



Entscheid Versicherungsgericht, 16.02.2016

Art. 9 VVG. Rückwärtsversicherungsverbot. Das in der kollektiven Krankentaggeldversicherung versicherte Ereignis ist die Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmenden. Litt eine versicherte Person bei Beginn des Arbeitsverhältnisses und damit Eintritt in die Versicherung bereits an einer Krankheit, war deswegen aber (noch) nicht arbeitsunfähig, so gelangt das (zwingende) Rückwärtsversicherungsverbot gemäss Art. 9 VVG bei späterer durch diese Krankheit ausgelöster Arbeitsunfähigkeit nicht zur Anwendung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Februar 2016, KV-Z 2014/11).

Entscheid vom 16. Februar 2016

Besetzung

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Daniel Furrer

Geschäftsnr.

KV-Z 2014/11

Parteien

A.____,

Klägerin,

vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei St. Jakob, St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen,

gegen

Innova Versicherungen, Postfach, 3073 Gümligen,

Beklagte,

Gegenstand

Taggeldleistungen

Sachverhalt

A.
A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte oder Klägerin) war als Arbeitnehmerin über ihre Arbeitgeberin, die B.____ AG, einer Kollektiv-Lohnausfallversicherung nach VVG bei der innova Versicherungen AG mit Sitz in Muri bei Bern angeschlossen. Am 31. August 2013 liess die Arbeitgeberin der Versicherung melden, dass die am 1. August 2013 mit vollem Pensum in die Unternehmung eingetretene Versicherte seit 23. August 2013 voll arbeitsunfähig sei (act. G 3.7). Dr. med. C.____, Arzt mbF an der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), nannte gegenüber der Versicherung am 4. September 2013 die Diagnose Skoliose, bestehend seit 2006, und wies auf eine durchgeführte Operation hin. Die Versicherte sei ab 23. August 2013 voraussichtlich für sechs bis acht Wochen voll arbeitsunfähig (act. G 3.8). Am 10. September 2013 berich-

teten die Ärzte dieser Klinik über eine am 26. August 2013 durchgeführte dorsale Aufrichtespondylodese Th2 bis Th12 und eine Narbenkorrektur. Die Versicherte sei bis 6. Oktober 2013 voll arbeitsunfähig (act. G 3.12). Dr. med. D. ___ attestierte bis 5. Dezember 2013 eine volle Arbeitsunfähigkeit, ab 6. Dezember 2013 bis 10. Februar 2014 eine solche von 50% und ab 11. Februar 2014 eine volle Arbeitsfähigkeit (act. G 3.18). Seitens des KSSG wurde der Versicherten am 10. Dezember 2013 eine volle Arbeitsunfähigkeit bis Ende Jahr und ab 1. Januar 2014 eine solche von 50% attestiert (act. G 3.22).

A.b Die Versicherung liess der Arbeitgeberin am 19. Dezember 2013 mitteilen, dass sie für die seit 26. August 2013 bestehende Arbeitsunfähigkeit der Versicherten keine Leistungen erbringe. Die Versicherte leide an einer vorbestehenden Krankheit, die auch Ursache der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit darstelle. Aufgrund des Rückwärtsversicherungsverbots sei diese Krankheit nicht versicherbar (act. G 3.23). Interventionen der Rechtsschutzversicherung der Arbeitgeberin (act. G 3.24, 3.25, 3.27) blieben erfolglos (act. G 3.26).

B.
B.a Am 22. September 2014 erhob Rechtsanwalt Daniel Küng für die Versicherte Klage gegen die Versicherung mit dem Antrag, die Beklagte sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu verpflichten, der Klägerin die vertraglichen Taggelder vom 22. September 2013 bis 3. Dezember 2013 basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 100% und vom 4. Dezember 2013 bis 24. Januar 2014 basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 50%, mithin Fr. 10'434.60 zuzüglich Zins zu 5% ab dem 19. Dezember 2013 zu bezahlen. Beantragt wurde zudem der Beizug der IV-Akten. Für das Bestehen einer Leistungspflicht der Beklagten müsse eine Arbeitsunfähigkeit vorliegen und diese müsse auf eine Erkrankung zurückzuführen sein. Nicht massgebend sei, ob im Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrags eine Krankheit bestanden habe. Einen Versicherungsvorbehalt habe die Beklagte im Übrigen nicht angebracht. Die Arbeitsunfähigkeit der Klägerin sei am 23. August 2013 eingetreten. Daran ändere auch der Umstand nichts, dass sie gemäss einem Bericht des KSSG vom 26. Juni 2013 die Operation so rasch wie möglich gewünscht haben solle. Eine Operation sei bereits früher thematisiert worden, aber lange Zeit sei nichts geschehen (act. G 1).

B.b Die Beklagte beantragt in der Stellungnahme vom 6. Oktober 2014 die Abweisung der Klage. Die Klägerin sei bereits im Jahr 2008 mit einer ventralen Derotationsspondylodese versorgt worden. Der zeitlich kurze Intervall zwischen Arbeitsbeginn am 1. August 2013 und Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 23. August 2013 zeige in Verbindung mit den medizinischen Unterlagen, insbesondere dem Operationsbericht vom 26. August 2013, klar auf, dass die versicherte Gefahr beim Eintritt in den Kollektivvertrag bereits eingetreten gewesen sei. Die sog. Rückwärtsversicherung sei unzulässig (act. G 3).

B.c Die Parteien haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung (act. G 4, 5) und die Klägerin zudem auf die Einreichung einer Replik verzichtet (act. G 10).

B.d Auf Aufforderung der Verfahrensleitung (act. G 13) liess die Klägerin am 1. Februar 2016 Bankkontoauszüge betreffend den Zeitraum August 2013 bis Februar 2014 einreichen (act. G 14).

Erwägungen

1.
1.1 Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach der zwischen der Beklagten und der Arbeitgeberin abgeschlossenen Versicherungspolice Nr. XXXXXXXX

und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kollektiv-Lohnausfallversicherung nach VVG, Ausgabe 1. Januar 2013 (nachfolgend AVB; act. G 3.1, 3.2).

1.2 Gemäss Art. H4 der AVB kann die versicherte Person u.a. an ihrem schweizerischen Wohnort Klage erheben. Die Klägerin wohnt im Kanton St. Gallen, womit die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen gegeben ist. Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Darunter werden praxismässig auch Zusatzversicherungen subsumiert, auf die das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) zur Anwendung gelangt (vgl. etwa BGE 138 III 2 E. 1.1). Damit ist vorliegend auch die Voraussetzung der sachlichen Zuständigkeit erfüllt.

1.3 Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht muss kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchgeführt werden (vgl. BGE 138 III 558 E. 4.6).

1.4 Die Eintretensvoraussetzungen sind erfüllt. Auf die Klage ist einzutreten.

1.5 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG dem VVG. Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 133 III 439 E. 2.1). Nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO gilt für vermögensrechtliche Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach KVG ohne Rücksicht auf den Streitwert das vereinfachte Verfahren.

2.

2.1 Zwischen den Parteien ist umstritten, ob das in Art. 9 VVG enthaltene sog. Rückwärtsversicherungsverbot vorliegend die Versicherungsdeckung für die Klägerin ausschliesst.

2.2 Nach dem zwingenden Art. 9 VVG ist der Versicherungsvertrag unter Vorbehalt der Fälle nach Art. 100 Abs. 2 (der vorliegend nicht relevant ist) nichtig, wenn im Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung die Gefahr bereits weggefallen oder das befürchtete Ereignis schon eingetreten war. Unter dem Begriff Ereignis ist das Eintreten des versicherten Risikos zu verstehen; das Ereignis ist der Eintritt des befürchteten Vorfalls, der beim Abschluss des Versicherungsvertrages im Blickfeld lag (BGE 136 III 339 E. 3).

2.3 In BGE 127 III 21 hat das Bundesgericht festgehalten, dass die Gefahr, gegen deren Folgen versichert werde, in der Krankenversicherung in der Erkrankung der versicherten Person bestehe. Die in jenem Verfahren involvierte Versicherung hatte in ihren AVB die Krankheitsdefinition des damaligen Art. 2 Abs. 1 KVG übernommen, die weitgehend dem heutigen Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) entsprach. Danach war Krankheit definiert als "jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat". Sei eine Krankheit im Sinn dieser Definition bei Vertragsschluss bereits ausgebrochen, so sei die Versicherung gegen ihre Folgen nach Art. 9 VVG ausgeschlossen, unbekümmert darum, ob sie noch andauere, so das Bundesgericht (BGE 127 III 21 E. 2b/aa). Dieses Urteil, auf das sich der im vorliegenden Verfahren von beiden Parteien referenzierte Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft vom 18. April 2013 (731 12 385/80) bezog und das in der Lehre auf breite Kri-

tik gestossen ist (vgl. etwa die Übersicht bei BSK VVG Nachführungsband, 2012 – Nef/von Zedwitz, Art. 9, ad N14/15 lit. a S. 74), betraf keine Krankentaggeldversicherung, sondern strittig waren dort vom KVG nicht gedeckte Heilbehandlungsleistungen, für die die Krankenzusatzversicherung grundsätzlich leistungspflichtig gewesen wäre. Diese höchstrichterliche Rechtsprechung kann somit von vornherein nicht unbesehen auf die Krankentaggeldversicherung übertragen werden.

2.4 Ein Arbeitgeber schliesst eine kollektive Krankentaggeldversicherung zentral mit dem Zweck ab, Kosten, die ihm aufgrund seiner arbeitsrechtlichen Lohnfortzahlungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit seiner Arbeitnehmenden entstehen, abzusichern bzw. das Risiko des Anfalls dieser Kosten überwiegend (in der Regel im Ausmass von 80%) auf eine Versicherung zu überwälzen. In der Krankentaggeldversicherung ist das versicherte Gut die Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmenden. Das versicherte Risiko liegt im Verlust derselben, also in der Arbeitsunfähigkeit. Diese Arbeitsunfähigkeit ist eine der wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, gegen die auch die Beklagte Versicherungsschutz gewährt (Art. A1 AVB). Gemäss Art. B1 Abs. 1 AVB werden die versicherten Leistungen bei ärztlich bescheinigter, vollständiger oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf einer allfälligen Wartezeit bezahlt. Das versicherte Risiko liegt also klarerweise (und systemimmanent auch erforderlich) in der Arbeitsunfähigkeit. Diese definiert Art. B2 AVB als die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten.

2.5 Gemäss dem Rückwärtsversicherungsverbot des Art. 9 VVG ist eine Versicherung nicht möglich, wenn bei Vertragsabschluss das befürchtete Ereignis schon eingetreten war. In der Krankentaggeldversicherung liegt das befürchtete Ereignis nach dem Gesagten in der Arbeitsunfähigkeit von Arbeitnehmenden und nicht etwa in der Krankheit von Arbeitnehmenden (siehe dazu auch Eugster, Vergleich der Krankentaggeldversicherung [KTGV] nach KVG und nach VVG, in: von Kaenel, Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, 2007, S. 56). Denn ein Arbeitnehmer kann ohne weiteres die Krankheitsdefinition der AVB erfüllen – insbesondere mit einer körperlichen behandlungs- oder auch nur untersuchungsbedürftigen Beeinträchtigung der Gesundheit –, ohne deswegen in den Genuss von Versicherungsleistungen zu gelangen. Sehr viele ICD-10-klassifizierte Krankheiten, die die vertragliche Krankheitsdefinition erfüllen, wirken sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmenden aus (z.B. Astigmatismus [Hornhautverkrümmung, ICD-10 H52.2], Herpes simplex [ICD-10 B00] oder akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen; ICD-10 J00]). Die Krankheit stellt bei der Krankentaggeldversicherung jedenfalls nicht das „befürchtete Ereignis“ im Sinn von Art. 9 VVG dar.

2.6 Zwar sind mitunter nicht auf die Krankentaggeldversicherung bzw. das dort versicherte Risiko (bzw. befürchtete Ereignis) zugeschnittene Textbausteine der bundesgerichtlichen Rechtsprechung – wohl unreflektiert – in krankentaggeldversicherungsrechtliche Fälle eingeflossen (ausführlich dazu Häberli/Husmann, Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, 2015, S. 42 ff., insbes. S. 43 f. Rz. 153 ff.). Dennoch kann nicht konstatiert werden, das Bundesgericht betrachte systematisch gestützt auf Art. 9 VVG Taggeldversicherungen als nichtig, wenn eine erst während der Versicherungsdeckung aufgetretene Arbeitsunfähigkeit auf einer „vorbestehenden“ Diagnose bzw. Krankheit beruht (siehe etwa BGE 136 III 334 E. 3, in dem ein Versicherter mit vorbestehenden Zwangsstörungen lediglich als „mauvais risque“ für die Versicherung bezeichnet und festgehalten wurde: „Le rôle de l'assurance est précisément d'assumer des risques, en opérant une sorte de compensation entre les bons et les mauvais cas.“). Ob bzw. wann eine Krankheit, die bei Versicherungsbeginn unstrittig keine Arbeitsunfähigkeit bewirkt hat, diagnostiziert wurde, kann keine entscheidende Relevanz haben (gleicher Mei-

nung sinngemäss Häberli/Husmann, a.a.O., S. 44 f. Rz. 156 f.). So kann beispielsweise eine angeborene Spastik bereits kurz nach der Geburt diagnostiziert werden, sich aber unter Umständen erst im Alter von 50 Jahren auf die Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers auswirken. Hier wäre eine Nichtigkeit des Versicherungsvertrags gestützt auf Art. 9 VVG absurd. Wären Arbeitsunfähigkeiten, die auf vor Versicherungsbeginn diagnostizierte Krankheiten zurückzuführen sind, nicht versicherbar, ist zudem offenkundig, dass der Abschluss einer Kollektivtaggeldversicherung für den Arbeitgeber deutlich weniger attraktiv wäre, könnte er die Kosten seiner Lohnfortzahlungspflicht (die ihn in jedem Fall bzw. ungeachtet allfälliger Vorzustände trifft; dazu auch Häberli/Husmann, a.a.O., S. 45 Rz. 158) doch in vielen Fällen nicht an die Versicherung überwälzen.

2.7 Zusammenfassend ist gestützt auf die obigen Erwägungen festzuhalten, dass das Rückwärtsversicherungsverbot des Art. 9 VVG im Bereich der Krankentaggeldversicherung grundsätzlich nur Fälle erfasst, in denen das (in der Regel) versicherte Ereignis der Arbeitsunfähigkeit bei Vertragsbeginn bereits eingetreten ist und andauert.

3.
3.1 Ausgeschlossen von der Versicherung sind gemäss Art. D1 Abs. 1 lit. b AVB Krankheiten, Gebrechen und Unfallfolgen, die bei Vertragsbeginn oder Eintritt in das Unternehmen bestehen, solange sie eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben (identisch auch Art. E2 Abs. 2 Satz 2 AVB). Der Formulierung „solange“ kommt nach Treu und Glauben im Kontext eine zeitliche Bedeutung zu. Sobald eine bei Vertragsbeginn bestehende Krankheit die Arbeitsfähigkeit nicht mehr einschränkt, gilt der Ausschluss folglich nicht mehr. Bei voller Arbeitsfähigkeit bei Vertragsbeginn kommt ein solcher krankheitsspezifischer Ausschluss von vornherein nicht in Frage.

3.2 Vorliegend ist unbestritten, dass die Klägerin bereits vor Eintritt in die Kollektiv-Taggeldversicherung am 1. August 2013 an einer Skoliose litt. Ebenso ist unstrittig, dass diese bzw. die deswegen am 26. August 2013 durchgeführte Operation und deren Rehabilitationszeit die Arbeitsunfähigkeit ausgelöst haben, derentwegen die Klägerin von der Beklagten Taggeldleistungen beantragt. Sollte erstellt sein, dass die Klägerin bei Versicherungsbeginn am 1. August 2013 voll arbeitsfähig war, so liegt gemäss den vorstehenden Erwägungen weder ein Anwendungsfall von Art. 9 VVG noch ein Ausschlussgrund gemäss Art. D1 Abs. 1 lit. b AVB vor.

3.3 Die von den Parteien ins Recht gelegten Akten belegen keine vor dem 23. August 2013 bestehende Arbeitsunfähigkeit. Gemäss dem Bericht von Dr. C.____ vom 26. Juni 2013 (act. G 3.4) sollte die Operation vornehmlich aus kosmetischen Gründen erfolgen, Schmerzen oder objektive Funktionseinschränkungen, die die Arbeitsfähigkeit der Klägerin vor der Operation bereits beeinträchtigt hätten, ergeben sich weder aus diesem Bericht noch aus dem Operationsbericht (vgl. dort insbesondere die Indikationsbeschreibung, act. G 3.6). Im Bericht vom 26. Juni 2013 prognostiziert Dr. C.____ lediglich eine ab Operationsdatum bestehende Arbeitsunfähigkeit. Im Austrittsbericht des KSSG vom 10. September 2013 (act. G 3.12) ist erwähnt, die Klägerin sei präoperativ kosmetisch „und funktionell“ durch den Befund gestört gewesen. Daraus kann jedoch nicht der Schluss auf eine bereits vor der Operation bestehende Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit gezogen werden. Damit ist davon auszugehen, dass die Klägerin am 1. August 2013 in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt war. Da weder das Rückversicherungsverbot greift, noch ein vertraglicher Ausschlussgrund gegeben ist, wäre die Leistungspflicht der Beklagten grundsätzlich zu bejahen.

3.4 In der Lehre wird zu Recht gefordert, alle unbekanntes Krankheiten als versichert zu behandeln und alle bekannten unter die Regelung der Anzeigepflicht zu fassen (m.H. Häberli/Husmann, a.a.O., S. 45 Rz. 157). Dies er-

scheint sachgerecht. Die in Art. 4 VVG kodifizierte Anzeigepflicht ist umfassend. Diese Vorschrift ist nicht zwingend, sodass die Versicherung auf jede Gesundheitserklärung verzichten kann, wie dies heute bei Kollektivversicherungen Standard ist (Häberli/Husmann, a.a.O., S. 33 f. Rz. 115; S. 37 Rz. 128). Die Beklagte hat im Internet einen Gesundheitsfragebogen für Arbeitnehmer aufgeschaltet (abrufbar unter <https://www.innova.ch/dam/jcr:38f1eaf5-2858-41e9-9b32-40ace9b8e3b4/Gesundheitsfragebogen%20f%C3%BCr%20Arbeitnehmer.pdf>, abgerufen am 26. Januar 2016). Dieser enthält umfassende Fragen zum Gesundheitszustand, so auch zu bestehenden Krankheiten und bevorstehenden Operationen. Ob die Klägerin von der Beklagten angehalten wurde, diesen Fragebogen auszufüllen, ist nicht aktenkundig. Die Beklagte macht jedoch weder geltend, die Klägerin habe ihre Anzeigepflicht verletzt, noch behauptet sie, einen Vorbehalt angebracht zu haben. Vor diesem Hintergrund ist die Klägerin grundsätzlich als vollumfänglich versichert zu betrachten.

4. Die Klägerin wusste bereits vor Antritt der Stelle bei der B.____ AG, dass voraussichtlich im August 2013 die Operation mit anschliessender Rehabilitationszeit von geschätzt sechs bis zehn Wochen anstehen würde. Darüber sprach sie mit dem behandelnden Arzt bereits im Rahmen der Kontrolle vom 25. Juni 2013 (act. G 3.4). Den Arbeitsvertrag mit der B.____ AG unterzeichnete sie am 8. Juli 2013 (act. G 3.3). Die Klägerin verdankte diese Anstellung offenkundig familiären Beziehungen. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass das Arbeitsverhältnis – aus versicherungsrechtlichen Überlegungen – nur fingiert worden wäre, liegen jedoch nicht vor. So konnte die Klägerin insbesondere einen effektiven Lohnfluss ab August 2013 belegen (act. G 14.1). Vor diesem Hintergrund bleibt kein Raum dafür, von rechtsmissbräuchlichem Eingehen des Versicherungsverhältnisses auszugehen. Dies bringt die Beklagte denn auch nicht vor.

5. 5.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen besteht ein Taggeldanspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten.

5.2 Die Klägerin hatte am 23. August 2013, einem Freitag, ihren letzten Arbeitstag (act. G 3.7). Die Operation fand am darauffolgenden Montag, 26. August 2013 statt, sodass ab diesem Tag eine volle Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist. Der Taggeldanspruch beginnt nach Ablauf der vertraglichen Wartefrist von 30 Tagen (act. G 3.1), vorliegend folglich am 25. September 2013.

5.3 Dr. med. D.____ attestierte der Klägerin bis 5. Dezember 2013 weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit und ab 6. Dezember 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Ab 11. Februar 2014 war die Klägerin wieder voll arbeitsfähig (act. G 3.18, vgl. auch act. G 3.22, wo der Klägerin sogar bis Ende 2013 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde). Die Klägerin beantragt in der Klage Taggeld basierend auf einer Arbeitsfähigkeit von 100% vom 23. August bis 3. Dezember 2013 und von 50% vom 4. Dezember 2013 bis 24. Januar 2014. Arbeitsunfähigkeiten in dieser Höhe sind in diesen Zeiten – mit Ausnahme des Beginns – jedenfalls ausgewiesen. Folglich ist der Klägerin vom 25. September bis 3. Dezember 2013 ein ungekürztes und vom 4. Dezember 2013 bis 24. Januar 2014 ein hälftiges Taggeld zuzusprechen.

5.4 Das Taggeld beläuft sich auf 80% des Lohnes (act. G 3.1). Die Klägerin erzielte einen Bruttomonatslohn von Fr. 3'700.-. Anspruch auf einen 13. Monatslohn hatte sie nicht. Gemäss Arbeitsvertrag wird jedoch im Normalfall eine Gratifikation in der Form eines 13. Monatslohns entrichtet (act. G 3.3). Die Gratifikation bildet AHV-beitragspflichtigen Lohn (Art. 5 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10]). Gemäss Art. B7 Abs. 1 AVB ist der effektive AHV-Lohn versichert. Die Beklagte hat anerkannt, dass die Gratifikation zum massgebenden Lohn hinzuzu-

rechnen ist (vgl. act. G 1.3). Folglich bemisst sich das Taggeld auf der Basis eines Jahreseinkommens von Fr. 48'100.- (Fr. 3'700.- x 13) und beläuft sich – wie in der Klage geltend gemacht – auf 105.40 (Fr. 48'100.- x 0.8 / 365).

5.5 Während 70 Tagen hat die Klägerin Anspruch auf ein Taggeld von Fr. 105.40 und während 52 Tagen von Fr. 52.70, was Fr. 10'118.40 ergibt.

6.
6.1 Die Klägerin beantragt die Verzinsung zu 5% ab dem 19. Dezember 2013.

6.1.1 Gemäss Art. 102 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR; SR 220) setzt der Schuldnerverzug die Fälligkeit der Forderung und eine Mahnung oder einen bestimmten Verfalltag voraus (vgl. auch BSK OR I, 5. Aufl. 2011 – Wiegand, Art. 102 N 3). Lehnt die Versicherung 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 (BSK VVG Nachführungsband – Grolimund/Villard, Art. 41 ad N 20, 2. Abschnitt). Denn diesfalls erklärt der Schuldner unmissverständlich, dass er nicht leisten werde, weshalb sich eine Mahnung als überflüssig erweisen würde. Der Gläubiger kann daher analog Art. 108 Ziff. 1 OR auf sie verzichten. Dies gilt auch dann, wenn die eindeutige und definitive Verweigerungserklärung schon vor Fälligkeit der Forderung abgegeben wurde (antizipierter Vertragsbruch; BSK OR I – Wiegand, Art. 102 N 11).

6.1.2 Die Beklagte brachte in ihrem Schreiben vom 19. Dezember 2013 zuhanden der Vertretung der Arbeitgeberin der Klägerin zum Ausdruck, dass sie keine Versicherungsleistungen erbringen werde (act. G 3.23). Ab diesem Tag war eine Mahnung folglich nicht mehr nötig. Wie in der Klage beantragt, ist das geschuldete Taggeld ab diesem Tag zu 5% (vgl. Art. 100 VVG i.V.m. Art. 104 Abs. 1 OR) zu verzinsen.

6.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (vgl. Art. 114 lit. e ZPO).

6.3 Die obsiegende anwaltlich vertretene Klägerin hat eine Parteientschädigung beantragt. Diese spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 i.V.m. Art. 96 ZPO). Das mittlere Honorar im Zivilprozess beträgt nach Art. 14 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) bei einem Streitwert über Fr. 5'000.- bis Fr. 20'000.- Fr. 1'230.- zuzüglich 15.4% des Streitwerts. Der Streitwert richtet sich laut Art. 13 Abs. 1 HonO nach den Bestimmungen der ZPO. Gemäss Art. 91 ZPO wird der Streitwert durch das Klagebegehren bestimmt. Beim Streitwert von Fr. 10'434.60 resultiert ein mittleres Honorar von Fr. 2'836.90 (Fr. 1'230.- + 15.4% von Fr. 10'434.60). Da das Versicherungsgericht in Streitigkeiten betreffend Krankenzusatzversicherung anstelle des Kantonsgerichts als erste Instanz im Sinne von Art. 15 HonO entscheidet, ist die Parteientschädigung um einen Fünftel zu erhöhen, womit sich ein mittleres Honorar von Fr. 3'404.30 ergibt. Die Klägerin obsiegt fast vollständig, im Ausmass von 97%. Die durch die Beklagte auszurichtende Parteientschädigung beläuft sich folglich auf Fr. 3'302.15 (vgl. Art. 106 Abs. 2 ZPO). 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. 3'302.15 beträgt dieser Fr. 132.10. Die Mehrwertsteuer von 8% wird zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO) und beträgt vorliegend Fr. 274.75. Die Entschädigung inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer beläuft sich somit auf Fr. 3'709.-.

6.4 Die Beklagte hat die Abweisung der Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Klägerin beantragt. Das Verfahren wurde nicht von

einer berufsmässigen Vertretung im Sinn von Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO geführt (vgl. BSK-ZPO – Rüegg, Art. 95 N 18, und Suter/von Holzen, Art. 95 N 36, in: ZPO Kommentar, 2. Aufl. 2013, hrsg. von Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, je mit Hinweisen), sodass kein Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht. Es liegt auch kein begründeter Fall gemäss Art. 95 Abs. 3 lit. c ZPO vor, wonach der Beklagten eine angemessene Umtriebsentschädigung zuzusprechen wäre. Ersatz für notwendige Auslagen gemäss Art. 95 Abs. 3 lit. a ZPO wird ebenfalls nicht geltend gemacht. Die Beklagte hat daher keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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 in dem Sinn gutgeheissen, dass die Beklagte verpflichtet wird, der Klägerin Taggelder im Betrag von Fr. 10'118.40 zuzüglich Zins von 5% seit 19. Dezember 2013 zu entrichten.

2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.
Die Beklagte hat die Klägerin mit Fr. 3'709.- zu entschädigen.