

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2022/5 vom 4. April 2023**

Sg Versicherungsgericht, 2023-04-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_KV-Z\\_2022\\_5](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV-Z_2022_5)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2022/5 du 4 avril 2023

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2022/5 del 4 aprile 2023

## **Regeste**

Krankentaggeld, VVG-Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung; Anrechnung von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung, Zeitpunkt des Eintritts einer psychischen Erkrankung. Unzulässigkeit einer Anrechnung der aus der Arbeitslosenversicherung erbrachten Zahlungen (Nichtigkeit der entsprechenden Regelung in den AVB). Das Eintreten von Umständen, welche "entscheidender Auslöser" einer späteren psychischen Erkrankung seien, während der Versicherungsdauer, reicht nicht aus. Die psychische Erkrankung muss sich während der Versicherungsdauer in relevanter Weise manifestiert haben. Der Nachweis einer solchen Manifestation gelingt dem Kläger nicht. Teilweise Gutheissung der Klage (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. April 2023, KV-Z 2022/5).

## **Volltext**

Entscheid vom 4. April 2023 Besetzung Versicherungsrichterinnen Mirjam Angehrn (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Anita Hüsler Geschäftsnr. KV-Z 2022/5 Parteien A.\_\_\_\_, Kläger, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen, gegen AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur, Beklagte, Gegenstand Forderung aus Krankentaggeldversicherung Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war seit 1. Februar 2009 bei B.\_\_\_\_ als "Küchen-Hausangestellter" im Restaurant C.\_\_\_\_ beschäftigt und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) krankentaggeldversichert. Am 4. März 2010 meldete der Arbeitgeber der AXA einen Schadenfall des Versicherten. Dieser leide unter Herzbeschwerden und sei seit dem 3. Februar 2010 arbeitsunfähig (act. G 7.4). Die AXA erbrachte in der Folge vom 10. Februar bis 31. März 2010 Taggeldleistungen (act. G 7.17). Ab April 2010 bezog der Versicherte Taggelder der Arbeitslosenversicherung (act. G 7.18). Mit Schreiben vom 28. November 2017 teilte der anwaltlich vertretene Versicherte der AXA mit, es sei davon auszugehen, dass er weit über den 20. Mai 2010 hinaus arbeitsunfähig gewesen sei. Der Einfachheit halber sei eine Krankentaggeldnachforderung von pauschal Fr. 75'000.-- (730 Tg. à Fr. 97.81 = Fr. 71'401.30) zuzüglich 5 % Zins ab mittlerem Verfall, abzüglich der von der AXA bereits geleisteten Zahlung, berechnet worden. Er ersuchte um entsprechende Überweisung (act. G 1.17). Mit Schreiben vom 17. Juli 2020 gelangte der Versicherte erneut an die AXA und machte – in Aktualisierung und Korrektur des Schreibens vom 28. November 2017 – einen Taggeldanspruch für den Zeitraum vom 1. April 2010 bis 10. Februar 2012 (680 Tg. à Fr. 97.81 = Fr. 66'510.80) zuzüglich 5 % Zins ab 1. März 2011 (mittlerer Verfall) bei 46.7 % Zins (Fr. 97'571.34) geltend (act. G 1.18). Mit E-Mail vom 29. Oktober 2020 teilte die AXA dem Versicherten

mit, seine Taggeldforderung zu 100 % für die Dauer von 730 bzw. 680 Tagen könne nicht nachvollzogen werden. Zum einen sei den ihnen vorliegenden medizinischen Unterlagen kein Hinweis auf eine Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen. Zum anderen handle es sich um Akten aus den Jahren 2012 bis 2014, als ihre Leistungspflicht – sofern eine solche denn gegeben wäre – bereits abgelaufen gewesen wäre. Echtzeitliche Akten aus dem Jahr 2010 oder 2011 würden fehlen. Den von ihnen zwischenzeitlich angeforderten IV-Akten könnten sie eine 35%ige Arbeitsunfähigkeit seit April 2010 für adaptierte Tätigkeiten aufgrund psychiatrischer Diagnosen entnehmen. Da der Versicherte gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Krankheiten, welche nach dem 31. März 2010 aufgetreten seien, nicht mehr versichert sei, könnten sie für die psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht aufkommen (act. G 1.19). Aus den von den Parteien in ihren Rechtsschriften erwähnten bzw. mit diesen eingereichten Unterlagen ergibt sich im Wesentlichen folgende (unbestrittene) Krankengeschichte des Versicherten: Der Versicherte erlitt im Februar 2010 einen Herzinfarkt (Vorderwandinfarkt), welcher im Universitätsspital Zürich operativ behandelt wurde. Der Infarkt wurde offenbar anlässlich einer einige Tage zuvor erfolgten Untersuchung im Kantonsspital St. Gallen übersehen. Aufgrund der letztlich verbleibenden somatischen Beschwerden (Herzinsuffizienz) besteht seit 4. Februar 2010 in der angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe eine volle Arbeitsunfähigkeit, in einer angepassten Tätigkeit besteht jedoch eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. zum Ganzen: MEDAS Gutachten vom 29. November 2010, act. G 1.16). In psychischer Hinsicht wurden seitens Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ausserdem eine Angststörung und eine leichte bis mittelgradige Depression diagnostiziert. Diese haben seit April 2010 in einer adaptierten Tätigkeit zu einer Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 30 bis 40 % geführt, wobei Dr. D.\_\_\_\_ davon ausging, dass durch geeignete medizinische und IV-Eingliederungsmassnahmen eine schrittweise Verminderung der Arbeitsunfähigkeit auf etwa 20 % zu erwarten sei (vgl. psychiatrisches Consiliargutachten vom 29. November 2010, act. G 1.15 S. 9). Am 12. April 2022 erhob der Versicherte (nachfolgend: Kläger) Klage gegen die AXA (nachfolgend: Beklagte). Er beantragte, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm die Krankentaggelder ab 1. April 2010 bis 10. Februar 2012 (680 Tage à Fr. 97.81) in der Höhe von Fr. 66'510.80 zuzüglich 5 % Zins ab mittlerem Verfall (1. März 2011) zu leisten, unter Vorbehalt der Nachklage allfälliger Taggeldansprüche ausserhalb dieses Zeitraums; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich Mehrwertsteuer zulasten der Beklagten (act. G 1). Mit Klageantwort vom 18. August 2022 beantragte die Beklagte, die Klage sei im Betrag von Fr. 905.25 teilweise gutzuheissen, darüber hinaus jedoch abzuweisen; unter Verlegung der entsprechenden Kosten- und Entschädigungsfolgen (act. G 7). Mit Schreiben vom 24. August 2022 informierte das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die beiden rechtskundig vertretenen Parteien, dass die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels vorgesehen werde, sofern sie auf eine mündliche Verhandlung verzichten würden. Ohne Gegenbericht bis zum 13. September 2022 würde man von einem Verzicht auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung ausgehen und das Verfahren schriftlich fortsetzen (act. G 8). Mit Schreiben vom 25. August 2022 verzichtete der Kläger explizit auf eine mündliche Verhandlung (act. G 9). Die Beklagte äusserte innert der angesetzten Frist keine Einwände gegen eine schriftliche Fortführung des Prozesses, womit von einem Verzicht auf eine mündliche Verhandlung ausgegangen werden durfte. Entsprechend wurde dem Kläger mit Schreiben vom 23. September 2022 Frist zur Replik angesetzt (act. G 10). Mit Replik vom 19. Oktober 2022 hielt der Kläger an seinen Anträgen fest (act. G 11). Die Beklagte

beantragte mit Duplik vom 11. Januar 2023 neu, die Klage sei im Betrag von Fr. 1'696.95 teilweise gutzuheissen, darüber hinaus jedoch abzuweisen (act. G 17). Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den detaillierten Inhalt der von den Parteien eingereichten Belege wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach den allgemeinen Vertragsbedingungen für die Personenversicherung Professional, Ausgabe August 2008 (act. G 7.16 [nachfolgend: AVB]), und der Police vom 1. Januar 2010 (act. G 7.19; vgl. dazu auch nachfolgende E. 2.5). Gemäss Art. J1 Ziff. 2 AVB kann der Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigte an seinem schweizerischen Wohn- oder Arbeitsort oder in Winterthur Klage gegen die Beklagte erheben. Mit dem Wohnort des Klägers im Kanton St. Gallen 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). Darunter werden praxisgemäss auch Zusatzversicherungen 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 ist vorliegend 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). Auf die Klage ist somit einzutreten. Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung 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 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 entscheidwesentlichen 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 – wie im vorliegenden Verfahren – durch Rechtsanwälte vertreten sind, soll und muss sich das Gericht Zurückhaltung auferlegen wie im ordentlichen Zivilprozess. 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.; Bernd Hauck in: ZPO Kommentar, Art. 247 N 33). Im Zivilprozess gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO). Das Gericht hat bei der Bewertung der erhobenen Beweise unabhängig von abstrakten Regeln nach seiner eigenen Überzeugung darüber zu befinden, ob es eine behauptete Tatsache als wahr oder unwahr einstuft. Dabei bleibt es dem Gericht überlassen, die Kraft eines Beweismittels nach seiner Überzeugung festzulegen (vgl. 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 31. 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). Im Zivilprozessrecht müssen nur Tatsachenbehauptungen bewiesen werden, die ausdrücklich bestritten sind. Bestreitungen sind so konkret zu halten, dass sich bestimmen lässt, welche einzelnen Behauptungen des Klägers 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 m. w. H.). 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. 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 Versicherungspolice (act. G 7.19) und die AVB (act. G 7.16) massgebend. Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch des Klägers gegenüber der Beklagten auf Krankentaggeldleistungen in Höhe von Fr. 66'510.80, gestützt auf die von seinem früheren Arbeitgeber bei der Beklagten abgeschlossenen Kollektiv-Krankentaggeldversicherung (act. G 1). Der Kläger macht einen Taggeldanspruch "ab 1. April 2010 bis 10. Februar 2012" geltend (act. G 1). Entgegen dem (summenmässigen) Antrag des Klägers entspricht die Zeitspanne vom 1. April 2010 bis (und mit) 10. Februar 2012 aber 681 Tagen. Angesichts der Dispositionsmaxime ist das Gericht jedoch an die klare Bezifferung des Klägers (Fr. 66'510.80), welche 680 Taggeldern entspricht, gebunden (vgl. Art. 58 ZPO). Unbestritten zwischen den Parteien ist insbesondere, dass der Kläger während seiner Anstellung bei B.\_\_\_\_ im Restaurant C.\_\_\_\_ in St. Gallen bei der Beklagten krankentaggeldversichert war und gestützt auf den entsprechenden Versicherungsvertrag einen grundsätzlichen Leistungsanspruch gegenüber der Beklagten hat (sog. Aktiv- und Passivlegitimation der Parteien). Unbestritten sind zudem grundsätzlich die gesundheitlichen Einschränkungen des Klägers, namentlich die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit und die 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aufgrund der somatischen Beschwerden sowie die 30 bis 40%ige – auch in angepasster Tätigkeit bestehende – Arbeitsunfähigkeit zufolge psychischer Beschwerden seit April 2010 (vgl. dazu vorstehend Sachverhalt A.c). Umstritten ist jedoch, ob bzw. für welchen Zeitraum der Kläger ab dem 1. April 2010 die entsprechenden Voraussetzungen für den Bezug von Versicherungsleistungen erfüllt und in welcher Höhe allenfalls Taggeldleistungen zu erbringen sind. Die Beklagte anerkennt in ihrer Replik einen Anspruch des Klägers auf (volle) Taggeldleistungen für den Zeitraum vom 1. April bis 2. August 2010, da sie davon ausgeht, dass eine lange Arbeitsunfähigkeit – bei der nach Art. A4 Ziff. 3 AVB auch eine zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabengebiet berücksichtigt werden darf – erst nach sechs Monaten angenommen werden dürfe und mithin für den Zeitraum vom 3. Februar 2010 (Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zufolge Herzerkrankung des Klägers) bis 2. August 2010 die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit zu berücksichtigen sei. Im vorliegenden Fall besteht für das Gericht – trotz sozialer Untersuchungsmaxime (vgl. dazu vorstehend E. 2.2) – keine Veranlassung und auch keine Möglichkeit, von der von der Beklagten dargelegten Auslegung von Art. A4 Ziff. 3 ihrer eigenen AVB und der mithin von ihr anerkannten Leistungspflicht bis zum 2. August 2010 abzuweichen, zumal der Kläger diese nicht bestritten hat. Weitere Ausführungen zum Bestand eines Leistungsanspruchs seitens des Klägers im entsprechenden Zeitraum erübrigen sich. Mithin ist nachfolgend davon auszugehen, dass der Kläger für den Zeitraum vom 1. April 2010 bis zum 2. August 2010 Anspruch auf Taggelder, basierend auf einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit, hat. Hinsichtlich der Höhe der für diesen Zeitraum zu erbringenden Leistungen bestreitet die Beklagte die grundsätzliche Höhe des vom Kläger geltend gemachten Taggeldansatzes (Fr. 97.81) nicht, sondern anerkannte diese zumindest konkludent, indem sie bei der Berechnung des von ihr anerkannten Anspruchs des Klägers für den Zeitraum vom 1. April 2010 bis 2. August 2010 auf diese abstellte und entsprechend grundsätzlich von einem Betrag von Fr. 12'128.45 ausging (vgl. act. G 7 S. 7 Ziff. 3.2). Die Beklagte beruft sich jedoch auf Art. E9 Ziff. 1 AVB, wonach sie bei gleichzeitigem Anspruch der versicherten Person auf Leistungen von Sozialversicherungen, unter anderem der Arbeitslosenversicherung, letztere bis zur Höhe des versicherten Taggeldes ergänzt. Demnach reduziere sich der Anspruch des Klägers um den Betrag der von ihm bezogenen

Arbeitslosentaggelder (Fr. 11'223.20) für diesen Zeitraum (act. G 7 S. 7 f. Ziff. 3.3). Hinsichtlich dieser "Anrechnung" der Arbeitslosentaggelder brachte der Kläger in seiner Replik einerseits vor, der Betrag der derselben sei auf Fr. 10'431.50 zu reduzieren (Nettobetrag). Richtigerweise belaufe sich die von der Beklagten anerkannte Taggeldforderung demnach auf Fr. 1'696.95, sofern ihr der Nachweis gelinge, dass sie die restliche Forderung der zuständigen Arbeitslosenkasse überwiesen habe (act. G 11 S. 3 Ziff. 8). Die Beklagte anerkannte ihrerseits den Betrag von 1'696.95 in ihrer Duplik. Der Nachweis einer Überweisung an die Arbeitslosenkasse sei nicht notwendig. Aufgrund des Schadenversicherungsprinzips, welches für den Kläger gelte, könne er nicht für denselben Zeitraum die vollen Taggelder der Beklagten und auch jene der Arbeitslosenkasse beziehen, da er ansonsten bessergestellt würde, als wenn er gesund gewesen wäre. Wenn die Arbeitslosenkasse tatsächlich die Taggelder der Beklagten mit ihren Leistungen verrechnen und entsprechend eine Auszahlung an sie geltend machen wolle, wäre sie gehalten, dies selbst zu tun (act. G 17 S. 2 f. Ziff. 3.3 zu Rz. 8). Der Kläger reichte keine Tripplik ein. Vorliegend stellt sich – mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (AVIG; SR 837.0) – die Frage, ob die Regelung in Art. E9 Ziff. 1 AVB (zumindest hinsichtlich der Anrechnung der Arbeitslosentaggelder) anfechtbar oder allenfalls sogar nichtig ist. Der Kläger bestritt die Gültigkeit von Art. E9 Ziff. 1 AVB bzw. die Möglichkeit der Anrechnung der Arbeitslosentaggelder nicht explizit. Da eine allfällige Nichtigkeit jedoch von Amtes wegen zu beachten ist, ist diese vorderhand zu prüfen. Nach Art. 20 OR ist ein Vertrag bzw. eine vertragliche Bestimmung unter anderem dann nichtig, wenn sie einen widerrechtlichen Inhalt hat. Widerrechtlich i. S. v. Art. 20 Abs. 1 OR ist eine Regelung nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts, wenn ihr Gegenstand, ihr Abschluss mit dem vereinbarten Inhalt oder ihr mittelbarer Zweck gegen objektives schweizerisches Recht verstösst. Voraussetzung der Nichtigkeit ist dabei stets, dass diese Rechtsfolge ausdrücklich im betreffenden Gesetz vorgesehen ist oder sich aus Sinn und Zweck der verletzten Norm ergibt (vgl. insbesondere BGE 134 III 442 E. 2.2 m. w. H.). Sinn und Zweck von Art. 28 Abs. 2 AVIG ist, beim Zusammentreffen verschiedener sachlich kongruenter Leistungsansprüche eine Überentschädigung zu verhindern, indem die Subsidiarität der Arbeitslosenversicherung (insbesondere auch gegenüber Krankentaggeldversicherungen nach VVG, vgl. BGE 144 III 142 f. E. 4.3) statuiert wird (vgl. zum Ganzen: BGE 142 V 453 ff. E. 4.2 und 5.4; BBl 1980 III 586 f.; Gerhard Gerhards, Kommentar zum Arbeitslosenversicherungsgesetz [AVIG], Band I, 1987, N 54 und 56 zu Art. 28; Barbara Kupfer Bucher, in: Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum AVIG, 5. Aufl. 2019, S. 190). Nach Gesagtem widerspricht Art. E9 Ziff. 1 AVB der bundesrechtlich festgehaltenen Subsidiarität der Arbeitslosenversicherung und ist damit (zumindest hinsichtlich der Anrechnung von Arbeitslosentaggeldern) widerrechtlich und mithin nichtig i.S.v. Art. 20 Abs. 1 OR (vgl. zur fehlenden Wirksamkeit einer solchen Regelung in den AVB auch: Tobias Merz, Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit im Arbeitslosenversicherungsrecht, in: ARV 2018 269 ff., S. 274). Nach Gesagtem kann offenbleiben, ob eine (rechtsgenügeliche) Bestreitung der Anwendbarkeit dieser Bestimmung seitens des Klägers erfolgt ist. Eine Anrechnung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger (insbesondere der Invalidenversicherung [IV] und der Pensionskasse) für den entsprechenden Zeitraum macht die Beklagte zu Recht nicht geltend, da die Renten der IV und aus der beruflichen Vorsorge jeweils erst ab Februar 2011 (vgl. act. G 7.12 und 7.24) zugesprochen wurden, womit es

ohnehin an einer zeitlichen Kongruenz gefehlt hätte. Die Beklagte ist mithin für den Zeitraum vom 1. April bis zum 2. August 2010 voll leistungspflichtig. Entgegen der Argumentation der Beklagten kann die Arbeitslosenkasse denn auch nicht direkt einen Anspruch ihr gegenüber geltend machen. Für eine Auszahlung an die Arbeitslosenkasse besteht bzw. bestand keine Rechtsgrundlage. Insbesondere sieht die Gesetzgebung zur Arbeitslosenversicherung keine Subrogation von allfälligen Ansprüchen gegenüber einer Krankentaggeldversicherung vor und wurde eine anderweitige Forderungsabtretung an die Arbeitslosenkasse im vorliegenden Verfahren nicht geltend gemacht, geschweige denn nachgewiesen. Folglich ist einziger Anspruchsberechtigter und mithin Aktivlegitimierter für den vollumfänglichen Forderungsbetrag gegenüber der Beklagten der Kläger. Ein allfälliger Rückforderungsanspruch nach Art. 95 Abs. 1 AVIG i. V. m. Art. 25 Abs. 1 ATSG seitens der Arbeitslosenkasse gegenüber dem Kläger (vgl. dazu BGE 142 V 455 f. E. 5.4) bildet nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, zumal die Beklagte auch nicht geltend macht, der Kläger habe rechtsmissbräuchlich gehandelt, wenn er den vorliegend strittigen Anspruch ihr gegenüber erst im November 2017 – und demnach nach Ablauf der absoluten Verjährungsfrist einer möglichen Rückforderung von (allenfalls) zu Unrecht erbrachten Arbeitslosentaggeldern (vgl. Art. 25 Abs. 2 ATSG) – geltend gemacht und damit faktisch einen Rückforderungsanspruch seitens der Arbeitslosenkasse umgangen und eine Überentschädigung provoziert hat. Ein offensichtlicher und entsprechend von Amtes wegen zu berücksichtigender Rechtsmissbrauch ist – bei fehlender (aber grundsätzlich möglicher) Erklärung der späten Geltendmachung seitens des Klägers – vorliegend nicht erwiesen. Nach Gesagtem schuldet die Beklagte dem Kläger Taggeldleistungen für den Zeitraum vom 1. April bis 2. August 2010 in Höhe von Fr. 12'128.45. Hinsichtlich des Anspruchs auf Taggeldleistungen seit dem 3. August 2010 bestreitet der Kläger nicht, dass ab dem 3. August 2010 seine unbestrittene, 100%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit (vgl. MEDAS-Gutachten vom 29. November 2010, act. G 1.16) – auch ohne Ansetzung einer Übergangsfrist – berücksichtigt werden durfte und mithin aufgrund seiner somatischen Beschwerden/Einschränkungen kein Anspruch auf Leistungen der Beklagten mehr bestand. Davon ist nachfolgend entsprechend auszugehen und es sind einzig noch allfällige Leistungsansprüche aufgrund der psychischen Erkrankungen zu prüfen. Mit Blick auf die psychischen Erkrankungen des Klägers (Angststörung und Depression) und der damit zusammenhängenden, auch für eine Verweisfunktion attestierten, Arbeitsunfähigkeit von 30 bis 40 % (vgl. psychiatrisches Consiliargutachten vom 27. Oktober 2010, act. G 1.15) über den 2. August 2010 hinaus, bestreitet die Beklagte einen Anspruch auf Taggeldleistungen. Zur Begründung führt sie an, bei den festgestellten psychischen Erkrankungen handle es sich – infolge (unbestrittenem) Ausscheiden des Klägers aus dem versicherten Personenkreis per 31. März 2010 – nicht mehr um versicherte Erkrankungen. Gemäss Art. E7 Ziff. 7 AVB, bezahle die Beklagte nach Erlöschen des Versicherungsschutzes das Taggeld nur noch für jene Krankheiten, die während der Versicherungsdauer eingetreten seien. Dass die psychischen Erkrankungen bereits vor dem 1. April 2010 aufgetreten seien, sei nicht erwiesen. Gemäss Art. A4 Ziff. 2 AVB werde eine Krankheit als jede Beeinträchtigung der Gesundheit, insbesondere der psychischen, definiert, welche nicht Folge eines Unfalls sei und eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordere oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe. Da bis zum 31. März 2010 weder eine medizinische Untersuchung/Behandlung aufgrund der psychischen Beschwerden stattgefunden noch eine Arbeitsunfähigkeit in dieser Hinsicht vorgelegen habe, sei sie demnach nicht leistungspflichtig (act. G 7 S. 8 f. Ziff. 3.3). Der Kläger macht

nicht geltend, dass seine psychischen Beschwerden bis zum 31. März 2010 zu einer ärztlichen Behandlung/Untersuchung oder Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Er stellt sich jedoch auf den Standpunkt, die Fehlbehandlung bzw. der erlittene Herzinfarkt im Februar 2010 sei der entscheidende Auslöser der psychischen Belastung gewesen. Die invalidisierenden, psychischen Probleme hätten ihren Ursprung demnach in Umständen, welche zu einem Zeitpunkt eingetreten seien, zu dem er noch dem Kreis der Versicherten angehört habe (act. G 11 S. 3 Ziff. 9). Weil vorliegend Leistungen für den Zeitraum nach Erlöschen des Versicherungsschutzes strittig sind, ist – wie beide Parteien korrekt geltend machen – grundsätzlich Art. E7 Ziff. 7 AVB massgebend. Dieser sieht vor, dass die Beklagte nach Erlöschen des Versicherungsschutzes das Taggeld für Krankheiten, die während der Versicherungsdauer eingetreten sind, noch bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer weiterhin auszahlt. Entsprechend ist zu prüfen, wann die Angststörung und die Depression des Klägers "eingetreten" i. S. v. Art. E7 Ziff. 7 AVB sind. Die Auslegung von AVB-Klauseln richtet sich – wie gewöhnlich bei Willenserklärungen – in erster Linie nach dem übereinstimmenden wirklichen Willen der Parteien und subsidiär, d. h. wenn ein solcher nicht bestand oder nicht mit hinreichender Sicherheit festgestellt werden kann, nach dem Vertrauensprinzip, also danach, wie der Empfänger die Erklärung in guten Treuen verstehen durfte und musste. Dabei hat der Richter zu berücksichtigen, was sachgerecht ist, weil nicht anzunehmen ist, dass die Parteien eine unangemessene Lösung gewollt haben. Es gelten die bei der Vertragsauslegung gebräuchlichen Auslegungsmittel und es sind neben dem Wortlaut sämtliche Umstände (insbesondere auch die Interessenlagen der Parteien) zu berücksichtigen (Peter Gauch/Walter R. Schlupe/Jörg Schmid/Susan Emmenegger, Schweizerisches Obligationenrecht Allgemeiner Teil, Band I und Band II, 11. Aufl. 2020, N 1200 ff.; Wolfgang Wiegand, N 1 ff., N 11 ff., N 19 ff. und N 55 [betreffend AGB] zu Art. 18, in: Heinrich Honsell/Nedim Peter Vogt, Wolfgang Wiegand [Hrsg.], Obligationenrecht I, Basler Kommentar, 6. Aufl. 2015 [nachfolgend zitiert: BSK OR]). Wie sich aus dem Rechtsschriftenwechsel im vorliegenden Verfahren ergibt, machen die Parteien eine unterschiedliche Auslegung von Art. E7 Ziff. 7 AVB geltend. Demnach besteht kein übereinstimmender Wille der Parteien bzw. kann ein solcher – falls er jemals bestand – nicht nachvollzogen werden. Mithin ist die Klausel nach dem Vertrauensprinzip auszulegen. Vorderhand ist in diesem Zusammenhang auch kurz auf die von den Parteien jeweils geltend gemachte Auslegung einzugehen. Der Kläger begründet seinen Anspruch auf Versicherungsleistungen damit, dass während der Versicherungsdauer diejenigen Umstände eingetreten seien, welche "entscheidender Auslöser" für die späteren psychischen Erkrankungen gewesen seien. Er erachtet demnach die Umstände, welche zu der Erkrankung geführt haben, als massgebend. Diese Auslegung geht aber zu weit, zumal der Wortlaut von Art. E7 Ziff. 7 AVB den "Eintritt einer Krankheit" während der Versicherungsdauer und nicht bloss der Eintritt von Ursachen/Umständen, die später zu einer solchen führen (könnten), fordert. Zur Verdeutlichung ist ein Beispiel anzuführen: Ein Versicherter war in seiner Freizeit (z. B. durch eigenständige Renovationsarbeiten) einer erheblichen Menge Asbeststaub ausgesetzt und erkrankt zehn Jahre später, nach Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen, an Lungenkrebs. Zwar kann in diesem Fall davon ausgegangen werden, dass die Erkrankung nach der allgemeinen Lebenserfahrung auf die (während der Versicherungsdauer) erfolgte Asbestexposition zurückzuführen ist, diese mithin – um es in den Worten des Klägers auszudrücken – entscheidender Auslöser der Erkrankung war, doch wäre eine Unterstellung unter die Krankentaggeld-Versicherungsdeckung in diesem Fall kaum sachgerecht. Gleiches gilt für

den umgekehrten Fall, in dem beispielsweise jemand infolge eines bisher verdrängten Kindheitstraumas im Erwachsenenalter während eines Krankentaggeld-Versicherungsverhältnisses an einer psychischen Krankheit leidet und bei dem die Versicherung demnach – würde man der Auslegung des Klägers folgen – einen Anspruch auf Versicherungsleistungen verneinen könnte. Ein blosser Zusammenhang bzw. eine Art "Teilkausalität" zwischen der Erkrankung und Umständen, die während der Versicherungsdauer eingetreten sind, ist nach Gesagtem nicht ausreichend. Dies, zumal psychische Erkrankungen oftmals auf eine Mehrzahl von Umständen/Faktoren zurückzuführen sind, welche zusammen wirken. So erwähnt Dr. D. \_\_\_ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 27. Oktober 2010 insbesondere auch den frühen Tod des Vaters des Klägers (am dritten Herzinfarkt), welcher schmerzlich gewesen sei (act. G 1.15 S. 6). Die Beklagte zieht zur Auslegung von Art. E7 Ziff. 7 AVB bzw. der Frage, wann eine Krankheit als "eingetreten" gilt, die in Art. A4 Ziff. 2 AVB enthaltene Definition einer Krankheit bei. Dies erscheint zwar grundsätzlich sachgerecht. Soweit die Beklagte jedoch davon ausgeht, vom Eintritt einer Krankheit während der Versicherungsdauer könne nur ausgegangen werden, wenn auch bereits während der Versicherungsdauer eine ärztliche Untersuchung/Behandlung erfolgt oder eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten sei, erscheint ihre Auslegung zu eng. Art. A4 Ziff. 2 AVB äussert sich nämlich nicht zum Zeitpunkt, zu dem diese Voraussetzungen erfüllt sein müssen bzw. dessen Wortlaut hält eben gerade nicht fest, dass eine Untersuchung/Behandlung oder Arbeitsunfähigkeit während der Versicherungsdauer stattgefunden haben bzw. eingetreten sein muss. Dies spricht gegen eine entsprechende (enge) Auslegung. Angesichts des Umstands, dass Krankheiten oftmals vorläufig unerkannt bleiben und/oder die entsprechenden Beschwerden im Krankheitsverlauf zunehmen und erst später zu einer ärztlichen Konsultation und/oder Arbeitsunfähigkeit führen, kann – alleine gestützt auf den Wortlaut von Art. A4 Ziff. 2 AVB – nicht davon ausgegangen werden, dass solche "unerkannten" Krankheiten von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen werden sollten. Zur Verdeutlichung der fehlenden Sachgerechtigkeit der von der Beklagten angenommenen Auslegung ist wiederum ein Beispiel anzuführen: Eine Person sucht am Tag nach ihrem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen einen Arzt auf und dieser stellt einen Tumor fest. Aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung ist in diesem Fall davon auszugehen, dass der Tumor und mithin die Krebserkrankung bereits einen Tag zuvor, d. h. während der Versicherungsdauer bestanden hatte; auch wenn während dieser noch keine ärztliche Untersuchung/Behandlung erfolgt und auch noch keine Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. In einem solchen Fall vom fehlenden "Eintritt" der Erkrankung während der Versicherungsdauer auszugehen, wäre kaum sachgerecht, da diesfalls wohl der Nachweis des Bestehens des Tumors bereits während der Versicherungsdauer – namentlich mittels medizinischer Beurteilungen/Gutachten – gelingen dürfte. Der Zeitpunkt der ärztlichen Konsultation (bzw. wohl eher die dabei erhobenen Befunde) begründet mithin zwar spätestens den Nachweis des Eintritts einer Krankheit. Eine ärztliche Konsultation kann jedoch nicht (alleine) ausschlaggebend für die Beurteilung des "Eintritts" einer Krankheit sein, sondern der Nachweis eines früheren Eintritts hat der versicherten Person im Einzelfall offenzustehen. Dass der versicherten Person dieser Beweis offensteht, scheint auch unter Berücksichtigung des Umstandes sachgerecht, dass eine Arbeitsunfähigkeit rückwirkend (und mithin rückwirkend in die Dauer der Versicherungsdeckung hinein) attestiert werden könnte, was demnach zu einem rückwirkenden "Eintritt" der Krankheit gemäss Verständnis der AVB durch die Beklagte führen würde. Aus Art. A4 Ziff. 2 AVB geht jedoch zumindest

hervor, dass der (für den Krankentaggeldversicherungsvertrag relevante) Begriff der Krankheit, eine gewisse Schwere der Beschwerden/Einschränkungen verlangt, mithin nicht jede Beeinträchtigung des Wohlbefindens ausreicht. Um vom Bestehen (bzw. dem Eintritt) einer Krankheit auszugehen, muss sich demnach die gesundheitliche Beeinträchtigung in einer relevanten Weise manifestiert haben. Dabei liefert Art. A4 Ziff. 2 AVB faktisch eine (nicht abschliessende, vgl. E. 6.6 vorstehend) Aufzählung, wann spätestens von einer solchen Manifestation auszugehen ist; nämlich bei einer ärztlichen Untersuchung/Behandlung bzw. bei Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit. Diese Auslegung dürfte mit dem allgemeinen Verständnis des Krankheitsbegriffs, wie ihn eine vernünftige Person versteht, übereinstimmen. Eine entsprechende Abgrenzung, wann sich eine Krankheit in relevanter Weise manifestiert hat, dürfte bei körperlichen Beschwerden in der Praxis eher selten zu Schwierigkeiten führen. Im Gegensatz dazu können gerade psychische Beschwerden auch auftreten, ohne dass ihnen (bereits von Beginn weg) Krankheitswert zukommt (vgl. insbesondere Daniela Schuler/Alexandre Tuch/Claudio Peter, OBSAN Bericht 15/2020, Psychische Gesundheit in der Schweiz, Monitoring 2020, S. 8). In diesem Zusammenhang wurden in der medizinischen Praxis – z. B. im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) – genaue Diagnosekriterien entwickelt, anhand derer das Vorliegen einer Erkrankung (im eigentlichen Sinne) beurteilt werden kann. Dr. D.\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten fest, nachdem der Kläger zunächst eher leichtsinnig mit seiner Herzproblematik umgegangen sei, habe sich nach der Mithilfe bei einem Umzug im April 2010 bzw. den danach auftretenden Beschwerden eine verstärkte Todesangst entwickelt (act. G 7.15 S. 7). Zwar lassen diese Ausführungen darauf schliessen, dass bereits vor diesem Ereignis im April 2010 gewisse (Todes-)Ängste bestanden, offenbar hat aber erst dieses zu einer bedeutsamen Zunahme bzw. Verschlimmerung derselben geführt. Zum Eintritt der Angststörung bzw. der Erfüllung entsprechender Diagnosekriterien äussert sich Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten nicht, weshalb eine Manifestation der Angststörung bis zum 31. März 2010 nicht rechtsgenügend nachgewiesen ist. Vielmehr lässt der Umstand, dass eine Arbeitsunfähigkeit erst ab April 2010 attestiert wurde, darauf schliessen, dass den früheren Ängsten (vor dem Ereignis im April 2010) offenbar noch kein Krankheitswert (im Sinne einer Angststörung) zukam. Die Depression bezeichnet Dr. D.\_\_\_\_ explizit als "konsekutiv entstanden" (act. G 1.15 S. 7) bzw. "bei unbehandelter Angststörung" (act. G 1.15 S. 8). Nach Gesagtem geht Dr. D.\_\_\_\_ davon aus, die Depression habe sich als Folge der unbehandelten Angststörung entwickelt. Demnach kann diese nicht vor der Angststörung eingetreten sein. Nach Gesagtem vermochte der Kläger – gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ – nicht nachzuweisen, dass sich seine psychischen Erkrankungen bereits während der Versicherungsdauer in relevanter Weise manifestiert hatten. Auch den übrigen medizinischen Akten lässt sich kein Hinweis auf eine frühere (relevante) Manifestation der psychischen Erkrankungen entnehmen. Insbesondere vermögen die Einschätzungen der Dres. med. E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_, beide Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin und für Herzkrankheiten (Kardiologie), vom 24. Dezember 2010 (act. G 1.10) bzw. 26. Juli 2014 (act. G 1.11) den Nachweis eines Krankheitseintritts vor dem 31. März 2010 nicht zu erbringen. Sie führen zwar aus, der Kläger habe ein "traumatisches Erlebnis" bzw. einen "psychischen Schaden" erlitten. Bei den erwähnten Ärzten handelt es sich jedoch um Allgemeinmediziner bzw. Kardiologen, welche mithin über keine Spezialisierung bzw. Qualifikation im Bereich psychischer Erkrankungen verfügen. Dies dürfte auch der Grund dafür sein, dass sie keine konkrete Diagnose (nach ICD-10) gestellt haben. Ohnehin bestätigten sie aber – wenn überhaupt – lediglich einen

Zusammenhang zwischen dem erlittenen Herzinfarkt (bzw. der fehlenden Erkennung desselben) und der psychischen Erkrankung des Klägers; was jedoch – wie erwähnt (vgl. vorstehend E. 6.5) – nicht für den Nachweis eines Krankheitseintritts ausreicht. Zum Eintritt bzw. der Manifestation einer (konkreten) psychischen Erkrankung äussern sie sich nicht. Da eine relevante Manifestation und mithin der "Eintritt" sowohl der Angststörung als auch der Depression nach Gesagtem erst nach Ablauf der Versicherungsdauer rechtsgenügend nachgewiesen ist, ist eine Leistungspflicht seitens der Beklagten für die aus diesen Erkrankungen resultierende Arbeitsunfähigkeit ab April 2010 zu verneinen. Nach Gesagtem besteht über den 2. August 2010 hinaus kein weiterer Anspruch des Klägers auf Taggeldleistungen mehr. Zu prüfen bleibt die Verzugszinsforderung des Klägers. Diese begründet er in seinen Rechtsschriften nicht weiter. Aus seinen Ausführungen bzw. Rechtsbegehren geht lediglich hervor, dass er von einem Verzugszins von 5 % und einem mittleren Verfall am 1. März 2011 (und mithin wohl vom Eintritt der Fälligkeit der einzelnen Taggeldleistungen am jeweiligen Tag, für den die Leistung geschuldet ist) ausgeht. Die Beklagte bestreitet die Verzugszinspflicht dahingehend, dass eine solche – zufolge fehlender Mahnung seitens des Klägers bzw. definitiver Ablehnung eines Anspruchs ihrerseits – frühestens ab dem 28. November 2017 bestehen könne, da der Kläger die Beklagte erstmals mit Schreiben von diesem Datum zur Zahlung aufgefordert habe und die Beklagte vor diesem Tag nie einen abschlägigen Leistungsentscheid gefällt habe (act. G 7 S. 15 Ziff. 4.13). Gemäss Art. 102 OR setzt der Schuldnerverzug die Fälligkeit der Forderung und eine Mahnung oder einen bestimmten Verfalltag voraus. Die AVB der Beklagten enthalten keine Bestimmung über die Fälligkeit von Taggeldleistungen. Diese richtet sich daher nach Art. 41 VVG und ist dahingehend geregelt, als sie erst vier Wochen nach dem Zeitpunkt eintreten kann, in dem der Versicherer Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruchs überzeugen kann (sogenannte Deliberationsfrist; vgl. Jürg Nef, N 12 ff. zu Art. 41, in: Heinrich Honsell/Nedim Peter Vogt/Anton K. Schnyder [Hrsg.], Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basler Kommentar, 2001 [nachfolgend zitiert: BSK VVG]). Hat die anspruchsberechtigte Person die nötigen Angaben gemacht und ist die Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, gerät der Versicherer (nach Ablauf der vierwöchigen Deliberationsfrist) grundsätzlich erst durch Mahnung in Verzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2009, 4A\_487/2007, E. 8.2; Pascal Grolimund/Alain Villard, ad N 20 zu Art. 41, in: Heinrich Honsell/Nedim Peter Vogt/Anton K. Schnyder/ Pascal Grolimund [Hrsg.], Versicherungsvertragsgesetz Nachführungsband, Basler Kommentar, 2012 [nachfolgend zitiert: BSK VVG Nachführungsband]; BSK VVG-Nef, N 20 zu Art. 41 mit Hinweisen). 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 (BSK VVG Nachführungsband-Grolimund/Villard, ad N 20 zu Art. 41, 2. Abschnitt mit Hinweis auf das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 27. März 2006, KK.2005.00009, E. 8.2 ff.; BSK VVG-Nef, N 20 zu Art. 41). Denn diesfalls erklärt der Schuldner unmissverständlich, dass er nicht leisten werde, weshalb sich eine Mahnung als überflüssig erweisen würde. Der Gläubiger kann daher analog Art. 108 Ziff. 1 OR auf sie verzichten. Dies gilt auch dann, wenn die eindeutige und definitive Verweigerungserklärung schon vor Fälligkeit der Forderung abgegeben wurde (antizipierter Vertragsbruch; BSK OR-Wiegand, N 11 zu Art. 102). Im vorliegenden Fall hat der Kläger die Beklagte unbestrittenermassen erstmals am 28. November 2017 zur Zahlung (weiterer) Taggelder aufgefordert (act. G 1.17). Aus dem Schreiben geht jedoch kein Nachweis dafür

hervor, dass der Beklagten gleichzeitig die Angaben, die sie zur Beurteilung des Leistungsanspruchs benötigte, zugestellt worden wären bzw. ihr diese vorgelegen hätten. Der pauschale Hinweis des Klägers auf eine "weit über den 20. Mai 2010 hinaus[gehende]" Arbeitsunfähigkeit bzw. die Geltendmachung von 730 Taggeldern genügt jedenfalls nicht, um einen Leistungsanspruch beurteilen zu können. Beilagen, welche eine solche Beurteilung zulassen würden (insbesondere das MEDAS-Gutachten [act. G 1.16] und das psychiatrische Consiliargutachten von Dr. D. \_\_\_ [act. G 1.15]), werden im Schreiben nicht erwähnt. Dem Schreiben des Klägers an die Beklagte vom 17. Juli 2020 (act. G 1.18) kann zwar entnommen werden, dass der Kläger der Beklagten zwischenzeitlich weitere Informationen hat zukommen lassen, doch stellt dies weiterhin keinen Nachweis dar, dass der Beklagten sämtliche für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendigen Angaben vorlagen, zumal der Kläger dies auch nicht explizit geltend macht. Mithin ist der Zeitpunkt, in dem die Beklagte über die notwendigen Angaben zur Beurteilung des Leistungsanspruchs verfügte und der demnach die Deliberationsfrist nach Art. 41 VVG ausgelöst hat, nicht bewiesen. Nach Gesagtem ist die Fälligkeit der Taggeldleistungen erst aufgrund der (unbestrittenen) definitiven Leistungsablehnung seitens der Beklagten am 29. Oktober 2020 (act. G 1.19) nachweislich eingetreten und ist ein Verzugszins auch erst ab diesem Zeitpunkt geschuldet. Nachdem der geltend gemachte Verzugszins von 5 % der gesetzlichen Regelung in Art. 104 Abs. 1 OR entspricht und die Beklagte diesen auch nicht bestritten bzw. eine abweichende vertragliche Regelung geltend gemacht hat, ist dem Kläger ein solcher zuzusprechen. Nach dem Gesagten ist die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger in teilweiser Gutheissung der Klage Krankentaggelder in Höhe von Fr. 12'128.45 nebst Zins zu 5 % seit 29. Oktober 2020 zu bezahlen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 114 lit. e ZPO). Hat keine Partei vollständig obsiegt, so werden die Prozesskosten nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt (Art. 106 Abs. 2 ZPO). Das Gericht spricht die Parteientschädigungen nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 i. V. m. Art. 96 ZPO). Bei vermögensrechtlichen Zivilstreitigkeiten richtet sich die Parteientschädigung grundsätzlich nach dem Streitwert. Das mittlere Honorar im Zivilprozess beträgt bei einem Streitwert über Fr. 30'000.-- bis Fr. 100'000.-- Fr. 3'500.-- zuzüglich 9 % des Streitwerts (vgl. Art. 14 lit. c der Honorarordnung [HonO; sGS 963.75]). Der Streitwert richtet sich laut Art. 13 Abs. 1 HonO nach den Bestimmungen der ZPO. Gemäss Art. 91 Abs. 1 ZPO wird der Streitwert durch das Klagebegehren bestimmt. Beim Streitwert von Fr. 66'510.80 resultiert ein mittleres Honorar von Fr. 9'485.95 (Fr. 3'500.- + 9 % von Fr. 66'510.80 [Fr. 5'985.95]). Betragsmässig obsiegte der Kläger im Umfang von rund 18.24 %. Nach Gesagtem beläuft sich die durch die Beklagte auszurichtende Parteientschädigung grundsätzlich auf Fr. 1'730.25 (zzgl. Barauslagen und Mehrwertsteuer). Gemäss Art. 28 bis Abs. 1 HonO besteht zudem Anspruch auf den pauschalen Ersatz für Barauslagen von 4 % des Honorars, höchstens Fr. 1'000.--. Die Barauslagen könnten zwar nach dem tatsächlichen Aufwand statt mittels einer Pauschale abgegolten werden (vgl. Art. 28 HonO), jedoch hat der Rechtsvertreter des Klägers keine Honorarnote eingereicht. Folglich ist vorliegend auch für die Barauslagen auf die Pauschale abzustellen. Beim Honorar von Fr. 1'730.25 beträgt diese Fr. 69.20. Die Mehrwertsteuer von 7.7 % wird zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO) und beträgt vorliegend Fr. 138.55 (7.7 % von Fr. 1'799.45). Die Parteientschädigung inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer beträgt somit Fr. 1'938.--. Die Beklagte hat mangels anwaltlicher Vertretung bzw. Geltendmachung eines anderweitigen Vertretungsaufwands (vgl. Art. 95 Abs. 3 ZPO) keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. 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 die Beklagte verpflichtet, dem Kläger Fr. 12'128.45 zuzüglich Zins zu 5 % seit 29. Oktober 2020 zu bezahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Beklagte hat dem Kläger eine Parteienschädigung von Fr. 1'938.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Die Beklagte hat keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung.

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