

Entscheid Versicherungsgericht, 29.10.2014

Anspruch auf Krankentaggelder aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach KVG. Leistungseinstellung erfolgte zu Recht. Aufgrund eines verschlechterten Gesundheitszustands bezüglich der Rückenproblematik (Nervenkompression mit entsprechenden klinischen Auswirkungen) erlitt die Klägerin einen Rückfall, der zur vorübergehenden Unverwertbarkeit ihrer Arbeitsfähigkeit führte. Taggeldanspruch für diesen Zeitraum bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Oktober 2014, KV-Z 2013/10).

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichter Ralph Jöhl, a.o. Versicherungsrichter
Christian Zingg; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Entscheid vom 29. Oktober 2014

in Sachen

A.____,
Klägerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann, Waisenhausstrasse 17,
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

CSS Versicherung AG, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, Postfach
2568, 6002 Luzern,
Beklagte,

betreffend

Taggeldleistungen

Sachverhalt:

A.
A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) war seit dem 1. September 2007 bei der B.____ GmbH, Reinigungsunternehmen, zu 35-40% als Reinigungskraft angestellt (act. G 3.4, 3.9). Die Arbeitgeberin hatte ab 1. Januar 2011 für ihre Arbeitnehmer bei der CSS Versicherung AG, Luzern (nachfolgend: CSS) mit Police Nr. 10-010-235-079 eine Krankentaggeldversicherung abgeschlossen (act. G 3.50). Der Versicherungsschutz umfasste die Deckung eines krankheitsbedingten Lohnausfalls zu 80% bei einer Leistungsdauer von 730 Tagen nach einer Wartefrist von 14 Tagen.

A.b Mit Formular vom 1. Mai 2011 wurde eine Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit seit 26. Februar 2011 gemeldet (act. G 3.4). Der Versicherten war von Dr. med. C.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Manuelle Medizin, auf Anfrage vom 17. März 2011 und mit Arztbericht vom 6. Juni 2011 vom 26. Februar bis 15. März 2011 und vom 27. April 2011 bis auf weiteres eine Ar-

beitsunfähigkeit aufgrund einer schweren Gonarthrose links attestiert worden (act. G 3.1, 3.6).

A.c Am 30. Juni 2011 wurde eine Knie-Arthroskopie rechts mit Teilmeniszektomie medial und Knorpeldébridement durchgeführt (act. G 3.8). Vom 31. Oktober bis 29. November 2011 befand sich die Versicherte in stationärer Behandlung in der Klinik für Rheumatologie und internistische Rehabilitation, Walenstadtberg (act. G 3.13).

A.d Mit Schreiben vom 22. März 2012 (act. G 3.14) teilte die CSS der Versicherten mit, dass sie gemäss Schlussfolgerung der Gesellschaftsärztin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gebäudereinigerin ab sofort wieder ihr versichertes Arbeitspensum von ca. 35-40% erbringen könne. Nach Vorlage der ärztlichen Bestätigung werde das Taggeld entgegenkommenderweise noch bis zum 31. März 2012 im bisherigen Rahmen ausgerichtet und danach eingestellt.

A.e Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Medizin, sah die Arbeitsfähigkeit der Versicherten mit Zeugnis vom 4. April 2012 als weiterhin zu 100% eingeschränkt an (act. G 3.15). Die CSS hielt mit Schreiben vom 16. April 2012 an ihrem Entscheid vom 22. März 2012 fest (act. G 3.17).

A.f Ein MRI der Wirbelsäule (BWK11-SWK5) nativ vom 9. August 2012 zeigte eine massive hypertrophe Spondylarthrose und Bandscheibenprotrusion auf Höhe LWK 4/5 mit konsekutiver Tangierung bzw. Kompression der Nervenwurzel L4 und L5 als mögliche Korrelation zu der akuten Symptomatik (act. G 3.18). Gestützt darauf wies Dr. C.____ auf einen bezüglich der Rückenproblematik verschlechterten Zustand hin und ersuchte um weitere Ausrichtung der Taggeldleistungen (act. G 3.19). Die CSS verneinte eine wesentliche Verschlimmerung der medizinischen Situation (act. G 1.21).

A.g Aufgrund des Schreibens vom 25. September 2012 von Dr. C.____ (act. G 3.22) wurde eine Anfrage bei Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Chirurgie, beratender Arzt CSS Versicherung, veranlasst (act. G 3.27). Nach seiner ärztlichen Beurteilung vom 19. November 2012 vermochten die Röntgenbilder und Magnettomogramme keine weiterführende Arbeitsunfähigkeit in Anbetracht eines 40%-Pensums als Gebäudereinigerin seit Anfang April 2012 zu begründen (act. G 3.28). Gestützt auf diese Beurteilung hielt die CSS am Entscheid vom 22. März 2012 fest (act. G 3.31).

A.h Mit Schreiben vom 12. Dezember 2012 zweifelte die CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: CAP) die Unabhängigkeit der Beurteilung von Dr. E.____ an (act. G 3.32). Gestützt auf den Nachtrag vom 29. Januar 2013 von Dr. E.____ (act. G 3.36) hielt die CSS auch nach der vierten Überprüfung an ihrem bisherigen Entscheid vom 22. März 2012 fest (act. G 3.37).

A.i Am 11. Februar 2013 wurde die Klägerin von PD Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, rheumatologisch untersucht (act. G 3.38). Mit Schreiben vom 12. März 2013 (act. G 3.40) bejahte Dr. C.____ die klinische Auswirkung der festgestellten Kompression aufgrund therapieresistenter Schmerzen im lumbosakralen Übergang mit Ausstrahlung entlang des ganzen rechten Beins. Mit Schreiben vom 26. März 2013 (act. G 3.42) erachtete die CSS die medizinische Situation als ausführlich geklärt. Durch die eingereichten Berichte ergäben sich keine neuen Tatsachen oder Beweismittel, die eine Leistungspflicht wieder aufleben liessen. Die CSS verwies auf den Rechtsweg und teilte mit, dass sie zu weiteren Arztberichten keine Stellung mehr nehme.

B.

B.a Mit Klage vom 24. Mai 2013 (act. G 1) liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. Robert Baumann, St. Gallen, beantragen, die Beklagte sei zu verpflichten, der Klägerin die vertraglichen Taggelder für die Zeit vom 1. April 2012 bis 7. April 2013 von Fr. 16'263.85 zuzüglich Zins zu 5% seit dem 5. Oktober 2012 zu bezahlen, unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu

Lasten der Beklagten. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte die Klägerin die Edition sämtlicher sie betreffenden Akten.

B.b Mit Klageantwort vom 17. Juni 2013 (act. G 3) schloss die Beklagte auf Abweisung der Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Klägerin.

B.c Am 10. September 2013 reichte der Rechtsvertreter eine Replik ein (act. G 7).

B.d Die Beklagte verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 9).

Erwägungen:

1.
Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Gemäss Art. 23 der anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentaggeldversicherung für Kleinunternehmen und BVG-Koordinationsdeckung der Beklagten (AVB, Ausgabe 05.2007; act. G 3.51) kann die versicherte Person unter anderem am schweizerischen Wohn- oder Arbeitsort Klage erheben, weshalb bei der in G.____ wohnhaften und bis zur – von den Parteien unbestrittenermassen auf 31. Oktober 2012 erfolgten – Kündigung in H.____ arbeitenden Klägerin die örtliche Zuständigkeit gegeben ist. Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EGZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10). Damit ist auch die 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 (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 das vereinfachte Verfahren ohne Rücksicht auf den Streitwert. Da beide Parteien anwaltlich vertreten sind, hat die Verfahrensleitung anstelle einer mündlichen Verhandlung einen doppelten Schriftenwechsel durchgeführt (vgl. Art. 246 Abs. 2 ZPO). Die Parteien haben sich ohne weiteres darauf eingelassen, so dass von einem konkludenten Verzicht auf die mündliche Verhandlung ausgegangen wurde (vgl. in diesem Zusammenhang das Urteil der I. zivilrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts vom 1. September 2014, 4A_65/2014).

2.2 Gemäss der in Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO festgehaltenen gemässigten (sozialen) Untersuchungsmaxime beschränkt sich das Gericht im vereinfachten Verfahren darauf, bei der Feststellung des Sachverhalts und der Beweiserhebung "mitzuwirken". Grundsätzlich ist es Sache der Parteien, das Tatsächliche vorzutragen und die Beweismittel zu nennen (Stephan Mazan, in: Spühler/Tenchio/Infanger [Hrsg.], Basler Kommentar zur Schweizerischen ZPO, 2. Aufl. Basel 2013, N 4 und 13 zu Art. 247). Es 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 ZPO, Zürich/Basel/Genf 2013, N 8 f. zu Art. 157).

2.3 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis).

2.4 Art. 2.5 AVB zufolge ist Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Gemäss Art. 13.3 AVB ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, eine im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Die CSS gewährt die vertraglichen Leistungen bei Eintritt des versicherten Ereignisses und nur bei Nachweis des verursachten Schadens (Art. 15.2 AVB). Bei länger dauernden Arbeitsunfähigkeiten ist der CSS gemäss Art. 19.7 AVB jeden Monat ein Zwischenzeugnis einzureichen.

3.

3.1 Die Beklagte erbrachte für die Zeit vom 26. Februar bis 15. März 2011 Taggeldleistungen in Höhe von Fr. 174.90 (4 Tage [18 Tage – 14 Tage Wartefrist] x Fr. 54.65 x 0.8), und vom 27. April 2011 bis 31. März 2012 entrichtete sie der Versicherten unter diesem Titel Fr. 14'864.85 (340 Tage x Fr. 54.65 x 0.8). Insgesamt leistete sie der Klägerin somit Taggelder aus Kollektiv-Krankentaggeldversicherung in Höhe von Fr. 15'039.75 (vgl. act. G 3.7 und 3.47). Streitig ist, ob die Beklagte der Klägerin für die Zeit vom 1. April 2012 bis 7. April 2013 (eingeklagter Zeitraum) weitere Krankentaggelder zu bezahlen hat.

3.2 Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung im März 2012 lagen der Beklagten neben dem Arztzeugnis von Dr. C.____ vom 9. November 2011 (act. G 3.12) – worin der Klägerin wegen Kniebeschwerden eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 26. Februar 2011 bis auf Weiteres attestiert wurde – noch der Austrittsbericht vom 29. November 2011 der Reha-Klinik Walenstadtberg (act. G 3.13) vor. Darin wurden als Diagnosen eine Fibromyalgie, ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom, eine Periarthropathia genu beidseits, psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten sowie eine phänomenologische Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen erhoben. Medizinisch theoretisch sei es der Versicherten aus rheumatologischer Sicht möglich, die bisherige Arbeit als Reinigungsfachfrau mit einem Arbeitspensum von 50% unter Berücksichtigung der festgestellten objektivierbaren Befunde durchzuführen. Ob zusätzlich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen bestehe, solle durch den weiter behandelnden Psychiater bestimmt werden. Nachdem die Beklagte der Klägerin daraufhin mit Schreiben vom 22. März 2012 die Leistungseinstellung per 31. März 2012 angekündigt hatte, bescheinigte Dr. D.____ mit Arztbericht vom 4. April 2012 eine weiterhin bestehende 100%-ige Arbeitsunfähigkeit gestützt auf die Diagnosen einer Fibromyalgie, eines chronischen thoracolumbalen Schmerzsyndroms sowie einer beidseitigen Gonarthrose (act. G 3.15). Da mit diesen Diagnosen allein keine neuen medizinischen Fakten vorlagen und auch keine Verschlechterung des bisherigen Gesundheitszustands geltend gemacht wurde, hatte die Beklagte zu jenem Zeitpunkt zu Recht gestützt auf den Austrittsbericht der Reha-Klinik Walenstadtberg vom 29. November 2011 an der Leistungseinstellung festgehalten. Die IV-Stelle der Sozialversicherungsanstalt (SVA) St. Gallen verneinte ebenfalls eine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse und trat mit Verfügung vom 12. April 2012 nicht auf das Leistungsbegehren der Klägerin ein (act. G 3.16). Da die Klägerin zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch eine Anstellung in der bisherigen Tätigkeit innehatte und diese seit dem Austritt aus der Reha-Klinik Walenstadtberg am 29. November 2011 als aus rheumatologischer Sicht zumut-

bar erachtet wurde, braucht die Ansetzung einer so kurzen Übergangsfrist von acht Tagen nicht beanstandet zu werden.

3.3

3.3.1 Gemäss Art. 13.1 AVB ist ein Leistungsfall jedes Ereignis, das zu einem Anspruch auf Leistungen führt. Tritt vor Abschluss eines Falles eine neue Krankheit ein, begründet dies einen neuen Fall, sofern er nicht mit dem ersten ursächlich zusammenhängt. Eine Krankheit, die medizinisch in Verbindung mit einer früheren Krankheit steht (Rückfall), gilt nur dann als neuer Fall, wenn die versicherte Person während 12 Monaten nach Abschluss des früheren Falles für diese Krankheit nicht ärztlich behandelt wurde.

3.3.2 Die Beklagte erbrachte unbestrittenermassen ab 26. Februar 2011 Leistungen aufgrund von Kniebeschwerden der Klägerin. Dr. D.____ diagnostizierte zwar bereits mit Arztbericht vom 23. März 2011 ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links, erachtete aber die Rückenbeschwerden im Bericht vom 4. April 2011 nicht als Ursache einer Arbeitsunfähigkeit (act. G 3.2f.). Auch gemäss Arztbericht vom 6. Juni 2011 von Dr. C.____ standen die Kniebeschwerden völlig im Vordergrund, über Rückenbeschwerden wurde noch gar nichts berichtet (act. G 3.6). Erst im Bericht vom 9. November 2011 erwähnte Dr. C.____ neben der beidseitigen Gonarthrose ein lumbospondylogenes Syndrom bei ins rechte Bein ausstrahlenden Rückenschmerzen erstmals als (Mit-)Ursache der Arbeitsunfähigkeit (act. G 3.12). Am 21. August 2012 berichtete Dr. C.____ gestützt auf das MRI der Wirbelsäule vom 9. August 2012 (act. G 3.18) über eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bezüglich der Rückenproblematik (act. G 3.19).

3.3.3 Bei diesem Verlauf – Nachweis von Rückenbeschwerden bereits im Arztbericht von Dr. D.____ vom 23. März 2011 und im Bericht von Dr. C.____ vom 9. November 2011 als für eine Arbeitsunfähigkeit mitverantwortlich erachtet – besteht zwischen der im August 2012 zufolge lumbaler Beschwerden geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustands und dem Grundfall ein ursächlicher Zusammenhang. Da innerhalb von 12 Monaten seit Leistungseinstellung eine ärztliche Behandlung erfolgte, ist der gemeldete Rückfall nicht als neuer Fall zu behandeln.

3.4

3.4.1 Nachdem Dr. C.____ am 21. August 2012 über eine Verschlechterung des Gesundheitszustands wegen Rückenbeschwerden berichtet hatte, hielt die Beklagte in der Folge aufgrund der Beurteilungen von Dr. E.____ weiterhin an der Leistungseinstellung fest. Es ist zu prüfen, ob die Ansicht von Dr. E.____ hinreichend stichhaltig begründet war, so dass die Beklagte sich darauf abstützen durfte.

3.4.2 Nach Beurteilung von Dr. E.____ vom 19. November 2012 (act. G 3.28) waren im MRI vom 9. August 2012 schwere Osteochondrosen, Spondylosen und Spondylarthrosen mit entsprechender Verengung des Spinalkanals, eine Diskusprotrusion L4/5, aber weder Prolaps noch Hernie, links mit Tangierung der Nervenwurzel L5, aber ohne eindeutige Kompression, ersichtlich. Diese kürzlich durchgeführte Darstellung der Lendenwirbelsäule (LWS) weise keine Verschlimmerung im Vergleich zur Röntgendarstellung vom 28. Mai 2010 auf. Im MRI-Befundbericht vom 9. August 2012 war hingegen ausdrücklich eine deutliche rezessale Kompression der Nervenwurzel L5 beidseits, links etwas ausgeprägter als rechts, festgestellt worden (act. G 3.18). Auch Dr. C.____ ging im Arztbericht vom 21. August 2012 von diesem Befund aus. Auf diesen Widerspruch aufmerksam gemacht, teilte Dr. E.____ mit Nachtrag vom 29. Januar 2013 (act. G 3.36) mit, dass nicht eine Bildgebung, sondern das klinische Erscheinungsbild der praktischen Behinderungen ausschlaggebend sei. Eine klinische Auswirkung der Nervenwurzeln-Kompression werde bei der Versicherten nicht berichtet und ein "Ameisenlaufen beider Unterschenkel bis in die Zehenspitzen" sei organisch nicht erklärbar und keine Auswirkung einer Nervenwurzelkompression. Eine Bandscheibenprotrusion führe auch bei Spondylarthrose nicht zu einer Nervenwurzelkompression. Der entsprechende Befundbericht sei widersprüchlich.

3.4.3 Eine Verschlechterung der Rückenproblematik wurde erst im August 2012 gestützt auf den neuen MRI-Befund geltend gemacht. Das von Dr. E.____ in seiner Beurteilung vom 29. Januar 2013 hervorgehobene Symptom des "Ameisenlaufens an beiden unteren Extremitäten vom Knie bis Zehenspitze" wurde noch im Neurostatus des Austrittsberichts der Reha-Klinik Walenstadtberg vom 29. November 2011 erhoben und als diffus beschrieben. Daneben wären diesem Austrittsbericht auch weitere klinische Untersuchungsergebnisse zu entnehmen gewesen (im Jahr 2008 seien Rückenschmerzen aufgetreten, welche im Verlauf massiv zugenommen hätten; die Schmerzen strahlten ins Gesäss, seitlich in die unteren Extremitäten bis zum Sprunggelenk aus), welche von Dr. E.____ unberücksichtigt blieben. Weiterungen zu – lediglich einem Teil – der im November 2011 erhobenen klinischen Untersuchungen hätten sich jedoch ohnehin erübrigt, da Dr. E.____ eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustands der Klägerin ab April 2012 bzw. im August 2012 hätte beurteilen müssen. Mit dem MRI-Befundbericht vom 9. August 2012 war aktenmässig ein Nachweis für das Vorliegen einer deutlichen rezessalen Kompression der Nervenwurzel L5 beidseits vorhanden. Ein Widerspruch im Befundbericht, wie ihn Dr. E.____ darzulegen versucht, ist nicht ersichtlich, zumal in der zusammenfassenden Beurteilung auf den obigen (detaillierteren) Text verwiesen wird. Einzig Dr. E.____ zweifelte in seiner Beurteilung vom 19. November 2012 zunächst eine eindeutige Kompression an, um anschliessend im Nachtrag vom 29. Januar 2013 festzuhalten, es fehle an deren klinischen Auswirkung. Zwar ist es einleuchtend, dass sich eine bildgebend nachgewiesene Nervenwurzelkompression auch klinisch auswirken muss, um eine Gesundheitsbeeinträchtigung des Rückens zu begründen. Als klinische Auswirkung hatte Dr. C.____ aber bereits bei Meldung der Verschlechterung im August 2012 eine Einschränkung der Beweglichkeit der LWS in alle Richtungen mit ausstrahlenden Schmerzen in beide Oberschenkel bis zu den Knien hinunter festgehalten. Am 29. Oktober 2012 bestätigte Dr. C.____ auf Anfrage der Beklagten, dass die Tangierung der Wurzeln zur neuralen Ausstrahlung entlang der Beine und zu rascher Ermüdung beim Gehen führe. Es bestünden keine Lähmungserscheinungen, doch seien die Reflexe an beiden Beinen momentan abgeschwächt (act. G 3.26). Auf diese Erhebungen nahm Dr. E.____ überhaupt keinen Bezug, obwohl sie ihm zum Beurteilungszeitpunkt vorlagen und er sich gerade in zeitlicher Hinsicht zur Prüfung einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit ab April 2012 zu diesen klinischen Auswirkungen hätte äussern müssen. Stattdessen negierte er das klinische Erscheinungsbild bei der Klägerin, indem er lediglich Stellung zu einzelnen klinischen Erhebungen aus dem Jahr 2011 nahm. Am 12. März 2013 bestätigte Dr. C.____ erneut, dass sie das MRI wegen therapieresistenter ausstrahlender Schmerzen entlang des rechten Beins veranlasst habe (act. G 3.40). Wenn Dr. E.____ sich nicht auf die von Dr. C.____ festgestellten klinischen Auswirkungen hätte abstützen wollen, wäre unter diesen Umständen zumindest eine eigene klinische Untersuchung angezeigt gewesen.

3.4.4 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass sich somit beide Beurteilungen von Dr. E.____ weder auf die gegebene Aktenlage stützen, noch auf seinen eigenen klinischen Erhebungen gründen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. E.____ zunächst das Bestehen einer eindeutigen Nervenwurzelkompression in Zweifel zieht und anschliessend deren klinische Auswirkung verneint, ohne sich mit den entsprechenden Akten auseinanderzusetzen. Daher erscheint seine Schlussfolgerung, die Röntgenbilder und Magnettogramme vermöchten keine weiterführende Arbeitsunfähigkeit in Anbetracht eines 40%-Pensums als Gebäudereinigerin seit Anfang April 2012 zu begründen, wenig überzeugend und nicht schlüssig. Die Beklagte hätte unter diesen Umständen nicht auf die Aktenbeurteilungen von Dr. E.____ abstellen dürfen. Ein verschlechterter Gesundheitszustand in Bezug auf die Rückenproblematik ist jedoch – wie vorstehend (E. 3.3.3 und 3.4.3) ausgeführt – erst ab 9. August 2012 gestützt auf den MRI-Befund medizinisch ausgewiesen. Für den Zeitraum zwischen 1. April und 8. August 2012 können deshalb keine Leistungen zugesprochen werden, zumal auch die ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von Dr. D.____ vom 4. April 2012 lediglich die Diagnosen des Austrittsberichts der Reha-Klinik Walenstadtberg vom 29. November 2011 wiedergab und keine weiteren Arztberichte für diesen Zeitraum aktenkundig sind.

3.5 Fraglich ist, ob sich seit der rheumatologischen Untersuchung durch PD Dr. F.____ am 11. Februar 2013 an der Beurteilung des verschlechterten Gesundheitszustands der Klägerin etwas geändert hat.

3.5.1 Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung vom 11. Februar 2013 (act. G 3.38) diagnostizierte PD Dr. F.____ unter anderem einen unspezifischen Weichteilrheumatismus bei Fehlform und Fehlhaltung der Wirbelsäule, muskulärer Dysbalance und degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule. Obwohl in der MRI-Abklärung vom August 2012 Hinweise auf eine Nervenwurzelkompression L4 und L5 links bestanden, fänden sich aktuell in der klinisch-rheumatologischen Untersuchung überhaupt keine Hinweise auf eine lumbale Radikulopathie. Die degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule seien jedoch als die Beschwerden mitverursachend anzusehen. Bei konsequentem Durchführen eines aktiven Physiotherapieprogramms und bei/nach Anpassen der medikamentösen Behandlung sei von einer grundsätzlich vorsichtig optimistischen Prognose bezüglich Beschwerdelinderung und Rückkehr zu normalen Alltagsaktivitäten auszugehen. Medizinisch-theoretisch sollte dabei auch wieder eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte und wechselbelastende Arbeiten erreicht werden. Momentan sei die Versicherte jedoch noch nicht als arbeitsfähig für alle rheumatologisch denkbaren Arbeiten zu betrachten.

3.5.2 Im Rahmen der durchgeführten klinischen Untersuchung fand PD Dr. F.____ keine Hinweise auf eine lumbale Radikulopathie mehr vor. In retrospektiver Hinsicht äusserte er sich bezüglich der MRI-Abklärung vom August 2012 lediglich dahingehend, dass zum damaligen Zeitpunkt Hinweise auf eine Nervenwurzelkompression L4 und L5 links bestanden hätten. Die von ihm für alle rheumatologisch denkbaren Arbeiten bescheinigte Arbeitsunfähigkeit lässt sich somit nicht mehr aufgrund einer lumbalen Nervenwurzelkompression begründen, da sich bei der Klägerin keine entsprechenden klinischen Befunde mehr finden liessen. Vielmehr stellte PD Dr. F.____ die Diagnose eines Weichteilrheumatismus und sah die degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule als die Beschwerden mitverursachend an. Bei Ersterem handelt es sich um eine neue Diagnose, die zwar im eingeklagten Zeitraum gestellt wurde, jedoch aufgrund des unbestrittenen massen per Ende Oktober 2012 beendeten Arbeitsverhältnisses nicht mehr versichert ist. Letztere waren bereits im Austrittsbericht Walenstadtberg vom 29. November 2011 festgestellt worden und führten schon damals nicht zu einer Einschränkung in der im Rahmen von 50% ausgeübten Tätigkeit. Daran vermag auch die Stellungnahme vom 12. März 2013 (act. 3.40) von Dr. C.____ nichts zu ändern, äusserte sie sich doch darin zu den Gründen, weshalb im August 2012 ein MRI veranlasst worden war und nicht explizit zum Beschwerdebild der Klägerin aufgrund einer aktuellen Untersuchung. Auf ihre Arbeitsfähigkeitseinschätzung, wonach die Versicherte aufgrund der Rückenbeschwerden und der Kniearthrose maximal ein bis zwei Stunden täglich arbeiten könne, kann daher nicht abgestellt werden. Eine weitergehende volle Arbeitsunfähigkeit ist somit ab 11. Februar 2013 medizinisch nicht mehr ausgewiesen.

3.6 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Leistungseinstellung per Ende März 2012 zu Recht erfolgte. Die Klägerin erlitt jedoch vom 9. August 2012 bis 10. Februar 2013 einen Rückfall hinsichtlich der Rückenbeschwerden. Für diesen Zeitraum ist von einem verschlechterten Gesundheitszustand bezüglich der Rückenproblematik auszugehen, der zur vorübergehenden Unverwertbarkeit ihrer Arbeitsfähigkeit geführt hatte. Seit der rheumatologischen Untersuchung bei PD Dr. F.____ am 11. Februar 2013 war eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Nervenkompression mangels eines entsprechenden klinischen Erscheinungsbildes jedoch nicht mehr ausgewiesen.

4.

4.1 Gemäss den obigen Erwägungen sind der Klägerin vom 9. August 2012 bis 10. Februar 2013 volle Taggeldleistungen zuzusprechen und ein weitergehender Taggeldanspruch ab 11. Februar 2013 zu verneinen. Der Rückfall löst keine neue Wartefrist aus (vgl. dazu E. 3.3). Damit besteht bei einer Arbeitsunfähigkeit zu 100% vom 9. August 2012 bis 10. Februar 2013 Anspruch auf Fr. 8'131.90 (186 Tage x Fr. 54.65 x 0.8).

4.2 Der Rechtsvertreter der Klägerin beantragt die Verzinsung der ausstehenden Taggelder zu 5% ab 5. Oktober 2012. Gemäss Art. 100 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) i.V.m. Art. 104 Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht [OR; SR 220]) hat die Beklagte bei Verzug Verzugszinsen zu 5% pro Jahr zu bezahlen. Der Schuldnerverzug tritt bei Fälligkeit der Forderung durch Mahnung, oder mit Ablauf eines bestimmten Verfalltags ein (Art. 102 OR). Da in den AVB der Beklagten zum Zeitpunkt der Fälligkeit der Leistungen keine Bestimmungen enthalten sind und zwischen den Parteien auch kein Verfalltag vereinbart wurde, richtet sich die Fälligkeit der Taggelder nach Art. 41 VVG. Diese Spezialnorm lässt die Fälligkeit von Forderungen aus dem Versicherungsvertrag erst nach vier Wochen nach dem Zeitpunkt eintreten, in dem der Versicherer Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruchs überzeugen kann (sogenannte Deliberationsfrist; vgl. Urs Nef, in: Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basler Kommentar zum VVG, Basel 2001, N 12 ff. zu Art. 41). Auch in diesem Fall ist für die Inverzugsetzung nach herrschender Lehre und Rechtsprechung zusätzlich eine Mahnung notwendig (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2009, 4A_487/2007, E. 8.2; Pascal Grolimund/Alain Villard, in: Honsell/Vogt/Schnyder/Grolimund [Hrsg.], Basler Kommentar zum VVG, Nachführungsband, Basel 2012, adN 20 zu Art. 41; Nef, a.a.O., N 20 zu Art. 42 mit Hinweisen). Lehnt die Versicherung ihre Leistungspflicht zu Unrecht definitiv ab, bedarf es analog zu Art. 108 Ziff. 1 OR keiner Mahnung der versicherten Person. Fälligkeit und Verzug treten dann sofort ein, und eine Deliberationsfrist wird überflüssig (Grolimund/Villard, a.a.O., adN 20 zu Art. 41 mit Hinweis auf das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 27. März 2006, KK.2005.00009, E. 8.2 ff.; Nef, a.a.O., N 20 zu Art. 41). Dr. C. ___ beantragte bereits am 21. August 2012 und am 25. September 2012, die attestierte Arbeitsunfähigkeit sei auch weiter nach dem 22. März 2012 zu akzeptieren und die ausgezahlten Taggeldleistungen im Nachhinein zu vergüten (vgl. act. G 3.19, 3.22). Allerdings lag ihr für eine rechtsgültige Mahnung keine Vollmacht zur Vertretung der Klägerin vor. Erst mit Schreiben vom 12. Dezember 2012, welches der Beklagten am 28. Januar 2013 zugegangen ist (vgl. act. G 3.33ff.), gelangte die CAP in Vertretung der Klägerin an die Beklagte und bat um Bestätigung der Übernahme der Taggelder, da wohl von einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (act. G 3.32). Dieses Schreiben kann als Mahnung interpretiert werden, so dass die Deliberationsfrist von vier Wochen am 28. Januar 2013 zu laufen begann und am 25. Februar 2013 ablief. Bei nachschüssiger Fälligkeit war der Gesamtbetrag in Höhe von Fr. 8'131.90 am 26. Februar 2013 fällig, weshalb der Klägerin ein Verzugszins zu 5% ab diesem Datum zuzusprechen ist.

5.

5.1 Damit ist die Beklagte in teilweiser Gutheissung der Klage zu verpflichten, der Klägerin den Betrag von Fr. 8'131.90 zuzüglich Zins zu 5% seit 26. Februar 2013 zu bezahlen.

5.1.1 Gerichtskosten sind keine aufzuerlegen (Art. 114 lit. e 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. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) Fr. 1'230.-- bei einem Streitwert von Fr. 5'000.-- bis Fr. 20'000.-- zuzüglich 15.4% des Streitwerts. Bei einem Streitwert von Fr. 16'263.85 würde bei vollem Obsiegen eine Parteientschädigung von Fr. 3'734.65 (Fr. 1'230.-- + 15.4% von Fr. 16'263.85) resultieren. Unter Berücksichtigung, dass die Klägerin exakt im Umfang des hälftigen Streitwertbetrags obsiegte rechtfertigt sich eine Parteientschädigung von Fr. 1'867.30. Zuzüglich Barauslagen von Fr. 74.70 (4% pauschal gemäss Art. 28^{bis} Abs. 1 HonO) und Mehrwertsteuer von Fr. 155.35 (8% von Fr. 1'942.--) ist die Klägerin mit insgesamt Fr. 2'097.35 zu entschädigen. Die teilweise obsiegende Beklagte beantragte ebenfalls eine Entschädigung. Sie liess das vorliegende Verfahren durch Angestellte ihres Rechtsdienstes führen. Solche gelten nicht als berufsmässige Vertreter im Sinn von Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO (vgl. Viktor Rüegg in: Spühler/Ten-

chio/Infanger [Hrsg.], Basler Kommentar zur ZPO, 2. Aufl. 2013, N 18 zu Art. 95; Benedikt A. Suter/ Cristina von Holzen in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger [Hrsg.], Kommentar zur ZPO, 2. Aufl. 2013, N 36 zu Art. 95, je mit Hinweisen). Daher besteht unter diesem Titel kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Es liegt auch kein begründeter Fall gemäss Art. 95 Abs. 3 lit. c ZPO vor, wonach der Beklagten eine angemessene Umtriebsentschädigung zuzusprechen wäre. Ersatz für notwendige Auslagen gemäss Art. 95 Abs. 3 lit. a ZPO wird ebenfalls nicht geltend gemacht. Der Beklagten ist daher keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 der sankt-gallischen Verordnung über die Organisation und den Geschäftsgang des Versicherungsgerichts (Org V; sGS 941.114)

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Klage hat die Beklagte der Klägerin Krankentaggelder im Betrag von Fr. 8'131.90 zuzüglich Verzugszins zu 5% seit 26. Februar 2013 zu bezahlen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beklagte hat die Klägerin mit Fr. 2'097.35 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.
4. Der Antrag der Beklagten auf eine Parteientschädigung wird abgewiesen.