



Entscheid Versicherungsgericht, 19.03.2019

Ein krankheitsbedingter und ärztlich angeordneter teilstationärer Klinikaufenthalt begründet gemäss den Versicherungsbestimmungen Anspruch auf Krankentaggelder, da keine verwertbare Arbeitsfähigkeit während dieser Zeit gegeben ist.

Widersetzt sich eine versicherte Person (nach Beendigung des teilstationären Klinikaufenthaltes) einer von der Versicherung angeordneten fachärztlichen Begutachtung, so dass eine Leistungsprüfung durch die Versicherung verunmöglicht wird, liegt - insbesondere wenn unterschiedliche fachärztliche Arbeitsfähigkeitseinschätzungen vorliegen - eine schwerwiegende Verletzung der Mitwirkungspflicht vor. Diese berechtigt die Versicherung gemäss den vorliegend anwendbaren allgemeinen Versicherungsbestimmungen ihre Leistungen (vorliegend für die Zeit nach der teilstationären Behandlung) zu verweigern (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. März 2019, KV-Z 2017/3).

Entscheid vom 19. März 2019

Besetzung

Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie Löhner;
Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

KV-Z 2017/3

Parteien

A.____,

Kläger,

vertreten durch Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen,

gegen

CSS Versicherung AG, Tribschenstrasse 21,
Postfach 2568, 6002 Luzern,

Beklagte,

Gegenstand

Taggeldleistungen

Sachverhalt

A.
A.a A.____ (nachfolgend Versicherter bzw. Kläger) arbeitete ab 1. September 2009 zuerst für die B.____ AG und anschliessend für die C.____ AG. Über die Arbeitgeberin war er bei der CSS Versicherung AG, Luzern (nachfolgend Ver-

sicherung bzw. Beklagte), Krankentaggeldversicherung für Unternehmungen, angeschlossen (act. G 1.2, G 1.4).

A.b Ab dem 20. Februar 2014 war der Versicherte wegen einer Depression bei Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Behandlung (IV-Fremdakten, 25). Mit Schreiben vom 27. Juni 2014 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten per 30. September 2014. Im Juli 2014 schloss die Arbeitgeberin mit dem Versicherten einen neuen Arbeitsvertrag ab dem 1. September 2014 (IV-Fremdakten, 15-7 f.). Wegen des depressiven Leidens konnte der Versicherte die Arbeit am neuen Arbeitsort nicht aufnehmen (100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. September 2014; act. G 1.6, G 8.4). Am 9. September 2014 informierte die Arbeitgeberin die Versicherung über die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit des Versicherten (act. G 8.2).

A.c Vom 11. bis 15. September 2014 und vom 27. September bis 20. Oktober 2014 wurde der Versicherte stationär im Kriseninterventionszentrum und danach im Ambulatorium des Psychiatrischen Zentrums E.____ behandelt. Im Austrittsbericht vom 29. Oktober 2014 diagnostizierten med. prakt. F.____ und med. prakt. G.____ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.1). Sie gingen weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (act. G 1.12).

A.d Nach Ablauf der Wartefrist von 60 Tagen richtete die Versicherung Krankentaggelder ab dem 31. Oktober 2014 an die Arbeitgeberin und ab dem 1. Dezember 2014 direkt an den Versicherten aus (act. G 1.14, G 8.3).

A.e Am 9. Januar 2015 untersuchte Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Facharzt für Pharmazeutische Medizin FMH, im Auftrag der Versicherung den Versicherten (act. G 8.7 f.). Im Untersuchungsbericht vom 16. Februar 2015 erklärte Dr. H.____, dass diagnostisch nach Vorgeschichte, Beschwerdeschilderung, bisherigem Krankheitsverlauf und aktuellem Befund eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) vorgelegen habe, die inzwischen am Abklingen und aktuell nur noch leichtgradig ausgeprägt sei. Er vermutete, dass sich die Symptomatik vollständig zurückbilden werde. Zum damaligen Zeitpunkt erachtete er eine ärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlung vorläufig, d.h. bis zur vollständigen Depressionslösung, noch als erforderlich, jedoch nicht darüber hinausgehende psychiatrische Behandlungsmassnahmen. Angesichts des deutlich rückläufigen klinischen Befunds ging Dr. H.____ nur noch bis Ende Februar 2015 von einer vollständigen und für die Monate März und April 2015 noch von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Ab Mai 2015 erachtete er eine vollständige Arbeitsfähigkeit als umsetzbar. Zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung führte Dr. H.____ aus, dass eine fortgesetzte Attestierung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit keinen Vorteil bieten würde, denn eine längerfristige Arbeitsdispensation würde der Dekonditionierung und dem Vermeidungsverhalten geradezu Vorschub leisten und womöglich eine Spirale in Gang setzen, die über ängstliche Zurückhaltung vor neuen Herausforderungen zu einer Verstärkung dieser Vermeidungshaltung und somit zu einem weiteren Rückzug führen würde (act. G 1.24).

A.f Mit Schreiben vom 26. Februar 2015 teilte die Versicherung dem Versicherten mit, dass sie gestützt auf den Untersuchungsbericht von Dr. H.____ davon ausgehe, dass in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Inlinedrucker oder im erlernten Beruf als Offsetdrucker ab dem 1. März 2015 eine Arbeitsleistung von 50% und ab dem 1. Mai 2015 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar sei. Deshalb werde das versicherte Taggeld nach Vorlage eines Arztzeugnisses für den Februar 2015 noch zu 100% und anschliessend bis maximal 30. April 2015 zu 50% ausgerichtet. Danach würden die Taggelder eingestellt (act. G 8.10).

A.g Im Arztbericht des Ambulatoriums des Psychiatrischen Zentrums E.____ vom 9. März 2015 diagnostizierten Dr. med. I.____ und med. prakt. J.____ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11). Sie erklärten, dass aufgrund des konstanten depressiven Zustandsbildes sowie bei bestehender Antriebslosigkeit, Morgentief, Kraftlosigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit, mehrfacher depressiver Stimmungseinbrüche am Tag zurzeit keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Die Prognose von Dr. H.____ mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ab 1. März 2015 sei daher eher nicht realistisch. Da sich die Symptomatik nicht verbessert habe, werde der Versicherte nun während etwa drei Monaten teilstationär behandelt. Während dieser Zeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.13).

A.h Mit Schreiben vom 23. März 2015 forderte der Rechtsvertreter des Versicherten, Rechtsanwalt Rainer Niedermann, St. Gallen, die Versicherung auf, das Taggeld bis auf weiteres zu 100% auszurichten (act. G 8.12).

A.i Mit Schreiben vom 30. März 2015 teilte die Versicherung mit, da weder eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes noch eine neue Krankheit belegt sei, werde unverändert am Entscheid vom 26. Februar 2015 festgehalten. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass gemäss Dr. H.____ zwar eine psychotherapeutische Behandlung vorläufig noch erforderlich sei, jedoch ein stationärer psychischer Klinikaufenthalt nicht mehr angezeigt sei. Eine Arbeitsfähigkeit sei aus rein medizinischer und versicherungsrechtlicher Sicht in der angestammten Tätigkeit möglich und zumutbar (act. G 1.22).

A.j Im Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums E.____ vom 3. Juli 2015 (teilstationärer Aufenthalt in der Tagesklinik vom 9. März bis 26. Juni 2015, Abschlussgespräch am 1. Juli 2015) diagnostizierten Dr. med. K.____, Oberarzt, und lic. phil. L.____, Psychologin, in psychiatrischer Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Im Weiteren wurde ausgeführt, dass die Zuweisung zur teilstationären Behandlung aufgrund einer erneuten Verschlechterung der depressiven Symptomatik und fehlender Tagesstruktur erfolgt sei. Beim Austritt sei der Psychostatus im Vergleich zum Eintritt im Wesentlichen unverändert gewesen. Die von Dr. H.____ am 16. Februar 2015 gestellten Arbeitsfähigkeitsprognose (50% ab März 2015, 100% ab Mai 2015) habe sich aufgrund der Beobachtungen als nicht realistisch herausgestellt. Auszugehen sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab Beginn der tagesklinischen Behandlung am 9. März 2015 bis zum ersten Termin im Ambulatorium am 8. Juli 2015. Danach schätzten sie die Arbeitsfähigkeit in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit auf 40%, mit der Prognose einer Erreichung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit innerhalb von sechs Monaten (act. G 1.31).

A.k Mit Schreiben vom 14. Juli 2015 informierte die neue Rechtsvertreterin des Versicherten, Rechtsanwältin Karin Herzog, St. Gallen, die Versicherung, dass der Versicherte am 30. Mai 2015 wegen einer Blinddarmentzündung habe operiert werden müssen. Geltend gemacht wurde, dass gestützt auf den Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums E.____ sowohl während der Behandlung in der Tagesklinik als auch danach von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit (im ersten Arbeitsmarkt) auszugehen und deshalb ab 1. März 2015 weiterhin ein volles Taggeld auszurichten sei (act. G 8.15, G 8.19).

A.l Am 31. Juli 2015 bat die Versicherung Dr. H.____ um eine erneute Beurteilung der gesundheitlichen Situation des Versicherten anhand der Aktenlage. Dem Arzt wurden neu die Arztberichte des Psychiatrischen Zentrums E.____ vom 9. März und 3. Juli 2015 vorgelegt. In der Stellungnahme vom 20. August 2015 erklärte Dr. H.____, dass die Einschätzung durch die Ärzte des Psychiatriezentrums E.____ für ihn überraschend sei. Erklären liesse sich diese nur, wenn nach seiner Beurteilung eine unvorhergesehene Verschlechterung des

Krankheitsbildes eingetreten sei. Er empfahl der Versicherung eine nochmalige Begutachtung des Versicherten (act. G 1.25).

A.m In einer auf den Akten basierenden Stellungnahme vom 27. August 2015 erklärte RAD-Ärztin M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, dass auf die Begutachtung von Dr. H.____ und seine Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht mehr abgestellt werden könne. Die RAD-Ärztin ging von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten vom 3. März bis 8. Juli 2015 aus. In medizinisch-theoretischer Hinsicht könne der Versicherte eine Präsenzzeit von ca. 4 Stunden pro Tag erbringen (IV-Fremdakten, 42).

A.n Gleichentags informierte die Versicherung den Versicherten über die vorgesehene Nachbegutachtung am 16. September 2015 durch Dr. H.____ und erklärte, dass nach Vorliegen des Berichts die Leistungspflicht nochmals beurteilt werde (act. G 8.21, G 8.23).

A.o Im Arztbericht des Ambulatoriums des Psychiatrischen Zentrums E.____ vom 11. September 2015 diagnostizierten Dr. I.____ und med. prakt. N.____ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und Störungen durch Sedativa oder Hypnotika, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F13.1). Die Arbeitsfähigkeit schätzten sie derzeit und bis 31. Oktober 2015 auf 20% (act. G 1.27). Sie erklärten, dass der Versicherte aufgrund des psychischen Zustands und bei seiner negativen emotionalen Reaktion nach dem ersten Gespräch mit Dr. H.____ nicht in der Lage sei, den Untersuchungstermin wahrzunehmen, denn es sei zu befürchten, dass er die Impulskontrolle verliere. Eine Abklärung bei einem anderen Vertrauensarzt sei dagegen denkbar. Mit Fax-Nachricht vom 14. September 2015 teilte die Rechtsvertreterin Dr. H.____ mit, dass der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen den Untersuchungstermin am 16. September 2015 nicht wahrnehmen könne (act. G 1.28). Mit Schreiben vom 24. September 2015 erklärte die Versicherung, da der Versicherte den Begutachtungstermin nicht wahrgenommen habe und aus dem Arztbericht des Psychiatrischen Zentrums E.____ vom 11. September 2015 keine medizinischen, objektiven Gründe ersichtlich seien, welche das Fernbleiben von der Begutachtung und eine weitere Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöchten, liege eine Verletzung der Schadensminderungs- und Mitwirkungspflicht vor. Da die Leistungspflicht nicht habe überprüft werden können, werde am leistungseinstellenden Entscheid vom 26. Februar 2015 festgehalten (act. G 1.23).

A.p Zirka Mitte November 2015 wurde die Behandlung des Versicherten im Ambulatorium des Psychiatrischen Zentrums E.____ im gegenseitigen Einverständnis abgebrochen. Attestiert wurde noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende November 2015 (IV-Fremdakten, 50, 53).

A.q Daraufhin forderte die Arbeitgeberin den Versicherten mit Schreiben vom 10. Dezember 2015 auf, seine Arbeit wieder aufzunehmen. Im Weiteren wies sie den Versicherten darauf hin, dass bei Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende des Arbeitsverhältnisses am 29. Februar 2016 stets aktuelle ärztliche Atteste eingereicht werden müssten (act. G 8.27).

A.r Im Dezember 2015 konsultierte der Versicherte zweimal Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Arzt erachtete zum damaligen Zeitpunkt die Voraussetzungen für eine erfolgreiche therapeutische Arbeit als nicht gegeben (IV-Fremdakten, 50 f.). Ab dem 26. Januar 2016 begab sich der Versicherte in Behandlung bei Dr. med. P.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, St. (act. G 1.26). Mit ärztlichem Zeugnis vom 1. März 2016 bestätigte Dr. med. Q.____, Allgemeine Medizin FMH, dem Versicherten "überbrückend" eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar bis 29. Februar 2016 (IV-Fremdakten, 58, 72-4). Gemäss der Gesprächsnotiz der IV-Stelle mit der Rechtsvertreterin des Versicherten vom 6. Mai 2016 hätten bis zu diesem Zeitpunkt etwa zehn Konsultation bei Dr. P.____ stattgefunden.

Der Ärztin reiche dies noch nicht, um einen aussagekräftigen Arztbericht erstellen zu können (IV-Fremdakten, 68). In den Arztberichten vom 1. Juni und 17. Juli 2016 diagnostizierte Dr. P.____ eine schizotype Störung (ICD-10: F21) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, schizoiden und emotional instabilen Anteilen (ICD-10: F61). Erste Symptome seien nach dem Tod der ersten Ehefrau im März 2013 aufgetreten. Die Ärztin ging von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. September 2014 bis auf weiteres aus (act. G 1.29, G 1.32). Auf Empfehlung des RAD-Arztes Dr. med. R.____ (vgl. IV-Fremdakten, 74-4) erteilte die IV-Stelle am 29. Juli 2016 den Auftrag für eine Begutachtung an Dr. S.____, Facharzt für Neurologie FMH, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-Fremdakten, 77 f.).

A.s Im Schreiben vom 10. August 2016 an die Versicherung machte die Rechtsvertreterin geltend, dass die erneute Begutachtung im September 2015 durch Dr. H.____ nicht zumutbar gewesen sei, denn die behandelnden Ärzte hätten empfohlen, den Untersuchungstermin im September 2015 bei Dr. H.____ abzusagen. Deshalb dürften, da keine verschuldete Pflichtverletzung vorliege, die Versicherungsleistungen weder verweigert noch gekürzt werden (act. G 1.26).

A.t Mit Schreiben vom 5. September 2016 teilte die Versicherung mit, da die eingereichten Unterlagen keine neuen medizinischen Tatsachen enthielten, welche eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes oder eine neue Krankheit belegen würden, werde am Entscheid vom 26. Februar 2015 festgehalten. Zugesichert wurde, die Leistungspflicht erneut zu prüfen, wenn der Entscheid der Invalidenversicherung vorliege (act. G 1.21).

A.u Im psychiatrischen Gutachten vom 27. Februar 2017 (IV-Fremdakten, 95) diagnostizierte Dr. S.____ gestützt auf die Aktenlage und die beiden Untersuchungen des Versicherten am 2. und 8. September 2016 eine neurotische Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F48.9). Dr. S.____ erklärte, dass er eine leichte psychische, jedoch keine rezidivierende depressive Störung habe feststellen können. Vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung sei er nicht überzeugt. Die Auffälligkeiten im Verhalten seien vielleicht mehr durch Religion/Kultur und soziales Aussenseitertum erklärbar, jedenfalls durch krankheitsfremde Faktoren. Plausibel sei, dass es nach dem Tod der ersten Ehefrau und der abgebrochenen Schwangerschaft der zweiten Ehefrau zu einer Trauerreaktion im Sinne einer gehemmten oder prolongierten Trauer gekommen sei. Eine posttraumatische Belastungsstörung hielt er jedoch nicht für nachgewiesen. Zu den früheren ärztlichen Einschätzungen führte er aus, dass der Einfluss der sozialen Faktoren nur ungenügend gewürdigt worden sei bzw. eine Abgrenzung der Auswirkungen medizinisch-psychiatrischer Faktoren von krankheitsfernen sozialen Faktoren fehle. Die von der Tagesklinik erhobene posttraumatische Belastungsstörung sei nicht nachvollziehbar, denn es fehle eine anschauliche Wiedergabe von Beschwerdeschilderungen, die eine posttraumatische Belastungsstörung ergeben würden. Ebenfalls nicht nachvollziehbar sei, wieso eine mittelschwere Depression eine volle Arbeitsunfähigkeit begründe. Dass die krankheitsbedingten Beschwerden eine Arbeit verunmöglichten, im Alltag Leistungen jedoch möglich seien, sei nicht plausibel. Medizinische Gründe, die verhinderten, dass der Versicherte die bisherige Tätigkeit in einem vollzeitlichen Pensum ausübe, fehlten. Ferner gebe es keine wesentlichen und anhaltenden Funktionsdefizite, die nicht durch guten Willen und zumutbare Aktivierung von Ressourcen fast vollständig kompensierbar wären. Zudem gebe es keinen von Funktionsdefiziten unabhängigen, die Arbeitsfähigkeit wesentlich vermindernenden länger dauernden Schonbedarf, der im Sinne einer Rückfallprophylaxe oder um konkrete Behandlungen durchzuführen notwendig wäre. Medizinisch-theoretisch betrage die störungsbedingte Leistungsminderung zurzeit schätzungsweise 10%.

B.

B.a Mit Klage vom 24. Februar 2017 stellt die Rechtsvertreterin des Klägers folgendes Rechtsbegehren (act. G 1): 1. Es sei die Beklagte zu verpflichten dem Kläger Fr. 5'279.90 nebst Zins zu 5% seit dem 15. November 2014, Fr. 5'194.80 nebst Zins zu 5% seit dem 1. April 2015 sowie Fr. 83'116.15 nebst Zins zu 5% seit dem 1. Januar 2016 zu bezahlen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich Mehrwertsteuer zu Lasten der Beklagten. Begründet wird die Klage insbesondere damit, dass die Leistungseinstellung per 1. Mai 2015 unberechtigt erfolgt sei, da die behandlungsbedürftigen psychischen Leiden (posttraumatische Belastungsstörung, schizoide Störung, Persönlichkeitsstörung) die Arbeitsaufnahme verhindert hätten. Im Weiteren wird geltend gemacht, dass auf den Untersuchungsbericht von Dr. H.____ nicht abgestellt werden dürfe, da sich der Arzt weder mit den weiteren Arztberichten auseinandergesetzt noch die Befunderhebung und Diagnosestellung korrekt durchgeführt und sich die Arbeitsfähigkeitsprognose auch nicht bewahrheitet habe.

B.b Mit Schreiben vom 20. März 2017 beantragt die Beklagte das Verfahren bis zum Vorliegen des von der IV in Auftrag gegebenen Gutachtens zu sistieren (act. G 3).

B.c Mit Schreiben vom 21. März 2017 teilte die Verfahrensleitung den Parteien mit, dass die IV-Akten des Klägers beigezogen würden (act. G 4). Nach Eingang der IV-Akten - beinhaltend auch das psychiatrische Gutachten von Dr. S.____ vom 27. Februar 2017 (IV-Fremdakten, 95) - wurde die Beklagte zur Stellungnahme aufgefordert (act. G 7).

B.d In der Klageantwort vom 2. Mai 2017 (act. G 8) beantragt die Beklagte die Abweisung der Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers. Hinsichtlich der eingeklagten Taggelder für die Zeit vom 31. Oktober bis 30. November 2014 wird eingewendet, dass diese bereits an die ehemalige Arbeitgeberin ausgerichtet worden seien (vgl. act. G 8.3). Ein Anspruch auf weitere Taggelder wird mit Bezugnahme auf die Untersuchungsberichte von Dr. H.____ und Dr. S.____ abgelehnt, da es nicht erwiesen sei, dass nach dem Dezember 2014 noch wesentliche Auswirkungen eines depressiven Syndroms vorhanden gewesen seien.

B.e Die Parteien verzichteten auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung (vgl. act. G 9, G 11 f.).

B.f In der Replik vom 18. September 2017 reduziert der Kläger seine Krankentaggeldforderung. Eingeklagt werden noch Fr. 5'194.80 nebst Zins zu 5% seit dem 1. April 2015 sowie Fr. 83'116.15 nebst Zins zu 5% seit dem 1. Januar 2016, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten. Zum IV-Gutachten von Dr. S.____ vom 27. Februar 2017 wird erklärt, dass auf dieses nicht abgestellt werden dürfe, denn es bestünden Mängel bei der Diagnosestellung und die Arbeitsfähigkeitseinschätzung weiche komplett von derjenigen der behandelnden Ärzte ab (act. G 15).

B.g In der Duplik vom 16. Oktober 2017 hält die Beklagte unverändert an den Anträgen fest und verzichtet ansonsten auf weitere Ausführungen (act. G 17).

Erwägungen

1.
 - 1.1 Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach der Kollektiv-Krankentaggeldversicherungspolice Nr. XXXXXX (act. G 1.2, nachfolgend: Versicherungsvertrag) und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die "Krankentaggeldversicherung für Unternehmungen, BVG-Koordinationsdeckung", Ausgabe 01.2008 (act. G 1.3; nachfolgend: AVB).

1.2 Gemäss Art. 24 AVB kann die versicherte Person am schweizerischen Wohnort oder am schweizerischen Arbeitsort Klage erheben. Der Kläger hat seinen Wohnsitz in T. _____. Folglich ist die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen gegeben.

1.3 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 praxisgemäss 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.

1.4 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).

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

2.
2.1 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.

2.2 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).

2.3 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.

2.4 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 Hinwei-

sen). 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).

2.5 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.
3.1 Der Kläger hat Taggelder eingeklagt wegen krankheitsbedingter 100%iger Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 31. Oktober bis 30. November 2014 (31 volle Taggelder), vom 1. März bis 30. April 2015 (61 Taggelder, Differenzbetrag zwischen 50% und 100%iger Arbeitsunfähigkeit) und vom 1. Mai 2015 bis 30. August 2016 (488 volle Taggelder).

3.2 Der Kläger trat seine Stelle bei der Arbeitgeberin am 1. September 2009 an (vgl. act. G 1.4). Als Angestellter gehört er zum versicherten Personenkreis (vgl. Art. 3.1 und Art. 7.1 AVB). Folglich ist der Kläger seit seinem Stellenantritt unabhängig von den unternehmensinternen Wechseln bei der Beklagten krankentaggeldversichert.

3.3 Der Versicherungsschutz endet gemäss den Vertragsbedingungen für die versicherte Person u.a. mit dem Ausschöpfen der vertraglich vereinbarten Leistungsdauer, welche gemäss Versicherungsvertrag pro Fall 730 Tage inklusive Wartefrist von 60 Tagen beträgt (vgl. act. G 1.2-3, Art. 7.2 AVB), beim Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen und im Fall einer Kündigung durch den Arbeitgeber per Austrittsdatum aus dem versicherten Unternehmen (Art. 7.2 AVB). Beim Austritt aus dem Kreis der versicherten Personen besteht das Recht innert dreier Monate in die Einzelversicherung überzutreten (Art. 8.2 AVB). Unterlässt der Versicherungsnehmer den ausscheidenden Arbeitnehmer spätestens am letzten Arbeitstag schriftlich über sein Übertrittsrecht in die Einzelversicherung und die Frist zu informieren, so verbleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung (Art. 8.1 AVB). Ist die versicherte Person zur Zeit des Übertritts arbeitsunfähig, werden Tage, für die aus dem Kollektivvertrag Leistungen erbracht worden sind, an die Leistungsdauer der neuen Einzelversicherung angerechnet (Art. 8.7 AVB). Aus den Akten ergeben sich weder Anhaltspunkte noch wurde vom Kläger geltend gemacht, dass er innert dreier Monate nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses per Ende Februar 2016 von der Übertrittsmöglichkeit in die Einzelversicherung Gebrauch gemacht hätte. Auch wird nicht geltend gemacht, dass er nicht über die Übertrittsmöglichkeit informiert worden war.

3.4 Hinsichtlich der eingeklagten Taggelder für den Zeitraum vom 31. Oktober bis 30. November 2014 ist festzustellen, dass der Kläger seine diesbezügliche Klage in der Replik zurückgezogen hat, nachdem die Beklagte in der Klageantwort geltend machte, die Taggelder für diesen Zeitraum seien bereits an die ehemalige Arbeitgeberin des Klägers ausgerichtet worden (vgl. act G 1, G 8-2, G 15-2).

4.

Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob in Bezug auf den noch relevanten Zeitraum vom 1. März 2015 bis 29. Februar 2016 ein versichertes Ereignis vorlag, welches einen Krankentaggeldanspruch zu begründen vermag.

4.1 Der Kläger vertritt den Standpunkt, dass er weder in der bisherigen Tätigkeit noch in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig sei. Als Beweis führt er die Berichte und Stellungnahmen der ihn behandelnden Fachärzte an (vgl. act. G 1.13, G 1.31). Die Beklagte dagegen vertritt den Standpunkt, dass es für die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit keine objektiven, medizinisch nachweisbaren Gründe gebe, und stützt sich dabei insbesondere auf die Arztberichte von Dr. H. ___ vom 16. Februar und 20. August 2015 (act. G 1.24, G 1.25). Im Weiteren macht die Beklagte geltend, da der Kläger seiner Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen sei, indem er den Begutachtungstermin vom 16. September 2015 bei Dr. H. ___ nicht wahrgenommen habe, bestehe ihrerseits keine Leistungspflicht (vgl. act. G 8.25).

4.2 Der Kläger ist gemäss dem Versicherungsvertrag i.V.m. Art. 1 und 13.1 AVB u.a. für die wirtschaftlichen Folgen von Krankheiten versichert. Als Krankheit gilt nach Art. 2.5 AVB jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

4.3 Die Versicherungsleistungen richten sich nach den Bestimmungen der Versicherungspolice und den Art. 13 bis 19 AVB. Gemäss Art. 15.1 AVB bezahlt die Beklagte den nachgewiesenen Erwerbsausfall, der durch eine versicherte Arbeitsunfähigkeit entstanden ist. Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 13.3 AVB die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, eine im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Leistungsvoraussetzung ist eine ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 15.6 AVB).

4.4 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; vgl. dazu auch Art. 15.6 AVB). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist analog zur Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a).

4.5 Nachfolgend sind die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse insbesondere unter den Vorgaben von Art. 15.6 AVB sowie hinsichtlich der Beweisführung und Beweislastverteilung (vgl. Erwägung 2.4) zu würdigen.

4.6 Die Arbeitgeberin meldete der Beklagten am 9. September 2014 die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit des Klägers (act. G 8.2). Die Beklagte entrichtete infolgedessen Krankentaggelder ab 31. Oktober 2014 bis 28. Februar 2015 auf der Basis einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und vom 1. März bis 30. April 2015 auf der Basis einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit. Danach stellte sie die Taggeldzahlungen gestützt auf den Untersuchungsbericht von Dr. H. ___ vom 16. Februar 2015 (vgl. act. G 1.24) ein. Dr. H. ___ ging von einem verbesserten Gesundheitszustand und nur noch einer leichtgradigen Depression aus und erachtete lediglich noch eine ambulante, nicht jedoch eine

stationäre Behandlung für erforderlich. Infolgedessen ging er von einer Arbeitsfähigkeit von 50% für die Monate März und April 2015 und von 100% ab Mai 2015 aus (vgl. auch Sachverhalt A.e.). Die von Dr. H. ___ prognostizierte Arbeitsfähigkeit trat jedoch nicht ein bzw. liess sich nicht umsetzen, denn der Kläger liess sich auf Anraten der ihn behandelnden Ärzte des Psychiatrischen Zentrums E. ___ vom 9. März bis 26. Juni 2015 teilstationär behandeln. Die vorliegenden Arztberichte des Psychiatrischen Zentrums E. ___ vom 9. März und 3. Juli 2015 (act. G 1.13, G 1.31) belegen hinreichend, dass eine behandlungsbedürftige Krankheit vorlag, welche eine Arbeitsunfähigkeit und damit einen Taggeldanspruch zu begründen vermag. Der aufgrund der Untersuchung des Versicherten am 9. Januar 2015 von Dr. H. ___ erstellte Untersuchungsbericht mit der prognostizierten Arbeitsfähigkeit ab März 2015 genügt folglich nicht für die Einstellung der Taggeldleistungen, da rechtsprechungsgemäss ärztlich angeordnete (stationäre und teilstationäre) Klinikaufenthalte regelmässig eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen. RAD-Ärztin Dr. M. ___ erklärte in der Stellungnahme vom 27. August 2015 ebenfalls, dass auf den Untersuchungsbericht von Dr. H. ___ nicht mehr abgestellt werden könne, da dieser überholt sei (vgl. IV-Fremdakten, 42). Selbst Dr. H. ___ empfahl in der Stellungnahme vom 20. August 2015 aufgrund der neuen Arztberichte der behandelnden Ärzte eine erneute Begutachtung des Versicherten (act. G 1.25). Wovon beim Kläger in diagnostischer Hinsicht genau auszugehen war (vgl. diesbezüglich den Austrittsbericht vom 3. Juli 2015, act. G 1.31, einerseits bzw. die Ausführungen dazu von Dr. S. ___, Fremdakten 95-34, andererseits), ist in diesem Kontext für sich allein betrachtet nicht relevant. Dass Dr. S. ___ die Indikation für die teilstationäre Therapie nachträglich implizit in Frage gestellt hat, kann der Beklagten nicht als Beweis gegen das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit des Klägers dienen. Die Zuweisung zur tagesklinischen Behandlung erfolgte nach einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik (vgl. Seite 1 des Austrittsberichts), sodass die positive Prognose von Dr. H. ___ zeitlich offenbar einen zu kurzen Horizont hatte. Im Übrigen ist auf Art. 20.9 AVB hinzuweisen, wonach der Versicherte u.a. ärztlich empfohlene Therapien im Rahmen der Zumutbarkeit Folge zu leisten hat und nach Art. 20.14 AVB bei Verletzung dieser Verhaltenspflicht die Kürzung oder Verweigerung von Taggeldleistungen möglich gewesen wäre. Da die tagesklinische Behandlung an 5 Tagen wöchentlich erfolgte, wäre daneben keine Arbeitsleistung möglich gewesen. Bei dieser Ausgangslage sind für den Zeitraum der teilstationären Behandlung des Versicherten in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E. ___ basierend auf dem Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums E. ___ vom 3. Juli 2015 die in den AVB gestellten Anforderungen an den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit als erfüllt zu betrachten. Ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 1 i.V.m. Art. 13.3 AVB) ist auch in Bezug auf die wenigen Tage vor dem Eintritt in die Tagesklinik auszugehen, dies betrifft die Zeit vom 1. bis 8. März 2015. Folglich hat der Kläger für die Zeit ab 1. März bis 26. Juni 2015 (letzter Behandlungstag in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E. ___, act. G 1.31-1) Anspruch auf Taggelder auf der Basis einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit.

5.
Für die Zeit nach der teilstationären Behandlung in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E. ___ präsentiert sich die Situation wie folgt:

5.1 Im Austrittsbericht der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E. ___ vom 3. Juli 2015 gingen die Ärzte für die Zeit nach dem teilstationären Aufenthalt von einer schrittweisen Reintegration aus und schätzten den möglichen Umfang in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit auf max. drei bis vier Stunden pro Tag an vier bis fünf Tagen pro Woche mit der Prognose einer Erreichung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit innerhalb von sechs Monaten (vgl. act. G 1.31). Der von der Beklagten um eine Stellungnahme gebetene Dr. H. ___ erklärte am 20. August 2015, dass ihn die Einschätzung der behandelnden Ärzte des Psychiatrischen Zentrums E. ___ erstaune, weshalb er eine erneute Begutachtung empfehle (vgl. act. G 8.20). Die Beklagte veranlasste da-

rauffin eine erneute Begutachtung durch Dr. H.____, welche am 16. September 2015 hätte stattfinden sollen, jedoch vom Kläger abgelehnt wurde (vgl. act. G 8.21 ff., G 8.25). Im Arztbericht des Ambulatoriums des Psychiatrischen Zentrums E.____ wurde die Arbeitsfähigkeit bis zum 31. Oktober 2015 auf 20% eingeschätzt (vgl. act. G 8.24). Mitte November 2015 wurde die ambulante Behandlung im Psychiatrischen Zentrum E.____ abgeschlossen. Dem Kläger wurde jedoch noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende November 2015 attestiert (vgl. IV-Fremdakten, 50, 53, vgl. auch act. G 8.27: der Arbeitgeber ging aufgrund der erhaltenen ärztlichen Auskunft von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab dem 1. Dezember 2015 aus).

5.2 Vorfragung ist zu prüfen, ob infolge der Nichtteilnahme an der angeordneten Begutachtung eine Verletzung von Verhaltens- und Mitwirkungspflichten vorliegt, welche – wie von der Beklagten geltend gemacht – dazu berechtigt, Versicherungsleistungen zu verweigern.

5.3 Art. 20 AVB regelt die Verhaltenspflichten im Krankheitsfall. So muss die versicherte Person alles Zumutbare unternehmen, was von ihr erwartet werden kann, um den Schaden zu verringern (Art. 20.5 AVB). Bei länger andauernden Arbeitsunfähigkeiten ist der Versicherung monatlich ein Zwischenzeugnis einzureichen (Art. 20.7 AVB). Gemäss Art. 20.8 AVB steht der Versicherung das Recht zu, die versicherte Person zusätzlich von einem durch sie beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Nach Art. 20.14 AVB kann die Versicherung bei Verletzung von Verhaltenspflichten die Leistungen nach ihrem Ermessen kürzen oder verweigern.

5.4 Die Nichtteilnahme an der Begutachtung stellte eine Vertragsverletzung gemäss Art. 20.8 AVB dar. Die Stellungnahme der behandelnden Ärzte vom 11. September 2015, dass aufgrund des aktuellen psychischen Zustands und bei der negativen emotionalen Reaktion des Klägers nach dem ersten Gespräch mit Dr. H.____ der Kläger aus psychiatrischer Sicht derzeit nicht in der Lage sei, den Termin bei Dr. H.____ wahrzunehmen, ist unbehelflich, denn es wurden weder von den behandelnden Ärzten noch vom Kläger bzw. dessen Rechtsvertreterin gewichtige konkrete (bspw. fachliche oder persönliche) Einwände vorgebracht, wonach eine Begutachtung durch Dr. H.____ für den Kläger nicht zumutbar gewesen wäre. Zudem ist beachtlich, dass gemäss dem Arztbericht vom 11. September 2015 der Kläger nur "derzeit" nicht in der Lage sei, den Termin bei Dr. H.____ wahrzunehmen. Folglich wäre es am Kläger bzw. dessen Rechtsvertreterin gelegen, unverzüglich mit der Beklagten Kontakt aufzunehmen und das weitere Vorgehen abzusprechen, indem bspw. ein späterer Begutachtungstermin vereinbart worden wäre. Die Rechtsvertreterin des Klägers tat zwar in der Fax-Nachricht vom 14. September 2015 an Dr. H.____ kund, dass sie die Angelegenheit mit der Beklagten klären werde (act. G 1.28). Entsprechende Bemühungen seitens des Klägers sind jedoch nicht aktenkundig. Selbst als die Beklagte mit Schreiben vom 24. September 2015 eine Vertragsverletzung durch den Kläger geltend machte und erklärte, da sie die Leistungspflicht nicht überprüfen könne, halte sie am Entscheid vom 26. Februar 2015 fest (act. G 8.25), kontaktierten weder der Kläger noch dessen Rechtsvertreterin zeitnah die Beklagte. Erst Monate später wandte sich die Rechtsvertreterin des Klägers mit Schreiben vom 10. August 2016 an die Beklagte und rechtfertigte die Nichtteilnahme an der Begutachtung und wiederholte zugleich die Taggeldforderung auf Basis einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.26).

5.5 Da die Geltendmachung eines Taggeldanspruches gemäss den AVB lediglich ein von der versicherten Person beizubringendes ärztliches Arbeitsunfähigkeitsattest voraussetzt, hat sich die Versicherung in den AVB das Recht vorbehalten, erkrankte bzw. arbeitsunfähige Personen durch einen von ihr bestimmten Arzt begutachten zu lassen, um so die von den behandelnden Ärzten attestierte Arbeitsunfähigkeit überprüfen und auf diese Weise ungerechtfertigte Taggeldforderungen abweisen zu können. Durch die Weigerung des

Klägers an der Begutachtung teilzunehmen, konnte die Beklagte die geltend gemachte 100%ige Arbeitsunfähigkeit und den erhobenen Taggeldanspruch nicht - wie in den AVB explizit vorgesehen - fachärztlich überprüfen lassen. Es ist daher grundsätzlich gerechtfertigt, dass die Beklagte mit Verweis auf die Nichteinhaltung bzw. Nichterfüllung von Vertragsbestimmungen (Verletzung von Mitwirkungspflichten, Verweigerung der Teilnahme an der angeordneten Begutachtung vom 16. September 2015) Taggelderleistungen verweigert hat, informierte sie doch die Rechtsvertreterin des Klägers mit Schreiben von 24. September 2015 über die Folgen der Verweigerung der Teilnahme an der angeordneten Begutachtung (act. G 8.25, vgl. act. G 8.28). Angemessen und gerechtfertigt erscheint vorliegend die Verweigerung von Taggeldern für die Zeit nach Beendigung der teilstationären Behandlung in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E.____, d.h. ab dem 27. Juni 2015. Folglich ist die eingeklagte Taggeldforderung für die Zeit ab dem 27. Juni 2015 wegen erheblicher Verletzung von Mitwirkungspflichten bzw. dem damit zusammenhängenden Misslingen des Nachweises des Andauerns der Arbeitsunfähigkeit nach Beendigung der teilstationären Therapie abzuweisen.

6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im eingeklagten Zeitraum vom 1. März 2015 bis 30. August 2016 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit lediglich in der Zeit vom 1. März 2015 bis 26. Juni 2015 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Klägers auszugehen ist. Für die Zeit vom 27. Juni 2015 bis 30. August 2016 hat der Kläger den Nachweis einer taggeldbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht rechtsgenügend erbracht bzw. mit der Weigerung an der angeordneten Begutachtung teilzunehmen in erheblicher Weise die vertraglichen Obliegenheiten (Mitwirkungspflicht) verletzt und damit die Überprüfung der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit durch die Beklagte verhindert, so dass eine Leistungsverweigerung gestützt auf die Vertragsbestimmungen als gerechtfertigt erscheint. Bei diesem Ergebnis kann auf die Anordnung eines gerichtlichen Gutachtens zur Arbeitsfähigkeit des Klägers verzichtet werden.

7. 7.1 Im Sinn der vorherstehenden Erwägungen ist die Klage teilweise gutzuheissen und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger Taggelder gründend auf einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 1. März bis 26. Juni 2015 zu bezahlen, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Beklagte für die Zeit vom 1. März bis 30. April 2015 bereits Taggelder auf der Basis einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet hat. Die Beklagte hat dem Kläger folglich Fr. 5'194.75 (61 Krankentaggelder zu Fr. 85.16 pro Tag) und Fr. 9'708.25 (57 Krankentaggelder zu Fr. 170.32 pro Tag) zu bezahlen (vgl. act. G 8.3).

7.2 Die Rechtsvertreterin des Klägers beantragt die Verzinsung des Taggeldausstandes zu 5% ab mittlerem Verfall (vgl. act. G 1, G 15).

7.2.1 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 zu Art. 108 Ziff. 1 OR auf sie verzichten. Dies gilt auch dann, wenn die eindeutige und definitive Verweigerungserklä-

rung schon vor Fälligkeit der Forderung abgegeben wurde (antizipierter Vertragsbruch; WIEGAND in: BSK OR I, Art. 102 N 11).

7.2.2 Nach den vorstehenden Ausführungen geriet die Beklagte mit der definitiven Ablehnung ihrer Leistungspflicht mit den einzelnen Taggeldern jeweils am Tag der Fälligkeit in Verzug. Eine ausdrückliche Mahnung der Taggeldleistungen durch den Kläger war nicht erforderlich. Aus praktischen Gründen rechtfertigt es sich, von einem mittleren Verfall der zugesprochenen Taggelder von Fr. 5'194.75 am 31. März 2015 (1. März 2015 zuzüglich halbe Leistungsdauer von 30 Tagen [61 Tage : 2]) und von Fr. 9'708.25 am 29. Mai 2015 (1. Mai 2015 zuzüglich halbe Leistungsdauer von 28 Tagen [57 Tage : 2]) auszugehen; 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.

7.3 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 Parteienschädigung (lit. b).

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

7.3.2 Bei der Parteienschädigung 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. c der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30bis HonO) Fr. 3'500.- bei einem Streitwert über Fr. 30'000.- bis Fr. 100'000.-, wobei 9% des Streitwerts hinzuzuzählen sind. Der Streitwert beläuft sich nach der eingeklagten Forderung gemäss Klage vom 24. Februar 2017 auf Fr. 93'590.85 (Fr. 5'279.90 + Fr. 5'194.80 + Fr. 83'116.15; vgl. act. G 1), sodass sich ein mittleres Honorar von Fr. 11'923.20 ergibt (Fr. 3'500.- plus 9% von Fr. 93'590.85). Da dem Kläger von der eingeklagten Forderung von Fr. 93'590.85 jedoch nur Fr. 14'903.- (Fr. 5'194.75 + Fr. 9'708.25) zugesprochen werden, was einem teilweisen Obsiegen im Umfang von 15.9% entspricht, ist das Honorar entsprechend anzupassen. Damit resultiert ein Honorar von Fr. 1'895.80 (15.9% von Fr. 11'923.20). 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. 1'895.80 beträgt dieser Fr. 75.85. Da der in der Klage vom 24. Februar 2017 beantragte Mehrwertsteuerzuschlag begründet ist und die Leistungserbringung im Jahr 2017 erfolgte (Schriftenwechsel wurde im Oktober 2017 abgeschlossen, vgl. act. G 18), ist der bis 31. Dezember 2017 gültige Steuersatz von 8% (vgl. Information der Eidgenössischen Steuerverwaltung vom 11. Oktober 2017, abrufbar unter: www.gate.estv.admin.ch/mwst-webpublikationen/public/pages/taxInfos/cipherDisplay.xhtml?publicationId=1003601&componentId=1003638) zum Honorar und zu den Barauslagen hinzuzurechnen (Art. 29 HonO) und beträgt vorliegend gerundet Fr. 157.75 (0.08 x [Fr. 1'895.80 + Fr. 75.80]). Damit beträgt die Parteienschädigung bemessen nach den kantonalen Tarifen Fr. 2'129.40 (inkl. Barauslagen und MwSt.). Die Beklagte hat den teilweise obsiegenden Kläger mit Fr. 2'129.40 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

7.3.3 Die teilweise obsiegende Beklagte beantragte ebenfalls eine Entschädigung (vgl. act. G 8, G 17). Sie liess das vorliegende Verfahren durch Angestellte ihres Rechtsdienstes führen. Solche gelten nicht als berufsmässige Vertreter im Sinn von Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO (vgl. VIKTOR RÜEGG in: Spühler/Tenchio/Infanger [Hrsg.], Basler Kommentar zur ZPO, 3. Aufl. 2017, Art. 95 N 18; BENEDIKT A. SUTER/ CRISTINA VON HOLZEN in: ZPO Kommentar, Art. 95 N 36). Daher besteht unter diesem Titel kein Anspruch auf eine Parteienschädigung. 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. Der Beklagten ist daher keine Parteientschädigung zuzusprechen.

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. 5'194.75 nebst Zins zu 5% seit 31. März 2015 und Fr. 9'708.25 nebst Zins zu 5% seit 29. Mai 2015 zu bezahlen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Die Beklagte hat den Kläger mit Fr. 2'129.40 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.