

Gerichte des Kantons St.Gallen

Kanton St.Gallen



Entscheid Versicherungsgericht, 26.11.2018

Der Anspruch auf Krankentaggelder richtet sich nach dem Versicherungsvertrag und den inkludierten Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen. Daher können keine zusätzlich zu erfüllende Anspruchsvoraussetzungen verlangt oder der Ausschluss von vertraglich vereinbarten Leistungen (Krankentaggelder) - bspw. gestützt auf die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechungspraxis zu Suchterkrankungen - vorgenommen werden. Taggeldanspruch während der stationären Langzeittherapie eines ehemals Suchtkranken bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. November 2018, KV-Z 2017/12).

Entscheid vom 26. November 2018

Besetzung

Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

KV-Z 2017/12

Parteien

A.____,

Kläger,

vertreten durch Rechtsanwältin Jasmina Husidic, MLaw,
Rorschacherstrasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen und
Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21, Postfach
27, 9004 St. Gallen,

gegen

SWICA Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401
Winterthur,

Beklagte,

Gegenstand

Taggeldleistungen

Sachverhalt

A.
A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) ist seit dem 1. März 2016 über seine Arbeitgeberin, die B.____ AG (nachfolgend: Arbeitgeberin bzw. Versicherungsnehmerin), bei der SWICA Krankenversicherung AG, Winterthur (nachfolgend: Versicherung), der kollektiven Taggeldversicherung angeschlossen (act. G 1.3, G 5.1, G 5.2).

A.b Vom 14. Juni bis 29. Juli 2016 war der Versicherte wegen einer Suchterkrankung in stationärer Behandlung in der Psychiatrischen Klinik C.____. Ab dem 2. August 2016 liess er sich teilstationär im psychiatrischen Zentrum D.____ behandeln (act. G 1.5, G 8.1).

A.c Am 30. August 2016 meldete die Arbeitgeberin der Versicherung die seit dem 14. Juni 2016 bestehende krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.3).

A.d Im Arztbericht vom 30. September 2016 - den stationären Aufenthalt vom 14. Juni bis 29. Juli 2016 betreffend - diagnostizierte Dr. med. E.____, Oberarzt Psychiatrische Klinik C.____, beim Versicherten: 1. Störungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10: F14.21), 2. Störungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10: F10.21) und 3. Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10: F61.0). Im Weiteren erklärte der Arzt, dass der Entzug von Kokain problemlos gewesen und die Behandlung ruhig verlaufen sei (act. G 1.5).

A.e Da der Versicherte die bisherige Tätigkeit als Assistent Betriebsleiter gesundheitsbedingt nicht mehr ausüben konnte, bot ihm die Arbeitgeberin ab dem 1. Oktober 2016 eine Anstellung als Koch an (act. G 1.7; vgl. auch act. G 1.11-5, G 5-3).

A.f Gemäss den ärztlichen Zeugnissen des Psychiatrischen Zentrums D.____ betrug die Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis 4. Oktober 2016 100% und vom 5. Oktober bis 6. November 2016 50% (act. G 5.3). Am 4. November 2016 endete die teilstationäre Behandlung im Psychiatrischen Zentrum D.____. Gemäss dem Austrittsbericht vom 14. November 2016 habe sich die gesundheitliche Situation des Versicherten verbessert. Die Arbeitsfähigkeit wurde ab dem 7. November 2016 auf 70% geschätzt (act. G 8.1). In den Arztzeugnissen vom 9. November und 8. Dezember 2016 bescheinigte Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit vom 9. November bis 31. Dezember 2016 (act. G 5.3).

A.g Vom 22. März bis 30. Mai 2017 war der Versicherte erneut in stationärer Behandlung in der Psychiatrischen Klinik C.____ (act. G 1.8). Der Klinikaustritt erfolgte auf Wunsch des Versicherten (vgl. Arztbericht von Dr. E.____ vom 14. Juni 2017, act. G 8.2).

A.h Am 1. Juni 2017 teilte der Versicherte der Versicherung mit, dass er am 19. Juni 2017 in die Institution G.____, Zentrum für Suchttherapie und Rehabilitation, eintreten werde. Der Aufenthalt daure mindestens vier Monate. Möglicherweise werde er auch die Langzeittherapie dort machen (act. G 1.9).

A.i Vom 6. bis 12. Juni 2017 wurde der Versicherte erneut in der Psychiatrischen Klinik in C.____ stationär behandelt. Im Austrittsbericht stellte Dr. E.____ die gleichen Diagnosen wie im Bericht vom 30. September 2016. Er erklärte, der Versicherte sei beim Austritt in stimmungsmässig stabilem Zustand und frei von eigen- oder fremdgefährdenden Aspekten gewesen. Der Austritt sei - entgegen den Empfehlungen - auf Wunsch des Klägers eine Woche vor dem geplanten Eintritt in die Institution G.____ erfolgt (act. G 1.8, G 8.2). Für die Woche bis zum Eintritt in die Institution G.____ am 19. Juni 2017 attestierte med. prakt. H.____ dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 5.3). Ende Juni 2017 endete das Arbeitsverhältnis des Versicherten bei der bisherigen Arbeitgeberin (act. G 1.9 f.).

A.j In der Institution G.____ arbeitete der Versicherte jeweils am Vor- und am Nachmittag mit agogischer Begleitung im Garten. Zudem absolvierte er jede Woche ein einstündiges Gespräch bei der Sozialberatung und ein eineinhalb

bis zweistündiges Gespräch mit der Psychologin sowie zweimal pro Woche eine eineinhalbstündige Gruppentherapiesitzung (act. G 1.11-6, G 8.3). Während des Aufenthaltes wurde der Versicherte ärztlich betreut von Dr. med. I.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH, und Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (vgl. G 5.18). Erstere bescheinigte dem Versicherten während der stationären Therapie durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. G 5.3).

A.k Am 7. August 2017 untersuchte Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt Klinik L.____, den Versicherten im Auftrag der Versicherung. Im psychiatrischen Gutachten vom 15. August 2017 (act. G 1.11) erhob Dr. K.____ folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (act. G 1.11-7): 1. Zustand nach suchtmittelinduzierter psychotischer Störung (ICD-10: F14/10.5), DD: Zustand nach akuter polymorpher psychotischer Störung ohne Symptome einer Schizophrenie (ICD-10: F23.09), 2. Kokainabhängigkeit, gegenwärtig abstinent in beschützender Umgebung (ICD-10: F14.21), 3. Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent in beschützender Umgebung (ICD-10: F17.25). Im Weiteren erklärte Dr. K.____, dass beim Versicherten gegenwärtig von keiner psychischen Störung mit Krankheitswert ausgegangen werden könne. Die festgestellte leichte psychotische reduzierte allgemeine psychische Belastbarkeit, die leichte Selbstunsicherheit und die leicht eingeschränkte geistige Flexibilität mit einer leichten Affektlabilität hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte benötige jedoch zwecks einer tieferen Auseinandersetzung mit seiner Suchtproblematik und Sicherstellung einer langfristigen Suchtmittelabstinenz weiterhin die bereits eingeleitete stationäre Suchtbehandlung. Während dieser stationären Behandlung könne aufgrund der Notwendigkeit der Therapiepräsenz eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (act. G 1.11-6/8 f.). Im Weiteren stellte er fest, da beim Versicherten Hinweise auf schwerwiegende Persönlichkeitsdefizite fehlten, könne von einer primären Sucht ausgegangen werden (act. G 1.11-10).

A.l Mit Schreiben vom 11. September 2017 teilte die Versicherung dem Versicherten mit, dass sie die Taggeldleistungen per 31. August 2017 einstelle. Zur Begründung wurde angeführt, dass gemäss dem Gutachten von Dr. K.____ keine psychische Störung mit Krankheitswert vorliege und eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit gegeben sei. Laut den Allgemeinen Vertragsbedingungen bestehe daher kein Anspruch auf Taggeldleistungen während der Dauer der stationären Entwöhnung (act. G 1.13).

B.
B.a Am 19. September 2017 erhob der Versicherte "Einspruch" gegen die Einstellung der Taggeldleistungen. Zur Begründung führte er insbesondere aus, dass die Arbeitsunfähigkeit ärztlich attestiert sei (act. G 1.14). Im der Einsprache beigelegten Arztbericht vom 2. September 2017 diagnostizierte der Psychiater Dr. J.____ - ohne inhaltliche Kenntnis des Gutachtens von Dr. K.____ - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), sowie aktenanamnestisch laut Bericht der Klinik C.____ kombinierte Persönlichkeitsstörungen, vermeidende und impulsive Anteile (ICD-10: F61.0). Dr. J.____ schätzte die Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft auf 40%, wobei eine sukzessive Steigerung realistisch sei. Im Weiteren empfahl er die Fortsetzung der stationären Behandlung des Versicherten in der Institution G.____ (act. G 1.16, G 1.17).

B.b Am 6. Oktober 2017 nahm Dr. K.____ zu den ergänzenden Fragen der Versicherung Stellung. Er erklärte, dass weder eine rezidivierende depressive Störung noch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung vorlägen, denn die vorausgesetzten Kriterien gemäss ICD-10 seien nicht erfüllt. Der Arzt hielt an seiner Beurteilung gemäss dem Gutachten vom 15. August 2017 fest (act. G 5.23).

B.c Mit Schreiben vom 20. Oktober 2017 teilte die Versicherung dem Versicherten mit, dass sie gestützt auf die Stellungnahme von Dr. K.____ vom 6. Oktober 2017 am leistungseinstellenden Entscheid vom 11. September 2017 festhalte (act. G 5.24).

C.
C.a Mit Klage vom 19. Oktober 2017 (act. G 1) beantragt der Versicherte (nachfolgend: Kläger), vertreten durch Rechtsanwältin Jasmina Husidic, MLaw, und Rechtsanwalt Dr. iur. Pedergrana, St. Gallen, die Versicherung (nachfolgend: Beklagte) sei zu verpflichten, ihm die Krankentaggelder ab dem 1. September 2017 bis zum 19. Oktober 2017 in der Höhe von Fr. 6'281.80 zuzüglich 5% Zins ab 24. September 2017 (mittlerer Verfall) auszurichten, unter Vorbehalt des Nachklagerechts für weitere Leistungen ausserhalb dieses Zeitraumes sowie unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten. Zur Begründung wird insbesondere ausgeführt, dass der Kläger an einer Suchterkrankung sowie an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit vermeidenden und impulsiven Anteilen (ICD-10: F61) leide. Zurzeit fände eine Sucht-/Langzeittherapie in der Institution G.____ statt. Diese sei aufgrund des Gesundheitszustandes notwendig und diene der Vermeidung eines Rückfalls.

C.b Am 21. Dezember 2017 beendete der Versicherte seinen Aufenthalt in der Institution G.____ (act. G 8.3). Vom 22. Dezember 2017 bis 5. Januar 2018 bescheinigte med. prakt. H.____ dem Kläger eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Danach ging die Ärztin von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus und erwähnte die voraussichtliche Arbeitsaufnahme des Klägers am 6. Januar 2018 (act. G 8.4).

C.c Mit Klageantwort vom 5. Januar 2018 (act. G 5) beantragt die Beklagte die Abweisung der Klage. Zur Begründung wird insbesondere ausgeführt, dass für die eingeklagten Krankentaggelder (1. September bis 19. Oktober 2017) gemäss den Versicherungsbedingungen keine Versicherungsdeckung bestehe, da das Arbeitsverhältnis per 30. Juni 2017 aufgelöst worden sei und der Kläger auf den Übertritt in die Einzelversicherung verzichtet habe (act. G 5 Ziff. 14, 17). Da zum Zeitpunkt der Aufnahme des Klägers in den Kreis der Versicherten die Suchterkrankung bereits bestanden habe, bestehe auch aus diesem Grunde keine Versicherungsdeckung (act. G 5 Ziff. 20 f.). Zudem fehle es an einer eigenständigen psychischen Störung, welche die Abhängigkeit von Kokain und Alkohol verursacht habe (act. G 5 Ziff. 22). Ausserdem wird eingewendet, dass das Anschlussprogramm im G.____ den Rahmen einer stationären Suchttherapie, welche Taggeldansprüche auslösen könne, sprengt, denn dem Kläger sei zumutbar, nach dem mehrfach durchgeführten körperlichen Entzug den Kokainkonsum und den exzessiven Alkoholenuss sein zu lassen. Da eine Erwerbsunfähigkeit gemäss den Allgemeinen Vertragsbedingungen nur vorliege, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar sei, bestehe vorliegend keine Leistungspflicht für Taggelder. Ferner liege eine Verletzung der Schadenminderungspflicht vor, da es dem Kläger zumutbar sei, unter Verzicht auf den Drogenkonsum eine neue Erwerbstätigkeit aufzunehmen (act. G 5 Ziff. 22).

C.d Die Parteien verzichteten auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung (vgl. act. G 6 f.).

C.e Mit Replik vom 19. Februar 2018 klagt der Kläger Krankentaggelder für die Zeit vom 1. September 2017 bis neu 5. Januar 2018 in der Höhe von Fr. 16'281.40 zuzüglich 5% Zins ab dem 2. November 2017 (mittlerer Verfall) ein; unter Vorbehalt des Nachklagerechts für weitere allfällige Leistungen ausserhalb des eingeklagten Zeitraumes sowie unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten (act. G 8). Begründet wird der geltend gemachte Anspruch insbesondere damit, dass bis 5. Januar 2018 die 100%ige Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt sei. Zudem sei auch der von der Beklagten beauftragte Gutachter Dr. K.____ von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit während der stationären Behandlung in der Institution G.____ ausgegangen (vgl. act. G

5.3, G 8.4, G 8-7/9). Im Weiteren wird mit Verweis auf die AVB erklärt, dass der Versicherungsschutz auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses fortgedauert habe, da die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses eingetreten und die maximale Leistungsdauer (720 Taggelder) noch nicht ausgeschöpft seien (act. G 8-11).

C.f In der Duplik vom 20. März 2018 hält die Beklagte unverändert an ihren Anträgen gemäss Klageantwort fest (act. G 10). Zur Klageerweiterung in der Replik (eingeklagter Zeitraum neu bis 5. Januar 2018) wird ausgeführt, dass nach dem Austritt aus der Institution G.____, d.h. ab dem 22. Dezember 2017, von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (act. G 10-5). Im Weiteren wird anerkannt, dass der Kläger nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses von der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung in die Einzel-Krankentaggeldversicherung der Beklagten übergetreten sei (act. G 10-5 f., vgl. auch G 10.2 f.). Im Weiteren fordert die Beklagte den Beizug der IV-Akten (act. G 10-8).

C.g Mit Schreiben vom 5. April 2018 reichten die Rechtsvertreter des Klägers eine Honorarnote über insgesamt Fr. 8'304.35 ein (act. G 12, G 12.1).

Erwägungen

1.
1.1 Unbestritten ist, dass die Beklagte dem Kläger wegen krankheitsbedingter 100%iger Arbeitsunfähigkeit Krankentaggelder bis 31. August 2017 ausgerichtet hat (vgl. act. G 1, G 1.6, G 5.17). Strittig ist dagegen, ob die Beklagte für die Zeit ab dem 1. September 2017 zu Recht die Zahlung von Krankentaggeldern verweigert hat. Eingeklagt und damit zu prüfen sind die Krankentaggeldansprüche ab 1. September 2017 bis 5. Januar 2018, wobei sich der Kläger das Nachklagerecht für spätere Zeiträume vorbehalten hat (act. G 1, G 8). Die Krankentaggeldforderung wird vom Kläger insbesondere damit begründet, dass im eingeklagten Zeitraum der Versicherungsschutz trotz Beendigung des Arbeitsverhältnisses bestanden habe und die Arbeitsunfähigkeit vertragsgemäss durch Arztzeugnisse belegt sei. Die Beklagte geht dagegen davon aus, dass ihrerseits keine Leistungspflicht ab dem 1. September 2017 bestehe, da der Kläger gemäss dem Gutachten von Dr. K.____ vom 15. August 2017 in der angestammten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei (act. G 5, G 10, G 1.11).

2.
2.1 Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung Police Nr. XXXXXX (act. G 5.1, nachfolgend: Versicherungsvertrag), den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kollektive Taggeldversicherung nach VVG, Ausgabe 2015 (act. G 5.2, nachfolgend: AVB) und den Besonderen Versicherungsbedingungen für das Gastgewerbe, Ausgabe 2015 (act. G 5.2, nachfolgend: BVB).

2.2 Gemäss Art. 36 AVB stehen der versicherten Person der ordentliche Gerichtstand sowie sein schweizerischer oder liechtensteinischer Wohnsitz zur Verfügung. Der Kläger hat seinen Wohnsitz in St. Gallen. Folglich ist örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen gegeben.

2.3 Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit Art. 7 der ZPO 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 VVG zur Anwendung gelangt (vgl. etwa BGE 138 III 2 E.

1.1). Damit ist vorliegend auch die Voraussetzung der sachlichen Zuständigkeit erfüllt.

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

2.5 Die Eintretensvoraussetzungen sind somit erfüllt und auf die Klage ist einzutreten.

3.

3.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) 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.

3.2 Art. 247 Abs. 2 ZPO sieht vor, dass das Gericht den Sachverhalt im vereinfachten Verfahren von Amtes wegen feststellt. Im Anwendungsbereich dieses beschränkten Untersuchungsgrundsatzes hat die Initiative für die Beweiserhebung primär von den Parteien auszugehen, denen es obliegt, die abzunehmenden Beweise zu bezeichnen und entsprechende Beweisanträge zu stellen. Die Mitwirkung des Gerichts besteht in der Ausübung seiner Fragepflicht, indem es die Parteien dazu auffordert, (weitere) Beweismittel beizubringen oder zu bezeichnen. Von sich aus kann das Gericht Beweis abnehmen, wenn sich aus den Sachvorbringen einer Partei ergibt, dass mit einem Beweismittel eine entscheidungsrelevante Tatsache bewiesen werden könnte, aber kein entsprechender Beweisantrag gestellt worden ist (FRANZ HASENBÖHLER in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], ZPO Kommentar, 3. Aufl. Zürich/ Basel/Genf 2016 [nachfolgend ZPO Kommentar], Art. 153 N 5 ff.; BERND HAUCK in: ZPO Kommentar, Art. 247 N 33). 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 (vgl. HASENBÖHLER, ZPO Kommentar, Art. 157 N 14 ff.).

3.3 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 (vgl. BGE 141 III 241 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). 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).

3.4 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. Deshalb sind vorab die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend.

4.

4.1 Gemäss dem Versicherungsvertrag vom 15. Januar 2016 wurde zwischen der Beklagten und der Arbeitgeberin des Klägers für deren Arbeitnehmende eine Krankentaggeldversicherung abgeschlossen (act. G 5.1).

4.2 Der Kläger trat seine Stelle bei der Arbeitgeberin am 1. März 2016 an. Als Angestellter mit Jahrgang 19__ gehört er zum versicherten Personenkreis (vgl. Art. 10 Abs. 1 AVB). Aus den Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger bei Stellenantritt nicht voll arbeitsfähig gewesen wäre (vgl. AVB Seite 3). Folglich ist der Kläger seit seinem Stellenantritt bei der Beklagten krankentaggeldversichert (vgl. Art. 11 Abs. 1, Art. 9 Abs. 1 Bst. a AVB). Der Einwand der Beklagten, dass es sich um einen vorbestehenden und deswegen nicht versicherten Krankheitsfall handle, ist daher unbehelflich (vgl. act. G 5, G 10).

4.3

4.3.1 Der Versicherungsschutz endet gemäss den Vertragsbedingungen für die versicherte Person u.a. mit dem Ausschöpfen der versicherten 720 Taggelder innerhalb von 900 Tagen (vgl. G 5.1, Art. 11 Abs. 3 Bst. e i.V.m. Art. 16 Abs. 1 AVB) und mit dem Austritt aus dem versicherten Betrieb, sofern kein Übertritt in die Einzelversicherung erfolgt (vgl. Art. 11 Abs. 3 Bst. b, Art. 12 AVB). Gemäss Art. 16 Abs. 5 AVB besteht bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses - unabhängig von einem Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung - für Krankheiten, die während der Vertragsdauer eingetreten sind, solange ein Taggeldanspruch, als die versicherte Person nicht wieder mindestens 75% arbeits- oder erwerbsfähig und die maximale Anzahl Taggelder noch nicht ausgeschöpft ist.

4.3.2 Die vorliegend relevante krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit begann am 14. Juni 2016 (vgl. Krankheitsmeldung der Arbeitgeberin vom 30. August 2016, act. G 1.3). Die zumindest teilweise Arbeitsunfähigkeit dauerte gemäss den vorliegenden Arztzeugnissen bis Ende 2016. Die Beklagte entrichtete entsprechend Taggelder (vgl. Art. 13 Abs. 2 AVB; act. G 1.6, G 5.3). Ab dem 22. März 2017 wurde der Kläger stationär in der Psychiatrischen Klinik C.____ behandelt. Infolgedessen bestand ab Klinikeintritt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. G 1.8). Aufgrund der unveränderten Diagnosestellung ist von einem Rückfall im Sinne von Art. 15 Abs. 1 AVB und Art. 5 Abs. 3 BVB auszugehen (vgl. act. G 1.8, G 8.2). Da der Kläger zum Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses per Ende Juni 2017 gemäss den Arztzeugnissen zu 100% arbeitsunfähig war (vgl. act. G 8.4), blieb er für die Folgen der bisherigen Krankheit auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses grundsätzlich taggeldversichert und dies unabhängig vom Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung (vgl. act. G 10-5 f., G 10.2 f.).

5.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob ein versichertes Ereignis vorliegt, welches einen Krankentaggeldanspruch zu begründen vermag.

5.1 Gemäss Art. 8 AVB gewährt die Beklagte Versicherungsschutz gegen die Folgen von Krankheit und Geburt im Rahmen der vereinbarten Leistungen. Der Versicherungsschutz umfasst gemäss Versicherungsvertrag Krankentaggelder ab dem 31. Tag der Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 80% des versicherten Lohnes während 720 innerhalb von 900 Tagen. Um Leistungen beanspruchen zu können, muss insbesondere die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt sein (Art. 13 Abs. 1 AVB) und zumindest 25% be-

tragen (Art. 13 Abs. 2 AVB), die Wartezeit abgelaufen sein (Art. 14 Abs. 1 AVB); schliesslich darf die vereinbarte maximale Anzahl Taggelder noch nicht ausgeschöpft sein.

5.2 Die vertraglich vereinbarte Wartezeit von 30 Tagen wurde bereits vor Beginn des eingeklagten Zeitraumes am 1. September 2017 erfüllt, richtete doch die Beklagte Taggelder bis 31. August 2017 an den Kläger aus (vgl. act. G 1.6).

5.3 Die vertraglich vereinbarte maximale Anzahl von 720 Taggeldern innerhalb von 900 Tagen ist, da der Kläger erstmals am 14. Juni 2016 krankheitsbedingt arbeitsunfähig war, selbst am Ende des eingeklagten Zeitraumes (5. Januar 2018) noch nicht ausgeschöpft.

5.4 Als Krankheit gilt gemäss Art. 7 Abs. 1 AVB jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist, die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 ATSG). Nach Art. 7 Abs. 2 AVB ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Nach drei Monaten Arbeitsunfähigkeit wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

5.4.1 Festzustellen ist, dass der Versicherungsschutz der Krankentaggeldversicherung gemäss den Vertragsbedingungen umfassend ist bzw. wenige Einschränkungen kennt, denn jede nicht unfallbedingte Beeinträchtigung der Gesundheit, die eine Arbeitsunfähigkeit von zumindest 25% zur Folge hat, gewährt einen grundsätzlichen Anspruch auf Versicherungsleistungen in der Form von Krankentaggeldern. Folglich kann dem Einwand der Beklagten, dass es sich bei der Krankheit des Klägers - mit Anlehnung bzw. Verweis auf die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung [bspw. psychische Leiden ohne Krankheitswert] - nicht um eine versicherte Krankheit handelt, nicht gefolgt werden, da sich der Leistungsanspruch allein nach den Vertragsbestimmungen richtet. Lediglich die in Art. 9 genannten Krankheiten sind grundsätzlich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Suchterkrankungen, da nicht genannt, gehören folglich nicht dazu.

5.4.2 Um das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit bzw. deren Ausmass beurteilen zu können, ist die Versicherung und im Klagefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist analog zur Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). Erachtet das Gericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweismwürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a; BGE 122 V 157 E. 1d).

5.4.3 Nachfolgend sind daher die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse insbesondere unter den Vorgaben der AVB zu würdigen.

5.4.4 Der Kläger hat für den eingeklagten Zeitraum vom 1. September 2017 bis 5. Januar 2018 ärztliche Atteste vorgelegt, die durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigen (act. G 5.3). Der Kläger ist damit seiner Verpflichtung zur Vorlage von ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nachgekommen (vgl. Art. 20 Abs. 3 AVB).

5.4.5 Die Beklagte hat von ihrem Recht, den Kläger ärztlich untersuchen bzw. begutachten zu lassen (vgl. Art. 21 Abs. 1 Satz 3 AVB), Gebrauch gemacht. So untersuchte der Psychiater Dr. K.____ im Auftrag der Beklagten den Kläger am 7. August 2017. Das Gutachten stammt vom 15. August 2017. Die Beklagte erachtet gestützt auf dieses Gutachten die Arbeitsunfähigkeit des Klägers zumindest ab dem 1. September 2017 nicht als nachgewiesen, da der Gutachter keine psychische Störung mit Krankheitswert erhoben habe (vgl. G 1.11-8; vgl. dazu Ausführungen in Erwägungen 5.4.1) und der Kläger gemäss Gutachter in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei (vgl. G 1.11-9).

5.4.6 Dr. K.____ erklärte, dass der Kläger zwecks einer tieferen Auseinandersetzung mit seiner Suchtproblematik und Sicherstellung einer langfristigen Suchtmittelabstinenz weiterhin die bereits eingeleitete stationäre Suchtbehandlung benötige. Während dieser stationären Behandlung könne dem Kläger aufgrund der Notwendigkeit einer Therapiepräsenz eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (vgl. G 1.11-8 f.). Die diagnostizierten Kokain- und Alkoholabhängigkeiten versah Dr. K.____ explizit mit dem Zusatz, dass Abstinenz gegenwärtig nur in beschützender Umgebung bestehe. Vor diesem Hintergrund ist die Beklagte spitzfindig, wenn sie behauptet, dass während des Aufenthaltes in der Institution G.____ vom 19. Juni bis 21. Dezember 2017 keine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit im Sinne der AVB vorgelegen habe. Auch Dr. E.____ von der Psychiatrischen Klinik C.____ sowie der Psychiater Dr. J.____ gingen von der Notwendigkeit bzw. Zweckmässigkeit der stationären Therapie in der Institution G.____ aus (vgl. act. G 1.8, G 1.17, G 8.2). Anzumerken ist, dass die Versicherungsbedingungen Verhaltenspflichten nennen, welche im Leistungsfall die versicherte Person u.a. dazu verpflichten, für fachgemässe ärztliche Pflege besorgt zu sein und den Anordnungen der Ärzte Folge zu leisten (vgl. Art. 22 Abs. 1, Art. 23 Abs. 1 AVB). Der Therapieaufenthalt in der Institution G.____ ist infolgedessen als schadensmindernde und aus übereinstimmender ärztlicher Sicht als erforderliche Behandlungsmassnahme einzustufen. Da während des stationären Therapieaufenthaltes keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen werden kann, ist vor einer 100%igen krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 Abs. 2 AVB auszugehen, welche den grundsätzlichen Anspruch auf Taggelder zu begründen vermag.

5.4.7 Bezüglich des eingeklagten Zeitraumes nach Beendigung des stationären Aufenthaltes in der Institution G.____ (Austritt am 21. Dezember 2017) stellt sich die Situation anders dar. So enthalten die Akten keine Anhaltspunkte für eine fortdauernde Therapiebedürftigkeit des Klägers (vgl. Austrittsbericht der Institution G.____ vom 20. Dezember 2017, act. G 8.3). Aus dem Arbeitsunfähigkeitszeugnis von med. prakt. H.____ vom 5. Januar 2018 ist auch nicht ersichtlich, wieso eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 22. Dezember 2017 bis 5. Januar 2018 und ab dem 6. Januar 2018 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliegen soll (vgl. act. G 8.4, vgl. auch act. G 10.2). Dies wird vom Kläger auch nicht erläutert. Die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit ab dem 22. Dezember 2017 vermag daher nicht im Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu überzeugen. Vielmehr ist - auch gestützt auf die Aussagen im Gutachten von Dr. K.____ vom 15. August 2017 - davon auszugehen, dass im eingeklagten Zeitraum nur während der Dauer der stationären Therapie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorlag und danach der Kläger zu 100% arbeitsfähig war.

5.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im eingeklagten Zeitraum vom 1. September 2017 bis 5. Januar 2018 gestützt auf die ärztlichen Berichte nur während des stationären Therapieaufenthaltes des Klägers in der Institution

G.____ (19. Juni bis 21. Dezember 2017) im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass eine 100%ige krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vorlag. Für den eingeklagten Zeitraum nach Beendigung des stationären Aufenthaltes (22. Dezember 2017 bis 5. Januar 2018) vermag das unbegründete Arzteugnis von med. prakt. H.____ vom 5. Januar 2018 (act. G 8.4) in Anbetracht der weiteren (ärztlichen) Berichte nicht im erforderlichen Grad zu überzeugen. Bei dieser Ausgangslage kann auf die Anordnung eines gerichtlichen Gutachtens zur Arbeitsfähigkeit des Klägers verzichtet werden und es erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit den weiteren Beweisanträgen wie dem Beizug der IV-Akten.

6.

6.1 Im Sinn der vorherstehenden Erwägungen ist die Klage teilweise gutzuheissen und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger gründend auf einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 1. September bis zum 21. Dezember 2017 Fr. 14'348.40 zu bezahlen (112 Krankentaggelder zu Fr. 128.20 pro Tag; vgl. act. G 1.6).

6.2 Die Rechtsvertreter des Klägers beantragten die Verzinsung des Taggeldausstandes zu 5% ab dem 2. November 2017 bzw. ab mittlerem Verfall (vgl. act. G 8).

6.2.1 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 WOLFGANG WIEGAND in: Basler Kommentar zum OR I, 5. Aufl. Basel 2011 [nachfolgend BSK OR I], 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 (PASCAL GROLIMUND/ALAIN VILLARD in: Basler Kommentar zum VVG, Nachführungsband, Basel 2012 (nachfolgend BSK VVG), 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; WIEGAND in: BSK OR I, Art. 102 N 11).

6.2.2 Nach den vorstehenden Ausführungen geriet die Beklagte mit der definitiven Ablehnung ihrer Leistungspflicht mit den einzelnen Taggeldern jeweils am Tag der Fälligkeit in Verzug. Aus praktischen Gründen rechtfertigt es sich, von einem mittleren Verfall der zugesprochenen Taggelder am 26. Oktober 2017 auszugehen (1. September 2017 zuzüglich halbe Leistungsdauer von 56 Tagen [112 Tage : 2]; analog zum mittleren Verfall von Schadenszinsen; vgl. CHRISTIAN HEIERLI/ANTON K. SCHNYDER in: BSK OR I, Art. 42 N 5). Gemäss Art. 100 VVG i.V.m. Art. 104 Abs. 1 OR beträgt der Verzugszins 5% pro Jahr.

6.3 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).

6.3.1 Gerichtskosten sind keine aufzuerlegen (vgl. Art. 114 lit. e ZPO).

6.3.2 Bei der Parteientschädigung richtet sich das Gericht grundsätzlich nach den kantonalen Tarifen (Art. 105 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 96 ZPO). Das mittlere Honorar im Zivilprozess beträgt nach Art. 14 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) Fr. 1'230.- bei einem Streitwert von Fr. 5'000.- bis Fr. 20'000.-, wobei 15,4% des Streitwerts hinzuzuzählen sind. Der Streitwert beläuft sich nach dem in zeitlicher

Hinsicht erweiterten Rechtsbegehren in der Replik auf Fr. 16'281.40 (vgl. G 8-19), sodass sich ein mittleres Honorar von Fr. 3'737.35 ergibt (Fr. 1'230.- plus 15,4% von Fr. 16'281.40). Da dem Kläger jedoch nur 112 der eingeklagten 127 Taggelder zuzusprechen sind, was einem teilweisen Obsiegen im Umfang von 88.2% entspricht, ist das Honorar entsprechend anzupassen. Damit resultiert ein Honorar von Fr. 3'296.35 (88.2% von Fr. 3'737.35). 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. 3'296.35 beträgt dieser Fr. 131.85. Die Mehrwertsteuer von 8% wird zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO) und beträgt vorliegend gerundet Fr. 274.25. Damit beträgt die Parteientschädigung bemessen nach den kantonalen Tarifen Fr. 3'702.45 (inkl. Barauslagen und MwSt.). Der anwaltlich vertretene Kläger hat eine Honorarnote in der Höhe von Fr. 8'304.35 (inkl. Barauslagen und MwSt.) eingereicht (act. G 12, G 12.1). Vorliegend ist von einem durchschnittlich aufwendigen Fall auszugehen, sodass sich ein Abweichen von den Bestimmungen der HonO zum streitwertabhängigen mittleren Honorar nicht rechtfertigt. Dafür kann auch die doppelte Rechtsvertretung, sollte sie sich auf die Höhe des geltend gemachten Honorars ausgewirkt haben, keinen Anlass geben. Denn ein Grund, weshalb im vorliegenden Fall die Vertretung durch einen einzigen Rechtsanwalt bzw. eine einzige Rechtsanwältin nicht ausgereicht hätte, ist nicht ersichtlich. Die Beklagte hat den teilweise obsiegenden Kläger mit Fr. 3'702.45 (inkl. Barauslagen und MwSt.) zu entschädigen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 des sankt-gallischen Reglements über Organisation und Geschäftsgang des Versicherungsgerichtes (OrgR; sGS 941.114)

1.
Die Klage wird in dem Sinn teilweise gutgeheissen, dass die Beklagte verpflichtet wird, dem Kläger Fr. 14'348.40 nebst Zins zu 5% seit 26. Oktober 2017 zu entrichten.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Die Beklagte hat den Kläger mit Fr. 3'702.45 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.