

# Entscheid Versicherungsgericht, 18.09.2012

**Anspruch auf Übernahme der Mehrkosten bei Hospitalisation in der Privatabteilung durch die Zusatzversicherung verneint. Anspruch auf Taggelder aus der Kollektiven Taggeldversicherung mangels überwiegend wahrscheinlich ausgewiesener Arbeitsunfähigkeit ebenfalls verneint**  
(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. September 2012, KV-Z 2011/8).

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Della Batliner

## Entscheid vom 18. September 2012

in Sachen

A.\_\_\_\_,  
Kläger,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Speck, St. Gallerstrasse 29,  
9032 Engelburg,

gegen

SWICA Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38,  
8401 Winterthur,  
Beklagte,

betreffend

Taggeldleistungen

Sachverhalt:

A.  
A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war seit 1. Januar 2009 bei der Swica Krankenversicherung AG (nachfolgend: Swica) im Rahmen der Zusatzversicherung bzw. Spitalversicherung Hospita privat weltweit (Stufe 6; Private Abteilung in allen öffentlichen und privaten Spitälern weltweit) versichert. Die Swica belegte die fragliche Zusatzversicherung wegen vorbestehender Rückenbeschwerden des Versicherten mit einem Vorbehalt für "Wirbelsäulenleiden einschliesslich Ursachen und Folgen". Für diese Krankheiten bestand nur im Rahmen der Krankenpflegeversicherung Standard (Stufe 1; Allgemeine Abteilung von öffentlichen und privaten Spitälern mit anerkannten Tarifen in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein) bzw. der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein Versicherungsschutz (act. G 3.1).

A.b Am 7. Dezember 2008 wurde der Versicherte notfallmässig mit der Ambulanz ins Kantonsspital St. Gallen (nachfolgend: KSSG) eingeliefert, wo er sich bis zum 12. Dezember 2008 stationär auf der privaten Abteilung der Klinik für Neurochirurgie aufhielt. Die Gesamtkosten für den Spitalaufenthalt beliefen sich auf Fr. 9'291.40 (act. G 3.2, G 3.4 f.). Am 8. Dezember 2008 ersuchte das KSSG die Swica für den Spitalaufenthalt unter Angabe von Krankheit als Behandlungsgrund um eine Kostengutsprache, welche diese am 10. Dezember

2008 nur für die Allgemeine Abteilung erteilt (act. G 3.3). Am 24. Dezember 2008 stellte das KSSG dem Versicherten die (Mehr-)Kosten für die private Abteilung im Betrag von Fr. 6'029.40 und der Swica den im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die allgemeine Abteilung im Wohnkanton zu erbringenden Kostenanteil in der Höhe von Fr. 3'262.-- in Rechnung (act. G 3.4). Am 27. Dezember 2008 stellte die Klinik für Neurochirurgie des KSSG der Swica ein "Eintrittszeugnis stationär" zu, worin sie als Diagnose eine Lumboischialgie anführte. Eine Verursachung durch einen Unfall wurde verneint (act. G 3.2). Am 29. Dezember 2008 berichtete sie über die gesamte Hospitalisation des Versicherten (act. G 3.5). Am 12. Januar 2009 reichte der Versicherte der Swica eine Unfallmeldung ein, wonach er von der Treppe runtergefallen sei und sich dabei an der Hüfte und am Knie verletzt habe. Er habe danach nicht mehr aufstehen können, worauf er mit dem Krankenwagen ins Spital gebracht worden sei. Die Treppe sei defekt gewesen und repariert worden (act. G 3.6). Am 10. Februar 2009 folgte ein weiteres Kostengutsprachege such des KSSG an die Swica für den stationären Aufenthalt des Versicherten in der Privatabteilung der Klinik für Neurochirurgie vom 7. bis 12. Dezember 2008, wobei dieses Mal als Behandlungsgrund Unfall vermerkt wurde (act. G 3.7).

A.c Mit Schreiben vom 8. September 2009 ersuchte der Rechtsvertreter des Versicherten, Rechtsanwalt lic. iur. D. Speck, Engelburg, die Swica um Mitteilung, ob sich der Deckungsausschluss bezüglich des Rückens auch auf Unfälle beziehe. Falls dem so sei, sei dies zu belegen. Andernfalls werde um Mitteilung erbeten, weshalb der Spitalaufenthalt in der Privatabteilung nicht beglichen worden sei (act. G 3.9). Mit Schreiben vom 28. Oktober 2009 teilte die Swica dem Rechtsvertreter des Versicherten mit, dass sie gestützt auf die gesamte Aktenlage an ihrem Entscheid, die Mehrkosten für den Aufenthalt in der privaten Abteilung nicht zu übernehmen, festhalte (act. G 3.10).

B.  
B.a Aufgrund seiner Tätigkeit als Geschäftsführer der B.\_\_\_\_ GmbH war der Versicherte sodann bei der Swica seit dem 17. Februar 2009 im Rahmen einer Kollektiv-Krankentaggeldversicherung nach VVG für ein Taggeld von 80% des versicherten Lohns ab dem 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit versichert (act. G 3.11, G 1.3/4). Am 5. November 2009 brannte das B.\_\_\_\_ ab. Mit Schreiben vom 19. Januar 2010 (act. G 1.3/13) ersuchte der Rechtsvertreter des Versicherten die Swica um Ausrichtung von Krankentaggeldern für eine Arbeitsunfähigkeit vom 16. September bis 20. November 2009. Aus den beigelegten Unterlagen (act. G 1.3/14 ff. bzw. act. G 3.14 ff.) gehe hervor, dass der Versicherte erstmals am 26. Juni 2009 Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, konsultiert habe. Dieser sei mit Schreiben vom 29. September 2009 an die Swica gelangt. Darin habe er den Versicherten vom 26. Juni bis Ende September 2009 für körperlich schwere und rückenbelastende Tätigkeiten als arbeitsunfähig betrachtet und deshalb um Überprüfung des Anspruchs auf Krankentaggelder ersucht. Seines Wissens sei dieses Schreiben von der Swica nicht beantwortet worden. Am 29. Dezember 2009 habe Dr. C.\_\_\_\_ dem Versicherten bestätigt, dass er vom 16. September bis 20. November 2009 100% arbeitsunfähig gewesen sei. Mit diesem ärztlichen Zeugnis sei die fragliche Arbeitsunfähigkeit belegt. Bezüglich der vorangegangenen, von Dr. C.\_\_\_\_ im Schreiben vom 29. September 2009 festgehaltenen Arbeitsunfähigkeit seien ergänzende Abklärungen zu treffen.

B.b Mit Schreiben vom 29. Januar 2010 teilte die Swica dem Rechtsvertreter des Versicherten mit, dass auf die Forderung nach Taggeldentschädigung für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 16. September bis 20. November 2009 nicht eingetreten werde. Die beigelegten Unterlagen könnten kaum Grundlage für eine Taggeldzahlung bilden, seien sie doch offensichtlich manipuliert. Betrachte man den Inhalt der offenbar fahrlässig oder sogar missbräuchlich erstellten Papiere, fehle ein klar diagnostiziertes Leiden, welches die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit als Geschäftsführer eines Restaurants begründen könnte. Es werde somit daran festgehalten, dass der Versicherte als solcher voll arbeitsfähig sei (act. G 3.19, G 1.3/20).

B.c Am 15. März 2010 wurde der Swica von der Ausgleichskasse für das B.\_\_\_\_ die Betriebsaufgabe per 4. November 2009 gemeldet (act. G 3.13).

C.  
C.a Am 8. Juli 2010 stellte der Rechtsvertreter des Versicherten beim Vermittleramt St. Gallen ein Vermittlungsbegehren mit den Anträgen, die Swica sei zu verpflichten, dem Versicherten für die Zeit vom 16. September bis 20. November 2009 Krankentaggelder im Betrag von Fr. 14'868.-- nebst Zins zu 5% seit 1. Februar 2010 zu bezahlen; es sei davon Vermerk zu nehmen, dass sich der Versicherte für Taggeldansprüche, welche nicht in den Zeitraum gemäss erstem Antrag fielen, eine Nachklage vorbehalte. Die Swica sei im Weiteren zu verpflichten, dem Versicherten für die Mehrkosten in der privaten Abteilung des KSSG vom 7. bis 12. Dezember 2008 Fr. 6'179.40 nebst Zinsen zu 5% seit dem 1. November 2009 zu bezahlen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1.3/1). Am 12. Juli 2010 trat die B.\_\_\_\_ GmbH dem Versicherten sämtliche Ansprüche aus dem Kollektiv-Krankentaggeldversicherungs-Vertrag ab (act. G 1.3/5). Nach erfolgloser Durchführung der Schlichtungsverhandlung vom 19. April 2011 vor dem Vermittleramt St. Gallen mit dem Antrag der Swica auf Abweisung der Klage, erteilte das Vermittleramt gleichentags die Klagebewilligung beim Kreisgericht St. Gallen für die Anträge des Versicherten (act. G 1.1). Da gemäss Art. 7 der neuen Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) und Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EGZPO; sGS 961.2) nicht das Kreisgericht, sondern das Versicherungsgericht zuständig ist, wurde am 23. November 2011 ein zweiter Vermittlungsvorstand durchgeführt und eine Klagebewilligung erteilt (act. G 1.2).

C.b In der Klage vom 14. Dezember 2011 wiederholte Rechtsanwalt Speck für den Kläger die bereits im Schlichtungsverfahren gestellten Anträge. Ausserdem beantragte er die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverteidigung in der Person des Unterzeichneten; unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

C.c In der Klageantwort vom 9. Januar 2012 beantragte die Beklagte Abweisung der Klage (act. G 3).

C.d Mit Replik vom 6. März 2012 hielt der Rechtsvertreter des Klägers an seinen Anträgen fest (act. G 10).

C.e Mit Duplik vom 20. März 2012 hielt die Beklagte ihrerseits an ihrem Antrag auf Abweisung der Klage fest (act. G 14).

C.f Am 22. März 2012 bewilligte der zuständige Abteilungspräsident des Versicherungsgerichts die unentgeltliche Rechtsverteidigung für das vorliegende Verfahren (act. G 16).

Erwägungen:

1.  
Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Gemäss Art. 22 lit. b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Zusatzbedingungen (ZB) für Versicherungen nach VVG der Beklagten (Ausgabe 2005) sowie Ziff. 90 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die kollektive Taggeldversicherung nach VVG der Beklagten (Ausgabe 2006; act. G 3.12) kann die versicherte Person an ihrem schweizerischen Wohnsitz Klage erheben. Der Kläger wohnt in Wittenbach. Somit ist die örtliche Zuständigkeit erfüllt. Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 EGZPO in Verbindung mit Art. 7 ZPO als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Damit ist auch die sachliche Zuständigkeit gegeben. Auf die Klage ist einzutreten.

2.  
2.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 1908 (VVG; SR 221.229.1). Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind

privatrechtlicher Natur (BGE 133 III 439 E. 2.1). Nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO gilt für vermögensrechtliche Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach KVG ohne Rücksicht auf den Streitwert das vereinfachte Verfahren. Das Gericht stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO; Untersuchungsgrundsatz). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst dann Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. BGE 115 V 133 E. 8a).

2.2 Im Zivilprozess gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO). Das Gericht hat bei der Bewertung der erhobenen Beweise unabhängig von abstrakten (schablonenhaften) 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. Die verschiedenen Beweismittel sind in Bezug auf ihre Beweiskraft und hinsichtlich ihrer Quantität gleichberechtigt (vgl. Franz Hasenböhler in: Sutter-Somm/ Hasenböhler/ Leuenberger [Hrsg.], Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO], Zürich/Basel/Genf 2010, N 8 f. zu Art. 157).

3.  
3.1 Streitig ist zunächst, ob die Beklagte für die Hospitalisation des Beklagten in der Privatabteilung der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 7. bis 12. Dezember 2008 zu Recht die Übernahme der Mehrkosten für die Privatabteilung verweigert und lediglich diejenigen der allgemeinen Abteilung übernommen hat.

3.2 Der Kläger ist bei der Beklagten grundsätzlich im Rahmen der Spitalversicherung Hospita 6 privat weltweit Zusatzversichert, d.h. die Swica übernimmt in allen öffentlichen und privaten Spitälern in der ganzen Welt die Kosten der privaten Abteilung. Von dieser Versicherung ausgeschlossen sind aufgrund des Vorbehalts wegen vorbestehender Rückenbeschwerden Krankheiten wie Wirbelsäulenleiden einschliesslich Ursachen und Folgen. Für diesbezügliche Hospitalisationen übernimmt die Beklagte lediglich die Kosten im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, d.h. diejenigen für die allgemeine Abteilung. Der Deckungsausschluss bezieht sich nicht auf Rückenverletzungen, welche der Beklagte infolge von Unfällen erleidet. Die Beklagte hat die Übernahme der Kosten in der privaten Abteilung mit der Begründung abgelehnt, die Hospitalisation am KSSG vom 7. bis 12. Dezember 2008 sei nicht wegen einer unfallbedingten, sondern wegen einer krankheitsbedingten Rückenproblematik erfolgt. Der Kläger macht demgegenüber geltend, er sei infolge eines Unfalls am KSSG hospitalisiert gewesen.

3.3  
3.3.1 Laut Eintrittszeugnis der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 27. Dezember 2008 trat der Kläger am 7. Dezember 2008 mit einer Lumboischialgie ins Spital ein. Die Verursachung des Leidens durch einen Unfall wurde verneint (act. G 3.2). Sowohl im Kostengutsprachegebot vom 8. Dezember 2008 als auch in der Rechnung vom 24. Dezember 2008 führte das KSSG als Behandlungsgrund bzw. Eintrittsgrund "Krankheit" und als Diagnose einen Verdacht auf eine lumbale Diskushernie auf der Höhe L5/S1 an (act. G 3.3 f.). Im Austrittsbericht der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 29. Dezember 2008 wurde sodann in der Anamnese auf die beim Kläger seit mehreren Jahren bestehenden chronischen Lumbalgien hingewiesen. Der Kläger habe am Abend des 7. Dezember 2008 beim Treppenhochsteigen plötzlich einen stark blockierenden Schmerz verspürt, so dass die Ambulanz alarmiert worden und der Kläger notfallmässig ins KSSG eingeliefert worden sei (act. G 3.5).

3.3.2 Der bis und mit zum Austrittsbericht des KSSG dokumentierte Sachverhalt enthält keinerlei Hinweise, dass die Hospitalisation des Klägers

wegen eines unfallbedingten Leidens erfolgt sei bzw. am 7. Dezember 2008 ein Unfall stattgefunden und sich der Kläger dabei eine Rückenschädigung zugezogen habe. Mit der Diagnose "Lumboischialgie" wird von den Ärzten im Regelfall das Beschwerdebild fassbar gemacht. Belegt wird demzufolge lediglich, dass der Patient Schmerzen in der unteren Lumbalregion aufweist. Rückenschmerzen können ganz unterschiedliche Ursachen haben, grundsätzlich auch traumatische, beispielsweise Wirbelfrakturen. Gerade eine Lumboischialgie ist jedoch eine typische Diagnose bei im Regelfall bestehenden degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule. Für die Annahme einer spezifisch traumatischen Schmerzursache wird demzufolge zusätzlich eine für die Lumbalgie unfallspezifische, organisch begründbare Ursache verlangt. Eine solche ist in einer strukturellen Läsion als objektivierbares Korrelat zu sehen. In der im KSSG am 10. Dezember 2008 durchgeführten MRI-Untersuchung der LWS konnte jedoch für die Beschwerden des Klägers kein Korrelat, insbesondere also auch kein solches für eine Unfallläsion, gefunden werden. Offensichtlich konnte auch die Verdachtsdiagnose einer lumbalen Diskushernie ausgeschlossen werden. Hierzu ist im Übrigen anzumerken, dass es ohnehin generell einer medizinischen Erfahrungstatsache im Unfallversicherungsrecht entspricht, dass Diskushernien in aller Regel degenerative Erkrankungen darstellen (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192, 193 E. 2a mit Hinweisen). Entsprechend wurde im Austrittsbericht des KSSG - gleich wie im Eintrittszeugnis - als Diagnose wieder nur eine Lumboischialgie bei Verdacht auf eine lumbale Diskushernie LWK5/SWK1 rechts gestellt.

3.3.3 Das im Austrittsbericht beschriebene plötzliche Auftreten eines blockierenden Schmerzes beim Treppenhochsteigen stellt schliesslich unbestrittenermassen kein Unfallereignis im Rechtssinn dar. Von einem Unfallereignis ist aktenmässig erstmals in der Unfallanzeige vom 12. Januar 2009 die Rede. Der Kläger schildert, er sei am 7. Dezember 2008 von einer damals defekten und sich in Renovation befindlichen Treppe heruntergefallen, wobei er sich am Geländer festgehalten habe. Er habe eine blaue Hüfte und eine Knieverletzung erlitten. Nach dem Sturz habe er nicht mehr aufstehen können und sei mit dem Krankenwagen ins Spital gefahren worden (act. G 3.6). Am 10. Februar 2009 folgte sodann das Kostengutsprachege such des KSSG, worin dieses Mal als Behandlungsgrund Unfall angegeben wurde (act. G 3.7). Laut Angabe in der Beschwerdeantwort vom 9. Januar 2012 (act. G 3) hatte das KSSG der Beklagten telefonisch mitgeteilt, der Kläger habe nach Erhalt der Rechnung die Änderung des Behandlungsgrundes verlangt. Unstreitig ist, dass mit einem Sturz ein ungewöhnlicher äusserer Faktor auf den Körper einwirkt, und das in der Unfallanzeige beschriebene Ereignis damit einen Unfalltatbestand darstellt. Den nunmehr veränderten Behandlungsgrund begründet der Rechtsvertreter des Klägers in der Replik vom 6. März 2012 (act. G 10) damit, der Kläger habe mit den in Erwägung 3.3.1 angeführten Akten nichts zu tun. Sie stammten nicht von ihm, sondern vom KSSG und von der Beklagten. Nachdem der Kläger festgestellt habe, dass sein Unfall als Krankheit registriert worden sei, habe er am 12. Januar 2009 eine Unfallmeldung gemacht. Die klägerische Begründung für die nunmehr als unfallbedingt bezeichnete Gesundheitsschädigung ist lediglich als möglich zu betrachten, vermag jedoch den Wahrscheinlichkeitsbeweis für einen Unfall nicht hinreichend herbeizuführen. Die Ereignisschilderung, der vom Spital angeführte Behandlungsgrund sowie die ärztliche Diagnose bilden für die Prüfung eines allfälligen Unfallgeschehens zentrale Beurteilungskomponenten und führen hinsichtlich der in Erwägung 3.3.1 angeführten Akten zum einheitlichen Schluss, dass der Kläger am 7. Dezember 2008 krankheitsbedingt hospitalisiert wurde. Die nachfolgenden Akten vermögen das Geschehen eines Unfalls nicht glaubwürdig zu belegen. Bezug zu nehmen ist im konkreten Fall auf die Beweismaxime, wonach die so genannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn die versicherte Person ihre Darstellung im Lauf der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die sie kurz nach dem Unfall gemacht hat, meistens grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (BGE 121 V 45 E. 2a mit Hinweisen; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 21). Im konkreten Fall erfolgte die Unfallanzeige bzw. -schilderung erst in Folge der

Abrechnung der Hospitalisation im KSSG über Krankheit durch die Beklagte, womit eine Beeinflussung der nachfolgenden Angabe eines Unfalls durch versicherungsrechtliche Überlegungen nicht auszuschliessen ist. Im Übrigen ist davon auszugehen, dass die Ereignisschilderung im Austrittsbericht des KSSG vom 29. Dezember 2008 (act. G 3.5) unter der Rubrik "Anamnese" ebenso auf Angaben des Klägers beruht. Nachdem es sich für ihn bei einem Sturz um das wesentliche Element des Vorfalls vom 7. Dezember 2008 gehandelt und gerade dieses den Unfalltatbestand begründet hätte, kann dessen anfänglich Nichterwähnung - bei Zutreffen - in keiner Weise nachvollzogen werden. Vielmehr wird im Austrittsbericht ein konkreter Vorfall geschildert, welcher keinen Unfall darstellt. Es ist zudem nicht davon auszugehen, dass ein Sturz bei Nennung durch den Kläger, aber auch die von ihm in der Unfallmeldung angeführten Verletzungen an Hüfte und Knie, keinen Eingang in den Austrittsbericht gefunden hätten. Schliesslich schwächt auch das Ergebnis der telefonischen Erkundigung der Beklagten beim Hauseigentümer, der von einer beschädigten Haupttreppe nichts wusste (vgl. dazu G 5), den Beweis eines unfallmässigen Geschehens zusätzlich. Die Notiz vom 29. Januar 2009 im elektronischen Fallführungssystem "Prellungen am linken Knie und an der rechten Hüfte. Behandlung im Kantonsspital (stationär!) und bei Dr. D.\_\_\_\_." (act. G 5) bezieht sich weder auf das Telefongespräch mit dem Hauseigentümer noch handelt es sich um eine Aktennotiz eines Gesprächs mit dem KSSG, sondern entstammt offensichtlich - wie von der Beklagten in der Duplik vom 20. März 2012 (act. G 14) angeführt - der Unfallanzeige, welche der Kläger ausgefüllt hat. Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass das KSSG in seinem neuen Kostengutsprachege such vom 10. Februar 2009 (act. G 3.7) wieder die Verdachtsdiagnose einer Diskushernie L5/S1 anführte, welche - wie bereits dargelegt - keinen überwiegend wahrscheinlichen Hinweis auf eine unfallbedingte Läsion darstellt (vgl. Erwägung 3.3.2).

3.4 Angesichts der vorstehenden Sachlage ergibt sich insgesamt, dass ein Unfallereignis vom 7. Dezember 2008 und damit eine wegen einer unfallbedingten Rückenverletzung erfolgte Hospitalisation in der Klinik für Neurochirurgie vom 7. bis 12. Dezember 2008 nicht mit Wahrscheinlichkeit belegt ist. Diese Beweislosigkeit führt zu einer Entscheidung zu Ungunsten des Klägers, der aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt eine Leistungspflicht der Beklagten ableiten wollte (Rumo-Jungo, a.a.O., S. 21). Die Beklagte hat somit für die Hospitalisation in der Privatabteilung der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 7. bis 12. Dezember 2008 die Übernahme der Mehrkosten für die Privatabteilung zu Recht verweigert und lediglich die Kosten der allgemeinen Abteilung übernommen.

4.  
4.1 Streitig und zu prüfen ist im Weiteren, ob die Beklagte dem Kläger im Rahmen der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung für die Zeit vom 16. September bis 20. November 2009 Krankentaggelder wegen Arbeitsunfähigkeit zu bezahlen hat (vgl. dazu Ziff. 12 f. der AVB für die kollektive Taggeldversicherung nach VVG).

4.2 Gemäss Ziff. 16 der AVB für die kollektive Taggeldversicherung nach VVG ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Nach drei Monaten Arbeitsunfähigkeit wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Um das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit bzw. deren Ausmass beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Klagefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4; siehe Ziff. 12 der AVB für die kollektive Taggeldversicherung nach VVG). Zu prüfen ist mithin, ob die medizinische Aktenlage eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Klägers erlaubt, von der mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, sie treffe zu. Der klägerische Rechtsvertreter stützt sich auf verschiedene Berichte, welche - wenn nicht erkennbar von Dr.

C.\_\_\_\_ oder einem anderen Arzt ausgestellt und unterzeichnet - Dr. C.\_\_\_\_ im Briefkopf als Absender, den Kläger als Adressaten und andere Ärzte als behandelnde und untersuchende Ärzte nennen. Die Beklagte erachtet die fraglichen Berichte nicht als beweistauglich und schliesst nicht aus, dass sie teilweise sogar manipuliert sein könnten.

4.3 Der Hausarzt des Klägers, Dr. C.\_\_\_\_ berichtete am 29. September 2009 (act. G 3.14), der Kläger habe ihn erstmals am 26. Juni 2009 wegen Oberbauch- und Rückenbeschwerden konsultiert. Daraufhin seien bis/mit 16. September 2009 noch fünf Konsultationen wegen immobilisierender LWS-Beschwerden erfolgt. Seiner Meinung nach sei der Patient während dieser Zeit für körperlich schwere und rückenbelastende Tätigkeiten nicht arbeitsfähig gewesen. Am 14. August 2009 habe er eine MRI-Untersuchung der LWS veranlasst. Der von Dr. C.\_\_\_\_ unterzeichnete Bericht führt im Briefkopf als Absender Dr. C.\_\_\_\_ und als Adressatin die Beklagte auf. Laut einem Bericht vom 26. August 2009 (act. G 3.15) war beim Kläger - wie von Dr. C.\_\_\_\_ angegeben - am 14. August 2009 wegen langandauernden Rückenbeschwerden eine vertebro-spinale Kernspintomographie (Th12-S3) durchgeführt worden, welche insbesondere kleinere bzw. minime Bandscheibenhernien mit vermuteter Nervenwurzelkompression oder ohne Hinweis auf eine solche gezeigt hatte. Der nicht unterzeichnete Bericht führt im Briefkopf als Absender Dr. C.\_\_\_\_, als Adressaten den Kläger und als Aussteller Dr. med. E.\_\_\_\_ auf. In einem Bericht vom 16. November 2009 (act. G 3.16) wird ausserdem über eine Hospitalisation des Klägers vom 10. bis 13. November 2009 berichtet. Die Zuweisung des Patienten sei am 10. November 2009 aufgrund unklarer Synkope erfolgt. Entsprechend wurde neben mehreren anderen Diagnosen diejenige einer Synkope unklarer Genese, aber auch die Diagnose chronischer Lumbo-ischialgien gestellt. Dem Kläger wurde sodann vom 10. bis 17. November 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit - Hospitalisation und Rekonvaleszenz - attestiert. Im nicht unterzeichneten Bericht sind erneut im Briefkopf als Absender Dr. C.\_\_\_\_, als Adressat der Kläger und als Aussteller Dr. med. F.\_\_\_\_, Oberarzt, Dr. med. G.\_\_\_\_, Oberärztin mbF, Dr. med. H.\_\_\_\_, Assistenzärztin und Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachbereichsleiter, Innere Medizin und Rheumatologie aufgeführt. Ein weiterer Bericht ist vom 20. November 2009 datiert (act. G 3.17) und stimmt - abgesehen von ein paar fehlenden Textstellen - inhaltlich mit dem Bericht vom 16. November 2009 überein. Als Ausstellerin wird dieses Mal nur Dr. med. H.\_\_\_\_ genannt. Zuvor hatte Dr. med. H.\_\_\_\_ mit ärztlicher Bescheinigung vom 13. November 2009 (act. G 1.3/10) die Arbeitsunfähigkeit des Klägers vom 10. bis 17. November 2009 bescheinigt. Die ärztliche Bescheinigung ist von Dr. H.\_\_\_\_ unterzeichnet und wurde auf dem Briefpapier des Departements Innere Medizin, Rheumatologie/Rehabilitation des KSSG ausgestellt. Dem Einwand der Beklagten, die Bescheinigung sei lückenhaft, kann nicht gefolgt werden. Das fragliche Aktenstück stellt keinen umfassenden Arztbericht, sondern lediglich eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung dar und enthält die entsprechenden Angaben. Ein weiterer, auf dem Briefpapier des Departements Innere Medizin, Rheumatologie/Rehabilitation des KSSG gedruckter Kurzaustrittsbericht, mit der Kontaktadresse von Dr. H.\_\_\_\_, dessen Text aber offensichtlich nicht vollständig ist, stammt ebenfalls vom 13. November 2009 (act. G 1.3/11). Ein anderer Bericht vom 8. Dezember 2009 enthält unter anderem die Diagnose eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit intermittierenden Blockaden, bei mehrsegmentaler leichter Diskopathie L3-S1 und erneutem Hinweis, dass der Patient seit Jahren immer wieder an Rückenschmerzen leide. Während der letzten Monate seien vermehrt Blockaden mit Immobilisationen und Ausstrahlungen ins linke Bein aufgetreten. Klinisch neurologisch hätten sich keine sensomotorischen Defizite gezeigt, der Lasègue sei beidseits negativ und die Allgemeinbeweglichkeit sei nicht eingeschränkt (act. G 1.3/18). Das MRI der LWS vom 14. August 2009 (schriftl. Befund Rodiag) beinhalte eine kleine extraforaminale Diskushernie L3/L4 rechts, eine Protrusion und kleine Diskushernie L4/L5 und L5/S1, ohne klar sichtbare Neurokompression. Die Funktionsmyelographie vom 26. November 2009 habe keinen Hinweis für eine Wurzelkompression und keinen Hinweis für eine Instabilität oder Stenose gezeigt. Es zeigten sich leichte degenerative Veränderungen mit kleinen Protrusionen und auch leichter Spondylarthrose L3/S1. Somit bestehe keine Indikation für eine operative Intervention. Auch dieser Bericht wurde von Dr. C.\_\_\_\_ an den Kläger adressiert. Als Aussteller steht Dr. med. Ch.

L.\_\_\_\_ geschrieben. Mit unterzeichnetem ärztlichem Zeugnis vom 29. Dezember 2009 (act. G 1.3/12) bestätigte Dr. C.\_\_\_\_ schliesslich, dass der Kläger seit dem 16. September 2009 bis zu seiner letzten Konsultation bei ihm am 20. November 2009 zu 100% arbeitsunfähig gewesen sei. In dieser Zeit seien wegen "des komplexen Krankheitsbildes" diverse Abklärungen und einige Hospitalisationen im KSSG erfolgt. Am 4. Januar 2010 berichteten schliesslich die Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG, Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. K.\_\_\_\_, Assistenzarzt, auf deren Briefpapier über ein Konsilium des Klägers vom 23. Dezember 2009 (act. G 1.3/19). Als Diagnosen wurden wiederum insbesondere die chronische Lumboischialgie sowie ein Status nach Synkope aufgeführt. Der Kläger habe sich in ihrer Epilepsieambulanz vorgestellt, nachdem er im November 2009 synkopiert und daraufhin für drei Tage in der Rheumatologie im KSSG hospitalisiert worden sei. Aus der Anamnese des Klägers bezüglich der am 10. November 2009 aufgetretenen Synkope liessen sich keine Hinweise für eine epileptische Ursache der Bewusstlosigkeit eruieren. Am ehesten handle es sich um eine vasovagale Reaktion im Rahmen einer psychosozialen Belastungssituation. Der fragliche Bericht ist unterzeichnet.

4.4 In Übereinstimmung mit der Beklagten ist zwar in Bezug auf die in Erwägung 4.3 erwähnten Berichte formell zu bemängeln, dass sie teilweise nicht unterzeichnet sind und ihnen die Adresse des Ausstellers nicht offenkundig entnommen werden kann. Dennoch ist nicht daran zu zweifeln, dass die Berichte vom 13., 16. und 20. November 2009 Untersuchungen, Behandlungen und eine Hospitalisation am KSSG betreffen. Als behandelnde bzw. untersuchende Ärztin ist insbesondere immer Dr. H.\_\_\_\_ vermerkt, welche tatsächlich Assistenzärztin am KSSG war und von der letztlich auch die unterzeichnete ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 13. November 2009 vorliegt, welche sie als Assistenzärztin des Departements Innere Medizin, Rheumatologie/Rehabilitation des KSSG ausweist. Der angeblich von Dr. L.\_\_\_\_ ausgestellte Bericht vom 8. Dezember 2009 enthält sodann entsprechend dessen Facharztstitel Neurochirurgie neurologische Untersuchungsergebnisse. Die gleiche Übereinstimmung ist auch in Bezug auf den Bericht vom 26. August 2009 festzustellen, welcher das Untersuchungsergebnis einer MRI-Untersuchung von Th12-S3 wiedergibt und in der Grussformel Dr. med. E.\_\_\_\_ nennt, der als Facharzt für Radiologie St. Gallen tätig ist. Das Befundergebnis figuriert wiederum im vorgenannten Bericht von Dr. L.\_\_\_\_. Angesichts des vorstehend Gesagten bzw. der zahlreichen Übereinstimmungen in den angeführten Berichten sind die erhobenen Zweifel der Beklagten - formelle Mängel oder gar eine Manipulation bzw. missbräuchliche Erstellung betreffend - als nicht stichhaltig zu betrachten. Dies umso mehr, als sämtliche Berichte hinsichtlich Beschreibung des Gesundheitszustands des Klägers harmonieren. Im Übrigen erklärte Dr. C.\_\_\_\_ mit Bericht vom 13. Juli 2011, er führe die Krankengeschichten elektronisch, weshalb bei Berichtskopien immer sein Logo bzw. sein Briefkopf anstelle desjenigen des Absenders erscheine. Ausserdem sei der gespeicherte Bericht - wenn vom Patienten gewünscht - an ihn als Empfänger adressiert (act. G 1.3/22).

4.5 Im Folgenden bleibt jedoch die materiellrechtliche Frage zu prüfen, inwieweit mit den vorliegenden ärztlichen Berichten die vom klägerischen Rechtsvertreter geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit des Klägers vom 16. September bis 20. November 2009 rechtsgenügend, d.h. mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen ist. Gestützt auf den Inhalt der in Erwägung 4.3 angeführten Akten ist beim Kläger von einer Rückenproblematik im Bereich der LWS auszugehen, welche verschiedene ärztliche Untersuchungen und Behandlungen notwendig machte. Eine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit hielt Dr. C.\_\_\_\_ im ärztlichen Bericht vom 29. September 2009 (act. G 3.9) für den Zeitraum vom 26. Juni 2009 bis/mit 16. September 2009 fest. Im ärztlichen Zeugnis vom 29. Dezember 2009 (act. G 1.3/12), worin Dr. C.\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit für den strittigen Zeitraum vom 16. September bis 20. November 2009 bescheinigte, wurde die Rückenproblematik nicht explizit angesprochen, sondern hinzugefügt, dass in der Zeit vom 16. September bis 20. November 2009 wegen des "komplexen Krankheitsbildes" diverse Abklärungen und einige Hospitalisationen im KSSG erfolgt seien. Abklärungen in dieser Zeit ergingen jedoch insbesondere wegen der am 10. November 2009 eingetretenen Synkope unklarer Genese, wegen der auch eine einzige Hospitalisation vom 10.

bis 13. November 2009 stattgefunden hat bzw. dokumentiert ist (nicht "einige" Hospitalisationen) und Dr. H.\_\_\_\_ dem Kläger vom 10. bis 17. November 2009 für die Hospitalisation und die anschliessende Rekonvaleszenz tatsächlich eine 100% ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat. Die von Dr. C.\_\_\_\_ auf Anfrage des klägerischen Rechtsvertreters am 13. Juli 2011 (act. G 1.3/22) gegebene Antwort, für den fraglichen Zeitraum (16. September bis 20. November 2009) sei die Diagnose eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms gestellt worden und wegen der intermittierenden Blockaden und schmerzbedingten Immobilisation sei der Patient für rückenbelastende Tätigkeiten nicht arbeitsfähig gewesen, vermag die Unzulänglichkeit des die strittige Arbeitsunfähigkeit ausweisenden ärztlichen Zeugnisses von Dr. C.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2009 nicht zu beheben. Nicht nachvollziehbar ist nämlich auch, weshalb er im ärztlichen Bericht vom 29. September 2009 einzig eine Arbeitsunfähigkeit bis 16. September 2009 attestierte, obwohl ihm bei Berichterstellung die fortdauernde Arbeitsunfähigkeit bekannt war, und warum er im ärztlichen Zeugnis vom 29. Dezember 2009 lediglich von einer Arbeitsunfähigkeit ab 16. September 2009 sprach, obwohl eine solche bereits Monate andauerte. Die Beweiskraft der von Dr. C.\_\_\_\_ im ärztlichen Zeugnis vom 29. Dezember 2009 bescheinigten 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 16. September bis 20. November 2009 erscheint damit insgesamt fraglich. Entscheidend kommt jedoch letztlich hinzu, dass Dr. C.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit offensichtlich einzig in Bezug auf rückenbelastende Tätigkeiten eingeschränkt sieht. Eine solche ist jedoch in Übereinstimmung mit der Beklagten im Fall der Geschäftsführertätigkeit des Klägers in einem Restaurationsbetrieb nicht gegeben. Der Einwand des Rechtsvertreters des Klägers, immobilisierende Rückenbeschwerden würden immobil machen und eine Tätigkeit auch für andere Tätigkeiten verhindern, vermag keine umfassende Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Zwar können immobilisierende Schmerzen im gegebenen Fall immobil machen und vermag auch eine intermittierende Blockade zu einer Immobilität zu führen, doch ist letztlich massgebend wann eine solche besteht bzw. wann es zu solchen kommt. Dass der Kläger ununterbrochen unter den vorgenannten gesundheitlichen Einschränkungen leidet, ist - gestützt auch auf den Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2009 (act. G 3.18) - nicht anzunehmen, ansonsten die von Dr. L.\_\_\_\_ erhobenen Befunde eindeutig anders lauten müssten. Es ist also vielmehr davon auszugehen, dass die Gefahr intermittierender Blockaden und schmerzbedingter Immobilisation nur bei der Ausübung rückenbelastender Tätigkeiten bestanden hat.

4.6 Dem Kläger steht schliesslich gegenüber der Beklagten auch kein Anspruch auf ein Krankentaggeld aus der kollektiven Taggeldversicherung nach VVG wegen einer allenfalls vom 10. bis 17. November 2009 nachvollziehbaren Arbeitsunfähigkeit zu.

Die Beklagte weist richtigerweise darauf hin, dass es sich bei der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung um eine Schadensversicherung handelt, welche den Lohn- bzw. Erwerbsausfall im Krankheitsfalle versichert (vgl. dazu Ziff. 6 der AVB für die Kollektive Taggeldversicherung nach VVG). Der klägerische Rechtsvertreter wiederum hält zutreffend fest, dass der Untergang eines Betriebs nicht das Ende von Lohnansprüchen bedeutet. Aus den beiden vorstehenden Feststellungen lässt sich jedoch nicht zusammenhängend folgern, dass ein Lohnausfall in jedem Fall auch einen Anspruch auf ein Taggeld aus der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung begründet. Während sich der Lohnanspruch nach dem Arbeitsvertragsrecht (vgl. dazu Art. 324 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [Fünfter Teil: Obligationenrecht; OR, SR 220]) richtet, steht im konkreten Fall der Anspruch auf ein Krankentaggeld bzw. die Entschädigung des Lohnausfalls im Krankheitsfalle zur Diskussion. Der diesbezügliche Versicherungsschutz bzw. die hierbei geltenden Anspruchsbedingungen sind dem entsprechenden Versicherungsvertrag und den AVB für die kollektive Taggeldversicherung nach VVG zu entnehmen. Für den einzelnen Versicherten erlischt der Versicherungsschutz unter anderem mit dem Erlöschen des Vertrags (Ziff. 42 der AVB für die kollektive Taggeldversicherung nach VVG). Mit dem Erlöschen des Versicherungsverhältnisses endet somit der Anspruch auf Leistungen; sogar der Anspruch auf Leistungen für einen laufenden Versicherungsfall (vgl. dazu G. Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, S. 466). Im vorliegenden

Fall endete das Versicherungsverhältnis der kollektiven Taggeldversicherung vor dem strittigen Zeitraum, d.h. am 4. November 2009. Zudem ist nicht aktenkundig, dass der Kläger in die Einzelversicherung der Beklagten übergetreten wäre (vgl. dazu Ziff. 43 der AVB für die kollektive Taggeldversicherung nach VVG).

4.7 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die Beklagte zu Recht auch das Bestehen eines Anspruchs des Klägers auf Taggelder aus der Kollektiven Taggeldversicherung für die Zeit vom 16. September bis 20. November 2009 verneint hat.

5.

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Klage vollumfänglich abzuweisen. Gerichtskosten sind keine aufzuerlegen.

5.2 Da der Kläger unterliegt, ist auch sein Begehren um Zusprache einer Parteientschädigung abzuweisen. Allerdings ist ihm die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, so dass der Staat für die Vertretungskosten aufzukommen hat (Art. 118 Abs. 1 lit. c ZPO). Dabei ist zu berücksichtigen, dass dem unentgeltlichen Vertreter nur ein um einen Fünftel reduziertes Honorar zusteht (Art. 31 Abs. 3 des kantonalen Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Sobald der Kläger in der Lage ist, kann er ausserdem zur Nachzahlung verpflichtet werden (Art. 123 Abs. 1 ZPO). Die Parteientschädigung spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 i.V.m. Art. 96 ZPO). Das mittlere Honorar im Zivilprozess beträgt nach Art. 14 Abs. 1 lit. c der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) Fr. 1'850.-- bei einem Streitwert von über Fr. Fr. 20'000.-- bis Fr. 50'000.--, wobei 12.3% des Streitwerts hinzuzuzählen sind. Bei einem Streitwert von Fr. 21'047.40 (Fr. 14'868.-- + Fr. 6'179.40 [vgl. act. G 1.2]) resultiert damit eine Parteientschädigung von Fr. 3'551.10 ([Fr. 1'850.-- + 12.3 % von Fr. 21'047.40] x 0.8).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Klage wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Klägers mit Fr. 3'551.10.