



Fall-Nr.: KV-Z 2022/3
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 15.09.2023
Entscheiddatum: 22.06.2023

Entscheid Versicherungsgericht, 22.06.2023

Ein weitergehender Anspruch auf Unfallkrankentaggelder besteht infolge der 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit und der gewährten sechsmonatigen Frist zur Aufnahme einer leidensangepassten und zumutbaren Tätigkeit nicht. Ein weitergehender Anspruch auf Krankentaggelder besteht wegen fehlenden (zeitnahen) Nachweisen im geltend gemachten Arbeitsunfähigkeitsgrad nur teilweise. Die vertrauensärztlichen (meist aktenbasierten) Stellungnahmen vermögen die Arbeitsunfähigkeitseinschätzungen der behandelnden Ärzte weder zu widerlegen noch an ihnen berechnigte Zweifel zu wecken (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Juni 2023, KV-Z 2022/3).

Entscheid vom 22. Juni 2023

Besetzung

Präsidentin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichterinnen Mirjam Angehrn und Tanja Petrik-Haltiner; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

KV-Z 2022/3

Parteien

A.____,

Kläger,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21,
Postfach 27, 9004 St. Gallen,

gegen

AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur,

Beklagte,

Gegenstand

Forderung aus Krankentaggeldversicherung

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherter), Betreiber eines B.____, schloss mit der AXA Versicherungen AG, Winterthur (nachfolgend: Versicherung), eine Personenversicherung Professional ab, welche bei Unfall und Krankheit Leistungen ausrichtet (act. G 1.2 f.).

A.b. Mit Schadenmeldung UVG vom 23. Februar 2017 meldete der Versicherte der Versicherung ein Unfallereignis vom 18. Februar 2017. Er sei bei der Reinigung des Autos von der Leiter gefallen und habe sich dabei das linke Knie verletzt (act. G 9.1; vgl. Sachverhaltsbeschreibungen im Arztbericht vom 24. Februar 2017, act. G 9.2-1, und im Care Management Bericht vom 11. Mai 2017, act. G 9.6). Die am darauffolgenden Tag im Kantonsspital St. Gallen (nachfolgend: KSSG) durchgeführte Untersuchung hatte den Verdacht auf eine laterale Meniskusläsion am linken Knie ergeben. Die Klinikärzte hatten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (nachfolgend: AUF) vom 19. Februar bis 5. März 2017 bescheinigt (act. G 9.2-1 f.). Die MRI-Untersuchung im KSSG vom 20. Februar 2017 hatte einen Korbhenkelriss des Aussenmeniskus, eine Partialruptur des vorderen Kreuzbandes, eine vollständige Ruptur des hinteren Kreuzbandes sowie eine trabekuläre Mikrofraktur posterolateral im Tibiakopf mit angrenzender verdickter, ödematöser Gelenkkapsel und einen Gelenkerguss ergeben



(act. G 9.2-3 f.; vgl. den Bericht des KSSG vom 24. Februar 2017, act. G 9.3). Am 14. März 2017 wurde im KSSG eine Kniegelenksarthroskopie links, eine laterale Teilmeniskektomie und ein Plica-Shaving durchgeführt. Ab dem 14. März bis 31. Juli 2017 bestand eine 100%ige AUF (act. G 9.4 und Verlaufsberichte des KSSG vom 3. Mai 2017, act. G 9.5, und vom 26. Juli 2017, act. G 9.7). Ab dem 1. August 2017 lag noch eine 50%ige AUF vor (vgl. Arztbericht von Hausarzt Dr. med. C.____, act. G 9.8). Die von Dr. med. D.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, am 18. September 2017 durchgeführte Untersuchung ergab einen Status nach lateraler Teilmeniskektomie und konservativer HKB Behandlung Knie links, Überbelastungsschmerzen Knie rechts, eine Fingerpolyarthrose sowie eine Adipositas (act. G 9.9). Gestützt auf die persönliche Untersuchung des Versicherten am 21. November 2017 und die medizinische Aktenlage erachtete der Vertrauensarzt der Versicherung, Dr. med. E.____, Spezialarzt Orthopädie FMH, den Versicherten in der angestammten Tätigkeit als Betreiber eines B.____ seit dem 1. November 2017 zu 60 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit (körperliche leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufiges Gehen, ohne Kraftanwendung der oberen Extremitäten und ohne Laufen auf Treppen, Leitern und unebenem Boden und ohne kniende Positionen) zu 100 % arbeitsfähig. Er empfahl insbesondere Physiotherapie zwei Mal wöchentlich über drei Monate (act. G 9.10). Am 9. März 2018 berichtete der Versicherte bei einer Besprechung mit dem Case Manager der Versicherung über einen unbefriedigenden Gesundheitszustand. Er führte aus, dass es mit einem 50%igen Pensum so einigermassen gehe. Wenn er sich nicht zuviel bewege und nicht zuviel stehe, sei es ganz ok im Alltag (act. G 9.11).

A.c. Mit Schreiben vom 13. März 2018 teilte die Versicherung dem Versicherten mit, dass die Untersuchung durch Dr. E.____ eine 40%ige AUF angestammt und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (nachfolgend: AF) in leidensangepasster Tätigkeit ergeben habe, weshalb das Taggeld im bisherigen Umfang noch bis am 31. August 2018 ausgerichtet werde (act. G 9.12; vgl. Schreiben der Versicherung vom 13. September 2018, act. G 9.14). Mit Verfügung vom 5. Juni 2018 wies die IV-Stelle das Gesuch des Versicherten für eine Invalidenrente bei einem ermittelten IV-Grad von 0 % ab (act. G 9.13).



A.d. Ab dem 29. Juni 2018 wurde der Versicherte wegen einer rezidivierenden Prostatitis von Dr. med. F.____, Facharzt für Urologie, spez. operative Urologie, behandelt (act. G 9.15). Vom 3. bis 7. November 2019 war der Versicherte zwecks intravenöser antibiotischer Therapie sowie Anlage eines Katheters bei Prostatitis hospitalisiert (100%ige AUF vom 3. bis 8. November 2019, act. G 9.18). Im Arztbericht vom 9. Dezember 2019 bescheinigte Dr. med. G.____ eine seit 30. Oktober 2019 bestehende 100%ige AUF. Er diagnostizierte ein Burnout-Syndrom (ICD-10: Z73.0) und den Verdacht auf eine Depression (act. G 9.19). Am 16. Dezember 2019 wurde beim Versicherten in der Klinik H.____ eine transurethrale Elektroresektion der Prostata mit tiefer Inzision des Blasenhalses durchgeführt (act. G 9.20 f.). Im ambulanten Arztbericht vom 29. Januar 2020 berichteten die Klinikärzte insbesondere über eine Blasenentleerungsstörung und ein neu entdecktes Inzidentalkarzinom der Prostata in zwei Gewebespänen, entsprechend einem Tumorstadium T1a Gleason Score 6 (12/2019). Aufgrund der Medikation durfte der Versicherte kein Auto lenken (act. G 9.22). Im Arztbericht vom 24. Februar 2020 erklärte Dr. C.____, dass der Versicherte bei Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik J.____ und beim Urologen Dr. F.____ in Behandlung sei. Er bescheinigte dem Versicherten eine 100%ige AUF ab dem 30. Oktober 2019 bis auf weiteres angestammt sowie eine derzeitige 100%ige AUF in leidensangepasster Tätigkeit (act. G 9.23). Im Arztbericht vom 11. März 2020 erklärte Dr. I.____, dass der Versicherte seit dem 3. Dezember 2019 bei ihm in psychiatrischer Behandlung sei wegen einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22). Die AUF (angestammt und leidensangepasst) schätzte er aus psychiatrischer Sicht auf höchstens 50 %. Mit einer Wiedererreichung der vollen AF rechnete er in zirka zwei bis drei Monaten (act. G 9.24). Der Vertrauensarzt der Versicherung, Dr. med. K.____, Facharzt für Innere Medizin, bestätigte in seiner Aktenbeurteilung vom 17. März 2020 eine 50%ige AUF aus psychiatrischer Sicht. Durch die Prostataerkrankung bleibe die Arbeit derzeit unbeeinflusst (act. G 9.25).

A.e. Mit Schreiben vom 18. März 2020 teilte die Versicherung dem Versicherten mit, da er gemäss ihrem Vertrauensarzt in seiner bisherigen Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei, solle er seine bisherige Tätigkeit wieder in diesem Umfang aufnehmen. Die Taggelder würden ihm entgegenkommenderweise noch bis zum 22. März 2020 im bisherigen



St.Galler Gerichte

Umfang ausgerichtet (act. G 9.26). Ab dem 23. März 2020 überwies die Versicherung noch 50 % des Taggeldes (vgl. act. G 9.28).

A.f. Im Arztbericht vom 14. Mai 2020 erklärte Dr. C.____, dass der Versicherte seit dem 30. Oktober 2019 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei (act. G 9.27). Im seinen Arztberichten vom 17. August 2020 an die Versicherung und an Dr. C.____ berichtete Urologe Dr. F.____ darüber, dass der Versicherte nach wie vor über dysurische Beschwerden und neuerdings auch über Urgeinkontinenz klage. Die durchgeführten Untersuchungen hätten unauffällige Blasenbinnenbefunde ergeben. Bezüglich der Prostata beziehungsweise des inzidentellen Prostatakarzinoms bestehe kein Progress und es gebe keine Hinweise auf einen Harnwegsinfekt. Die vom Versicherten geschilderten Beschwerden könne er – bei Fehlen objektiver Befunde zur Schmerzätiologie – nicht nachvollziehen bzw. er könne sich das Schmerzbild letztlich nicht sauber erklären. Zur AF könne er vor Abschluss einer Rekonvaleszenz von einem Jahr vorerst keine Stellung nehmen (act. G 9.29). Gleichentags teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe, da er sich gemäss dem Telefonat mit der Beraterin berufliche Integration vom 10. Juli 2020 nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken (act. G 9.30). Im Arztbericht vom 14. September 2020 erklärte Dr. C.____, dass der Versicherte wegen den Folgen des Unfalls vom 18. Februar 2017 (Kniewerletzung) auch nach dem Leistungseinstellungszeitpunkt per 1. September 2018 weiterhin zu 40 % in seiner AF eingeschränkt gewesen sei. Vom 30. Oktober 2019 bis 2. Juni 2020 sei der Versicherte dann aus somatischen Gründen (Prostata-Beschwerden) zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (act. G 9.31). Im vertrauensärztlichen Bericht vom 5. Oktober 2020 über die Untersuchung des Versicherten vom 29. September 2020 erklärte Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dass keine oder unklare Diagnosen vorhanden seien. Aus psychiatrischer Sicht bestehe daher eine 100%ige AF. Der Schwerpunkt der gesundheitlichen Problematik liege auf der körperlichen Seite (act. G 9.34).

A.g. Die Versicherung teilte daraufhin dem Rechtsvertreter des Versicherten, Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedernana, St. Gallen, am 6. Oktober 2020 mit, dass das Taggeld noch bis zum 9. Oktober 2020 überwiesen werde, danach bestehe kein



Anspruch mehr, da der Versicherte in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (act. G 9.35).

A.h. Am 5. November 2020 erklärte der Vertrauensarzt der Versicherung, Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, dass die attestierte 100%ige AUF vom 31. März bis 1. Juni 2020 nicht plausibel sei. Die psychischen Probleme, welche zur AUF geführt hätten, seien seit dem 31. März 2020 nicht mehr von Relevanz gewesen. Die urologischen Probleme würden höchstens eine 50%ige AUF seit dem 31. März 2020 begründen und dies für die maximale Dauer von zwölf Monaten nach dem urologischen Eingriff. Danach sei von einer normalen AF auszugehen (act. G 9.37).

A.i. Mit Schreiben vom 14. Dezember 2020 teilte die Versicherung dem Versicherten mit, dass es keine medizinischen Erkenntnisse gebe, die eine 100%ige AUF zwischen dem 24. März und 1. Juni 2020 zu begründen vermöchten. Es werde daher an der Leistungseinstellung gemäss Mitteilung vom 18. März 2020 festgehalten (act. G 9.38).

A.j. Vom 18. Mai bis 17. Juni 2021 war der Versicherte in stationärer Behandlung im psychiatrischen Zentrum N.____ (IV-Fremdakten 222-12 ff., act. G 9.40). Während des Aufenthalts wurde zur Ausschliessung organischer Ursachen in der Radiologie O.____ am 31. Mai 2021 eine Computertomographie des Schädels des Versicherten erstellt. Ausser einer geringgradigen kortikalen Hirninvolution, frontal sowie temporal beidseits, zeigte sich ein regelrechtes craniocerebrales Computertomogramm eines raumfordernden Prozesses und eine reguläre Perfusion der intracerebralen Sinusnerven und der Hirnbasisarterien (act. G 9.39). Im Behandlungsbericht des psychiatrischen Zentrums N.____ vom 29. Juni 2021 wurden insbesondere eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), ein Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), eine Panikstörung (episodische paroxysmale Angst), ein obstruktives Schlafapnoesyndrom mit Insomnie, ein chronisches Schmerzsyndrom, ein grauer Star im rechten Auge, eine Hörminderung und ein Tinnitus rechts sowie eine Protrusionscoxarthrose beidseits diagnostiziert. Während des Aufenthalts habe der Schlaf des Versicherten sowie die depressive Symptomatik leicht verbessert werden können. Empfohlen wurde die Fortsetzung der ambulanten psychiatrischen Behandlung sowie die erneute Überprüfung der AF des Versicherten durch die Krankentaggeldversicherung. Aufgrund der komplexen Symptomatik sei eine



AF aus klinischer Sicht aktuell nicht gegeben (act. G 9.40). Die Versicherung legte den Behandlungsbericht ihrem Vertrauensarzt Dr. L.____ zur Stellungnahme vor. Im Bericht vom 20. Juli 2021 wies Psychiater Dr. L.____ darauf hin, dass die gestellten psychiatrischen Diagnosen zu wenig validiert seien. Da die Schmerzen des Versicherten körperliche Ursachen haben könnten, was abzuklären sei, sei aus hiesiger psychiatrischer Sicht eine Somatisierungsstörung nicht vorhanden. Zur Panikstörung fehlten Angaben für den Nachvollzug und die Dosierung der eingesetzten Medikamente sei sehr gering. Dennoch könne bezogen auf die angestammte Tätigkeit von einer Teilarbeitsunfähigkeit von 20 % ausgegangen werden (act. G 9.41).

A.k. Mit Schreiben vom 22. Juli 2021 hielt die Versicherung an der Einstellung des Taggeldes aus der Krankentaggeldversicherung fest (act. G 9.42).

A.l. Im Arztbericht vom 17. Dezember 2021 informierte Dr. I.____ die Versicherung, dass der Versicherte bei ihm in regelmässiger ambulanter Behandlung sei. Psychiatrisch liege aus diagnostischer Sicht eine rezidivierende depressive Störung einhergehend mit einer Panikstörung vor (ICD-10: F33.11 und F41.0). Die allgemeine Situation mit Covid-19 und symptomatischem Infektionsverlauf hätten seit Anfang 2021 zur Verschlechterung der psychischen Verfassung geführt, was eine längere 100%ige AUF zur Folge gehabt habe (act. G 9.43).

A.m. Der Vertrauensarzt und Allgemeinmediziner Dr. M.____ führte in seiner Stellungnahme vom 30. Dezember 2021 aus, dass aus somatischer Sicht die AUF aufgrund der lang andauernden Miktionsbeschwerden maximal bis Ende 2020 bzw. während zwölf Monaten nach der Prostataoperation ausgewiesen sei. Die übrigen chronischen somatischen Probleme (OSAS, Coxarthrose, chronische Polyarthralgien) seien nicht ausreichend für eine signifikante Einschränkung der AF (act. G 9.44).

A.n. Ebenfalls am 30. Dezember 2021 nahm Psychiater Dr. I.____ zu Fragen der Versicherung vom 23. Dezember 2021 Stellung. Als Diagnose nannte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10: F33.11/2). Der Versicherte sei seit Januar 2021 für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Bei Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen



Behandlung sei ab Frühjahr 2022 mit einer Erhöhung der AF auf mindestens 50 % zu rechnen (act. G 9.45).

B.

B.a. Am 14. März 2022 erhob der Versicherte (nachfolgend: Kläger), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Pedernana, Klage gegen die Versicherung (nachfolgend: Beklagte) mit folgenden Anträgen: 1. Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger die ausstehenden Krankentaggelder (384 Tage) im Zeitraum vom 10. Oktober 2020 bis 28. Oktober 2021 in der Höhe von Fr. 56'812.80 zuzüglich 5 % Zins ab mittlerem Verfall (19. April 2021) zu bezahlen. 2. Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger die Differenz der zu wenig ausbezahlten Krankentaggelder im Zeitraum vom 23. März bis 2. Juni 2020 in der Höhe von Fr. 5'326.56 zuzüglich 5 % Zins ab mittlerem Verfall zu bezahlen. 3. Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger im Zeitraum vom 1. September 2018 bis 18. Februar 2019 Unfalltaggelder in der Höhe von Fr. 10'119.78 zuzüglich 5 % Zins ab mittlerem Verfall zu bezahlen. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich Mehrwertsteuer zu Lasten der Beklagten. Beantragt wurde der Beizug der Akten der Invalidenversicherung (nachfolgend: IV; act. G 1).

B.b. Mit Klageantwort vom 1. Juli 2022 beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage vom 14. März 2022; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Klägerin (act. G 9).

B.c. Da die Parteien auf eine mündliche Verhandlung verzichteten, wurde ein weiterer Schriftenwechsel durchgeführt (act. G 10 f.). In der Replik vom 21. September 2022 hielt der Kläger unverändert an seinen Rechtsbegehren fest und reichte weitere Arztberichte ein (u.a. act. G 12; Arztbericht von Dr. med. I.____ vom 19. August 2022, act. G 12.1; Operationsbericht von PD Dr. med. P.____, Klinik Q.____, vom 14. Juli 2022, act. G 12.3). In der Duplik vom 28. November 2022 hielt die Beklagte unverändert an ihren Anträgen gemäss Klageantwort fest (act. G 18).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten ist der Anspruch des Klägers auf Taggeldleistungen



aus der "Personenversicherung Professional" mit der Beklagten in den Zeiträumen vom 1. September 2018 bis 18. Februar 2019, vom 23. März bis 2. Juni 2020 und vom 10. Oktober 2020 bis 28. Oktober 2021 (act. G 1, G 9, G 12, G 18).

2.

2.1. Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Die Versicherungsbedingungen und -leistungen richten sich insbesondere nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen/ Personenversicherung Professional, Ausgabe März 2015 (nachfolgend: AVB; act. G 9.46, act. G 1.3;), und der Police "Personenversicherung Professional", Policen-Nr. [...], vom 1. Juli 2016 (act. G 1.2; nachfolgend: Versicherungspolice).

2.2. Gemäss Art. J1 Abs. 2 AVB kann ein Versicherungsnehmer an seinem schweizerischen Wohnort, an seinem schweizerischen Arbeitsort oder in Winterthur Klage betreffend die Deckung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) erheben. Mit dem Wohnsitz des Klägers im Kanton St. Gallen ist die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen gegeben.

2.3. 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.

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

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

3.

3.1. Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind gemäss Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ohne Rücksicht auf den Streitwert im vereinfachten Verfahren zu behandeln, wobei gemäss Art. 219 ZPO die Bestimmungen über das ordentliche Verfahren sinngemäss gelten (vgl. Christoph Leuenberger/Beatrice Uffer-Tobler, Schweizerisches Zivilprozessrecht, 2016, N 11.154, N 11.157). Art. 247 Abs. 2 ZPO



sieht vor, dass das Gericht in solchen Streitigkeiten den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt. Im Anwendungsbereich dieses beschränkten Untersuchungsgrundsatzes hat die Initiative für die Beweiserhebung primär von den Parteien auszugehen, denen es obliegt, die abzunehmenden Beweise zu bezeichnen und entsprechende Beweisanträge zu stellen. Die Mitwirkung des Gerichts besteht in der Ausübung seiner Fragepflicht, indem es die Parteien dazu auffordert, (weitere) Beweismittel beizubringen oder zu bezeichnen. Von sich aus kann das Gericht Beweis abnehmen, wenn sich aus den Sachvorbringen einer Partei ergibt, dass mit einem Beweismittel eine entscheidungsrelevante Tatsache bewiesen werden könnte, aber kein entsprechender Beweisantrag gestellt worden ist (Franz Hasenböhler in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], ZPO Kommentar, 3. Aufl. 2016 [nachfolgend ZPO Kommentar], Art. 153 N 5 ff.; Bernd Hauck, in: ZPO Kommentar, Art. 247 N 33). Im Zivilprozess gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO). Das Gericht hat bei der Bewertung der erhobenen Beweise unabhängig von abstrakten Regeln nach seiner eigenen Überzeugung darüber zu befinden, ob es eine behauptete Tatsache als wahr oder unwahr einstuft. Dabei bleibt es dem Gericht überlassen, die Kraft eines Beweismittels nach seiner Überzeugung festzulegen (vgl. Franz Hasenböhler, in: ZPO Kommentar, Art. 157 N 14 ff.).

3.2. 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 der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Der Eintritt des Versicherungsfalls ist nach diesen Grundsätzen vom Anspruchsberechtigten zu beweisen (BGE 141 III 241 E. 3.1). Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst die anspruchsberechtigte Person insofern eine Beweiserleichterung, als sie nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Beim Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist verlangt, dass die Möglichkeit, es könnte sich auch anders verhalten, zwar nicht ausgeschlossen ist, sie aber für die betreffende Tatsache weder eine massgebende Rolle spielen noch vernünftigerweise in Betracht fallen darf (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2015, 4A_516/2014, E. 4.1 mit Hinweis u.a. auf [BGE 130 III 325 E. 3.3](#)).



3.3. Das grundsätzlich anwendbare VVG enthält mit Ausnahme von Art. 95a VVG, der das selbstständige Forderungsrecht des Begünstigten in der kollektiven Unfall- oder Krankenversicherung normiert, keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld. Deshalb sind vorab die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend.

3.4. Gemäss der Police handelt es sich sowohl bei der Unfallversicherung als auch der Krankentaggeldversicherung um Schadensversicherungen. Ausgegangen wurde von einem Jahreseinkommen des Versicherten von Fr. 54'000.00. Vereinbart wurde ein Anspruch auf Taggelder während 716 Tagen (730 Tage abzüglich einer Wartefrist von 14 Tagen, vgl. act. G 1.2).

3.5. Das Kapitel C der AVB enthält die für den Kläger als Betriebsinhaber anwendbaren speziellen Bedingungen für die Unfallversicherung. Gemäss Art. C7 Abs. 1 AVB bezahlt die Versicherung, wenn der Versicherte nach ärztlicher Feststellung arbeitsunfähig ist, pro Unfall bei voller AUF das in der Police aufgeführte Taggeld nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist längstens während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer. Nach Abs. 2 richtet sich die Höhe des Taggelds nach dem Ausmass der AUF; weniger als 25 % ergeben jedoch keinen Anspruch. Tage teilweiser AUF von mindestens 25 % zählen für die Ermittlung der Wartefrist und der Leistungsdauer voll. Gemäss Abs. 3 beginnt die Wartefrist am Tag, an dem nach ärztlicher Feststellung die AUF einsetzt, frühestens jedoch drei Tage vor der ersten ärztlichen Untersuchung.

3.6. Im Kapitel E der AVB sind die für den Kläger anwendbaren speziellen Bedingungen für die Krankentaggeldversicherung enthalten. Gemäss Art. E7 Abs. 1 AVB bezahlt die Beklagte, wenn eine versicherte Person nach ärztlicher Feststellung arbeitsunfähig ist, das Taggeld nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist längstens während der in der Versicherungspolice aufgeführten Leistungsdauer. Nach Abs. 2 bezahlt die Versicherung bei voller AUF das in der Police aufgeführte Taggeld. Bei teilweiser AUF richtet sich die Höhe nach dem Ausmass der AUF; weniger als 25 % ergeben jedoch keinen Anspruch. Tage teilweiser AUF von mindestens 25 % zählen für die Ermittlung der Wartefrist und der Leistungsdauer voll. Gemäss Abs. 4 beginnt die Wartefrist pro Krankheit am Tag, an dem nach ärztlicher Feststellung die krankheitsbedingte AUF einsetzt, frühestens jedoch drei Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung.

4.

Zuerst ist die eingeklagte unfallbedingte Taggeldforderung von Fr. 10'119.78 zuzüglich 5 % Zins ab mittlerem Verfall zu prüfen (Rechtsbegehren Ziff. 3, act. G 1). Dabei ist insbesondere zu klären, ob eine unfallbedingte 40%ige AUF über den



Leistungseinstellungszeitpunkt vom 31. August 2018 hinaus bis zum Ende des eingeklagten Taggeldzeitraumes (18. Februar 2019) rechtsgenügend ausgewiesen ist.

4.1. Der leistungsbegründende Unfall mit Verletzung des linken Knies ereignete sich am 18. Februar 2017 und damit während des Bestehens des Unfalltaggeldversicherungsverhältnisses mit der Beklagten (vgl. act. G 1.2, G 9.1, G 9.3-1, G 9.6). Die behandelnden Ärzte attestierten eine (unfallbedingte) 100%ige AUF vom 19. Februar bis 31. Juli 2017 (act. G 9.2-2, G 9.3, G 9.4-2, G 9.5, G 9.8, G 1.19) und eine 50%ige AUF vom 1. August 2017 bis 31. März 2018 (act. G 9.8, G 1.19, IV-Fremdakten 141-1 ff.: Bericht von Dr. C.____ vom 19. März 2018). Ab dem 1. April 2018 bestätigte Dr. C.____ eine 40%ige AUF (act. G 1.19). Auch der beigezogene Vertrauensarzt der Versicherung, Dr. E.____, ging gestützt auf die Aktenlage und die Untersuchung des Versicherten vom 21. November 2017 aus orthopädischer Sicht von einer 60%igen AF bei voller Stundenpräsenz in der angestammten Tätigkeit seit November 2017 aus. In einer leidensangepassten Tätigkeit schätzte er den Kläger zu 100 % arbeitsfähig ein (vgl. act. G 9.10, Sachverhalt A.b). Daraufhin teilte die Beklagte dem Kläger am 13. März 2018 mit, dass die Unfalltaggelder im bisherigen Umfang noch bis am 31. August 2018 ausgerichtet würden, da er in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % leistungsfähig sei und gemäss den AVB bei der Leistungsanspruchsprüfung nicht nur die AF in der bisherigen, sondern auch in einer leidensangepassten Tätigkeit berücksichtigt werde (act. G 9.12; vgl. act. G 9.14). Gemäss Aktenlage erfolgte von Seiten des Klägers keine Reaktion auf die angekündigte Leistungseinstellung. Dr. C.____ bestätigte denn auch letztmals mit ärztlichem Zeugnis vom 20. August 2018 zeitnah eine unfallbedingte AUF (40%ige AUF vom 21. August bis 10. September 2018, act. G 1.19, letzte Seite). Die Beklagte bezahlte dem Kläger wie angekündigt Unfalltaggelder noch bis 31. August 2018 aus und stellte daraufhin ihre Taggeldleistungen ein (vgl. act. G 1.6a, G 9.14). Die Beklagte wies dazumal den Kläger darauf hin, wenn ab dem 1. September 2018 eine weitere AUF bestehe, eine Krankmeldung eingereicht werden sollte, damit der Anspruch geprüft werden könne (act. G 9.12). Erst siebeneinhalb Monate nach der Leistungseinstellung bzw. mit Schreiben vom 16. April 2019 forderte der Rechtsvertreter des Klägers die Beklagte auf, Unfalltaggelder bis zum Erschöpfen der Leistungspflicht nachzuzahlen. Ein aktueller Arztbericht bzw. ein aktuelles Arbeitsunfähigkeitszeugnis wurde jedoch nicht vorgelegt (act. G 9.16). Die Beklagte wies darauf mit Schreiben vom 16. Mai 2019 das klägerische Begehren mit der Begründung ab, es seien keine neuen Argumente vorgebracht worden (act. G 9.17). Nachdem Dr. C.____ im Arztbericht vom 14. September 2020 – und damit gut zwei Jahre nach Einstellung der Unfalltaggelder – u.a. erklärte, dass der Kläger infolge der



Knieverletzung auch nach dem 1. September 2018 zu 40 % eingeschränkt gewesen sei (act. G 9.31), forderte der Rechtsvertreter des Klägers mit Schreiben vom 21. Oktober 2020 von der Beklagten Unfalltaggelder entsprechend einer 40%igen AUF für die Zeit ab dem 1. September 2018 bis 30. Oktober 2019 (act. G 1.36). In der Klage vom 14. März 2020 beschränkte der Rechtsvertreter die Nachforderung infolge Ausschöpfung der vereinbarten maximalen Anzahl an Unfalltaggeldern auf die Zeit vom 1. September 2018 bis 18. Februar 2019 (act. G 1).

4.2. Dr. C.____ begründete die von ihm bescheinigte 40%ige Einschränkung der AF damit, dass der Kläger nicht mehr so lange stehen und nur noch kurze Strecken habe gehen können. Im Weiteren führte er aus, dass der Kläger seine Arbeitstätigkeit wieder zu 60 % habe aufnehmen können. Die Leistungsfähigkeit sei in der Folge stabil gewesen bis zum Auftreten der krankheitsbedingten Prostatabeschwerden, welche den Kläger ab dem 30. Oktober 2019 in jeglicher Tätigkeit voll arbeitsunfähig hätten werden lassen (act. G 9.31; vgl. auch Arztzeugnis vom 17. Dezember 2021, act. G 1.18). Aufgrund der Arbeitsunfähigkeitsbegründung von Dr. C.____ ist davon auszugehen, dass die nachträglich attestierte 40%ige AUF sich auf die angestammte und nicht auch auf leidensangepasste Tätigkeiten bezieht. Angesichts der von Dr. C.____ genannten Einschränkungen ist – wie Dr. E.____ bereits im nachvollziehbaren und überzeugenden Bericht vom 7. Dezember 2017 festhielt (vgl. act. G 9.10; Sachverhalt A.b.) – davon auszugehen, dass die Knieproblematik auf die AF in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit keinen Einfluss mehr hatte.

4.3. Umstritten zwischen den Parteien ist, ob sich der Taggeldanspruch nach dem Grad der AUF in der angestammten oder in einer leidensangepassten Tätigkeit bemisst. Während der Kläger die Ansicht vertritt, dass sich dieser nach dem Grad der AUF in der angestammten Tätigkeit richtet, geht die Beklagte davon aus, dass angesichts der länger andauernden AUF auch der erzielbare Verdienst in einer leidensangepassten Tätigkeit zu berücksichtigen ist (act. G 9).

4.3.1. Gemäss Art. A4 Abs. 3 AVB ist AUF die durch einen Unfall oder eine Krankheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabengebiet zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabengebiet berücksichtigt. Der Argumentation des Klägers, dass diese Bestimmung ungewöhnlich sei und deshalb nicht darauf abgestellt werden könne (vgl. act. G 12-7ff. Ziff. 28 ff.), kann – wie nachfolgend dargelegt – nicht gefolgt werden. Bei der abgeschlossenen Taggeldversicherung handelt es sich gemäss der Police um eine Schadenversicherung (vgl. act. G 1.2-4). Bereits nach Art. 38a Abs.



1 VVG (bis 31. Dezember 2021 aArt. 61 Abs. 1 VVG) besteht für Versicherte eine "Rettungspflicht" bzw. eine Schadenminderungspflicht. Erwartet der Versicherer – wie vorliegend – von der versicherten Person einen Berufswechsel bzw. einen Wechsel von einer selbständigen in eine unselbständige Tätigkeit, so hat er dies der versicherten Person mitzuteilen und ihr eine angemessene Frist zu setzen, um sich anzupassen und eine Stelle zu finden (vgl. dazu Christoph Häberli/David Husmann, Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, 2015, N 541 f.; vgl. ferner Urteil des Bundesgerichts vom 5. Januar 2017, 4A_495/2016, E. 2.3). Art. A4 Abs. 3 AVB führt somit lediglich (in anderen Worten) aus, was die Rettungspflicht bzw. Schadenminderungspflicht von versicherten Personen verlangt.

4.3.2. Die zuvor genannten Voraussetzungen, um vom Kläger einen Berufswechsel verlangen zu können, sind gemäss der vorliegenden Sachlage erfüllt (100%ige AF in einer leidensangepassten Tätigkeit; die Taggeldforderung ab 1. September 2018 betrifft die Zeit eineinhalb Jahre nach dem Unfall vom 18. Februar 2017 bei einem stabilen Gesundheitszustand seit [zumindest] fünf Monaten; dem Kläger wurde eine Frist von fünfeneinhalb Monaten zur Aufnahme einer leidensangepassten Tätigkeit gewährt; act. G 9.12; vgl. act. G 9.14). Eine längere Anpassungszeit – bspw. infolge einer Umschulungsmassnahme – ist vorliegend nicht ausgewiesen bzw. erforderlich, verzichtete doch der Kläger auf berufliche Massnahmen seitens der IV mit der Begründung, er wolle trotz der Einschränkungen weiterhin als selbständiger B.____ tätig sein (vgl. Feststellungsblatt der IV vom 23. März 2018, IV-Fremdakten 143; vgl. IV-Fremdakten 144).

4.3.3. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass der Kläger in einer leidensangepassten Tätigkeit im Vergleich zur angestammten Tätigkeit als B.____ keine Einkommenseinbusse erleidet, welche gemäss den AVB einen Leistungsanspruch zu begründen vermag (erforderlich ist gemäss Art. C7 Abs. 2 AVB eine Einbusse von zumindest 25 %), ergab doch die Rentenprüfung durch die IV keine Einkommenseinbusse bzw. einen Invaliditätsgrad von 0 % (vgl. Vorbescheid vom 19. April 2018, IV-Fremdakten 147, rentenabweisende Verfügung vom 5. Juni 2018, IV-Fremdakten 148, bestätigender Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Juni 2020, IV 2018/238, IV-Fremdakten 197).



4.4. Selbst wenn auf die angestammte Tätigkeit abgestellt würde, ist der Anspruch auf die eingeklagten Taggelder in der Zeit vom 1. September 2018 bis 18. Februar 2019 nicht im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, wie nachfolgend aufgezeigt wird.

4.4.1. Wie in Erwägung 4.1 bereits ausgeführt, bestätigte Dr. C.____ letztmals mit ärztlichem Zeugnis vom 20. August 2018 zeitnah eine unfallbedingte AUF (40%ige AUF vom 21. August bis 10. September 2018, act. G 1.19, letzte Seite). Am 15. Januar 2020 (Eingang IV am 17. Januar 2020) meldete sich der Kläger erneut zum Bezug von Leistungen bei der IV an. Als gesundheitliche Beeinträchtigungen machte er ein Prostata-Karzinom, eine Anpassungsstörung, eine Gonarthrose und eine Fingergelenkspolyarthrose geltend. Eine fortbestehende (unfallbedingte), die AF beeinträchtigende Knieproblematik machte er dagegen nicht geltend (vgl. IV-Fremdakten 168, 175). Im Arztbericht vom 24. Februar 2020 nannte Dr. C.____ als Beschwerden ein Burnout-Syndrom, einen Verdacht auf eine depressive Entwicklung und eine Blasenobstruktion nach Prostataoperation am 16. Dezember 2019. Eine die AF beeinträchtigende Knieproblematik erwähnt er dagegen nicht (act. G 9.23). Erst im Arztbericht vom 14. September 2020 – und damit gut zwei Jahre nach Einstellung der Unfalltaggelder – erklärte Dr. C.____, dass der Kläger infolge der Knieverletzung auch nach dem 1. September 2018 zu 40 % eingeschränkt gewesen sei (act. G 9.31).

4.4.2. Auch ist fraglich, ob (überhaupt) eine versicherungsrelevante unfallbedingte Einkommensminderung ab 1. September 2018 (noch) gegeben war. Der Kläger gab in der erneuten IV-Anmeldung vom 15. Januar 2020 hinsichtlich des erzielten Verdienst vor Krankheitseintritt vom 30. Oktober 2019 an, Fr. 40'000.- in einem 60%igen Arbeitspensum erzielt zu haben (IV-Fremdakten 168-4 und 6). Dieses Einkommen liegt damit – trotz der geltend gemachten Einschränkung der AF um 40 % – über demjenigen der Jahre vor dem Unfall (gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto betrug das Einkommen im Jahr 2015 Fr. 37'200.- und im Jahr 2016 Fr. 36'300.-, IV-Fremdakten 180-1). Der Vergleich der Verkaufserlöse (Jahr 2018 Fr. 91'974.- [bei 50%iger AUF bis 31. März 2018 und anschliessender 40%iger AUF, act. G 1.18], Jahr 2015 Fr. 129'354.- und Jahr 2016 Fr. 143'544.- [vgl. IV-Fremdakten 191-16 und 24]) vermag ebenso Zweifel an einer über den 1. September 2018 andauernden 40%igen AUF zu begründen.

4.4.3. Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass eine krankheitsbedingte AUF in der Zeit vom 1. September 2018 bis 18. Februar 2019 vom Kläger weder geltend gemacht wurde noch von ihm bei der Beklagten angemeldet worden war (vgl. Hinweis



der Beklagten zur Meldepflicht, G 9.12). Dieses Verhalten erstaunt insofern, als der Kläger in seiner Beschwerde vom 5. Juli 2018 im Verfahren IV 2018/238 vor dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mehrere die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden krankheitsbedingten Leiden anführte (vgl. IV-Fremdakten 158-8 Ziff. 31). Die geltend gemachte 40%ige AUF wäre somit ohnehin nur zum Teil auf den Unfall vom 18. Februar 2017 zurückzuführen.

4.5. Festzuhalten ist somit, dass die Beklagte zu Recht die Ausrichtung von Unfalltaggeldern per 31. August 2018 eingestellt hat, denn eine leistungsbegründende unfallbedingte AUF ist nicht im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen.

4.6. Die eingeklagte Unfalltaggeldforderung von Fr. 10'119.78 zuzüglich 5 % Zins ab mittlerem Verfall für die Zeit vom 1. September 2018 bis 18. Februar 2019 ist nach dem Gesagten nicht geschuldet.

5.

Nachfolgend ist die eingeklagte krankheitsbedingte Taggeldforderung in der Höhe von Fr. 5'326.56 für die Zeit vom 23. März bis 2. Juni 2020 zuzüglich 5 % Zins ab mittlerem Verfall zu prüfen (Rechtsbegehren Ziff. 2, act. G 1).

5.1. Unbestritten ist, dass der Kläger ab dem 30. Oktober 2019 unter einer Krankheit im Sinne der Definition in Art. A4 Abs. 2 AVB litt (vgl. act. G 9.18 ff.) und die Beklagte infolgedessen Krankentaggeldleistungen erbrachte. So richtete sie dem Kläger wegen 100%iger AUF infolge psychischer Leiden in Kombination mit einem Prostataleiden nach Ablauf der vierzehntägigen Wartezeit vom 13. November 2019 bis 22. März 2020 volle Krankentaggelder und wegen 50%iger AUF infolge psychischer Leiden vom 23. März bis 9. Oktober 2020 Taggelder in halber Höhe aus (act. G 1.6b, G 1-11).

5.2. Der Kläger begründet die Krankentaggeldnachforderung für die Zeit vom 23. März bis 2. Juni 2020 mit der von Dr. G.____ im Arztzeugnis vom 5. August 2020 sowie mit der von Dr. R.____ im Arztbericht vom 14. September 2020 attestierten 100%igen AUF während dieses Zeitraums (act. G 1-11, act. G 1.20-1, G 9.31). Die Beklage geht dagegen insbesondere gestützt auf die Einschätzungen von Psychiater Dr. I.____ vom 11. März 2020 (höchstens 50%ige AUF aus psychiatrischer Sicht, act. G 9.24-2), von Vertrauensarzt und Internisten Dr. K.____ vom 17. März 2020 (50%ige AUF in angestammter und leidensangepasster Tätigkeit alleinig aus psychiatrischer Sicht, act. G 9.25) und von Vertrauensarzt und Internisten Dr. M.____ vom 18. September 2020 (keine AUF aus somatischer Sicht, act. G 9.32) von einer 50%igen AUF aus (act. G 9, G 18).



5.3. Gemäss Art. E6 Abs. 1 AVB setzt ein Krankentaggeldanspruch eine ärztliche Feststellung der AUF voraus. Diese kann durch die Versicherung überprüft werden, ist doch jeder Versicherte gemäss Art. H3 Abs. 3 Satz 1 AVB verpflichtet, sich auch kurzfristig einer Untersuchung oder Begutachtung durch von der Versicherung beauftragte Ärzte zu unterziehen. Die Versicherung ist zudem berechtigt, zur Klärung des Schadenfalls zusätzliche Belege und weitere sachdienliche Auskünfte zu verlangen und in amtliche Akten Einsicht zu nehmen (Art. H3 Abs. 5 Satz 1 AVB).

5.4. Gemäss Aktenlage liegen zwar Atteste für eine 100%ige AUF für den umstrittenen Taggeldzeitraum vom 23. März bis 2. Juni 2020 vor. Diese wurden jedoch nicht zeitnah, sondern erst zwei bzw. dreieinhalb Monate im Anschluss an den Taggeldforderungszeitraum ausgestellt. Die Atteste enthalten auch keine überzeugende Begründung für die attestierte gänzliche AUF des Klägers im genannten Zeitraum. Insbesondere fehlt es an einer Auseinandersetzung mit den ausführlichen und nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzungen von Dr. I.____ vom 11. März 2020 und Dr. K.____ vom 17. März 2020, aufgrund derer die Beklagte ab dem 23. März 2020 noch halbe Taggelder ausrichtete. Die Beklagte hatte den Kläger aufgrund der vorangehenden unfallbedingten AUF bereits darauf hingewiesen, dass er in einer angepassten und zumutbaren Tätigkeit per sofort zu 100 % arbeitsfähig sei. Zumutbare Tätigkeiten in einem anderen Beruf seien daher auch zu berücksichtigen (vgl. act. G 9.12, G 9.14). Dass wegen der somatischen Leiden von einer zusätzlichen zur psychisch bedingten 50%igen AUF auszugehen wäre, ist nicht im erforderlichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt bzw. nachgewiesen.

5.5. Festzuhalten ist somit, dass die Beklagte zu Recht im Zeitraum vom 23. März bis 2. Juni 2020 lediglich von einer 50%igen AUF ausging und entsprechend halbe Krankentaggelder ausrichtete.

5.6. Die eingeklagte Krankentaggeldnachzahlungsforderung von Fr. 5'326.56 zuzüglich 5 % Zins ab mittlerem Verfall für die Zeit vom 23. März bis 2. Juni 2020 ist nach dem Gesagten nicht geschuldet.

6.

Zu prüfen bleibt die eingeklagte krankheitsbedingte Taggeldforderung in der Höhe von Fr. 56'812.80 für die Zeit vom 10. Oktober 2020 bis 28. Oktober 2021 zuzüglich 5 % Zins ab mittlerem Verfall (19. April 2021; Rechtsbegehren Ziff. 1, act. G 1).

6.1. Die Beklagte richtete Krankentaggelder wegen 50%iger AUF infolge psychischer Leiden bis 9. Oktober 2020 in halber Höhe aus (act. G 1.6b, G 1-11). Die



Leistungseinstellung erfolgte gestützt auf die Einschätzung des Vertrauensarztes und Psychiaters Dr. L.____, welcher von einer 100%igen AF aus psychiatrischer Sicht ausging, da keine oder unklare Diagnosen vorhanden seien und der Schwerpunkt der gesundheitlichen Problematik auf der körperlichen Seite liege (Bericht vom 5. Oktober 2020, act. G 9.34). Nach der Leistungseinstellung bat die Beklagte ihren Vertrauensarzt und Allgemeinmediziner Dr. M.____ um eine aktenbasierte Stellungnahme. Dieser erklärte in seiner Stellungnahme vom 5. November 2020, dass aus somatischer Sicht von einer normalen AF auszugehen sei, da die urologischen Probleme höchstens eine 50%ige AUF zu begründen vermöchten. Dies für die maximale Dauer von 12 Monaten nach dem urologischen Eingriff (act. G 9.37).

6.2. Im Weiteren zeitlichen Verlauf bescheinigten die behandelnden Ärzte eine über den 9. Oktober 2020 hinausgehende Arbeitsunfähigkeit des Klägers. So Dr. C.____ für die Zeit nach dem 9. Oktober 2020 eine 50%ige AUF (act. G 1.20-3 f.) und Dr. I.____ angestammt und leidensangepasst eine 50%ige AF (IV-Fremdakten 206). Im Arztbericht vom 16. November 2020 erklärte Dr. F.____, dass urologische Leiden keinen Einfluss auf die AF hätten (IV-Fremdakten 207). Im Arztbericht vom 17. Dezember 2020 ging Dr. I.____ für die Zeit vom 1. bis 31. Dezember 2020 von einer 100%igen AUF aus (act. G 1.20-5). In den folgenden Monaten – wahrscheinlich auch aufgrund der Coronalage – wurden keine Arztberichte eingeholt bzw. gingen keine solchen ein. Im Arztbericht vom 21. Juni 2021 war Dr. I.____ von einer 100%igen AUF für alle Tätigkeiten bis mindestens Ende Juli 2021 ausgegangen (IV-Fremdakten 219). Im Klinikbericht vom 29. Juni 2021 über die stationäre Behandlung des Klägers im psychiatrischen Zentrum N.____ vom 18. Mai bis 17. Juni 2021 wurde die Fortsetzung der ambulanten psychiatrischen Behandlung sowie die erneute Überprüfung der AF des Versicherten durch die Krankentaggeldversicherung empfohlen (act. G 9.40). Der gleichentags für die IV erstellte Bericht enthält u.a. die Attestierung einer 100%igen AUF vom 18. Mai bis 24. Juni 2021 (IV-Fremdakten 222-20 ff.). Daraufhin bat die Beklagte ihren Vertrauensarzt Dr. L.____ um eine erneute Stellungnahme aus psychiatrischer Sicht. In der Aktenbeurteilung vom 20. Juli 2021 führte Dr. L.____ aus, dass die gestellten psychiatrischen Diagnosen zu wenig validiert seien und eine mittelgradige depressive Episode durchaus mit einer AF vereinbar sei. Da die Schmerzen des Versicherten körperliche Ursachen haben könnten, was abzuklären sei, sei aus hiesiger psychiatrischer Sicht eine Somatisierungsstörung nicht vorhanden. Dennoch könne bezogen auf die angestammte Tätigkeit von einer Teilarbeitsunfähigkeit von 20 % ausgegangen werden (act. G 9.41). Im Arztbericht vom 29. Juli 2021 erklärte Dr. C.____, dass alle 10 Tage Konsultationen mit dem Kläger stattfänden. Es liege beim Kläger eine 100%ige AUF vor (IV-Fremdakten 222-1 ff.). Im



Arztbericht vom 17. Dezember 2021 erklärte Dr. I.____, dass der Versicherte bei ihm in regelmässiger ambulanter Behandlung sei. Es liege eine rezidivierende depressive Störung einhergehend mit einer Panikstörung vor (ICD-10: F33.11 und F41.0). Die allgemeine Situation mit Covid-19 und ein symptomatischer Infektionsverlauf beim Kläger hätten seit Anfang 2021 zur Verschlechterung seiner psychischen Verfassung geführt, was eine längere 100%ige AUF zur Folge gehabt habe (act. G 9.43). In der aktenbasierten Stellungnahme vom 30. Dezember 2021 führte Vertrauensarzt Dr. M.____ aus, dass aus somatischer Sicht die AUF aufgrund der lang andauernden Miktionsbeschwerden maximal bis Ende 2020, zwölf Monate nach der Prostataoperation, ausgewiesen sei. Die übrigen chronischen somatischen Probleme (OSAS, Coxarthrose, chronische Polyarthralgien) seien nicht ausreichend für eine signifikante Einschränkung der AF (act. G 9.44). Im Arztbericht vom 30. Dezember 2021 nahm Dr. I.____ zu den Fragen der Beklagten vom 23. Dezember 2021 Stellung. Als Diagnose nannte er erneut insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10: F33.11/2). Der Versicherte sei seit Januar 2021 für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Bei Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei ab Frühjahr 2022 mit einer Erhöhung der AF auf 50 % zu rechnen (act. G 9.45).

6.3. Festzuhalten ist somit, dass die Leistungseinstellung per 9. Oktober 2021 alleinig gestützt auf die Beurteilung des Vertrauensarztes Dr. L.____ vom 5. Oktober 2020 erfolgte, ohne dass zuvor die Aktenlage (in psychiatrischer Hinsicht) aktualisiert worden wäre, obwohl aufgrund der Arztberichte von Dr. C.____ die psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung bei Dr. I.____ aktenkundig war. Dies führte dazu, dass keine angemessene Auseinandersetzung mit der Behandlung und den Einschätzungen von Dr. I.____ – so auch im Bericht von Dr. L.____ – stattfinden konnte bzw. stattfand. In Anbetracht der (zeitnah erstellten) Berichte der behandelnden Ärzte Dr. C.____ und Dr. I.____ vermag der Bericht des Vertrauensarztes Dr. L.____ vom 5. Oktober 2020 die von den behandelnden Ärzten attestierten Arbeitsunfähigkeiten nicht in Frage zu stellen. Es ist daher zumindest im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass bis und mit dem 30. November 2020 eine 50%ige und ab dem 1. bis 31. Dezember 2020 eine 100%ige AUF bestand. Auch darüber hinaus dürfte eine 100%ige AUF vorgelegen haben, zog doch Dr. I.____ bereits im Dezember 2020 einen stationären Klinikaufenthalt in Betracht. Dieser konnte – wohl auch bedingt durch die Coronalage – erst vom 18. Mai bis 17. Juni 2021 stattfinden. Die Einschätzungen der Klinikärzte deckten sich weitestgehend mit denjenigen von Dr. I.____. Der von der Beklagten bei Dr. L.____ eingeholte aktenbasierte Bericht vom 20. Juli 2021 vermag keine wesentlichen bzw. erheblichen Zweifel an den Einschätzungen der



behandelnden Ärzte zu begründen, zumal die vertrauensärztlichen Ausführungen darauf schliessen lassen, dass ihm die IV-Akten nicht zur Verfügung gestanden hatten. Hinzu kommt, dass Dr. L. ___ eine möglicherweise physisch (mit-)bedingte Ursächlichkeit der Schmerzproblematik unberücksichtigt liess und diesbezüglich weitere Abklärungen empfahl. Eine Widerlegung der Einschätzungen der behandelnden Ärzte ist mit dieser vertrauensärztlichen Stellungnahme nicht möglich. Somit ist auf die zeitnahen Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte abzustellen. Diese vermögen die Anforderungen an den Arbeitsunfähigkeitsnachweis gemäss den AVB zu erfüllen, da sie auf persönlichen Untersuchungen, Anamnesen, Befunden und Diagnosen sowie daraus abgeleiteten Arbeitsfähigkeitsschätzungen sowohl bezogen auf die angestammte als auch hinsichtlich einer leidensangepassten Tätigkeit beruhen. Sie weisen einen hohen Detaillierungsgrad auf, sind nachvollziehbar und schlüssig und dies auch in einer Gesamtbetrachtung der gesundheitlichen Situation des Klägers. Die vertrauensärztlichen Berichte brachten denn auch keine grundlegenden/wesentlichen Fehleinschätzungen zu Tage. Der Beklagten hätte insbesondere bei (weiterbestehenden) Zweifeln an den ärztlichen Bestätigungen offengestanden, eine unabhängige polydisziplinäre Begutachtung des Klägers zu veranlassen. Darauf verzichtete sie jedoch. Stattdessen forderte sie den Kläger zur Geltendmachung von weitergehenden Taggeldansprüchen auf, den Rechtsweg zu beschreiten (act. G 9.42).

6.4. Folglich hat die Beklagte zu Unrecht die Krankentaggeldleistungen per 10. Oktober 2020 eingestellt. Dass auch nach dem 9. Oktober 2020 eine relevante krankentaggeldberechtigende AUF bestand, ist zumindest im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit und in Übereinstimmung mit den Vertragsbestimmungen inklusive AVB ausgewiesen.

6.5. Der Kläger hat folglich im Zeitraum vom 10. Oktober bis 30. November 2020 ausgehend von einer 50%igen AUF Anspruch auf 52 halbe Taggelder und vom 1. Dezember 2020 bis 28. Oktober 2021 (Erschöpfung der vereinbarten Taggeldanzahl von 730 Tagen abzüglich der Wartefrist von 14 Tagen [act. G 1.2] bei Krankheitsbeginn am 30. Oktober 2019) ausgehend von einer 100%igen AUF Anspruch auf 332 volle Taggelder.

6.6. Die eingeklagte Forderung ist daher im Umfang von Fr. 3'846.60 (Fr. 54'000.00 [versicherter Lohn, act. G 1.2] / 365 Tage x 52 Krankheitstage / 2 [halbe Taggelder]) zuzüglich 5 % Zins seit mittlerem Verfall (4. November 2020) und im Umfang von Fr. 49'117.80 (Fr. 54'000.00 / 365 Tage x 332 Krankheitstage) zuzüglich Zins seit mittlerem Verfall (15. Mai 2021) geschuldet.



7.

7.1. Nach dem Gesagten ist die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger Krankentaggelder in Höhe von Fr. 3'846.80 zuzüglich 5 % Zins seit 4. November 2020 und von Fr. 49'117.80 zuzüglich 5 % Zins seit 15. Mai 2021 zu bezahlen. In diesem Umfang ist die Klage gutzuheissen.

7.2. Gerichtskosten sind grundsätzlich keine zu erheben (Art. 114 lit. e ZPO).

7.3. Die Parteientschädigung spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 96 ZPO). Sie wird der unterliegenden Partei auferlegt (vgl. Art. 106 Abs. 1 ZPO). Hat keine Partei vollständig obsiegt, so wird die Parteientschädigung nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt (vgl. Art. 106 Abs. 2 ZPO). Der Kläger klagte insgesamt einen Betrag von Fr. 72'259.14 (Fr. 56'812.80 + Fr. 5'326.56 + Fr. 10'119.78) ein (act. G 1). Die Klage wird im Umfang von Fr. 52'964.60 (Fr. 3'846.80 + Fr. 49'117.80) gutgeheissen. Angesichts dessen ist von einem teilweisen Obsiegen des Klägers im Umfang von 73.3 % (Fr. 52'964.60 / Fr. 72'259.14) bei der Kostenfolge auszugehen. Gemäss Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) hat sich bei vermögensrechtlichen Zivilstreitigkeiten das Honorar nach dem Streitwert zu richten. Das mittlere Honorar beträgt nach Art. 14 Abs. 1 lit. c HonO bei einem Streitwert über Fr. 30'000.00 bis Fr. 100'000.00 Fr. 3'500.00 zuzüglich 9 % des Streitwerts. 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. Der Streitwert beläuft sich auf Fr. 72'259.14. Bei vollständigem Obsiegen entspräche das mittlere Honorar (Grundhonorar) Fr. 10'003.32 (Fr. 3'500.00 + 9 % von Fr. 72'259.14). Das Honorar bei 73.3%igen Obsiegen beträgt folglich Fr. 7'332.45. Auf diesen Betrag besteht gemäss Art. 28^{bis} Abs. 1 HonO ein Anspruch auf den pauschalen Ersatz für Barauslagen von 4 % des Honorars, höchstens Fr. 1'000.00. Bei einem Honorar von Fr. 7'332.45 beträgt dieser Fr. 293.30. Die Mehrwertsteuer von 7.7 % wird zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO) und beträgt vorliegend Fr. 587.20. Entsprechend resultiert ein Entschädigungsanspruch gegenüber der Beklagten von Fr. 8'212.95.

Entscheid

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

1.

In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger



halbe Taggelder für die Zeit vom 10. Oktober bis 30. November 2020 im Umfang von Fr. 3'846.80 zuzüglich 5 % Zins seit 4. November 2020 sowie für die Zeit vom 1. Dezember 2020 bis 28. Oktober 2021 ganze Taggelder im Umfang von Fr. 49'117.80 zuzüglich 5 % Zins seit 15. Mai 2021 zu bezahlen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beklagte hat den Kläger mit Fr. 8'212.95 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.