



Fall-Nr.: KV-Z 2026/2
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 15.09.2026
Entscheiddatum: 19.08.2026

Entscheid Versicherungsgericht, 19.08.2026

Bejahung der Versicherungsdeckung für eine Arbeitsunfähigkeit infolge Alkoholabhängigkeit. Ein Verstoss gegen das Rückwärtsversicherungsverbot ist mangels rechtsgenügendem Nachweis einer bei Vertragsabschluss bestehenden Arbeitsunfähigkeit nicht gegeben. Bei vorgängiger Vereinbarung eines versicherten Verdienstes in bestimmter Höhe muss der Kläger gemäss AVB den effektiven Erwerbsausfall nicht nachweisen. Mangels Ausschlusses einer Nachleistungspflicht in den AVB führt die Betriebsaufgabe vorliegend nicht zur Beendigung des Leistungsanspruchs. Gutheissung der Klage und Abweisung der Widerklage hinsichtlich Rückerstattung der bereits ausgerichteten Taggelder (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. August 2026, KV-Z 2026/2).

«Entscheid als PDF»



Versicherungsgericht

Abteilung III

Entscheid vom 19. August 2026

Besetzung Versicherungsrichter Michael Rutz (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen
Marie Löhner und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin
Anita Burkhart

Geschäftsnr. KV-Z 2026/2

Parteien **A.____,**

Kläger,

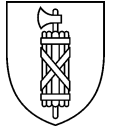
vertreten durch Rechtsanwalt lic. rer. publ. Michael B. Graf, graf büchel
fachanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach 728, 9001 St. Gallen,

gegen

SWICA Versicherungen AG, Rechtsdienst,
Römerstrasse 37, 8400 Winterthur,

Beklagte,

Gegenstand **Forderung aus Krankentaggeldversicherung**



Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war aufgrund seiner Tätigkeit als Chefkoch und als einer von zwei einzelzeichnungsberechtigten Gesellschaftern der B.____ (act. G 1.5), als Arbeitgeber bei der SWICA Versicherungen AG (nachfolgend: SWICA) im Jahr 2025 kollektiv-krankentaggeldversichert. Der vereinbarte Jahresverdienst wurde auf Fr. 90'600.-- festgesetzt, wobei 80 % des versicherten Lohnes ab dem 31. Tag der Arbeitsunfähigkeit gezahlt würden (vgl. zum Ganzen die Versicherungspolice-Nr. XXXXXX mit Vertragsbeginn per 1. Januar 2025 [act. G 1.2]).

A.b Am 26. Februar 2025 meldete der Treuhänder der Arbeitgeberin der SWICA die Krankheit des Versicherten bzw. einen Taggeldanspruch an. Im entsprechenden Formular hielt er u.a. fest, der Versicherte, der seit dem 1. September 2024 in selbständiger Stellung als Chefkoch in einem 100 % Pensum arbeite, sei seit dem 17. Februar 2025 krankheitsbedingt vollständig arbeitsunfähig. Er stehe bei med. pract. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung (KTG-act. 1). Mit Arztzeugnis vom 24. Februar 2025 hatte med. pract. C.____ den Versicherten vom 17. Februar bis zum 5. März 2023 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (KTG-act. 2). Mit zwei weiteren Zeugnissen vom 20. März bzw. 7. April 2025 verlängerte med. pract. C.____ diese Krankschreibung bis zum 6. April bzw. 8. Mai 2025 (KTG-act. 8-2 und 10-2).

A.c Einem der SWICA eingereichten undatierten Bericht von med. pract. C.____ lässt sich u.a. entnehmen, dass dieser den Versicherten erstmals am 27. Januar 2025 nach schriftlicher Anmeldung des Hausarztes behandelt habe. Der Versicherte leide unter einer psychischen Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, einer psychischen Verhaltensstörung durch Nikotin: Abhängigkeitssyndrom, einer kompensierten Leberzirrhose child 5 sowie einer exokrinen Pankreasinsuffizienz. Er gehe davon aus, dass der Versicherte wegen der langjährigen Alkoholproblematik nicht mehr in seinem gelernten Beruf als Koch arbeiten könne, weshalb auch eine IV-Anmeldung erfolgt sei. Je nach Verlauf der stationären Therapie könnte in einer anderen Tätigkeit wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit vorhanden sein (KTG-act. 18-5 ff.).

A.d Vom 7. bis zum 14. Mai 2025 war der Kläger in einer Entzugsbehandlung im Kantonsspital St. Gallen (vgl. dazu die Angabe im Bericht der Klinik D.____ vom 30. Juli 2025 [KTG-act. 46-3] und für die Bestätigung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit für diesen Zeitraum das Arztzeugnis von Dr. med. E.____, KSSG [KTG-act. 19-3]). Anschliessend erfolgte vom 14. Mai bis zum 17. Juli 2025 die Entwöhnungsbehandlung in der Klinik D.____. Im Bericht vom 30. Juli 2025 hielten die behandelnde Psychotherapeutin und der leitende Arzt der Klinik D.____ fest, der Versicherte leide an einer Alkoholabhängigkeit und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige



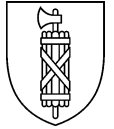
Episode, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als weitere Diagnosen wurden psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, ein Status nach Entzugskrampfanfall unter stationären Bedingungen und Lorazepam, eine kompensierte Leberzirrhose child A5, MELD 6 (ED 2023), eine exokrine Pankreasinsuffizienz, eine Refluxösophagitis, eine Gicht, psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom sowie eine arterielle Hypertonie festgehalten. Aufgrund der Abhängigkeitserkrankung auf Alkohol und der täglichen Exposition als Chefkoch mit der Substanz, sei ein unmittelbarer Wiedereinstieg in den angestammten Beruf weder zu empfehlen noch erscheine dieser aktuell absehbar. Bei einer Möglichkeit zur Umschulung und gestützt durch professionelle Unterstützung sähen sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine gute Chance, die Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bei dem noch jungen Patienten zu erhalten (KTG-act. 46). Durch die behandelnden Assistenzärzte der Klinik D.____ wurde dem Versicherten vom 14. Mai bis zum 20. Juli 2025 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. dazu KTG-act. 19-2, 21-2, 30-2, 39-2, 49-4).

A.e Am 25. Juni 2025 hatte Dipl. Arzt F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Auftrag der SWICA eine Plausibilisierung der Arbeitsunfähigkeit vorgenommen. Darin gelangte er u.a. zu dem Schluss, dass auf Basis der ihm vorliegenden Berichte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass die aktuelle Arbeitsunfähigkeit allein durch die Diagnose F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom verursacht werde. Es sei davon auszugehen, dass sich eine etwaige im Hintergrund bestehende depressive Erschöpfungssymptomatik im Rahmen der erreichten Alkoholabstinenz zurückbilden würde. Hierfür spreche auch, dass Alkohol einen nachgewiesenen depressogenen Effekt habe. Hinweise auf weitere für die Arbeitsunfähigkeit relevante psychische Störungen fänden sich in den vorliegenden Berichten nicht (KTG-act. 34).

A.f Gemäss Leistungsabrechnung vom 28. Juni 2025 an die Arbeitgeberin, hatte die SWICA total Fr. 20'654.40 Taggeldleistungen für den Zeitraum vom 17. Februar bis 30. Juni 2025 ausgezahlt (KTG-act. 28).

A.g Anlässlich eines Telefongesprächs vom 7. August 2025 informierte der Versicherte die SWICA u.a. darüber, dass er aktuell in der Tagesklinik der Psychiatrie St. Gallen (PSG) zur Entwöhnung und weiterhin vollständig arbeitsunfähig sei (KTG-act. 48; vgl. zum Aufenthalt in der PSG vom 21. Juli bis zum 13. August 2025 auch den Austrittsbericht vom 21. Oktober 2025 [act. G 1.8] und zu der für diesen Zeitraum attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit das Arztzeugnis von Dr. med. F.____ [KTG-act. 49-5]).

A.h Im Auftrag der SWICA nahm Dr. F.____ am 13. August 2025 nochmals Stellung, insbesondere zum Bericht der Klinik D.____ vom 30. Juli 2025 (vgl. zu diesem vorstehend Sachverhalt 0). Er kam u.a. zu dem Schluss, die Diagnose einer rezidivierenden mittelschweren depressiven Episode könne



anhand der beschriebenen Psychopathologien nicht nachvollzogen werden, da dafür die Erfüllung von mindestens sechs eigenständigen Depressionskriterien notwendig wäre. Angesichts des beschriebenen Verlaufs sei bei der genannten affektiven Symptomatik aus gutachterlicher Sicht nicht von einer eigenständigen Störung auszugehen. Zum aktuellen Zeitpunkt solle daher, insbesondere da die Diagnose zuvor noch nicht gestellt worden sei, auf die Diagnose einer eigenständigen affektiven Störung verzichtet werden. Aus gutachterlicher Sicht lasse sich auf Basis der vorliegenden Akten keine Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der dort beschriebenen depressiven Symptomatik ableiten. Mit Blick auf die Arbeitsunfähigkeit könne weiterhin die Suchterkrankung als alleinige, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingende Störung, gewertet werden (KTG-act. 52).

A.i Gemäss Telefonnotiz vom 14. August 2025 informierte die SWICA den Versicherten telefonisch über die getroffenen Abklärungen, "den Entscheid" und das "Vorgehen bezüglich Rückforderungen der Leistungen". Der Versicherte informierte die SWICA seinerseits, dass es ihm nicht gut gehe, es mit der Tagesklinik nicht funktioniert habe und er seit diesem Tag wieder in der Klinik D.____ sei. Sein psychischer Zustand habe sich verschlechtert und er habe wieder getrunken. Es folge jetzt nochmals ein Entzug. Er stimme der Zustellung des Entscheids der SWICA an die Sozialarbeiterin der Klinik D.____ zu (KTG-act. 50). Vom 14. August bis zum 19. September 2025 verblieb der Versicherte in stationärer Behandlung in der Klinik D.____, wobei ihm während diesem Zeitraum und bis zum 25. September 2025 vom behandelnden Psychologen und der behandelnden Oberärztin wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (act. G 1.7).

A.j Mit Schreiben vom 18. August 2025 hatte die SWICA die zuständige Sozialarbeiterin der Klinik D.____ darüber informiert, dass gemäss Einschätzung ihres Expertenarztes für die derzeitige Arbeitsunfähigkeit nach wie vor die Suchtthematik im Vordergrund stehe. Die im Bericht vom 30. Juli 2025 erwähnten Begleiterkrankungen würden keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Grundsätzlich bestehe in solchen Fällen kein Taggeldanspruch. Die SWICA übernehme kulanterweise und einmalig die Taggeldleistungen während der Dauer des stationären Entzuges. Da ein solcher bereits im Jahre 2023 erfolgt sei, müssten die Taggeldleistungen ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgelehnt werden. Jedoch würden sowohl der Behandler als auch der Expertenarzt in ihren Berichten festhalten, dass eine Rückkehr in den angestammten Beruf als Koch nicht mehr zumutbar sei. Die SWICA werde daher das Taggeld im Rahmen einer Übergangsfrist während längstens 90 Tagen ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit anerkennen. Da fälschlicherweise bereits Taggeldleistungen über die 90 Tage hinaus erbracht worden seien, komme es zu einer Rückforderung in Höhe von Fr. 8'738.40 (KTG-act. 53-3; vgl. dazu auch die Leistungsabrechnung vom 22. September 2025 an die Arbeitgeberin [KTG-act. 55]).

A.k Vom 25. September bis zum 13. November 2025 befand sich der Versicherte in stationärer Behandlung in der PSG (act. G 1.13). Während diesem Zeitraum und bis zum 16. November 2025



wurde ihm vom behandelnden Oberarzt wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. G 1.9). Vom 17. November bis zum 10. Dezember 2025 attestierte der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. G.____, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.10) und ab dem 11. Dezember 2025 bis zum 1. Januar 2026 eine solche von 50 % im Rahmen eines Arbeitsversuchs (act. G 1.12).

A.I Mit Schreiben vom 18. November 2025 hatte die SWICA die Arbeitgeberin an die offene Rückforderung in Höhe von Fr. 8'738.40 erinnert und um Zahlung innert 14 Tagen ersucht (act. G 1.11).

A.m Vom 2. bis zum 6. Januar 2026 begab sich der Versicherte erneut in stationäre Behandlung in die PSG. Am 6. Januar 2026 trat er trotz angebotener Weiterbehandlung gegen ärztlichen Rat aus (act. G 1.14). Dr. G.____ attestierte dem Versicherten vom 7. Januar bis zum 12. Februar 2026 wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.16).

A.n Am 30. Januar 2026 hatte die SWICA der Arbeitgeberin eine "Letzte Zahlungsaufforderung" zugestellt, in der sie diese aufgefordert hatte, den Betrag von Fr. 8'956.50 (Fr. 8'738.40 Rückforderung + Fr. 25.-- Mahnspesen + Fr. 193.10 Zins) inkl. allfälliger Verzugszinsen bis zum 1. März 2026 zu überweisen. Die SWICA hatte überdies darauf hingewiesen, dass sie nach Ablauf dieser Frist die Betreuung einleiten und eine Inkassogebühr von Fr. 95.-- erheben werde (act. G 1.15).

A.o Vom 13. bis zum 26. Februar 2026 befand sich der Kläger erneut in stationärer Behandlung in der PSG (act. G 1.19) und wurde vom behandelnden Oberarzt für diesen Zeitraum für vollständig arbeitsunfähig erklärt (act. G 1.18).

A.p Am 17. Februar 2026 hatte die SWICA gegenüber dem vom Versicherten zwischenzeitlich mandatierten Rechtsanwalt M. Graf beziehend auf dessen Forderung nach weiteren Versicherungsleistungen und dem Verzicht auf eine Rückforderung im Wesentlichen ihre Ausführungen gemäss Schreiben vom 18. August 2025 wiederholt (vgl. dazu vorstehend Sachverhalt A.j). Sie ergänzte, dass ihre allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) eine Leistungspflicht nur bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit vorsähen. Wie auch die bundesgerichtliche Rechtsprechung bestätige, begründe eine Sucht für sich allein keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit. Ein weitergehender Leistungsanspruch setze das Vorliegen einer eigenständigen körperlichen oder psychischen Erkrankung im Sinne des ICD-10 voraus, was hier nicht gegeben sei (act. G 1.17).

B.

B.a Am 5. März 2026 reichte der Versicherte (nachfolgend: Kläger), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Graf (act. G 1.1), eine unbegründete Klage gegen die SWICA (nachfolgend: Beklagte) beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen ein. Er beantragte, die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger Fr. 46'273.80 zzgl. Zins von 5 % seit 29. Oktober 2025 zu bezahlen, die Beklagte sei



überdies zu verpflichten, dem Kläger für die Zeit seit 27. Februar 2026 Taggeld entsprechend der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit zu bezahlen und es sei festzustellen, dass die Rückforderung der Beklagten im Betrag von Fr. 8'738.40 bzw. Fr. 8'956.50 widerrechtlich sei; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zzgl. MwSt. zulasten der Beklagten (act. G 1). Zudem reichte er diverse Urkunden als Beweismittel ein (act. G 1.1 ff.; vgl. zum Ganzen act. G 1).

B.b Mit Schreiben vom 19. März 2026 stellte das Versicherungsgericht der Beklagten die vorerwähnte Klage zu und setzte ihr eine Frist zur Einreichung der vollständigen Akten sowie einer allfälligen Stellungnahme an (act. G 2).

B.c Am 14. April 2026 reichte die Beklagte die Versicherungsakten 1 bis 71 (act. G 3.1; nachfolgend: KTG-act.) sowie eine freiwillige Stellungnahme ein. Sie beantragte die vollumfängliche Abweisung der Klage sowie widerklageweise die Verpflichtung des Klägers, der Beklagten die bisher ausgerichteten Krankentaggelder von Fr. 11'916.-- zu bezahlen, nebst Zins zu 5 % seit 17. Februar 2025, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Klägers (act. G 3).

B.d Am 21. Mai 2026 wurden die Parteien zur mündlichen Verhandlung vor dem Versicherungsgericht am 22. Juni 2026 eingeladen (act. G 4 und 5). Anlässlich des mündlichen Parteivortrags beantragte der Kläger neu, die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger Fr. 48'061.20 zuzüglich Zins vom 5 % seit dem 29. Oktober 2025 zu bezahlen und die Widerklage der Beklagten sei abzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich Mehrwertsteuer zulasten der Beklagten. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, der Kläger sei aufgrund seiner Alkoholabhängigkeit seit dem 17. Februar 2025 durchgehend arbeitsunfähig, habe keinen Verdienst erzielt und demnach Anspruch auf die vertraglichen Taggeldleistungen (act. G 7). Als neue Beweismittel reichte er die Jahresrechnung der B.____ per 31. Dezember 2025 sowie das Kumulativjournal Löhne Mitarbeiter für das Jahr 2025 ein (act. G 7.1 und 7.2). Überdies beantragte er den Beizug der Austrittsberichte des KSSG über den stationären Entzug vom 7. bis zum 14. Mai 2025 sowie über die fürsorgerische Unterbringung vom September 2025 (vgl. act. G 7-4 f.). Die Beklagte beantragte weiterhin die vollumfängliche Abweisung der Klage; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten des Klägers. Zudem beantragte sie widerklageweise, es sei der Kläger und Widerbeklagte zu verpflichten, ihr die zu Unrecht ausbezahlten Krankentaggelder von Fr. 11'916.-- nebst Zins zu 5% seit dem 17. Februar 2025 zurückzuerstatten; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Klägers. Sie stellte sich dabei auf den Standpunkt, es liege ein Verstoss gegen das Rückwärtsversicherungsverbot vor, die Suchterkrankung des Klägers stelle keine versicherte Krankheit dar, und es sei kein Erwerbsausfall nachgewiesen, zumal der Kläger per 31. Mai 2025 seinen Betrieb aufgegeben habe. Da die Leistungsvoraussetzungen nicht erfüllt seien, seien die bereits ausbezahlten Krankentaggelder wegen unrechtmässiger Bereicherung des Klägers zurückzuerstatten (act. G 8). Als neue Beweismittel reichte sie den IK-Auszug des Klägers vom 2. April 2026 ein (KTG-act. 72).



B.e Mit Eingabe vom 26. Juni 2026 informierte der Kläger das Gericht, dass die B.____ ab der Betriebsaufnahme am 1. September 2021 bei der Beklagten eine Kollektiv-Krankentaggeldversicherung abgeschlossen hatte. Entsprechend komme dem Einwand der Beklagten betreffend Vorerkrankung keine Bedeutung zu (act. G 9). Als Beweismittel reichte er die Police-Nr. XXXXXXXX mit Vertragsbeginn per 1. September 2021 ein (act. G 9.1). Die Beklagte verzichtete auf die Einreichung einer Stellungnahme zu dieser Eingabe (vgl. zur Fristansetzung act. G 10).

Erwägungen

1.

1.1 Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beklagten gegenüber dem Kläger aus einer Krankentaggeldversicherung, die unstrittig unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) fällt. Derartige Zusatzversicherungen unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG; SR 832.12) dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz [VVG; SR 221.229.1]). Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (vgl. anstelle vieler BGE 133 III 439 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Dezember 2023, 4A_183/2023, E. 1.1), weshalb sich das Verfahren nach der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) richtet (Art. 1 lit. a ZPO).

1.2 Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit Art. 7 ZPO als einzige kantonale Instanz über solche Streitigkeiten. Damit ist vorliegend die Voraussetzung der sachlichen Zuständigkeit erfüllt.

1.3 Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach der Versicherungspolice (act. G 1.2) und den AVB der Beklagten (Ausgabe 2023, gültig ab 1. Januar 2023 [act. G 1.4-1 ff.]), inklusive den darin enthaltenden besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) für das Gastgewerbe (vgl. zu diesen act. G 1.4-18 ff.). Gemäss Art. 38 Ziff. 2 AVB anerkennt die Beklagte für Streitigkeiten aus einem entsprechenden Versicherungsvertrag als Gerichtsstand den ordentlichen Gerichtsstand oder den schweizerischen Wohnsitz der versicherten Person. Mit dem Wohnort des Klägers in St. Gallen ist auch die örtliche Zuständigkeit gegeben.

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



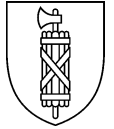
1.5 Im Vergleich zur unbegründeten Klage vom 5. März 2026 (act. G 1) stellte der Kläger anlässlich der Verhandlung vom 22. Juni 2026 veränderte Rechtsbegehren (vgl. dazu das Verhandlungsprotokoll vom 22. Juni 2026 [act. G 6] und die Plädoyernotizen von Rechtsanwalt Graf [act. G 7]). Eine Klageänderung ist nach Art. 227 Abs. 1 ZPO zulässig, wenn der geänderte oder neue Anspruch nach der gleichen Verfahrensart zu beurteilen ist und mit dem bisherigen Anspruch in einem sachlichen Zusammenhang steht (lit. a) oder die Gegenpartei zustimmt (lit. b). Eine Beschränkung der Klage ist nach Abs. 2 der Bestimmung jederzeit zulässig; das angerufene Gericht bleibt zuständig. Die minimale Anpassung des Forderungsbetrags (neues Rechtsbegehren Ziff. 1 [act. G 7-1]) und der Rückzug des ursprünglichen Rechtsbegehrens Ziff. 2 hinsichtlich Ausrichtung von Taggeldern gemäss ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit seit dem 27. Februar 2026 (act. G 1-2) erweisen sich somit als zulässig. Ebenso erweist sich der «Rückzug» des negativen Feststellungsbegehrens betreffend Rückforderung (ursprüngliches Rechtsbegehren Ziff. 3 [act. G 1-2]) bzw. die faktische Neuformulierung desselben zum Antrag auf Abweisung der Widerklage (neues Rechtsbegehren Ziff. 2 [act. G 7-1]) als zulässig.

1.6 Auf die Klage ist somit einzutreten, wobei von den Rechtsbegehren des Klägers gemäss mündlicher Klagebegründung vom 22. Juni 2026 (vgl. dazu act. G 7) auszugehen ist.

1.7 Das Versicherungsgericht ist – wie vorstehend bereits impliziert – auch zur Beurteilung der frist- und formgerecht mit schriftlicher Stellungnahme vom 14. April 2026 (act. G 3) bzw. mündlicher Klageantwort (vgl. dazu das Verhandlungsprotokoll vom 22. Juni 2026 [act. G 6] und die Plädoyernotizen von Rechtsanwältin M. Londis [act. G 8]) erhobenen Widerklage betreffend Rückerstattung von Versicherungsleistungen zuständig (Art. 14 Abs. 1 und 224 Abs. 1 ZPO) und es kann auch darauf eingetreten werden.

2.

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. Bei der im vereinfachten Verfahren geltenden Untersuchungsmaxime (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO) handelt es sich um eine sogenannte "soziale" Untersuchungsmaxime, die vor allem zum Ausgleich eines Machtgefälles zwischen den Parteien oder ungleichen juristischen Kenntnissen geschaffen wurde. Sie ändert nichts daran, dass die Parteien die Verantwortung für die Sachverhaltsermittlung tragen. Die Parteien sind nicht davon befreit, bei der Feststellung des entscheidungswesentlichen Sachverhalts aktiv mitzuwirken und die allenfalls zu erhebenden Beweise zu bezeichnen. Das Gericht hat sich nur über die Vollständigkeit der Behauptungen und Beweise zu versichern, wenn diesbezüglich ernsthafte Zweifel bestehen. Wenn die Parteien – wie im vorliegenden Verfahren – juristisch vertreten sind, soll und muss sich das Gericht Zurückhaltung auferlegen wie im



ordentlichen Zivilprozess. Die soziale Untersuchungsmaxime zwingt das Gericht nicht dazu, das Beweisverfahren beliebig auszudehnen und alle möglichen Beweise abzunehmen. Das Gericht ist auch nicht verpflichtet, die Akten von sich aus zu durchforsten, um abzuklären, was sich daraus zu Gunsten der Partei, die das Beweismittel eingereicht hat, herleiten liesse (Urteil des Bundesgerichts vom 6. April 2021, 4A_19/2021, E. 5.1 mit Hinweisen). 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, N 5 ff. zu Art. 153, in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], ZPO Kommentar, 3. Aufl. 2016 [nachfolgend zitiert: ZPO Komm.]; ZPO Komm.-HAUCK, N 33 zu Art. 247). 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. ZPO Komm.-HASENBÖHLER, N 14 ff. zu Art. 157).

2.2 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 derjenigen Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet (BGE 141 III 241 E. 3.1 mit Hinweisen). Für eine behauptete Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit dem Eintritt des Versicherungsfalls gilt das ordentliche Beweismass. Demnach ist der Beweis erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist. Es genügt, wenn am Vorliegen der behaupteten Tatsache keine ernsthaften Zweifel mehr bestehen oder allenfalls verbleibende Zweifel als leicht erscheinen (vgl. zum Ganzen das Urteil des Bundesgerichts vom 19. Januar 2023, 4A_473/2022, E. 3.1, mit Hinweis auf BGE 148 III 108 E. 3.3.1).

2.3 Im Zivilprozessrecht müssen nur Tatsachenbehauptungen bewiesen werden, die ausdrücklich bestritten sind. Bestreitungen sind so konkret zu halten, dass sich bestimmen lässt, welche einzelnen Behauptungen des Klägers damit bestritten werden; die Bestreitung muss ihrem Zweck entsprechend so konkret sein, dass die Gegenpartei weiss, welche einzelne Tatsachenbehauptung sie beweisen muss. Der Grad der Substantiierung einer Behauptung beeinflusst insofern den erforderlichen Grad an Substantiierung einer Bestreitung; je detaillierter einzelne Tatsachen eines gesamten Sachverhalts behauptet werden, desto konkreter muss die Gegenpartei erklären, welche dieser einzelnen Tatsachen sie bestreitet. Je detaillierter mithin ein Parteivortrag ist, desto höher sind die Anforderungen an eine substantiierte Bestreitung. Diese sind zwar tiefer als die Anforderungen an die Substantiierung einer



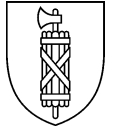
Behauptung; pauschale Bestreitungen reichen indessen nicht aus. Erforderlich ist eine klare Äusserung, dass der Wahrheitsgehalt einer bestimmten und konkreten gegnerischen Behauptung infrage gestellt wird (BGE 141 III 433 E. 2.6 mit Hinweisen).

2.4 Von den Parteien in den Prozess eingebrachte ärztliche Berichte, einschliesslich unbegründeter Arztzeugnisse, gelten als «private Gutachten der Parteien» im Sinne des per 1. Januar 2025 revidierten Art. 177 ZPO. Damit qualifizieren sie sich als Urkunden im Sinne von Art. 168 Abs. 1 lit. b ZPO und sind grundsätzlich geeignet, rechtserhebliche Tatsachen wie beispielsweise eine bestehende Arbeitsunfähigkeit zu beweisen. Die Qualifikation als Urkunde belegt nicht auch ihre Beweiskraft. Ihr Beweiswert bestimmt sich in freier Beweiswürdigung im konkreten Einzelfall unter Berücksichtigung aller Umstände. So beweisen Arztzeugnisse grundsätzlich nur, dass die Erklärung von der ausstellenden Person abgegeben wurde. Aufgrund des Fachwissens der ausstellenden Person sowie der strafrechtlichen Sanktion wegen falschen ärztlichen Zeugnisses kann zunächst von der Richtigkeit eines Arztzeugnisses ausgegangen werden. Der Beweiswert wird jedoch erschüttert, wenn beispielsweise die ausstellende Person den Patienten nicht untersucht und ausschliesslich auf dessen Aussagen abgestellt hat, bei telefonischen Diagnosen oder bei widersprüchlichem Verhalten des Patienten während bescheinigter Arbeitsunfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts vom 22. April 2026, 4A_42/2026, E. 4.2.5 m.w.H.; vgl. in diesem Sinne bereits den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 15. Februar 2024, KV-Z 2022/11, E. 4.4 mit Hinweis auf BGE 148 III 108 E. 3.3.1). Bei Erschütterung des Beweiswertes kann das Gericht vom Arzt einen schriftlichen Bericht einholen oder ihn als Zeugen einvernehmen (vgl. ANNETTE DOLGE, N 13 zu Art. 177 mit Hinweisen, in: Karl Spühler/Luca Tenchio/Dominik Infanger [Hrsg.], Basler Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, 4. Auflage 2025 [nachfolgend zitiert: BSK ZPO]).

2.5 Das grundsätzlich anwendbare VVG enthält mit Ausnahme von Art. 87 VVG, der das selbstständige Forderungsrecht des Begünstigten in der kollektiven Unfall- oder Krankenversicherung normiert, keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld. Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG finden auf den Versicherungsvertrag subsidiär die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR; SR 220) Anwendung. Demnach sind vorab die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien, insbesondere die AVB der Klägerin, inklusive der darin enthaltenden BVB für das Gastgewerbe (act. G 1.4), massgebend (vgl. auch Art. 19 Abs. 1 OR).

3.

3.1 Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Klägers auf Krankentaggeldleistungen gegenüber der Beklagten im Zusammenhang mit der von ihm gemeldeten Arbeitsunfähigkeit seit dem 17. Februar 2025. Diesbezüglich macht der Kläger über die von der Beklagten bisher bis zum 30. Juni 2025 ausgerichteten Taggeldleistungen (vgl. zu diesen KTG-act. 28) einen Leistungsanspruch in Höhe



von Fr. 48'061.20 geltend (zzgl. Zins zu 5 % seit dem 29. Oktober 2025; act. G 7-1 Rechtsbegehren Ziff. 1). Die Beklagte stellt sich indessen auf den Standpunkt, keine (weiteren) Versicherungsleistungen zu schulden. Vielmehr fordert sie bereits erbrachte Versicherungsleistungen in Höhe von Fr. 11'916.-- zurück (zzgl. Zins zu 5 % seit dem 17. Februar 2025; vgl. act. G 3-1 und 8-1) und macht dabei u.a. geltend, die Leistungsvoraussetzungen seien nie erfüllt gewesen. Nachfolgend zu prüfen ist somit der Leistungsanspruch des Klägers als Ganzes, d.h. seit dem 17. Februar 2025.

3.2 Unstrittig ist dabei zwischen den Parteien der Bestand eines Versicherungsverhältnisses an sich. Namentlich ist unbestritten, dass zwischen der B.____ und der Beklagten mit Wirkung ab 1. Januar 2025 eine Kollektiv-Krankentaggeldversicherung abgeschlossen wurde. Ebenso ist unstrittig, dass der Kläger im Rahmen dieses Versicherungsvertrags als Arbeitgeber mit einem vereinbarten Jahresverdienst von Fr. 90'600.-- und einem Taggeldanspruch von 80 % des versicherten Lohnes ab dem 31. Tag der Arbeitsunfähigkeit versichert war (vgl. dazu auch die Versicherungspolice [act. G 1.2]).

3.3 Gestützt auf Art. 13 AVB setzt der Anspruch auf Taggeldleistungen sodann neben einem nachweisbaren Erwerbsausfall (Ziff. 1) eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 2) im Umfang von mindestens 25 % (Ziff. 3) voraus.

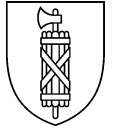
4.

Im Hinblick auf einen möglichen Leistungsanspruch des Klägers ist als erstes zu prüfen, ob eine leistungsbegründende krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen ist.

4.1

4.1.1 Der Kläger machte klageweise u.a. geltend, an einer Alkoholabhängigkeit (Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom [ICD-10 F10.2]) zu leiden. Aufgrund dieser sei er vom 17. Februar 2025 bis zum 26. Februar 2026 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Als Beweis für diese Behauptung bezeichnete er diverse von ihm eingereichte Arztzeugnisse und Behandlungsberichte, aus denen u.a. auch hervorgeht, dass er sich wiederholt und in verschiedenen Institutionen in stationärer Behandlung befand (vgl. dazu act. G 7-2 ff. III Tatsächliches). Seine diesbezüglichen Ausführungen sind detailliert und substantiiert, insbesondere ist klar erkennbar, für welchen Zeitraum mit welchem Beleg bzw. welcher Urkunde der Beweis geführt werden soll.

4.1.2 Die Beklagte machte anlässlich ihrer mündlichen Klageantwort/Widerklage am 22. Juni 2026 allgemeine Ausführungen zur (teilweise überholten) Rechtsprechung zur Beweiswürdigung von Arztzeugnissen bzw. Berichten behandelnder Ärzte. Diese Ausführungen stellen jedoch klarerweise keine Bestreitung der Behauptungen des Klägers bzw. des Inhalts der von ihm eingereichten Berichte/Zeugnisse dar. Im Rahmen ihrer Zusammenfassung bestritt die Beklagte zwar das Vorliegen



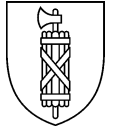
bzw. den genügenden Nachweis einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. G 8-4). Ihre inhaltlichen Ausführungen bezogen sich jedoch – gestützt auf die Beurteilungen von Dr. F.____ – einzig auf das Vorliegen einer Depression beim Kläger. Die Arbeitsunfähigkeit des Klägers aufgrund der Suchterkrankung war von Dr. F.____ in seinen Beurteilungen denn auch bestätigt worden (vgl. KTG-act. 34-3 und 52-2). Angesichts der substantiierten Behauptungen des Klägers zum Umfang und zeitlichen Verlauf seiner Arbeitsunfähigkeit, erweist sich die pauschale Bestreitung des Vorliegens einer Arbeitsunfähigkeit (als Folge der Suchterkrankung) nicht als rechtsgenügend. Auch in der mündlichen Duplik/Widerklagereplik (vgl. dazu act. G 6-4) erfolgte keine (genügende) Bestreitung.

4.1.3 Nachfolgend ist beim Kläger somit vom Bestehen eines Abhängigkeitssyndroms auf Alkohol (ICD-10 F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom), das auch im arbeitsrechtlichen Kontext als (unverschuldete) Krankheit gilt (vgl. BGE 152 III 23 E. 2.3.1), sowie einer daraus resultierenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit vom 17. Februar 2025 bis zum 26. Februar 2026 auszugehen (zur Frage des Vorliegens einer Depression vgl. nachfolgende E. 4.5).

4.1.4 Angesichts des bereits rechtsgenügend erbrachten Beweises seiner krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit, erübrigen sich die vom Kläger in der unbegründeten Klage vom 5. März 2026 überdies beantragten Befragungen seiner behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Ebenso erübrigt sich der vom Kläger im Rahmen der mündlichen Klagebegründung vom 22. Juni 2026 beantragte Beizug der Austrittsberichte des KSSG.

4.2 Nachdem die Versicherungsdeckung für die beim Kläger bestehende Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Alkoholabhängigkeit grundsätzlich zu bejahen ist, sind nachfolgend die leistungsaufhebenden Einwände der Beklagten zu prüfen.

4.3 Die Beklagte macht geltend, ein reines "Suchtgeschehen" stelle – in Anlehnung an den sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff – keine Krankheit im Rechtssinne (wohl gemeint: im Sinne der Versicherungsbedingungen) dar. Massgebend für die Frage der Leistungspflicht ist primär der Versicherungsvertrag (vgl. nochmals E. 1.3). Dieser bzw. die AVB sehen unbestrittenermassen keinen expliziten Leistungsausschluss für Suchterkrankungen vor (vgl. zu den von der Leistungspflicht ausgenommenen Krankheiten Art. 9 Ziff. 1 AVB; vgl. dazu auch den Entscheid des Versicherungsrechts des Kantons St. Gallen vom 26. November 2018, KV-Z 2017/12, E. 5.4.1). Vielmehr sind grundsätzlich alle Krankheiten im Sinne von Art. 3 ATSG erfasst (vgl. Art. 7 Ziff. 1 AVB, der als Definition einer «Krankheit» den Wortlaut von Art. 3 ATSG wiedergibt und auf diese Bestimmung verweist). Wie der Kläger im Rahmen der mündlichen Klagebegründung bereits vorsorglich und korrekt ausgeführt hatte (act. G 7-8 RZ 31), hat das Bundesgericht im sozialversicherungsrechtlichen Kontext mit BGE 145 V 215 seine langjährige Praxis aufgegeben, wonach primäre Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen zum vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten



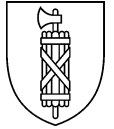
Gesundheitsschäden darstellen würden. Da die beim Kläger vorliegende Alkoholabhängigkeit somit auch im sozialversicherungsrechtlichen Sinn eine Krankheit darstellt, kann offenbleiben, ob bei fehlendem explizitem Leistungsausschluss ein (analoger) Beizug bzw. Abstellen auf die sozialversicherungsrechtliche Definition einer Krankheit überhaupt zulässig wäre. Die Beklagte vermag einen Leistungsausschluss für Suchterkrankungen bzw. die konkret beim Kläger vorliegende Alkoholabhängigkeit so oder anders nicht nachzuweisen. Dies gilt umso mehr, als ihre Argumentation hinsichtlich eines bestehenden Leistungsausschlusses mit Blick auf die zumindest vorläufig erfolgte Leistungsausrichtung bei bekannter Suchterkrankung ohnehin widersprüchlich erscheint.

4.4 Die Beklagte bestreitet die Versicherungsdeckung für die suchtbedingte Arbeitsunfähigkeit überdies mit dem Argument, es liege ein Verstoss gegen das in Art. 10 Abs. 2 VVG formulierte zwingende (vgl. Art. 97 VVG) Rückwärtsversicherungsverbot vor und der Versicherungsvertrag sei hinsichtlich der Alkoholabhängigkeit des Klägers als teilnichtig zu erklären. Dies gilt es nachfolgend zu prüfen.

4.4.1 Nach Art. 10 Abs. 2 VVG ist eine Rückwärtsversicherung nichtig, wenn lediglich der Versicherungsnehmer oder der Versicherte wusste oder wissen musste, dass ein befürchtetes Ereignis bereits eingetreten ist. Vorausgesetzt wird demnach u.a., dass das versicherte Risiko bei Vertragsabschluss bereits eingetreten war (vgl. dazu auch CLEMENS VON ZEDTWITZ/RICCARDO MAISANO, in: Pascal Grolimund/Leander D. Loacker, Anton K. Schnyder [Hrsg.], Basler Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz, 2. Aufl. 2023 [nachfolgend zitiert: BSK VVG], N 12 zu Art. 10). Auch wenn das Vorliegen von Nichtigkeitsgründen i.S.v. Art. 10 Abs. 2 VVG vom Gericht von Amtes wegen zu berücksichtigen ist, hat das Versicherungsunternehmen die tatsächlichen Grundlagen für diese leistungsaufhebende Tatsache in den Prozess einzubringen (Art. 8 Schweizerisches Zivilgesetzbuch [ZGB; SR 210]; vgl. auch BGE 148 III 105 E. 3.3.1, BGE 130 III 321 E. 3.1; BSK VVG-VON ZEDTWITZ/MAISANO, N 24 zu Art. 10).

4.4.2 Nachdem der Zeitpunkt des Vertragsabschlusses von der beweisbelasteten Beklagten weder behauptet noch bewiesen worden und mithin völlig unbekannt ist, kann ein von Amtes wegen zu berücksichtigender Verstoss gegen das Rückwirkungsverbot bereits aus diesem Grund nicht nachgewiesen sein.

4.4.3 Die Beklagte behauptet sodann pauschal, es sei aktenkundig, dass die Arbeitsunfähigkeit des Klägers aufgrund einer bereits vor Beginn der Krankentaggeldversicherung vorhandenen Alkoholsucht eingetreten sei (act. G 8-1). Der Kläger bestreitet, dass bei Eintritt in den Betrieb im Jahr 2021 und auch beim Vertragsabschluss bzw. beim Vertragsbeginn eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Im Jahr 2024 habe er einen Umsatz von Fr. 400'000.-- erzielt, was bei einer Arbeitsunfähigkeit nicht möglich gewesen wäre (act. G 6-3). Aus der vorliegenden Aktenlage ergeben sich zwar Hinweise auf eine bereits vor dem 17. Februar 2025 bestehende Alkoholabhängigkeit und damit zusammenhängende



frühere Arbeitsunfähigkeiten des Klägers. Die detaillierte Krankengeschichte des Klägers lässt sich den Akten jedoch nicht entnehmen. Mangels genügender Substantiierung ihrer Behauptung bzw. entsprechender Beweisanträge seitens der Beklagten, können in dieser Hinsicht durch das Gericht jedoch keine weiteren Abklärungen getätigt werden (vgl. bereits vorstehend E. 2.1 und 3.2). Mithin ist auch nicht rechtsgenüglich nachgewiesen, dass vor Vertragsabschluss (und auch nicht vor Vertragsbeginn) der Versicherungsfall, die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 8 i.V.m. Art. 9 Ziff. 2 AVB; BGE 142 III 671 E. 3.6), bereits eingetreten war.

4.4.4 Unter den gegebenen Umständen muss auch nicht weiter darauf eingegangen bzw. geprüft werden, ob angesichts des bereits zuvor bei der Beklagten bestehenden Versicherungsvertrages ab dem 1. September 2021 (vgl. dazu die Eingabe des Klägers vom 26. Juni 2026 [act. G 9 und 9.1]) überhaupt von einer verbotenen Rückwärtsversicherung im Sinne von Art. 10 Abs. 2 VVG ausgegangen werden könnte.

4.4.5 Es fehlt somit am Nachweis einer bei Vertragsabschluss bestehenden Arbeitsunfähigkeit des Klägers und ein Verstoss gegen das in Art. 10 Abs. 2 VVG festgehaltene Verbot der Rückwärtsversicherung ist nicht nachgewiesen.

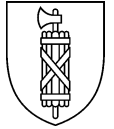
4.4.6 Mit derselben Begründung kann – zusammen mit dem Kläger (vgl. act. G 6-3) – zudem festgehalten werden, dass auch die Voraussetzungen für einen Leistungsausschluss für bei Eintritt in den Betrieb bzw. Versicherungsbeginn bereits bestehende Krankheiten nach Art. 9 Ziff. 1 lit. a AVB nicht rechtsgenüglich nachgewiesen sind.

4.5 Nach dem Gesagten ist von einer vom Versicherungsvertrag gedeckten, krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit des Klägers vom 17. Februar 2025 bis zum 26. Februar 2026 auszugehen. Weil die auf die Alkoholabhängigkeit zurückzuführende Arbeitsunfähigkeit des Klägers bereits leistungsbegründend ist, muss nicht weiter auf die zwischen den Parteien und den involvierten Mediziner*innen strittige Frage eingegangen werden, ob und gegebenenfalls ab wann der Kläger überdies an einer eigenständig zu diagnostizierenden Depression litt.

5.

Als nächstes ist die zwischen den Parteien strittige Anspruchsvoraussetzung eines Erwerbsausfalls zu prüfen.

5.1 Der Kläger macht einen vollständigen Lohnausfall geltend; er habe für das gesamte Jahr 2025 keinen Lohn erhalten. Im Jahr 2026 habe es das Restaurant nicht mehr gegeben (act. G 7-8 RZ 30 und 7-11 RZ 40). Als Beweis für diese Behauptung reichte er u.a. die Jahresrechnung der B.____ per 31. Dezember 2025 (act. G 7.1) ein. Die Beklagte bestreitet einen Erwerbsausfall gestützt auf den IK-



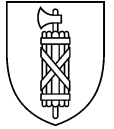
Auszug des Klägers vom 2. April 2026 (KTG-act. 72), welcher bereits nach 2023 keine Einträge mehr enthalte. Zudem sei der Betrieb per 31. Mai 2025 aufgegeben worden und es habe ab diesem Zeitpunkt somit keine Anstellung mehr bestanden. Dass eine Anschlussstelle angetreten oder Arbeitslosentaggelder bezogen worden wären, sei nicht nachgewiesen (act. G 8-5). Dagegen beruft sich der Kläger auf den fehlenden Ausschluss von Leistungen bei Betriebsaufgabe. Der IK-Auszug sei für die Jahre 2024 und 2025 nicht nachgeführt worden, da die Einträge bei Selbständigerwerbenden vom Steuerbetrag abhängig seien. Zudem sei beim Kläger als Betriebsinhaber nicht der eigentliche Lohn versichert, sondern der Erlös des Restaurants als Ganzes (act. G 6-3 f.). Dies bestreitet die Beklagte; als Betriebsinhaber habe der Kläger einen effektiv erfolgten Lohnfluss nachzuweisen (act. G 6-4).

5.2 Die Beklagte macht nicht geltend, der Kläger habe im Zeitraum vom 17. Februar 2025 bis zum 26. Februar 2026 einen Verdienst erzielt. Somit ist unstrittig und davon auszugehen, dass der Kläger in diesem Zeitraum keine Einkünfte erzielt hat.

5.3 Die Beklagte bestreitet das Vorliegen eines Erwerbsausfalls mit dem Argument, der Beklagte hätte auch im Gesundheitsfall kein bzw. kein Einkommen in Höhe des versicherten Verdienstes von Fr. 90'600.-- erzielt.

5.3.1 Nach Art. 13 Ziff. 1 AVB setzt der Anspruch auf Taggeldleistungen einen nachweisbaren Erwerbsausfall voraus. Nach Ziff. 2 der Bestimmung bezahlt die Beklagte bei Vorliegen einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit bei voller Arbeitsunfähigkeit das im Vertrag aufgeführte Taggeld bis zur Höhe des nachgewiesenen Erwerbsausfalls. Art. 18 Ziff. 4 AVB hält hinsichtlich der Berechnung der Leistungen fest, dass ein allfällig im Voraus vereinbarter Jahresverdienst massgebend sei. Ein solcher gelte nicht als Summenversicherung, sondern als Schadensversicherung. Die Versicherung verzichte jedoch auf den Nachweis des tatsächlichen Erwerbsausfalls bis zur Höhe des vereinbarten Jahresverdienstes. Über den vereinbarten Jahresverdienst hinausgehende Erwerbseinbussen seien nicht versichert.

5.3.2 Aus dem Wortlaut der vorerwähnten Bestimmungen ergibt sich zweifelsfrei, dass vorliegend von einer als Schadensversicherung ausgestalteten Erwerbsausfallversicherung auszugehen ist (zur Abgrenzung zwischen Schadens- und Summenversicherungen vgl. u.a. das Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2020, 4A_106/2020, E. 3.5.1 m.w.H.). Dass eine Schadensversicherung vorliegt, ist zwischen den Parteien denn grundsätzlich auch nicht bestritten. Indessen kann und muss Art. 18 Ziff. 4 der AVB so verstanden werden, dass bei einem im Voraus vereinbarten versicherten Verdienst kein konkreter Schadensnachweis in bzw. bis zur Höhe desselben erforderlich ist. Der Taggeldanspruch des Klägers ist – entgegen der sinngemässen Argumentation der Beklagten – somit nicht vom Nachweis eines im Gesundheitsfall erzielten Verdienstes von Fr. 90'600.-- (bzw. in irgendeiner Höhe) abhängig.



Soweit die Beklagte bei ihrer Bestreitung des vom Kläger behaupteten Erwerbsausfalls geltend macht, der Kläger hätte auch im Gesundheitsfall gar kein Einkommen erzielt, kann ihr nicht gefolgt werden. Sie stützt sich dabei auf den am 2. April 2026 eingeholten IK-Auszug (KTG-act. 72), der nach Dezember 2023 keine Einträge mehr enthält. Wie der Kläger zu Recht geltend macht (act. G 6-3 f.), kann aus einem nicht nachgeführten IK-Auszug jedoch nicht der Schluss gezogen werden, er habe seit Ende 2023 keinen Erwerb mehr erzielt. Vielmehr wird aus der eingereichten Jahresrechnung 2025, welche auch die Zahlen des Vorjahres enthält, ersichtlich, dass die Kollektivgesellschaft des Klägers in den Jahren 2024 und 2025 Umsatz und Gewinn erzielt hat und insbesondere auch Sozialversicherungsbeiträge für den Kläger verbucht wurden (act. G 7.1), was nur bei Auszahlung eines Lohnes notwendig ist. Es ist somit von einem Erwerbsausfall auszugehen, dessen Höhe aber wie erwähnt gemäss der vertraglichen Vereinbarung nicht nachgewiesen werden muss.

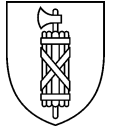
5.4 Damit ist die Leistungspflicht der Beklagten grundsätzlich zu bejahen. Zu prüfen bleibt noch der leistungsaufhebende Einwand der Beklagten, ihre Leistungspflicht ende aufgrund der Betriebsaufgabe durch den Kläger spätestens am 31. Mai 2025.

5.4.1 Die Aufgabe des Betriebs per 31. Mai 2025 und die Beendigung des Versicherungsvertrags zwischen der B.____ und der Beklagten auf diesen Zeitpunkt hin (vgl. dazu auch Art. 4 Ziff. 4 der AVB) ist zwischen den Parteien unstrittig. Davon ist nachfolgend somit auszugehen.

5.4.2 Gemäss Art. 11 Ziff. 3 lit. b AVB erlischt der Versicherungsschutz für die versicherte Person u.a. mit Beendigung des Versicherungsvertrags. Art. 16 Ziff. 5 AVB sieht vor, dass die Beklagte das Taggeld für Krankheiten, die während der Vertragsdauer eingetreten sind, nach Erlöschen des Versicherungsschutzes (weiter-)bezahlt, bis die versicherte Person wieder mindestens 75 % arbeits- oder erwerbsfähig ist, jedoch maximal bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

5.4.3 Der Versicherungsschutz für den Kläger endete vorliegend somit per 31. Mai 2025, die relevante krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ist jedoch nachweislich am 17. Februar 2025 und demnach während der Vertragsdauer eingetreten. Mangels abweichender Regelung für Betriebsinhaber in den AVB und/oder BVB bestand die Leistungspflicht der Beklagten in Anwendung von Art. 16 Ziff. 5 AVB somit unabhängig von der Beendigung des Versicherungsvertrags bzw. der Betriebsaufgabe fort.

5.4.4 Gegenteiliges lässt sich auch nicht aus den von der Beklagten zitierten Bundesgerichtsentscheiden ableiten, in denen eine Leistungspflicht des Krankentaggeldversicherers nach erfolgter Betriebsaufgabe durch den Versicherungsnehmer verneint worden war. Diese Entscheide bezogen sich nämlich auf eine andere Versicherungsgesellschaft, deren AVB eine Nachleistungspflicht nach Erlöschen des Versicherungsvertrags bzw. bei Betriebsaufgabe explizit ausschlossen (vgl. dazu u.a. das Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2019, 4A_238/2019, E.



3.1). Wie bereits dargelegt, fehlt es vorliegend an einer solchen Bestimmung bzw. einem solchen Ausschluss. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang überdies, dass bei Bejahung einer Leistungspflicht über den Zeitpunkt der Betriebsaufgabe hinaus (Nachleistungspflicht) kein plötzlicher «Wechsel» des versicherten Risikos zur Betriebsaufgabe (statt bisher der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit) erfolgt. Leistungsbegründend ist und bleibt weiterhin die fortdauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person bzw. des Klägers, die es dem Kläger im vorliegenden Fall im Übrigen offenkundig auch verunmöglichte, anderweitig einen Verdienst zu erzielen, z.B. durch die Aufnahme eines neuen Betriebs, die Annahme einer Anstellung und/oder den Bezug von Arbeitslosentaggeldern. Dass der Kollektiv-Versicherungsvertrag der Beklagten auch das «Risiko» der Betriebsaufgabe abdecken bzw. einen solchen Fall nicht von der Nachleistungspflicht ausschliessen wollte, ergibt sich im Übrigen auch aus Art. 9 der BVB. Nach dieser Bestimmung wird der Kollektivvertrag bei Übernahme eines neuen Betriebs innert sechs Monaten nach Aufgabe des bisherigen Betriebs auf den neuen Betrieb übertragen, was im Ergebnis zu einer lückenlosen Versicherungsdeckung trotz (vorübergehender) Betriebsaufgabe führt. Darauf, dass die Beklagte auch für Betriebsinhaber keine Leistungseinstellung bei Betriebsaufgabe gewollt hat, lässt überdies auch der Umstand schliessen, dass die Beklagte eine entsprechende BVB-Bestimmung in der Ausgabe 2015 (vgl. dazu das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 25. Januar 2022, KK.2020.00038, E. 3.2 zweiter Absatz) nicht in die vorliegend massgebende Ausgabe 2023 überführt hat.

6.

6.1 Der Kläger hat somit Anspruch auf Versicherungsleistungen aufgrund seiner vom 17. Februar 2025 bis 26. Februar 2026 bestehenden Arbeitsunfähigkeit.

6.2 Nachdem ein Leistungsanspruch des Klägers vom 17. Februar 2025 bis zum 26. Februar 2026 ausgewiesen ist, ist eine (Teil-)Rückerstattungspflicht für die von der Beklagten für den Zeitraum vom 17. Februar bis 30. Juni 2025 bereits ausgerichteten Taggeldleistungen zu verneinen. Ob mit Blick auf Art. 26 der AVB ein Rückerstattungsanspruch der Beklagten gestützt auf ungerechtfertigte Bereicherung überhaupt bestanden hätte (vgl. verneinend dazu die Ausführungen des Klägers in act. G 7-11 RZ 39), kann somit offenbleiben.

6.3 Die Beklagte hat – unter Berücksichtigung der vereinbarten Wartefrist von 30 Tagen (vgl. dazu die Versicherungspolice [act. G 1.2]) – bereits bis zum 30. Juni 2025 Taggeldleistungen in Höhe von total Fr. 20'654.40 (104 Taggelder à 198.60) erbracht.

6.4 Für den Zeitraum vom 1. Juli 2025 bis 26. Februar 2026 hat die Beklagte die Taggeldleistungen – wie vom Kläger im Wesentlichen beantragt – noch zu erbringen.



6.4.1 Wie vorstehend (E. 5.2) bereits dargelegt, ist für die Berechnung derselben der vereinbarte Jahresverdienst von Fr. 90'600.-- massgebend, ohne dass der Kläger einen konkreten Erwerbsausfall in dieser Höhe nachweisen müsste. Gemäss Versicherungspolice ist dieser Jahresverdienst zu 80 % versichert (act. G 1.2). Für die Berechnung des Taggeldes (pro Tag) wird der Jahresverdienst durch 365 geteilt (vgl. Art. 18 Ziff. 1 und Ziff. 4 der AVB). Demnach beträgt das Taggeld – wie von der Beklagten für den bereits geleisteten Zeitraum korrekt berechnet – Fr. 198.60 pro Tag.

6.4.2 Der Kläger hat für den Zeitraum vom 1. Juli 2025 bis 26. Februar 2026 einen Taggeldanspruch in Höhe von Fr. 48'061.20 eingeklagt (act. G 7). Dies entspricht 242 Taggeldern à Fr. 198.60. Indessen umfasst der erwähnte Zeitraum korrekterweise nur 241 Tage. Aus dem vom Kläger eingereichten Berechnungsblatt (act. G 1.20) ist offensichtlich erkennbar, dass der Kläger versehentlich den 25. September 2025 doppelt in seine Berechnungen miteinbezogen hat. Der korrekte Taggeldanspruch für 241 Tage beträgt somit Fr. 47'862.60.

6.5 Der Kläger macht überdies einen Verzugszins in Höhe von 5 % seit dem 29. Oktober 2025 geltend. Die Zinsforderung inkl. Zeitpunkt des vom Kläger ermittelten mittleren Verfalls wurde von der Beklagten nicht bestritten, weshalb ohne nähere Überprüfung derselben davon auszugehen ist. Der Kläger hat somit auf seine Forderung in Höhe von Fr. 47'862.60 einen Anspruch auf Verzugszinsen zu 5 % seit dem 29. Oktober 2025.

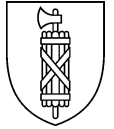
7.

7.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Klage dahingehend gutzuheissen, dass die Beklagte verpflichtet wird, dem Kläger Fr. 47'862.60 zuzüglich Zins zu 5 % seit dem 29. Oktober 2025 zu bezahlen. Die Widerklage ist vollumfänglich abzuweisen.

7.2 Nach Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten der unterliegenden Partei auferlegt. Bei Nichteintreten und bei Klagerückzug gilt die klagende Partei, bei Anerkennung der Klage die beklagte Partei als unterliegend. Nach Abs. 2 der Bestimmung werden die Prozesskosten nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt, sofern keine Partei vollständig obsiegt hat.

7.2.1 Für das vorliegende Verfahren sind keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 114 lit. e ZPO).

7.2.2 Der Kläger hat mit seinem Antrag auf Zahlung von Taggeldleistungen grossmehrheitlich obsiegt. Die Differenz zwischen dem von ihm beantragten und dem zugesprochenen Betrag in Höhe von Fr. 198.60 ergibt sich aus einem offensichtlichen Rechnungsfehler. Hinsichtlich des (teilweisen) Klagerückzugs ist festzuhalten, dass dieser zwar grundsätzlich als Unterliegen des Klägers zu werten ist. Da die Klage unbegründet eingereicht worden war und der Rückzug gleich zu Beginn der mündlichen Verhandlung vom 22. Juni 2026 erklärt wurde, ist der Beklagten dadurch aber kein



relevanter Mehraufwand im Prozess entstanden. Unter diesen Umständen rechtfertigt es sich, hinsichtlich der Prozesskostenverteilung in Anwendung von Art. 107 Abs. 1 lit. e und f ZPO trotzdem von einem vollständigen Obsiegen des Klägers auszugehen. Im Umkehrschluss hat die Beklagte als vollständig unterliegende Partei demnach keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

7.2.3 Die Parteientschädigung spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 i.V.m. Art. 96 ZPO). Gemäss Art. 14 der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) richtet sich das Honorar nach dem Streitwert. Nach Art. 94 Abs. 2 ZPO werden für die Bestimmung der Prozesskosten die Streitwerte zusammengerechnet, sofern sich Klage und Widerklage nicht gegenseitig ausschliessen. Die Klage betrifft die Forderung von weiteren Taggeldleistungen für den Zeitraum vom 1. Juli 2025 bis zum 26. Februar 2026, während mit der Widerklage bereits geleistete Taggelder für den Zeitraum vom 17. Februar bzw. 19. März 2025 bis zum 30. Juni 2025 zurückgefordert werden mit der Begründung, dass die Leistungsvoraussetzungen gar nie erfüllt gewesen seien. Die Widerklage richtet sich inhaltlich somit gegen die materiellrechtliche Grundlage der (Haupt-)Klage, aber nicht auf denselben Anspruch. In einer solchen Konstellation können grundsätzlich nicht beide Klagen gutgeheissen werden, jedoch erhöht sich der wirtschaftliche Wert des Prozesses, weil jede Partei bei Obsiegen eine Leistung erhält und bei Unterliegen eine andere Leistung erbringen muss. Da Art. 94 Abs. 2 ZPO ausdrücklich der wirtschaftlichen Bedeutung des Streites Rechnung tragen will (BBI 2006 7292 [damals noch zu Art. 92 Abs. 2 ZPO]), sind die Streitwerte im vorliegenden Verfahren somit zu addieren (vgl. zum Ganzen auch BSK ZPO-HOFMANN/BAECKERT, N 11 zu Art. 94 ZPO; DIGGELMANN PETER, in: Alexander Brunner, Ivo Schwander, Moritz Vischer [Hrsg.], ZPO Kommentar, 3. Aufl. 2025, N 8 zu Art. 94 ZPO; BAUER CHRISTOPH/STERCHI MARTIN H., in: Regina E. Aebi-Müller, Christoph Müller [Hrsg.], Berner Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung - Art. 1 - 408 ZPO, 2. Aufl. 2026, N 8a zu Art. 94 ZPO). Für die Berechnung der Parteientschädigung ist somit von einem Streitwert von Fr. 59'977.20 (Fr. 48'061.20 + Fr. 11'916.--) auszugehen.

7.2.4 Das mittlere Honorar im Zivilprozess beträgt nach Art. 14 Abs. 1 lit. c HonO Fr. 3'500.-- bei einem Streitwert von über Fr. 30'000.-- bis Fr. 100'000.-- zuzüglich 9 % des Streitwerts. Beim vorliegenden Streitwert von Fr. 59'977.20 resultiert damit grundsätzlich ein Honorar von Fr. 8'897.95 (Fr. 3'500.-- + Fr. 5'397.95). Nach Art. 17 HonO kann das mittlere Honorar zur Berücksichtigung besonderer Umstände, namentlich der grundsätzlichen Bedeutung und der Schwierigkeit des Falles, der wirtschaftlichen Verhältnisse der Beteiligten, von Art und Umfang der notwendigen Bemühungen, der Vertretung mehrerer Parteien und ausserordentlicher vorprozessualer Bemühungen, um bis zu 50 Prozent unter- oder überschritten werden. Angesichts der unbegründet eingereichten Klage und dem dementsprechenden Entfallen eines Schriftenwechsels, erscheint mit Blick auf Art und Umfang der notwendigen Bemühungen vorliegend eine Kürzung des mittleren Honorars um 20 % als angemessen. Somit ist von einem Grundhonorar von Fr. 7'118.35 auszugehen. Auf diesen Betrag besteht gemäss



Art. 28^{bis} Abs. 1 HonO ein Anspruch auf den pauschalen Ersatz für Barauslagen von 4 % des Honorars, jedoch höchstens Fr. 1'000.—. Bei einem Honorar von Fr. 7'118.35 beträgt dieser gerundet Fr. 284.75, was insgesamt Fr. 7'403.10 ergibt. Die Mehrwertsteuer im Betrag von gerundet Fr. 599.65 (8.1 % von Fr. 7'403.10) wird zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO). Dies ergibt einen Anspruch des Klägers auf Parteientschädigung in Höhe von total Fr. 8'002.75 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Entscheid

nach einer Beratung gemäss Art. 14 Abs. 2 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 Fr. 47'862.60 zuzüglich Zins zu 5 % seit dem 29. Oktober 2025 zu bezahlen.

2.

Die Widerklage wird abgewiesen.

3.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

4.

Die Beklagte hat dem Kläger eine Parteientschädigung von Fr. 8'002.75 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.