



Fall-Nr.: KV-Z 2014/13
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 15.12.2020
Entscheiddatum: 17.02.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 17.02.2016

Beweislastverteilung: Der Anspruchsberechtigte hat den Eintritt des Versicherungsfalls gemäss den Vorgaben in den AVB im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Falls der Versicherung der Gegenbeweis gelingt, so greift die tatsächliche Vermutung nicht mehr und der Beweis ist gescheitert. Ist die Ferienfähigkeit gegeben, so sind die Ferientage unabhängig des Arbeitsunfähigkeitsgrades zu 100% an den arbeitsrechtlichen Ferienanspruch anzurechnen. Während den Ferien hat die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer einen grundsätzlichen Anspruch auf den vollen Lohn. Die Leistungspflicht der Taggeldversicherung ist während des Ferienbezugs unterbrochen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Februar 2016, KV-Z 2014/13).

Entscheid vom 17. Februar 2016

Besetzung

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

KV-Z 2014/13

Parteien

A.____,

Kläger,



St.Galler Gerichte

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

gegen

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

Beklagte,

Gegenstand

Taggeldleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend Versicherter bzw. Kläger), war über seine Arbeitgeberin, die B.____ GmbH, (nachfolgend Arbeitgeberin bzw. Versicherungsnehmerin), bei der SWICA Krankenversicherung AG, Winterthur (nachfolgend Versicherung bzw. Beklagte), der kollektiven Taggeldversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) angeschlossen. Der Versicherte arbeitete bei der Arbeitgeberin als QL-Chemiker in der Qualitätskontrolle. Das Arbeitsverhältnis endete am 31. Januar 2014 (act. G 1, G 1.2 und G 18.6 S. 2).

A.b Der Versicherte war ab 8. April 2013 wegen körperlicher und mentaler Erschöpfung, Migräne und Spannungskopfschmerzen in Behandlung bei der Hausärztin Dr. med. C.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH. Sie attestierte ab 8. April 2013 bis 30. November 2013 eine 50%ige, teilweise eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.2, G 1.3 und G 1.4a bis G 1.4m). Die Anmeldung des Krankheitsfalls bei der Versicherung erfolgte am 6. Juni 2013 (act. G 1.2).

A.c Mit Schreiben vom 8. Oktober 2013 ordnete die Versicherung zur Abklärung des Gesundheitszustandes des Versicherten eine vertrauensärztliche Untersuchung an bei Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (DE) (act. G 1.10). Zwei



St.Galler Gerichte

angekündigte Begutachtungstermine (11. und 14. Oktober 2013) nahm der Versicherte wegen Ferienabwesenheit bzw. kurzfristiger Terminansage nicht wahr (act. G 1.8, G 1.10 und G 1.14).

A.d Mit Schreiben vom 23. und 24. Oktober 2013 informierte die Versicherung, dass sie die Taggeldleistungen per 30. September 2013 einstelle, da der Versicherte die Mitwirkungspflicht verletzt habe und keine objektivierbaren Befunde vorlägen, welche eine Arbeitsunfähigkeit begründen würden (act. G 1.8 f.).

A.e Mit Arztzeugnis vom 20. November 2013 attestierte Dr. med. E.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, Schmerzklinik G.____, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bis 6. Dezember 2013 (act. G 1.5). Mit Arztzeugnis vom 4. Dezember 2013 attestierte Dr. med. H.____, Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten FMH, wegen eines grippalen Infekts eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 2. bis 6. Dezember 2013 (act. G 1 und G 1.6). Mit Arztzeugnis vom 5. Dezember 2013 attestierte Dr. E.____ für zwei Wochen eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.7).

A.f Mit Schreiben vom 6. Dezember 2013 forderte der Rechtsvertreter des Versicherten, Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli, St. Gallen, die Versicherung auf, das Taggeld weiter zu bezahlen (act. G 1.11). In der Mitteilung vom 23. Dezember 2013 hielt die Versicherung an der Einstellung der Taggelder fest und informierte, dass sie bei der IV-Stelle ein Akteneinsichtsgesuch gestellt habe (act. G 1.12). Mit Schreiben vom 15. Januar 2014 (act. G 1.13) bestritt der Rechtsvertreter des Versicherten eine Verletzung der Mitwirkungspflicht seitens des Versicherten. Im Weiteren teilte er mit, dass der Versicherte seit dem 20. Dezember 2013 wieder voll arbeitsfähig sei, und reichte zum Nachweis der vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit die Arztzeugnisse von Dr. E.____ vom 20. November 2013 (act. G 1.5) und von Dr. H.____ vom 4. Dezember 2013 (act. G 1.6) ein. Ferner machte der Rechtsvertreter im Namen des Versicherten das direkte Forderungsrecht gegenüber der Versicherung geltend. In der Mitteilung vom 24. März 2014 begründete die Versicherung die Einstellung der Taggelder mit dem Fehlen objektivierbarer somatischer Befunde (act. G 1.15). Mit Schreiben vom 22. April 2014 wies der Rechtsvertreter des Versicherten nochmals auf die objektivierbaren somatischen Befunde hin und forderte die Versicherung auf, sich beim Facharzt Dr. E.____ über die am 20. November 2013 aufgenommene Behandlung zu informieren (act.



St.Galler Gerichte

G 1.16). Gemäss Arztbericht vom 5. Juni 2014 von Dr. E.____ litt der Versicherte an chronischer Migräne gemischt mit Spannungskopfschmerzen, chronischem Erschöpfungszustand bei Eisenmangel und an einem Reizdarmsyndrom (act. G 1.17).

B.

B.a Mit Klage vom 21. Oktober 2014 stellte Rechtsanwalt Gemperli als Vertreter des Ansprechers das folgende Rechtsbegehren (act. G 1): Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger für die Zeit vom 1. Oktober 2013 bis 6. Dezember 2013 den Betrag von Fr. 5'331.68 nebst Zins zu 5% seit 6. Dezember 2013 zu bezahlen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung wurde insbesondere angeführt, dass die Arbeitsunfähigkeit ärztlich nachgewiesen sei und auf objektivierbaren somatischen Befunden beruhe.

B.b Mit Klageantwort vom 26. Januar 2015 beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage (act. G 7). Im Weiteren wurde der Beizug der IV-Akten verlangt. Zur Begründung des Klageabweisungsantrags wurde insbesondere angeführt, dass die unbegründeten Arbeitsunfähigkeitsatteste zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht genügten. Zudem fehlten nachvollziehbare Befunde bzw. Diagnosen, welche die geklagten Beschwerden und die daraus abgeleitete Arbeitsunfähigkeit erklären würden. Im Weiteren wurde ein Taggeldanspruch während der bezogenen Ferien bestritten.

B.c In der Replik vom 13. Juli 2015 hielt der Rechtsanwalt des Klägers an den in der Klage gestellten Rechtsbegehren fest (act. G 18).

B.d In der Duplik vom 30. Oktober 2015 hielt die Beklagte an ihren Anträgen fest (act. G 24).

Erwägungen

1.

1.1 Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach der Versicherungspolice Nr. XXXXXXXX und den



Allgemeinen Vertragsbestimmungen Ausgabe 2006 (nachfolgend AVB; act. G 1.1, G 1.2 und G 1.8).

1.2 Gemäss Art. 90 AVB kann die versicherte Person an ihrem schweizerischen Wohnsitz Klage erheben. Der Kläger hat seinen Wohnsitz im Kanton St. Gallen, womit die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen gegeben ist. Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Darunter werden praxisgemäss auch Zusatzversicherungen subsumiert, auf die das VVG zur Anwendung gelangt (vgl. etwa BGE 138 III 2 E. 1.1). Damit ist vorliegend auch die Voraussetzung der sachlichen Zuständigkeit erfüllt.

1.3 Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht ist kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchzuführen (vgl. BGE 138 III 558 E. 4.6).

1.4 Die Eintretensvoraussetzungen sind erfüllt. Auf die Klage ist einzutreten.

2.

2.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG dem VVG. Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 133 III 439 E. 2.1). Nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO gilt für vermögensrechtliche Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach KVG ohne Rücksicht auf den Streitwert das vereinfachte Verfahren.

2.2 Im Rahmen des Versicherungsvertrages hat die anspruchsberechtigte Person die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruchs (vgl. Art. 38 f. VVG) zu behaupten und zu beweisen. Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, genießt der Versicherungsnehmer insofern eine Beweiserleichterung, als er 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2015, 4A_516/2014, E. 4.1; BGE 130 III 321 E. 3.3 mit Hinweisen).

2.3 Art. 247 Abs. 2 ZPO sieht vor, dass das Gericht 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 jedoch 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. Peter Guyan in: Karl Spühler/Luca Tenchio/Dominik Infanger [Hrsg.], Basler Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, 2. Aufl., Basel 2013, Art. 153 N 3 ff., insbes. N 9; Franz Hasenböhler in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], ZPO Kommentar, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2013 [nachfolgend ZPO Kommentar], Art. 153 N 5 ff.; Bernd Hauck in: ZPO Kommentar, Art. 247 N 33; BGE 125 III 231 E. 4a und 107 II 233 E. 2c). Die Untersuchungsmaxime ändert auch nichts an der Beweislast. Kann etwa das Bestehen einer entscheidenderheblichen Tatsache durch das Gericht weder bejaht noch verneint werden, entscheidet es gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) nach Beweislastgesichtspunkten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2000, 4C. 283/1999, E. 2b; Hauck in: ZPO Kommentar, Art. 247 N 37).

2.4 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. Aus Sicht der ZPO



sind die verschiedenen Beweismittel gleichwertig (vgl. Hasenböhler in: ZPO Kommentar, Art. 157 N 8 f.). Erachtet das Gericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen abschliessen (vgl. auch Thomas Weibel in: ZPO Kommentar, Art. 183 N 8 ff.).

3.

Die Beklagte hat aufgrund der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit unstreitig der Arbeitgeberin für die Zeit bis und mit 30. September 2013 Krankentaggelder ausbezahlt (act. G 1 und G 7.23). Streitig und deshalb zu prüfen ist, ob die Beklagte ab 1. Oktober 2013 bis 6. Dezember 2013 verpflichtet ist, dem Kläger Krankentaggelder zu bezahlen.

4.

4.1 Das grundsätzlich anwendbare VVG enthält mit Ausnahme von Art. 87 VVG keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld. Es sind deshalb vorab die vertraglichen Vereinbarungen inklusive die anwendbaren AVB massgebend.

4.2 Der Anspruch auf Versicherungsleistungen setzt das Bestehen eines Versicherungsvertrages zwischen Versicherer (Versicherung) und Versicherungsnehmerin (Arbeitgeberin) voraus, was vorliegend gegeben ist (vgl. act. G 1.2).

4.3 Im Weiteren muss die krankheitsbedingt arbeitsunfähige Person in einem Arbeitsverhältnis mit der Versicherungsnehmerin stehen, denn der Versicherungsschutz erlischt grundsätzlich mit dem Austritt aus dem versicherten Betrieb (vgl. Art. 5 und 42 AVB). Der Kläger war bis 31. Januar 2014 bei der Arbeitgeberin angestellt (vgl. act. G 7 S. 9 und G 18.6 S. 2). Folglich war er während des eingeklagten Zeitraumes bei der Beklagten krankentaggeldversichert.

4.4 Der Rechtsvertreter des Klägers machte mit Schreiben vom 15. Januar 2014 (act. G 1.13; G 7.26) im Namen des Klägers das direkte Forderungsrecht gegenüber der Beklagten geltend. Damit ging das unmittelbare Recht auf die Versicherungsleistung (Taggelder) auf den Kläger über, alle übrigen Rechte und



Pflichten aus dem Kollektivversicherungsvertrag blieben bei der Versicherungsnehmerin.

4.5 Gemäss Art. 2 AVB erbringt die Beklagte die in der Versicherungspolice aufgeführten Leistungen für die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Geburt. Als Krankheit gilt gemäss Art. 3 AVB jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

4.6 Der Anspruch auf Versicherungsleistungen in Form von Krankentaggeldern setzt eine ärztliche Feststellung der krankheitsbedingten vollen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit voraus, welche im Ausmass mindestens 25% betragen muss (Art. 12 und 13 AVB). Gemäss Art. 16 AVB ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Nach drei Monaten Arbeitsunfähigkeit wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

5.

5.1 Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Eintritt eines Versicherungsfalles bzw. die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit und deren Ausmass hinreichend nachgewiesen sind. Während der Kläger davon ausgeht, dass er mit der Einreichung der ärztlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse seiner Nachweispflicht für das Vorliegen eines Versicherungsfalles nachgekommen sei, verneint die Beklagte das Vorliegen eines Versicherungsfalles bzw. ihre Leistungspflicht im eingeklagten Zeitraum, da eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit weder vorgelegen habe noch nachgewiesen sei.

5.2 Der Kläger reichte zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit im eingeklagten Zeitraum die Arztzeugnisse von Dr. C.____ vom 3. Oktober 2013 (act. G 1.4l) und vom 30. Oktober 2013 (act. G 1.4m), von Dr. E.____ vom 20. November 2013 (act. G 1.5), vom 5. Dezember 2013 (act. G 1.7) und vom 5. Juni 2014 (act. G 1.17) sowie von Dr. H.____ vom 4. Dezember 2013 (act. G 1.6) ein.



5.2.1 Die AVB enthalten keine formellen oder inhaltlichen Vorgaben zum ärztlichen Nachweis einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit. Bei Unklarheit bezüglich der Anforderungen an Arbeitsunfähigkeitsnachweise bedarf es folglich einer Auslegung der AVB. Gemäss der Rechtsprechung sind AVB, wenn sie in Verträgen übernommen wurden, grundsätzlich nach denselben Prinzipien auszulegen wie andere vertragliche Bestimmungen (vgl. BGE 135 III 1 E. 2; 133 III 607 E. 2.2, 133 III 675 E. 3.3). Deren Inhalt bestimmt sich in erster Linie nach dem übereinstimmenden wirklichen Parteiwillen (Art. 18 Abs. 1 OR). Wenn dieser unbewiesen bleibt, sind zur Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens die Erklärungen der Parteien auf Grund des Vertrauensprinzips so auszulegen, wie sie nach den gesamten Umständen verstanden werden durften und mussten (BGE 132 III 626 E. 3.1 mit Hinweisen). Bei vorformulierten Vertragsbestimmungen gelangt zudem die Unklarheitenregel zur Anwendung, sofern die übrigen Auslegungsmittel versagen. Danach sind mehrdeutige Wendungen in vorformulierten Vertragsbedingungen im Zweifel zu Lasten jener Partei auszulegen, welche sie verfasst hat (BGE 122 III 118 E. 2a; 124 III 155 E. 1b).

5.2.2 Die Beklagte stuft die eingereichten Arztzeugnisse zum Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit als ungenügend ein. Sie beruft sich dabei auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zum Beweiswert eines Arztberichtes (BGE 125 V 352 E. 3a). So müssten Arztberichte für die streitigen Belange umfassend sein, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend sowie die Schlussfolgerungen begründet sein. Die Beklagte hat damit die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung zum Beweiswert von Arztberichten und Gutachten korrekt wiedergegeben. Da es sich vorliegend jedoch um eine Streitigkeit privatrechtlicher Natur handelt (vgl. Erwägung 2.1), richten sich die Anforderungen an den Nachweis eines Versicherungsfalls und damit die Anforderungen an Arztberichte in erster Linie nach den Vertragsbestimmungen und den zugehörigen AVB. Folglich durfte der Kläger aufgrund der Formulierung, dass es „einer ärztlichen Feststellung der krankheitsbedingten vollen oder teilweisen Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten“ bedarf, davon ausgehen, dass zur Geltendmachung des Taggeldanspruches ein einfaches Arztzeugnis ausreicht und es nicht erforderlich ist, einen ausführlichen Arztbericht oder gar ein Gutachten – wie von der Beklagten geltend



gemacht – einzureichen. Den Anforderungen gemäss AVB entspricht deshalb ein Arztzeugnis, das ausgestellt (datiert und unterschrieben) ist von einem zugelassenen Arzt, der aufgrund seiner Feststellungen attestiert, dass die Patientin oder der Patient wegen Krankheit während einer Zeitspanne (Beginn und Ende/voraussichtliche Dauer) ganz oder teilweise arbeitsunfähig ist oder war (vgl. dazu auch Art. 34 der Standesordnung FMH, abrufbar unter «www.fmh.ch/files/pdf16/Standesordnung_20150829_D.pdf»).

5.2.3 Am 20. November 2013 attestierte Dr. E.____ eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 20. November bis 6. Dezember 2013 (act. G 1.5). Gemäss dem Arztzeugnis vom 5. Dezember 2013 von Dr. E.____ bestand ab diesem Tag nur noch eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.7). Da der Anspruch auf Taggelder eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% voraussetzt (vgl. Art. 13 AVB), besteht seitens der Beklagten für diesen Krankheitsfall keine Leistungspflicht mehr ab dem 5. Dezember 2013. Bezüglich der von Dr. H.____ attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit wegen eines grippalen Infekts vom 2. bis 6. Dezember 2016 (vgl. act. G 1.6) besteht – wie nachfolgend dargelegt (vgl. Erwägung 5.3.2) – keine Leistungspflicht der Beklagten.

5.2.4 Festzuhalten ist soweit, dass die eingereichten Arztzeugnisse und -berichte für den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit ab 1. Oktober bis und mit 4. Dezember 2013 grundsätzlich ausreichen.

5.3 Der Anspruch auf Taggelder setzt im Weiteren voraus, dass ein Krankheitsfall rechtzeitig der Beklagten gemeldet wurde (vgl. Art. 49 bis 50 AVB) und die vertraglich vereinbarte Wartezeit bestanden ist (vgl. Art. 18 bis 20 AVB). Gemäss dem EDV-Ausdruck des Versicherungskontos des Klägers beträgt die zu bestehende Wartezeit 60 Tage (act. 7.23; zu bestehende Wartezeit ab 8. April 2013: 18 Tage + 29 Tage + 13 Tage).

5.3.1 Der Arbeitsunfähigkeit im eingeklagten Zeitraum lagen zwei voneinander unabhängige Krankheitsfälle zugrunde.

5.3.2 Am 4. Dezember 2012 bescheinigte Dr. H.____ wegen eines grippalen Infekts eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 2. bis 6. Dezember 2013 (vgl. act. 1.6). Zu prüfen ist, ob



für diesen neuen Krankheitsfall eine neue Wartezeit zu bestehen ist. In den AVB ist die zu bestehende Wartezeit im Fall des Auftretens einer neuen bzw. weiteren Krankheit nicht ausdrücklich geregelt, jedoch äussert sich Art. 20 AVB zum erneuten Auftreten einer Krankheit: „Das erneute Auftreten einer Krankheit (Rückfall) gilt hinsichtlich Leistungsdauer und Wartezeit als neue Krankheit, wenn der Versicherte während 12 Monaten ihretwegen nicht arbeitsunfähig war.“ Aus dieser Bestimmung wird ersichtlich, dass bei jeder neuen Erkrankung eine eigene Wartezeit zu bestehen ist, ausser wenn es sich um einen Rückfall innert 12 Monaten handelt. Für diese Auslegung spricht auch, dass es nicht der Wille der Vertragsparteien gewesen sein kann, dass nach erstmaligem Erfüllen der Wartezeit bei allen künftigen Erkrankungen keine Wartezeit mehr zu bestehen wäre und folglich die Versicherung jeweils ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit leistungspflichtig wäre. Da es sich beim grippalen Infekt unbestrittenermassen um einen neuen Krankheitsfall handelte und die diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit kürzer war als die vereinbarte Wartezeit, besteht seitens der Beklagten keine Leistungspflicht für diesen Krankheitsfall.

5.3.3 Im Zeitraum vom 1. Oktober bis 4. Dezember 2013 bestand eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.4I, G 1.4m, G 1.5, G 1.7 und G 1.13 S. 2) wegen chronischer Migräne gemischt mit Spannungskopfschmerzen, einem chronischen Erschöpfungszustand bei Eisenmangel sowie einem Reizdarmsyndrom (vgl. act. G 1.3 und G 1.17). Für die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, welche seit dem 8. April 2013 bestand (vgl. act. G 1.2), entrichtete die Beklagte bis und mit 30. September 2013 Taggelder (vgl. G 7.23). Im Zeitraum ab 1. Oktober bis 4. Dezember 2013 besteht folglich – entsprechend dem Grad der ärztlich nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit – weiterhin ein grundsätzlicher Anspruch auf Taggelder.

5.4 Die Beklagte verneint eine Leistungspflicht mit der Begründung, dass die geltend gemachte Krankheit keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe.

5.4.1 Gemäss Art. 33 VVG haftet der Versicherer für alle Ereignisse, welche die Merkmale der Gefahr, gegen deren Folgen Versicherung genommen wurde, in sich tragen, es sei denn, dass der Vertrag einzelne Ereignisse in bestimmter, unzweideutiger Fassung von der Versicherung ausschliesst. Der Versicherungsschutz gemäss Art. 2 AVB besteht u.a. gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, wobei gemäss Art. 3



AVB als Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Gesundheit gilt, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Vorliegend wurden weder vertragliche Leistungseinschränkungen (bspw. bezüglich bestimmter Krankheiten) geltend gemacht noch sind solche aus den AVB ersichtlich, so dass von einem umfassenden Versicherungsschutz bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist.

5.4.2 Der Kläger ist mit der Einreichung der ärztlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse seiner Behauptungs- und Beweispflicht für den Eintritt bzw. das Fortbestehen des Versicherungsfalles nachgekommen. Zudem reichte der Kläger zum Nachweis der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit den Arztbericht vom 5. Juni 2014 von Dr. E.____ ein (act. G 1.17), welcher die Diagnosen chronische Migräne gemischt mit Spannungskopfschmerzen, chronischer Erschöpfungszustand bei Eisenmangel und ein Reizdarmsyndrom stellte. Zu den Arztberichten von Dr. C.____ (act. G 1.3) und Dr. E.____ (act. G 1.17) ist festzuhalten, dass die Diagnosen und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und schlüssig sind. So handelt es sich bei den diagnostizierten Leiden insgesamt um solche mit einem Krankheitswert (chronische Migräne, ICD-10: G43.3; Spannungskopfschmerzen, ICD-10: G44.2; chronischer Erschöpfungszustand, ICD-10: R53; Eisenmangel, ICD-10: D50). Zudem liegen auch keine Anhaltspunkte vor, dass die Kopfschmerz-Symptomatik nicht zur attestierten verminderten Leistungsfähigkeit von 50% geführt haben soll. Hinzu kommt, dass der Kläger seinen vertraglichen Verpflichtungen, im Krankheitsfall einen zugelassenen Arzt beizuziehen und für fachgemässe Behandlung besorgt zu sein (vgl. Art. 54 AVB), nachgekommen ist. So hat er sich spezialärztlichen Untersuchungen unterzogen und sich ab November 2013 im Schmerzzentrum G.____ offensichtlich erfolgreich behandeln lassen.

5.4.3 Zur Entkräftung der Beweisführung des Anspruchsberechtigten steht der Beklagten ein – aus Art. 8 ZGB abgeleitetes – Recht auf Gegenbeweis zu. Gelingt ihr der Beweis von Umständen, die den Hauptbeweis erschüttern, so dürfen die vom Anspruchsberechtigten behaupteten Tatsachen nicht als überwiegend wahrscheinlich anerkannt werden und der Hauptbeweis ist gescheitert. Zur Führung des Gegenbeweises hätte die Beklagte – gestützt auf die ihr in den AVB eingeräumten



„Kontroll“-Rechte – die Korrektheit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ärztlich überprüfen lassen können. So hätte sie eine Untersuchung oder Begutachtung durch einen von ihr bestimmten Arzt verpflichtend anordnen oder zusätzliche Belege und Auskünfte einfordern bzw. einholen können (vgl. Art. 54 f. AVB). Gemäss Art. 52 AVB ist der Anspruchsberechtigte denn auch verpflichtet, die behandelnden Ärzte von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber der Versicherung zu entbinden. Die Beklagte holte vom Kläger und von den behandelnden Ärzten Auskünfte zum Gesundheitszustand ein (vgl. act. G 7.8 bis G 7.13). So nahm Dr. C.____ ausführlich zu den Fragen der Beklagten am 15. August 2013 Stellung (act. G 7.12 f.). Die Beklagte verzichtete jedoch auf eine Untersuchung des Klägers durch Vertrauensärzte oder die Einholung eines Gutachtens. Zwar verlangte die Beklagte im Herbst 2013 eine psychiatrische Begutachtung, worauf sie jedoch später verzichtete (vgl. act. G 7 S. 5; G 7.15a; G 7.17). Im Klageverfahren leitete sie denn auch keine Ansprüche daraus ab, weshalb nicht weiter darauf einzugehen ist, zumal auch nicht geltend gemacht wurde, dass relevante Erkenntnisse aus einer psychiatrischen Begutachtung hätten gewonnen werden können (vgl. G 7.27). Der Kläger informierte die Beklagte über die erfolgreiche Behandlung in der Schmerzlinik G.____ und wies darauf hin, dass sie sich beim behandelnden Arzt über die am 20. November 2013 aufgenommene Behandlung informieren könne (vgl. act. G 7.28). Ob die Beklagte diesbezügliche Auskünfte einholte, ist aus den Akten nicht ersichtlich. Als weiteren Nachweis der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit reichte der Kläger den Arztbericht vom 5. Juni 2014 von Dr. E.____ ein (act. G 1.17). Dieser Arztbericht ist hinsichtlich Beweiswert und Überzeugungskraft besonders relevant, da er von einem Facharzt und Schmerzspezialisten stammt und der Kläger nach durchgeführter fachärztlicher Behandlung soweit genesen ist, dass er wieder voll arbeitsfähig ist. In ihren Einwänden fokussierte sich die Beklagte auf die gestellte Teildiagnose Eisenmangel und stellte dabei insbesondere Vergleiche mit den „Normwerten für Männer“ von Ferritin an. Daraus leitet sie ab, dass die vorgefundene Normwertabweichung nicht die geklagten Beschwerden des Klägers zu erklären vermöge. Eine Auseinandersetzung mit den weiteren Teildiagnosen fand nicht statt, auch wurde kein Facharzt für die medizinische Beurteilung der Arztberichte beigezogen.

5.4.4 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Beklagte keine Beweise in Form von ärztlichen Berichten oder Gutachten eingebracht hat, woraus sich ergeben würde,



dass die Befunde und Diagnosen der behandelnden Ärzte sowie die attestierte Arbeitsunfähigkeit im ausgewiesenen Umfang nicht zutreffend wären. Da der Beschwerdegegnerin mit ihren Einwendungen der Gegenbeweis zur ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit nicht gelang, ist weiterhin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine krankheitsbedingte 50%ige Arbeitsunfähigkeit im Zeitraum vom 1. Oktober bis 4. Dezember 2013 vorlag.

5.5 Gegen die eingeklagte Forderung wendet die Beklagte im Weiteren ein, dass ihrerseits keine Leistungspflicht während der Zeiten bestehe, in welchen der Kläger Ferien (7. bis 13. und 20. bis 26. Oktober 2013 [Kalenderwochen 41 und 43]; act. G 7.15, G 7.19 und G 7.21) bezogen habe (vgl. act. G 7 S. 9). Die Beklagte hält diesbezüglich fest, dass sie den Kläger bereits im September 2013 darauf hingewiesen habe, dass bei Bezug von Ferien keine Taggelder ausgerichtet würden (vgl. act. G 7.14).

5.5.1 Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen der Arbeitsunfähigkeit und der sogenannten Ferienfähigkeit. Im Gegensatz zur Arbeitsfähigkeit kann die Ferienfähigkeit nur ganz oder gar nicht vorliegen. Die Ferienfähigkeit ist dann zu bejahen, wenn der Hauptzweck der Ferien, sich erholen zu können, gewährleistet ist. Wenn eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer aus eigenem Antrieb Ferien bezieht, ist in der Regel davon auszugehen, dass auch die Ferienfähigkeit gegeben ist. Wenn erstellt ist, dass die Ferienfähigkeit gegeben ist, so sind die Ferientage unabhängig des Arbeitsunfähigkeitsgrades zu 100% an den arbeitsrechtlichen Ferienanspruch anzurechnen. Während der Ferien hat die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer einen grundsätzlichen Anspruch auf den vollen Lohn, denn der Ferienanspruch beinhaltet nebst dem Anspruch auf Gewährung freier Zeit auch den Anspruch auf Bezahlung des Lohnes während dieser Zeit. Die Lohnzahlung durch die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber während des Ferienbezugs ist sachlich auch gerechtfertigt, da der Feriensaldo i.d.R. vor der Arbeitsunfähigkeit angehäuft wurde (vgl. Art. 329b Abs. 2 des Obligationenrechts [OR; SR 220]: Kürzungsmöglichkeit des Ferienanspruchs bei Verhinderung des Arbeitnehmers an der Arbeitsleistung). Da Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgeber während des Ferienbezugs ihrer Angestellten grundsätzlich zu Lohnzahlungen verpflichtet sind, wird regelmässig die Leistungspflicht der



Taggeldversicherung während des Ferienbezugs unterbrochen, da während dieser Zeit kein Erwerbsausfall bzw. Schaden vorliegt.

5.5.2 Der Kläger bezog im Oktober 2013 zweimal je eine Woche Ferien. Den Ferienbezug teilte er der Beklagten mit und entschuldigte damit seine Abmeldungen von den psychiatrischen Begutachtungsterminen. Der erstmals in der Replik geäusserte Einwand des Klägers, dass er während dieser beiden Wochen nicht ferienfähig gewesen sein soll (vgl. act. G 18 S. 5), überzeugt nicht, da weder erwähnt noch nachgewiesen wurde, dass diese arbeitsfreien Wochen nun doch nicht wie zuvor deklariert als Ferien, sondern als Bestandteil der medizinischen Behandlung einzustufen seien (bspw. ein vom Arzt verordneter Kuraufenthalt). Es ist folglich von Ferienfähigkeit des Klägers auszugehen. Da der Kläger einen grundsätzlichen Anspruch auf Lohnzahlung während der Ferien von der Arbeitgeberin hat, muss die Beklagte während der beiden Ferienwochen (7. bis 13. und 20. bis 26. Oktober 2013) keine Taggelder leisten, da kein Erwerbsausfall bzw. Schaden vorliegt (vgl. Art. 2 und 6 AVB).

5.6 Im Weiteren wendet die Beklagte ein, dass der Kläger nicht belegt habe, dass er für die strittige Periode keine Lohnzahlungen erhalten habe (act. G 7 S. 9). Die Beklagte führt jedoch nicht aus, woraus sie diese Verpflichtung ableitet und inwiefern sich Erkenntnisse zu den Lohnzahlungen im eingeklagten Zeitraum auf ihre Leistungspflicht auswirken könnten.

5.6.1 Vorliegend handelt es sich um eine Schadensversicherung, welche Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Geburt im Rahmen der vereinbarten Leistungen gewährt (vgl. Art. 2 AVB). Lohnzahlungen sind vorliegend nur insofern von Relevanz, als dass sich die Höhe des Taggeldes gemäss Art. 32 AVB nach dem letzten vor der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit bezogenen AHV-Lohn richtet (vgl. dazu act. G 1.2: Lohnangaben in der Krankmeldung).

5.6.2 Gemäss den AVB entsteht die Leistungspflicht der Beklagten zur Entrichtung eines Taggeldes grundsätzlich mit dem ärztlichen Nachweis einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit (Art. 12 i.V.m. Art. 2 AVB). In den AVB findet sich keine Verpflichtung, dass die Anspruchsberechtigte bzw. der Anspruchsberechtigte Rechenschaft über die während einer Krankheit erhaltenen Lohnzahlungen ablegen



müsste. Die Taggeldversicherung dient denn auch insbesondere dazu, das Risiko der Versicherungsnehmerin bzw. Versicherungsnehmers abzusichern, trotz Arbeitsunfähigkeit einer Angestellten oder eines Angestellten weiterhin Lohnzahlungen leisten zu müssen, wird doch mit dem Abschluss der Taggeldversicherung die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber von der Lohnfortzahlungspflicht befreit, wenn die versicherte Leistung im Vergleich zu den gesetzlichen Minimalleistungen mindestens gleichwertig ist (vgl. Art. 324a Abs. 4 OR). Auch aus der Geltendmachung des direkten Forderungsrechts nach Art. 87 VVG ergeben sich keine weiteren Verpflichtungen für die Anspruchsberechtigte bzw. den Anspruchsberechtigten, da abgesehen vom unmittelbaren Recht auf die Versicherungsleistung alle übrigen Rechte und Pflichten aus dem Kollektivversicherungsvertrag bei der Versicherungsnehmerin bzw. dem Versicherungsnehmer bleiben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juli 2001, 5C. 41/2001, E. 2c). Folglich bestand keine Verpflichtung des Klägers, Rechenschaft über die Lohnzahlungen abzulegen. Der Einwand der Beklagten ist daher unbehelflich.

6.

Da das Gericht die vorgelegten Entscheidungsgrundlagen als schlüssig erachtet, darf es den Prozess ohne Weiterungen – insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens – abschliessen (vgl. RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a; BGE 122 V 157 E. 1d). Der Antrag auf Beizug der IV-Akten wird abgelehnt, zumal die Parteien im Verfahren selbst einzelne IV-Akten eingereicht haben. Zudem wurde von den Parteien auch nicht geltend gemacht, welche zusätzlichen relevanten Erkenntnisse aus den IV-Akten gewonnen werden könnten.

7.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass ein Taggeldanspruch im eingeklagten Zeitraum (1. Oktober bis 6. Dezember 2013) für die Zeit vom 1. bis 6. Oktober 2013, vom 14. bis 19. Oktober 2013 und vom 27. Oktober bis 4. Dezember 2013 besteht.

8.

Nachfolgend ist festzulegen, wie hoch der Krankentaggeldansatz ist. Ausgehend vom versicherten Monatslohn von Fr. 5'779.40 (vgl. act. G 1.2) x 13 beträgt der



Taggeldanspruch Fr. 164.65 pro Tag bei voller Arbeitsunfähigkeit (Fr. 5'779.40 pro Monat x 13 Monatslöhne / 365 Tage x 80%-Ansatz). Bei 50%iger Arbeitsunfähigkeit ist entsprechend vom halben Taggeldansatz von Fr. 82.35 pro Tag auszugehen (vgl. act. G 1 S. 5, G 7 S. 9 f. und G 7.2).

9.

9.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Klage dahingehend gutzuheissen, dass die Beklagte dem Kläger ein 50%iges Taggeld für die Zeit ab 1. Oktober 2013 bis und mit 4. Dezember 2013 abzüglich zweier Ferienwochen (7. bis 13. Oktober 2013 und 20. bis 26. Oktober 2013) in der Höhe von insgesamt Fr. 4'199.85 zu bezahlen hat (51 Krankentaggelder zu Fr. 82.35 pro Tag [$\frac{1}{2}$ vom Tagesansatz von Fr. 164.65]).

9.2 Der Rechtsvertreter des Klägers beantragt die Verzinsung des Taggeldausstands zu 5% ab 6. Dezember 2013 (act. G 1 und G 7.24).

9.2.1 Gemäss Art. 102 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR; SR 220) setzt der Schuldnerverzug die Fälligkeit der Forderung und eine Mahnung oder einen bestimmten Verfalltag voraus (vgl. auch Wolfgang Wiegand in: Basler Kommentar zum OR I, 5. Aufl. Basel 2011 [nachfolgend BSK OR I], Art. 102 N 3). Lehnt die Versicherung zu Unrecht ihre Leistungspflicht definitiv ab, bedarf es keiner Mahnung der versicherten Person. Fälligkeit und Verzug treten dann sofort ein, und eine Deliberationsfrist wird überflüssig (Pascal Grolimund/Alain Villard in: Basler Kommentar zum VVG, Nachführungsband, Basel 2012 [nachfolgend BSK VVG], Art. 41 ad N 20, 2. Abschnitt). Denn diesfalls erklärt der Schuldner unmissverständlich, dass er nicht leisten werde, weshalb sich eine Mahnung als überflüssig erweisen würde. Der Gläubiger kann daher analog Art. 108 Ziff. 1 OR auf sie verzichten. Dies gilt auch dann, wenn die eindeutige und definitive Verweigerungserklärung schon vor Fälligkeit der Forderung abgegeben wurde (antizipierter Vertragsbruch; Wolfgang Wiegand in: Basler Kommentar zum OR I, 5. Aufl. Basel 2011, Art. 102 N 11)

9.2.2 Nach den vorstehenden Ausführungen geriet die Beklagte mit der definitiven Ablehnung ihrer Leistungspflicht mit den einzelnen Taggeldern jeweils am Tag der



Fälligkeit in Verzug. Eine ausdrückliche Mahnung der Taggeldleistungen durch den Kläger war nicht erforderlich (vgl. Christian Heierli/Anton K. Schnyder in: BSK OR I, Art. 42 N 5). Entsprechend dem klägerischen Begehren hat die Beklagte dem Kläger für die Taggeldausstände Verzugszinsen zu 5% pro Jahr ab dem 6. Dezember 2013 zu bezahlen (vgl. Art. 100 VVG i.V.m. Art. 104 Abs. 1 OR).

10.

Die Prozesskosten werden gemäss Art. 106 Abs. 2 ZPO nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt, wenn keine Partei vollständig obsiegt. Prozesskosten sind gemäss Art. 95 Abs. 1 ZPO die Gerichtskosten (lit. a) und die Parteientschädigung (lit. b).

10.1 Gerichtskosten sind gemäss Art. 114 lit. e ZPO keine aufzuerlegen.

10.2 Der Kläger klagte Fr. 5'331.68 ein, zugesprochen werden Fr. 4'199.85. Dies entspricht einem teilweisen Obsiegen im Umfang von 78.8%. Für den entsprechenden Anteil an der Parteientschädigung ist der Kläger durch die Beklagte zu entschädigen

10.3 Der obsiegende, anwaltlich vertretene Kläger hat eine Parteientschädigung beantragt. Diese 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. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) Fr. 1'230.-- bei einem Streitwert von Fr. 5'000.-- bis Fr. 20'000.--, wobei 15.4% des Streitwerts hinzuzuzählen sind. Der Streitwert richtet sich laut Art. 13 Abs. 1 HonO nach den Bestimmungen der ZPO. Gemäss Art. 91 ZPO wird der Streitwert durch das Klagebegehren bestimmt. Beim Streitwert von Fr. 5'331.68 resultiert ein mittleres Honorar von Fr. 2'051.10 (Fr. 1'230.-- + 15.4% von Fr. 5'331.68). Da das Versicherungsgericht in Streitigkeiten betreffend Krankenzusatzversicherung anstelle des Kantonsgerichts als erste Instanz im Sinne von Art. 15 HonO entscheidet, ist die Parteientschädigung um einen Fünftel zu erhöhen, womit sich ein mittleres Honorar von Fr. 2'461.30 ergibt. Unter Berücksichtigung des teilweisen Obsiegens im Umfang von 78.8% beläuft sich die durch die Beklagte auszurichtende Parteientschädigung auf Fr. 1'939.50 (78.8% von Fr. 2'461.30; vgl. Art. 106 Abs. 2 ZPO). Gemäss Art. 28bis Abs. 1 HonO besteht Anspruch auf den pauschalen Ersatz für Barauslagen von 4% des



Honorars, höchstens Fr. 1'000.--. Beim Honorar von Fr. 1'939.50 beträgt dieser Fr. 77.60. Die Mehrwertsteuer von 8% wird zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO) und beträgt vorliegend Fr. 161.35. Die Entschädigung inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer beträgt somit Fr. 2'178.45.

10.4 Die teilweise obsiegende Beklagte hat die Abweisung der Klage beantragt. Da das Verfahren von einem Angestellten des Rechtsdiensts der Beklagten geführt wurde, der nicht als berufsmässiger Vertreter im Sinn von Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO gilt (vgl. Viktor Rüegg in: Basler Kommentar zur ZPO, Art. 95 N 18 und Benedikt A. Suter/ Cristina von Holzen in: ZPO Kommentar, Art. 95 N 38 und N 42, je mit Hinweisen), besteht daher unter diesem Titel kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Es liegt auch kein begründeter Fall gemäss Art. 95 Abs. 3 lit. c ZPO vor, wonach der Beklagten eine angemessene Umtriebsentschädigung zuzusprechen wäre. Ersatz für notwendige Auslagen gemäss Art. 95 Abs. 3 lit. a ZPO wird ebenfalls nicht geltend gemacht. Die Beklagte hat daher keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

nach einer Beratung gemäss Art. 14 Abs. 2 der sankt-gallischen Verordnung über die Organisation und den Geschäftsgang des Versicherungsgerichts (OrgV; sGS 941.114)

1.

Die Klage wird in dem Sinn gutgeheissen, dass die Beklagte verpflichtet wird, dem Kläger Taggelder im Betrag von Fr. 4'199.85 nebst Zins zu 5% seit 6. Dezember 2013 zu entrichten.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beklagte hat den Kläger mit Fr. 2'178.45 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

4.

Der Beklagten wird keine Parteientschädigung zugesprochen.