

SO_GERICHTE VSBES.2017.205 vom 13. Juni 2018

SO Obergericht, 2018-06-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.205_d20180613

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.205 du 13 juin 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.205 del 13 giugno 2018

Regeste

Krankentaggeld nach KVG

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung vom 25. Januar 2017 und der Einspracheentscheid der Beschwerdebeklagten vom 29. Juni 2017 seien aufzuheben und die Beschwerdebeklagte zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.

E. 2

Die Beschwerdebeklagte sei zu verurteilen, dem Beschwerdeführer vom 1. September 2016 bis zum 16. Dezember 2016 das volle Krankentaggeld im Betrag von CHF 194.00 pro Tag und insgesamt CHF 13'668.60 (Prämien und Quellensteuer abgezogen) zu bezahlen.

E. 3

3.1 Gemäss Art. 72 Abs. 2 KVG entsteht ein Taggeldanspruch, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist. Die Beschwerdegegnerin hat von der Möglichkeit, reglementarisch schon bei einer Arbeitsunfähigkeit von unter 50 % einen Taggeldanspruch zu statuieren, Gebrauch gemacht und in Art. 16.1 ihrer Reglements über die Taggeldversicherung bei Krankheit und Mutterschaft (nachfolgend RT; Beschwerdebeilage 6) festgehalten, dass das Taggeld bei einer nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von 25 % ausgerichtet wird. Gemäss Art. 72 Abs. 3 KVG ist das Taggeld für eine oder mehrere Erkrankungen während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen zu leisten.

3.2 Als arbeitsunfähig im Sinne von Art. 72 KVG gilt eine Person, die infolge eines Gesundheitsschadens ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr, nur noch beschränkt oder nur unter Gefahr, ihren Gesundheitszustand zu verschlimmern, ausüben kann (BGE 111 V 239 mit Hinweisen; Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel, 1996, S. 114, mit Hinweisen). In diesem Zusammenhang gilt die in Art. 6 ATSG festgelegte Umschreibung des Begriffs (vgl. BBl 1999 V 4687 f., 4696), wobei bereits unter dem bisherigen Recht auf die in allen Sozialversicherungszweigen analog verstandene Definition der Arbeitsunfähigkeit abgestellt wurde, nämlich der Arbeitsunfähigkeit als eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen (BGE 114 V 286 E. 1c), wobei nicht die medizinisch-theoretische Schätzung massgebend ist (BGE 111 V 239 E. 1b), sondern die Frage, in welchem Mass die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich nicht mehr nutzbringend tätig sein kann (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Rz 3 ff. und 60 ff. zu Art. 6). Demnach haben auch im Krankenversicherungsbereich nach KVG die von der

Rechtsprechung zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit herausgebildeten Grundsätze unter der Herrschaft des ATSG prinzipiell weiterhin Geltung.

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers mache das rheumatologische Gutachten eine Verbesserung von einer massiven Reduzierung des Körpergewichts abhängig. Diese sei trotz Anstrengungen und aufgrund der Lebensumstände des Exploranden nicht eingetreten. Sodann begründe der psychiatrische Gutachter seine günstige Prognose mit statistischen Werten. Es würden keine Ressourcen oder Lebensumstände genannt, die es Herrn A. ___ ermöglichen sollten, wieder seine frühere Leistungsfähigkeit zu erreichen. Die beiden Gutachten mit insbesondere den Empfehlungen des Psychiaters seien weder den behandelnden Ärzten, noch dem Versicherten zugestellt worden. Die Mitteilung, dass eine rasche Besserung erfolgen solle, sei zudem erst am 19. Mai 2016 erfolgt. Der Heilverlauf habe sich protrahiert gestaltet, als von den Gutachtern der Hotela im Februar 2016 vorausgesagt. Die Krankentaggeldversicherung sei von ihrem Versicherten, respektive der behandelnden Ärztin regelmässig darüber informiert worden. Es sei nie eine Aufforderung zu andersartigen Therapien oder ein Aufgebot zur Verlaufskontrolle bei den Vertrauensärzten der Hotela erfolgt. Es sei unzulässig, alleine gestützt auf die wenig präzisen, nicht personalisierten und auf nicht eingetroffenen Voraussetzungen beruhenden Prognosen der Vertrauensärzte, die Taggeldleistungen einzustellen. Massgebend seien die eingereichten ärztlichen Bestätigungen über eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis Ende 2016. Das Bundesgericht habe festgehalten, dass für die Leistungseinstellung nicht unbesehen auf Prognosen abgestellt werden könne (Urteile des Bundesgerichts 4A_79/2012 und insbesondere 4A_66/2017 vom 14. Juli 2017). Es sei mit den eingereichten Arztattesten davon auszugehen, dass bis Ende 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bestanden habe. Eine nachträgliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeiten durch ein Gutachten dürfte kaum möglich sein. Allenfalls habe die Beklagte ihre Abklärungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG verletzt, als die Arztatteste spätestens ab Juli 2016 nicht mit der im Februar 2016 erhobenen Prognose über die Arbeitsfähigkeit übereingestimmt hätten. Dies könne jedoch nicht dem Versicherten zum Nachteil gereichen. Die Versicherten der Beschwerdegegnerin hätten Anspruch auf Krankentaggeld bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % (Art. 16.1 KTG-Reglement Hotela). Der Nachweis sei vom Versicherten zu führen. Der Nachweis gelte als erbracht, wenn ein anerkannter Arzt die Arbeitsunfähigkeit attestiere (Art. 24.1 KTG-Reglement Hotela). Die Hotela könne ihre Leistungen ab dem Zeitpunkt einstellen, ab dem die Arbeitsunfähigkeit nicht mehr durch ein Arztzeugnis belegt sei (Art. 24.6 KTG Reglement Hotela). Sie könne Einschätzungen von behandelnden Ärzten durch eigene Gutachter überprüfen lassen oder Krankenbesuche durchführen und Berichte anfordern (Art. 26 KTG-Reglement Hotela). Nichts davon habe die Beschwerdegegnerin nach dem Gutachten und trotz Kenntnis weiter dauernder Arbeitsunfähigkeit veranlasst. Des Weiteren sei der versicherte Lohn falsch berechnet worden. Am 21. Juni 2016 habe die Beschwerdegegnerin dem Versicherten mitgeteilt, dass die Taggeldberechnung falsch erfolgt sei. Da die Kündigung in der Probezeit erfolgt sei, falle der 13. Monatslohn weg. Dies sei nicht korrekt. Die Kündigung sei wegen der Überlastung am Arbeitsplatz erfolgt. Wegen dieser sei überhaupt die Dekompensation erfolgt (Erstberichte Spital D. ___ vom 29. Dezember 2015 und Dr. med. E. ___ vom 20. Januar 2016). Der Arbeitsvertrag sei fest bis Ende März 2016 geschlossen worden. Ab diesem Zeitraum bestehe ein Anspruch auf den 13. Monatslohn. Es wäre eine ungerechtfertigte Schlechterstellung von Erkrankten, wenn die Versicherung sich auf die Klausel gemäss Art. 12 L-GAV berufen könnte. Der L-GAV

sichere den Arbeitnehmern eine Krankenversicherung gemäss vereinbartem Lohn zu. Das Taggeld sei aufgrund des versicherten Lohnes von CHF 88'400.00 auf CHF 194.00/Tag festzulegen. Für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. August 2016 (233 Tage) seien dem Beschwerdeführer bloss CHF 179.00/Tag ausbezahlt worden. Es resultiere ein Nachzahlungsbetrag von CHF 3'145.50. Ab 1. September 2016 habe die Beklagte die Taggeldleistungen eingestellt. Insgesamt seien dem Beschwerdeführer 106 Tage à CHF 194.00 abzüglich Prämien und Quellensteuer nachzuvergüten. Die Beklagte habe dem Kläger einen Betrag von CHF 13'668.00 zu bezahlen. Das Taggeld werde bei Lohnausfall bezahlt. Der Arbeitsvertrag sei auf Ende März 2016 befristet gewesen. Der Beschwerdeführer habe nachgewiesen, dass er bei guter Gesundheit ohne weiteres eine Stelle gefunden hätte. Er habe diverse Bestätigungen von Betrieben beigebracht, die ihn gerne angestellt hätten (F.____; G.____; H.____). Schliesslich sei betreffend das durch die Beschwerdegegnerin wegen Aussichtslosigkeit abgewiesene Gesuch um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege festzuhalten, dass für die Beurteilung der Aussichten die Chancen des Prozesses und das Kostenrisiko gegeneinander abzuwägen seien. Hier stehe der Aussicht, rund CHF 16'000.00 zu erhalten, das Risiko gegenüber, Prozesskosten von maximal CHF 1'000.00 sowie die eigenen Anwaltskosten tragen zu müssen. Die Prozesschancen müssten schon sehr schlecht stehen, um eine Anfechtung als unvernünftig erscheinen zu lassen. Hier bestünden berechnete Annahmen, dass das Gericht den Entscheid der Beschwerdegegnerin umstossen werde.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, sie habe ab Januar 2016 Taggelder ausgezahlt, nachdem für den Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Weil gemäss C.____-Gutachten per Ende Juni 2016 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr ausgewiesen gewesen sei, habe die Beschwerdegegnerin die Krankentaggeldleistungen auf Ende August 2016 eingestellt, wobei dem Versicherten eine dreimonatige Übergangszeit gewährt worden sei. Die Beschwerdegegnerin habe dem Versicherten mit Schreiben vom 19. Mai 2016 mitgeteilt, dass er gemäss Gutachten bereits ab dem 25. Februar 2016 seine Tätigkeit zu 50 % wieder hätte aufnehmen können. Weiter habe sie mitgeteilt, dass der Versicherte gemäss Gutachten seine Tätigkeit spätestens per Ende Juni 2016 wieder hätte aufnehmen können. Das sei auch den behandelnden Ärzten des Versicherten mitgeteilt worden, welche dem offensichtlich stillschweigend zugestimmt hätten. Zudem würden nach der Praxisänderung bzw. der Präzisierung von BGE 141 V 281 leichte bis mittelgradige depressive Störungen nur dann als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar seien, was namentlich bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraussetze, dass keine therapeutische Option mehr bestehen würde und somit eine Behandlungsresistenz bestehe (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung sei eine Depression im Allgemeinen therapeutisch gut angebar (Urteil des Bundesgerichts 9C_131/2016 E. 4.2.). Leichte bis höchstens mittelschwere depressive Episoden seien in der Regel therapierbar und würden sozialversicherungsrechtlich zu keiner anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.1.3.1). Hervorzuheben sei, dass der Beschwerdeführer keine Berichte eingereicht habe, wonach eine explizite Behandlung der psychischen Beschwerden ersichtlich wäre. Es sei richtig aber irrelevant, dass der Beschwerdeführer weitere Arztzeugnisse eingereicht habe. Es sei aber anzufügen, dass der Beschwerdeführer keine Berichte eingereicht gehabt habe, woraus eine explizite Verschlechterung seiner psychischen Beschwerden ersichtlich würde. Ab September 2016 seien lediglich

Arztzeugnisse der Hausärztin eingereicht worden. Es seien jedoch kein Attest oder Zeugnisse eingereicht worden, aus denen hervorgehen würde, dass sich der Beschwerdeführer der im Gutachten empfohlenen Therapie unterzogen hätte oder sich darum bemüht hätte, seinen Gesundheitszustand durch entsprechende Therapie zu verbessern. Es könne somit sehr wohl auf die Schlussfolgerungen des Gutachtens verwiesen werden. Schliesslich sei im Einspracheverfahren ein Anspruch auf unentgeltliche Rechtsverteidigung mit der Begründung abgewiesen worden, dass sich gestützt auf die klaren und schlüssigen Angaben des C.____-Gutachtens die Einsprache als aussichtslos erwiesen habe. Darauf könne sowohl für das Einspracheverfahren als auch für das Beschwerdeverfahren verwiesen werden.

5. Streitig und zu prüfen ist demnach unter anderem, ob der Beschwerdeführer vom 1. September 2016 bis 16. Dezember 2016 weiterhin Anspruch auf Taggeldleistungen der Beschwerdegegnerin hat. Zur Beantwortung dieser Frage sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Im Bericht von Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Psychosomatische Medizin SAPP, vom 2. Februar 2016 (MA 11) wurde ausgeführt, beim Beschwerdeführer bestehe ein Burnout bzw. eine Erschöpfungsdepression. Der Beschwerdeführer sei als Küchenchef in einem Hotel im D.____, welches er über Weihnachten / Neujahr übernommen habe, überfordert, weil er alles alleine erledigen müsse und weil qualifiziertes Personal fehle. Er habe sich überarbeitet, habe zu wenig geschlafen und gegessen. Es werde eine Behandlung mit Antidepressiva begonnen. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig.

5.2 Im interdisziplinären Gutachten der C.____ vom 6. April 2016 (MA 16) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Auf rheumatologischem Gebiet bestehe beim Versicherten angesichts des hier erhobenen spinalen Störungsbefunds eine Einschränkung für Tätigkeiten mit Überkopfarbeit (deutlich limitiertes Reklinationsvermögen des Kopfes), mit Heben und Tragen von Lasten > 15 kg, mit überwiegendem Gehen und Stehen und mit überwiegender Anforderung an das Kopftrotationsvermögen. Die letzte Tätigkeit umfasse überwiegend gehende und stehende Arbeiten, erfordere auch ein Hantieren mit schwereren Gegenständen, sei also derzeit als im Rendement um 50 % eingeschränkt anzusehen (Arbeitsfähigkeit 50 %; Pensum 100 % ■ Rendement 50 %). Mittels einer Gewichtsreduktion in den Normalbereich sei in circa drei Monaten (per Ende Juni 2016) auch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der letzten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit zu erwarten. In körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten sei jedoch angesichts der noch recht gut erhaltenen spontanen Mobilität bereits jetzt eine Arbeitsfähigkeit von 100 % anzunehmen (Pensum und Rendement 100 %). Gut geeignet seien zum Beispiel Arbeiten an Pforten, Rezeptionen, Kassen oder in Telefon- und Wachdiensten.

Psychiatrischerseits sei aufgrund der namhaften effektiven und vegetativen Beeinträchtigung sowie der Antriebsstörung aktuell eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit (100 % Arbeitsunfähigkeit) schlüssig zu attestieren, dies gelte für die angestammte/letzte sowie jedwede andere Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts und auch eine angepasste Tätigkeit, da sich die Beeinträchtigungen zumindest gleichrangig negativ in jedweder Berufstätigkeit auswirken müssten. Die Prognose depressiver Syndrome sei günstig, hierzu werde auch auf die Ausführungen im Anhang nebst Literaturhinweisen im psychiatrischen

Gutachten verwiesen. Mit Hilfe der Therapieoptimierung sei mit dem Wiedererlangen einer Arbeitsfähigkeit von 50 % (Pensum 50 % ■ Rendement 100 %) spätestens per Ende April 2016 und von 100 % spätestens per Ende Mai 2016 zu rechnen. Zusammenfassend liege also bis Ende April 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor. Per Ende April/Anfang Mai 2016 sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zumindest in angepassten (25 % in der angestammten/letzten) Tätigkeiten, per Ende Juni/Anfang Juli 2016 von 100 % in der angestammten/letzten, jedweder vergleichbaren oder auch einer anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts zu erwarten.

5.3 Dr. med. J. ____, Allgemeine Innere Medizin FMH, attestierte dem Beschwerdeführer in der Folge mit mehreren Arztzeugnissen vom 13. April 2016 bis 16. Dezember 2016 eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % (MA 17 - 24).

E. 4

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers mache das rheumatologische Gutachten eine Verbesserung von einer massiven Reduzierung des Körpergewichts abhängig. Diese sei trotz Anstrengungen und aufgrund der Lebensumstände des Exploranden nicht eingetreten. Sodann begründe der psychiatrische Gutachter seine günstige Prognose mit statistischen Werten. Es würden keine Ressourcen oder Lebensumstände genannt, die es Herrn A. ____, ermöglichen sollten, wieder seine frühere Leistungsfähigkeit zu erreichen. Die beiden Gutachten mit insbesondere den Empfehlungen des Psychiaters seien weder den behandelnden Ärzten, noch dem Versicherten zugestellt worden. Die Mitteilung, dass eine rasche Besserung erfolgen solle, sei zudem erst am 19. Mai 2016 erfolgt. Der Heilverlauf habe sich protrahierter gestaltet, als von den Gutachtern der Hotela im Februar 2016 vorausgesagt. Die Krankentaggeldversicherung sei von ihrem Versicherten, respektive der behandelnden Ärztin regelmässig darüber informiert worden. Es sei nie eine Aufforderung zu andersartigen Therapien oder ein Aufgebot zur Verlaufskontrolle bei den Vertrauensärzten der Hotela erfolgt. Es sei unzulässig, alleine gestützt auf die wenig präzisen, nicht personalisierten und auf nicht eingetroffenen Voraussetzungen beruhenden Prognosen der Vertrauensärzte, die Taggeldleistungen einzustellen. Massgebend seien die eingereichten ärztlichen Bestätigungen über eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis Ende 2016. Das Bundesgericht habe festgehalten, dass für die Leistungseinstellung nicht unbesehen auf Prognosen abgestellt werden könne (Urteile des Bundesgerichts 4A_79/2012 und insbesondere 4A_66/2017 vom 14. Juli 2017). Es sei mit den eingereichten Arztattesten davon auszugehen, dass bis Ende 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bestanden habe. Eine nachträgliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeiten durch ein Gutachten dürfte kaum möglich sein. Allenfalls habe die Beklagte ihre Abklärungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG verletzt, als die Arztatteste spätestens ab Juli 2016 nicht mit der im Februar 2016 erhobenen Prognose über die Arbeitsfähigkeit übereingestimmt hätten. Dies könne jedoch nicht dem Versicherten zum Nachteil gereichen. Die Versicherten der Beschwerdegegnerin hätten Anspruch auf Krankentaggeld bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % (Art. 16.1 KTG-Reglement Hotela). Der Nachweis sei vom Versicherten zu führen. Der Nachweis gelte als erbracht, wenn ein anerkannter Arzt die Arbeitsunfähigkeit attestiere (Art. 24.1 KTG-Reglement Hotela). Die Hotela könne ihre Leistungen ab dem Zeitpunkt einstellen, ab dem die Arbeitsunfähigkeit nicht mehr durch ein Arztzeugnis belegt sei (Art. 24.6 KTG Reglement Hotela). Sie könne Einschätzungen von behandelnden Ärzten durch eigene Gutachter überprüfen lassen oder Krankenbesuche durchführen und Berichte anfordern

(Art. 26 KTG-Reglement Hotela). Nichts davon habe die Beschwerdegegnerin nach dem Gutachten und trotz Kenntnis weiter dauernder Arbeitsunfähigkeit veranlasst. Des Weiteren sei der versicherte Lohn falsch berechnet worden. Am 21. Juni 2016 habe die Beschwerdegegnerin dem Versicherten mitgeteilt, dass die Taggeldberechnung falsch erfolgt sei. Da die Kündigung in der Probezeit erfolgt sei, falle der 13. Monatslohn weg. Dies sei nicht korrekt. Die Kündigung sei wegen der Überlastung am Arbeitsplatz erfolgt. Wegen dieser sei überhaupt die Dekompensation erfolgt (Erstberichte Spital D.____ vom 29. Dezember 2015 und Dr. med. E.____ vom 20. Januar 2016). Der Arbeitsvertrag sei fest bis Ende März 2016 geschlossen worden. Ab diesem Zeitraum bestehe ein Anspruch auf den 13. Monatslohn. Es wäre eine ungerechtfertigte Schlechterstellung von Erkrankten, wenn die Versicherung sich auf die Klausel gemäss Art. 12 L-GAV berufen könnte. Der L-GAV sichere den Arbeitnehmern eine Krankenversicherung gemäss vereinbartem Lohn zu. Das Taggeld sei aufgrund des versicherten Lohnes von CHF 88'400.00 auf CHF 194.00/Tag festzulegen. Für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. August 2016 (233 Tage) seien dem Beschwerdeführer bloss CHF 179.00/Tag ausbezahlt worden. Es resultiere ein Nachzahlungsbetrag von CHF 3'145.50. Ab 1. September 2016 habe die Beklagte die Taggelderleistungen eingestellt. Insgesamt seien dem Beschwerdeführer 106 Tage à CHF 194.00 abzüglich Prämien und Quellensteuer nachzuvergüten. Die Beklagte habe dem Kläger einen Betrag von CHF 13'668.00 zu bezahlen. Das Taggeld werde bei Lohnausfall bezahlt. Der Arbeitsvertrag sei auf Ende März 2016 befristet gewesen. Der Beschwerdeführer habe nachgewiesen, dass er bei guter Gesundheit ohne weiteres eine Stelle gefunden hätte. Er habe diverse Bestätigungen von Betrieben beigebracht, die ihn gerne angestellt hätten (F.____; G.____; H.____). Schliesslich sei betreffend das durch die Beschwerdegegnerin wegen Aussichtslosigkeit abgewiesene Gesuch um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege festzuhalten, dass für die Beurteilung der Aussichten die Chancen des Prozesses und das Kostenrisiko gegeneinander abzuwägen seien. Hier stehe der Aussicht, rund CHF 16'000.00 zu erhalten, das Risiko gegenüber, Prozesskosten von maximal CHF 1'000.00 sowie die eigenen Anwaltskosten tragen zu müssen. Die Prozesschancen müssten schon sehr schlecht stehen, um eine Anfechtung als unvernünftig erscheinen zu lassen. Hier bestünden berechnete Annahmen, dass das Gericht den Entscheid der Beschwerdegegnerin umstossen werde. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, sie habe ab Januar 2016 Taggelder ausgezahlt, nachdem für den Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Weil gemäss C.____-Gutachten per Ende Juni 2016 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr ausgewiesen gewesen sei, habe die Beschwerdegegnerin die Krankentaggelderleistungen auf Ende August 2016 eingestellt, wobei dem Versicherten eine dreimonatige Übergangszeit gewährt worden sei. Die Beschwerdegegnerin habe dem Versicherten mit Schreiben vom 19. Mai 2016 mitgeteilt, dass er gemäss Gutachten bereits ab dem 25. Februar 2016 seine Tätigkeit zu 50 % wieder hätte aufnehmen können. Weiter habe sie mitgeteilt, dass der Versicherte gemäss Gutachten seine Tätigkeit spätestens per Ende Juni 2016 wieder hätte aufnehmen können. Das sei auch den behandelnden Ärzten des Versicherten mitgeteilt worden, welche dem offensichtlich stillschweigend zugestimmt hätten. Zudem würden nach der Praxisänderung bzw. der Präzisierung von BGE 141 V 281 leichte bis mittelgradige depressive Störungen nur dann als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar seien, was namentlich bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraussetze, dass keine therapeutische Option mehr bestehen würde und somit eine Behandlungsresistenz bestehe (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2).

Nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung sei eine Depression im Allgemeinen therapeutisch gut angebar (Urteil des Bundesgerichts 9C_131/2016 E. 4.2.). Leichte bis höchstens mittelschwere depressive Episoden seien in der Regel therapierbar und würden sozialversicherungsrechtlich zu keiner anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.1.3.1). Hervorzuheben sei, dass der Beschwerdeführer keine Berichte eingereicht habe, wonach eine explizite Behandlung der psychischen Beschwerden ersichtlich wäre. Es sei richtig aber irrelevant, dass der Beschwerdeführer weitere Arztzeugnisse eingereicht habe. Es sei aber anzufügen, dass der Beschwerdeführer keine Berichte eingereicht gehabt habe, woraus eine explizite Verschlechterung seiner psychischen Beschwerden ersichtlich würde. Ab September 2016 seien lediglich Arztzeugnisse der Hausärztin eingereicht worden. Es seien jedoch kein Attest oder Zeugnisse eingereicht worden, aus denen hervorgehen würde, dass sich der Beschwerdeführer der im Gutachten empfohlenen Therapie unterzogen hätte oder sich darum bemüht hätte, seinen Gesundheitszustand durch entsprechende Therapie zu verbessern. Es könne somit sehr wohl auf die Schlussfolgerungen des Gutachtens verwiesen werden. Schliesslich sei im Einspracheverfahren ein Anspruch auf unentgeltliche Rechtsverteidigung mit der Begründung abgewiesen worden, dass sich gestützt auf die klaren und schlüssigen Angaben des C.____-Gutachtens die Einsprache als aussichtslos erwiesen habe. Darauf könne sowohl für das Einspracheverfahren als auch für das Beschwerdeverfahren verwiesen werden.

5. Streitig und zu prüfen ist demnach unter anderem, ob der Beschwerdeführer vom 1. September 2016 bis 16. Dezember 2016 weiterhin Anspruch auf Taggeldleistungen der Beschwerdegegnerin hat. Zur Beantwortung dieser Frage sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Im Bericht von Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Psychosomatische Medizin SAPP, vom 2. Februar 2016 (MA 11) wurde ausgeführt, beim Beschwerdeführer bestehe ein Burnout bzw. eine Erschöpfungsdepression. Der Beschwerdeführer sei als Küchenchef in einem Hotel im D.____, welches er über Weihnachten / Neujahr übernommen habe, überfordert, weil er alles alleine erledigen müsse und weil qualifiziertes Personal fehle. Er habe sich überarbeitet, habe zu wenig geschlafen und gegessen. Es werde eine Behandlung mit Antidepressiva begonnen. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig.

5.2 Im bidisziplinären Gutachten der C.____ vom 6. April 2016 (MA 16) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) - Erhebliche degenerative Veränderung der HWS mit Anterolisthesis HWK 4 über HWK 5, Osteochondrose HWK 5/ HWK 6 und HWK 6 / HWK 7, ICD-10: M 42.12 - Haltungsinsuffizienz bei Adipositas (BMI 33,3, WHO Grad 1), ICD-10: R 29.3, E 66.00 - Lumbalgie mit Facettenirritation rechts LWK5/SWK1, ICD-10: M47.87 - Arterielle Hypertonie, ICD-10s 1 10. Vaskuläre Risikofaktoren: Nikotinabusus (100 Packyears), Adipositas Auf rheumatologischem Gebiet bestehe beim Versicherten angesichts des hier erhobenen spinalen Störungsbefunds eine Einschränkung für Tätigkeiten mit Überkopfarbeit (deutlich limitiertes Reklinationsvermögen des Kopfes), mit Heben und Tragen von Lasten > 15 kg, mit überwiegendem Gehen und Stehen und mit überwiegender Anforderung an das Kopffrotationsvermögen. Die letzte Tätigkeit umfasse überwiegend gehende und stehende Arbeiten, erfordere auch ein Hantieren mit schwereren Gegenständen, sei also derzeit als im Rendement um 50 % eingeschränkt anzusehen (Arbeitsfähigkeit 50 %; Pensum 100 %, Rendement 50 %). Mittels einer Gewichtsreduktion in den Normalbereich sei in circa drei Monaten (per Ende Juni 2016) auch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der letzten sowie jedweder vergleichbaren

Tätigkeit zu erwarten. In körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten sei jedoch angesichts der noch recht gut erhaltenen spontanen Mobilität bereits jetzt eine Arbeitsfähigkeit von 100 % anzunehmen (Pensum und Rendement 100 %). Gut geeignet seien zum Beispiel Arbeiten an Pforten, Rezeptionen, Kassen oder in Telefon- und Wachdiensten. Psychiatrischerseits sei aufgrund der namhaften effektiven und vegetativen Beeinträchtigung sowie der Antriebsstörung aktuell eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit (100 % Arbeitsunfähigkeit) schlüssig zu attestieren, dies gelte für die angestammte/letzte sowie jedwede andere Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts und auch eine angepasste Tätigkeit, da sich die Beeinträchtigungen zumindest gleichrangig negativ in jedweder Berufstätigkeit auswirken müssten. Die Prognose depressiver Syndrome sei günstig, hierzu werde auch auf die Ausführungen im Anhang nebst Literaturhinweisen im psychiatrischen Gutachten verwiesen. Mit Hilfe der Therapieoptimierung sei mit dem Wiedererlangen einer Arbeitsfähigkeit von 50 % (Pensum 50 %, Rendement 100 %) spätestens per Ende April 2016 und von 100 % spätestens per Ende Mai 2016 zu rechnen. Zusammenfassend liege also bis Ende April 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor. Per Ende April/Anfang Mai 2016 sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zumindest in angepassten (25 % in der angestammten/letzten) Tätigkeiten, per Ende Juni/Anfang Juli 2016 von 100 % in der angestammten/letzten, jedweder vergleichbaren oder auch einer anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts zu erwarten. 5.3 Dr. med. J.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, attestierte dem Beschwerdeführer in der Folge mit mehreren Arztzeugnissen vom 13. April 2016 bis 16. Dezember 2016 eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % (MA 17 - 24).

E. 6

6.1 Die Beschwerdegegnerin hat ihre weitergehende Leistungspflicht ab 1. September 2016 gestützt auf die Beurteilung im C.____-Gutachten vom 6. April 2016 (MA 16) verneint. Die Gutachter der C.____ stellen grundsätzlich überzeugend und in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten des Beschwerdeführers fest, dass im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung (25. Februar 2016) und mindestens bis Ende April 2016 aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten bestand. Umstritten ist dagegen die von den Gutachtern festgelegte Prognose, mit Hilfe der Therapieoptimierung sei mit dem Wiedererlangen einer Arbeitsfähigkeit von 50 % (Pensum 50 % ■ Rendement 100 %) spätestens per Ende April 2016 und von 100 % spätestens per Ende Mai 2016 zu rechnen. Notwendig sei nunmehr die Etablierung einer intensivierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Eine Aufdosierung und gegebenenfalls Umstellung der medikamentösen antidepressiven Therapie sei ebenfalls zu erwägen. Die Gutachter stützen ihre Prognose aber nicht auf die konkreten Umstände des vorliegenden Falles, ■ wie die Ausprägtheit der depressiven Erkrankung des Beschwerdeführers, seine eigenen Ressourcen, sein soziales Umfeld etc., ■ sondern verweisen diesbezüglich hauptsächlich auf psychiatrische Literatur und Studien (vgl. S. 12 ff. des psychiatrischen Teilgutachtens). Aus der angeführten Literatur geht unter anderem hervor, bei einer unipolaren Depression sei nach Beginn einer Therapie mit Antidepressiva eine Besserung der Symptomatik meist innerhalb der ersten 7 bis 14 Tage zu erwarten, spätestens jedoch nach vier Wochen ab Behandlungsbeginn. Der aktuelle wissenschaftliche Kenntnisstand lege nahe, dass die depressive Symptomatik durch die antidepressive Behandlung in der Regel innerhalb von vier bis acht Wochen wirksam reduziert werden könne. Das Erreichen einer Vollremission könne je nach Ausprägung der Symptomatik länger dauern. Das

Behandlungsergebnis einer Vollremission (Hamilton-Depressionsskala-Wert von unter 7) sei bei zwei Drittel der Betroffenen zu erwarten. Damit wird zwar die von der Beschwerdegegnerin vorgebrachte Argumentation bestätigt, dass leichte bis höchstens mittelschwere depressive Episoden in der Regel gut therapierbar sind. Dies reicht aber nicht aus, um bezüglich der im vorliegenden Fall prognostizierten Vollremission der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode von einer Erfahrungstatsache zu sprechen, die nur durch den Beweis des Gegenteils umzustossen wäre. Soweit sich die Beschwerdegegnerin sodann auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 stützt, wonach depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen würden, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien, ist anzufügen, dass das Bundesgericht diese Rechtsprechung mit Urteil 8C_841/2016 vom 30. November 2017 (BGE 143 V 409) geändert hat. Die Beschwerdegegnerin kann daraus somit nichts für sich ableiten. Auch wenn in der Mehrzahl der Fälle depressive Episoden, adäquat behandelt, günstig verlaufen und es zu einer vollständigen Remission oder Teilremission innert weniger Monate kommt, liegen dennoch trotz lege artis durchgeführter Behandlungsmassnahmen chronische Verläufe mit über zweijähriger Dauer vor, wobei komorbide Leiden die Behandlungsdauer wesentlich beeinflussen können (BGE 143 V 409 E. 4.3 S. 413 f.). Hier vermag die gutachterliche Prognose einer Vollremission innert 3 Monaten nach möglicher Therapieoptimierung trotz der im gleichen Gutachten erhobenen erheblichen Befunde und der attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit zwar grundsätzlich in dem Sinne zu überzeugen, als die Erfolgsaussichten einer derartigen Behandlung als günstig angesehen werden können. Eine solche grundsätzlich plausible günstige Einschätzung des weiteren Verlaufs erlaubt es aber nicht, ohne weiteres davon auszugehen, die von den Gutachtern prognostizierte erhebliche Verbesserung sei in der Folge auch tatsächlich eingetreten. Das Bundesgericht hat denn auch festgehalten, wenn eine Prognose lege artis gestellt worden sei, bedeute dies nicht zwingend, dass die Entwicklung alsdann auch entsprechend verlaufen sei (vgl. Urteil des Bundesgerichts 4A_66/2017 vom 14. Juli 2017 E. 5.1). Dr. med. J. ___ attestierte dem Beschwerdeführer vom 13. April 2016 bis 16. Dezember 2016 eine durchgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die diesbezüglichen Arztzeugnisse gingen der Beschwerdegegnerin unbestrittenermassen zu. Diese Atteste sind zwar nicht weiter begründet. Sie reichen aber aus, um die relevante Zweifel daran zu wecken, dass sich die günstige Prognose verwirklicht hat. Vor diesem Hintergrund durfte die Beschwerdegegnerin nicht mehr unbesehen auf die prognostische Beurteilung aus dem C. ___-Gutachten abstellen, sondern hätte den Verlauf ergänzend abklären müssen. Indem die Beschwerdegegnerin trotz der bei ihr nach Erlass des Gutachtens eingegangenen Arbeitsunfähigkeitsattesten nicht zumindest aktuelle Berichte bei den behandelnden Ärzten eingeholt hat, hat sie die ihr obliegende Untersuchungspflicht verletzt. Nach Lage der Akten kann nicht als mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt gelten, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, welche durch die Begutachtungsstelle C. ___ im Zeitpunkt der Begutachtung im Februar 2016 mit 0 % angegeben wurde, bis Ende August 2016 auf 100 % verbessert hatte. Der Einspracheentscheid vom 29. Juni 2017 basiert somit nicht auf hinreichenden medizinischen Grundlagen. Die Sache ist demnach zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sie wird den Verlauf der Arbeitsfähigkeit nach der C. ___-Begutachtung ergänzend abzuklären haben, indem sie beispielsweise Berichte der behandelnden Ärzte einholt und allenfalls weitere

Beweismassnahmen veranlasst. Sollte sie zum Ergebnis gelangen, von ergänzenden Abklärungen seien keine entscheidenden Erkenntnisse zu erwarten, wäre der Taggeldanspruch nach Massgabe der Arztzeugnisse von Dr. med. J.____, welche die einzigen echtzeitlichen, den kritischen Zeitraum betreffenden ärztlichen Einschätzungen bilden, zu beurteilen. Nach der Vornahme der allfälligen zusätzlichen Abklärungen wird die Beschwerdegegnerin erneut über den Taggeldanspruch des Beschwerdeführers ab 1. September 2016 zu befinden haben.

6.2 Soweit der Beschwerdeführer eine falsche Berechnung des versicherten Einkommens rügt und eine Nachzahlung für die Periode vom 1. Januar bis 31. August 2016 von CHF 3'145.50 verlangt, ist festzuhalten, dass er diesen Antrag erstmals im Beschwerdeverfahren stellt. Die Beschwerdegegnerin hat diesbezüglich noch nicht verfügt bzw. keinen Einspracheentscheid erlassen. Zudem hat sie sich dazu auch nicht in ihren Rechtschriften an das Versicherungsgericht vernehmen lassen. In diesem Punkt ist daher mangels funktioneller Zuständigkeit des Versicherungsgerichts nicht auf die Beschwerde einzutreten.

7. Schliesslich ist auf den Antrag des Beschwerdeführers einzugehen, ihm sei im Einspracheverfahren gegen die Beschwerdegegnerin die unentgeltliche Prozessführung mit dem Unterzeichner als dessen Vertreter zu gewähren.

7.1 Im sozialversicherungsrechtlichen Verwaltungsverfahren wird der gesuchstellenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt, wo die Verhältnisse es erfordern (vgl. Art. 37 Abs. 4 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Der Anspruch auf unentgeltliche Verbeiständung setzt kumulativ die Bedürftigkeit der gesuchstellenden Partei, die fehlende Aussichtslosigkeit der Rechtsbegehren sowie die sachliche Gebotenheit des Beizugs eines Anwalts voraus (vgl. Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, Rz. 179, mit Verweis auf BGE 132 V 201, E. 4.1).

7.2 Bezüglich der sachlichen Gebotenheit des Beizugs eines Anwalts ist auf einen Unterschied zwischen der unentgeltlichen Verbeiständung im Verwaltungsverfahren und im Beschwerdeverfahren hinzuweisen: Im kantonalen Prozess wird ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bereits bewilligt, wo die Verhältnisse es «rechtfertigen» (vgl. Art. 61 Bst. f Satz 2 ATSG). Dagegen wird im Verwaltungsverfahren nach Art. 37 Abs. 4 ATSG ein unentgeltlicher Rechtsbeistand nur bewilligt, wo die Verhältnisse es «erfordern». Damit sind die Voraussetzungen, um im Verwaltungsverfahren die unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen ■ nur wo die Verhältnisse es «erfordern» ■ strenger als im Beschwerdeverfahren (vgl. Müller, a.a.O., Rz. 2024 mit Verweis auf das Urteil des EVG vom 16. Oktober 2006, I 631/06, E. 3; vgl. auch Kieser Ueli: ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 37 ATSG N 35). Demzufolge wird im Verwaltungsverfahren eine strengere Prüfung verlangt (BGE 132 V 201, E. 4.1 und 5.1.3.). «Erforderlichkeit» meint dabei das Vorliegen von qualifizierenden oder besonderen Umständen (vgl. Müller, a.a.O., Rz. 2011 mit Verweis auf das Urteil des EVG vom 4. Dezember 2006, I 928/05, E. 5.1).

7.2.1 Hinsichtlich der sachlichen Gebotenheit der unentgeltlichen anwaltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren sind die Umstände des Einzelfalls, die Eigenheiten der anwendbaren Verfahrensvorschriften sowie die Besonderheiten des jeweiligen Verfahrens zu berücksichtigen. Dabei fallen neben der Komplexität der Rechtsfragen und der Unübersichtlichkeit des Sachverhalts auch in der Person des Betroffenen liegende

Gründe in Betracht, wie etwa seine Fähigkeit, sich im Verfahren zurechtzufinden. Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung der betroffenen Person droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falls besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen die betroffene Person auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist, und wenn auch eine Verbeiständung durch Verbandsvertreter, Fürsorger oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen nicht in Betracht fällt (Urteil des EVG vom 7. September 2004, I 75/04, mit Hinweisen). Die sachliche Notwendigkeit wird nicht allein dadurch ausgeschlossen, dass das in Frage stehende Verfahren von der Offizialmaxime oder dem Untersuchungsgrundsatz beherrscht wird, die Behörde also gehalten ist, an der Ermittlung des rechtserheblichen Sachverhaltes mitzuwirken. Die Offizialmaxime rechtfertigt es jedoch, an die Voraussetzungen, unter denen eine anwaltliche Verbeiständung sachlich geboten ist, einen strengen Massstab anzulegen (BGE 132 V 200 E. 5.1.3 S. 204 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_835/2016 vom 3. Februar 2017 E. 6.4.2).

7.2.2 Im vorliegenden Verwaltungsverfahren stellten sich keine besonders schwierigen Rechtsfragen, weshalb von einem «normalen Durchschnittsfall» im Sachgebiet der Krankenversicherung auszugehen ist. Das Bundesgericht führt in E. 5.2 seines Urteils 9C_908/2012 vom 22. Februar 2013 insbesondere aus, dass die hohe Bedeutung medizinischer Gutachten ebenso wenig wie die Anforderungen an die Unbefangenheit der Sachverständigen für sich allein genommen die Notwendigkeit einer anwaltlichen Vertretung zu begründen vermöge. Schwachstellen einer fachärztlichen Expertise aufgrund der diesbezüglich massgebenden Rechtsprechung (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) und deren rechtliche Relevanz zu erkennen, erfordert in der Regel gewisse medizinische Kenntnisse und juristischen Sachverstand. Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über beides nicht verfügt. Trotzdem kann nicht von einer komplexen Fragestellung gesprochen werden, die eine anwaltliche Vertretung geböte. Die gegenteilige Auffassung liefe darauf hinaus, dass der Anspruch auf unentgeltliche Rechtsverbeiständung in praktisch allen Vorbescheid- bzw. Einspracheverfahren bejaht werden müsste, in denen ein medizinisches Gutachten zur Diskussion steht, was der Konzeption von Art. 37 Abs. 4 ATSG als einer Ausnahmeregelung widerspräche (Urteile 8C_717/2012 vom 8. November 2012 E. 3.5, 8C_370/2010 vom 7. Februar 2011 E. 7.1, 9C_315/2009 vom 18. September 2009 E. 2.1 und Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 631/06 vom 16. Oktober 2006 E. 3). Es mag zwar zutreffen, dass es im Umgang mit Versicherungen ■ gerade für Personen, die einer Landessprache nicht mächtig und/oder mit den hiesigen Gepflogenheiten nicht vertraut sind ■ häufig nicht einfach ist, an die richtige Ansprechperson zu gelangen und die notwendigen Informationen sofort zu erhalten. Doch die aus einem solchen oder ähnlichen Gründen auf Unterstützung angewiesenen Rechtssuchenden haben sich in einem sachverhaltlich und rechtlich nicht überwiegend komplexen Verwaltungsverfahren, wie es hier gegeben ist, mit dem Beizug von Fach- und Vertrauensleuten sozialer Institutionen oder unentgeltlichen Rechtsberatungen zu behelfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_315/2009 vom 18. September 2009 E. 2.2). Dass dies objektiv nicht möglich gewesen wäre, wird vom Beschwerdeführer nicht substantiiert dargelegt und ist auch nicht ersichtlich.

Die Bejahung der Notwendigkeit einer anwaltlichen Vertretung in der hier zu beurteilenden Angelegenheit liefe darauf hinaus, dass der Anspruch in praktisch allen oder zumindest den meisten Einspracheverfahren der Krankenversicherung bejaht werden müsste, was einem

generellen Anspruch auf einen unentgeltlichen Vertreter im Verwaltungsverfahren gleichkäme und der von einem «sehr strengen Massstab» ausgehenden gesetzlichen Konzeption widerspräche (Urteil des Bundesgerichts 8C_847/2010 vom 10. Mai 2011 E. 2.1). Zudem sind die Akten im vorliegenden Fall nicht als besonders umfangreich zu bezeichnen. Folglich kann auch in diesem Zusammenhang kein Ausnahmefall einer anwaltlichen Vertretung im Verwaltungsverfahren angenommen werden.

7.3 Damit kann nach erfolgtem Verneinen der Erforderlichkeit einer Vertretung seitens des Beschwerdeführers auf die Überprüfung der fehlenden Aussichtslosigkeit und der Bedürftigkeit verzichtet werden, da für eine allfällige Gewährung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Verwaltungsverfahren sämtliche drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein müssten. Demnach ist aufgrund der vorangehenden Erwägungen festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung eines unentgeltlichen Rechtsbeistands im Einspracheverfahren zu Recht abgewiesen hat.

8. Zusammenfassend ist somit die Beschwerde insofern teilweise gutzuheissen, als der Einspracheentscheid der Hotela vom 29. Juni 2017, soweit dieser die Verfügung der Hotela vom 25. Januar 2017 bestätigt, aufgehoben wird. Die Sache ist zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese im Sinne der Erwägung verfare und hiernach neu entscheide. Dagegen wird die Beschwerde bezüglich des Antrags, dem Beschwerdeführer sei im Einspracheverfahren die unentgeltliche Verbeiständung zu gewähren, abgewiesen. Auf den Antrag, dem Beschwerdeführer sei ein zusätzlicher Taggeldanspruch von CHF 3'145.50 für die Zeit vom 1. Januar bis 31. August 2016 zuzusprechen, ist nicht einzutreten.

E. 9

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführereine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Rechtsanwalt Tschopp macht in seiner Kostennote vom 12. Februar 2018 einen Zeitaufwand von 17 Stunden geltend. Bei teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das weitergehende Rechtsbegehren den Aufwand des Rechtsvertreters erhöht hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1). Dies trifft hier zu für die ■ gemäss der Zusammenstellung in der Kostennote umfangreichen ■ Bemühungen, welche für das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege angefallen sind, auf das letztlich nicht eingetreten wurde (vgl. E. I. 5 hiervor), sowie auf die Ausführungen in den Rechtsschriften zum Taggeldanspruch für die Zeit vom 1. Januar 2016 bis 31. August 2016 und zum Anspruch auf unentgeltliche Verbeiständung im Einspracheverfahren. Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses (vgl. Art. 61 lit. g ATSG) ist die Parteientschädigung auf CHF 2'764.75 (10 Stunden à CHF 250.00 = CHF 2'500.00; + CHF 60.70 Auslagen [Kopien zu CHF 0.50, vgl. § 158 Abs. 3 kantonaler Gebührentarif] + MwSt.) festzusetzen.

9.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird, soweit darauf einzutreten ist, teilweise gutgeheissen.

2. Der Einspracheentscheid der Hotela vom 29. Juni 2017 wird aufgehoben, soweit er die Verfügung der Hotela vom 25. Januar 2017 bestätigt und einen Taggeldanspruch ab 1. September 2016 verneint. Die Sache wird diesbezüglich an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese im Sinne der Erwägung verfähre und hiernach neu entscheide.

3. Bezüglich des Antrags des Beschwerdeführers, ihm sei im Einspracheverfahren die unentgeltliche Verbeiständung zu gewähren, wird die Beschwerde abgewiesen.

4. In Bezug auf den Taggeldanspruch für die Zeit vom 1. Januar 2016 bis 31. August 2016 wird auf die Beschwerde nicht eingetreten.

5. Die Hotela hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'764.75 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

6. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 9C_537/2018 vom 31. August 2018 nicht ein.

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