



Fall-Nr.: KV-Z 2020/1
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 17.09.2021
Entscheiddatum: 04.12.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 04.12.2020

Krankentaggeld, VVG-Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Eine Arbeitsunfähigkeit, die für den eingeklagten Zeitraum Krankentaggeldleistungen begründen würde, ist nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Abweisung der Klage (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Dezember 2020, KV-Z 2020/1).

Entscheid vom 4. Dezember 2020

Besetzung

Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg-Haltinner; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

KV-Z 2020/1

Parteien

A.____,

Kläger,

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

gegen



St.Galler Gerichte

B.____ AG,

Beklagte,

Gegenstand

Taggelderleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherter) war seit dem ____ 2016 bei der B.____ AG als [...] angestellt und dadurch bei derselben für ein Krankentaggeld von 90 % des effektiven Lohns bei einer Leistungsdauer von maximal 730 Tagen und einer Wartefrist von 90 Tagen versichert (act. G 1.1, 1.3, 6.1.12 S. 3 und 6.1.15 S. 1 f.). Am ____ 2017 kündigte die B.____ AG das Arbeitsverhältnis per ____ 2017 (act. G 1.3; zur angeblichen Verlängerung des Arbeitsverhältnisses infolge der während der Kündigungsfrist eingetretenen Krankheit vgl. act. G 3.19 S. 1 und 3.44 S. 1). Vom 8. bis 17. November 2017 und ab dem 4. Dezember 2017 wurde der Versicherte von dipl. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, Ärztehaus D.____, zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (act. G 3.1, 3.7 ff., 3.11 und 3.16; vgl. ferner act. G 3.17 S. 2). In einem Bericht vom 5. Februar 2018 hielt dipl. med. C.____ fest, dass sich beim Versicherten, den er seit anfangs 2017 betreue, aktuell eine schwere depressive Episode zeige. Wegen dieser habe er ihn seit anfangs Dezember 2017 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Aktuell bestehe diese Arbeitsunfähigkeit unabhängig von der Art der Tätigkeit. Neben der schweren depressiven Symptomatik mit Antriebslosigkeit, fehlender Lebensfreude, Schlaflosigkeit und Angstzuständen habe der Versicherte diverse körperliche Beschwerden wie Knollen auf der Brust, Verspannungen und einen Tinnitus beklagt. In körperlichen Untersuchungen und ausgedehnten Laboruntersuchungen hätten keine Ursachen für die Beschwerden gefunden werden können. Anamnestisch bestünden bereits seit Jahren wiederkehrende depressive Episoden (vgl. dazu auch den Bericht von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, Ärztehaus D.____, vom 2. Oktober 2014, act. G 1.13). Psychiatrische



Behandlungsversuche seien auch bereits anfangs 2017 durchgeführt worden. Ab Anfang Dezember 2017 würden die hausärztlichen Konsultationen im Abstand von einer bis zwei Wochen stattfinden und es sei ein Therapieversuch mit Deanxit erfolgt, welcher jedoch mangels Verbesserung wieder sistiert worden und eine Psychotherapie in die Wege geleitet worden sei. Am 22. Januar 2018 habe eine Erstkonsultation bei Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stattgefunden (act. G 3.21).

A.b. Am 13. März 2018 wurde der Versicherte im Auftrag der B.____ AG von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, psychiatrisch begutachtet (act. G 3.29 S. 1). In seinem Gutachten vom 30. April 2018 nannte er als Diagnose einen Zustand nach Anpassungsstörung im Sinne einer depressiven Reaktion (act. G 3.29 S. 11). Er begründete diese Diagnosestellung im Wesentlichen damit, dass die für den Versicherten überraschende Kündigung sicher eine Kränkung gewesen sei, welche die Motivation, weiter zu arbeiten, eingeschränkt habe. Es bestehe somit sowohl ein zeitlicher als auch ein kausaler Zusammenhang zwischen der Kündigung der Arbeitsstelle und der attestierten Arbeitsunfähigkeit. Bei Anpassungsstörungen handle es sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, welche während des Anpassungsprozesses nach einer einschneidenden Lebensveränderung oder nach einem belastenden Lebensereignis wie einer Kündigung auftreten könnten. Die individuelle Disposition und Vulnerabilität spiele bei Anpassungsstörungen eine grössere Rolle als bei anderen Krankheitsbildern. Die Diagnose sei zudem von der Art und der Schwere der Symptome sowie dem zeitnahen Auftreten nach einem belastenden Ereignis abhängig. Die Anzeichen seien unterschiedlich und umfassten in der Regel, wie auch im vorliegenden Fall, eine depressive Verstimmung, Angst, Besorgnis und gelegentlich auch das Gefühl, unmöglich zurechtzukommen. Auch könne es zu einer Einschränkung bei der Bewältigung der alltäglichen Routine kommen. Einzig aufgrund der Symptomatik und ohne Berücksichtigung der Ätiologie könne dabei durchaus auch einmal eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert werden, da viele depressive Reaktionen von der Schwere der Symptomatik her zu Beginn als echte Depressionen imponierten. Ein gewichtiges Argument für die Diagnose einer Anpassungsstörung, also einer sogenannten Befindlichkeitsstörung und somit einer leichten psychischen Störung, sei vorliegend die



gegenwärtig absolut fehlende antidepressive Medikation (act. G 1.29 S. 7 ff.). Weiter hielt Dr. G.____ fest, dass zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die Diagnose aber ohnehin eher sekundär sei. Wichtiger sei die Funktionsfähigkeit der Betroffenen im Alltag. Aufgrund der Beeinträchtigungen im Sinne der ICF (internationale Klassifikation der Funktionen) sei beim Versicherten (unter Berücksichtigung einer allfällig mittelgradigen depressiven Episode, die vorübergehend eine volle Arbeitsunfähigkeit begründen könne) ab April 2018 von einer 50%igen und ab Mai 2018 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in sämtlichen zumutbaren Verweistätigkeiten auszugehen (act. G 1.29 S. 9 f.).

A.c. Am 2. Mai 2018 schloss sich Dr. med. H.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, beratender Arzt der B.____ AG, der Beurteilung von Dr. G.____ an (vgl. act. G 3.31). In einem gleichentags verfassten Schreiben teilte die B.____ AG dem Versicherten mit, dass er gemäss dem eingeholten Gutachten in seiner angestammten Tätigkeit ab dem 1. April 2018 zu 50 % und ab dem 1. Mai 2018 zu 100 % arbeitsfähig sei. Da die Taggelder bereits bis zum 30. April 2018 für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausbezahlt worden seien, würden die Leistungen entgegenkommenderweise erst per 4. Mai 2018 eingestellt (act. G 3.30).

A.d. Am 3. Juli 2018 bat der Versicherte, vertreten durch die Orion Rechtsschutz Versicherung AG, die B.____ AG, ihre Beurteilung gestützt auf einen aktuellen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. F.____ vom 18. Mai 2018 zu überprüfen und die Taggelder wieder auszurichten (act. G 3.34 S. 1). Dr. F.____ hatte in seiner psychiatrischen Einschätzung im beigelegten Bericht eine schwere Identitätskrise mit den Symptomen einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode festgestellt und den Versicherten aktuell als nicht arbeitsfähig befunden. Der Versicherte habe gegenüber dem Gutachter Dr. G.____ wohl den konflikthaften Hintergrund seiner Krise verschwiegen, sodass dieser den Zustand des Versicherten nicht in seiner ganzen Tragweite habe würdigen können. Der Versicherte habe davon berichtet, dass sein Weltbild [...] zusammengebrochen sei. (act. G 3.34 S. 2 f.). Auf entsprechende Nachfrage der B.____ AG (vgl. act. G 3.35) nahm Dr. G.____ am 24. Juli 2018 zum Bericht von Dr. F.____ Stellung und hielt an seiner gutachterlichen Beurteilung fest (act. G 3.36).



St.Galler Gerichte

A.e. In einem für die IV-Stelle ausgestellten Bericht vom 16. Juli 2018 nannte Dr. F.____ als Diagnose eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, Suizidalität bei schwerer Identitätskrise. Weiter hielt Dr. F.____ fest, dass der Versicherte nach seinen eigenen Angaben schon seit Dezember 2017 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Die Arbeitsunfähigkeit sei bisher nicht durch ihn, Dr. F.____, bescheinigt worden. Aufgrund des akuten, protrahierten Krankheitsbildes sei jedoch bis auf weiteres keine Arbeitsfähigkeit gegeben (act. G 6.1.13).

A.f. Mit Schreiben vom 31. Juli 2018 hielt die B.____ AG unter Verweis auf die Stellungnahme von Dr. G.____ vom 24. Juli 2018 an ihrer Leistungseinstellung fest (act. G 3.37).

A.g. In einer Stellungnahme vom 28. August 2018 hielt der regionale ärztliche Dienst (RAD) fest, dass die Behandlungsfrequenz, die fehlende medikamentöse Therapie und das im Gutachten vom März 2018 vom Versicherten beschriebene recht hohe Funktionsniveau nicht mit einer mittelgradigen und schon gar nicht mit einer schweren Depression zu vereinbaren seien. Die von Dr. F.____ gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode sei psychiatrisch nicht nachvollziehbar. Sie sei nicht mit objektivierbaren Befunden belegt. Aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen könne somit kein schwerer, anhaltender Gesundheitsschaden im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne abgeleitet werden. Eine [...] Krise begründe für sich keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne daher eine volle Arbeitsfähigkeit bestätigt werden (act. G 6.1.17 S. 2 f.). Mit Vorbescheid vom 28. August 2018 (act. G 6.1.20) und Verfügung vom 15. Oktober 2018 (act. G 6.1.26) lehnte die IV-Stelle sodann einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und Rentenleistungen ab.

A.h. Mit einem Schreiben vom 6. November 2019 zeigte Rechtsanwältin S. Ebnetter, St. Gallen, der B.____ AG die Übernahme der Interessenvertretung des Versicherten an. Weiter stellte sie sich unter Verweis auf neue medizinische Berichte auf den Standpunkt, dass der Versicherte auch nach dem 4. Mai 2018 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei und somit Anspruch auf Krankentaggeld habe (act. G 3.44 S. 1 f.). Sie legte ihrem Schreiben einerseits einen Bericht von Dr. F.____ vom 25. Februar 2019 bei, in welchem dieser unter anderem festgehalten hatte, dass beim Versicherten aufgrund



der schweren Identitätskrise mit den Symptomen einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode mindestens bis Oktober 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Ab Juli 2018 sei eine allmähliche Verbesserung des Zustandsbildes eingetreten mit einer deutlichen Besserung zum aktuellen Zeitpunkt. Die Aufgabe, seine [...] Tochter zu pflegen, sowie die Kompetenz und der Integrationswille seiner Ehefrau, die rasch Deutsch gelernt und berufstätig geworden sei, hätten wesentlich dazu beigetragen. Aktuell sei noch eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % gegeben (act. G 3.44 S. 19 f.). Sodann legte Rechtsanwältin Ebnetter einen Bericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom __. August 2019 über eine neuropsychologische Untersuchung vom __. August 2019 bei (act. G 3.44 S. 21 ff.). Weiter reichte Rechtsanwältin Ebnetter ein von ihr in Auftrag gegebenes Gutachten von Dr. med. Dr. phil. Dr. scient. med. I. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, [...] vom 18. Oktober 2019 ein (act. G 3.44 S. 4 ff.). Als Diagnose hatte Dr. I. __ den hochgradigen Verdacht auf eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv, genannt. Weiter hatte er ausgeführt, dass diagnostisch zumindest eine paranoide Schizophrenie anzunehmen sei (act. G 3.44 S. 17). Sodann war Dr. I. __ zum Schluss gekommen, dass aus rein neuropsychologischer Sicht aktuell von einer arbeitsbezogenen Leistungsreduktion von bis zu 50 % auszugehen sei. Die mit den genannten Diagnosen, insbesondere dem Verdacht auf eine schizoaffektive Psychose, einhergehenden mittel- bis höhergradigen Antriebs-, Denk- und Affektstörungen bedingten zum Untersuchungszeitpunkt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für Tätigkeiten, welche insbesondere Fähigkeiten wie Antrieb, Ausdauer, Konzentration, Lernen, Merken, Selbständigkeit, Sorgfalt, Kontaktfähigkeit, Teamarbeit, Umstellungsfähigkeit, Verantwortung, Auffassung und Aufmerksamkeit erforderten. Einfache Routinetätigkeiten, wie beispielsweise einfache handwerkliche Arbeiten im Rahmen einer angepassten Tätigkeit in einem konfliktfreien Umfeld mit vorgegebenem Arbeitsablauf und ohne Zeit- und Leistungsdruck, am ehesten im Rahmen einer beruflichen Massnahme, erschienen medizinisch zumutbar (act. G 3.44 S. 18).

A.i. Mit Schreiben vom 7. Februar 2020 teilte die B. __ AG dem Versicherten mit, dass sie die Angelegenheit nochmals ihrem beratenden Arzt zur Stellungnahme unterbreitet habe. Eine Begutachtung, die mehr als ein Jahr nach der Einstellung der Taggelder



St.Galler Gerichte

erfolgt sei, könne nicht berücksichtigt werden. Da der Versicherte gemäss der schlüssigen Begutachtung von Dr. G.____ per 1. Mai 2018 wieder voll arbeitsfähig gewesen sei, habe der Leistungsanspruch dann geendet. Eine allfällige erneute Arbeitsunfähigkeit zu einem späteren Zeitpunkt sei nicht mehr versichert (act. G 3.47).

B.

B.a. Am 19. März 2020 reichte der Versicherte (nachfolgend: Kläger) durch seine Rechtsvertreterin Klage beim Versicherungsgericht ein (act. G 1). Darin beantragte er, die B.____ AG (nachfolgend: Beklagte) sei zu verpflichten, ihm unter Vorbehalt des Nachklagerechts Fr. 31'631.45 nebst Zins zu 5 % seit dem 2. September 2018 zu bezahlen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich Mehrwertsteuer zulasten der Beklagten (act. G 1 S. 1).

B.b. In ihrer Klageantwort vom 8. Mai 2020 beantragte die Beklagte, dass die Klage vollumfänglich abzuweisen sei und keine Kosten zu vergüten seien. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie den Beizug der IV-Akten (act. G 3 S. 5).

B.c. Mit Schreiben vom 14. Mai 2020 informierte das Versicherungsgericht die Parteien über den Beizug der IV-Akten und stellte ihnen die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels in Aussicht, sofern auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet werde (act. G 5). Die Parteien verzichteten in der Folge auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung (act. G 7).

B.d. In seiner Replik vom 7. August 2020 hielt der Kläger an den in der Klage gestellten Rechtsbegehren fest (act. G 8).

B.e. In ihrer Duplik vom 28. August 2020 hielt die Beklagte an den in der Klageantwort gemachten Ausführungen fest und erneuerte ihren Antrag auf vollumfängliche Abweisung der Klage (act. G 10).

Erwägungen

1.

1.1. Gemäss Ziff. ____ der vorliegend anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten (nachfolgend: AVB), Ausgabe 1. Juni 2015



(act. G 3.3), anerkennt die Beklagte als Gerichtsstand für Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag unter anderem den Wohnsitz der versicherten Person oder des Anspruchsberechtigten (vgl. dazu auch Art. 46a des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag [VVG; SR 221.229.1] i.V.m. Art. 32 Abs. 1 lit. a der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272]). Der Kläger hat das für seinen Wohnort zuständige Gericht angerufen. Die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen ist damit gegeben.

1.2. Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) i.V.m. Art. 7 ZPO als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Darunter werden praxismässig auch Zusatzversicherungen wie die vorliegend zu beurteilende Kollektivtaggeldversicherung subsumiert, auf die das VVG zur Anwendung gelangt (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Februar 2012, KV-Z 2011/2, E. 1.1; vgl. ferner BGE 138 III 3 E. 1.1). Damit sind vorliegend auch die Voraussetzungen der sachlichen und funktionellen Zuständigkeit erfüllt.

1.3. Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht ist kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchzuführen (vgl. BGE 138 III 564 E. 4.6).

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

2.

2.1. Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu beurteilen ist der Anspruch des Klägers auf Taggelder der Beklagten für den Zeitraum vom 5. Mai bis 31. Dezember 2018 (vgl. act. G 1 S. 14, unten).

2.2. Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind gemäss Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ohne Rücksicht auf den Streitwert im vereinfachten Verfahren zu behandeln, wobei gemäss Art. 219 ZPO die Bestimmungen über das ordentliche Verfahren sinngemäss gelten (vgl. Christoph Leuenberger/Beatrice Uffer-Tobler, Schweizerisches Zivilprozessrecht, 2. Aufl. 2016, N 11.154 und 11.157). Art. 247 Abs. 2 ZPO sieht vor, dass das Gericht in solchen Streitigkeiten den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt. Diese sogenannte abgeschwächte oder soziale Untersuchungsmaxime gebietet es dem Gericht zwar, bei der Feststellung des Sachverhalts und der Beweiserhebung insbesondere durch entsprechende Fragen



mitzuwirken. Die Parteien werden dadurch aber nicht von der Pflicht zur Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhalts entbunden.

Grundsätzlich bleibt es Sache der Parteien, die wesentlichen Tatsachen vorzutragen und die Beweismittel zu bezeichnen (vgl. Stephan Mazan, N 3 ff. zu Art. 247, in: Karl Spühler/Luca Tenchio/Dominik Infanger [Hrsg.], Schweizerische Zivilprozessordnung, Basler Kommentar, 3. Aufl. 2017 [nachfolgend zitiert: BSK ZPO], BSK ZPO-Guyan, N 3 ff. zu Art. 153; vgl. Franz Hasenböhler, N 5 ff. zu Art. 153, in: Thomas C.Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO], 3. Aufl. 2016).

2.3. Nach Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB; SR 210) hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet (vgl. BGE 141 III 242 E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts vom 17. August 2015, 4A_246/2015, E. 2.2). Der Eintritt des Versicherungsfalls ist nach diesen Grundsätzen vom Anspruchsberechtigten zu beweisen (BGE 141 III 242 E. 3.1 mit Hinweis). Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst die anspruchsberechtigte Person insofern eine Beweiserleichterung, als sie nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Beim Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist verlangt, dass die Möglichkeit, es könnte sich auch anders verhalten, zwar nicht ausgeschlossen ist, sie aber für die betreffende Tatsache weder eine massgebende Rolle spielen noch vernünftigerweise in Betracht fallen darf (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2015, 4A_516/2014, E. 4.1 mit Hinweis u.a. auf BGE 130 III 325 E. 3.3).

2.4. An der Beweislast der anspruchsberechtigten Person ändert nichts, dass die Versicherung zunächst Taggelder ausbezahlt hat; macht sie geltend, die Umstände hätten sich geändert oder die Leistungen seien von vornherein zu Unrecht erbracht worden und die versicherte Person sei (wieder) arbeitsfähig, so hat die anspruchsberechtigte Person zu beweisen, dass sie (weiterhin) arbeitsunfähig ist und daher Anspruch auf Taggelder hat. Im Falle der Beweislosigkeit trägt mithin nicht die Versicherung, sondern die anspruchsberechtigte Person die Beweislast (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. August 2015, 4A_246/2015, E. 2.2 mit Hinweis).



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

3.

3.1. Das grundsätzlich anwendbare VVG enthält mit Ausnahme von Art. 87 VVG, der das selbstständige Forderungsrecht des Begünstigten in der kollektiven Unfall- oder Krankenversicherung normiert, keine spezifischen, im vorliegenden Fall interessierenden Bestimmungen zum Krankentaggeld. Es sind deshalb vorab die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend, vorliegend also die AVB der Beklagten.

3.2. Gemäss Ziff. ___ der AVB ist Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Als arbeitsunfähig gilt gemäss Ziff. ___ der AVB, wer aufgrund einer Krankheit seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen kann oder bei längerer Arbeitsunfähigkeit nicht in der Lage ist, eine andere, seinem Gesundheitszustand und seinen Fähigkeiten angemessene, zumutbare Tätigkeit auszuüben. Die Leistungen werden nach Ablauf der Wartefrist für jede medizinisch gerechtfertigte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % verhältnismässig zum bescheinigten Grad der Arbeitsunfähigkeit ausbezahlt (Ziff. ___ AVB). Die Arbeitsunfähigkeit muss von einem Arzt bescheinigt werden (Ziff. ___ AVB). Betrifft die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit eine bereits vergangene Zeitspanne, werden nur die drei dem ersten Arztbesuch (Beginn der ärztlichen Behandlung) vorangegangenen Tage berücksichtigt (Ziff. ___ AVB).



3.3. Die Definition der Arbeitsunfähigkeit in den AVB gleicht dem Sinn nach der in Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) enthaltenen Definition. Deshalb und mangels erkennbarer gegenteiliger Gesichtspunkte rechtfertigt es sich, bei der Auslegung von Ziff. ___ der AVB die im Sozialversicherungsrecht herrschende Interpretation zu beachten.

4.

4.1. Unbestritten ist der Taggeldanspruch bis zum 4. Mai 2018. Für diesen Zeitraum hat die Beklagte nach Ablauf der Wartefrist bereits Taggelder entrichtet (vgl. act. G 1.16 ff.). Strittig und zu prüfen ist nun aber, ob auch im Zeitraum vom 5. Mai bis 31. Dezember 2018 eine Arbeitsunfähigkeit und damit ein Taggeldanspruch bestanden hat (vgl. act. G 1 S. 14, unten).

4.2. Die Beklagte hat sich für die Einstellung der Taggeldleistungen per 4. Mai 2018 in erster Linie auf das Gutachten von Dr. G. ___ vom 30. April 2018 (act. G 3.29) und dessen Stellungnahme vom 24. Juli 2018 (act. G 3.36) gestützt, wonach per 1. Mai 2018 wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Demgegenüber beruft sich der Kläger insbesondere auf die Berichte von Dr. F. ___ vom 18. Mai 2018 (act. G 3.34) und vom 25. Februar 2019 (act. G 3.44 S. 19 f.) sowie auf das von ihm in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. I. ___ vom 18. Oktober 2019 (act. G 3.44 S. 4 ff.).

4.3. Zunächst macht die Beklagte geltend, gemäss AVB sei die um mehr als drei Tage rückwirkende Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit für ihre Leistungspflicht unbeachtlich. Folglich komme der durch Dr. F. ___ in seinem Bericht vom 25. Februar 2019 dem Kläger rückwirkend bis Oktober 2018 attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit keine Relevanz zu (vgl. act. G 3). Sinngemäss spricht die Beklagte damit sämtlichen retrospektiven Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen, die weiter als drei Tage zurückreichen, den Beweiswert ab. Würde man dieser Interpretation von Ziff. ___ AVB folgen, wäre die versicherte Person faktisch gehalten, alle drei Tage einen Arzt zu konsultieren, um den Leistungsanspruch gegenüber der Beklagten nicht zu verlieren. Eine solche Vorgabe wäre offensichtlich unverhältnismässig und kann nicht die Intention der Beklagten beim Verfassen der AVB gewesen sein. Auch der Wortlaut von Ziff. ___ AVB, wonach "nur die drei dem ersten Arztbesuch (Beginn der ärztlichen Behandlung) vorangegangenen Tage berücksichtigt" werden, wenn "die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit eine bereits vergangene Zeitspanne" betrifft, widerspricht der von der Beklagten in ihren Rechtsschriften vertretenen Lesart der Bestimmung (vgl. dazu auch die Ausführungen des Klägers in act. G 8 S. 2, unten). Viel eher ist aufgrund des Wortlauts und auch unter Berücksichtigung der systematischen Einordnung der Bestimmung innerhalb der AVB



anzunehmen, dass sich Ziff. ___ AVB in erster Linie auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit und somit den Beginn der Leistungspflicht der Beklagten bezieht, nicht jedoch zwingend auf spätere Arbeitsfähigkeitsschätzungen. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit ist vorliegend gerade nicht strittig (vgl. E. 4.1), womit Ziff. ___ AVB für die in diesem Verfahren zu beurteilende Klage ohne Relevanz bliebe. Denkbar wäre namentlich aufgrund des Wortlauts allenfalls aber auch, die in Ziff. ___ AVB enthaltene Bestimmung derart auszulegen, dass ihr nicht nur für den Beginn der Leistungspflicht der Beklagten Bedeutung zukommt, sondern auch spätere Arbeitsfähigkeitsschätzungen von der Beklagten nur zu akzeptieren sind, wenn sie sich nicht über den Zeitraum vor Behandlungsbeginn (bzw. eben höchstens über die drei Tage davor) bei der die Arbeitsunfähigkeit attestierenden Arztperson aussprechen. Welcher Auslegung den Vorzug zu geben ist, kann vorliegend offenbleiben. Denn Dr. F. ___ hat den Kläger bereits ab dem 22. Januar 2018 behandelt (vgl. act. G 3.21 und 3.34), sodass seine rückwirkende Arbeitsfähigkeitsschätzung für den hier interessierenden Zeitraum von Mai bis Dezember 2018 ohnehin beachtet werden kann (vgl. act. G 3.44 S. 19 f.; vgl. dazu auch act. G 8 S. 2, unten). Im Übrigen liegt von Dr. F. ___ auch ein echtzeitliches Arbeitsunfähigkeitsattest vom 18. Mai 2018 vor (act. G 3.34; vgl. ferner act. G 6.1.13) Die Arztzeugnisse sowie der Bericht vom 5. Februar 2018 von dipl. med. C. ___ können ebenfalls problemlos für die Beurteilung der Klage berücksichtigt werden, steht der Kläger doch bereits seit dem Jahr 2017 bei diesem Arzt in Behandlung (vgl. act. G 3.21 und 1.4 ff.). Dr. I. ___ hat in seinem Gutachten vom 18. Oktober 2019 keine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen (vgl. act. G 3.44 S. 18). Im neuropsychologischen Untersuchungsbericht des KSSG vom ___ August 2019 ist auf eine rückwirkende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sogar explizit verzichtet worden (vgl. act. G 3.44 S. 25). Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass Ziff. ___ AVB einer Berücksichtigung der seitens des Klägers eingereichten medizinischen Berichte jedenfalls nicht entgegensteht. Inwiefern tatsächlich auf diese Berichte abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiellen Beweiswürdigung zu klären.

4.4. Wie oben dargelegt (vgl. E. 2.2 ff.), liegt es grundsätzlich am Kläger, das Bestehen seiner Arbeitsunfähigkeit durch Benennung oder Vorlage entsprechender medizinischer Unterlagen zu belegen. Aus dem neuropsychologischen Bericht des KSSG vom ___ August 2019 über eine Untersuchung vom ___ August 2019 kann der Kläger grundsätzlich nichts zu seinen Gunsten ableiten, da ihm in diesem Bericht nur für den Zeitpunkt der Untersuchung eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit attestiert wird, die untersuchenden Fachpersonen jedoch explizit auf eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verzichtet haben (vgl. act. G 3.44 S. 21 ff.). Gleiches gilt bezüglich der



Arbeitsfähigkeit für das Gutachten von Dr. I. ___ vom 18. Oktober 2019. Auch dieser hat sich nicht zur Arbeitsfähigkeit des Klägers im hier interessierenden Zeitraum geäussert (vgl. act. G 3.44 S. 4 ff.). Zwar können grundsätzlich auch medizinische Berichte, die sich nicht explizit auf den eingeklagten Zeitraum beziehen, als Indiz für eine bestehende Arbeitsunfähigkeit gesehen werden, wenn sie Rückschlüsse auf den relevanten Zeitraum zulassen, namentlich, weil sie zusammen mit anderen medizinischen Berichten den Fortbestand einer Arbeitsunfähigkeit als überwiegend wahrscheinlich erscheinen lassen. Inwiefern dies im vorliegenden Fall ebenfalls gilt, braucht nicht weiter erörtert zu werden. Denn der neuropsychologische Bericht des KSSG vom __ August 2019 sowie das Gutachten von Dr. I. ___ vom 18. Oktober 2019 fügen sich jedenfalls nicht in eine gut dokumentierte medizinische Aktenlage ein, die den Schluss auf eine seit Mai 2018 bis in das Jahr 2019 reichende ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit zulassen könnte. Vielmehr liegen aus dem hier interessierenden Zeitraum von Mai bis Dezember 2018 als potentieller Nachweis für das Bestehen einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit, wie sie vom Kläger behauptet wird, lediglich zwei Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. F. ___ vom 18. Mai 2018 (act. G 3.34) und vom 16. Juli 2018 (act. G 6.1.13) sowie für den Monat Mai 2018 ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis von dipl. med. C. ___ vor (act. G 1.11). Nach Mai 2018 sind keine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von dipl. med. C. ___ mehr aktenkundig, welche die vom Kläger behauptete Arbeitsunfähigkeit belegen könnten. Im Übrigen hat die Beklagte diesbezüglich zu Recht darauf hingewiesen (vgl. act. G 3 S. 5), dass der Kläger in einem Telefonat mit der IV-Stelle vom 25. Juli 2018 angegeben hat, er wisse nicht, ob er aktuell krankgeschrieben sei, er habe keine Zeugnisse erhalten. Er erinnere sich, dass anfänglich der Hausarzt die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ausgestellt habe (act. G 6.1.18 S. 3). Der Kläger hat im Juli 2018 auch keinen anderen Arzt benennen können, der ihm eine Arbeitsunfähigkeit attestiert habe (vgl. act. G 6.1.18 S. 3). Der behandelnde Psychiater Dr. F. ___ hat in seinem Bericht vom 18. Mai 2018 zwar ausgeführt, er halte den Versicherten aktuell nicht für arbeitsfähig (vgl. act. G 3.34). In seinem Bericht vom 16. Juli 2018 zu Händen der IV-Stelle hat er jedoch angegeben, dass durch ihn bisher keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei (vgl. act. G 6.1.13). Im Bericht vom 25. Februar 2019 hat Dr. F. ___ rückwirkend wiederum eine Arbeitsunfähigkeit bis Oktober 2018 attestiert, ohne sich aber explizit zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu äussern (vgl. act. G 1.23). Zum einen bleibt unklar, ob sich die Einschätzungen von Dr. F. ___ auch auf leidensangepasste Tätigkeiten beziehen. Zum anderen leuchtet die bis Oktober 2018 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht ohne Weiteres ein, hat Dr. F. ___ doch angegeben, ab Juli 2018 sei es zu einer allmählichen Besserung des Gesundheitszustandes gekommen. Spätestens im Februar 2019 ist er nur noch von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (vgl. act. G



1.23). Eine nachvollziehbare und hinreichend detaillierte Begründung zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit lässt Dr. F.____ vermissen. Das Fehlen echtzeitlicher ärztlicher Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für den Juni 2018, die von Dr. F.____ ab Juli 2018 beschriebene Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie die seitens des RAD im August 2018 attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. act. G 6.1.17) sprechen jedenfalls für die Annahme einer vorübergehenden im Mai 2018 bereits im Wesentlichen überwundenen psychischen Krise im Sinne einer Anpassungsstörung, wie sie Dr. G.____ in seinem Gutachten vom 30. April 2018 (act. G 3.29 S. 9 f.) und zusätzlich in seiner Stellungnahme vom 24. Juli 2018 (act. G 3.36) gut nachvollziehbar begründet hat. Auch Dr. H.____ (act. G 3.31) sowie der RAD (act. G 6.1.17 S. 2) haben die Auffassung von Dr. G.____ geteilt. Die Beurteilungen von Dr. G.____ sind sorgfältig erstellt worden. Er hat die gestellten Diagnosen sowie seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der damaligen Aktenlage sowie der geklagten Beschwerden ausführlich und schlüssig begründet (vgl. act. G 3.29 und 3.36). Soweit der Kläger behauptet, die Beurteilung habe auf einer unvollständigen Aktenlage basiert, da die Auswirkungen der [...]geburtseines [...] Kindes keine Berücksichtigung gefunden hätten (vgl. act. G 1 S. 14, oben), ist ihm entgegenzuhalten, dass diese [...] im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. G.____ noch nicht erfolgt war (Geburtsdatum ____, act. 3.1.44 S. 10). Im Rahmen seiner Stellungnahme vom 24. Juli 2018 hat Dr. G.____ immerhin Bezug auf die mit der Geburt eines Kindes neu aufkommende Verantwortung genommen (vgl. act. G 3.36 S. 4, oben). Weiter ist diesbezüglich zu beachten, dass Dr. F.____ weder in seinem Bericht vom 18. Mai 2018 noch in demjenigen vom 18. Juli 2018 die Geburt des Kindes thematisiert hat (vgl. act. G 3.34 und 6.1.13), mithin dieses Ereignis wohl nicht als Ursache für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in Betracht gezogen hat. In seinem Bericht vom 25. Februar 2019 hat Dr. F.____ die mit der Pflege des Kindes verbundene Aufgabe sogar als wesentlichen Faktor, der zur Verbesserung des Gesundheitszustandes beigetragen habe, aufgeführt (vgl. act. G 3.44 S. 19 f.). Die vom KSSG und von Dr. I.____ erst im Jahr 2019 erstellten Berichte vermögen an der Beurteilung von Dr. G.____ ebenfalls keine ernsthaften Zweifel zu begründen, zumal sie sich, wie bereits erwähnt, nicht zur Arbeitsfähigkeit zwischen Mai und Dezember 2018 aussprechen. Eine nach der Leistungseinstellung durch die Beklagte allfällig erneut eingetretene Arbeitsunfähigkeit, beispielsweise aufgrund einer schizoaffektiven Störung, die sich gemäss Dr. I.____ entwickelt habe (vgl. act. G 3.44 S. 14), bliebe für die Leistungspflicht der Beklagten unbedeutend, da der Leistungsanspruch selbst für einen laufenden Krankheitsfall nach Austritt des Klägers aus dem versicherten Betrieb bei einem Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit nicht bestehen bleibt (Ziff. ____ Punkt AVB). Diesbezüglich ist auch zu beachten, dass Dr. I.____ in seinem Gutachten ausgeführt hat, dass es nach einem nicht



charakteristischen Vorstadium mit Affekt- und Denkstörungen zur Entwicklung eines systematisierten Wahngeschehens gekommen sei (vgl. act. G 3.44 S. 16, unten). Daraus kann geschlossen werden, dass dieses Wahngeschehen im Leistungseinstellungszeitpunkt eben noch nicht bestanden hat. Weder Dr. F.____ noch Dr. G.____ haben in ihren Berichten aus dem Jahr 2018 eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis in Erwägung gezogen. Da Dr. I.____ das Vorstadium als nicht charakteristisch beschreibt und das systematisierte Wahngeschehen im Wesentlichen aus den Angaben des Klägers abzuleiten scheint (vgl. act. G 3.44 S. 16 f.), bestehen auch gewisse Fragezeichen hinsichtlich der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung. Im Übrigen hat aber auch Dr. I.____ in seinem Gutachten vom 18. Oktober 2019 dem Kläger entgegen dessen Behauptung (vgl. act. G 1 S. 9) keine uneingeschränkte Arbeitsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt attestiert. Vielmehr hat Dr. I.____ einfache Routinetätigkeiten, wie beispielsweise einfache handwerkliche Arbeiten im Rahmen einer angepassten Tätigkeit in einem konfliktfreien Umfeld mit vorgegebenem Arbeitsablauf und ohne Zeit- und Leistungsdruck, grundsätzlich als vollumfänglich zumutbar erachtet (vgl. act. G 3.44 S. 18). Nach dem Gesagten ist eine Arbeitsunfähigkeit, die für den eingeklagten Zeitraum vom 5. Mai bis 31. Dezember 2018 Krankentaggeldleistungen begründen würde, jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb die Klage abzuweisen ist.

5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Klage im Sinne der Erwägungen abzuweisen ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 114 lit. e ZPO). Der Kläger hat entsprechend dem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 106 Abs. 1 ZPO i.V.m. Art. 95 ZPO). Die Beklagte hat mangels anwaltlicher Vertretung und mangels anderweitig geltend gemachten Vertretungsaufwandes (vgl. Art. 95 Abs. 3 ZPO) ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Sie hat eine solche denn auch nicht beantragt (Art. 58 Abs. 1 ZPO).

Entscheid



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

1.

Die Klage wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.