



Entscheid Versicherungsgericht, 29.09.2015

VVG Art. 33 und Regeln zur Auslegung von vorformulierten Versicherungsbedingungen:

Die Leistungspflicht für geistige oder psychische Erkrankungen wurde von der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nicht gültig eingeschränkt. Anwendung insbesondere der Ungewöhnlichkeitsregel.

VVG Art. 9

Die Krankheit brach erst nach Versicherungsbeginn aus, weshalb keine Rückwärtsversicherung vorliegt.

Die Voraussetzungen für die Ausrichtung des vollen Invaliditätskapitals von Fr. 100'000.-- sind erfüllt und die Beklagte wird dazu verpflichtet.

(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. September 2015, KV-Z 2014/6).

Entscheid vom 29. September 2015

Besetzung

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Monika

Gehrer-Hug, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Vera

Holenstein Werz

Geschäftsnr.

KV-Z 2014/6

Parteien

A.____,

Kläger,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedernana,

Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen,

gegen

KPT Versicherungen AG, Rechtsdienst, Postfach 8624, 3001 Bern,

Beklagte,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend Versicherter oder Kläger) hatte am 28. November 2011 bei den KPT Versicherungen AG (nachfolgend KPT oder Beklagte) Anträge für mehrere Zusatzversicherungen gestellt, darunter eine solche für Tod und Invalidität infolge Krankheit (act. G 5.1). Gleichzeitig hatte er bei der KPT Krankenkasse AG die obligatorische Krankenpflegeversicherung beantragt. Die genannten Versicherungen wurden mit Beginn am 1. Januar 2012 abgeschlossen (Police Nummer XXXXXXXX act. G 1.3). Am 29. Januar 2012 hatte der Versicherte den hausärztlichen Notfalldienst am Kantonsspital St. Gallen

aufgesucht wegen Angst und Engegefühl in der Brust (Bericht Dr. med. B.____ vom 29. Januar 2012, act. G 9.9). Ab dem 2. Februar 2012 weilte er stationär im Psychiatrischen Zentrum C.____ wegen Erkrankung an einer Schizophrenie beziehungsweise an einer schizotypen, wahnhaften Störung (vgl. Kostengut-sprache-Gesuch und Eintrittszeugnis vom 3. Februar 2012, act. G 5.2). Im Austrittsbericht vom 21. Juni 2012 nannten die behandelnden med. pract. D.____ und Dr. med. E.____ vom Psychiatrischen Zentrum C.____ als Diagnosen: "Verdacht auf hebephrene Schizophrenie (ICD-10: F20.1), Beobach-tungszeitraum < 1 Jahr, Differentialdiagnose schizophreniforme Störung" (act. G 5.8). Anschliessend an den stationären Aufenthalt im Psychiatrischen Zent-rum C.____ wurde der Versicherte ambulant behandelt (vgl. act. G 5.6 f., Be-richte an die Invalidenversicherung [IV] von Dr. med. F.____, Facharzt für Psy-chiatrie und Psychotherapie, vom 18. Dezember 2012, sowie von Dr. med. G.____, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, vom 14. Januar 2013).

A.b Am 12. März 2012 hatte sich der Versicherte auch zum Leistungsbezug bei der IV angemeldet (act. G 5.3). Von dieser Sozialversicherung wurde ihm mit Verfügung vom 11. Juli 2013 rückwirkend ab 1. Februar 2013 bei einem In-validitätsgrad von 89% eine ganze Invalidenrente zugesprochen (act. G 16.1).

A.c Mit Schreiben vom 10. September 2013 bat der Versicherte die KPT, zu überprüfen, ob er, gestützt auf die Rentenzusprechung durch die IV, An-spruch auf das versicherte Invaliditätskapital von Fr. 100'000.-- habe (act. G 1.4). Am 21. März 2014 lehnte die KPT einen Leistungsanspruch aus der Versicherung für Tod und Invalidität infolge Krankheit ab (act. G 1.5). Zur Be-gründung führte sie aus, aufgrund von Art. 4 der Besonderen Ver-sicherungsbedingungen seien Beeinträchtigungen der geistigen oder psychi-schen Gesundheit nur versichert, soweit sie auf eine während der Versiche-rungsdauer eingetretene erhebliche organische Schädigung des Nervensys-tems zurückzuführen seien und ein psychiatrisch fass- und objektivierbares medizinisches Substrat darstellten. Ein organisches Substrat beziehungsweise eine erhebliche organische Schädigung liege bei seiner Krankheit (akute schi-zophreniforme psychotische Störung [ICD-10: F23.2, Differentialdiagnose he-bephrene Schizophrenie]) nicht vor.

B.
B.a Am 27. Juni 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. E. Ronald Pedergrana, St. Gallen, Klage beim Versicherungsgericht (act. G 1). Er beantragte, die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger das In-validitätskapital über Fr. 100'000.-- infolge nachgewiesener voller Invalidität gemäss AVB auszuzahlen, samt 5% Zins ab 1. Oktober 2013. Für das gesamt-e Verfahren sowie auch die vorprozessualen Kosten sei unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung zu gewähren; unter Kosten- und Ent-schädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten. Zur Begründung führte er insbe-sondere an, er leide unter einer hebephrenen Schizophrenie (ICD-10: F20.1), was laut fachärztlicher Beurteilung einer erheblichen organischen Schädigung des Nervensystems entspreche und durch die psychopathologische Befunderhebung ein fass- und objektivierbares medizinisches Substrat darstelle (Zeug-nis Dr. F.____ vom 10. April 2014, act. G 1.7). Zur einlässlicheren Klärung der Frage nach den Ursachen der Krankheit beantragte er die Einholung eines versicherungsmedizinischen Gutachtens bei Dr. med. H.____, Facharzt für Psy-chiatrie und Psychotherapie FMH. Weiter führte er aus, die KPT sei für das In-validitätskapital leistungspflichtig, da die Krankheit nach Abschluss der Versi-cherung erstmals aufgetreten und daher die dadurch verursachte Invalidität versichert sei.

B.b Mit Klageantwort vom 19. September 2014 beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers (act. G 5). Zur Begründung führte sie vor allem die mehrfachen Hin-weise in den Akten auf ein Vorläuferstadium an, fachmedizinisch als Prodro-

malstadium bezeichnet. Dadurch sei erwiesen, dass dem Ausbruch der Krankheit im Januar 2012 ein mehrmonatiges und eventuell mehrjähriges Prodromalstadium vorangegangen sei und diese bei Versicherungsbeginn schon bestanden habe. Sollten die Hinweise darauf in den Akten nicht genügen, beantragte sie ein psychiatrisches Gutachten bei Prof. Dr. med. I.____, Gesundheitszentrum.

B.c Zusammen mit der Replik vom 21. November 2014 (act. G 9) reichte der Kläger dem Gericht diverse Unterlagen ein (act. G 9.1-G 9.14), darunter eine Beurteilung zum Prodromalstadium und zu dessen Bedeutung in Bezug auf den vorliegenden Sachverhalt von Dr. H.____ vom 4. November 2014, Berichte über die früheren medizinischen Untersuchungen in J.____ und deren Übersetzung sowie verschiedene Bestätigungen und ärztliche Zeugnisse. Der Rechtsvertreter des Klägers führte gestützt auf diese Unterlagen und die übrigen Akten insbesondere aus, dass bei diesem ein Prodromalstadium nicht fachärztlich nachgewiesen worden sei und ein solches daher nicht gegen eine Leistungspflicht der Beklagten angeführt werden könne.

B.d Die KPT stellte mit der Duplik vom 9. Februar 2015 (act. G 13) die zusätzlich eingereichten Unterlagen in Frage. Zur Beurteilung von Dr. H.____ führte sie insbesondere an, diesem hätte nur die Stellungnahme von Dr. med. J.____ vom 18. September 2014 (act. G 5.4) zur Verfügung gestanden, weshalb seine Stellungnahme nicht in umfassender Kenntnis der Vorakten abgegeben worden sei und ihr kein Beweiswert zukomme. Weiter führte sie aus, dem Kläger gelinge es nicht, die verschiedenen aktenkundigen Hinweise auf ein Prodromalstadium zu entkräften.

B.e Da sich herausstellte, dass das mit der Klage eingereichte Dokument (act. G 1.2) unvollständig war, forderte das Gericht am 13. August 2015 beim Kläger die vollständige, fünf Seiten umfassende Verfügung der IV nach (act. G 16 f.).

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

Erwägungen:

1.
1.1 Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Beklagten zu den Zusatzversicherungen nach VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [Versicherungsvertragsgesetz; SR 221.229.1]) enthalten, soweit sie dem Gericht vorliegen (act. G 1.8), keine ausdrückliche Regelung des Gerichtsstands. Hingegen finden sich sowohl in den AVB (Art. 15) als auch in den besonderen Bedingungen der Versicherung für Tod und Invalidität infolge Krankheit (oder Krankheit und Unfall [nachfolgend Besondere Bedingungen]; Art. 14) Regelungen des Erfüllungsortes für die Versicherungsleistungen. Die genannten Versicherungsbedingungen sehen dafür den schweizerischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers beziehungsweise der anspruchsberechtigten Person vor. Der Kläger ist sowohl Versicherungsnehmer als auch anspruchsberechtigte Person. Er hat das Gericht an seinem Wohnsitz angerufen. Gemäss Art. 31 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) ist für Klagen aus Vertrag das Gericht am Wohnsitz oder Sitz der beklagten Partei oder an dem Ort zuständig, an dem die charakteristische Leistung zu erbringen ist. Bei Versicherungsverträgen gilt die Leistung des Versicherers als charakteristische Leistung (Noëlle Kaiser Job in: Basler Kommentar zur ZPO, 2. Aufl. Basel 2013, Art. 31 N 8 ff., besonders N 16), weshalb im vorliegenden Streitfall das Gericht am Wohnsitz des Klägers örtlich zuständig ist.

1.2 Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des sankt-gallischen Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit Art. 7 ZPO als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10). Damit ist vorliegend auch die Voraussetzung der sachlichen Zuständigkeit erfüllt.

1.3 Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht ist kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchzuführen (vgl. BGE 138 III 558). Die Eintretensvoraussetzungen sind damit erfüllt, auf die Klage vom 27. Juni 2014 ist daher einzutreten.

1.4 Die rechtskundig vertretenen Parteien haben auf eine mündliche Verhandlung verzichtet (act. G14 f.; vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2014, 4A_65/2014, auszugsweise publiziert als BGE 140 III 450). Stattdessen wurde ein doppelter Schriftenwechsel durchgeführt (vgl. Art. 246 Abs. 2 ZPO).

2. Streitig und zu prüfen ist, ob der Kläger Anspruch hat auf das Invaliditätskapital von Fr. 100'000.-- aus der bei der Beklagten bestehenden Zusatzversicherung für Tod und Invalidität infolge Krankheit.

3. 3.1 Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung 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). Art. 247 Abs. 2 ZPO sieht vor, dass das Gericht in solchen Streitigkeiten 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, a.a.O., 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 zitiert mit ZPO Kommentar], Art. 153 N 5 ff.; Bernd Hauck in: ZPO Kommentar, Art. 247 N 33; sowie BGE 130 III 107 E. 2.2, 125 III 238 f. E. 4a und 107 II 236 E. 2c mit weiteren Hinweisen). Die Untersuchungsmaxime ändert auch nichts an der formellen Beweislast. Kann etwa das Bestehen einer entscheidenderheblichen 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).

3.2 Im Zivilprozess gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO). Das Gericht hat bei der Bewertung der erhobenen Beweise unabhängig von abstrakten (schablonenhaften) Regeln nach seiner eigenen Überzeugung darüber zu befinden, ob es eine behauptete Tatsache als wahr oder unwahr einstuft. Dabei bleibt es dem Gericht überlassen, die Kraft eines Beweismittels nach seiner Überzeugung festzulegen. Aus Sicht der ZPO sind die verschiedenen Beweismittel gleichwertig (vgl. Hasenböhler, a.a.O., Art. 157 N 8 f.). Er-

achtet 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 allenfalls dafür gelten, bestimmt sich nach Art. 183 ff. ZPO (vgl. auch Thomas Weibel in: ZPO Kommentar, Art. 183 N 8 ff.).

3.3 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 beziehungsweise 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 134 V 232 E. 5.1, 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., 125 V 353 E. 3b/cc sowie Urteile des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2013, 4A_172/2013, E. 3.3, mit weiteren Hinweisen, vom 12. Februar 2010, 8C_907/2009, E. 1.1, und vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.2).

4.
4.1 Aufgrund der Versicherung für Tod und Invalidität infolge Krankheit hat der Kläger Anspruch auf ein Invaliditätskapital von Fr. 100'000.--, sofern er wegen einer Krankheit gänzlich invalid geworden ist (act. G 1.3, G 1.8). Am 2. Februar 2012 wurde er wegen einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie hospitalisiert (ICD-10: F2; act. G 5.2). Die Diagnose "Ersthospitalisation bei erster Episode einer akuten schizophreniformen psychotischen Störung (ICD-10: F23.2), Differentialdiagnose hebephrene Schizophrenie (ICD-10: F22.1)" in den Gesuchen um Verlängerung der Kostengutsprache (act. G 1.9 f.) beziehungsweise "Akute schizophreniforme psychotische Störung (ICD-10: F23.2), Differentialdiagnose hebephrene Schizophrenie (ICD-10: F22.1)" im Bericht vom 4. April 2012 an die IV (act. G 5.5), änderten med. pract. D.____ und Dr. E.____ im Austrittsbericht vom 21. Juni 2012 (act. G 5.8) auf "Verdacht auf hebephrene Schizophrenie (ICD-10: F20.1), Beobachtungszeitraum < 1 Jahr, Differentialdiagnose schizophreniforme Störung". Dr. G.____ wiederholte in seinem Bericht an die IV vom 14. Januar 2013 die Diagnosen gemäss dem Austrittsbericht (act. G 5.7), während Dr. F.____ in seinem Bericht an die IV vom 18. Dezember 2012 nur die Verdachtsdiagnose wiederholte und als Differentialdiagnose Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis angab (act. G 5.6). Die psychische Erkrankung führte laut Verfügung der IV-Stelle St. Gallen vom 11. Juli 2013 (act. G 16.1) zu einer 100% igen Arbeitsunfähigkeit des Klägers im ersten Arbeitsmarkt und es wurde ihm eine ganze Invalidenrente zugesprochen.

4.2 Die Beklagte führt gegen den Anspruch des Klägers auf das Invaliditätskapital die Regelungen von Art. 4 Abs. 3 und Art. 10 Abs. 2 1. Einzug ihrer Besonderen Bedingungen an. Sie stimmt dem Kläger zu, dass die bei ihm aufgetretene schizophrene Störung ein psychiatrisch fass- und objektivierbares medizinisches Substrat darstellt. Hingegen lässt sie als möglich aber nicht belegt offen, dass dieses auf eine erhebliche organische Schädigung des Nervensystems zurückzuführen sei. Ihre Leistungspflicht verneint sie vor allem

deshalb, weil sich aus mehreren Hinweisen in den Akten ergebe, dass dem Akut-Werden im Januar 2012 ein längeres Prodromalstadium vorangegangen sei. Dadurch sei erwiesen, dass er schon beim Abschluss der Versicherung beziehungsweise bei deren Inkrafttreten an einer psychotischen Störung gelitten habe. Die Erkrankung sei daher nicht erst während der Versicherungsdauer eingetreten und es fehle an der entsprechenden Leistungsvoraussetzung gemäss den Versicherungsbedingungen.

4.3

4.3.1 Damit überprüft werden kann, ob der Kläger Anspruch auf das Invaliditätskapital hat, muss zuerst Klarheit über den vorliegend anwendbaren Krankheitsbegriff geschaffen werden.

4.3.2 Art. 2 AVB (act. G 1.8) verweist für die Umschreibung des Krankheitsbegriffs auf die analoge Anwendung des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1). Dessen Art. 3 Abs. 1 definiert Krankheit als jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Während es bei dieser Umschreibung nicht darauf ankommt, ob es sich um eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit handelt, unterscheiden die Besonderen Bedingungen der Beklagten (act. G 1.8) in Art. 4 zwischen Krankheit bei Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit (Abs. 1) und Krankheit bei Beeinträchtigungen der geistigen und psychischen Gesundheit (Abs. 3). Letztere Umschreibung lautet: "Versichert sind Beeinträchtigungen der geistigen und psychischen Gesundheit nur, soweit sie auf eine während der Versicherungsdauer eingetretene erhebliche organische Schädigung des Nervensystems zurückzuführen sind und ein psychiatrisch fass- und objektivierbares medizinisches Substrat darstellen." In Abs. 4 von Art. 4 der Besonderen Bedingungen wird weiter festgehalten, dass insbesondere Befindlichkeitsstörungen auf Grund psychosozialer und soziokultureller Belastungsfaktoren, ohne verselbständigte pathologische Störung im Sinne des vorangegangenen Abschnittes (Abs. 3), nicht versichert seien.

4.3.3 Die AVB und die Besonderen Bedingungen der Beklagten (act. G 1.8) stellen allgemeine Vertragsbedingungen dar. Wie bei individuell verfassten Vertragsklauseln ist auch vorliegend der mutmassliche Parteiwille nach dem Vertrauensgrundsatz zu ermitteln, wobei vom Wortlaut auszugehen ist (vgl. Gerhard Stoessel in: Basler Kommentar zum VVG, Basel 2001, Vorbemerkung zu Art. 1-3 N 23 ff. mit weiteren Hinweisen; Alfred Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Aufl. Bern 1995, S. 160 ff.). Nach seinem Wortlaut schränkt Art. 4 Abs. 3 der Besonderen Bedingungen den Krankheitsbegriff von Art. 2 AVB (nach Art. 3 Abs. 1 ATSG) für geistige und psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen wesentlich ein. Die Beeinträchtigung der geistigen und psychischen Gesundheit muss auf eine während der Versicherungsdauer eingetretene erhebliche organische Schädigung des Nervensystems zurückzuführen sein und zudem ein psychiatrisch fass- und objektivierbares medizinisches Substrat darstellen.

4.3.4 Die Art und die Bedeutung dieser Einschränkungen erschliesst sich dem versicherungsmedizinischen Laien nicht ohne weiteres. Um sie zu verstehen, müsste der Versicherungsnehmer vertiefte Kenntnisse über geistige und psychische Erkrankungen haben. Selbst mit solchen Kenntnissen, über die die Mitglieder des Versicherungsgerichts verfügen, bleiben Zweifel darüber, wie weit der Versicherungsschutz für geistige und psychische Erkrankungen durch Art. 4 Abs. 3 der Besonderen Bedingungen wirklich eingeschränkt wird.

4.3.5 Für die systematische Auslegung von Art. 4 Abs. 3 der Besonderen Bedingungen ist aus der Tatsache, dass geistige und psychische Krankheiten nicht im Ausschluss von der Versicherung nach Art. 4 Abs. 4 der Besonderen Bedingungen aufgeführt sind, zu schliessen, dass bei solchen grundsätzlich

Versicherungsschutz gewährt wird. Hingegen führt die Bedingung einer erheblichen organischen Schädigung des Nervensystems die so umschriebenen Beeinträchtigungen der geistigen oder psychischen Gesundheit gleichsam auf eine Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit zurück. Sie hat zur Konsequenz, dass für geistige und psychische Krankheiten erst dann Versicherungsschutz bestünde, wenn sie sich auch körperlich manifestieren. Mindestens teilweise hebt sich die so verstandene Regelung von Art. 4 Abs. 3 der Besonderen Bedingungen selbst wieder auf.

4.3.6 Nach den Auslegungsregeln geht Art. 4 Abs. 3 der Besonderen Bedingungen für Beeinträchtigungen der geistigen oder psychischen Gesundheit dem Krankheitsbegriff von Art. 2 AVB vor (vgl. Stoessel in: Basler Kommentar zum VVG, a.a.O., Vorbemerkung zu Art. 1-3 N 25; Maurer, a.a.O., S. 158). Es ist jedoch nicht klar, ob er den AVB-Artikel gänzlich ersetzt oder ob zusätzlich erforderlich ist, dass die so umschriebene Beeinträchtigung der geistigen oder psychischen Gesundheit eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordern oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben muss, damit sie als Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen anerkannt werden kann. Der Beginn einer geistigen oder psychischen Erkrankung kann jedenfalls ohne Einbezug der Erfordernisse der Untersuchungs- oder Behandlungsbedürftigkeit beziehungsweise der Verursachung einer Arbeitsunfähigkeit nicht bestimmt werden.

4.3.7 Art. 4 Abs. 3 der Besonderen Bedingungen ist nach den vorstehenden Erwägungen als solcher und im Kontext zu den anderen Absätzen (1 und 4) und den AVB unklar. In Anwendung von Art. 33 VVG ist diese Besondere Bedingung jedenfalls zu Lasten der Versicherung auszulegen (vgl. Stephan Fuhler in: Basler Kommentar zum VVG, a.a.O., Art 33 N 11 ff.). Das Ergebnis dieser Auslegung nach der Unklarheitenregel kann jedoch offen gelassen werden.

4.3.8 Auf die Bestimmung von Art. 4 Abs. 3 der Besonderen Bedingungen ist nämlich auch die Ungewöhnlichkeitsregel anwendbar (vgl. BGE 138 III 412 f. E. 3.1; Gerhard Stoessel in: Basler Kommentar zum VVG, Nachführungsband, Basel 2012, Vorbemerkung zu Art. 1-3 ad N 31, Stoessel in: Basler Kommentar zum VVG, a.a.O., Vorbemerkung zu Art. 1-3 N 31). Nach dieser sind ungewöhnliche Klauseln von der pauschalen Zustimmung des Versicherungsnehmers zu den Versicherungsbedingungen ausgenommen, wenn die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht speziell auf sie aufmerksam gemacht wurde. Mit dieser Bestimmung hätte der Anspruch auf die Kapitalleistung bei Tod oder Invalidität infolge einer Beeinträchtigung der geistigen oder psychischen Gesundheit möglicherweise (je nach Ergebnis der Auslegung) auf wenige Fälle eingeschränkt werden sollen. Sie muss aus Sicht des Klägers als ungewöhnlich eingestuft werden, war er doch im Zeitpunkt des Versicherungsantrags beziehungsweise Versicherungsabschlusses branchenfremd (vgl. BGE 138 III 412 E. 3.1). Angesichts der grundsätzlichen Geltung des sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriffs nach Art. 2 AVB stellt die Ausnahme von Art. 4 Abs. 3 der Besonderen Bedingungen, die den Vertragscharakter wesentlich einschränkt, auch objektiv eine Ungewöhnlichkeit dar (vgl. BGE 138 III 412 f. E. 3.1). Die Beklagte macht nicht geltend oder weist gar nach, dass sie den Kläger bei Abschluss der Versicherung ausdrücklich auf diese ungewöhnliche Regelung aufmerksam gemacht habe. Daher konnte Art. 4 Abs. 3 der Besonderen Bedingungen nicht Bestandteil des Vertrages zur Versicherung für Tod und Invalidität infolge Krankheit zwischen den Parteien werden.

4.3.9 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Regelung von Art. 4 Abs. 3 der Besonderen Bedingungen nicht Bestandteil des Vertrages zur Versicherung für Tod und Invalidität infolge Krankheit zwischen den Parteien wurde, insbesondere weil sie ungewöhnlich ist. Es ist daher auf den Krankheitsbegriff von Art. 2 AVB und damit von Art. 3 Abs. 1 ATSG abzustellen. Beeinträchti-

gungen der geistigen oder psychischen Gesundheit stellen demnach dann eine Krankheit dar (sofern sie nicht Unfallfolgen sind), wenn sie eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordern oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben.

4.4

4.4.1 Laut der absolut zwingenden Bestimmung (vgl. Art. 97 VVG) von Art. 9 VVG ist ein Versicherungsvertrag unter anderem dann nichtig, wenn bei Vertragsabschluss das befürchtete Ereignis schon eingetreten war. Die Gefahr, gegen deren Folgen versichert wird, muss sich auf ein zukünftiges Ereignis beziehen; ist dieses bereits eingetreten, ist eine künftige Verwirklichung der Gefahr nicht möglich. Eine sogenannte Rückwärtsversicherung, bei welcher der Versicherer die Deckung für ein bereits vor Vertragsschluss eingetretenes Ereignis übernimmt, ist grundsätzlich unzulässig, unabhängig davon, ob der entsprechende Schaden vor oder nach Vertragsschluss eintritt. Ob die Vertragsparteien vom Eintritt des Ereignisses bei Vertragsabschluss Kenntnis hatten, ist unerheblich (BGE 136 III 339 f. E. 3, 127 III 23 E. 2b/aa mit Hinweisen und Urteile des Bundesgerichts vom 30. März 2015, 4A_491/2014, E. 2.1 Ingress, und vom 7. April 2009, 4A_39/2009, E. 3.5.2; vgl. auch Urs Ch. Nef in: Basler Kommentar zum VVG, a.a.O., Art. 9 N 1 und N 14 f. und Urs Ch. Nef/Clemens von Zedtwitz in: Basler Kommentar zum VVG, Nachführungsband, a.a.O., Art. 9 ad N 14/15).

4.4.2 Für das Invaliditätskapital regelt Art. 10 Abs. 2 1. Einzug der Besonderen Bedingungen der Beklagten das Rückwärtsversicherungsverbot (act. G 1.8). Danach sind ebenfalls vom Versicherungsvertrag ausgeschlossen (wie die in Abs. 1 aufgezählten) "Krankheits- und Unfallfolgen, die beim Vertragsabschluss schon bestanden haben oder für die ein Vorbehalt besteht." Die Police Nummer XXXXXXX vom 4. Dezember 2011 (act. G 1.3) enthält keine Vorbehalte. Somit können lediglich Krankheitsfolgen von der Versicherung für Tod und Invalidität infolge Krankheit ausgeschlossen sein, die bei Vertragsabschluss am 4. Dezember 2011 beziehungsweise per 1. Januar 2012 schon bestanden hatten.

4.4.3 Nach dem vorliegend anwendbaren Krankheitsbegriff von Art. 2 AVB und damit von Art. 3 Abs. 1 ATSG liegt eine Krankheit erst dann vor, wenn die Beeinträchtigung der Gesundheit medizinisch untersucht oder behandelt werden muss, oder wenn sie eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (vgl. auch vorstehende E. 4.3, besonders E. 4.3.8). Beim Kläger trat am 2. Februar 2012 eine erste Episode einer akuten schizophreniformen psychotischen Störung (ICD-10: F23.2) auf, wie sich insbesondere aus den Kostengutsprache-Verlängerungsgesuchen von med. pract. D.____ und med. pract. E.____ vom 19. März 2012 und 2. Mai 2012 (act. G 1.9 f.) sowie aus deren Austrittsbericht vom 21. Juni 2012 (act. G 5.8) ergibt. In Letzterem hielten sie auch fest, dass die Hospitalisation vom 2. Februar 2012 bis 21. Juni 2012 die erste stationäre oder ambulante psychiatrische Behandlung des Patienten sei. Im Bericht an die IV-Stelle vom 4. April 2012 vermerkten med. pract. D.____ und med. pract. E.____ ausdrücklich, die akute schizophoreniforme psychotische Störung (ICD-10: F23.2) und Differentialdiagnose hebephrene Schizophrenie (ICD-10: F20.1) sei seit 01/12 akut (act. G 5.5). Dr. B.____ diagnostizierte anlässlich der Untersuchung vom 29. Januar 2012 im hausärztlichen Notfalldienst des Kantonsspitals St. Gallen "Hyperventilation mit Unruhezustand, Schlaflosigkeit infolge Schulprobleme, leichte Erkältung mit Rhinitis", wobei der Patient seit einem Gespräch mit dem Schulleiter vor fünf Tagen nervös sei und wegen Angst und Engegefühl in der Brust ärztliche Hilfe aufsuche (act. G 9.9). Die Beklagte bestreitet nicht, dass die Erkrankung des Klägers im Januar beziehungsweise Anfang Februar 2012 erstmals akut geworden beziehungsweise erkennbar in Erscheinung getreten sei.

4.4.4 Hingegen macht sie geltend, in den Akten fänden sich mehrere Hinweise auf ein Prodromalstadium, das dem Akut-Werden am 2. Februar 2012 vo-

rausgegangen sei. Sie bezieht sich dazu auf den Bericht von med. pract. D.____ und med. pract. E.____ an die IV-Stelle vom 4. April 2012 (act. G 5.5), worin diese ein Prodromalstadium seit einigen Jahren vermerkten und die Angabe der Mutter des Klägers wiedergaben, der Schulleiter habe sie aufgrund der abnehmenden schulischen Leistungen zum Gespräch gebeten. Aus dem Austrittsbericht vom 21. Juni 2012 (act. G 5.8) geht hervor, dass die Mutter des Patienten Angaben zum Vorzustand gemacht und eine längere Prodromalzeit der psychotischen Symptomatik über mehrere Monate, allenfalls sogar Jahre, mit auffälligem Verhalten geschildert hatte (S. 1). Auf Seite 2 unten werden Berichte der Mutter über vielfältige Auffälligkeiten bereits als Kind zitiert. Dr. F.____ relativierte seine Ausführungen im Bericht an die IV vom 18. Dezember 2012 (act. G 5.6) "Nach Angaben der Mutter wäre der Patient schon vor der stationären Behandlung auffällig geworden." in der Stellungnahme vom 30. September 2014 dahingehend, dass es sich dabei um die Symptome wenige Tage vor dem Eintritt in die Krisenstation des Psychiatrischen Zentrums C.____ gehandelt habe (act. G 9.14). Der Patient habe anamnestisch an Schlafstörungen und Herzrasen gelitten. Dr. G.____ gab in seinem Bericht an die IV vom 14. Januar 2013 an (act. G 5.7), laut Kindsmutter sei die Psychose nach einer Prodromalphase von über einem Jahr mit vor allem Konzentrationsproblemen ausgebrochen.

4.4.5 Die zitierten ärztlichen Hinweise auf ein Prodromalstadium haben alle gemeinsam, dass sie sich nicht auf eine ärztliche Feststellung eines solchen abstützen, sondern die Angaben der Mutter des Klägers wiedergeben, die diese anlässlich der verschiedenen anamnestischen Erhebungen durch die behandelnden Ärzte, mithin nach Ausbruch der psychischen Krankheit und damit aus der rückblickenden Perspektive, gemacht hatte. Diese indirekt zitierten Angaben der Mutter vor allem über Konzentrationsprobleme und nicht näher beschriebene Auffälligkeiten in der Kindheit sowie die Tatsache, dass vor dem Krankheitsausbruch Ende Januar beziehungsweise Anfang Februar 2012 keine einschlägige ärztliche oder psychologische Untersuchung stattgefunden hat, zeigen auf, dass eine medizinische Untersuchung oder Behandlung vor dem Krankheitsausbruch nicht für notwendig erachtet wurde. In Anwendung des vorliegend anwendbaren Krankheitsbegriffs (vgl. vorstehende E. 4.3, besonders E. 4.3.8) bedeutet dies, dass die psychische Krankheit des Klägers erst mit deren Akut-Werden Ende Januar beziehungsweise Anfang Februar 2012 begonnen hat. Mithin wurde die Versicherung für Tod und Invalidität infolge Krankheit vor deren Ausbruch abgeschlossen und begann der Versicherungsschutz per 1. Januar 2012 ebenfalls vorher. Es handelt sich daher auch nicht um eine Rückwärtsversicherung im Sinne der dargelegten Bestimmungen (vgl. vorstehende E. 4.4.1). An diesen Tatsachen würde auch ein psychiatrisches Gutachten nichts ändern, weshalb darauf verzichtet werden kann (vgl. BGE 136 I 236 f. E. 5.3 und Urteil des Bundesgerichts vom 21. Juli 2015, 2C_204/2015, E. 3.1, je mit Hinweisen).

4.5

4.5.1 Liegt damit eine versicherte Krankheit vor, gilt es zu prüfen, ob der Kläger Leistungen aus der Versicherung für Tod und Invalidität infolge Krankheit beanspruchen kann und wie hoch diese sind.

4.5.2 Der Kläger hat mit der Beklagten laut Antrag vom 28. November 2011 und Police Nummer XXXXXXX ein Invaliditätskapital von Fr. 100'000.-- vereinbart (act. G 5.1, G 1.3). Gemäss Art. 6 der Besonderen Bedingungen (act. G 1.8) entrichtet die Beklagte dem Kläger das versicherte Invaliditätskapital bei voraussehbar dauernder Invalidität infolge Krankheit (Abs. 1). Grundsätzlich richtet sich die Höhe des Invaliditätskapitals nach dem von der Invalidenversicherung rechtskräftig festgestellten Invaliditätsgrad (Abs. 2). Art. 7 der Besonderen Bedingungen schränkt diesen Grundsatz für Invaliditätsgrade bis 40% und über 70% ein und hält fest, bei einem Invaliditätsgrad von 70% und mehr bestehe Anspruch auf die vollen Leistungen (3. Satz).

4.5.3 Mit Verfügung vom 11. Juli 2013 hatte die IV dem Kläger eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 89% zugesprochen (act. G 16.1). Dieser Invaliditätsgrad liegt deutlich über 70%, weshalb dem Kläger gemäss Art. 6 und Art. 7 der Besonderen Bedingungen das volle Invaliditätskapital von Fr. 100'000.-- zusteht.

4.6

4.6.1 Der Kläger beantragt in der Klage vom 27. Juni 2014 das Invaliditätskapital von Fr. 100'000.-- samt 5% Zins ab 1. Oktober 2013. Obwohl er dies nicht entsprechend bezeichnet, ist davon auszugehen, dass es sich bei der Zinsforderung um einen Verzugszins handelt.

4.6.2 Schuldnerverzug setzt gemäss Art. 102 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR; SR 220) die Fälligkeit der Forderung und eine Mahnung oder einen bestimmten Verfalltag voraus (vgl. auch Wolfgang Wiegand in: Basler Kommentar zum OR I, 5. Aufl. Basel 2011, Art. 102 N 3). Die Versicherungsbedingungen der Beklagten enthalten keine Bestimmung über die Fälligkeit ihrer Leistungen aus Zusatzversicherungen. Diese richtet sich daher nach Art. 41 VVG und ist dahingehend speziell geregelt, als sie erst vier Wochen nach dem Zeitpunkt eintreten kann, in dem der Versicherer Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruchs überzeugen kann (sogenannte Deliberationsfrist; vgl. Jürg Nef in: Basler Kommentar zum VVG, a.a.O., Art. 41 N 12 ff.). Auch nach Ablauf der vierwöchigen Deliberationsfrist gerät der Versicherer grundsätzlich erst durch Mahnung in Verzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2009, 4A_487/2007, E. 8.2; Pascal Grolimund/Alain Villard in: Basler Kommentar zum VVG, Nachführungsband, a.a.O., Art. 41 ad N 20; J. Nef, a.a.O., Art. 41 N 20 mit Hinweisen). Lehnt die Versicherung freilich zu Unrecht ihre Leistungspflicht definitiv ab, bedarf es keiner Mahnung der versicherten Person. Fälligkeit und Verzug treten dann sofort ein, und eine Deliberationsfrist wird überflüssig (Grolimund/Villard, a.a.O., Art. 41 ad N 20 2. Abschnitt, mit Hinweis auf das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 27. März 2006, KK.2005.00009, E. 8.2 ff., und J. Nef, a.a.O., Art. 41 N 20). Denn diesfalls erklärt die Schuldnerin unmissverständlich, dass sie nicht leisten werde, weshalb sich eine Mahnung als überflüssig erweisen würde. Der Gläubiger kann daher analog Art. 108 Ziff. 1 OR auf sie verzichten (vgl. Wiegand, a.a.O., Art. 102 N 11).

4.6.3 Der Kläger machte die Auszahlung des Invaliditätskapitals mit Schreiben vom 10. September 2013 geltend. Die Beklagte lehnte ihre Leistungspflicht am 21. März 2014 gänzlich ab. Damit geriet sie nach den vorstehenden Ausführungen (E. 4.6.2) in Verzug. Der geforderte Verzugszins von 5% (vgl. Art. 104 Abs. 1 OR) ist daher ab dem 21. März 2014 geschuldet.

5.

5.1 Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Klage vom 27. Juni 2014 gutzuheissen und die Beklagte ist zu verpflichten, dem Kläger Fr. 100'000.-- nebst Zins zu 5% seit 21. März 2014 zu bezahlen.

5.2

5.2.1 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).

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

5.2.3 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. d der sankt-gallischen Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75)

Fr. 3'600.-- bei einem Streitwert von Fr. 50'000.-- bis Fr. 100'000.--, wobei 8,8% des Streitwerts hinzuzuzählen sind. Der Streitwert beläuft sich gemäss Art. 91 Abs. 1 ZPO auf Fr. 100'000.--, sodass sich ein ungekürztes mittleres Honorar von Fr. 12'400.-- ergibt (Fr. 3'600.-- plus 8,8% von Fr. 100'000.--). 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. 14'880.-- 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 ein Viertel gerechtfertigt. Es resultiert ein mittleres Honorar von Fr. 11'160.--. Gemäss Art. 28bis Abs. 1 HonO besteht Anspruch auf den pauschalen Ersatz für Barauslagen von 4% des Honorars, höchstens Fr. 1'000.--. Beim Honorar von Fr. 11'160.-- beträgt dieser Fr. 446.40. Die Mehrwertsteuer von 8% wird zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO) und beträgt vorliegend gerundet Fr. 928.50. Das so ermittelte Honorar von insgesamt Fr. 12'534.90 steht jedoch in einem krassen Missverhältnis zu den Bemühungen von Rechtsanwalt Pedernana. In Anwendung von Art. 3 HonO wird es daher halbiert und der Pauschalbetrag von Fr. 6'000.--, inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer, zugesprochen. Das vorsorglich gestellte Begehren um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung wird damit gegenstandslos.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 der sankt-gallischen Verordnung über die Organisation und den Geschäftsgang des Versicherungsgerichts (OrgV; sGS 941.114)

1.
Die Klage wird gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, dem Kläger Fr. 100'000.-- nebst Zins zu 5% seit 21. März 2014 zu bezahlen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Die Beklagte hat den Kläger pauschal mit Fr. 6'000.-- zu entschädigen (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).