



Entscheid Versicherungsgericht, 17.05.2019

Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Würdigung eines durch die Versicherung eingeholten Gutachtens. Dieses erscheint unvollständig, nicht schlüssig und somit nicht geeignet, die Arbeitsfähigkeit des Klägers zu belegen. Arbeitsunfähigkeit und somit Taggeldanspruch im eingeklagten Zeitraum gestützt auf die gesamte Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Mai 2019, KV-Z 2017/16).

Entscheid vom 17. Mai 2019

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

KV-Z 2017/16

Parteien

A.____,
Kläger,

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

gegen

Helsana Zusatzversicherungen AG,

Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf,

Beklagte,

vertreten durch Helsana Versicherungen AG, Recht & Compliance,
Postfach, 8081 Zürich Helsana,

Gegenstand

Taggeldleistungen

Sachverhalt

A.
A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war seit dem 1. August 2003 als Magaziner bei der B.____ AG angestellt (vgl. act. G 5.4) und dadurch bei der Helsana Zusatzversicherungen AG (nachfolgend: Helsana) für ein Krankentaggeld von 80 % des effektiven Lohns bei einer Leistungsdauer von maximal 730 Tagen und einer Wartefrist von 30 Tagen versichert (vgl. act. G 5.2).

A.b Am 5. März 2015 wurde im Röntgeninstitut C.____ eine MRT-Untersuchung der Lendenwirbelsäule des Versicherten durchgeführt, welche eine Diskushernie L4/5 und L5/S1 mit einer allenfalls intermittierenden Irritation der Nervenwurzel L5 und weniger S1 zeigte (act. G 5.3).

A.c Mit Krankmeldung vom 12. März 2015 teilte die Arbeitgeberin der Helsana mit, dass der Versicherte seit dem 27. Februar 2015 zufolge Krankheit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Seit dem gleichen Tag befinde sich der Versicherte in per 31. Mai 2015 gekündigtem Arbeitsverhältnis (act. G 5.4).

A.d Mit Bericht an die Helsana vom 13. März 2015 nannte Dr. med. D.____, Allgem. Med., Tropenmed. FMH, Hausarzt des Versicherten, als Diagnose eine Lumboischialgie links. Als Befund erwähnte er invalidisierende Kreuzschmerzen sowie eine Ausstrahlung in das linke Bein. Die bisherige Erwerbstätigkeit im Gerüstebau sei dem Versicherten mit den Kreuzschmerzen nicht zumutbar, zumal es sich dabei um eine körperlich sehr belastende Arbeit handle. Der Versicherte sei seit dem 27. Februar 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. Es könne ihm auch keine vergleichbare oder andersartige Tätigkeit zugemutet werden. Schätzungsweise werde eine Arbeitsfähigkeit in einer vergleichbaren Tätigkeit in einem Monat wieder erreicht werden. Es bestünden keine Zweifel an den vom Versicherten angegebenen Beschwerden und an der Arbeitsunfähigkeit (act. G 5.6).

A.e Am 31. März 2015 untersuchte Dr. med. E.____, FMH Innere Medizin, spez. Rheumatologie, den Versicherten im Rahmen eines Low Level Assessment im Auftrag der Helsana. In seinem gleichentags verfassten Bericht hielt Dr. E.____ fest, dass der Versicherte Schmerzen lumbovertebral am Übergang Kreuzbein mit Ausstrahlungen in die linke untere Extremität entlang dem Dermatome S1 beschreibe. Im Sitzen und bei den spontanen Bewegungsabläufen sei ein konstantes Schonverhalten lumbal mit offensichtlicher Schmerzperzeption unübersehbar. Hinweise für Diskrepanzen oder eine bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung lägen nicht vor. Die Untersuchungsbefunde seien konstant reproduzierbar. Es finde sich ein sensorisches radikuläres Ausfallssyndrom im Bereich der Nervenwurzel S1 links mit allen positiven provozierbaren entsprechenden Tests mit einem positiven Lasègue-Phänomen ab 30 Grad und segmentaler subtotaler Bewegungseinschränkung L4-S1. Bezüglich der angestammten Tätigkeit als Gerüstebauer erachte er eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aktuell und wahrscheinlich auch langfristig als ausgewiesen. Eine Zwei-Etagen Diskushernie L4-S1 mit der neurologischen sensorischen Ausfallssymptomatik erlaube diese Tätigkeit kaum mehr. Aktuell sei überhaupt keine Arbeit zumutbar. Die Schmerzperzeption sei zu ausgeprägt. Allerdings sei die Situation therapeutisch noch nicht ausgeschöpft. Er empfehle als erste Massnahme eine CT-gesteuerte Nervenwurzelinfiltration S1 links sowie die Einnahme des Medikaments Lyrica. Eine Physiotherapie wäre ebenfalls sinnvoll, sofern die Qualität gut sei. Mit diesen Massnahmen sei von einer guten Prognose auszugehen. Parallel zu den medizinischen Massnahmen könne bereits die berufliche Umstellung und Reintegration diskutiert werden. Wichtig sei, dass mit dem motivierten Versicherten Rücksprache genommen werde und dieser in der beruflichen Wiedereingliederung unterstützt werde. Mittelfristig sei wieder eine volle Arbeitsfähigkeit unter Beachtung gewisser Schonkriterien zu erwarten. Der Versicherte sollte keine monoton vornüber gebückten oder erheblich gewichtsbelastenden Tätigkeiten ausüben und idealerweise sollte die Arbeit einen Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeitsabläufen ermöglichen. Es sei davon auszugehen, dass nach einer Infiltration eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und nach weiteren zwei Monaten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit zumutbar sei. Allerdings sei das Ergebnis der einmalig oder allenfalls auch zweimalig notwendigen Infiltration nicht genau vorauszusagen, weshalb der Verlauf bei Dr. D.____ nachzufragen sei. Falls unerwartet eine anhaltende schlechte Entwicklung resultiere, wäre eine Vorstellung an der neurochirurgischen Abteilung des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) indiziert (vgl. act. G 5.7).

A.f Ab dem 29. März 2015, nach Ablauf der Wartefrist, richtete die Helsana Taggelder à Fr. 165.26 aus (vgl. act. G 5.8).

A.g In einem Bericht an die IV-Stelle vom 3. Juni 2015 attestierte Dr. D.____ dem Versicherten erneut eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 27. Februar 2015 und bestätigte die Diagnose einer Lumboischialgie links bei Diskushernie LW4/5 und LW5/S1. Die chronischen Schmerzen, die Bewegungseinschränkung sowie die laufende Abklärung bzw. Behandlung sprächen gegen einen sofortigen Beginn der Wiedereingliederung. Bei einem konstant schlechten Verlauf seit drei Monaten könne keine Prognose abgegeben werden (act. G 5.12).

A.h Am 11. Juni 2015 berichteten die behandelnden Ärzte der Klinik für Neurochirurgie des KSSG über die ambulante Untersuchung des Versicherten vom 10. Juni 2015. In ihrem klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund erwähnten sie, dass sich der Versicherte in stark angespanntem Zustand befunden habe und überdurchschnittlich schwitzend gewesen sei. Die Trendelenburgzeichen seien beidseits negativ gewesen. Sensomotorische Defizite der unteren Extremität hätten sich nicht nachweisen lassen. Die Reflexe seien beidseits gesteigert auslösbar gewesen. Die Nervendehnungszeichen sowie der Babinskitest seien beidseits negativ gewesen. Als Lokalbefund nannten sie Druckdolenzien tieflumbal bis sakral median über der Wirbelsäule sowie paravertebral. Ausserdem bestehe ein Druckpunkt im Bereich der unteren Halswirbelsäule, respektive oberen Brustwirbelsäule. Anamnestisch hielten sie fest, dass der Versicherte seit ungefähr vier Monaten an Schmerzen der Wirbelsäule leide. Diese lokalisiere er vor allem tieflumbal bis sakral sowie mit einem lokalen Punkt im Bereich des Nackens. Des Weiteren leide er an Schmerzen in beiden Schultern. Seit einigen Wochen seien neu beidseitige Hüftschmerzen hinzugekommen. Intermittierend würden auch Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken seitlichen Oberschenkel auftreten. Der Versicherte habe sich in der Untersuchung mit Schmerzen vorgestellt, die fast über den ganzen Körper verteilt seien, weshalb als Diagnose am ehesten von einem Ganzkörperschmerzsyndrom auszugehen sei. Bildmorphologisch könne in der kernspintomographischen Untersuchung vom 5. März 2015 kein Korrelat auffindig gemacht werden für die intermittierend auftretende linksseitige Beinschmerzsymptomatik sowie die tieflumbale Wirbelsäulen- und Sakrumbeschwerdesymptomatik. Von einer neurochirurgischen Intervention und von weiteren neurochirurgischen Verlaufskontrollen werde abgesehen (act. G 5.13).

A.i In einem Verlaufsbericht an die Helsana vom 24. Juni 2015 bestätigte Dr. D.____, dass die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in seinem angestammten Beruf zu 100 % bestehen bleibe. Weiter verneinte er die Zumutbarkeit einer leidensangepassten leichteren beruflichen Tätigkeit. Allerdings gab er als Ziel die Reintegration des Versicherten in den Arbeitsprozess mit einer weniger rückenbelastenden Tätigkeit an. Sodann erwähnte Dr. D.____, dass beim Versicherten keine Infiltration durchgeführt worden sei, da deren Indikation unsicher sei (act. G 5.14).

A.j In einem zu Händen der Helsana am 3. Juli 2015 ausgefüllten Fragebogen verwiesen die behandelnden Ärzte der Klinik für Neurochirurgie des KSSG für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten auf dessen Hausarzt Dr. D.____. Aus neurochirurgischer Sicht bestünden keine Ursachen für eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Der Versicherte habe sich lediglich einmal in der Sprechstunde vorgestellt ohne weiteres neurochirurgisches Prozedere (act. G 5.16).

A.k Am 7. August 2015 meldete sich der Versicherte aufgrund der anhaltenden Schmerzproblematik direkt bei Dr. med. F.____, Rheumaerkrankungen und Schmerztherapie. Im Sprechstundenbericht hielt Dr. F.____ fest, der Versicherte habe sich stark schwitzend, stöhnend und in gekrümmter Körperstellung präsentiert. Er habe sich nur unter Schmerzen aufrichten können, habe ein hinkendes Gangbild sowie ausgedehnte oberflächliche Druckdolenzien gezeigt. Die Abduktion der Arme sei mit Schmerzangaben im Achselskelett ein-

hergegangen. Die Rotation en bloc sei als massiv schmerzhaft angegeben worden. Die Beschwerden seien einem generalisierten Schmerzsyndrom zuzuordnen. Die Klinik lasse sich durch die kernspintomografisch festgestellten nicht kompressiven breitbasigen Diskushernien L4/5 und L5/S1 nicht erklären. Das ventral von der rechten Hüfte ausgehende zystische Ganglion entlang des Rectus femoris rechts fände wiederum kein entsprechendes klinisches Korrelat. Auffällig seien die nicht organischen Zeichen nach Waddel, welche auf eine psychosoziale Überlagerung des Schmerzsyndroms hinwiesen. Als Gerüstbauer sei der Versicherte seit dem 27. Februar 2015 krankgeschrieben. Bei fehlenden organischen Korrelaten seien die Beschwerden des Versicherten als überwindbar einzustufen, weshalb eine Arbeitsfähigkeit für leichte und mittelschwere körperliche Tätigkeiten gegeben sei (act. G 5.19).

A.l Mit Schreiben vom 10. September 2015 teilte die Helsana dem Versicherten mit, dass es ihm entsprechend den medizinischen Abklärungen möglich und zumutbar sei, eine 100%ige Arbeitsleistung in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu erbringen. Unter Gewährung einer dreimonatigen Anpassungszeit erhalte er bis zum 10. Dezember 2015 das volle Taggeld, sofern er für diese Zeit noch die entsprechenden Arztzeugnisse einreiche. Ab dem 11. Dezember 2015 würden die Taggeldleistungen eingestellt (act. G 5.22).

A.m In einem Austrittsbericht vom 3. Dezember 2015 hielten die behandelnden Ärzte der Klinik für Rheumatologie des KSSG fest, dass der Versicherte vom ___ bis 16. November 2015 bei ihnen für eine multimodale Schmerztherapie (MMST) hospitalisiert gewesen sei. Als Diagnosen nannten sie eine Anpassungsstörung mit depressiver und ängstlicher Symptomatik, ein chronisches, lumbal betontes Panvertebralsyndrom sowie den Verdacht auf eine chronische Prostatitis mit irritativen Miktionsbeschwerden. Der Versicherte sei dem multimodalen Angebot kooperativ gegenübergestanden und habe an allen Gruppen- und Einzelbehandlungen im Rahmen seiner Möglichkeiten teilgenommen. Unter allen Massnahmen habe nur eine partielle Anpassung und Verbesserung der allgemeinen und spezifischen Beweglichkeit sowie der Schmerzausprägung erreicht werden können. Der Versicherte sei am 16. November 2015 in insgesamt gutem Allgemeinzustand entlassen worden, wobei zur Verbesserung der Belastbarkeit und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit als Anschlusslösung eine stationäre Rehabilitation in den Kliniken Z. ___ organisiert worden sei (act. G 5.29).

A.n Vom 16. November bis 19. Dezember 2015 war der Versicherte in stationärer Behandlung im Rehabilitationszentrum Z. ____. Im Austrittsbericht vom 18. Dezember 2015 nannten die behandelnde Ärzte als Diagnosen ein chronisches, lumbal betontes panvertebrales Syndrom, eine Anpassungsstörung mit depressiver und ängstlicher Symptomatik, den Verdacht auf eine chronische Prostatitis mit irritativen Miktionsbeschwerden und ein Impingementsyndrom der rechten Schulter. Weiter hielten sie fest, dass sich der Rehabilitationsprozess aufgrund verminderter Belastbarkeit und wechselhafter Schmerzempfindung des Versicherten verzögert habe. Der gesamte Verlauf sei massiv schwankend gewesen. Die im Verlauf mehrmals durchgeführten Mobilisationen hätten eine deutliche, jedoch nur kurzfristige Verbesserung ergeben. Es zeige sich das Bild einer Schmerzstörung mit massiver Symptomausweitung. Bei Eintritt habe der Versicherte noch eine verminderte Schulterbeweglichkeit rechts gezeigt. Klinisch und radiologisch sei die Diagnose eines leichten Impingementsyndroms rechts festgestellt worden. Bei Austritt sei die Beweglichkeit der rechten Schulter gesteigert und die Symptomatik nicht mehr konstant vorhanden gewesen. Der Versicherte sei engmaschig psychosomatisch betreut gewesen, wobei die Diagnose einer Anpassungsstörung beibehalten und die medikamentöse Behandlung mit Trittico ergänzt worden sei. Bei Panikattacken sei zwischenzeitlich auch noch Temesta eingesetzt worden. Für die Dauer des stationären Aufenthaltes vom 16. November bis 19. Dezember 2015 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ab dem 20. Dezember 2015 sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit bis

Ende 31. Januar 2016 auszugehen. Die Weiterbeurteilung erfolge durch den nachbehandelnden Arzt (act. G 5.31).

A.o In einem am 13. Januar 2016 ausgefüllten Fragebogen der Helsana gab Dr. F. ___ an, dass sich an seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vom 7. August 2015 nichts geändert habe. Der Versicherte sei ein einziges Mal notfallmässig bei ihm in Behandlung gewesen (act. G 5.32).

A.p Im Auftrag von Helsana wurde der Versicherte am 16. Februar 2016 durch PMEDA Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen (PMEDA), Zürich, rheumatologisch und psychiatrisch untersucht. In der rheumatologischen Beurteilung vom 5. April 2016 hielt Dr. med. G. ___ fest, dass der Versicherte toxisch ausgedehnte Schmerzen mit spinaler Betonung nahezu maximaler Ausprägung reklamiert habe. In den Akten sei keine somatische Genese klinisch oder bildmorphologisch schlüssig belegt oder wahrscheinlich gemacht worden. Vielmehr sei eine psychogene Ursache postuliert worden. Die Untersuchung habe eine inkonsistente und biologisch nicht plausible Präsentation von Bewegungseinschränkungen gezeigt, die sich in der spontanen Mobilität prompt aufgelöst hätten. Es dominierten die sicheren Zeichen einer bewusstseinsnahen, demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden. Es gebe keinen Anhaltspunkt für eine rheumatologische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die zuletzt ausgeübte und jedwede andere Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes sei somit ab sofort als zu 100 % (100 % Pensum und 100 % Rendement) leistbar einzuschätzen (act. G 5.37 S. 15). Im psychiatrischen Gutachten vom 5. April 2016 führte Dr. med. H. ___ aus, dass der Versicherte einen Ganzkörperschmerz mit Betonung im Lumbalbereich, im Hinterkopf und Becken sowie an der linken oberen Extremität schildere. Namhafte psychische Beschwerden würden seitens des Versicherten verneint. Er erwähne zwar schmerzbedingte Ein- und Durchschlafstörungen sowie Zukunftssorgen, psychosoziale Konflikte oder seelische Belastungen würden jedoch nicht angegeben und liessen sich auch nicht herausarbeiten. Der erhobene psychiatrische Befund sei von einer demonstrativ anmutenden Schmerzpräsentation geprägt, wobei der Versicherte die Untersuchungsräume hinkend und laut stöhnend betreten habe, in der weiteren Exploration jedoch nicht namhaft schmerzgeplagt gewirkt habe. Auffällig sei auch, dass der Versicherte keine Schmerzmedikamente mehr einnehme, was mit den reklamierten Schmerzen nicht in Einklang zu bringen sei. Die Stimmung sei situationsadäquat und unauffällig, die Schwingungsfähigkeit erhalten und der Antrieb wirke ungestört. Zeichen für eine Depressivität bestünden nicht. Zusammenfassend liessen sich in der Exploration keine ausreichenden Hinweise für eine psychiatrische Erkrankung finden, insbesondere seien die diagnostischen Kriterien einer affektiven Störung oder einer Anpassungsstörung nicht erfüllt. Auch für eine Störung der zentralen Schmerzverarbeitung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung fänden sich keine Hinweise. Ein zugrundeliegender psychischer oder psychosozialer Konflikt liege nicht vor, weshalb die ICD-10 Kriterien mithin nicht erfüllt seien. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht festzustellen. Der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht ab sofort in der Lage, sowohl die bisherige Tätigkeit als Gerüstebauer als auch jedwede andere Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes zu 100 % (Pensum und Rendement von 100 %) zu verrichten. Soweit aktenkundig Arbeitsunfähigkeiten attestiert worden seien, fussten diese auf dem subjektiven Beschwerdevortrag des Versicherten, was nicht genüge. Die in den Akten genannte Anpassungsstörung sei nicht anhand der ICD-10-Kriterien mittels eines Befunds geprüft oder belegt worden. Vielmehr handle es sich bei näherer Betrachtung lediglich um eine Ausschlussdiagnose (act. G 5.38 S. 9 ff.).

A.q Am 7. April 2016 teilte die Helsana dem Versicherten mit, dass sie auch nach den Untersuchungen durch Dr. H. ___ und Dr. G. ___ davon ausgehe, dass er in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, weshalb sie an ihrem Entscheid vom 10. September 2015 festhalte. Die Taggeldleistungen würden per 19. Dezember 2015 eingestellt (act. G 5.39).

A.r Mit Verfügung vom 18. April 2016 lehnte die Invalidenversicherung einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente ab. Die Abklärungen hätten ergeben, dass beim Versicherten seit dem 27. Februar 2015 eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgewiesen sei. Eine adaptierte Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht jedoch zu 100 % zumutbar (act. G 5.41).

A.s Mit Schreiben vom 31. März 2017 bat der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt K. Gemperli, St. Gallen, die Helsana darum, die Einstellung der Taggelder erneut zu überdenken. Er machte geltend, dass die Taggeldleistungen gerade eingestellt worden seien, als er vom Aufenthalt in der Klinik Z. ____ zurückgekehrt sei. Es sei nicht davon auszugehen, dass die Klinik ihn ohne medizinische Notwendigkeit behalten hätte. Laut Austrittsbericht sei er noch bis Ende Januar 2016 zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben. Eine Übergangsfrist hätte somit frühestens ab 1. Februar 2016 zu laufen beginnen dürfen und hätte mindestens fünf Monate, sprich bis Ende Juni 2016, dauern müssen. Sodann kritisierte er, dass das bidisziplinäre Gutachten von PMEDA nicht schlüssig sei. Im psychiatrischen Gutachten heisse es, dass er keine Schmerzmittel ausser Globuli einnehme. Wie aus einem Therapieplan der Klinik für Rheumatologie des KSSG vom 20. Januar 2016 hervorgehe, nehme er neben Globuli auch Lyrica ein. Einen entsprechenden Therapieplan legte er bei (act. G 5.42/1). Im rheumatologischen Gutachten sei das aktuelle MRI vom 12. Januar 2016 nicht berücksichtigt worden. Dieses MRI hatte cervicale Diskushernien, betont HWK5/6 mit foraminale Einengung der Nervenwurzel C6 beidseits, nicht komprimierende kleinvolumige mediale Diskushernien LWK4/5 und LWK5/SWK1 und eine zunächst unspezifische fettäquivalente Signalstörung ventral angrenzend an die Bodenplatte von BWK11 zum Vorschein gebracht (act. G 5.42/2). Sodann legte er einen Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 5. April 2016 bei, gemäss welchem sich elektroneurographisch eine deutlich verminderte Amplitude des Nervus suralis als Hinweis auf einen axonalen Schaden gezeigt und sich zusammenfassend das Bild einer subakuten Radikulopathie (L5) präsentiert habe (act. G 5.42/3). Der Versicherte bezeichnete das Gutachten von PMEDA als tendenziös, zumal die gutachterlichen Schlussfolgerungen durch die anschliessende Entwicklung widerlegt würden und er auch durchgehend krankgeschrieben worden sei. Diesbezüglich reichte der Versicherte Arztzeugnisse der Klinik für Rheumatologie des KSSG sowie von Dr. D. ____ ein (act. G 5.42/4 ff.). Schliesslich legte der Kläger Berichte von Dr. I. ____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, Klinik J. ____, vom 7. Juli 2016 und 7. März 2017, in welchen zu einer Operation geraten worden ist (vgl. act. G 5.42/8 und 42/12), sowie weitere medizinische Unterlagen bei (zum Ganzen act. G 5.42).

A.t Am 10. Mai 2017 reichte der Versicherte der Helsana Operationsberichte der Klinik J. ____ vom 29. März und 10. April 2017 sowie einen Austrittsbericht zur Hospitalisation vom 29. März bis 3. April 2017 ein. Letzterem ist zu entnehmen, dass der Versicherte aufgrund von seit längerer Zeit bestehenden invalidisierenden linksseitigen Lumboischialgien mit ausgeprägter Fehlhaltung bei bekannter Diskopathie L4/L5 und L5/S1 zur Operation zugewiesen worden sei. Aufgrund des langen Leidensdrucks mit Therapieresistenz sei der Entschluss zur Neuroteststimulation erfolgt. Der operative Eingriff sowie der postoperative Verlauf hätten sich komplikationslos und erfreulich gestaltet. Die Schmerzen hätten täglich abgenommen. Die Gehfähigkeit und die Körperhaltung hätten sich verbessert. Aus dem Operationsbericht vom 10. April 2017 geht hervor, dass der Versicherte während der letzten knapp 14 Tage eine Schmerzlinderung von über 50 % erfahren habe und wieder aufrecht gehen könne, weshalb der Entschluss zur Internalisierung des Neurostimulators gefasst worden sei (act. G 5.43).

A.u Am 30. Juni 2017 teilte die Helsana dem Versicherten mit, aufgrund des Austrittsberichts der Klinik Z. ____ vom 18. Dezember 2015 sei sie zum Schluss

gekommen, dass eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erst ab dem 1. Februar 2016 gegeben sei, weshalb ein Übergangstaggeld bis zum 30. Juni 2016 auszusprechen sei. Danach würden die Taggeldleistungen eingestellt (act. G 5.44).

B.

B.a Am 7. Dezember 2017 reichte der Versicherte (nachfolgend: Kläger) durch seinen Rechtsanwalt Klage beim Versicherungsgericht ein. Darin beantragte er, die Helsana (nachfolgend: Beklagte) sei zu verpflichten, dem Kläger Fr. 39'744.30 nebst Zins zu 5 % seit dem 1. Juli 2016 sowie Fr. 2'600.-- zu bezahlen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen einschliesslich Fr. 218.95 Arztberichts-kosten (act. G 1 S. 2). Die Fr. 2'600.-- ergäben sich daraus, dass auf den seitens der Beklagten zu spät geleisteten Zahlungen ein Verzugszins von 5 % seit dem mittleren Verfall geschuldet sei (act. G 1 S. 4).

B.b In ihrer Stellungnahme vom 1. März 2018 beantragte die Beklagte die vollumfängliche Abweisung der Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers (act. G 5 S. 2).

B.c Nachdem die Parteien auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet hatten (vgl. act. G 6 i.V.m. 7), ordnete das Versicherungsgericht am 27. April 2018 einen zweiten Schriftenwechsel an (act. G 7). In der Replik vom 15. August 2018 hielt der Kläger an seinen in der Klage gestellten Rechtsbegehren fest (act. G 12 S. 2). Er reichte IV-Unterlagen ein (act. G 12.1) und merkte an, dass er am 4. Januar 2017 bei der IV-Stelle ein neues Gesuch eingereicht habe, auf welches eingetreten worden sei. Am 13. April 2017 sei seitens der IV-Stelle festgestellt worden, dass die These einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit nicht aufrechterhalten werden könne, sondern ein instabiler Gesundheitszustand mit fehlender Arbeitsfähigkeit vorliege (vgl. act. G 12 S. 4).

B.d Mit Duplik vom 27. August 2018 hielt die Beklagte an den in der Klageantwort gestellten Anträgen vollumfänglich fest (act. G 14 S. 1 f.).

B.e Am 23. Januar 2019 reichte der Rechtsvertreter des Klägers seine Kostennote ein. Er beantragte die Parteientschädigung zuzüglich Mehrwertsteuer mit der Begründung, der Kläger sei nicht mehrwertsteuerpflichtig (act. G 17).

B.f Mit Schreiben vom 26. März 2019 zeigte das Versicherungsgericht den Parteien den Beizug der IV-Akten an und gab ihnen Gelegenheit zur Einsicht in die Akten sowie zu einer allfälligen Stellungnahme (act. G 20).

B.g Am 7. Mai 2019 nahm die Beklagte Stellung zu den beigezogenen IV-Akten. Im Wesentlichen machte sie geltend, die IV-Stelle sei in ihrer Verfügung vom 18. April 2016 davon ausgegangen, dass der Kläger in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Die im Nachgang zu dieser Verfügung entstandenen IV-Akten belegten entgegen der Behauptung des Klägers keine Arbeitsunfähigkeit. Demnach sei der Kläger spätestens ab Februar 2016 in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen, weshalb die Einstellung der Krankentaggelder per 30. Juni 2016 zu Recht erfolgt sei. Bei der IV-Neuanmeldung des Klägers vom 4. Januar 2017 habe dieser glaubhaft machen müssen, dass sich die medizinische oder wirtschaftliche Situation in erheblicher Weise verändert habe. Die RAD-Ärztin sei sodann in ihrer Stellungnahme vom 5. April 2017 zur Auffassung gelangt, dass die 100%ige Arbeitsfähigkeit in vorwiegend sitzender Tätigkeit nicht mehr bestätigt werden könne. Folglich sei gestützt auf die IV-Akten davon auszugehen, dass eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers frühestens im Frühjahr 2017 eingetreten sei. Im Zeitraum vom 1. Februar bis 30. Juni 2016 sei eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit hingegen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Aufgrund der Kündigung des Arbeitsver-

hältnisses sei der Versicherte im Zeitpunkt der allfälligen Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht mehr über die Kollektivtaggeldversicherung der ehemaligen Arbeitgeberin versichert gewesen (act. G 23).

Erwägungen

1.
1.1 Gemäss Ziff. 38 der vorliegend unbestrittenermassen anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten (nachfolgend: AVB), Ausgabe 2014 (act G 5.1) sind für Klagen aus dem Versicherungsvertrag die Gerichte am schweizerischen Wohnort des Versicherungsnehmers bzw. des Anspruchsberechtigten zuständig. Der Kläger hat das für seinen Wohnort zuständige Gericht angerufen. Die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen ist damit gegeben.

1.2 Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) i.V.m. 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 funktionellen 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).

1.4 Die prozessualen Voraussetzungen sind erfüllt und auf die Leistungsklage ist einzutreten.

2.
2.1 Zwischen den Parteien zur Hauptsache umstritten und nachfolgend zu beurteilen ist der Anspruch des Klägers auf 240 Taggelder à Fr. 165.26 für die Zeit ab dem 1. Juli 2016. Strittig sind somit Taggeldleistungen für den Zeitraum vom 1. Juli 2016 bis zum 25. Februar 2017 (vgl. act. G 1 S. 1 i.V.m. S. 4).

2.2 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, 2. Aufl. Bern 2016, N 11.154 und 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 [3. Aufl.] – PETER GUYAN, N 3 ff. zu Art. 153; vgl. ferner FRANZ HASENBÖHLER in: SUTTER-SOMM/HASENBÖHLER/LEUENBERGER [Hrsg.], ZPO Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2016, N 5 ff. zu Art. 153).

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 Versicherungsfalls ist nach diesen Grundsätzen vom Anspruchsberechtigten zu beweisen (BGE 141 III 242 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 Im Zivilprozess stellt ein Privatgutachten kein Beweismittel, sondern eine blosser Parteibehauptung dar. Bewiesen werden müssen nur Tatsachenbehauptungen, die ausdrücklich bestritten sind. Bestreitungen sind so konkret zu halten, dass sich bestimmen lässt, welche einzelnen Behauptungen damit bestritten werden. Erforderlich ist eine klare Äusserung, dass der Wahrheitsgehalt einer bestimmten und konkreten gegnerischen Behauptung infrage gestellt wird. Parteibehauptungen, denen ein Privatgutachten zugrunde liegt, sind meist besonders substantiiert. Entsprechend genügt eine pauschale Bestreitung nicht; die Gegenpartei ist vielmehr gehalten zu substantiieren, welche einzelnen Tatsachen sie konkret bestreitet. Wird jedoch eine Tatsachenbehauptung von der Gegenpartei substantiiert bestritten, so vermögen Parteigutachten als reine Parteibehauptungen diese allein nicht zu beweisen. Als Parteibehauptungen mögen sie allenfalls zusammen mit – durch Beweismittel nachgewiesenen – Indizien den Beweis zu erbringen. Werden sie aber nicht durch Indizien gestützt, so dürfen sie als bestrittene Behauptungen nicht als erwiesen erachtet werden (vgl. zum Ganzen ausführlich BGE 141 III 437 f. E. 2.6).

3.

3.1 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.

3.2 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). 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 (Ziff. 9.4 der AVB). Die Nachleistung kommt bei einem Rückfall gemäss Ziff. 17.2 nicht zur Anwendung (Ziff. 9.5 lit. d AVB). Das erneute Auftreten einer Krankheit gilt hinsichtlich Leistungsdauer und Wartefrist als neuer Leistungsfall, wenn die versicherte Person vor dem Rückfall während mindestens 365 Tagen wegen dieser Krankheit nicht arbeitsunfähig oder in ärztlicher Behandlung war (vgl. Ziff. 17.2 AVB).

3.3 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.

4.
Unbestritten ist das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit im Zeitraum vom 27. Februar 2015 bis 31. Januar 2016. Strittig und zu prüfen ist nun aber, ob beim Kläger über den Zeitpunkt des 31. Januar 2016 hinaus weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, sodass unter Berücksichtigung der von der Beklagten zugebilligten fünfmonatigen Übergangsfrist auch im Zeitraum vom 1. Juli 2016 bis 25. Februar 2017 noch ein Taggeldanspruch besteht (vgl. act. G 5.44).

4.1 Die Beklagte stützt sich für die Einstellung der Taggeldleistungen insbesondere auf das rheumatologische und das psychiatrische PMEDA-Gutachten vom 5. April 2016, welches dem Kläger seit dem Untersuchungszeitpunkt vom 16. Februar 2016 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in jedwelcher Tätigkeit zumutet. Überdies bringt sie vor, auch Dr. F. ___ sei davon ausgegangen, dass die Schmerzen für den Kläger überwindbar seien und dieser in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Weiter habe die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 18. April 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in adaptierter Tätigkeit angenommen. Schliesslich hätten die vom Kläger genannten Beschwerden in keinem medizinischen Bericht objektiviert werden können. Die Feststellungen von Dr. I. ___ würden an den echtzeitlichen Befunden im Jahr 2016 nichts ändern. Dass sich Dr. I. ___ mit Bericht vom 7. März 2017 zu möglichen objektivierbaren Befunden ganz anders äussere, werde nicht bestritten. Auch aus dem Umstand, dass die IV-Stelle auf die Wiederanmeldung des Klägers eingetreten sei, um zu prüfen, ob sich seine Situation im Verlauf des Jahres 2017 verändert habe, könne dieser nichts zu seinen Gunsten ableiten. Denn das Arbeitsverhältnis mit dem Kläger sei per 31. Mai 2015 aufgelöst worden. Somit habe er bei Wiedererlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit keinen Anspruch auf Nachleistungen aus dem Kollektiv-Taggeldvertrag der ehemaligen Arbeitgeberin mehr (vgl. act. G 5 und 14).

4.2 Demgegenüber erachtet der Kläger die Gutachtensstelle PMEDA als versicherungsfreundlich und die PMEDA-Gutachten als nicht schlüssig. Er kritisiert die Gutachten substantiiert in verschiedenen Punkten. Insbesondere bemängelt er, dass nicht sämtliche relevanten medizinischen Akten in den Gutachten berücksichtigt worden seien und die Berichte der behandelnden Ärzte den Gutachten widersprechen würden. Schliesslich handle es sich bei den Gutachten lediglich um Parteibehauptungen. Aus dem Umstand, dass die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 18. April 2016 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen sei, könne die Beklagte nichts zu ihren Gunsten ableiten,

zumal sich die IV-Stelle unter anderem auf die Abklärungen der Taggeldversicherung gestützt habe. Zudem habe die Beklagte ihn bei der IV-Stelle angemeldet. Er selber habe genesen und wieder arbeiten wollen, weshalb er auch auf die Erhebung eines Einwandes gegen den negativen Rentenvorbescheid verzichtet habe. Im Rahmen einer erneuten IV-Anmeldung sei nun auch festgestellt worden, dass an einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit nicht festgehalten werden könne (act. G 1 und 12).

4.3 Dem Kläger ist darin zuzustimmen, dass der MRI-Bericht vom 12. Januar 2016 (vgl. act. G 5.42/2) im psychiatrischen und im rheumatologischen PMEDA-Gutachten vom 5. April 2016 keine Berücksichtigung gefunden hat (vgl. act. G 5.37 und 38). Das MRI hat cervicale Diskushernien, betont im Bereich HWK5/6 mit foraminaler Einengung der Nervenwurzel C6, beidseits gezeigt (act. G 5.42/2). Auch haben die am Tag der Gutachtenserstellung zum Vorschein gekommenen neurologischen Abklärungsergebnisse keinen Eingang in die Gutachten gefunden (vgl. act. G 5.37 und 38). Der Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 5. April 2016 hat den Verdacht auf einen axonalen Schaden und eine subakute Radikulopathie L5 enthalten (act. G 5.42/3). Die im Rahmen der Begutachtung fehlenden Untersuchungen bzw. Berichte haben somit keine unwesentlichen Ergebnisse zu Tage gebracht, weshalb nicht auszuschliessen ist, dass die Kenntnis dieser Befunde die gutachterlichen Einschätzungen hätte beeinflussen können. Dies umso mehr, als die Gutachten in Kenntnis des Berichts der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 11. Juni 2015 (vgl. act. G 5.13) sowie desjenigen von Dr. F. ___ vom 7. August 2015 (vgl. act. G 5.19) entstanden sind, welche beide von einem Ganzkörperschmerzsyndrom ausgegangen sind, da sie die vom Kläger genannten Beschwerden keinem organischen Korrelat zuordnen konnten (act. G 5.13 und 5.19). Gerade der vom Kläger in der Untersuchung vom 10. Juni 2015 genannte Schmerzpunkt an der Halswirbelsäule (vgl. act. G 5.13) wäre aber durch die im MRI vom 12. Januar 2016 erkannten Diskushernien (eine immerhin mit Impression des Duralschlauchs und einer Nervenwurzeleinengung) möglicherweise erklärbar gewesen (vgl. act. G 5.42/2). Die als nicht erklärbar beschriebenen Ausstrahlungen in das linke Bein (vgl. act. G 5.13 S. 2) hätten allenfalls einen Zusammenhang zu den neurologischen Befunden aufgewiesen (vgl. act. G 5.42/3). Die vom Kläger ebenfalls bereits in der Untersuchung vom 10. Juni 2015 beschriebenen Schmerzen in der rechten Schulter hätten durch die in der Klinik Z. ___ radiologisch festgestellte Impingement-Problematik eine Erklärung finden können (vgl. act. G 5.31). Auch wenn im Krankheitsverlauf von verschiedenen Ärzten erwähnt worden ist, dass die angegebenen Beschwerden mit den bildgebenden Befunden nicht vollständig erklärt werden könnten (vgl. z.B. act. G 5.13, 5.19, 5.31, 5.42/10 und 5.42/12 und G 19.2/64 S. 2), ist die unvollständige Aktenlage im Rahmen der PMEDA-Begutachtungen sowie das Abstellen auf Untersuchungsberichte, welche in Unkenntnis später festgestellter Befunde entstanden sind, gleichwohl problematisch. Zwar müssen ein rheumatologisches und ein psychiatrisches Gutachten nicht zwingend die Berichte sämtlicher anderen Disziplinen berücksichtigen. Ein rheumatologisches Gutachten kann grundsätzlich beispielsweise auch bereits dann als vollständig gelten, wenn es lediglich den rheumatologischen Berichten Beachtung schenkt. Allerdings hätten vorliegend angesichts des schon im Gutachtenszeitpunkt unklaren Beschwerdebildes sowie der weiteren zwischenzeitlich bekannt gewordenen Untersuchungsbefunde für eine umfassende Begutachtung weitere Disziplinen, wie beispielsweise die Neurologie, die Neurochirurgie oder die Orthopädie herangezogen werden müssen. Das Gutachten erscheint somit jedenfalls nicht vollständig, weshalb die Beklagte gestützt auf dieses Gutachten nicht auf eine generelle Arbeitsfähigkeit des Klägers im vorliegend relevanten Zeitraum schliessen kann. Dazu kommt, dass das Gutachten eine einlässliche Auseinandersetzung mit den bereits vorhandenen und im Gutachten aufgelisteten anderen ärztlichen Berichten vermissen lässt. Im rheumatologischen Gutachten wird dem Kläger beispielsweise vorgeworfen, bei den erkennbaren Untersuchungen eine andere Hüftextension vorgenommen zu haben wie bei den Untersuchungen unter Ablenkung (vgl. act.

G 5.37 S. 13 f.). Dr. E.____, welcher ebenfalls im Bereich Rheumatologie spezialisiert ist und von der Beklagten beauftragt worden ist, hat in seiner Untersuchung vom 31. März 2015 hingegen von konstant reproduzierbaren Untersuchungsbefunden ohne Inkonsistenzen berichtet (act. G 5.7). Eine Auseinandersetzung mit dem Bericht von Dr. E.____ fehlt im Gutachten. Ganz generell sind im rheumatologischen Gutachten ausser der Auflistung der medizinischen Berichte und dem pauschalen Vermerk, dass aktenkundig keine somatische Genese klinisch oder bildmorphologisch schlüssig belegt sei, keine Ausführungen zu anderen medizinischen Berichten zu erkennen (vgl. act. G 5.37). Der psychiatrische Gutachter Dr. H.____ setzt sich ebenfalls nicht vertieft mit den medizinischen Berichten auseinander, die wiederholt auf eine psychische Überlagerung hingewiesen haben (vgl. z.B. act. G 5.19, 5.29 und 5.31). Gerade der Bericht der Klinik K.____ vom 18. Dezember 2015 deutet auf eine psychische Problematik hin, werden doch Panikattacken und die Verabreichung entsprechender Medikamente erwähnt (vgl. act. G 5.31 S. 2). Der Gutachter begnügt sich mit der Angabe des Klägers, nicht an Panikattacken zu leiden (vgl. act. G 5.38 S. 8). Auch hinsichtlich der Medikation wird die angebliche Aussage des Klägers, er nehme ausser Globuli keine Medikamente mehr ein, unkritisch übernommen, ohne dass ein Medikamententest gemacht oder in Erfahrung gebracht worden wäre, ob der Kläger beabsichtigt, ein anderes Medikament auszuprobieren (vgl. act. G 5.38 S. 3). Der Kläger hat diese im Gutachten enthaltene Angabe denn auch als unwahr bezeichnet (act. G 5.42 S. 2). Zumindest geht aus den gutachterlichen Ausführungen und aus zahlreichen anderen medizinischen Berichten hervor, dass der Kläger zahlreiche unterschiedliche Medikamente ausprobiert hat (vgl. z.B. act. G 5.12 S. 2, 5.19, 5.28, 5.29 S. 2 ff. und G 5.31). Dem Kläger wegen einer angeblich fehlenden Medikamenteneinnahme einen mangelnden Leidensdruck vorzuwerfen, erscheint somit nicht stimmig, zumal er sich aktenkundig bereits im Gutachtenzeitpunkt Infiltrationen unterzogen hatte (vgl. z.B. act. G 5.29 S. 1) und später auch Operationen (vgl. act. G 5.43; vgl. ferner act. G 19.2/97 ff.) vorgenommen worden sind. Ganz generell entsteht der Eindruck, dass das psychiatrische Gutachten auf einer sehr oberflächlichen Befragung des Klägers beruht und dessen kurze Angaben ohne Interpretation und Hinterfragung übernommen worden sind. Psychologische Tests oder Abklärungen, welche über eine reine Befragung hinausgehen, können dem Gutachten nicht entnommen werden (vgl. act. G 5.38). Umso seltsamer mutet die gutachterliche Aussage an, dass die bisher aktenkundig attestierten Arbeitsunfähigkeiten auf dem subjektiven Beschwerdevortrag des Klägers fussten, was nicht genügen könne (vgl. act. G 5.38 S. 10). Vielmehr wirkt die gutachterliche rheumatologische und psychiatrische Einschätzung, wonach der Kläger auch in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (vgl. act. G 5.37 S. 15 ff. und 5.38 S. 10 ff.), angesichts der zahlreichen anderen ärztlichen Berichte keineswegs schlüssig. Soweit ersichtlich, wird in sämtlichen anderen in den Helsana-Akten zu findenden ärztlichen Berichten, welche eine Arbeitsfähigkeitsschätzung beinhalten, von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausgegangen (act. G 5.6, 5.7, 5.12, 5.14, 5.19, 5.31, 5.42/2 ff. und G 1.12; anders die Klinik für Neurochirurgie des KSSG, welche die Arbeitsfähigkeit lediglich aus neurochirurgischer Sicht beurteilt und für die generelle Arbeitsfähigkeitsbeurteilung an den Hausarzt verweist, vgl. act. G 5.16 i.V.m. 5.13). Selbst die Beklagte scheint sich nicht auf die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung verlassen zu haben, wonach auch in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit vorliege. Vielmehr stellt sie sich im Schreiben vom 7. April 2016 lediglich auf den Standpunkt, der Kläger sei in adaptierter Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (act. G 5.39). Schliesslich ist auch die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 18. April 2016 zum Schluss gekommen, dass ihre Abklärungen eine seit dem 27. Februar 2015 bestehende ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf ergeben hätten (act. G 5.41). Angesichts der im Rahmen der anderen ärztlichen Berichte nicht stimmig erscheinenden gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung für die bisherige Tätigkeit, ist auch die Schätzung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit sehr zweifelhaft. Gestützt wird die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung für adaptierte Tätigkeiten aus rheuma-

tologischer Sicht zwar von Dr. F.____, welcher in seinem Bericht vom 7. August 2015 davon ausgegangen ist, dass die Beschwerden aus rheumatologischer Sicht überwindbar seien (vgl. act. G 5.19). Eine solche Einschätzung ohne einlässliche Auseinandersetzung mit den Umständen, in welchen sich der Kläger befunden hat, mutet allerdings heikel an. Dazu kommt, dass Dr. F.____ in einem späteren Bericht vom 13. Januar 2016 selber darauf aufmerksam gemacht hat, den Kläger nur einmal notfallmässig gesehen zu haben. Für zahlreiche Fragen hat er daher an den Hausarzt Dr. D.____ verwiesen (vgl. act. G 5.32). Insofern kann auf die vermeintliche Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. F.____ vom 7. August 2015 nicht abgestellt werden, weshalb diese auch die gutachterlichen Feststellungen nicht zu stützen vermag. Selbst wenn aber aus rheumatologischer Sicht im hier interessierenden Zeitraum keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen haben sollte, schliesst dies eine Arbeitsunfähigkeit aus anderen Gründen nicht aus. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass selbst die Gutachten eine Arbeitsfähigkeit erst ab dem gutachterlichen Untersuchungszeitpunkt, also ab dem 16. Februar 2016 attestiert haben (vgl. act. G 5.37 und 5.38), während die Beklagte eine Arbeitsfähigkeit bereits ab dem 1. Februar 2016 annimmt (vgl. act. G 5.44).

4.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die PMEDA-Gutachten - auch in Berücksichtigung der gesamten medizinischen Aktenlage (vgl. dazu E. 5) - nicht geeignet sind, eine volle Arbeitsfähigkeit des Klägers ab dem 1. Februar 2016 zu belegen.

5.

Weiter ist zu prüfen, ob die vorhandenen medizinischen Unterlagen die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuweisen vermögen.

5.1 Während die PMEDA-Gutachten dem Kläger aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert haben, hat Dr. L.____ von der Klinik für Rheumatologie des KSSG den Versicherten vom 1. Januar 2016 bis 5. April 2016 und ab dem 5. April 2016 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig befunden. Zwar nehmen die Arztzeugnisse von Dr. L.____ nicht klar dazu Stellung, ob sich die attestierte Arbeitsunfähigkeit auch auf adaptierte Tätigkeiten bezieht. Auf den Zeugnissen ist allerdings explizit vermerkt, dass sie zu Händen der Versicherung und nicht zu Händen eines Arbeitgebers ausgestellt worden sind, was darauf hindeutet, dass die Arbeitsfähigkeits-schätzungen auch adaptierte Tätigkeiten mitumfassen (vgl. act. G 5.42/5 ff.). Dazu kommt, dass der auf Rheumatologie spezialisierte Dr. E.____ bereits im März 2015 einzig aufgrund der lumbalen Schmerzen eine Arbeitsunfähigkeit auch in adaptierten Tätigkeiten als gegeben betrachtet und die Beschwerden damals als glaubhaft eingestuft hat (vgl. act. G 5.7). Seit dieser Einschätzung haben sich die vom Kläger angegebenen Schmerzen zumindest nicht verbessert. Dr. E.____ ist zwar davon ausgegangen, dass eine Besserung der Beschwerden und damit eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit durch eine Infiltration möglich sei, jedoch hat er darauf hingewiesen, dass auch ein anderer Verlauf denkbar sei (vgl. act. G 5.7 S. 4). Neben den rheumatologischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ist der Hausarzt Dr. D.____ von einer Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen (vgl. act. G 5.6, 5.12, 5.14, und 5.42/4; vgl. ferner G 19.2/70 S. 2 ff.) und schliesslich hat Dr. I.____ in seinem Bericht vom 25. August 2017 den Kläger für die Zeit ab dem 1. Januar 2016 bis mindestens Ende August 2017 für arbeitsunfähig befunden und zwar sowohl für die bisherige als auch für eine adaptierte Tätigkeit (act. G 1.12). Soweit die Beklagte einwendet, dass diese rückwirkende Arbeitsfähigkeitsschätzung nichts an den echtzeitlichen Befunden ändern könne, ist dem entgegenzuhalten, dass Dr. I.____ den Kläger nicht erst im Zeitpunkt der Berichterstellung, sondern schon mindestens seit dem 7. Juli 2016 medizinisch begleitet hat (vgl. act. G 1.7.8). Überdies ist er auch mit der Leidensgeschichte des Klägers vertraut (vgl. act. G 1.7.8, 1.7.12, 1.8.13, 1.8.14, 1.8.15 und 1.12). Wie bereits dargelegt, sind

schliesslich die echtzeitlichen gutachterlichen Befunde, auf welche sich die Beklagte stützen will, gerade nicht aussagekräftig (vgl. E. 4.3 und 4.4). Angesichts der durchgeführten Operationen, die auf dieselbe Beschwerdeproblematik (v.a. lumbale Schmerzen) zurückzuführen sind, welche im Jahr 2015 zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat (vgl. act. G 5.4 und 5.6), erscheint eine Arbeitsunfähigkeit im Zeitraum von Februar 2016 bis Februar 2017 nachvollziehbar. Im hier interessierenden Zeitraum erwecken zudem auch andere ärztliche Berichte den Eindruck, dass der Kläger gesundheitlich beeinträchtigt gewesen ist (vgl. insbesondere act. G 5.42). Es ist zwar richtig, dass in mehreren medizinischen Berichten ausgeführt wird, dass die Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen aufgrund der radiologischen Bildgebung nicht vollständig erklärt werden könnten oder sogar eine Symptomausweitung postuliert worden ist (vgl. act. G 5.13, 5.19, 5.31, 5.37, 5.38, 5.42/10 und 5.42/12). Einige dieser Berichte sind jedoch ohne Kenntnis später entdeckter Befunde entstanden und können somit die Annahme einer Symptomausweitung auch in anderen Berichten begünstigt haben (vgl. E. 4.3). Gleichwohl ist es gut möglich, dass eine gewisse Symptomausweitung vorgelegen hat oder Einschränkungen übertrieben dargestellt worden sind, allenfalls auch beeinflusst durch die Angst, sich im Rahmen der Untersuchungen nicht richtig darzustellen bzw. angetrieben durch die Befürchtung, nicht ernst genommen zu werden. Allerdings ist das Schmerzempfinden subjektiv und es ist durchaus möglich, dass der Kläger die Schmerzen tatsächlich stärker als üblich wahrgenommen hat, was seine Empfindung, dass ihm nicht geglaubt werde, erklären könnte (vgl. z.B. act. G 5.38 S. 2). Gleichzeitig können bei der Schmerzempfindung auch psychische Komponenten mit Krankheitswert eine Rolle spielen, wie in zahlreichen ärztlichen Berichten angedeutet worden ist (vgl. act. G 5.29, 5.31 und 5.42/10). Auf eine psychische Problematik deutet auch der Umstand hin, dass sich der Kläger ab dem 13. März 2017 in der Klinik für Psychosomatik des KSSG bei Dr. med. M.____ in eine ambulante Behandlung begeben hat und Dr. M.____ in einem Bericht vom 8. Mai 2018 angegeben hat, der Versicherte sei seit dem 13. März 2017 und bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. act. G 19.2/128). Immerhin weist auch die Bereitschaft des Klägers, sich zahlreichen Operationen zu unterziehen (vgl. act. G 19.2/ 97 ff.), sowie ein durch Dr. I.____ im Jahr 2017 festgestellter Opiatabusus (vgl. act. G 19.2/ 101) auf einen wie auch immer gearteten Leidensdruck hin. Allein der Umstand, dass nicht sämtliche Ärzte für sämtliche Beschwerden ein objektives Korrelat gefunden haben oder dem Kläger teilweise Symptomausweitung vorgeworfen worden ist, vermag jedenfalls keine Arbeitsfähigkeit zu belegen. Vielmehr deuten die Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. L.____ (vgl. act. G 5.42/5 ff.) in Kombination mit den Aussagen von Dr. E.____ (act. G 5.7), die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von Dr. D.____ (vgl. act. G 5.6, 5.12, 5.14, 5.42/4 und 19.2/70 S. 2 ff.) und die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von Dr. I.____ (act. G 1.12) unter Berücksichtigung des gesamten Krankheitsverlaufs (vgl. dazu auch IV-act. 1 ff.) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf hin, dass auch über den Zeitpunkt vom 31. Januar 2016 hinaus eine Arbeitsunfähigkeit des Klägers bestanden hat. Dazu kommen noch andere ärztliche Berichte wie derjenige von Dr. med. N.____, Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und interventionelle Schmerztherapie, Klinik O.____, vom 24. Februar 2017, in welchem zwar eine von Dr. I.____ abweichende medizinische Auffassung vertreten worden ist, der allerdings ebenfalls darauf hindeutet, dass der Kläger zumindest nicht gesund gewesen ist. In diesem Bericht ist nämlich festgehalten, dass der Kläger auf eine engmaschige Hilfestellung zur Bewältigung der Schmerzsymptomatik angewiesen sei, wobei die Therapie ca. ein Jahr in Anspruch nehmen werde (act. G 5.42/10). Entscheidend ist letztlich nicht, aus welchen Gründen (neurochirurgisch, psychiatrisch, rheumatologisch etc.) eine Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, sondern dass insgesamt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Aufgrund der gesamten Aktenlage erscheint eine Arbeitsunfähigkeit für die Dauer vom 1. Februar 2016 bis 25. Februar 2017 als überwiegend wahrscheinlich. Dazu sei angemerkt, dass bei Gewährung einer 5-monatigen Übergangsfrist, wie dies die Beklagte dem Kläger zuletzt zugebilligt hat (vgl. act. G 5.44), selbst das Bestehen einer Arbeits-

unfähigkeit bis 25. September 2016 ausreichen würde, um den eingeklagten Taggeldanspruch zu begründen. An diesem Ergebnis vermag auch der ablehnende Entscheid der IV-Stelle vom 18. April 2016, in welchem von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ausgegangen worden ist (vgl. act. G 5.41), nichts zu ändern, da sich dieser im Wesentlichen auf die Einschätzung der Taggeldversicherung gestützt hat (vgl. act. G 19.2/ 28 S. 2). Eine Eingliederungsverantwortliche hat am 30. Dezember 2015 sogar noch festgehalten, die Einschätzung der Helsana, wonach eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, könne nicht nachvollzogen werden (vgl. act. G 19.2/37 S. 4).

5.2 Gestützt auf die vorhandenen Arztberichte kommen Ziff. 9.4 Satz 2 bzw. Ziff. 9.5 lit. d i.V.m. Ziff. 17.2 AVB (vgl. vorstehend E. 3.2) nicht zur Anwendung. Der Kläger hat seit Beginn der ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit vom 27. Februar 2015 bis 25. Februar 2017 bzw. bis 25. September 2016 weder seine Arbeitsfähigkeit vollständig wiedererlangt noch handelt es sich um einen Rückfall im Sinne der AVB. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit durchgehend auf derselben Problematik beruht hat, wobei es insbesondere aufgrund der Schmerzen zu einer gewissen psychischen Überlagerung gekommen sein kann.

5.3 Auf die Einholung eines Gerichtsgutachtens wird verzichtet, da angesichts der bereits vorhandenen unterschiedlichen echtzeitlichen Einschätzungen nicht zu erwarten ist, dass durch eine retrospektive Beurteilung des strittigen Zeitraums noch bessere Erkenntnisse gewonnen werden könnten. Überdies hat keine der Parteien die Einholung eines Gerichtsgutachtens beantragt.

5.4 Ergänzend ist anzumerken, dass zwar durchaus eine Obliegenheitsverletzung des Klägers i.S.v. Ziff. 13.7 AVB angenommen werden könnte, weil zumindest aus den Akten nicht ersichtlich ist, dass er seine Arbeitsunfähigkeit monatlich mit Arztzeugnissen belegt hat. Allerdings hat die Beklagte ihre Taggeldleistungen nicht mit der Begründung verweigert, der Kläger habe es unterlassen, ihr in regelmässigen Abständen ein Arztzeugnis einzureichen. Vielmehr hat sie sich auf die Schadenminderungspflicht des Klägers berufen, wonach dieser verpflichtet ist, seine verbleibende Resterwerbsfähigkeit zu nutzen (vgl. act. G 5.22, 5.39 und 5.44). Demnach hat die Beklagte ihre Taggeldzahlungen nicht wegen dieser allfälligen Obliegenheitsverletzung eingestellt, weshalb darauf nicht weiter einzugehen ist. Eine totale Verweigerung der Leistungen käme bei dieser allfälligen Obliegenheitsverletzung ohnehin nur in schwerwiegenden Fällen in Frage (vgl. Ziff. 14.1 AVB), wofür im vorliegenden Fall keine Anhaltspunkte bestehen.

6.
6.1 Nach dem Gesagten wäre ein Anspruch von Fr. 39'662.40 (240 Taggelder à Fr. 165.26 für den Zeitraum vom 1. Juli 2016 bis 25. Februar 2017) ausgewiesen. Der Kläger beantragt jedoch Fr. 39'744.30. Die Differenz von Fr. 81.90 begründet er damit, dass die von der Beklagten bereits geleisteten Taggeldnachzahlungen für den Zeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2016 zu einem zu tiefen Taggeldsatz von Fr. 164.809 statt zum richtigen Ansatz von Fr. 165.26 berechnet worden seien (vgl. act. G 1 S. 2 und 4). Soweit ersichtlich, äussert sich die Beklagte in ihren Rechtsschriften zu diesem tieferen Taggeldansatz nicht.

6.2 Wie der Leistungsabrechnung vom 12. September 2017 zu entnehmen ist, sind die Taggelder für den Zeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2016 zum Ansatz von Fr. 164.809 ausbezahlt worden (act. G 5.46), während in den Abrechnungen für den Zeitraum vor dem 1. Januar 2016 der Taggeldansatz noch Fr. 165.26 betragen hatte (vgl. act. G 5.45). Eine Erklärung für den tieferen Ansatz lässt sich weder den Abrechnungen noch den Rechtsschriften der Beklagten entnehmen. Auch wird in den Abrechnungen unabhängig vom gewählten Taggeldsatz vom gleichen Lohn (Fr. 75'400.--) ausgegangen (vgl. act. G 5.45 und 5.46). Teilt man diesen Lohn durch 365 und berechnet davon 80 %,

resultiert ein Taggeldanspruch von Fr. 165.26 (vgl. Ziff. 21 AVB). Es sind somit keine Gründe ersichtlich, die einen tieferen Taggeldanspruch im Zeitraum 1. Januar bis 30. Juni 2016 rechtfertigen könnten. Der Kläger hat demnach zurecht die entsprechende Differenz von Fr. 81.90 (genau genommen Fr. 82.08) eingeklagt.

7.
Weiter zu prüfen ist, inwiefern auf die ausstehenden Taggeldzahlungen für den Zeitraum vom 1. Juli 2016 bis 25. Februar 2017 in der Höhe von Fr. 39'662.40 sowie auf die noch ausstehenden Taggeldzahlungen für den Zeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2016 in der Höhe von Fr. 81.90 Verzugszinsen zu leisten sind. Der Kläger hat die beiden Forderungen addiert und daraus eine Gesamtforderung von Fr. 39'744.30 berechnet, auf welche er ab dem 1. Juli 2016 einen Verzugszins verlangt (vgl. act. G 1 S. 2).

7.1 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. BSK OR I [6. Aufl.] – WOLFGANG WIEGAND, N 3 zu Art. 102). Lehnt die Versicherung zu Unrecht ihre Leistungspflicht definitiv ab, bedarf es keiner Mahnung der versicherten Person. Fälligkeit und Verzug treten dann sofort ein, und eine Deliberationsfrist wird überflüssig (BSK VVG Nachführungsband – PASCAL GROLIMUND/ALAIN VILLARD, N 20 zu Art. 41). 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 Verweigerungserklärung schon vor Fälligkeit der Forderung abgegeben worden ist (antizipierter Vertragsbruch; (vgl. BSK OR I [6. Aufl.] – WOLFGANG WIEGAND, N 11 zu Art. 102). Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG in Verbindung mit Art. 104 Abs. 1 OR hat die Beklagte bei Verzug Verzugszinsen zu 5 % pro Jahr zu bezahlen.

7.2 Vorliegend hat die Beklagte mit ihrer Leistungsablehnung vom 10. September 2015 unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, dass sie nicht bereit ist, sämtliche Taggeldzahlungen zu leisten (vgl. act. G 5.22). Insofern ist die Beklagte durch die Ablehnung ihrer Leistungspflicht mit den einzelnen Taggeldern der Hauptforderung jeweils am Tag der Fälligkeit in Verzug geraten. Eine ausdrückliche Mahnung der Taggeldleistungen durch den Kläger ist nicht erforderlich gewesen. Gemäss Ziff. 24.1 AVB wird die Versicherungsleistung spätestens vier Wochen nach dem Zeitpunkt fällig, in dem der Versicherer die für die Feststellung seiner Leistungspflicht benötigten Unterlagen erhalten hat. Dass auch eine über den 30. Juni 2016 hinausgehende und bis zum 25. Februar 2017 andauernde Leistungspflicht besteht, ist für die Beklagte erst aus den vom Kläger mit Schreiben vom 31. März 2017 eingereichten Unterlagen erkennbar gewesen. Zur Kenntnis genommen hat die Beklagte diese Unterlagen am 3. April 2017 (vgl. act. G 42). Demnach ist die Fälligkeit spätestens am 2. Mai 2017 eingetreten. Angesichts des möglicherweise früheren Zugangszeitpunkts der Unterlagen sowie der in den AVB enthaltenen Formulierung rechtfertigt es sich, den Fälligkeitszeitpunkt auf den 1. Mai 2017 zu setzen. Verzugszinsen für die im Zeitraum 1. Juli 2016 bis 25. Februar 2017 auszurichtenden Taggelder sind demnach ab dem 1. Mai 2017 geschuldet.

7.3 Anders verhält es sich mit den eingeklagten Fr. 81.90. Dabei handelt es sich lediglich um die Differenz zwischen der geschuldeten und der geleisteten Taggeldhöhe, wobei diese Differenz allenfalls auf einen Rechnungs- oder Systemfehler zurückzuführen ist. Jedenfalls hat die Beklagte durch die Ablehnung anderer Taggelder nicht zum Ausdruck gebracht, dass sie diese Taggeld Differenz nicht bezahlen will. Vielmehr hätte der Kläger sie auf die zu tiefen Zahlungen hinweisen müssen, um sie diesbezüglich in Verzug zu setzen. Demnach ist der Verzug und somit die Verzinsungspflicht hinsichtlich der eingeklagten

Fr. 81.90 erst mit der Klageeinleitung vom 7. Dezember 2017 (vgl. act. G 1) eingetreten.

8.
8.1 Schliesslich verlangt der Kläger einen Betrag von Fr. 2'600.-- zur Abgeltung der Verzugszinsen auf die von der Beklagten für den Zeitraum vom 20. Dezember 2015 bis 30. Juni 2016 zu spät geleisteten 194 Taggeldzahlungen in der Höhe von gesamthaft 31'978.30. Er macht geltend, dass die Nachzahlungen im September 2017 abgerechnet und am 15. November 2017 ausbezahlt worden seien, weshalb seit dem 1. April 2016, dem Datum des mittleren Verfalls, Verzugszinsen geschuldet seien. Im Falle einer ungerechtfertigten Leistungsablehnung durch den Versicherer bedürfe es für den Verzugseintritt keiner Mahnung (vgl. act. G 1 S. 3 f. und 12 S. 4; vgl. ferner act. G 5.45 und 5.46). Demgegenüber ist die Beklagte der Ansicht, dass auf die nachträglich geleisteten Zahlungen kein Verzugszins geschuldet sei, da die Fälligkeit der Taggeldforderungen zum seitens des Klägers vorgebrachten Zeitpunkt noch nicht eingetreten sei. Denn die nachträglichen Zahlungen seien erst gestützt auf die später eingereichten Unterlagen hinreichend begründet gewesen, sodass auch die Leistungspflicht gemäss Ziff. 24.1 AVB erst zu einem späteren Zeitpunkt eingetreten sei. Ausserdem habe der Kläger sie nicht gehörig in Verzug gesetzt (vgl. act. G 5 S. 13 und 14 S. 3).

8.2 Hinsichtlich des Verzugseintritts ist dem Kläger insofern zuzustimmen, dass eine ungerechtfertigte Leistungsablehnung seitens der Beklagten den Verzug mit Fälligkeit der Leistungen grundsätzlich sofort eintreten lässt, ohne dass hierfür zusätzlich eine Mahnung erforderlich ist. Es wird diesbezüglich auf die Ausführungen in E. 7.1 und 7.2 verwiesen. Zu prüfen bleibt aber, ob die Taggeldzahlungen für den Zeitraum vom 20. Dezember 2015 bis 30. Juni 2016 erst im Zahlungszeitpunkt fällig geworden sind, da die Beklagte erst in diesem Zeitpunkt über die für ihre Leistungspflicht massgebenden Unterlagen verfügt hat (vgl. Ziff. 24.1 AVB). Mangels gegenteiliger Angaben der Beklagten und aufgrund der Leistungsabrechnungen vom September 2017 (vgl. act. G 5.45 und 5.46) ist als Zahlungstermin vom 15. November 2017, wie vom Kläger behauptet (vgl. act. G 1 S. 3 f.), auszugehen. Im Schreiben vom 30. Juni 2017 hat die Beklagte die nachträgliche Übernahme der Taggeldzahlungen für den Zeitraum vom 20. Dezember 2015 bis 30. Juni 2016 damit begründet, dass sie aufgrund des Austrittsberichts der Klinik Z. ___ vom 18. Dezember 2015 neuerdings von einer bis 31. Januar 2016 dauernden Arbeitsunfähigkeit ausgehe, weshalb sie ein Übergangstaggeld bis 30. Juni 2016 ausspreche (act. G 5.44). Der Austrittsbericht der Klinik Z. ___ hat der Beklagten schon lange Zeit vor der Leistungserbringung vorgelegen (vgl. act. G 5.31). Demnach kann sich die Beklagte nicht auf fehlende Unterlagen i.S.v. Ziff. 24.1 AVB berufen, weshalb die Fälligkeit der Taggeldleistungen eingetreten ist. Aus praktischen Gründen rechtfertigt es sich für die Verzinsung auf den mittleren Verfall abzustellen (vgl. E. 7.2). Der Kläger verlangt Zinsen ab dem 1. April 2016 (vgl. act. G 1 S. 4). Da der mittlere Verfall jedenfalls nicht vor diesem Zeitpunkt liegt, kann auf den 1. April 2016 abgestellt werden. Daraus resultiert eine Zinsforderung von Fr. 2'597.85. Angesichts des leicht vor dem 1. April 2016 liegenden mittleren Verfalls ist die vom Kläger geltend gemachte Forderung in der Höhe von Fr. 2'600.-- nicht zu beanstanden.

9.
9.1 Gemäss Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten der unterliegenden Partei auferlegt. Hat keine Partei vollständig obsiegt, so werden diese nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt (Art. 106 Abs. 2 ZPO). Der Kläger dringt mit seiner Leistungsklage (beinahe) vollständig durch. Der etwas zu früh angesetzte Verzinsungsbeginn ist von derart untergeordneter Bedeutung, dass der Kläger in Bezug auf die Verteilung der Prozesskosten als vollständig obsiegend zu gelten hat. Entsprechend hat die Beklagte die Prozesskosten (Gerichts- und Parteientschädigung; Art. 95 Abs. 1 ZPO) zu tragen.

9.2 Gerichtskosten sind gemäss Art. 114 lit. e ZPO keine zu erheben.

9.3 Die Parteientschädigung spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 i.V.m. Art. 96 ZPO). Das mittlere Honorar im Zivilprozess beträgt nach Art. 14 Abs. 1 lit. 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 von über Fr. 30'000.-- bis Fr. 100'000.-- zuzüglich 9 % des Streitwerts. Bei einem Streitwert von Fr. 42'344.30 (Fr. 39'744.30 + Fr. 2'600.--) resultiert damit ein Honorar von gerundet Fr. 7'311.-- (Fr. 3'500.-- + 9 % von Fr. 42'344.30). Somit hat die Beklagte den Kläger mit Fr. 7'311.-- zuzüglich Barauslagen von Fr. 292.44 (4 % von Fr. 7'311.-- gemäss Art. 28bis Abs. 1 HonO), d.h. mit gerundet Fr. 7'603.45 zuzüglich Mehrwertsteuer von 7.7 % zu entschädigen (vgl. act. G 17). Sodann fordert der Kläger im Rahmen der Kosten- und Entschädigungsfolge noch Fr. 218.95 für die bei Dr. I. ___ eingeholten Arztberichte (vgl. act. G 1 S. 2 ff. i.V.m. 1.13). Die Beklagte erachtet es demgegenüber nicht als ersichtlich, inwiefern es sich bei diesen Arztberichts-kosten um eine im Rahmen der Prozesskosten zu ersetzende Leistung handle. Der Kläger begründe dies nicht substantiiert (act. G 5 S. 13). Gemäss Art. 95 Abs. 3 lit. a ZPO fällt unter die Parteientschädigung auch der Ersatz notwendiger Auslagen. Parteiauslagen sind dann zu ersetzen, wenn sie prozessual notwendig gewesen sind, wobei Auslagen für die Beschaffung von entscheidendem Beweismaterial ersatzfähig sein können (vgl. BSK ZPO [3. Aufl.] – VIKTOR RÜEGG/MICHAEL RÜEGG, N 17 zu Art. 95). Vorliegend sind die Berichte von Dr. I. ___, insbesondere derjenige mit seiner Stellungnahme zur Arbeitsunfähigkeit des Klägers, für den Prozessausgang wesentlich gewesen. Demnach sind dem Kläger diese Kosten im Rahmen der Parteientschädigung zu ersetzen.

Entscheid

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

1.
Die Klage wird dahingehend gutgeheissen, dass die Beklagte verpflichtet wird, dem Kläger für die Zeit vom 1. Juli 2016 bis 25. Februar 2017 Taggelder in der Höhe von Fr. 39'662.40 zuzüglich Zins zu 5 % ab dem 1. Mai 2017 zu bezahlen.
2.
Die Beklagte wird verpflichtet, dem Kläger für die Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2016 Taggeldnachzahlungen in der Höhe von Fr. 81.90 zuzüglich Zins zu 5 % ab dem 7. Dezember 2017 zu bezahlen.
3.
Die Beklagte wird verpflichtet, dem Kläger Fr. 2'600.-- als Zinsen auf die für den Zeitraum 20. Dezember 2015 bis 30. Juni 2016 verspätet geleisteten Taggeldzahlungen zu entrichten.
4.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
5.
Die Beklagte hat den Kläger mit Fr. 7'603.45 (inkl. Barauslagen) zuzüglich Mehrwertsteuer von 7.7 % zu entschädigen. Weiter hat die Beklagte dem Kläger Fr. 218.95 für die Beschaffung von Beweismaterial (Arztberichte) zu bezahlen.