzt der Schuldnerverzug die Fälligkeit der Forderung und eine Mahnung oder einen bestimmten Verfalltag voraus (vgl. BSK OR I [5. Aufl.] – Wolfgang Wiegand, 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 Grolimund/Alain Villard, in: Basler Kommentar zum VVG, Nachführungsband, Basel 2012, Art. 41 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; vgl. BSK OR I [5. Aufl.], a.a.O., Art. 102 N 11). Mit ihren Ablehnungsschreiben machte die Beklagte unmissverständlich klar, dass sie keine Taggelder ausrichten werde. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen geriet die Beklagte mit den seither geschuldeten Taggeldern jeweils am Tag der Fälligkeit in Verzug. Eine ausdrückliche Mahnung der Taggeldleistungen durch die Klägerin war nicht erforderlich. Aus praktischen Gründen rechtfertigt es sich, für den seither aufgelaufenen Gesamtbetrag von Fr. 80'223.50 von einem mittleren Verfall am 23. Mai 2022 (13. Dezember 2021 zuzüglich halbe Leistungsdauer von 323 Tagen; analog zum mittleren Verfall von Schadenszinsen; vgl. Christian Heierli/ Anton K. Schnyder, in: BSK OR I, Art. 42 N 5) auszugehen. Nach dem Gesagten ist die Klage teilweise gutzuheissen und die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin Krankentaggelder in Höhe von Fr. 80'223.50, zuzüglich Zins zu 5 % seit dem 23. Mai 2022, zu bezahlen. Gerichtskosten sind grundsätzlich keine zu erheben (Art. 114 lit. e ZPO). Die Parteientschädigung spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 96 ZPO). Sie wird der unterliegenden Partei auferlegt (vgl. Art. 106 Abs. 1 ZPO). Hat keine Partei vollständig obsiegt, so werden sie nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt (vgl. Art. 106 Abs. 2 ZPO). Die Klägerin klagte einen Betrag von Fr. 82'955.60 zzgl. Zins von 5 % seit 17. Mai 2022 ein (act. G1). Die Klage wird im Umfang von Fr. 80'223.50 zzgl. Zins von 5 % ab 23. Mai 2022 gutgeheissen. Angesichts des Unterliegens in diesem geringen Umfang ist für die Kostenfolge von einem vollen Obsiegen auszugehen. Das Honorar richtet sich vorliegend nach Streitwert. Das mittlere Honorar beträgt nach Art. 14 Abs. 1 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. Der Streitwert beläuft sich auf Fr. 82'955.60. Damit resultiert ein mittleres Honorar (Grundhonorar) von Fr. 10'966.00 (Fr. 3'500.-- + 9 % von Fr. 82'955.60). Auf diesen Betrag besteht gemäss Art. 28 bis Abs. 1 HonO ein Anspruch auf den pauschalen Ersatz für Barauslagen von 4 % des Honorars, höchstens Fr. 1'000.--. Bei einem Honorar von Fr. 10'966 beträgt dieser Fr. 438.65. Die Mehrwertsteuer von 7.7 % wird zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO) und beträgt vorliegend Fr. 878.15. Entsprechend resultiert ein Entschädigungsanspruch gegenüber der Beklagten von Fr. 12'282.80. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 des sankt-gallischen Reglements über Organisation und Geschäftsgang des Versicherungsgerichtes (OrgR; sGS 941.114) In teilweiser Guttheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, der Klägerin Krankentaggelder in Höhe von Fr. 80'223.50, zuzüglich Zins zu 5 % seit dem 23. Mai 2022, zu bezahlen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beklagte hat die Klägerin mit Fr. 12'282.80 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

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