

Entscheid Versicherungsgericht, 21.11.2014

ZPO Art. 7, EGZPO Art.9: Zuständigkeit des sankt-gallischen Versicherungsgerichts zur Beurteilung einer Klage gegen eine Krankentaggeld-Versicherung, unabhängig davon, dass diese nach VVG ausgestaltet ist und sich die Forderung gegen eine private Versicherungs-Gesellschaft richtet (E. 1.1).

ZPO Art. 84 f.: Eintreten auf unbezifferte Forderungsklage (E. 1.3).

Anspruchsvoraussetzung für Krankentaggelder ist eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit. Mangelnde Beweiskraft von Gutachten, die die Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit stipulieren (E. 5).

(Sozialversicherungsrechtliche) Überwindbarkeits-Rechtsprechung findet bezüglich Arbeitsunfähigkeit keine Anwendung (E. 6). (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St Gallen vom 21. November 2014, KV-Z 2013/3).

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Christiane Gallati
Schneider,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 21. November 2014

in Sachen

A.____,
Kläger,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Roos, Postgasse 5, Postfach,
9620 Lichtensteig,

gegen

Schweizerische National-Versicherungs-Gesellschaft, Steinengraben 41,
4003 Basel,

Beklagte,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Thomas Kellenberger, Neugasse 44,
Postfach 552, 9001 St. Gallen,

betreffend

Taggeldleistungen

Sachverhalt:

A.
A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter oder Kläger), war seit 1999 als Spezialspengler bei der B.____AG tätig und dadurch aufgrund der Police Nummer X.XXX.XXX kollektiv bei der Schweizerischen National Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: National, Taggeldversicherung oder Beklagte) für Taggelder im Krankheitsfall versichert (act. G 10.2/1). Während der Sommerferien erlitt er am frühen Morgen des 3. August 2011 gemäss Bericht der Klinik C.____, neurologische Abteilung, eine transitorische ischämische Attacke (TIA; ICD-10

G45), weswegen er vom 3. bis 9. August 2011 hospitalisiert war (act. G 1.4). Zusätzlich wurden Schwindel sowie eine arterielle Hypertonie diagnostiziert. Der Versicherte war in der Folge 100% arbeitsunfähig (act. G 27.6/F1 ff., G 27.3/C15, G 27.3/C23 f.) und die National erbrachte die versicherten Taggeldleistungen (act. G 27.3/C13).

A.b Hausarzt Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, veranlasste ein Angio-Magnetresonanztomogramm (MRI) des Schädels am 15. August 2011 (act. G 1.4 f.) und liess den Versicherten wegen der anhaltenden Gangstörung durch Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie FMH und Psychiatrie FMH, weiter abklären (act. G 1.6 f.). Vom 10. Oktober bis 3. November 2011 weilte er zur Behandlung der Gangstörung und wegen der Überlagerung durch die psychosoziale (berufliche) Belastungssituation stationär in der Rehabilitationsklinik Valens (act. G 1.7, G 27.6/F10). Im vorläufigen Austrittsbericht der Klinik vom 1. November 2011 (act. G 1.8) attestierte Abteilungsarzt Dr. med. F.____ dem Versicherten ab 7. November 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 50% halbtags mit reduzierter Leistung. Den Arbeitsversuch bei der bisherigen Arbeitgeberin brach der Versicherte nach zwei bis drei Stunden wegen Kopfschmerzen und Schwindel wieder ab (vgl. Angaben im Bericht von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 12. März 2010 [act. G 27.6/F15]) und von Dr. med. H.____, Oberärztin am Psychiatrischen Zentrum I.____, im Bericht an die IV-Stelle vom 26. April 2012, act. G 27.6/F26 [Akten der Allianz]). Wegen eines akut aufgetretenen Drehschwindels und Nausea war der Versicherte vom 8. bis 12. Dezember 2011 hospitalisiert (vgl. Austrittsbericht Spital J.____ vom 20. Dezember 2011, act. G 27.6/F12). Hausarzt Dr. D.____ und ab 16. Januar 2012 die behandelnde Psychiaterin Dr. H.____ (vgl. Erstbericht vom 24. April 2014 an die National, act. G 27.6/F16) sowie der behandelnde Neurologe Dr. G.____ (Konsilien vom 8. März 2012 und 18. April 2012 und anschliessende Behandlung, act. G 27.6/F15, G 1.3) schrieben den Versicherten durchgehend 100% arbeitsunfähig (act. G 27.3/C15 ff.). Der Arbeitsvertrag des Versicherten mit der B.____ AG wurde per 31. Mai 2012 gekündigt (vgl. Protokoll Koordinationssitzung mit dem Versicherten, der Vertreterin der Krankenversicherung, dem Vertreter der Invalidenversicherung [IV] und der Case Managerin vom 7. März 2012, act. G 27.5/E13).

A.c Die ebenfalls involvierte Lebensversicherung Allianz Suisse, Lebensversicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Allianz), gab bei Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Neurologie mit Fähigkeitsausweis als Vertrauensarzt, zertifizierter ärztlicher Gutachter SIM, ein neurologisches Gutachten in Auftrag, das dieser am 17. April 2012 aufgrund der Untersuchung vom 12. März 2012 erstattete (act. G 1.11). Er erhob darin kein objektivierbares neurologisches Defizit und befand, dem Versicherten sei aus theoretisch-medizinischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Spezialspengler oder in einer geeigneten Verweistätigkeit zumutbar (act. G 1.11 S. 20). Dr. K.____ empfahl eine psychiatrische Abklärung, um eine kernpsychiatrische Morbidität auszuschliessen, sowie gegebenenfalls eine neuropsychologische Symptomvalidierung zur Überprüfung der Anstrengungsbereitschaft. Im psychiatrischen Gutachten, das die National darauf hin in Auftrag gab (vgl. act. G 27.1/A38 f.), attestierte Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, dem Versicherten am 25. Juni 2012 ab Januar 2012 eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 50% aufgrund einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.22; act. G 1.12). Er prognostizierte eine Rückbildung der Anpassungsstörung und unter Kombination der etablierten therapeutischen Massnahmen mit beruflichen Massnahmen die Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht innerhalb von zirka drei Monaten (act. G 1.12 S. 8). Am 19. und 22. Juni 2012 wurde der Versicherte am Forschungszentrum M.____, von Dr. phil. I et lic. iur. N.____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP und für Gesundheitspsychologie FSP, neuropsychologisch getestet (Bericht vom 25. Juni 2012, act. G 1.13). Weil seine Aufmerksamkeitsspanne sehr herabgesetzt sei und die Konzentration kaum über mehrere Minuten aufrechterhalten werden könne, mussten die Tests zu den kognitiven Fähigkeiten abgebrochen werden (act. G 1.13 S. 3). Eine Arbeitsintegration oder Versuche dazu erachtete Dr. N.____ zur Zeit als nicht sinnvoll. Er empfahl hingegen ein neuropsychologisches Training und die Behandlung der zunehmenden Depression (act. G 1.13 S. 5). Am 29. Ju-

ni 2012 teilte die National dem Versicherten mit, sie stütze sich auf das Gutachten von Dr. L.____ und werde (nach einer Übergangsfrist mit weiterhin Taggeldern zu 100%) die Taggelder entsprechend dem Attest des Gutachters ab 1. August 2012 zu 50% überweisen (act. G 27.1/A36).

A.d Am 29. August 2012 fand im Beisein von Dr. H.____, des Versicherten und seines damaligen Rechtsvertreters, Rechtsanwalt Andreas Wagner, CAP-Rechtsschutzversicherung, sowie einer Sozialarbeiterin des psychiatrischen Zentrums I.____ eine Kostenträgerkonferenz mit Vertreterinnen und Vertretern der Invalidenversicherung (IV), der Krankentaggeld-Versicherung National sowie mit der zuständigen Case Managerin der Helsana Krankenversicherung statt (vgl. Protokoll vom 3. September 2012, act. G 1.9). Dabei wurde als Reintegrationsplan festgehalten, dass die Neurorehabilitation des Versicherten weitergeführt, weitere Unterlagen zu seiner Arbeitsfähigkeit eingeholt und die Auseinandersetzung mit der National zum Umfang ihrer Leistungspflicht fortgesetzt werde sowie für ihn der Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt geplant werde (act. G 1.9 S. 4).

A.e Dr. G.____ erstattete am 24. September 2012 dem neuen Rechtsvertreter des Versicherten, Rechtsanwalt lic. iur. Markus Roos, Lichtensteig, Bericht über die bisherige Behandlung (sie war am 4. Juli 2012 und 5. September 2012 weitergeführt worden), würdigte die Vorakten und nahm zu Fragen des Rechtsvertreters, darunter besonders zum Gutachten von Dr. K.____, Stellung (act. G 1.3). Der Neurologe verneinte eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Spezialspengler und beurteilte den Versicherten in einer angepassten Tätigkeit halbtags, evtl. mit Pausen, ab dem 1. Oktober 2012 zu 50% arbeitsfähig (act. G 1.3 S. 13).

A.f Mit Schreiben vom 19. November 2012 (act. G 1.1) teilte die National dem Versicherten mit, sie stütze sich auf die Gutachten von Dr. K.____ und Dr. L.____. Da Dr. G.____ gleichzeitig behandelnder Arzt des Versicherten sei, sei sein Bericht nicht objektiv. Ihr beratender Arzt komme zum Schluss, dass ab August 2012 eine Arbeitsfähigkeit zu 50% bestehe. Daher hätte sie das Taggeld ab August 2012 auf 50% reduziert und würde ihre Leistungen per 31. Dezember 2012 einstellen. Zur Begründung verwies sie auch auf die Schadenminderungspflicht des Versicherten, die ihn bei langandauernder Arbeitsunfähigkeit verpflichte, eine Tätigkeit zu suchen, die seinem Leiden angepasst sei.

A.g Am 29. Oktober 2012 und 3. Dezember 2012 wurde der Versicherte auf Zuweisung von Dr. G.____ im interdisziplinären Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des Universitätsspitals Zürich untersucht. Im Neuro-Otologie-Bericht vom 12. April 2013 stellten Assistenzärztin Dr. med. O.____ und der leitende Arzt PD Dr. med. P.____ die Verdachtsdiagnosen eines zentralen Schwindels nach ischämischen Hirninfarkt am 3. August 2011, einer zusätzlichen vestibulären Migräne und einer Bogengangdehiszenz links (act. G 17.1/15). Vom 14. bis 17. Januar 2013 weilte der Versicherte im Spital J.____, nachdem er beim Mittagessen bewusstlos geworden war und sich beim Anstossen an der Tischkante eine Rissquetschwunde am Nasenbein zugezogen hatte (vgl. Kurzaustrittsbericht des Spitals J.____ vom 17. Januar 2013 und Bericht Dr. G.____ vom 26. Februar 2013 über Eintrag in der Krankengeschichte vom 23. Januar 2013 betreffend Bericht Spital J.____ vom 21. Januar 2013, act. G 27.6/F23 f.). Vom 18. Februar 2013 bis 10. Mai 2013 arbeitete er im Rahmen der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) mit einem 50%-Pensum in der Montageabteilung des Zentrums Q.____ (act. G 17.1/19).

A.h Im monodisziplinären Gutachten vom 15. Mai 2013 an die Allianz (act. G 24.2) diagnostizierte Dr. med. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und ärztlicher Leiter der Medizinischen Abklärungsstelle S.____ GmbH, dem Kläger aufgrund der Untersuchung vom 21. Januar 2013 eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25) und akzentuierte Persönlichkeit mit vorwiegend narzisstischen Anteilen (act. G 24.2 S. 15). Er kam zum Schluss, der Versicherte sei aufgrund der aktuellen psychiatrischen Untersuchung in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit in einem

Ausmass von 100% bei einer Leistung von 100% und einer Präsenzzeit von achteinhalb Stunden nachzugehen. Dies gelte sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch für eine Verweistätigkeit (act. G 24.2 S. 14 ff.).

B.

B.a Am 18. Februar 2013 erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Roos, Klage gegen die National mit den Begehren:

"1. Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger aus der Police Nummer X.XXX.XXX der Kollektiv-Krankentaggeld-Versicherung ab 1. Januar 2013 bis auf Weiteres ein Krankentaggeld von 50% auszurichten.
2. Dem Kläger sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, und es sei ihm unterzeichnender Rechtsanwalt als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen und angemessen zu entschädigen.

3. unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten."
Zur Begründung der Zuständigkeit des kantonalen Versicherungsgerichts verwies er auf die Allgemeinen Bedingungen G02 (nachfolgend: AVB) der Beklagten sowie die bisherige Praxis des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen, insbesondere dessen Urteil vom 24. Februar 2012 (Proz. KV-Z 2011/2, E. 1.1). In materieller Hinsicht führte Rechtsanwalt Roos aus, die Annahme der Beklagten, der Kläger sei ab 1. Januar 2013 in einer Verweistätigkeit zu 100% arbeitsfähig, treffe nicht zu. Einerseits spreche die Beurteilung von Dr. G.____ gegen eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit. Andererseits sei er vom 14. bis 17. Januar 2013 wegen derselben Beschwerden wiederum hospitalisiert gewesen, was sich aus dem Kurzaustrittsbericht des Spitals Linth ergebe (act. G 1.10). Auch wenn Dr. G.____ den Kläger behandle, habe er das Kurzgutachten vom 24. September 2012 (act. G 1.3) in erster Linie als Facharzt für Neurologie erstattet. Dieses sei klar und nachvollziehbar. Der Neurologe habe auch eine otoneurologische Untersuchung im Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des Universitätsspitals Zürich veranlasst, deren Ergebnisse noch ausstehen würden. Das Gutachten von Dr. K.____ (act. G 1.11) stelle bereits die Aktenlage chronologisch ungeordnet dar, was die Vermutung nahe lege, die Vorakten seien nicht zuverlässig studiert worden. Verschiedene Tatsachen gebe der Gutachter falsch wieder und gründe auf andern (z.B. der selbständigen Autofahrt zum Gutachtensort oder seinem freundlichen Lächeln während der Untersuchung) medizinische Aussagen, die aufgrund derselben nicht gemacht werden könnten oder für die er fachlich nicht zuständig sei. Seine Differentialdiagnostik berücksichtige die konkreten Werte nicht, wie Dr. G.____ begründet kritisiere, und die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit habe Dr. K.____ ohne Abklärung des konkreten Anforderungsprofils am Arbeitsplatz eingeschätzt. Das Gutachten von Dr. K.____ sei daher in Zweifel zu ziehen. Ob sich die Prognose des Gutachtens von Dr. L.____ (act. G 1.12), innerhalb von zirka drei Monaten könne mit einer Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht gerechnet werde, bewahrheitet habe, sei nicht näher abgeklärt worden. Aufgrund der erneuten heftigen Schmerz- und Schwindelattacke vom 14. Januar 2013 könne die Prognose nicht bestätigt werden. Angesichts der Diskrepanz zwischen den Gutachten von Dr. K.____ und Dr. G.____ sowie der aktuellen Verschlechterung seines Gesundheitszustands sei die 50%ige Arbeitsunfähigkeit des Klägers offensichtlich. Die Beklagte sei deshalb zu verpflichten, die Taggelder ab 1. Januar 2013 weiter zu erbringen. Andernfalls sei es unumgänglich, ein gerichtliches Obergutachten über den aktuellen Gesundheitszustand des Klägers einzuholen. Bezüglich der Mittellosigkeit und damit der Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege verwies der Kläger auf die Unterlagen, die dem Versicherungsgericht im IV-Verfahren Proz. IV 2012/371 zugestellt worden waren, und verlangte deren Beizug. Mit Schreiben vom 26. Februar 2013 und 1. März 2013 reichte Rechtsanwalt Roos die Berichte von Dr. G.____ vom 14. Februar 2013 und vom 26. Februar 2013 nach (act. G 3.1, G 5.1)

B.b Mit Klageantwort vom 12. April 2013 beantragte die Beklagte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Thomas Kellenberger, St. Gallen, auf die Klage sei nicht einzutreten, eventualiter sei sie abzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers. Sie bestritt die Zuständigkeit des Versicherungsgerichts, da es sich bei der fraglichen Krankentaggeld-Versicherung um eine selbständige, kollektive Krankentaggeld-Versicherung nach dem Bundesge-

setz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1) handle und keineswegs um eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Es sei daher auch nicht richtig, das vereinfachte Verfahren nach Art. 243 ff. der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) anzuwenden. Vielmehr seien die Bestimmungen über das ordentliche Verfahren gemäss Art. 219 ff. ZPO anwendbar und der Kläger trage die wesentliche Beweislast und Beweisführungslast; insbesondere für die Tatsache der Arbeitsunfähigkeit. Eine Arbeitsunfähigkeit des Klägers ab 1. Januar 2013 sei nicht belegt und die bisherigen Gutachten deckten diesen Zeitraum nicht ab. Ein Beweisantrag zur Ermittlung der fraglichen Arbeitsunfähigkeit werde nicht explizit gestellt. Weiter verwies die Beklagte auf die Überwindbarkeitspraxis gemäss den Bundesgerichtsentscheiden 132 V 352 und 4A_5/2011 vom 24. März 2011. Aus verschiedenen Unterlagen gehe hervor, dass der Kläger den geforderten Willen, seine Gesundheitsstörung zu überwinden, offensichtlich nicht aufbringe.

B.c In der Replik vom 11. Juni 2013 unterstrich der Kläger seinen Standpunkt. Er reichte den Neuro-Otologie-Bericht des Universitätsspitals Zürich vom 12. April 2013 (act. G 17.1/15) sowie betreffend Arbeitsunfähigkeit ärztliche Atteste nach, die seine Arbeitsunfähigkeit nach dem 1. Januar 2013 bestätigten (act. G 17.1/16 ff.).

B.d Nachdem das Gesuch und die Unterlagen weiter vervollständigt worden waren, wurde dem Kläger am 20. Juni 2013 die unentgeltliche Rechtspflege mit Befreiung von den Gerichtskosten und Verbeiständung durch Rechtsanwalt Roos bewilligt (act. G 21).

B.e Mit Duplik vom 16. Juli 2013 hielt auch die Beklagte an ihren Standpunkten fest. Sie unterstrich, dass dem Bericht von Dr. G. ___ und der zusätzlich eingeholten ärztlichen Stellungnahme des Universitätsspitals Zürich vom 12. April 2013 allerhöchstens das Gewicht einer ärztlichen Stellungnahme zukomme, wobei letztere sich gar nicht zur Arbeitsfähigkeit äussere. Weiter reichte sie dem Gericht das psychiatrische Gutachten von Dr. R. ___ vom 15. Mai 2013 ein, das wiederum die Allianz in Auftrag gegeben hatte (act. G 24.2). Sie unterstrich, dass aufgrund dieses Gutachtens aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden könne, weshalb der Versicherte bislang keiner beruflichen Tätigkeit habe nachgehen können, und dass keine Arbeitsunfähigkeit bestehe.

B.f Mit Schreiben vom 18. Juli 2013 schloss die Gerichtskanzlei den Schriftenwechsel ab (act. G 25).

C.

C.a Da die Unterlagen der Beklagten bisher nur punktuell vorlagen, forderte die instruierende Gerichtsschreiberin jene am 20. März 2014 auf, dem Gericht sämtliche Vorakten einzureichen (act. G 26).

C.b Die eingeforderten Akten reichte Rechtsanwalt Kellenberger dem Gericht am 8. April 2014 ein (in der Folge bezeichnet mit act. G 27.1/A1 ff. [Allgemeine Korrespondenz], G 27.2/B1 ff. [Korrespondenz IV], G 27.3/C1 ff. [Taggeldabrechnungen], G 27.4/D1 ff. [Rechnungen], G 27.5/E1 ff. [Interne Korrespondenz, Notizen], G 27.6/F1 ff. [Medizinisches]). Im Begleitschreiben zu den Akten (act. G 27) unterstrich der Rechtsvertreter den Standpunkt der Beklagten und hielt an der Einrede der Unzuständigkeit des Versicherungsgerichts fest. Da kein Fall von Art. 247 Abs. 2 ZPO vorliege, habe das Gericht den Sachverhalt nicht von Amtes wegen festzustellen und es würden die Verhandlungsmaxime, die Behauptungs- und Substantiierungslast sowie die Beweisführungsregeln des ordentlichen Zivilprozessrechts gelten. Die Anordnung der Herausgabe sämtlicher Akten der Beklagten erweise sich wie die Begründung der Zuständigkeit des Versicherungsgerichts als rätselhaft und nicht mit dem Gesetz in Einklang.

C.c Innert mehrfach erstreckter Frist nahm der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 14. August 2014 zu den Akten der Beklagten und zum Schreiben ihres Rechtsvertreters vom 8. April 2014 Stellung (act. G 38). Er bestritt die Auffas-

sung der Gegenpartei, Art. 247 Abs. 2 ZPO sei nicht anwendbar. Daher würden gemäss Art. 243 Abs. 2 lit. f die Regeln des vereinfachten Verfahrens gelten, wie das Versicherungsgericht im Entscheid vom 24. Februar 2014 (gemeint ist offenbar der bereits in der Klageschrift erwähnte Entscheid des Versicherungsgerichts vom 24. Februar 2012 [Proz. KV-Z 2011/2]) bestätigt habe. Das Gericht stelle den Sachverhalt von Amtes wegen fest, es gelte die Untersuchungsmaxime. Die Parteien hätten die Beweislast nur insofern zu tragen, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfalle, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Aufgrund dieser Vorgaben und der vom Kläger im doppelten Schriftenwechsel vorgebrachten Beweismittel seien zu den Beweisakten der Gegenseite keine weiteren Äusserungen vorzunehmen.

C.d Am 19. August 2014 teilte die instruierende Gerichtsschreiberin den Parteien mit, ein weiterer Schriftenwechsel sei nicht vorgesehen (act. G 39). Mit Schreiben vom 18. September 2014 wurden sie darauf aufmerksam gemacht, ohne ausdrückliches Begehren um Durchführung einer Hauptverhandlung werde vom Verzicht auf eine solche ausgegangen und der Entscheid aufgrund der Akten gefällt (act. G 40). Rechtsanwalt Roos verzichtete am 23. September 2014 für den Kläger schriftlich auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung (act. G 41). Die Beklagte reagierte mit Stillschweigen.

D. Auf die weiteren Begründungen in den Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

1.1 Streitig und als Prozessvoraussetzung von Amtes wegen zu prüfen (Art. 59 Abs. 2 lit. b und Art. 60 ZPO) ist zunächst die sachliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts.

1.1.1 Während der Kläger das Versicherungsgericht für zuständig hält, seine Klage vom 18. Februar 2013 zu beurteilen, macht die Beklagte geltend, bei der Krankentaggeld-Versicherung handle es sich um eine private Versicherung nach VVG. Diese könne nicht als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung im Sinn von Art. 7 ZPO oder Art. 9 des sankt-gallischen Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EGZPO; sGS 961.2) interpretiert werden, weshalb das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen sachlich nicht zuständig sei.

1.1.2 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 KVG. Das Bundesgericht subsumiert kollektive Krankentaggeldversicherungen wie alle weiteren Taggeldversicherungen, die nicht nach Art. 67 ff. KVG abgeschlossen wurden (und damit gemäss Art. 1a KVG als freiwillige Taggeldversicherungen mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die soziale Krankenversicherung bilden), in ständiger Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (vgl. BGE 138 III 3 E. 1.1 und Urteil vom 12. März 2012, 4A_47/2012, E. 2, je mit Hinweisen). Einen Anlass für eine Änderung dieser Rechtsprechung sah das Bundesgericht im Urteil vom 12. März 2012, 4A_47/2012, E. 2, ausdrücklich nicht und verwies dazu auf sein Urteil vom 11. Oktober 2011, 4A_118/2011, E. 1.3. Darin führte es seine bisherige Praxis zu Art. 85 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG; SR 961.01; in der Fassung vor Inkrafttreten der ZPO per 1. Januar 2011, vgl. AS 2005 5295) an und legte dar, es lägen keinerlei Anhaltspunkte dafür vor, dass der Gesetzgeber von einer anderen Begriffsbestimmung ausgegangen sei. Art. 7 ZPO setzt nach dieser Rechtsprechung nicht voraus, dass eine Krankenkasse Trägerin der Versicherung ist (Urteil des Bundesgerichts vom 12. März 2012, 4A_47/2012, E. 2 mit Hinweisen). Für den Rechtsmittelweg ist es damit unerheblich, ob eine Krankenkasse oder ein Privatversicherer Träger der Versicherung ist (vgl. BGE 138 III 3 E. 1, wo die

Zusatzversicherung eines privaten Trägers [AXA Versicherungen AG; vgl. hierzu Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 27. Mai 2011, KK.2009.00027] unter den Begriff "Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung" im Sinn von Art. 12 Abs. 2 f. KVG subsumiert wurde).

1.1.3 Seitdem es mit dem Inkrafttreten des EGZPO per 1. Januar 2011 für die Beurteilung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung zuständig geworden ist, bejaht das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen seine sachliche Zuständigkeit in sämtlichen Streitigkeiten aus Krankentaggeld-Versicherung, unabhängig davon, wer Träger der Versicherung ist. Dies ausdrücklich in den Urteilen vom 26. Mai 2014, Proz. KV-Z 2012/8, E. 1.1, vom 14. April 2014, Proz. KV-Z 2013/5, E. 1, vom 30. Oktober 2013, Proz. KV-Z 2013/2, E. 1.1, vom 16. Oktober 2013, Proz. KV-Z 2013/8, E. 2, vom 3. Mai 2012, Proz. KV-Z 2011/6, E. 1, und vom 24. Februar 2012, Proz. KV-Z 2011/2, E. 1.1, wo jeweils Leistungen aus einer (Zusatz-)Versicherung einer privaten Versicherungs-Gesellschaft zu beurteilen waren. Nachdem sich diese Praxis mit derjenigen des Bundesgerichts deckt, besteht für das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen kein Anlass, davon abzuweichen.

1.1.4 Da im vorliegenden Streitfall Ansprüche aus einer Krankentaggeld-Versicherung zu beurteilen sind, ist entsprechend der dargestellten Praxis die sachliche Zuständigkeit zu bejahen.

1.2 Laut Ziffer 1 der besonderen Bedingungen der Beklagten in der Police Nummer X.XXX.XXX steht dem Versicherungsnehmer, den Versicherten oder den Anspruchsberechtigten, in Abänderung von Art. 25 ihrer AVB, als Gerichtsstand wahlweise der ordentliche Gerichtsstand, ihr schweizerischer Wohnsitz oder ihr schweizerischer Arbeitsort zur Verfügung (act. G 10.2/1). Der Kläger wohnt und arbeitete im Kanton St. Gallen. Daher ist dessen Versicherungsgericht auch örtlich zur Beurteilung des vorliegenden Streitfalls zuständig.

1.3 Der Kläger verlangt in seinem Rechtsbegehren die Ausrichtung von "Krankentaggeld von 50%" "ab 1. Januar 2013 bis auf Weiteres". Die Benennung der Höhe des eingeklagten Taggelds hat der Kläger unterlassen, obwohl diese schon zu Prozessbeginn bekannt war. Das Taggeld von 50% belief sich auf Fr. 82.08 (vgl. die Taggeldabrechnungen im von der Beklagten mit Schreiben vom 8. April 2014 eingereichten act. G 27.3/C1 ff.). Dies wäre im Rechtsbegehren bereits bezifferbar gewesen. Im Zeitpunkt der Klageerhebung, am 18. Februar 2013, war dem Kläger hingegen die exakte Benennung der Anzahl der anzubehrenden Taggelder noch nicht möglich, weil er über die zukünftige Dauer seiner Arbeitsunfähigkeit noch keine Kenntnis haben konnte. Folglich war die Einreichung einer unbezifferten Forderungsklage gemäss Art. 85 ZPO diesbezüglich grundsätzlich zulässig. Hingegen hat er keinen Mindestwert angegeben, wie Satz 2 von Art. 85 Abs. 1 ZPO verlangt. Die Bezifferung wäre zudem nachträglich möglich geworden (vgl. Art. 85 Abs. 2 ZPO): Vom vertraglichen Maximalanspruch auf 730 Taggelder verblieben ab 1. Januar 2013 noch 213 Taggelder, die Taggeldberechtigung lief also spätestens am 1. August 2013 aus. Zu jenem Zeitpunkt wären für den Kläger sowohl die Taggeldhöhe als auch deren maximale Bezugsdauer ersichtlich gewesen, das Klagebegehren hätte mithin im August 2013 korrekt beziffert werden können. Die Nachholung der Bezifferung wurde mit Einführung der Schweizerischen ZPO als eine direkt die klagende Partei treffende Pflicht statuiert, die direkt gestützt auf Gesetz entsteht, sobald die Voraussetzungen gemäss Art. 85 Abs. 2 ZPO erfüllt sind. Einer richterlichen Aufforderung bedarf es folglich nicht (Sabine Baumann Wey, Die unbezifferte Forderungsklage nach Art. 85 ZPO, Luzerner Beiträge zur Rechtswissenschaft [LBR] Band/Nr. 75, 2013, Rz 371; anderer Meinung Karl Spühler, Basler Kommentar zur ZPO, 2. Aufl. Basel 2013 [nachfolgend als Basler Kommentar zur ZPO zitiert], N 11 zu Art. 85, der eine Aufforderung zur nachträglichen Bezifferung unter die gerichtliche Fragepflicht gemäss Art. 56 ZPO subsumiert). Der Kläger hat es unterlassen, sein Klagebegehren nachträglich zu beziffern. Dennoch erscheint ein Nichteintreten auf die Klage überspitzt formalistisch. Einerseits wurde die Beklagte (mit Kopie an den Kläger) am 16. April 2013 und am 20. März 2014 darauf hingewiesen, dass das Gericht Eintreten beschliessen werde (wenn auch im Zusam-

menhang mit der Frage nach der sachlichen Zuständigkeit des Gerichts, vgl. act. G 12, G 26). Ein Nichteintreten wegen nicht hinreichend bezifferten Rechtsbegehrens stand somit bis anhin nicht im Raum und wurde von der Beklagten auch nicht thematisiert. Hinzu kommt, dass nach höchstrichterlicher Praxis selbst bei unbezifferten Rechtsbegehren eine materielle Prüfung zu erfolgen hat, wenn sich aus der Begründung der Klage ergibt, welcher Geldbetrag zuzusprechen ist (BGE 137 III 621 E. 6.2). Direkt ist dies der Klagebegründung zwar nicht zu entnehmen. Allerdings ist der Forderungsbetrag einfach zu berechnen, wie sich aus den obigen Ausführungen ergibt. Das Klagebegehren beläuft sich folglich auf 213 Taggelder zu Fr. 82.08, was einen Streitwert von gerundet Fr. 17'483.05 ergibt. Auf die Klage ist folglich auch unter diesem Aspekt einzutreten.

1.4 Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht ist kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchzuführen (vgl. BGE 138 III 558).

1.5 Da die Eintretensvoraussetzungen damit erfüllt sind, ist auf die Klage vom 18. Februar 2013 einzutreten.

2.

2.1 Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, zu denen das Versicherungsgericht, wie vorstehend dargelegt (Erwägung 1.1), sämtliche Taggeldversicherungen zählt, sind gemäss Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ohne Rücksicht auf den Streitwert im vereinfachten Verfahren zu behandeln, wobei gemäss Art. 219 ZPO die Bestimmungen über das ordentliche Verfahren sinngemäss gelten (vgl. Christoph Leuenberger/Beatrice Uffer-Tobler, Schweizerisches Zivilprozessrecht, Bern 2010, N 11.154, N 11.157). Da beide Parteien anwaltlich vertreten sind und der Kläger eine begründete Klageschrift eingereicht hat, hat die Verfahrensleitung einen doppelten Schriftenwechsel angeordnet (vgl. Art. 246 Abs. 2 ZPO). Nachdem sie von der instruierenden Gerichtsschreiberin (in Beachtung des zur amtlichen Publikation vorgesehenen Urteils des Bundesgerichts vom 1. September 2014, 4A_65/2014, E. 3) ausdrücklich auf die Möglichkeit, eine mündliche Verhandlung zu verlangen, hingewiesen wurden (act. G 40), verzichtete der Kläger ausdrücklich schriftlich, die Beklagte durch Stillschweigen.

2.2 Art. 247 Abs. 2 ZPO sieht vor, dass das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt. Diese sogenannte abgeschwächte oder soziale Untersuchungsmaxime gebietet es dem Gericht zwar, den Sachverhalt mit eigenen Mitteln abzuklären und mit vertretbarem Aufwand zu einem hinreichend sicheren Beweisergebnis zu gelangen. Es ist dabei aber nicht an die Beweisanträge gebunden und kann von sich aus Beweis erheben. Die Parteien werden dadurch auch nicht von der Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhalts entbunden. Sie bleiben mitverantwortlich für die Beweisführung und haben insbesondere die Beweismittel zu benennen und beizubringen (vgl. Peter Guyan in: Basler Kommentar zur ZPO, Art. 153 N 3 ff., insbesondere N 9; Franz Hasenböhler in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], ZPO Kommentar, 2. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2013 [nachfolgend als ZPO Kommentar zitiert], Art. 153 N 5 ff.; Bernd Hauck in: ZPO Kommentar, Art. 247 N 33; sowie BGE 130 III 107 E. 2.2, BGE 125 III 238 f. E. 4a und BGE 107 II 236 E. 2c mit weiteren Hinweisen). Die Untersuchungsmaxime ändert auch nichts an der formellen Beweislast. Kann etwa das Bestehen einer entscheidenerheblichen Tatsache durch das Gericht weder bejaht noch verneint werden, entscheidet es trotz Untersuchungsmaxime gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) nach Beweislastgesichtspunkten (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2000, 4C.283/1999, E. 2b; Hauck, a.a.O., Art. 247 N 37).

2.3 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. Aus Sicht der ZPO sind die verschiedenen Be-

weismittel gleichwertig (vgl. Hasenböhler, a.a.O., Art. 157 N 8 f.). Erachtet das Gericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen abschliessen. Ob das Gericht ein (medizinisches) Gutachten anzuordnen hat und welche Regeln dafür gelten, bestimmt sich nach Art. 183 ff. ZPO (vgl. auch Thomas Weibel in: ZPO Kommentar, Art. 183 N 8 ff.).

2.4 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist analog zur Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht 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 352, E. 3a mit Hinweis). Bei der Würdigung von Berichten behandelnder Ärztinnen und Ärzte ist (ebenfalls analog zur Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht) zu beachten, dass sie in der Regel nicht den Zweck verfolgen, zu einem medizinischen Sachverhalt abschliessend Stellung zu nehmen und eine objektive Beurteilung von Versicherungsansprüchen zu erlauben, denn ihre Verfasserinnen und Verfasser sind auf die Behandlung der versicherten Person konzentriert. Aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung sagen sie im Zweifelsfall auch eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aus. Dennoch sind ihre Berichte korrekt zu würdigen und sind Anhaltspunkte zu beachten, wonach die Feststellungen der begutachtenden oder von versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen (vgl. BGE 135 V 470 f. E. 4.5 f. sowie Urteile des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2013, 4A_172/2013, E. 3.3, mit weiteren Hinweisen und vom 12. Februar 2010, 8C_907/2009, E. 1.1).

3.

3.1 Laut Police Nummer X.XXX.XXX ist als Versicherungsleistung ein Taggeld ab dem 61. Tag zu 80% des Lohns gemäss Art. 11 AVB und während maximal 730 Tagen, abzüglich der Wartefrist, als Schadenversicherung vereinbart (Art. 9 Abs. C AVB). Voraussetzung der Leistungspflicht der National ist weiter, dass die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person ärztlich festgestellt worden ist und mindestens 25% beträgt (Art. 9 Abs. B AVB). Für Versicherungsfälle, die bei Beendigung des Versicherungsschutzes (z.B. durch Austritt aus dem versicherten Betrieb; Art. 17 Abs. A Ziffer 2 AVB) noch nicht abgeschlossen sind, wird gemäss Art. 17 Abs. B AVB das vereinbarte Taggeld im Rahmen der Bestimmungen über die Leistungsdauer (Art. 9 Abs. C bis H AVB) weiter gewährt, längstens jedoch bis zum Beginn einer Rente gemäss Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40).

3.2 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beklagte zu Recht davon ausgegangen ist, dass der Kläger im Spätherbst 2012 seine volle Arbeitsfähigkeit wieder erlangt habe und daher die Taggeldzahlungen per 31. Dezember 2012 eingestellt hat. Nicht Streitig ist hingegen, dass seine Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit und nicht (mehr) in der angestammten Tätigkeit als Spezialspengler für den allfälligen Anspruch auf Taggelder massgebend ist.

4.

4.1 Die volle Arbeitsunfähigkeit des Klägers nach seiner Erkrankung am 3. August 2011 wurde von der Beklagten aufgrund der vorgelegten Arztzeugnisse (act. G 27.3/C23 f., G 27.3/C15 ff., G 27.6/F1, G 27.6/F6) bis Ende Juli 2012 anerkannt. Infolge des Ereignisses vom 3. August 2011, das die erstbehandelnden Ärztinnen und Ärzte als transitorische ischämische Attacke (ICD-10 G45) deuteten und Dr. E. ___ als mikroangiopathisch bedingten cerebralen Insult (act. G 1.4, G 1.6), litt der Kläger unter Kopfschmerzen, Schwindel, einer Gangstörung bzw. linksseitigen Ataxie sowie einer Gesichtsfeld-Einschränkung nach links (act. G 1.6 ff.). Der Facharzt für Neurologie FMH und Psychiatrie FMH äusserte im Bericht vom 23. September 2011 die Meinung, die Gangstörung mit sicher somatischer Basis sei durch die psychosoziale (berufliche) Situation überlagert. Zur stationären Rehabilitation meldete er den Patienten daher in der Klinik Valens an (act. G 1.7). Die neurologische Rehabilitationsbehandlung ab 10. Oktober 2011

war laut Austrittsbericht vom 2. Dezember 2011 weitgehend erfolgreich und der Patient konnte am 3. November 2011 in die ambulante Weiterbehandlung und nach Hause entlassen werden (act. G 27.6/F10, S. 2). Der behandelnde Abteilungsarzt Dr. med. F.____ und Dr. med. T.____, Oberärztin Neurologie, attestierten ihm ab 7. November 2011 eine Arbeitsfähigkeit zu 50% halbtags mit reduzierter Leistung (vgl. vorläufiger Austrittsbericht vom 1. November 2011, act. G 1.8; Austrittsbericht vom 2. Dezember 2011, act. G 27.6). Diese Teilarbeitsfähigkeit konnte der Kläger nicht umsetzen. Der Arbeitsversuch im November 2011 in der angestammten Tätigkeit als Spezialspengler scheiterte (vgl. act. G 27.6/F15 S. 2 unten und Bericht Dr. H.____ an die IV-Stelle vom 26. April 2012 in act. G 27.6/F26). Dr. H.____ diagnostizierte bei Aufnahme der psychotherapeutischen Behandlung im Januar 2012 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ICD-10 F43.2 (act. G 27.6/F16). Aufgrund des Konsils vom 8. März 2012 ging Dr. G.____ im Bericht vom 12. März 2012 an Dr. H.____ (act. G 27.6/F15) initial von einem Gefäßspasmus/Migräne äquivalent (Basilarisgebiet bzw. im Bereich der posterioren Zirkulation) aus. Der Patient habe auch nachher eine Synkope und zentrale Fazialisparese gehabt und dann eine Hemiparese/Hemiataxie links, allerdings bis jetzt anhaltend. Es bestehe auch eine Migräne mit Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Lichtempfindlichkeit etc.. Wegen der Schwindelbeschwerden bei Reklination und bei Kopfdrehen nach rechts hielt der Neurologe eine otoneurologische Untersuchung für angezeigt. Er verschrieb eine neurologisch orientierte Rehabilitationstherapie gegen die linksseitige Ataxie und Parese sowie eine Basisbehandlung der Migräne und schrieb den Patienten analog zum Hausarzt sowie Dr. H.____ durchgehend 100% arbeitsunfähig (act. G 27.6/F15 S. 4).

4.2 Die Beklagte zahlte die versicherten Taggelder für volle Arbeitsunfähigkeit ab 2. Oktober 2011 (und damit nach Ablauf der Wartefrist von 60 Tagen) bis zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses per 31. Mai 2012 der Arbeitgeberin aus (act. G 27.5/E13, G 27.3/C13, G 27.3/C7 ff.). Danach (bzw. ab Juli 2012) vergütete sie jene dem Kläger (act. G 27.1/A37, G 27.3/C6). Am 29. Juni 2012 teilte sie ihm mit, sie werde - nach einer Übergangsfrist bis 31. Juli 2012 mit weiterhin Taggeldern zu 100% - die Taggelder ab 1. August 2012 auf 50% kürzen (act. G 27.1/A36). Dabei stütze sie sich auf das Gutachten von Dr. L.____, der ihn am 8. Juni 2012 gutachterlich untersucht habe, und werde die Taggelder entsprechend dem Attest des Gutachters ab 1. August 2012 zu 50% überweisen. Laut Klagebegehren ist im vorliegenden Verfahren diese Kürzung weder bezüglich Anfangszeitpunkt noch bezüglich des Umfangs umstritten.

5.

5.1 Mit Schreiben vom 19. November 2012 (act. G 1.1) erklärte die Beklagte, sie stütze sich auf die Gutachten von Dr. K.____ und Dr. L.____, welche umfassend und schlüssig seien. Auch ihr beratender Arzt komme zum Schluss, ab August 2012 bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Dementsprechend hätte sie das Taggeld auf 50% reduziert und würde ihre Leistungen per 31. Dezember 2012 einstellen. Bei einer lang andauernden Arbeitsunfähigkeit in seinem bisherigen Aufgabenbereich sei der Versicherte verpflichtet, sich nach einer Tätigkeit umzusehen, die seinem Leiden angepasst sei. Auf eine Verweistätigkeit werde abgestellt, unabhängig davon, ob eine solche auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch tatsächlich gefunden werde.

5.2

5.2.1 Im Gutachten vom 17. April 2012 erhob Dr. K.____ kein objektivierbares neurologisches Defizit bzw. keine funktionsrelevanten objektivierbaren Diagnosen (act. G 1.11, Zusammenfassung ab S. 19). Er behielt eine psychiatrische Abklärung vor, um eine kernpsychiatrische Morbidität, insbesondere eine Angststörung, auszuschließen. Gegebenenfalls solle auch eine neuropsychologische Symptomvalidierung zur Überprüfung der Anstrengungsbereitschaft durchgeführt werden. Aus neurologischer Sicht bestehe mit dem Tag der Untersuchung eine volle Arbeitsfähigkeit; aus theoretisch-medizinischer Sicht sei ihm die angestammte Tätigkeit als Spezialspengler oder eine geeignete Verweistätigkeit zumutbar. Im Fähigkeitsprofil sollten jedoch erdferne Tätigkeiten im Falle von Schwindelgefühlen gemieden werden, körperlich seien zumindest leichte bis teil-

weise mittelschwere Tätigkeiten geeignet, durchgehend schwere Tätigkeiten hingegen nicht mehr geeignet (Hypertonus, unspezifische Lumbalgie). Tätigkeiten in reizdichter Umgebung seien aufgrund der episodischen Migräne eher weniger geeignet (act. G 1.11 S. 20).

5.2.2 Obwohl Dr. K.____ ein Arbeitsplatzbeschreibung der Firma B.____ AG zur Verfügung stand (act. G 1.11 S. 5) und er sich bei der Anamnese die angestammte Tätigkeit durch den Exploranden eingehend beschreiben liess (act. G 1.11 S. 7), prüfte er deren Passfähigkeit in sein Fähigkeitsprofil nicht, ging ohne weitere Erklärung von der Zumutbarkeit sowohl der angestammten als auch einer geeigneten Verweistätigkeit aus und attestierte aus neurologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit (act. G 1.11 S. 7). Der neurologische Gutachter gab die Aktenlage chronologisch ungeordnet wieder (act. G 1.11 S. 2 ff.). Die für ihn auffälligen Passagen der Vorakten liess er im Gutachten kursiv setzen. Bei der versicherungsmedizinischen Beurteilung mit Diskussion der Akten (act. G 1.11 S. 16 ff.) setzte er sich zwar mit der in C.____ gestellten ursprünglichen Diagnose einer transitorischen ischämischen Attacke auseinander und erwähnte einzelne Sequenzen aus den Berichten von Dr. E.____ und über den Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Valens. Eine fundierte Auseinandersetzung mit den Vorakten nahm er dabei nicht vor. Insbesondere tat er die Feststellung bzw. Diagnose einer Hemiataxie links durch alle Ärztinnen und Ärzte, die den Patienten zuvor untersucht oder behandelt hatten, als in nicht unerheblicher Weise durch die subjektive Beschwerdepräsentation des Versicherten geprägt, mit eher zu geringer Würdigung der objektiven Datenlage, ab (act. G 1.11 S. 19). Diese pauschale, nicht nachvollziehbar begründete Bemerkung stellt keine Auseinandersetzung mit den diesbezüglich allesamt abweichenden Vorakten dar, wie für die Beweiskraft eines ärztlichen Gutachtens vorausgesetzt (vgl. vorstehende Erwägung 2.4). Dr. K.____ driftete auch selbst immer wieder in die Schilderungen des Exploranden ab und betonte mehrfach von ihm festgestellte Diskrepanzen in dessen Äusserungen und Verhalten, konfrontierte den Exploranden jedoch nicht mit denselben. Für die Adressaten des Gutachtens entsteht durch die mehrfachen Wiederholungen der Angaben zu Inkonsistenzen der trügerische Eindruck, der Gutachter beweise die Simulation der Beschwerden durch den Exploranden. Er relativierte diesen Eindruck durch "nicht authentische Symptompräsentation und Antwortverzerrung mit/bei persönlichem, dysfunktionalem Krankheitsmodell" in der Diagnoseliste jedoch selbst (act. G 1.11 S. 20).

5.2.3 Zusammengefasst enthält das Gutachten von Dr. K.____ neben zahlreichen sprachlichen Unzulänglichkeiten (unvollständige Sätze, Grammatikfehler und falsche Bezeichnungen) sowie einem zeitlichen Durcheinander in der Zusammenfassung der Vorakten vor allem Widersprüche zwischen seinem Fähigkeitsprofil und seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Exploranden. Weiter behielt der Neurologe eine psychiatrische und gegebenenfalls neuropsychologische Abklärung vor, nahm seine Beurteilungen aber dennoch vorbehaltlos vor. Eine fundierte Auseinandersetzung mit den Vorakten, die insbesondere bezüglich linksseitiger Ataxie übereinstimmend vom Gutachten abweichende Befunde erhoben, fand nicht statt. Nach den dargelegten Beurteilungskriterien (vgl. vorstehende Erwägung 2.4) ist das Gutachten von Dr. K.____ vom 17. April 2012 daher nicht beweiskräftig.

5.3

5.3.1 Dr. L.____ bestätigte in seinem Gutachten vom 25. Juni 2012 (act. G 27.6/F22) die von Dr. H.____ gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung (damals mit längerer depressiver Reaktion ICD-10 F43.2; vgl. act. G 27.6/F16). Da sich dem Gutachter ein Explorand mit leichten depressiven Symptomen, ergänzt durch allgemeine Unsicherheit und Ängstlichkeit sowie Gedankeneinengung auf die Sorgen und Befürchtungen, zeigte, diagnostizierte er nach ICD-10 eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.22; act. G 27.6/F22 S. 7). Dr. L.____ erhob mittels Aufmerksamkeits-Belastungs-Test sowie Konzentrations-Verlaufs-Test testpsychologische Befunde (act. G 27.6/F22 S. 6 f.). Diese zeigten - in Diskrepanz zum objektiv nicht eingeschränkten Konzentrationsvermögen - eine durchschnittliche Sorgfaltsleistung und eine stark unterdurchschnittliche Konzentrationsleistung, die der Gutachter auf das stark un-

terdurchschnittliche Bearbeitungstempo sowie Inkonsistenz bzw. die Besonderheit der gutachterlichen Situation zurückführte (act. G 27.6/F22 S. 8). Er attestierte dem Exploranden aufgrund der objektiv reduzierten psychischen Belastbarkeit, reduzierter Ausdauer und formalen Denkstörungen sowie leichten Antriebsstörungen aus rein psychiatrischer Sicht eine höchstens 50%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in seiner angestammten als auch in anderen (adaptierten) Tätigkeiten (act. G 27.6/F22 S. 8). Aufgrund der vielen Persönlichkeits- und intellektuellen Ressourcen von Seiten des Exploranden bezeichnete Dr. L.____ die Prognose der Anpassungsstörung als günstig. Dieser brauche (selbstverständlich sofern die Tatbestände aus somatischer Sicht nicht dagegen sprechen würden) dringend ein Beschäftigungsprogramm zwecks Rekonditionierung bzw. Sicherstellung sinnvoller Aktivitäten. Unter Kombination der etablierten therapeutischen mit beruflichen Massnahmen sei innerhalb von zirka drei Monaten mit einer weiteren Rückbildung der Anpassungsstörung und damit Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auszugehen (act. G 27.6/F22 S. 8).

5.3.2 Das psychiatrische Gutachten von Dr. L.____ ist beweiskräftig. Es ist für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Klägers aus psychiatrischer Sicht umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden. Es ist in Kenntnis der dem Gutachter zur Verfügung gestellten Vorakten (soweit vom Gericht bei Fehlen des Gutachterauftrags und des entsprechenden Aktenverzeichnisses überprüfbar) bzw. der Anamnese abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der psychiatrischen Situation ein und die Schlussfolgerungen von Dr. L.____ sind begründet (vgl. auch vorstehende Erwägung 2.4).

5.3.3 Da der begutachtende Psychiater seine Prognose vom Einsetzen von beruflichen Massnahmen abhängig machte, kann nicht davon ausgegangen werden, nach einer gewissen Zeit würde sich dieselbe ohne weiteres verwirklichen. Vielmehr sind die Durchführung der beruflichen Massnahmen, ihr Erfolg und die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nach einer gewissen Zeit erneut zu prüfen. Im Eintrag vom 17. September 2012 im Verlaufsprotokoll ging daher die IV und der sie beratende Regionale Ärztliche Dienst (RAD) fälschlicherweise von einer vollen Arbeitsfähigkeit gemäss dem Gutachten von Dr. L.____ aus (act. G 10.2/3). Bis zu diesem Zeitpunkt hatte der Kläger jedenfalls weder an einem Beschäftigungsprogramm noch an anderen Massnahmen zur beruflichen Eingliederung teilgenommen. Worin die Beklagte die Bestätigung der Prognose von Dr. L.____ im September 2012 darüber hinaus sieht, führt sie nicht näher aus. Es werden weder einschlägige Überprüfungsmassnahmen dargetan, noch ergeben sich solche aus den Akten. Auch aus den Meinungsäusserungen des beratenden Arztes der Taggeldversicherung gehen keine entsprechenden Hinweise hervor. Diese sind in den Akten der Beklagten auch nicht enthalten und lediglich durch Zitate in deren Stellungnahmen dokumentiert (act. G 27.1/A36, G 1.1). Anhaltspunkte, wonach sich die Prognose von Dr. L.____ verwirklicht haben und der Kläger ab Herbst 2012 aus psychiatrischer Sicht wieder voll arbeitsfähig geworden sein sollte, finden sich somit keine.

5.4

5.4.1 Auch die Erkenntnisse von Dr. N.____ (Bericht vom 25. Juni 2012, act. G 1.13) sind zu berücksichtigen: Der Fachpsychologe konnte die neuropsychologischen Tests am 19. und 22. Juni 2012 nicht wie geplant durchführen. Da die Aufmerksamkeitsspanne des Exploranden sehr herabgesetzt sei und die Konzentration kaum über mehrere Minuten aufrechterhalten werden könne, hätten die beiden Tests zu dessen kognitiven Fähigkeiten (CORSI und NVLT) abgebrochen werden müssen (act. G 1.13 S. 3). Bei den Tests zum Befinden zeigten sich auf allen Skalen (Depression, Ängstlichkeit, psychische Belastung, Schmerz- und Körperwahrnehmung) erhöhte Werte (act. G 1.13 S. 4 f.). Eine Arbeitsintegration oder Versuche dazu erachtete Dr. N.____ daher zur Zeit als nicht sinnvoll. Er empfahl hingegen ein neuropsychologisches Training und die Behandlung der zunehmenden Depression (act. G 1.13 S. 5).

5.4.2 Aufgrund der eingereichten Akten erschliesst sich dem Gericht nicht, wer die neuropsychologische Testung des Klägers in Auftrag gegeben hat. Die Fra-

gestellungen an das Forschungszentrum M.____ dürften im Bericht vom 25. Juni 2012 hingegen vollständig wiedergegeben worden sein (act. G 1.13 S. 2). Anhaltspunkte für das Gegenteil bestehen nicht. Dr. H.____ nahm in der Folge die Abklärungsergebnisse von Dr. N.____ auf (vgl. Beschlussprotokoll der Kostenträgerkonferenz am 29. August 2012 vom 3. September 2012, act. G 1.9, S. 2). Sie führte laut Beschlussprotokoll an der Kostenträgerkonferenz vom 29. August 2012 auch aus, Tests bei Dr. G.____ (gemeint war wahrscheinlich bei Dr. L.____) kämen zum gleichen Schluss (act. G 1.9, S. 2).

5.4.3 Die Beklagte stellt aufgrund der persönlichen Beurteilung vom 21. September 2012 ihres Vertreters an der Kostenträgerkonferenz vom 29. August 2012 das geltend gemachte Ausmass der Konzentrationseinschränkungen des Klägers in Frage (act. G 27.5/E3). Er führte darin aus, der Versicherte hätte dem anspruchsvollen Gespräch von eineinhalb Stunden Dauer nicht folgen und nicht so differenziert Auskunft geben können, wäre seine Konzentrationsfähigkeit im beschriebenen Ausmass eingeschränkt gewesen. Der Kläger bestreitet die subjektive Wahrnehmung des Vertreters der Beklagten und macht geltend, er habe nach 40 Minuten kundgetan, er könne nicht mehr aufnehmen, was da geredet werde (vgl. Ziffer II.2. der Replik, act. G 17). Dem Einwand der Beklagten aufgrund der Beobachtungen eines medizinischen und psychologischen Laien sind vor allem die Erhebungen durch die Fachpersonen Dr. L.____ am 8. Juni 2012 (Gutachten vom 25. Juni 2012, act. G 27.6/F22) und von Dr. N.____ am 19. und 22. Juni 2012 (Bericht vom 25. Juni 2012, act. G 1.13) entgegenzuhalten. Die Beobachtungen des Vertreters der Beklagten können allenfalls als Hinweis auf eine zwischenzeitlich erreichte Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit dienen, sie vermögen jedoch die Untersuchungsergebnisse der beiden Fachpersonen nicht zu entkräften.

5.5 Anlässlich der Kostenträgerkonferenz vom 29. August 2012 standen Massnahmen zur Neurorehabilitation, nicht die Arbeitsunfähigkeit des Klägers, im Vordergrund der Diskussion (act. G 1.9). Dr. H.____ führte aus, aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte 50% arbeitsfähig (act. G 1.9, S. 2). Diese Einschätzung deckte sich mit dem Gutachten von Dr. L.____ (act. G 27.6/F22). Für leidensangepasste Tätigkeiten attestierte Dr. G.____ ab 1. Oktober 2012 ebenfalls eine 50% ige Arbeitsfähigkeit (Gutachten vom 24. September 2012, act. G 1.3 S. 13, sowie in der Krankenkarte, act. G 17.1/16). Dr. H.____ setzte die Bescheinigung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit am 30. November 2012, 8. Januar, 14. Februar und 8. März 2013 fort (act. G 17.1/16). Vom 14. bis 17. Januar 2013 war die Arbeitsunfähigkeit auch durch die Hospitalisation wegen einer Synkope gegeben (vgl. act. G 1.10).

5.6

5.6.1 Dr. G.____ erstattete dem Rechtsvertreter des Klägers am 24. September 2012 ein neurologisches Gutachten (act. G 1.3). Der behandelnde Neurologe beurteilte das Ereignis vom 3. August 2011 als cerebro-vaskulär, wahrscheinlich im Rahmen eines Gefässspasmus in der posterioren Zirkulation (Hirnstamm, Cerebellum), ohne bildgebende Darstellung eines Infarktes oder einer Hämorrhagie, funktionell überlagert durch Angstreaktion (act. G 1.3 S. 13). Die Diagnose einer transient ischämischen Attacke, wie initial in C.____ gestellt (act. G 1.4), lehnte er ab, weil keine rasche Rückbildung der Symptomatik erfolgt sei (act. G 1.3 S. 12). Die Kaskade neurologischer Symptomatik die am 3. August 2011 ausgelöst worden sei, habe sich bis auf ein residuelles sensomotorisches Hemisyndrom links zurückgebildet. Dieses sei mittels der laufenden Neurorehabilitation weiterhin verbesserungsfähig. Dr. G.____ hielt fest (act. G 1.3 S. 11), an der Schwäche der linken Körperseite könne nicht gezweifelt werden, die sensible Symptomatik sei durchgehend und es bestehe auch eine Sensibilitätsverminderung im Bereich des linken Nasenlochs. Die Qualitäten der Sensibilität seien links praktisch alle vermindert, inklusive Vibrationsempfindung. Er führte weiter aus (act. G 1.3 S. 12), die Angst des Patienten, einen weiteren "Hirnschlag" zu erleiden wegen der familiären Belastung sei nachvollziehbar und führe möglicherweise zu einer Verstärkung/Verdeutlichung der Symptomatik. Diese sei jedoch nicht simuliert. Der Patient befinde sich in psychiatrischer Behandlung und seine Ängste sollten abgebaut werden. Diese würden wahrscheinlich auch mit seinen neuropsycholo-

gischen Defiziten intervenieren. Nachdem der Patient bereits zweimal neuropsychologisch untersucht worden sei, erachtete Dr. G.____ eine weitere neuropsychologische Untersuchung nur als sinnvoll, wenn nach erfolgreicher psychiatrischer Behandlung weitere Defizite bestehen würden. Hingegen sei eine otoneurologische Untersuchung im Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des Universitätsspitals Zürich zur genauen Differenzierung der Schwindelbeschwerden angezeigt. Er beurteilte die Vorschläge im Beschlussprotokoll der Kostenträgerkonferenz vom 3. September 2012 (act. G 1.9) als nachvollziehbar und für die Wiedereingliederung nutzbringend und hielt fest, die Situation am 5. September 2012 eingehend mit dem Patienten besprochen zu haben. Mit der Unterstützung des Case Managements könne mit einer angepassten Tätigkeit halbtags begonnen werden. Diese sollte sitzend ausgeübt werden können, beispielsweise in der Kleinmontage, in einer Umgebung ohne Lärm (act. G 1.3 S. 11 f.). Die entsprechende Arbeitsfähigkeit betrage ab dem 1. Oktober 2012 50% halbtags, evtl. mit Pausen. In der angestammten Tätigkeit als Spezialspengler beurteilte Dr. G.____ den Kläger als 100% arbeitsunfähig.

5.6.2 Auftragsgemäss nahm der behandelnde Neurologe auch zum neurologischen Gutachten von Dr. K.____ Stellung (act. G 1.3 S. 4 f. und S. 13 f.). Er führte aus, aufgrund seiner neurologischen Untersuchung und auch von früheren Untersuchungen sei das sensomotorische Hemisyndrom links diagnostiziert worden. Ähnliche Beobachtungen, wie Dr. K.____ gemacht habe, seien neurologisch nicht aktenkundig. Einzelbeobachtungen über das Verhalten des Patienten "in unbeobachtetem Zustand" seien nicht nachvollziehbar und würden keinen Anspruch erheben, als Befund qualifiziert zu werden. Grundsätzlich gelange Dr. K.____ zur gleichen Diagnostik in der posterioren Zirkulation, wenn auch über seine Interpretation einer "akuten hypertensiven Encephalopathie", wobei jedoch der diastolische normale Blutdruck dagegen spreche. Ferner sei das Gutachten formal von einer weniger guten Qualität, bei nicht eingehaltener Chronologie der Aktenlage und zahlreichen Schreibfehlern (act. G 1.3 S. 13).

5.6.3 Dr. G.____ ist unbestrittenermassen der Neurologe, der den Kläger zunächst auf Zuweisung von Dr. H.____ (am 8. März 2012 und 18. April 2012) konsiliarisch untersuchte und anschliessend seine neurologische Behandlung übernahm und seither seine Neurorehabilitation ärztlich begleitet (vgl. Bericht vom 12. März 2012, act. G 27.6/F15, sowie Bericht über die eigenen Untersuchungen im Gutachten vom 24. September 2012, act. G 1.3 S. 6 ff.). Seinem Gutachten vom 24. September 2012 kann die Objektivität nicht rundweg abgesprochen werden (vgl. Klageantwort, act. G 10 S. 7 Ziffer 7). Bei diesem Aktenstück handelt es sich gerade nicht um einen reinen Verlaufsbericht, wie üblicherweise von behandelnden Ärztinnen und Ärzten erstattet, sondern um einen solchen, der zum neurologischen Sachverhalt im Zeitpunkt der Abfassung abschliessend Stellung nimmt und daher zur objektiven Beurteilung der Versicherungsansprüche des Klägers beiträgt (vgl. vorstehende Erwägung 2.4 zweiter Teil, Regeln zum Beweiswert von Berichten behandelnder Ärztinnen und Ärzte). Das Gutachten des behandelnden Neurologen ist insbesondere geeignet, das Gutachten von Dr. K.____ fachlich zu würdigen und dessen fehlende Schlüssigkeit hervorzuheben. Dies ungeachtet dessen, dass das Gericht das Gutachten von Dr. K.____ aus sich selbst heraus für nicht beweiskräftig hält (vorstehende Erwägung 5.2.3). Mit dem Gutachten von Dr. G.____ ist insbesondere die 50%ige Arbeitsunfähigkeit des Klägers in einer angepassten Tätigkeit dargelegt. Seine diesbezüglichen Ausführungen (Tätigkeit im Sitzen, z.B. in der Kleinmontage, Umgebung ohne Lärm) stimmen auch weitgehend mit dem Fähigkeitsprofil von Dr. K.____ (act. G 1.11 S. 20) überein.

5.7

5.7.1 Im Neuro-Otologie-Bericht vom 12. April 2013 über die Untersuchungen des Klägers vom 29. Oktober 2012 und 3. Dezember 2012 am interdisziplinären Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des Universitätsspitals Zürich (act. G 17.1/15) machten Dr. O.____ und Dr. P.____ keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Klägers bzw. zur allfälligen Einschränkung derselben durch den zentralen Schwindel und/oder die vestibuläre Migräne. Mit den Ergebnissen der neuro-otologischen Abklärungen wird jedoch die Beschreibung der ange-

passten Arbeitstätigkeit durch Dr. K.____ und Dr. G.____ bestätigt, insbesondere was die Meidung erdferner Tätigkeiten und die Einschränkung auf eine reizarme bzw. lärmfreie Arbeitsumgebung betrifft (Fähigkeitsprofil act. G 1.11 S. 20, G 1.3 S. 11). Zu letzterer hatten die Resultate des Reinton-Audiogramms vom 3. Dezember 2012 eine mittelgradige sensorineurale Schwerhörigkeit sowie eine Einschränkung der Fähigkeit, Sprachreize zu differenzieren, beide linksseitig, ergeben, die bei höheren Lautstärkepegeln zunahm (act. G 17.1/15 S. 2).

5.7.2 Auch im Kurzaustrittsbericht des Spitals J.____ vom 17. Januar 2013 über die Hospitalisation vom 14. bis 17. Januar 2013 (act. G 1.10) finden sich keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Klägers. Für jene vier Tage ergibt sich diese aber bereits aus der Tatsache, dass er stationär behandelt wurde. Dr. G.____ beurteilte die kurzzeitige Bewusstlosigkeit (Synkope) beim Mittagessen am 14. Januar 2013 als Symptomatik im Rahmen der Basilarismigräne bzw. einer vertebrobasilären Störung und führte in der Folge die Migräneprophylaxe wieder ein (act. G 3.1, G 5.1).

5.8 Die Arbeit in der Montageabteilung des Zentrums Q.____ vom 18. Februar 2013 bis 10. Mai 2013 übte der Kläger effektiv zu 30% aus (2 3/4 Stunden pro Tag), obwohl ihm ein 50%-Pensum attestiert wurde (act. G 17.1/19 f.). Er musste jeweils eine bis zwei Zwischenpausen von zirka 5 Minuten einlegen und kam schnell an seine physische Grenze. Dabei klagte er über Kopfschmerzen und je nach Tätigkeit auch über Schulter- und Nackenschmerzen. Daraus ergab sich eine Leistungsverminderung bei guter Arbeitsqualität, handwerklichem Geschick mit sehr guten mechanischen Kenntnissen und schneller Umsetzung und Ausführung der zugewiesenen Arbeiten (act. G 17.1/20).

5.9

5.9.1 Am 21. Januar 2013 war der Kläger im Auftrag der Allianz von Dr. R.____ gutachterlich untersucht worden. Im Gutachten vom 15. Mai 2013 (act. G 24.2) diagnostizierte der Psychiater eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25) und akzentuierte Persönlichkeit mit vorwiegend narzisstischen Anteilen (act. G 24.2 S. 15). Er wies auf die dringende Verbesserung der psychiatrischen Medikation hin und empfahl schlafhygienische sowie sportliche und sonstige aktivierende Massnahmen (act. G 24.2 S. 13, S. 15). Weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch für eine Verweistätigkeit stellte der Gutachter eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht fest und ging von einer Leistung von 100% und einer Präsenzzeit von achteinhalb Stunden aus (act. G 24.2 S. 14 ff.).

5.9.2 Die Vorakten gab Dr. R.____ bis zur Anmeldung einer Erwerbsunfähigkeit bei der Allianz am 2. Januar 2012 (act. G 24.2 S. 5) im gleichen zeitlichen Durcheinander wie Dr. K.____ (in seinem Gutachten vom 17. April 2012, act. G 1.11) wieder. Er verwendete dessen Zusammenfassungen wortwörtlich und mit den gleichen Hervorhebungen. Dies wirft die Frage auf, ob er diese Akten im Original oder nur in der subjektiv gefärbten Zusammenfassung des Neurologen gelesen hatte. Zusätzlich resümierte der Psychiater das Gutachten des Neurologen unter dem Untersuchungsdatum vom 12. März 2012 (statt unter dem Erstellungsdatum vom 17. April 2012; act. G 1.11 S. 22) und fasste den Bericht von Dr. H.____ vom 22. (richtig: 24.) April 2012 sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. L.____ vom 25. Juli 2012 zusammen (act. G 24.2 S. 5 f.). Den Austrittsbericht der Klinik Valens vom 2. Dezember 2011 (act. G 27.6/F10) erwähnte Dr. R.____ in der Zusammenfassung der Vorakten nicht, sondern fügte erst unter dem Titel Medizinische Anamnese nicht gekennzeichnete Zitate daraus ein (act. G 24.2 S. 8). Vier Tage vor der gutachterlichen Untersuchung (vom 21. Januar 2013) war der Kläger aus der stationären Behandlung im Spital J.____ entlassen worden, wo er nach der Synkope vom 14. Januar 2013 eingeliefert worden war. Den entsprechenden Kurzaustrittsbericht vom 17. Januar 2013 (act. G 1.10) brachte er zur gutachterlichen Untersuchung mit. Dieser wird ebenfalls lediglich unter dem Titel Medizinische Anamnese zusammengefasst (act. G 24.2 S. 9). Dort findet sich auch ein Hinweis auf die Erhebungen vom 3. Dezember 2012 am interdisziplinären Zentrum für Schwindel des Universitätsspitals Zürich, ohne dass klar wird, woraus der Psychiater zitierte. Gänzlich unerwähnt blieben der Bericht von

Dr. G.____ vom 12. März 2012 (act. G 27.6/F15) und sein Gutachten vom 24. September 2012 (act. G 1.3) sowie der Bericht von Dr. N.____ vom 25. Juni 2012 (act. G 1.13), obwohl allesamt vor der Beauftragung von Dr. R.____, die offenbar am 14. November 2012 erfolgt war (act. G 24.2 S. 1), erstellt worden waren. Weiter monierte der Psychiater Angaben von Dr. H.____ über die eingenommenen Medikamente, übersah dabei jedoch, dass sie im Bericht vom 24. April 2012 die aktuelle psychiatrische Medikation (mit 20 mg Citalopram und 10 mg Surmontil-Tropfen als schlafanstossendes Antidepressivum) zu Beginn ihrer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung wiedergab und dabei aus naheliegenden Gründen noch nicht über die gesamte Medikation zirka neun Monate später berichten konnte. Trotz des monierten Fehlens der entsprechenden Angaben wurden vor der psychiatrischen Begutachtung weder bei der behandelnden Psychiaterin Dr. H.____ noch beim behandelnden Neurologen Dr. G.____ oder durch Dr. R.____ selbst aktuelle Berichte eingeholt oder einschlägige Nachfragen getätigt. Bei dieser Ausgangslage muss dem Gutachter die (umfassende) Kenntnis der Vorakten abgesprochen werden und mangelt es daher an einem wesentlichen Element für den Beweiswert seines Gutachtens (vgl. vorstehende Erwägung 2.4). Da der Explorand zusätzlich zu den neuropsychologischen Erhebungen in der Klinik Valens (vgl. Austrittsbericht vom 2. Dezember 2011, act. G 27.6/F10) und den testpsychologischen Untersuchungen durch Dr. L.____ vom 8. Juni 2012 (vgl. Gutachten vom 25. Juni 2012, act. G 27.6/F22) mit ähnlichen Ergebnissen am 19. und 22. Juni 2012 von Dr. N.____ auch neuropsychologisch untersucht worden war (Bericht vom 25. Juni 2012, act. G 1.13), hätte sich Dr. R.____ in seinem Gutachten auch vertieft mit den damaligen Untersuchungsergebnissen auseinandersetzen und allenfalls einzelne Tests wiederholen müssen. Dies ist nicht geschehen, weshalb es seinem Gutachten auch unter diesem Aspekt an Beweiskraft mangelt.

5.10

5.10.1 Die Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit per 1. Januar 2013 in einer leidensangepassten Tätigkeit ist damit nicht durch beweiskräftige ärztliche Gutachten oder Berichte erstellt. Auch die konkrete Arbeitserprobung im Zentrum Q.____ (vgl. vorstehende Erwägung 5.8) spricht gegen dieselbe im von der Beklagten angenommenen Zeitpunkt. Daher ist darüber hinaus von einer auf 50% reduzierten Arbeitsfähigkeit des Klägers auszugehen, analog zu den Einträgen von Dr. H.____ in der Krankenkarte vom 8. Januar, 14. Februar und 8. März 2013 (act. G 17.1/16) sowie ihrem Attest vom 20. Mai 2013 (act. G 17.1/18). Da der Kläger ein Taggeld von 50% über die Einstellung per 31. Dezember 2012 hinaus einklagt, ist das Zeugnis seines neuen Hausarztes, Dr. med. U.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 2. April 2013 insofern unbeachtlich, als es mit 70% eine 50% übersteigende Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. G 17.1/17). Dabei kann offen gelassen werden, ob der neue Hausarzt - auch mit der Beschränkung auf höchstens leichtere Arbeiten, bevorzugt im Sitzen - die faktischen Erkenntnisse aus der damals laufenden Arbeitserprobung im Zentrum Q.____ wiedergab (vgl. Erwägung 5.8) oder sich von diesbezüglichen Wunschvorstellungen des Klägers leiten liess. Die Beklagte beschränkt die Leistungsdauer pro Krankheitsfall in ihren AVB auf 730 Tage wobei die in der Police vereinbarte Wartefrist an die Leistungsdauer angerechnet wird (Art. 9 Abs. C). Tage an welchen ein reduziertes Taggeld ausbezahlt wird, zählen dabei als volle Tage. Der Kläger erkrankte am 3. August 2011. Der Zeitraum von 730 Tagen begann damals und die Leistungspflicht der Beklagten war nach den angeführten AVB am 1. August 2013 erschöpft. Da er während der ganzen Zeit zu mindestens 25% arbeitsunfähig war und für diese Zeit Arbeitsunfähigkeits-Atteste vorliegen bzw. nicht beweiskräftig nachgewiesen ist, dass seine Arbeitsfähigkeit vom 1. Januar 2013 bis und mit 1. August 2013 50% überstieg, besteht für diesen Zeitraum eine weitere Leistungspflicht der Beklagten für Krankentaggelder zu 50%.

6.

6.1 Die Beklagte macht weiter geltend, die Arbeitsunfähigkeit des Klägers sei aus objektiver Sicht überwindbar, und verweist dazu auf die sogenannte Überwindbarkeitspraxis nach Art. 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1; Klageantwort S. 11 Ziffer 4).

6.2

6.2.1 Die AVB der Beklagten zur Kollektiv-Krankentaggeldversicherung (act. G 10.2/2) enthalten keine Definition des Begriffs Arbeitsunfähigkeit. Sie regeln in Art. 6 als Gegenstand der Versicherung die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Geburt (Abs. A). Versicherbar sind (neben einem Geburtengeld) ein Taggeld bei vorübergehender krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit (Abs. B Ziff. 1).

6.2.2 Art. 6 ATSG enthält die im Sozialversicherungsrecht geltende Legaldefinition der Arbeitsunfähigkeit. Das Gesetz umschreibt sie als volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf (oder Aufgabenbereich) zumutbare Arbeit zu leisten, die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingt ist. Bei langer Dauer wird nach dem zweiten Satz von Art. 6 ATSG auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf (oder Aufgabenbereich) berücksichtigt. Diese Umschreibung kann ohne Weiteres auch im Bereich der Krankentaggeld-Versicherung durch die Beklagte verwendet werden; geht sie doch ebenfalls von den vorübergehenden Folgen einer Krankheit aus (vgl. auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, N 17 ff. zu Art. 6).

6.2.3 Erwerbsunfähigkeit nach der Legaldefinition von Art. 7 ATSG mit der gesetzlichen Regelung der Überwindbarkeitspraxis in Abs. 2 ist demgegenüber auf die langfristigen wirtschaftlichen Folgen der Arbeitsunfähigkeit in Form einer Invalidität ausgerichtet und findet - wie die Überwindbarkeits-Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 352 und jüngeren einschlägigen Entscheiden - zur Arbeitsunfähigkeit keine Anwendung. Bezüglich Taggeldanspruchs aus der obligatorischen Unfallversicherung entschied dies die I. sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts am 1. Juni 2011 ausdrücklich mit BGE 137 V 199. Das von der Beklagten in diesem Zusammenhang zitierte Urteil der I. zivilrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts vom 24. März 2011, 4A_5/2011, muss demgegenüber in Übereinstimmung mit der Lehre als Fehlurteil bezeichnet werden. Die Überwindbarkeitsfrage stellt sich laut der Kritik von Markus Zimmermann am genannten Urteil (4A_5/2011; "Somatoforme Schmerzstörung in der Privatversicherung", in: HAVE 2011 S. 259 ff., besonders S. 260), und - zugeschnitten auf die obligatorische Unfallversicherung - laut dem Aufsatz von Markus Hüsler ("BGE 136 V 279: Auswirkungen auf die Unfallversicherung", in: HAVE 2011 S. 59 ff., besonders S. 63) ausschliesslich im Zusammenhang mit langfristigen Ersatzleistungen bei einer Erwerbsunfähigkeit, mithin zum Anspruch auf eine Invalidenrente. Sie ist daher nicht auf vorübergehende bzw. zum vornherein begrenzte Leistungen aus einer Krankentaggeld-Versicherung nach VVG zugeschnitten. Kaspar Saner und Kaspar Gehring legten in ihrem Artikel "Überwindbarkeitsrechtsprechung zur Sozialversicherung - ein Irrläufer im Haftpflichtrecht" (AJP 6/2012 S. 815, mit Hinweisen) überzeugend dar, dass diese Gerichtspraxis, geschaffen in der Hochblüte der Sparbemühungen der Invalidenversicherung, bereits in der Sozialversicherung einen mässig geeigneten Notbehelf darstellt, aber nicht geeignet ist, auf andere Rechtsgebiete übertragen zu werden, insbesondere nicht auf das Haftpflichtrecht. Im Artikel "Sozialversicherungsrechtlicher Spardruck und privates Versicherungsrecht" (HAVE 2014 S. 270 ff.) verweist Kaspar Gehring zusätzlich darauf, dass die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung zur Überwindbarkeit schon deshalb nicht auf privatrechtliche (Krankentaggeld-)Versicherungsverhältnisse übertragen werden könne, weil sich deren relevanter Vertragsinhalt nach dem VVG und den AVB richte. Die Überwindbarkeitsrechtsprechung könne auf das einzelne Versicherungsverhältnis daher nur Anwendung finden, wenn sie in klarem Wortlaut in den Versicherungsvertrag aufgenommen worden sei (HAVE 2014 S. 273). Dies ist im Krankentaggeld-Versicherungsvertrag der ehemaligen Arbeitgeberin des Klägers mit der Beklagten jedenfalls nicht der Fall.

6.2.4 Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hielt bereits im Urteil vom 24. Februar 2012, KV-Z 2011/2, E. 4.2 am Ende, fest, die Überwindbarkeitsfrage stelle sich im Zusammenhang mit Taggeldleistungen nicht. Diese Position bestätigte es im Urteil vom 9. Juli 2014, KV-Z 2013/1, E. 4.2.2. Die I. zivilrechtliche Abteilung des Bundesgerichts liess demgegenüber im Urteil vom 20. August 2012, 4A_223/2012 (Nichteintretens-Entscheid auf die Beschwerde gegen das

Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Februar 2012, KV-Z 2011/2), die Frage offen, ob die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung zur Überwindbarkeit einer somatoformen Schmerzstörung auch für Krankentaggeld-Ansprüche nach VVG anwendbar ist (vgl. auch HAVE 2012 S. 445), und tat dies auch im Urteil vom 27. August 2013, 4A_109/2013 (vgl. auch HAVE 2013 S. 341 sowie Gehring, a.a.O., HAVE 2014 S. 273).

6.3 Zusammenfassend kann sich die Beklagte nicht auf eine allfällige Überwindbarkeit der Arbeitsunfähigkeit berufen und sind lediglich beweiskräftige ärztliche Atteste derselben massgebend für die Frage, ob die Taggeldversicherung bei einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit leistungspflichtig ist.

7.

7.1 Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Klage vom 18. Februar 2013 gutzuheissen und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger vom 1. Januar 2013 bis und mit 1. August 2013 (213 Tage) Krankentaggelder von 50%, entsprechend Fr. 82.08 (vgl. E. 1.3), insgesamt gerundet folglich Fr. 17'483.05, zu bezahlen.

7.2 Gemäss Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten der unterliegenden Partei auferlegt. Prozesskosten sind gemäss Art. 95 Abs. 1 ZPO die Gerichtskosten (lit. a) und die Parteientschädigung (lit. b).

7.2.1 Gerichtskosten sind gemäss Art. 114 lit. e ZPO keine aufzuerlegen.

7.2.2 Der obsiegende, anwaltlich vertretene Kläger hat eine Parteientschädigung beantragt. Die Parteientschädigung spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 96 ZPO). Das mittlere Honorar im Zivilprozess beträgt nach Art. 14 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.--, wobei 15,4% des Streitwerts hinzuzuzählen sind. Der Streitwert beläuft sich gerundet auf Fr. 17'483.05 (vgl. E. 1.3), sodass sich ein ungekürztes mittleres Honorar von Fr. 3'922.40 ergibt (Fr. 1'230.-- plus 15,4% von Fr. 17'483.05). Da das Versicherungsgericht in Streitigkeiten betreffend eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung anstelle des Kantonsgerichts als erste Instanz im Sinne von Art. 15 HonO entscheidet, ist die Parteientschädigung um einen Fünftel zu erhöhen, womit sich ein Betrag von Fr. 4'706.90 ergibt. Da das vorliegende Verfahren in rechtlicher Hinsicht nicht als schwierig zu beurteilen ist, ist die Herabsetzung des so ermittelten mittleren Honorars in Anwendung von Art. 17 HonO um einen Viertel gerechtfertigt. Es resultiert ein mittleres Honorar von Fr. 3'530.20. Gemäss Art. 28^{bis} Abs. 1 HonO besteht Anspruch auf den pauschalen Ersatz für Barauslagen von 4% des Honorars, höchstens Fr. 1'000.--. Beim Honorar von Fr. 3'530.20 beträgt dieser Fr. 141.20. Die Mehrwertsteuer von 8% wird zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO) und beträgt vorliegend gerundet Fr. 293.75. Die bewilligte unentgeltliche Rechtsverteidigung wird bei diesem Verfahrensausgang gegenstandslos.

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. Die Klage wird gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, dem Kläger Fr. 17'483.05 zu bezahlen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beklagte hat den Kläger mit Fr. 3'530.20 zuzüglich Barauslagen von Fr. 141.20 sowie der Mehrwertsteuer von Fr. 293.75, also insgesamt mit Fr. 3'965.15 zu entschädigen.