

Gerichte des Kantons St.Gallen

Kanton St.Gallen



Entscheid Versicherungsgericht, 01.12.2016

Krankentaggeld, VVG-Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit zur Geltendmachung von Taggeldleistungen obliegt der versicherten Person. Würdigung medizinischer Berichte. Arbeitsfähigkeit bei langer Dauer. Zumutbarkeit des Berufswechsels in eine leidensangepasste Tätigkeit bejaht. Eine Anpassungsfrist von weniger als zweieinhalb Monaten ist zu kurz bemessen. Nach Wiedererlangen einer vollständigen Arbeitsfähigkeit besteht gemäss AVB bei nachträglicher Verschlechterung kein Anspruch auf Nachleistung für Personen die aus dem versicherten Kreis ausgetreten sind. Nach Austritt aus dem versicherten Personenkreis besteht gemäss AVB auch kein Anspruch bei Rückfall (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. Dezember 2016, KV-Z 2014/12).

Entscheid vom 1. Dezember 2016

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

KV-Z 2014/12

Parteien

A.____,
Klägerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli, advokatur am brühl,
Scheffelstrasse 2, 9000 St. Gallen,

gegen

Helsana Zusatzversicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich Helsana,
Beklagte,

Gegenstand

Taggeldleistungen

Sachverhalt

A.
A.a A.____ war seit dem 15. Januar 1982 bei der B.____ AG als Sortiererin angestellt und dadurch bei der Helsana Zusatzversicherungen AG (nachfolgend: Helsana) krankentaggeldversichert. In der Krankmeldung vom 10. März 2011 gab die Arbeitgeberin an, die Versicherte sei seit 18. Februar 2011 krankheitsbedingt arbeitsunfähig (act. G 5.3). Der behandelnde Dr. med. C.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte ein cervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts bei Wirbelsäulenfehlstatik und vertebralem Syndrom C4/C5 sowie eine Erschöpfungsdepression. Er bescheinigte der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Bericht vom 24. März 2011, siehe hierzu sowie zum von

Dr. C. ___ bei Dr. med. D. ___, Facharzt für Rheumatologie FMH, eingeholten Bericht vom 15. März 2011 (act. G 5.4). Der im Psychiatrischen Zentrum E. ___ behandelnde Oberarzt F. ___ berichtete am 19. Juli 2011, die Versicherte leide an einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0). Er bescheinigte mit Wirkung ab 1. April 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine Arbeitsaufnahme sei für den 15. September 2011 vorgesehen (act. G 5.6).

A.b Im Auftrag der Helsana wurde die Versicherte am 3. Oktober 2011 von med. pract. G. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachtet. Die Gutachterin diagnostizierte eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1). Gegenwärtig bestünden allenfalls noch leichte Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Diese seien bedingt durch eine Einschränkung der Stress- und Frustrationstoleranz sowie durch eine Einschränkung der emotionalen Belastbarkeit. Für die angestammte sowie für andere leidensangepasste Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 40%. Eine schrittweise Verminderung der Arbeitsunfähigkeit sei bei adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in den nächsten ein bis zwei Monaten zu erwarten. Die Versicherte habe angegeben, dass sie sich nicht arbeitsfähig fühle. Diese Selbsteinschätzung habe sie mit unspezifischen Beschwerden an den Händen begründet. Diese tiefe Selbsteinschätzung sei nicht nachvollziehbar (Gutachten vom 7. Oktober 2011, act. G 5.9).

A.c Nachdem die Helsana Kenntnis von der Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch die Arbeitgeberin erhalten hatte (vgl. hierzu den Bericht des Schadensinspektors vom 8. November 2011, act. G 5.12), forderte sie die Versicherte unter Hinweis auf die Schadenminderungspflicht auf, eine leidensangepasste Tätigkeit zu suchen und aufzunehmen. Die Helsana gewährte eine Anpassungszeit bis 31. Januar 2012 und sicherte ihr bis zu diesem Zeitpunkt das volle Taggeld zu. Ab dem 1. Februar 2012 würden keine Taggeldleistungen mehr ausgerichtet (Schreiben vom 18. November 2011, act. G 5.13).

A.d Im Verlaufsbericht vom 5. Dezember 2011 führte die in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E. ___ behandelnde Oberärztin H. ___, aus, es habe sich im Behandlungsverlauf eine deutliche Besserung der depressiven Symptomatik gezeigt. Durch die ausgeprägte Schmerzsymptomatik in beiden Handgelenken sowie ihre extreme Müdigkeit sei die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit deutlich eingeschränkt. Eine an das Leiden angepasste Tätigkeit sei vorstellbar. Die Zumutbarkeitsbeurteilung sei durch einen somatischen Experten zu beantworten. Bei stabilem Zustand sei die Versicherte am 29. November 2011 aus der Tagesklinik entlassen worden (IV-act. 22). Die seit 2. Februar 2011 ambulant im Rahmen von "Gesprächspsychotherapie" behandelnde Dr. med. I. ___, Praktische Ärztin, diagnostizierte ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0). Sie verneinte das Bestehen von geistigen und psychischen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (Bericht vom 9. März 2012, IV-act. 31). Die Hausärztin J. ___, berichtete am 20. April 2012, die Versicherte leide seit ungefähr April 2011 an einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.11) und einem diffusen cervicobrachialen Schmerzsyndrom rechts bei Wirbelsäulenfehlstatik. Eine leichte leidensangepasste Arbeit, die den rechten Arm möglichst nicht belaste, sei der Versicherten zumutbar (IV-act. 37). Dr. med. K. ___, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte ein klinisch eindeutiges Karpaltunnel- und Sulcus ulnaris-Syndrom rechts, elektroneurographisch mit leichter Kompression und sensomotorischer axonaler Störung vor allem im Vergleich zur linken Seite, in erster Linie durch die langjährige schwere Erwerbsarbeit verursacht. Nennenswerte psychische Auffälligkeiten hätten nicht bestanden. Die Versicherte könne ihren rechten Arm und ihre rechte Hand überhaupt nicht richtig gebrauchen und einsetzen, da deutliche Gefühlsstörungen und auch eine muskuläre Schwäche im Bereich des Nervi mediani und ulnaris vorhanden seien. So lange dieses klinische Bild weiter bestehe, sei die Versicherte für jegliche Tätigkeiten in der freien Wirtschaft in grossem Prozentsatz arbeitsunfähig (Bericht vom 9. Juli 2012, IV-act. 47). Nach Rücksprache mit Dr. med.

L. ____, Facharzt für Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) Ostschweiz, gelangte RAD-Ärztin Dr. med. M. ____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, zur Auffassung, die subjektiv beklagten Beschwerden seien mit den objektivierbaren Befunden nicht vereinbar. Aus chirurgischer Sicht verfüge die Versicherte in einer die Hände nicht belastenden Tätigkeit über eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Als adaptierte Tätigkeit könne eine leichte Tätigkeit ohne Heben von Gewichten (Sortieren, Prüfen) in vollem Pensum zugemutet werden. Die depressive Verstimmung habe sich gebessert und begründe keine Arbeitsunfähigkeit (Stellungnahme vom 21. August 2013, IV-act. 82). Aufgrund der Diagnose eines Sulcus ulnaris Syndroms am rechten Ellbogen unterzog sich die Versicherte einem von Dr. med. N. ____, Spezialarzt für Handchirurgie FMH, am 19. November 2013 durchgeführten operativen Eingriff (Neurolyse N. ulnaris rechts mit Ventralverlagerung durch Osteotomie Epikondylus humeri ulnaris; act. G 1.11).

A.e Im Schreiben vom 28. Januar 2014 brachte die Versicherte vor, die Beurteilung der Gutachterin F. ____, leide an schweren Mängeln. Die somatischen Ursachen für ihr Leiden seien erst durch Dr. K. ____, festgestellt worden. Sie reichte verschiedene medizinische Berichte ein und ersuchte die Helsana um eine neue Beurteilung ihrer Leistungspflicht über den 31. Januar 2012 hinaus (act. G 1.6; zu den eingereichten Berichten, siehe act. G 1.7 ff.; vgl. auch das Schreiben der Versicherten vom 25. April 2014 mit weiteren ärztlichen Berichten, act. G 1.16 ff.). Die Helsana holte darauf hin bei Prof. Dr. med. O. ____, Facharzt für Neurologie FMH, und Dr. med. P. ____, Fachärztin für Neurologie FMH, Zentrum Q. ____, eine neurologische Aktenbeurteilung ein. Die neurologischen Experten gelangten zur Auffassung, die beklagten Symptome seien wenig spezifisch und sowohl für ein Karpaltunnelsyndrom als auch für ein Sulcus ulnaris-Syndrom eher untypisch. Die Diagnose eines Karpaltunnelsyndroms könne zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung vom 28. Juni 2012 nicht gestellt werden. Die Frage, ob die Versicherte vor diesem Zeitpunkt an einem Karpaltunnelsyndrom rechts gelitten habe, könne anhand der zur Verfügung stehenden Akten nicht beantwortet werden. Angesichts der blanden elektrophysiologischen Befunde und des Fehlens der typischen Beschwerden erscheine dies als wenig wahrscheinlich. Die Fragen zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit, zu den Einschränkungen bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und zur leidensangepassten Tätigkeit könnten anhand der zur Verfügung stehenden Akten nicht beantwortet werden. In Bezug auf das Sulcus ulnaris-Syndrom schein die chirurgische Behandlung erfolgreich gewesen zu sein (neurologische Aktenbeurteilung vom 2. Juni 2014, act. G 5.36). Die Hausärztin J. ____, gab im Bericht vom 15. Juli 2014 an, eine leidensangepasste Tätigkeit könne der Versicherten zugemutet werden. Im beigelegten Bericht vom 14. Juli 2014 führte Dr. N. ____, aus, die Situation sei so gut, dass bezüglich leidensangepasste Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (act. G 5.42). RAD-Ärztin Dr. M. ____, hielt die Beurteilung von Dr. N. ____, für nachvollziehbar (Stellungnahme vom 13. August 2014, IV-act. 116-4). Im Bericht vom 9. September 2014 erwähnte Dr. K. ____, als Diagnose eine langsame Erholung des Sulcus ulnaris-Syndroms rechts mit weiterhin mittelgradigen sensomotorischen axonalen Störungen bei Status nach Neurolyse des Nervi ulnaris rechts mit Ventralverlagerung durch Osteotomie des Epikondylus humeri ulnaris am 19. November 2013. Die rechte Hand sei immer noch nur für die nötigen Alltagsaktivitäten, aber nicht für erwerbsmässige Tätigkeiten belastbar. Die Versicherte sei selbstverständlich für die Aktivitäten, die nur mit der linken Hand ausgeübt werden könnten, voll arbeitsfähig. Falls eine solche Tätigkeit zu finden wäre, wäre sie der Versicherten nicht zumutbar, weil sie ihre linke Hand überbelasten müsste. Eine solche Überlastung könnte auch im Laufe der Zeit gewisse gesundheitliche Probleme hervorrufen (act. G 1.23).

B.
B.a In der am 8. Oktober 2014 erhobenen Klage beantragt die Klägerin, die Beklagte sei zu verpflichten, ihr in Ergänzung der Leistungen der Arbeitslosen-kasse für die Zeit vom 1. Februar 2012 bis 16. Februar 2013 den Betrag von

Fr. 25'928.13 nebst Zins zu 5% seit 28. Januar 2014 zu bezahlen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, die Beurteilung der Gutachterin F. ___ vom 7. Oktober 2011 dürfe im vorliegenden Fall nicht als Grundlage für die Schätzung der Arbeitsunfähigkeit genommen werden, da sie an schweren Mängeln leide (fehlende Übersetzung, unberechtigter Vorwurf der Aggravation) und somit keine Aussagekraft habe. Die Ursachen für die Beschwerden der Klägerin - ein Karpaltunnel- und Sulcus ulnaris-Syndrom - seien erst bei Beizug des Neurologen Dr. K. ___ erkannt worden (act. G 1).

B.b Mit Klageantwort vom 16. Dezember 2014 beantragt die Beklagte die vollumfängliche Abweisung der Klage; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Sie bringt vor, dem psychiatrischen Gutachten komme voller Beweiswert zu. Allfällige nach dem 31. Januar 2012 behandelte psychische Beschwerden begründeten keinen Taggeldanspruch, da keine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei der Klägerin festgestellt worden sei. Eine vor dem 1. Februar 2012 aufgrund der Diagnosen eines sensomotorischen Karpaltunnel- und Sulcus ulnaris-Syndroms rechts eingetretene Arbeitsunfähigkeit sei nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan. Der Versicherungsschutz sei mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses am 31. Januar 2012 infolge Kündigung erloschen. Eine Nachleistung für den laufenden Fall sei nicht geschuldet, da die Klägerin spätestens per 1. Dezember 2011 die vollständige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf ihre psychischen Beschwerden wiedererlangt habe (act. G 5).

B.c Die Parteien verzichteten auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung (act. G 9f.).

B.d Die Klägerin hielt in der Replik vom 13. Mai 2015 unverändert an den Rechtsbegehren fest und führte ergänzend aus, ihr seien nicht alle Akten zur Kenntnis gebracht worden (act. G 16). Zudem legte sie ein Arztzeugnis von Dr. I. ___ vom 1. Januar 2012 (act. G 16.1) und eine Kostennote des Rechtsvertreters (act. G 16.2) bei.

B.e Mit Duplik vom 12. Juni 2015 (act. G 18) hielt die Beklagte an ihren bisherigen Anträgen vollumfänglich fest.

B.f Am 30. August 2016 wurden die Parteien über den Beizug der IV-Akten des Beschwerdeverfahrens IV 2014/543 orientiert (act. G 20). Die Klägerin äusserte sich am 2. September 2016 zu den erfolgten Eingliederungsbemühungen der IV-Stelle (act. G 21). Die Beklagte nahm am 14. September 2016 und die Klägerin am 28. September 2016 nochmals Stellung (act. G 24 und G 26).

Erwägungen

1. Mit der Klage beantragt die Klägerin Leistungen aus einer kollektiven Krankentaggeldversicherung.

1.1 Gemäss Ziff. 38 der vorliegend unbestrittenermassen anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten (AVB), Ausgabe 1. Januar 2006 (act. G 5.1), kann die anspruchsberechtigte Person bei Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag wahlweise an ihrem schweizerischen Wohnort, ihrem schweizerischen Arbeitsort oder am Hauptsitz der Beklagten Klage erheben. Die Klägerin hat das Gericht an ihrem Wohnort angerufen. Die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts ist damit gegeben.

1.2 Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EGZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272)

als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Darunter werden praxisgemäss auch Zusatzversicherungen wie die vorliegend zu beurteilende Kollektivtaggeldversicherung 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 sind vorliegend auch die Voraussetzungen der sachlichen und funktionalen Zuständigkeit erfüllt.

1.3 Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht ist kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchzuführen (vgl. BGE 138 III 564 E. 4.6).

2.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der von der Klägerin gegenüber der Beklagten geltend gemachte Anspruch auf Taggeldleistungen über den 31. Januar 2012 hinaus.

2.1 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. BSK ZPO [2. Aufl.] - PETER GUYAN, Art. 153 N 3 ff., insbesondere N 9; FRANZ HASENBÖHLER in: SUTTER-SOMM/HASENBÖHLER/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, BGE 125 III 238 f. E. 4a und BGE 107 II 236 E. 2c mit weiteren Hinweisen).

2.2 Im Zivilprozess gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO). Das Gericht hat bei der Bewertung der erhobenen Beweise unabhängig von abstrakten 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 (Urteil des Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2015, KV-Z 2013/16, E. 2.2 mit Hinweis auf HASENBÖHLER, ZPO Kommentar, Art. 157 N 8 f.).

2.3 Nach Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB; SR 210) hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Der Eintritt des Versicherungsfalles ist nach diesen Grundsätzen vom Anspruchsberechtigten zu beweisen (BGE 141 III 241 E. 3.1). Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst die anspruchsberechtigte Person insofern eine Beweiserleichterung, als sie nur

eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Beim Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist verlangt, dass die Möglichkeit, es könnte sich auch anders verhalten, zwar nicht ausgeschlossen ist, sie aber für die betreffende Tatsache weder eine massgebende Rolle spielen noch vernünftigerweise in Betracht fallen darf (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2015, 4A_516/2014, E. 4.1 mit Hinweis u.a. auf BGE 130 III 325 E. 3.3).

2.4 An der Beweislast der anspruchsberechtigten Person ändert nichts, dass die Versicherung zunächst Taggelder ausbezahlt hat; macht sie geltend, die Umstände hätten sich geändert oder die Leistungen seien von vornherein zu Unrecht erbracht worden und die versicherte Person sei (wieder) arbeitsfähig, so hat die anspruchsberechtigte Person zu beweisen, dass sie (weiterhin) arbeitsunfähig ist und daher Anspruch auf Taggelder hat. Im Falle der Beweislosigkeit trägt mithin nicht die Versicherung, sondern die anspruchsberechtigte Person die Beweislast (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. August 2015, 4A_246/2015, E. 2.2 mit Hinweis).

2.5 Das grundsätzlich anwendbare VVG enthält mit Ausnahme von Art. 87 VVG, der das selbstständige Forderungsrecht des Begünstigten in der kollektiven Unfall- oder Krankenversicherung normiert, keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld. Es sind deshalb vorab die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend, vorliegend also die AVB der Beklagten.

3.
Zu bestimmen ist zunächst, welche Schadensgrösse für die Beurteilung eines Taggeldanspruchs ab 1. Februar 2012 massgebend ist.

3.1 Gemäss Ziff. 3.1 der AVB ist Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Ziff. 3.4 der AVB). Das Taggeld wird bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet (Ziff. 12.1 der AVB). Die versicherte Person, die in ihrem angestammten Beruf voraussichtlich dauernd voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, ihre allenfalls verbleibende Erwerbsunfähigkeit zu bewerten, auch wenn dies einen Berufswechsel erfordert. Der Versicherer fordert die versicherte Person zum Berufswechsel auf und macht sie auf die Folgen gemäss Ziff. 14 (Verletzung der Obliegenheiten) aufmerksam (Ziff. 13.5 der AVB).

3.2 Die Definition der Arbeitsunfähigkeit in den AVB entspricht wörtlich Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1). Deshalb und mangels erkennbarer gegenteiliger Gesichtspunkte rechtfertigt es sich, bei der Auslegung von Ziff. 3.4 der AVB auf die im Sozialversicherungsrecht herrschende Interpretation abzustellen.

3.2.1 Die Taggeldversicherung entschädigt nur solange Berufsunfähigkeit, als nicht eine berufliche Neueingliederung notwendig geworden ist. Die Umstellung ist mit der Natur der Taggeldversicherung vereinbar, da hier die Bezugnahme auf den vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübten Beruf nicht Wesensmerkmal des versicherten Risikos darstellt. Taggeldleistungen erfolgen (zunächst) unter der Vorgabe einer bloss vorübergehenden Unfähigkeit, die angestammte Tätigkeit zu versehen; diese tätigkeitsspezifische Über-rückungsfunktion entfällt, wenn feststeht, dass eine Rückkehr in die bis-

herige Arbeit nicht mehr möglich sein wird (Urteil des Bundesgerichts vom 29. März 2007, K 224/05, E. 3.1.2 mit Hinweisen). Solange noch die Prognose gestellt werden kann, die versicherte Person werde die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf mit überwiegender Wahrscheinlichkeit soweit zurückzugewinnen, dass weitere Leistungen entfallen, ist die dort gegebene funktionelle Einschränkung massgebend. Die Bezugsgrösse für die Ermittlung der Arbeitsunfähigkeit wird aber auf alle zumutbaren, das heisst nach den gesundheitlichen und weiteren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Beschäftigungen ausgeweitet, sobald feststeht, dass die Wiederaufnahme der bisher ausgeübten Tätigkeit aufgrund des - stabilisierten - Gesundheitszustandes nicht mehr in Frage kommt (oder definitiv nur noch in geringerem Umfang als in einer leidensangepassten Arbeit) und die versicherte Person eingliederungsfähig ist (Urteil des Bundesgerichts vom 29. März 2007, K 224/05 E. 3.2 mit Hinweisen).

3.2.2 Ist ein Berufswechsel angezeigt, so gesteht die Rechtsprechung der versicherten Person zur Anpassung an die veränderten Verhältnisse und zur Stellensuche eine Übergangsfrist zu, während welcher das bisherige Krankentaggeld geschuldet bleibt. In der Regel wird eine Frist von drei bis fünf Monaten als angemessen betrachtet. Die Anpassungszeit beginnt mit der Aufforderung des Taggeldversicherers zum Berufswechsel (Urteil des Bundesgerichts vom 29. März 2007, K 224/05, E. 3.3). Von der versicherten Person kann nur eine berufliche Umstellung verlangt werden, die ihr unter Berücksichtigung der gesamten objektiven (Arbeitsmarktsituation) und subjektiven (wie etwa verbliebene Leistungsfähigkeit, Alter, berufliche Stellung, familiäre Verhältnisse) Gegebenheiten des Einzelfalls zumutbar ist (Urteil des Bundesgerichts vom 29. März 2007, K 224/05, E. 4.1).

3.2.3 Sobald die Arbeitsunfähigkeit nicht mehr mit krankheitsbedingten funktionellen Ausfällen allein gleichgesetzt, sondern aufgrund der leidensangepassten Einsatzmöglichkeiten im allgemeinen Arbeitsmarkt bemessen wird, ist zur Ermittlung der Erwerbseinbusse ein Einkommensvergleich anzustellen, indem das aus der angestammten Tätigkeit im Gesundheitsfall hypothetisch erzielbare Einkommen demjenigen gegenübergestellt wird, das aus der Ausübung einer anderen zumutbaren Beschäftigung (Verweisungstätigkeit) mutmasslich zu erreichen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 29. März 2007, K 224/05, E. 3.1.1 mit Hinweisen).

3.3 Die Beklagte teilte der Klägerin im Schreiben vom 18. November 2011 mit, gemäss der Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin werde sie im angestammten Beruf keine 100%ige Arbeitsfähigkeit mehr erlangen. Es sei ihr jedoch im Rahmen einer leidensangepassten Tätigkeit zumutbar, eine 100%ige Arbeitsleistung zu erbringen. Der von der Beklagten vorgenommene Vergleich des bisherigen Einkommens mit einem Verdienst aus einer leidensangepassten Tätigkeit ergab keine Erwerbseinbusse. Unter Hinweis auf die Besprechung mit dem Schadeninspektor vom 26. Oktober 2011 (siehe hierzu act. G 5.12) gewährte sie der Klägerin eine Anpassungszeit bis 31. Januar 2012 (act. G 5.13). Zu prüfen ist nachfolgend die Rechtmässigkeit dieses Vorgehens.

3.3.1 In medizinischer Hinsicht gilt es zu berücksichtigen, dass die psychiatrische Gutachterin in der Expertise vom 7. Oktober 2011 zum Schluss gelangte, die diagnostizierte undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) werde in ein bis zwei Monaten zu keiner Einschränkung für leidensangepasste Tätigkeiten mehr führen (act. G 5.9, S. 12). Die gutachterliche Beurteilung erfolgte in Kenntnis der relevanten Vorakten und beruhte auf einer eigenen persönlichen Untersuchung der Klägerin. Die darin gezogenen Schlüsse und die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung für leidensangepasste Tätigkeiten sind nachvollziehbar begründet. Entgegen der nicht näher substantiierten Rüge der Klägerin (act. G 1, Rz 5 und Rz 8) ergeben sich aus dem Gutachten keine Gesichtspunkte, dass allenfalls schlechte Deutschkenntnisse zu einer mangel-

haften Beurteilung geführt hätten. Vielmehr enthält das psychiatrische Gutachten ausführliche Angaben der Klägerin zur Anamnese und zum jetzigen Leiden (act. G 5.9, S. 4 ff.). Die Klägerin benennt denn auch nicht konkret, welche relevanten Gesichtspunkte aufgrund mangelnder Kommunikation falsch oder gar nicht berücksichtigt worden wären. Die Gutachterin hat sodann den "knapp ausreichenden" Deutschkenntnissen Rechnung getragen (act. G 5.9, S. 8). Die seit 1980 in der Deutschschweiz tätige Klägerin schätzt ihre Deutschkenntnisse ferner "in Wort" als "gut" ein (siehe Lebenslauf, IV-act. 78-1 f.). Ins Gewicht fällt sodann, dass die gutachterliche Einschätzung zu einer leidensangepassten Tätigkeit von der in der Tagesklinik im Psychiatrischen Zentrum E.____ behandelnden Oberärztin am 5. Dezember 2011 bezogen auf eine leidensangepasste Tätigkeit bestätigt wurde. Diese bejahte aus psychiatrischer Sicht die Zumutbarkeit einer leidensangepassten Tätigkeit. Auf die Frage, ob eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, antwortete sie mit "entfällt" (IV-act. 22-3 f.). Der Vorwurf der Klägerin, die Gutachterin habe zu Unrecht Verdeutlichungstendenzen bis hin zur Aggravation beschrieben und damit offensichtlich "über ihr Fachgebiet Psychiatrie hinaus gegriffen" (act. G 1, Rz 5), erweist sich als unbegründet. Die Gutachterin legte hinsichtlich des gerügten Eindrucks plausibel und in mit den Angaben der Versicherten zu den Alltagsaktivitäten (siehe hierzu act. G 5.9, S. 7) zu vereinbarender Weise dar, die Ausführungen der Klägerin zu den körperlichen Beschwerden seien in Widerspruch zu den geschilderten Aktivitäten gestanden. Zudem hätte sich eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und dem weitestgehend blanden psychopathologischen Befund ergeben (act. G 5.9, S. 9). Des Weiteren lässt die Beklagte unberücksichtigt, dass gerade auch die Beurteilung psychosomatischer Leiden ins Fachgebiet der Psychiatrie fällt. Ausserdem hatte die Gutachterin Kenntnis von der rheumatologischen Beurteilung von Dr. D.____ vom 15. März 2011 (act. G 5.9, S. 2). Dieser vermochte keine entzündliche Erkrankung, insbesondere auch kein klinisch relevantes Karpaltunnelsyndrom, zu objektivieren. Er ging ebenfalls von einem psychosomatischen Beschwerdebild bei psychosozial schwer belasteter Patientin aus (act. G 5.4). Oberarzt F.____ wies ebenfalls auf eine deutliche Psychosomatisierung hin und führte aus, dass eine neurologisch-psychiatrische Befunderhebung keine signifikanten Auffälligkeiten ergeben habe (Bericht vom 19. Juli 2011, act. G 5.6). Im Übrigen wurde auch in der Zeit nach der Einstellung der Taggelderleistungen aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten bescheinigt. Dr. I.____ bemerkte im Bericht vom 9. März 2012, nachdem sie die Klägerin zuletzt am 6. Februar 2012 gesehen hatte, "keine geistigen, psychischen Einschränkungen!" (IV-act. 31).

3.3.2 Aus somatischer Sicht findet sich in den Akten keine Einschätzung von damals behandelnden medizinischen Fachpersonen, die für die Zeit ab Oktober 2011 bis 31. Januar 2012 sowie die unmittelbar folgenden Monate eine Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten wegen körperlicher Leiden ausweist. Die Hausärztin hielt eine leidensangepasste Tätigkeit, bei welcher der rechte Arm möglichst nicht belastet werde, für zumutbar. Quantitative Einschränkungen benannte sie keine. Ihre Angaben hätten seit Februar 2011 Gültigkeit (Bericht vom 20. April 2012, IV-act. 37). Dr. I.____ verwies im Bericht vom 9. März 2012 bezüglich körperlicher Einschränkungen auf den "Hausarzt" (IV-act. 31-2). Zu beachten ist des Weiteren, dass sich bereits aus dem Bericht von Dr. D.____ vom 15. März 2011 keine objektivierbare körperlich bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ergibt (act. G 5.4; vgl. auch die in vorstehender E. 3.3.1 wiedergegebenen Aussagen von Oberarzt F.____ zur deutlichen Psychosomatisierung und zu den fehlenden neurologischen Auffälligkeiten). Eine Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste, die Hände nicht stark belastende Tätigkeiten ist damit zumindest in der Zeit vom Oktober 2011 bis und mit Februar 2012 nicht ausgewiesen. Daran ändern die in diesem Zeitraum ausgestellten, nicht begründeten Arbeitsunfähigkeitsatteste von Dr. I.____ (siehe etwa act. G 1.12 und act. G 16.1) und der Hausärztin (act. G 1.14) allein schon deshalb nichts, weil darin kein Bezug zu einer leidensangepassten Tätigkeit erkennbar ist. Würde dieser

im Übrigen bejaht, ständen sie ohnehin in Widerspruch zu den vorgenannten, zu Händen der IV-Stelle erstatteten Berichten. Soweit sich Dr. K. ___ überhaupt mit der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten auseinandersetzt, fehlt der von ihm geschätzten vollständigen Arbeitsunfähigkeit eine nachvollziehbare Begründung, weshalb offen bleiben kann, ob diese überhaupt retrospektiv Geltung beanspruchen könnte. Die Unzumutbarkeit jeglicher Tätigkeiten in der freien Wirtschaft begründete er im Bericht vom 23. März 2014 ferner allein mit den Einschränkungen an der rechten Hand (act. G 5.42). Im Bericht vom 9. September 2014 anerkannte er denn auch immerhin, dass die Klägerin "selbstverständlich" für Aktivitäten, die nur mit der linken Hand ausgeübt werden können, voll arbeitsfähig sei. Ergänzend brachte er allerdings ohne nachvollziehbare Begründung einen prognostisch-vagen Vorbehalt an, dass mit der linken Hand auszuübende Aktivitäten der Klägerin nicht zumutbar seien, weil sie schlussendlich ihre linke Hand überbelasten müssten. Eine solche Überlastung könnte auch im Laufe der Zeit gewisse gesundheitliche Probleme hervorrufen (act. G 1.23). Abgesehen davon, dass Dr. K. ___ seine Einschätzung nicht plausibel erklärt, lässt sie unberücksichtigt, dass in der freien Wirtschaft etwa Kontrolltätigkeiten bestehen, die keine erhöhten Anforderungen an die Hände stellen. Sie lässt sich ausserdem nicht mit der gegenteiligen Auffassung von Dr. N. ___ vereinbaren, der bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten - abgesehen von einer postoperativen Phase - keine quantitativen Einschränkungen beschrieben, sondern vielmehr auf psychosoziale Hindernisse hingewiesen hat (Bericht vom 14. Juli 2014, act. G 5.42). Der Vollständigkeit halber ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung von Dr. K. ___ von den neurologischen Experten des Zentrum Q. ___ in Zweifel gezogen wurde (Aktenbeurteilung vom 2. Juni 2014, act. G 5.36).

3.3.3 Im Licht dieser medizinischen Aktenlage ist zumindest bezogen auf den Zeitraum von Oktober 2011 bis Ende Februar 2012 nicht zu beanstanden, dass die Beklagte von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ausgegangen ist.

3.3.4 Aus dem Protokoll vom Gespräch zwischen dem Schadeninspektor der Beklagten und der Klägerin vom 26. Oktober 2011 (act. G 5.12) geht nicht hervor, dass ein Berufswechsel in eine andere Tätigkeit oder eine Befristung der Leistungen im Sinn von Art. 3.4 und Ziff. 13.5 der AVB thematisiert worden wären (vgl. auch die Ausführungen der Klägerin in der E-Mail vom 14. Dezember 2011, act. G 5.14). Die Beklagte forderte von der Klägerin erstmals im Schreiben vom 18. November 2011 einen Berufswechsel in eine leidensangepasste Tätigkeit. Erst in diesem Schreiben wurde der Klägerin die Terminierung der Leistungen bis 31. Januar 2012 zur Kenntnis gebracht (act. G 5.13). Aus den Akten geht nicht hervor, an welchem Datum die Aufforderung vom 18. November 2011 der Klägerin zugestellt wurde. Angesichts dessen, dass der 18. November 2011 ein Freitag war, dürfte die Zustellung nicht vor dem 21. November 2011 und gegen Ende des Monats November 2011 erfolgt sein. Die der Klägerin damit eingeräumte Anpassungszeit beträgt damit weniger als zweieinhalb Monate und erweist sich als zu kurz (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. März 2007, K 224/05, E. 3.3). Es bestehen vorliegend keine Gründe, die ein Unterschreiten der drei- bis fünfmonatigen Anpassungsfrist rechtfertigen. Vielmehr ist mit Blick auf die lange Betriebszugehörigkeit (30 Jahre, act. G 5.12), die dadurch und aufgrund des Alters eingeschränkte Umstellungsfähigkeit der Klägerin sowie die im Dezember regelmässig feiertagsbedingt erschwerte Stellensuche eine Anpassungsfrist bis zum 29. Februar 2012 zu gewähren. Die Klägerin war seit 18. Februar 2011 arbeitsunfähig (act. G 5.2; siehe auch act. G 1.2), womit die Voraussetzung der längeren Dauer gemäss Ziff. 3.4 der AVB spätestens per 29. Februar 2012 als erfüllt betrachtet werden kann. Bei der Anwendung von Art. 6 ATSG wird bereits bei einem Zeitraum von mehr als sechs Monaten eine lange Dauer der Arbeitsunfähigkeit angenommen (UELI KIESER, ATSG Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Rz 74 zu Art. 6). Die 19__ geborene Klägerin (act. G 5.3) war durchgehend seit 1980 als Hilfsarbeiterin in der Schweiz erwerbstätig (IV-act. 78) und im Ar-

beitsmarkt integriert. Die letzte Anstellung wurde ihr per 31. Januar 2012 gekündigt (act. G 5.44). Es bestehen demnach keine Gründe, die gegen die Zumutbarkeit eines Berufswechsel in eine leidensangepasste Tätigkeit sprechen, zumal die Klägerin hierfür über eine 100%ige Arbeitsfähigkeit verfügt hatte. Aus der mehr als zwei Jahre später ergangenen beruflichen Abklärung (vgl. hierzu Abklärungsbericht vom 21. März 2013, IV-act. 71), die hauptsächlich unter dem Eindruck der medizinischen Beurteilung durch Dr. K.____ stand, lassen sich keine davon abweichenden retrospektiven Schlüsse ziehen, womit dessen echtzeitliche Aussagekraft offen bleiben kann.

3.3.5 Nach dem Gesagten hat die Klägerin einen Anspruch auf Taggeldleistungen über den 31. Januar 2012 hinaus bis zum 29. Februar 2012. Bei einem im Jahr 2012 massgebenden Taggeld à Fr. 115.41 (vgl. act. G 1.2k) resultiert für den Monat Februar 2012 ein Betrag von Fr. 3'346.90 (Fr. 115.41 x 29). Das Zusammentreffen mit Leistungen von Sozialversicherern darf nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen. Die Überentschädigungsgrenze liegt bei der Höhe der versicherten Leistungen gemäss Ziff. 6.1 bzw. 6.2. Die Taggeldleistungen werden im Nachgang zu den Leistungen von Sozialversicherungen und Versicherungen gemäss BVG erbracht. In der Folge beschränkt sich die Leistungspflicht des Versicherers auf die Differenz zwischen den Leistungen von Sozialversicherungen - einschliesslich freiwillige Taggeldversicherungen nach KVG - und Versicherungen gemäss BVG und der vorerwähnten Überentschädigungsgrenze (siehe zum Ganzen Ziff. 23.1 der AVB). Die Überentschädigungsgrenze ist der in der Police aufgeführte Prozentsatz (vorliegend 80%) des versicherten Erwerbseinkommens (Ziff. 23.1 i.V.m. Ziff. 6.1 der AVB i.V.m. Police, act. G 5.2, S. 2), für den Monat Februar 2012 daher Fr. 3'346.90. Da die Beklagte den Bruttolohn einschliesslich der sozialversicherungsrechtlichen Beiträge der Arbeitnehmenden mitversichert (siehe Ziff. 6.1 der AVB und Ziff. 990 der Police, act. G 5.2, S. 3), mithin das von ihr ausgerichtete Taggeld die Entschädigung dieser Beiträge berücksichtigt, ist entgegen der Sichtweise der Klägerin nicht bloss die Nettoarbeitslosenentschädigung (act. G 1, Rz 9) im Rahmen der Überentschädigungsbestimmung gemäss Ziff. 23.1 der AVB anzurechnen. Im Februar 2012 bezog die Klägerin eine Bruttoarbeitslosenentschädigung von Fr. 2'281.60 (act. G 1.5b), womit gegenüber der Beklagten ein Anspruch von Fr. 1'065.30 (Fr. 3'346.90 - Fr. 2'281.60) verbleibt.

4.
Zu prüfen bleibt, ob nach der Leistungseinstellung per 29. Februar 2012 in der Folgezeit eine leistungsrelevante Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten aufgetreten ist, die zu einem Taggeldanspruch gegenüber der Beklagten führt.

4.1 Der Versicherungsschutz erlischt für die einzelne versicherte Person u.a. mit ihrem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis bzw. aus dem Dienste des Versicherungsnehmers (Ziff. 9.3 lit. a). Für versicherte Personen, die bei Ende der Versicherung arbeitsunfähig bzw. erwerbsunfähig sind, bleibt der Leistungsanspruch für den laufenden Fall im Rahmen der Vertragsbestimmungen gewahrt (Nachleistung). Mit Wiedererlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit erlischt der Anspruch auf Nachleistung. Rückfälle gemäss Ziff. 17.2 der AVB geben keinen Anspruch auf weitere Leistungen (Ziff. 9.4 der AVB).

4.2 Weder machen die Parteien geltend noch ergibt sich aus den Akten, dass die Klägerin nach dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis in die Einzelversicherung übergetreten ist. Da im Zeitpunkt der Einstellung der Taggeldleistungen per 29. Februar 2012 und in den unmittelbaren Folgemonaten keine Einschränkung der für weitere Leistungen massgeblichen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ausgewiesen sind (vgl. vorstehende E. 3), entfiel der Anspruch auf Nachleistung per 29. Februar 2012 (Ziff. 9.4 der AVB). Deshalb und da ein allfälliger Rückfall nach dem Ende des Versiche-

rungsschutzes keinen Leistungsanspruch gegenüber der Beklagten entstehen lässt (Ziff. 9.4 der AVB), kann letztlich offen bleiben, wie sich der spätere gesundheitliche Verlauf gestaltet hat.

4.3 Die Klägerin beantragt einen Verzugszins für die ausstehenden Taggelder.

4.3.1 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. 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. 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; siehe zum Ganzen den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Juni 2015, KV-Z 2015/3, E. 4.2.1 mit Hinweisen auf die Literatur).

4.3.2 Nach den vorstehenden Ausführungen geriet die Beklagte mit der definitiven Ablehnung ihrer Leistungspflicht mit den einzelnen Taggeldern jeweils am Tag der Fälligkeit in Verzug. Eine ausdrückliche Mahnung der Taggeldleistungen durch die Klägerin war nicht erforderlich. Aus praktischen Gründen rechtfertigt es sich, von einem mittleren Verfall am 15. Februar 2012 auszugehen (vgl. den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Juni 2015, KV-Z 2015/3, E. 4.2.2 mit Hinweis auf die Literatur).

4.3.3 Gemäss Art. 100 VVG i.V.m. Art. 104 Abs. 1 OR hat die Beklagte Verzugszinsen zu 5% pro Jahr zu bezahlen.

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin den Betrag von Fr. 1'065.30 zuzüglich 5% Verzugszins seit 15. Februar 2012 zu bezahlen. In diesem Umfang ist die Klage gutzuheissen.

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

5.3 Die teilweise obsiegende Klägerin hat einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 106 Abs. 1 und Abs. 2 ZPO).

5.3.1 Die Parteientschädigung spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 96 ZPO). Nach Art. 14 Abs. 1 lit. c der st. gallischen Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) beläuft sich das mittlere Honorar bei einem Streitwert über Fr. 20'000.-- bis Fr. 50'000.-- auf Fr. 1'850.-- zuzüglich 12.3% des Streitwerts, vorliegend also auf Fr. 5'039.16 (Fr. 1'850.-- + [Fr. 25'928.13 x 12.3%]). Aufgrund der besonderen Umstände, insbesondere der Schwierigkeit des Falles und des notwendigen Zeitaufwands für die Vertretung ist eine Erhöhung des mittleren Honorars um einen Viertel angezeigt (Art. 17 HonO; Fr. 6'298.95). Ein Zuschlag zum Grundhonorar in der Höhe von 40% ist aufgrund des gerichtlichen Beizugs der IV-Akten und des dadurch der Klägerin angefallenen Mehraufwands für die Stellungnahme (act. G 21 und G 26) vorzunehmen (Art. 18 Abs. 1 lit. b HonO), wodurch ein Honorar von Fr. 8'818.53 resultiert. Unter Berücksichtigung des teilweisen Obsiegens im Betrag von Fr. 1'065.30 (entsprechend einem Obsiegen von 4.11% [$\frac{1'065.30}{Fr. 25'928.13} \times 100$]) beläuft sich die Parteientschädigung auf Fr. 362.44 (4.11% von Fr. 8'818.53). Zuzüglich Barauslagen von Fr. 14.50 (4% pauschal gemäss

Art. 28bis Abs. 1 HonO) und Mehrwertsteuer von Fr. 30.16 (8% von Fr. 376.94) ist die Klägerin mit insgesamt Fr. 407.10 zu entschädigen.

5.3.2 Des Weiteren beantragt die Klägerin die Entschädigung für das Arztzeugnis von Dr. K.____ vom 19. Februar 2014 (act. G 16.2; zum Arztzeugnis siehe act. G 1.17). Als Parteientschädigung gilt u.a. der Ersatz der notwendigen Auslagen (Art. 95 Abs. 3 lit. a ZPO). Das von der Klägerin ins Feld geführte Arztzeugnis von Dr. K.____ war für den vorliegenden Entscheid nicht massgeblich. Eine Entschädigung der entsprechenden Kosten durch die Beklagte fällt daher ausser Betracht.

5.4 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts hat im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung der obsiegende Versicherungsträger Anspruch auf eine Parteientschädigung, falls er durch einen externen Anwalt vertreten ist (Urteil des Bundesgerichtes vom 17. November 2010, 4A_194/2010, E. 2.2.1, nicht publiziert in: BGE 137 III 47; Urteil des Bundesgerichts vom 9. Januar 2001, 5C.244/2000, E. 5 mit Hinweisen). Dies ist vorliegend nicht der Fall, weshalb die Beklagte keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung hat.

Entscheid

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

1.
In teilweiser Gutheissung der Klage hat die Beklagte der Klägerin Krankentaggelder im Betrag von Fr. 1'065.30 zuzüglich 5% Verzugszins seit 15. Februar 2012 zu bezahlen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Die Beklagte hat die Klägerin mit Fr. 407.10 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.
4.
Der Beklagten wird keine Parteientschädigung zugesprochen.