



Fall-Nr.: KV-Z 2012/10
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: KV - Krankenversicherung
Publikationsdatum: 16.12.2020
Entscheiddatum: 17.03.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 17.03.2014

Voraussetzungen der Leistungspflicht in der Krankentaggeld-Versicherung als Zusatzversicherung: Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit durch Bericht Konsiliarpsychiater nicht ausgewiesen. Einstellung der Taggeldleistungen daher zu Unrecht (bzw. verfrüht) erfolgt. Versicherung geriet durch zu Unrecht erfolgter Ablehnung weiterer Taggeldleistungen in Verzug; Mahnung Klägerin war für Auslösung Verzugszinspflicht nicht erforderlich (E. 4.2). (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. März 2014, KV-Z 2012/10)

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Vera Holenstein Werz

Entscheid vom 17. März 2014

in Sachen

A.____,

Klägerin,

vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei St. Jakob,
St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen,

gegen

CSS Versicherung AG, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21,
Postfach 2568, 6002 Luzern,

Beklagte,



betreffend

Taggeldleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.____, Jahrgang 19____, war seit 1. März 2009 als Pflegefachfrau beim Pflegezentrum B.____ angestellt und dadurch bei der CSS Versicherung AG (nachfolgend CSS, Taggeldversicherung oder Beklagte) gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1) für Taggeldleistungen im Krankheitsfall versichert (vgl. act. G 7, G 7.2, G 11.1). Seit 1. August 2009 leitete sie eine Station des Pflegezentrums (vgl. act. G 11.4). Ab Dezember 2010 traten gesundheitliche Probleme auf. Vom 6. Januar 2011 bis 6. Februar 2011 war sie von ihrem Hausarzt, Dr. med. C.____, wegen eines Burnout-Syndroms 100% arbeitsunfähig geschrieben worden (act. G 11.2, G 11.4).

A.b Der Absenzkoordinatorin der CSS berichtete die Versicherte am 30. März 2011, sie habe noch während der Arbeitsunfähigkeit vom 6. Januar 2011 bis 6. Februar 2011 von sich aus die Stationsleitung abgegeben. Als sie die Arbeit wieder aufgenommen habe, sei ihr am 8. Februar 2011 per 31. Mai 2011 gekündigt worden und sie habe ihr Arbeitspensum auf 80 oder 90% reduzieren müssen, womit sie nicht einverstanden gewesen sei (act. G 11.4, G 7.2). Dr. med. D.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, den sie am 12. Februar 2011 aufsuchte, schrieb sie ab dem Datum der Erstbehandlung zu 100% arbeitsunfähig und diagnostizierte eine Anpassungsstörung nach einem Arbeitskonflikt (ICD-10: F43.2) und eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10: F32.11; act. G 7.2 f.).

A.c Die Taggeldversicherung liess bei Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM und University Professional of Advanced Studies Insurance Medicine (DAS) ein versicherungsmedizinisches psychiatrisches Konsilium durchführen, das am 25. Mai 2011 stattfand und über das der Psychiater am 30. Mai 2011 berichtete (act. G 7.4). Er hielt fest, der Befund sei mit einer reaktiven Depression vereinbar, die inzwischen



St.Galler Gerichte

bereits weitgehend rückläufig, nach wie vor aber durch starke Kränkung geprägt sei. Die Versicherte sei in ihrem Denken nach wie vor überwiegend auf die Vergangenheit und die jetzigen Beschwerden eingeengt, ohne wesentlich nach vorne zu blicken. Er diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) und schrieb sie ab Datum der Untersuchung (25. Mai 2011) in ihrem bisherigen Einsatzgebiet wie auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu 100% arbeitsfähig. Dr. D. ___ hatte der Versicherten noch am 23. Mai 2011 ein Zeugnis mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 23. Mai bis 30. Juni 2011 ausgestellt (act. G 11.5). Am 3. Juni 2011 teilte die CSS der Versicherten mit, dass sie aufgrund der ärztlichen Auskünfte von Dr. E. ___ in ihrem Beruf als Pflegefachfrau ab sofort eine Arbeitsleistung von 100% erbringen könne. Das versicherte Taggeld werde noch maximal bis zum 10. Juni 2011 zu 100% ausgerichtet, danach würden die Leistungen eingestellt.

A.d Am 8. Juni 2011 trat die Versicherte zur stationären Behandlung ins Psychiatrische Zentrum F. ___ ein. Im ärztlichen Zeugnis vom 17. Juni 2011 diagnostizierte Oberarzt G. ___ ein mittelgradig depressives Syndrom (ICD-10: F32.11) und attestierte bis auf weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit (act. G 7.5). Dr. D. ___ hatte auf dem Einweisungsschreiben als Diagnose weiterhin die Anpassungsstörung nach einem Arbeitskonflikt (ICD-10: F43.21) bei einer Person mit starker Selbstwertproblematik genannt und angefügt, die Patientin habe nach der Untersuchung durch den Vertrauensarzt erneut dekompenziert, nachdem ihr Zustand Tendenz zur Beruhigung gezeigt habe. Weiter führte er aus, da sie tief depressiv und ängstlich sowie sehr unruhig sei, passive Todeswünsche habe und stets weine, weil sie die innere Spannung nicht aushalten könne, sei eine stationäre Behandlung im Sinn einer Krisenintervention notwendig (act. G 11.7). Die stationäre psychiatrische Behandlung dauerte über die ursprünglich angenommenen vier bis sechs Wochen hinaus an (vgl. act. G 7.5, G 11.10 ff.). Im Schreiben vom 16. August 2011 an die Rechtsvertreterin der Versicherten, Advokatin Anja Berther, CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG, St. Gallen, führten H. ___, Assistenzärztin, und Dr. med. I. ___, Oberarzt am Psychiatrischen Zentrum F. ___, aus, am Eintrittstag der Patientin (8. Juni 2011) habe ein stationär behandlungsbedürftiges schweres depressives Zustandsbild ohne psychotische Symptome mit drängenden Suizidgedanken bestanden. Trotz intensiver stationärer Behandlung dauerten die Beschwerden aktuell an und die Patientin werde die Therapie in der Klinik J. ___ fortsetzen. Die Dauer der weiterhin notwendigen



St.Galler Gerichte

stationären Behandlung sei nicht abzusehen und die Arbeitsunfähigkeit betrage während der Dauer des Klinikaufenthalts 100% (act. G 11.12). Die Arbeitsunfähigkeit wurde auch in der Klinik J.____ mit 100% attestiert (act. G 11.14 f., G 11.21 ff.).

A.e Mit Schreiben vom 7. Oktober 2011 teilte die CSS der Rechtsvertreterin der Versicherten mit, laut ihrer Gesellschaftsärztin sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht belegt und ein stationärer Aufenthalt deshalb aus ihrer Sicht nicht indiziert gewesen. Sie halte daher an ihrem Entscheid fest und leiste ab 11. Juni 2011 keine weiteren Taggelder mehr (act. G 11.16). An dieser Stellungnahme hielt die Taggeldversicherung auch am 19. Januar 2012 fest, nachdem sie Einblick in den Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums F.____ vom 17. August 2011 genommen hatte (act. G 11.25 ff., G 7.9). Am 14. Februar 2012 (vgl. Eingangsstempel) nahm die CSS auch den Bericht von K.____, Oberarzt, und lic. phil. L.____, Psychotherapeutin, Klinik J.____, vom 3. Februar 2012 zu den Akten, in dem der Verlauf der Behandlung geschildert, die Notwendigkeit des stationären Klinikaufenthalts dargelegt, dieser voraussichtlich per Ende Februar 2012 begrenzt und die volle andauernde Arbeitsunfähigkeit angeführt wurde (act. G 7.7).

B.

B.a Am 6. Dezember 2012 liess die Versicherte, neu vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, St. Gallen, Klage gegen die CSS einreichen mit dem Antrag, die Beklagte sei zu verpflichten, der Klägerin die vertraglichen Taggelder vom 1. Juni 2011 bis 30. April 2012 in der Höhe von Fr. 56'591.35 zuzüglich Zins zu 5% ab dem 16. Oktober 2011 auf den Betrag von Fr. 50'922.-- und 5% Zins ab dem 1. April 2012 auf den Betrag von Fr. 5'668.45 zu bezahlen, unter gesetzlichen Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Klägerin. Zusätzlich stellte sie den Verfahrens Antrag, die Beklagte sei zu verpflichten, ihre die Klägerin betreffenden Akten zu edieren (act. G 1). Zur Begründung führte sie an, das Gutachten von Dr. E.____ stehe sämtlichen anderen fachärztlichen Einschätzungen diametral gegenüber. Er habe deren Ansichten bis zum Zeitpunkt seiner Begutachtung geteilt, dann aber eine völlig neue Einschätzung vorgenommen, ohne sich mit den Ausführungen der andern Fachärzte zu beschäftigen. Auch nachträglich habe er sich weder mit den Berichten von Dr. D.____, der Psychiatrischen Tagesklinik F.____, noch der Klinik J.____ auseinandergesetzt, ja es



seien ihm diese von der Beklagten nachträglich nicht einmal vorgelegt worden. Eine Stellungnahme habe vielmehr Dr. med. M.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin mit Fähigkeitsausweis Vertrauensärztin SGV, vorgenommen. Ihr fehle jedoch die psychiatrische Fachkompetenz und sie habe vor allem die fachliche Kompetenz von Dr. E.____ unterstrichen und Fragen an das Psychiatrische Tageszentrum F.____ gestellt. Weiter habe Dr. D.____ im Bericht vom 15. Oktober 2011 an die vormalige Rechtsvertreterin der Klägerin einlässlich dargelegt, weshalb auf die Einschätzungen von Dr. E.____ nicht abgestellt werden könne. Die freie richterliche Beweiswürdigung könne aufgrund der Aktenlage nur zur Annahme führen, dass die Klägerin über den 31. Mai 2011 hinaus, vom 1. Juni 2011 bis zum 29. Februar 2012, in jeglicher Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig gewesen sei und damit in dieser Zeit Anspruch auf ein volles Taggeld der Beklagten habe. In den Monaten März 2012 und April 2012 sei sie zu 50% arbeitsunfähig gewesen. Aufgrund des Taggeld-Ansatzes von Fr. 185.85 habe die Beklagte der Klägerin Fr. 56'591.35 zu bezahlen (274 Tage zu 100% und 61 Tage zu 50%). Eine Mahnung sei spätestens im Schreiben der vormaligen Rechtsvertreterin der Klägerin vom 13. Juli 2011 zu erblicken, womit diese der Beklagten mitgeteilt habe, dass sie mit ihrer Ablehnung gemäss Schreiben vom 3. Juni 2011 nicht einverstanden sei. Damit sei die Beklagte in Verzug gesetzt worden. Die Klägerin mache den Verzugszins ab dem mittleren Verfalldatum Mitte Oktober 2011 respektive ab dem 1. April 2012 geltend. Als Beilage reichte sie die Kopie eines Berichts aus dem Beobachter Nr. 20/2011 über die Arbeitssituation bei ihrer ehemaligen Arbeitgeberin ein (abrufbar unter: <http://www.beobachter.ch/geld-sicherheit/krankenkasse/artikel/pflegezentrum-in-bauma-zh_profit-auf-kosten-der-bewohner/>, abgerufen am 13. November 2013; act. G 1.2).

B.b Die Beklagte beantragte mit Klageantwort vom 20. März 2013 (act. G 7), die Klage sei abzuweisen. Eventualiter sei die Klage teilweise gutzuheissen und der Klägerin für die Zeit vom 11. Juni 2011 bis 31. Juli 2011 Taggelder von Fr. 9'478.35 und 5% Verzugszins ab dem 15. Juli 2011 zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Klägerin. Zur Begründung führte sie aus, der Bericht von Dr. E.____ stehe nicht im Widerspruch zu den Akten, die im Zeitpunkt der Begutachtung vorgelegen hätten. Dies sei einzig die von Dr. D.____ im Bericht vom 20. April 2011 - ebenfalls gestellte - günstige Prognose gewesen, die etwas früher als nach den angenommenen zwei bis drei Monaten eingetreten sei. Richtig sei, dass sich



die Klägerin ab dem 8. Juni 2011, knapp zwei Wochen nach der Begutachtung durch Dr. E.____, aus unklaren Gründen in stationäre Behandlung in das Psychiatrische Zentrum F.____ begeben habe. Entgegen der Behauptung der Klägerin sei dort anfänglich kein schweres depressives Zustandsbild, sondern ein mittelgradig depressives Syndrom gemäss ICD-10: F32.11 festgestellt worden (vgl. Bericht vom 17. Juni 2011, act. G 7.5). Hingegen sei offenbar die ursprüngliche Anpassungsstörung nicht mehr vorhanden gewesen, werde sie doch weder in diesem Erstbericht, noch in einem der späteren Spitalberichte von F.____ oder J.____ jemals wieder erwähnt. Dafür tauchten neue Krankheitsaspekte und neue Diagnosen auf (traumatische Erlebnisse aus der Vergangenheit, Gewalterfahrung, Kriegserlebnisse etc. und persönliche Konflikte mit dem der Klägerin teilweise bekannten Personal der Klinik), was dann zusammen offensichtlich zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands (neu eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome gemäss ICD-10: F32.2) und einer notwendigen Verlegung nach J.____ mit Verlängerung des stationären Aufenthalts auf rund neun Monate anstatt der prognostizierten vier bis sechs Wochen geführt habe. In J.____ seien dann zusätzlich eine belastende Ehesituation der Klägerin und daraus resultierend eine psychosoziale Belastungssituation mit zunehmend auftauchenden früheren Traumatisierungen nach ICD-10: F32.2 und eine posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10: F43.1 zum Vorschein gekommen (vgl. act. G 7.5 und G 7.7). Dabei handle es sich offensichtlich um neue Erkrankungen ohne direkten Zusammenhang zur ursprünglichen Anpassungsstörung, welche bei der Klägerin nach dem Austreten aus dem Kreis der Versicherten per 31. Mai 2011 aufgetreten seien. Weiter verwehre sie sich gegen die Stellungnahme von Dr. D.____ gegen den Bericht von Dr. E.____ und weise darauf hin, dass Dr. D.____ als behandelnder Arzt dazu neige, zugunsten seiner Patientin eine advokatorische Stellung einzunehmen. Er verfüge - im Gegensatz zu Dr. E.____ - auch nicht über einen Facharzt-Titel FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein weiterer Grund, weshalb nicht auf seine Stellungnahme abgestellt werden könne. Es wirke auch sehr konstruiert und wenig plausibel, dass die Klägerin, nach offensichtlich verbessertem Gesundheitszustand zur Zeit der Begutachtung, die rund zwei Wochen später geltend gemachte Gesundheitsverschlechterung mit mehrmonatigem stationärem Aufenthalt einzig auf eine positive Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit durch Dr. E.____ zurückführen wolle. Selbst wenn man zugunsten der Klägerin zum Ergebnis gelangte, dass sie wenigstens



zu Beginn der stationären Behandlung noch an Restbeschwerden der (versicherten) Anpassungsstörung gelitten habe, so hätte sie sich selbst nach der Prognose von Dr. D.____ bis im Juni/Juli 2011 wieder vollständig erholt. Im Sinn des Eventualantrags würde sie einen allfälligen restlichen Taggeldanspruch allerhöchstens noch bis Ende Juli 2011 akzeptieren, obwohl sie von der Richtigkeit der Einschätzung von Dr. E.____ ausgehe. Nach ihrer Auffassung habe die Klägerin ab dem 11. Juni 2011 keinen Anspruch auf weitere Taggeldleistungen mehr, da es sich um eine Neuerkrankung nach Austritt aus dem Kreis der Versicherten per 31. Mai 2011 handle. Eventualiter stehe ihr unter Annahme einer Überlappung der Anpassungsstörung gemäss Prognose von Dr. D.____ noch ein Taggeldanspruch bis maximal Ende Juli 2011 und damit von Fr. 9'478.35 (51 x Fr. 185.85) zu. Für die Zeit vom 1. bis 10. Juni 2011 sei der Klägerin das Taggeld ohnehin schon ausbezahlt worden (vgl. act. G 7.8). Da diese das Schreiben ihrer Rechtsschutzversicherung vom 13. Juli 2011, in dem sie eine Mahnung erblicke, nicht auflege, sei auf die Verzugszinsforderung nicht weiter einzugehen. Die zehn beigelegten Unterlagen bezeichnete das Gericht mit act. G 7.1 bis G 7.10.

B.c Mit Replik vom 4. April 2013 hielt die Klägerin an der Klage fest, reduzierte aber den Forderungsbetrag um Fr. 1'858.40 auf Fr. 54'732.95 zuzüglich Zins (act. G 11). Ihrem Standpunkt laut Klageschrift verlieh sie nochmals Nachdruck. Insbesondere unterstrich sie, dass sie nicht wegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustands am 8. Juni 2011 die stationäre Behandlung angetreten habe, sondern weil ihr Gesundheitszustand eine stationäre Therapie erforderlich gemacht habe. Die traumatischen Inhalte aus ihrer Vergangenheit seien laut Bericht des Psychiatrischen Zentrums F.____ im Rahmen der Kündigung und des beruflichen Reputationsverlusts reaktiviert worden, mithin zu einem Zeitpunkt, als sie bei der Beklagten versichert gewesen sei. An der fachlichen Qualifikation von Dr. D.____ könnten - auch für 2011 - keine Zweifel bestehen. Er verfüge seit 1965 über ein Arztdiplom und sei im FMH-Verzeichnis aufgeführt. Dort werde auch eine Fortbildungs-/Diplombestätigung in Psychiatrie und Psychotherapie 2012-2014 erwähnt. Er unterlasse den Verweis auf den Zusatz "FMH", da nicht vorhanden. Die Klägerin rügt auch die mangelnde Dokumentation durch die Beklagte. Obwohl sie vom Gericht mit Schreiben vom 10. Dezember 2012 aufgefordert worden sei, die vollständigen Vorakten einzureichen, habe sie lediglich zehn Aktenstücke eingereicht. Sie ergänze diese Akten mit denjenigen, die ihr zur Verfügung stehen würden, und beantrage, die Beklagte zu



St.Galler Gerichte

verpflichten, dem Gericht sämtliche Akten einzureichen. Die 27 beigelegten Aktenstücke bezeichnete das Gericht mit act. G 11.1 bis G 11.27.

B.d Mit Duplik vom 25. April 2013 hielt die Beklagte an ihren Anträgen gemäss Klageantwort fest (act. G 13). Sie bezeichnete insbesondere die Kritik (von Dr. D.____) am Gutachten von Dr. E.____ als unsachgemäss und führte aus, dass sehr wohl auf dieses abgestellt werden könne. Das Schreiben der CAP vom 13. Juli 2011 (act. G 11.9) stelle keine Mahnung dar, sondern ein Gesuch um Akteneinsicht. Eine Verzugszinspflicht vor dem Zeitpunkt der Klageeinreichung sei daher nicht belegt.

C.

C.a Mit Schreiben vom 30. August 2013 forderte die instruierende Gerichtsschreiberin die Klägerin auf, Belege für ihre 50%ige Arbeitsunfähigkeit während der Monate März und April 2012 einzureichen (act. G 15). Von der Beklagten forderte sie ebenfalls am 30. August 2013 weitere Unterlagen ein (act. G 16).

C.b Die Klägerin teilte dem Gericht am 5. September 2013 mit, für die Monate März 2012 und April 2012 seien keine Arztzeugnisse vorhanden, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierten. Sie habe ab März 2012 wieder zu 70% gearbeitet (act. G 17). Die Beklagte hielt am 17. September 2013 fest (act. G 18), das Gericht verfüge über alle entscheidungswesentlichen Akten der CSS. Von den am 30. August 2013 ausdrücklich eingeforderten Unterlagen könne sie nur den Auftrag an Dr. E.____ vom 10. Mai 2011 nachreichen (act. G 18.1).

C.c Die genannten Antworten der Parteien wurden am 19. September 2013 je der Gegenpartei zugestellt (act. G 19). Die eingeräumte Möglichkeit für eine allfällige Stellungnahme bis 9. Oktober 2013 nutzten beide Parteien nicht.

D.

Auf die weiteren Begründungen in den Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:



1.

1.1 Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Gemäss Art. 22 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen "Die Krankentaggeldversicherung für Kleinunternehmen" (AVB), der CSS, Ausgabe 01.2004 (act. G 7.1) kann die versicherte Person an ihrem schweizerischen Wohnort Klage erheben. Dies ist vorliegend erfolgt, weshalb die örtliche Zuständigkeit gegeben ist. Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EGZPO; 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). Damit ist vorliegend auch die Voraussetzung der sachlichen Zuständigkeit erfüllt. Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht ist kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchzuführen (vgl. BGE 138 III 558). Auf die Klage ist somit einzutreten.

1.2 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, Bern 2010, N 11.154, N 11.157). Da die Klägerin anwaltlich und die Beklagte durch Mitarbeitende im eigenen Rechtsdienst vertreten ist und die Klägerin in der begründeten Klageschrift die Tatsachenbehauptungen hinreichend substantiiert vorgebracht hat, hat die Verfahrensleitung anstelle einer mündlichen Verhandlung einen doppelten Schriftenwechsel angeordnet (vgl. Art. 246 Abs. 2 ZPO). 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 auch nicht von der Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhalts entbunden. Sie bleiben mitverantwortlich für die Beweisführung und haben



insbesondere die Beweismittel zu benennen und beizubringen (vgl. Peter Guyan in: Basler Kommentar zur ZPO, 2. Aufl. Basel 2013 [nachfolgend als Basler Kommentar zur ZPO zitiert], Art. 153 N 3 ff., insbesondere N 9; Franz Hasenböhler in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], ZPO Kommentar, 2. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2013 [nachfolgend als ZPO Kommentar zitiert], Art. 153 N 5 ff.; Bernd Hauck in: ZPO Kommentar, Art. 247 N 33; sowie BGE 130 III 107 E. 2.2, BGE 125 III 238 f. E. 4a und BGE 107 II 236 E. 2c mit weiteren Hinweisen). Die Untersuchungsmaxime ändert auch nichts an der formellen Beweislast. Kann etwa das Bestehen einer entscheidenderheblichen Tatsache durch das Gericht weder bejaht noch verneint werden, entscheidet es trotz Untersuchungsmaxime gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) nach Beweislastgesichtspunkten (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2000, 4C.283/1999, E. 2b; Hauck, a.a.O., Art. 247 N 37).

1.3 Im Zivilprozess gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO). Das Gericht hat bei der Bewertung der erhobenen Beweise unabhängig von abstrakten (schablonenhaften) 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, a.a.O., Art. 157 N 8 f.). Erachtet das Gericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen abschliessen. Ob das Gericht ein (medizinisches) Gutachten anzuordnen hat und welche Regeln allenfalls dafür gelten, bestimmt sich nach Art. 183 ff. ZPO (vgl. auch Thomas Weibel in: ZPO Kommentar, Art. 183 N 8 ff.).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist analog zur Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352, E. 3a mit Hinweis).



2.

2.1 Laut Police Nummer ___-___-___-___ ihrer damaligen Arbeitgeberin und den AVB geniesst die Klägerin über die Beendigung des Arbeitsverhältnisses (per 31. Mai 2011) hinaus und maximal bis zum Ablauf der gesamten Leistungsdauer (Aussteuerung) Versicherungsschutz, sofern sie wegen Krankheit arbeitsunfähig ist und die Arbeitsunfähigkeit über das Ausscheiden bei der Arbeitgeberin hinaus andauert (act. G 11.1, G 7.1 Art. 8.3). Taggelder entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit sind zudem nur geschuldet, wenn die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit mindestens 50% beträgt (AVB Art. 15.3 f.). Diese Leistungsvoraussetzungen sind unbestritten.

2.2 Die erneute Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit der Klägerin ab 12. Februar 2011 (act. G 11.3), nachdem sie vom 6. Januar bis 6. Februar 2011 bereits 100% arbeitsunfähig gewesen war (act. G 11.2, G 7.2 f.), löste unbestritten eine Leistungspflicht der Beklagten für Taggelder aufgrund der Police Nummer ___-___-___-___ aus (act. G 11.1, G 7.1).

2.3 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beklagte zu Recht die Taggeldzahlungen per 10. Juni

2011 begrenzt hat bzw. eventualiter bereit ist, diese noch bis längstens Ende Juli 2011 auszudehnen.

3.

3.1 Die Klägerin war laut den Zeugnissen ihrer behandelnden Ärztinnen und Ärzte vom 6. Januar bis 6. Februar 2011 (act. G 11.2) und danach ab 12. Februar 2011 bis Ende Februar 2012 durchgehend aufgrund psychiatrischer Diagnosen zu 100% arbeitsunfähig (act. G 7.3, G 7.5 ff.). Vom 8. Juni 2011 bis 17. August 2011 weilte sie deswegen zur stationären Behandlung im Psychiatrischen Zentrum F.____ (act. G 7.6) und ab 21. August 2011 bis Ende Februar 2012 mit zwei kurzen Unterbrüchen in der Klinik J.____ wobei die Therapie vom 15. November bis 21. Dezember 2011 teilstationär durchgeführt wurde (act. G 7.7, G 11.21 ff.).

3.2



3.2.1 Abweichend von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten beurteilte Dr. E.____ die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin im Bericht über die konsiliarische Untersuchung vom 25. Mai 2011 ab dem Datum der Untersuchung als nicht mehr gegeben (act. G 7.4). Der Konsiliarpsychiater erhob als Befund eine überwiegend wieder ausgeglichene Stimmungslage und eine affektive Auslenkbarkeit und stellte fest, dass die Versicherte im Affekt nach wie vor massiv gekränkt sei über die Auseinandersetzung an ihrem letzten Arbeitsplatz sowie das Ende des zweijährigen Arbeitsverhältnisses. Er beurteilte den Befund als mit einer reaktiven Depression vereinbar, die inzwischen bereits weitgehend rückläufig, nach wie vor aber durch starke Kränkung geprägt sei. Im Augenblick sei die Versicherten in ihrem Denken nach wie vor überwiegend auf die Vergangenheit und die jetzigen Beschwerden eingeengt, ohne wesentlich nach vorne zu blicken. Hinweise auf eine affektive Erkrankung mit episodentartigem Verlauf einer Depression fand Dr. E.____ nicht.

3.2.2 Die Feststellung des Konsiliarpsychiaters, die Versicherte sei ab dem Datum der Untersuchung wieder 100% arbeitsfähig, ist nicht schlüssig. Dass die Versicherte trotz den von ihm anerkannten erheblichen Restbeschwerden ab dem gleichen Tag wieder voll - und nicht allenfalls nur teilweise - arbeitsfähig sei, begründete er keineswegs. Er setzte sich auch nicht mit der abweichenden Einschätzung durch Dr. D.____ auseinander, der sie weiterhin 100% arbeitsunfähig schrieb. Sowohl im Auftrag der Beklagten vom 10. Mai 2011 (act. G 18.1) als auch im Bericht von Dr. E.____ vom 30. Mai 2011 fehlen ausdrückliche Angaben, welche Vorakten dem Konsiliarpsychiater zur Verfügung gestanden hatten. Die CSS erwähnte lediglich, die vorhandenen medizinischen Akten würden beigelegt. Daher ist nicht erwiesen, aber wahrscheinlich, dass Dr. E.____ der Bericht von Dr. D.____ vom 20. April 2011 (act. G 7.3, mit Eingangsstempel der CSS vom 27. April 2011) bekannt war. Der behandelnde Psychiater war darin davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin in zwei bis drei Monaten voraussichtlich eine 50%-Tätigkeit aufnehmen könne, mithin bei Verwirklichung seiner günstigen Prognose frühestens ab Ende Juni teilarbeitsfähig würde. Neben den fehlenden Angaben zu den Vorakten und der Auseinandersetzung mit ihnen machte Dr. E.____ auch keinerlei Angaben zur Dauer der konsiliarischen Untersuchung der Beschwerdeführerin. Sein Bericht vom 30. Mai 2011 erfüllt zusammenfassend die in Erwägung 1.4 aufgeführten Voraussetzungen eines beweiskräftigen Arztberichts nicht. Der Beweis, dass die Beschwerdeführerin ab Ende



Mai 2011 wieder 100% arbeitsfähig war, ist durch den Bericht des Konsiliarpsychiaters daher nicht erbracht.

3.2.3 Diese Würdigung des Berichts von Dr. E.____ erfolgt ohne Rücksicht auf die Ausführungen von Dr. D.____ in seiner Stellungnahme vom 15. Oktober 2011 (act. G 11.17). Diese zeigt zwar ebenfalls Ungereimtheiten der Beurteilung durch den Konsiliarpsychiater auf, ist aber für die Würdigung derselben nicht erforderlich, weshalb an dieser Stelle nicht näher darauf einzugehen ist.

3.2.4 Es ist zwar nicht klar, wann das Attest von Dr. D.____ vom 23. Mai 2011 über eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit bis 30. Juni 2011 (act. G 11.5) bei der Beklagten einging. Aufgrund des neuerlichen Attests des behandelnden Psychiaters bestand zusammen mit seinem Bericht vom 20. April 2011 (act. G 7.3) jedoch ein erheblicher Widerspruch bezüglich Arbeitsfähigkeit, auf den die Beklagte durch umgehende Nachfrage bei Dr. E.____ hätte reagieren müssen. Ein solches Vorgehen hätte dem Konsiliarpsychiater auch erlaubt, die im Bericht vom 30. Mai 2011 fehlende Auseinandersetzung mit der abweichenden Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Psychiater nachträglich vorzunehmen. Laut Aktenlage ist jedoch beides unterblieben. Etwas anderes wird von der Beklagten auch nicht behauptet.

3.3 Ist die Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, wie sie Dr. E.____ attestiert hatte, nicht schlüssig bewiesen, stellen sich weiter die Fragen, wie die übrigen Arztberichte zu würdigen sind und insbesondere ob eine Arbeitsunfähigkeit der Klägerin bestätigt ist, die die Leistungspflicht der Beklagten für Taggelder bis 29. Februar 2012 und allenfalls auch für März und April 2012 zur Folge hat.

3.3.1 Zunächst ist die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit durch Dr. D.____ zu prüfen. Ab Beginn der Behandlung am 12. Februar 2011 attestierte er der Klägerin volle Arbeitsunfähigkeit (act. G 11.3). Im ausführlichen Bericht an die Beklagte vom 20. April 2011 wiederholte er diese Einschätzung, sagte seiner Patientin eine günstige Entwicklung voraus und prognostizierte eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu 50% in zwei bis drei Monaten (act. G 7.3). Als Diagnosen nannte der behandelnde Psychiater eine Anpassungsstörung nach einem Arbeitskonflikt (ICD-10: F43.2) sowie eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10: F32.11). Mit Zeugnis vom 23. Mai 2011



bestätigte er die volle Arbeitsfähigkeit vom 23. Mai bis 30. Juni 2011 (act. G 11.5). In der Überweisung an das Psychiatrische Zentrum F.____ vom 7. Juni 2011 (act. G 11.7) führte Dr. D.____ aus, der Zustand habe Tendenz zur Beruhigung gezeigt. Nach der Untersuchung beim Vertrauensarzt habe die Patientin jedoch erneut dekompenziert. Zur stationären Behandlung im Sinn einer Krisenintervention überwies der behandelnde Psychiater seine Patientin, weil sie tief depressiv, ängstlich und sehr unruhig sei, passive Todeswünsche habe und stets weine, weil sie die innere Spannung nicht aushalten könne. Diese Atteste sind widerspruchsfrei. Mit der Dekompensation der Klägerin und ihrer Hospitalisierung ab 8. Juni 2011 zeigte sich zwar, dass die Prognose von Dr. D.____, die er im Bericht vom 20. April 2011 formuliert hatte, zu optimistisch war. Es ist jedoch ein Merkmal psychischer Störungen, dass sie einen wechselhaften, nicht linearen Verlauf zeigen und dass ohne besonderen Anlass (zum Beispiel auch im Rahmen einer zu wenig behutsamen Therapie) Retraumatisierungen auftreten können (vgl. auch Rainer Tölle/Klaus Windgassen, Psychiatrie, 14. Aufl. Heidelberg 2006, S. 69 ff.). Der behandelnde Psychiater gab indessen Befunde an, die bezüglich der diagnostizierten Störungen und ihrem erfahrungsgemässen Verlauf konstant sind. Seine Atteste sind beweiskräftig.

3.3.2 Die Beklagte führt zu Recht aus, G.____, Oberarzt am Psychiatrischen Zentrum F.____, habe am 17. Juni 2011 ein mittelgradiges depressives Syndrom (ICD-10: F32.11; act. G 7.5) attestiert. Aufgrund dieses Zeugnisses beurteilte sie die Notwendigkeit der Hospitalisation der Klägerin am 8. Juni 2011 als fraglich. Vorliegend ist jedoch die Arbeitsunfähigkeit der Klägerin aufgrund ihrer psychischen Erkrankung und nicht die Notwendigkeit der Hospitalisation Beweisthema. Letztere spielt höchstens indirekt eine Rolle, nämlich soweit aus der Tatsache, dass die Behandlung stationär durchgeführt wurde, eine volle Arbeitsunfähigkeit abgeleitet würde. Diesen Schluss stellt jedoch kein behandelnder Arzt her. - Eine volle Arbeitsunfähigkeit der Klägerin wurde auch von Oberarzt G.____ attestiert. Im genannten Zeugnis vom 17. Juni 2011 wurde die Diagnose (mittelgradiges depressives Syndrom [ICD-10: F32.11]) allerdings unvollständig wiedergegeben; dies gegenüber dem Einweisungsschreiben von Dr. D.____ vom 7. Juni 2011 (act. G 11.7, vgl. vorstehende Erwägung 3.3.1) und besonders gegenüber dem Austrittsbericht von Dr. I.____ und Assistenzärztin H.____ vom 17. August 2011, in dem eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) diagnostiziert und eine bei Eintritt mittel- bis schwergradig



depressive Patientin mit Suizidgedanken und passivem Todeswunsch beschrieben wurde (act. G 7.6). Auch in der Stellungnahme vom 16. August 2011 an die damalige Rechtsvertreterin der Klägerin hielten Dr. I.____ und Assistenzärztin H.____ abweichend vom Attest von Oberarzt G.____ fest, beim Eintritt ins Psychiatrische Zentrum F.____ habe ein stationär behandlungsbedürftiges schweres depressives Zustandsbild ohne psychotische Symptome mit drängenden Suizidgedanken bestanden (act. G 11.12). Die volle Arbeitsunfähigkeit der Klägerin ab 8. Juni 2011 und während der Dauer der stationären Behandlung im Psychiatrischen Zentrum F.____ von mindestens vier bis sechs Wochen Dauer ist im Attest von Oberarzt G.____ jedenfalls ausgewiesen.

3.3.3 Die volle Arbeitsunfähigkeit der Klägerin während der stationären Behandlung im Psychiatrischen Zentrum F.____ vom 8. Juni 2011 bis am 21. August 2011 (Datum des Eintritts in die Klinik J.____) ist laut Austrittsbericht vom 17. August 2011 gegeben (act. G 7.6). Assistenzärztin H.____ stellte der Klägerin am 15. Juli 2011 und 11. August 2011 zudem Zeugnisse aus, die ihr ab dem jeweiligen Ausstellungszeitpunkt bis auf weiteres volle Arbeitsunfähigkeit attestierten (act. G 11.10 f.). Im Zeugnis vom 18. August 2011 hielt sie zusammenfassend die volle Arbeitsunfähigkeit während des Klinikaufenthalts vom 8. Juni 2011 bis 17. August 2011 fest und bestätigte deren Andauern bis 21. August 2011 (act. G 11.13). Diese Arbeitsunfähigkeits-Atteste sind übereinstimmend und klar. Sie beweisen eine volle Arbeitsunfähigkeit der Klägerin vom 8. Juni 2011 bis am 21. August 2011 aufgrund ihrer psychischen Erkrankung (und deren stationärer Behandlung).

3.3.4 Auch während des stationären Aufenthalts in der Klinik J.____, vom 21. August 2011 bis am 12. November 2011 sowie vom 28. Dezember 2011 bis Ende Februar 2012, bzw. während der teilstationären Behandlung am gleichen Ort vom 15. November 2011 bis am 21. Dezember 2011 wurde der Klägerin eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Entsprechende Bescheinigungen finden sich einerseits im Bericht von L.____ und K.____ vom 3. Februar 2012 über die Behandlungen in der Klinik J.____ (act. G 7.7), andererseits in den Arbeitsunfähigkeits-Zeugnissen vom 22. August 2011 und vom 8. September 2011 (act. G 11.14 f) sowie vom 10. November 2011, vom 6. Dezember 2011, vom 11. Januar 2012 und vom 9. Februar 2012 (act. G 11.21 ff.). Aufgrund dieser Atteste ist die volle Arbeitsunfähigkeit der Klägerin vom 21. August



St.Galler Gerichte

2011 bis 29. Februar 2012 aufgrund ihrer psychischen Erkrankung ebenfalls ausgewiesen.

3.3.5 Keine Arztatteste hatte die Klägerin für die geltend gemachte teilweise Arbeitsunfähigkeit in den Monaten März 2012 und April 2012 beigebracht. Auf Nachfrage der instruierenden Gerichtsschreiberin am 30. August 2013 bestätigte sie am 5. September 2013 durch ihren Rechtsvertreter, dass für jene beiden Monate keine Arztzeugnisse vorhanden seien und sie ab März 2012 zu 70% gearbeitet habe (act. G 15, G 17).

3.3.6 Zusammenfassend liegen für die Zeit ab dem 12. Februar 2011 bis zum 29. Februar 2012 ununterbrochen beweiskräftige ärztliche Bescheinigungen vor, die der Klägerin aufgrund ihrer psychischen Erkrankung volle Arbeitsunfähigkeit attestieren.

3.4

3.4.1 Gegen eine Leistungspflicht für Taggelder während der gesamten attestierten Arbeitsunfähigkeit, mithin bis am 29. Februar 2012, führt die Beklagte neben dem Bericht von Dr. E.____ und dem Einwand, die Behandlung der psychischen Erkrankung hätte nicht stationär erfolgen müssen, als weiteres Argument an, die Anpassungsstörung sei nur in den anfänglichen Berichten diagnostiziert worden. Daher sei davon auszugehen, diese Erkrankung sei abgeheilt und damit ihre Leistungspflicht spätestens per 31. Juli 2011 erschöpft.

3.4.2 Nach der ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen schliesst die Diagnose einer depressiven Episode (ICD-10: F32) diejenige einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) aus (vgl. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, Hrsg. Horst Dilling/Harald J. Freyberger, 5. überarb. Aufl., Bern 2010, S. 133). Im Austrittsbericht vom 17. August 2011 über die Behandlung am Psychiatrischen Zentrum F.____ diagnostizierten Dr. I.____ und Assistenzärztin H.____ eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) und hielten fest, dass das Zustandsbild aktuell unter Medikation mittelgradig ausgeprägt sei. Die Diagnosen im Bericht vom 3. Februar 2012 über die Hospitalisation in der Klinik J.____



lauten auf schwere depressive Episode vor dem Hintergrund einer psychosozialen Belastungssituation und zunehmend auftauchenden früheren Traumatisierungen (F32.2), posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) und akzentuierte Persönlichkeit mit leistungsorientierten, abhängigen und perfektionistischen Zügen (Z 73.1; act. G 7.7). In sämtlichen Behandlungsberichten werden der Arbeitskonflikt und der anschliessende Verlust des Arbeitsplatzes als Auslöser der ursprünglich diagnostizierten Anpassungsstörung geschildert sowie die Tatsache, dass im Verlauf der psychiatrischen Behandlung früher kompensierte bzw. (durch die Ablenkung und Befriedigung bei der Arbeit) überdeckte Konflikte aufgebrochen seien. Der Übergang einer Anpassungsstörung in ein (schweres) depressives Zustandsbild bzw. eine posttraumatische Belastungsstörung ist entgegen der Argumentation durch die Beklagte sehr wohl möglich (vgl. Vortrag Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Universität Freiburg, vom 21. September 2010 am Universitätsspital Basel, abrufbar unter <<http://www.psychosomatik-basel.ch/deutsch/bildung/dienstagmittagfortbildung/pdf/2010/bengel210910v.pdf>> abgerufen am 13. November 2013).

3.4.3 Allein aus der Tatsache, dass die Anpassungsstörung in den späteren Berichten nicht mehr als Diagnose genannt wurde, kann somit nicht geschlossen werden, diese ursprünglich diagnostizierte Erkrankung sei in der Zwischenzeit ausgeheilt. Ebenso wenig kann aufgrund der neuen Diagnosen auf eine Neuerkrankung der Klägerin nach dem Austritt bei der früheren Arbeitgeberin (und damit aus dem Kreis der versicherten Personen) geschlossen werden.

3.5

3.5.1 Es trifft zu, dass sich die psychische Krankheit der Klägerin Anfang Juni 2011 verschlimmert hatte und besonders aufgrund ihrer damals neu hinzugekommenen passiven Todeswünsche bzw. drängender Suizidgedanken eine Hospitalisation nötig machte (vgl. Überweisungsschreiben Dr. D.____ vom 7. Juni 2011 [act. G 11.7], Austrittsbericht Psychiatrisches Zentrum F.____ vom 17. August 2011 [act. G 7.6] und Stellungnahme von Dr. I.____ und Assistenzärztin H.____ vom 16. August 2011 an die damalige Rechtsvertreterin der Klägerin [act. G 11.12]). Soweit die Beklagte argumentiert, Dr. D.____ habe die Anpassungsstörung als Grund für die Hospitalisation angegeben, fasst sie sein Überweisungsschreiben unvollständig zusammen.



3.5.2 Der Grund für die Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands der Klägerin ist für die Beurteilung der Leistungspflicht der Beklagten für Taggelder während dieser Zeit (und während der anschliessenden Behandlung in der Klinik J.____) nicht relevant. Daher kann letztlich offen bleiben, ob er allein in der abweichenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. E.____ zu suchen ist, die die Klägerin als weitere Kränkung wahrgenommen habe, wie es Dr. D.____ im Überweisungsschreiben vom 7. Juni 2011 (act. G 11.7) und vor allem in der Stellungnahme vom 15. Oktober 2011 zum Bericht von Dr. E.____ tat (act. G 11.17), oder ob weitere Gründe mitspielten, wie zum Beispiel die Einstellung der Taggelderleistungen per 10. Juni 2011 durch die Beklagte (Schreiben vom 3. Juni 2011 [act. G 11.6]) oder die Tatsache, dass sie sich nach einer kurzen Anpassungszeit von einer knappen Woche um eine neue Stelle bewerben und/oder bei der regionalen Arbeitsvermittlung (RAV) zum Leistungsbezug anmelden musste, obwohl die Kränkung durch die Kündigung der früheren Arbeitsstelle und die Umstände, unter denen diese ausgesprochen worden war, noch massiv an ihr nagte, wie auch Dr. E.____ festgestellt hatte (act. G 7.4).

3.6

3.6.1 Wie bereits in Erwägung 3.3.2 ausgeführt, ist davon auszugehen, dass Oberarzt G.____ im Zeugnis vom 17. Juni 2011 (act. G 7.5) die Diagnose der Klägerin zu Beginn der stationären Behandlung im Psychiatrischen Zentrum F.____ unvollständig genannt hatte. Die Beklagte begründete ihre Zweifel an der stationären Behandlungsbedürftigkeit der Klägerin (die, wie ebenfalls in Erwägung 3.3.2 ausgeführt, vorliegend allerdings höchstens indirekt Beweisthema ist) mit den Ausführungen von Dr. E.____ und daneben nur mit dem Zeugnis von Oberarzt G.____. Dabei liess sie allerdings die ausführliche Diagnose und die weiteren Ausführungen von Dr. I.____ und Assistenzärztin H.____ im Austrittsbericht vom 17. August 2011 (act. G 7.6 sowie in deren mit dem Austrittsbericht übereinstimmenden Stellungnahme an die frühere Rechtsvertreterin der Klägerin vom 16. August 2011 [act. G 11.12]) ausser Acht. Auch die Erklärung von Dr. I.____ im Schreiben vom 12. Januar 2012 an die Vertrauensärztin der Beklagten (nicht nummerierte Beilage zu act. G 11.25), er könne zu anderweitigen Einschätzungen, vor allem von externen Gutachtern, nicht Stellung nehmen, da auch dies wieder eine gutachterliche Fragestellung sei, liess die Beklagte so stehen und teilte der Klägerin mit, es würden keine neuen medizinischen Tatsachen vorliegen,



weshalb am Entscheid vom 3. Juni 2011 (nur noch bis 10. Juni 2011 Taggelder auszurichten) festgehalten werde (act. G 11.25). Neue bzw. zusätzliche medizinische Tatsachen fanden sich jedoch im Austrittsbericht vom 17. August 2011 (wie gerade ausgeführt), zu denen die Beklagte bis dahin noch nicht Stellung genommen hatte.

3.6.2 Dr. E.____ wurde auch zu diesem Zeitpunkt nicht mehr zu den Diskrepanzen zwischen seinem Bericht und der Tatsache befragt, dass die Klägerin rund zwei Wochen nach seiner konsiliarischen Untersuchung hospitalisiert wurde und die stationäre bzw. vorübergehend teilstationäre Behandlung seither andauerte.

3.6.3 Bereits früher wurde ausgeführt, dass die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit durch Dr. E.____ als sofort nicht mehr vorhanden, nicht nachvollziehbar ist (vorstehende Erwägung 3.2). Die Diskrepanz zwischen seinem Bericht vom 30. Mai 2011 (act. G 7.4) und den Berichten der Ärztinnen und Ärzte des Psychiatrischen Zentrums F.____ vom 17. August 2011 (act. G 7.6) sowie der Klinik J.____ vom 3. Februar 2012 (act. G 7.7) erklärt sich neben der zwischenzeitlichen Dekompensation der Klägerin insbesondere mit der Tatsache, dass der Konsiliarpsychiater eine Momentaufnahme im besten Fall während mehrerer Stunden machte, während sie die Ärztinnen und Ärzte über einen Zeitraum von mehreren Wochen, ja sogar mehreren Monaten behandelten und beobachteten. Im Rahmen des stationären Aufenthalts waren die psychotherapeutischen Fachpersonen (vor allem in der Klinik J.____) auch mit mehreren Verschlechterungen des psychischen Gesundheitszustands ihrer Patientin konfrontiert, was ihnen einerseits erlaubte, deren Gründe zu analysieren und andererseits an deren Überwindung zu arbeiten. Solche Situationen boten sich Dr. E.____ schon allein aufgrund seines Auftrags nicht. Als medizinische Vorakte stand ihm zudem (vermutlich; vgl. Erwägung 3.2.2) nur der Bericht von Dr. D.____ vom 20. April 2011 (act. G 7.3) über dessen für die Klägerin erstmalige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung während etwas mehr als zwei Monaten zur Verfügung.

3.7 Zusammenfassend hat die Beklagte keine stichhaltigen Argumente gegen die bis 29. Februar 2012 anhaltende Arbeitsunfähigkeit der Klägerin und dagegen, dass diese auf die ursprüngliche psychische Erkrankung zurückzuführen ist, vorgebracht. Diese volle Arbeitsunfähigkeit der Klägerin, die beweiskräftig attestiert worden war, hat daher die Leistungspflicht der Beklagten für Taggelder bis 29. Februar 2012 zur Folge.



4.

4.1 Nachfolgend ist die Klage vom 6. Dezember 2012 betragsmässig zu prüfen:

4.1.1 Die Klägerin klagte ursprünglich den Betrag von Fr. 56'591.35 für Taggelder vom 1. Juni 2011 bis zum 30. April 2012, zuzüglich Verzugszinsen, ein (act. G 1). Diese Forderung setzte sich aus 274 vollen Taggeldern (bei 100% Arbeitsunfähigkeit) zu Fr. 185.85 vom 1. Juni 2011 bis zum 29. Februar 2012 sowie 61 halben Taggeldern (bei 50% Arbeitsunfähigkeit) für März und April 2012 zusammen (vgl. S. 9 der Klage [act. G 1]). Den Forderungsbetrag von Fr. 56'591.35 reduzierte die Klägerin in der Replik vom 4. April 2013 (act. G 11) um Fr. 1'858.40 auf Fr. 54'732.95. Sie anerkannte damit, dass die Beklagte die Taggelder bis 10. Juni 2011 bezahlt hatte (vgl. Leistungsabrechnung vom 29. Juli 2011 für Taggelder vom 1. bis 10. Juni 2011 [act. G 7.8]).

4.1.2 Nachdem die Taggeldzahlung vom 1. bis 10. Juni 2011 belegt und von der Klägerin als bezahlt anerkannt worden ist, bleiben vom 11. Juni bis 29. Februar 2012 264 Taggelder, für die eine Leistungspflicht besteht. Nicht ausgewiesen ist eine solche demgegenüber für die Monate März und April 2012, da für diese beiden Monate keine Arbeitsunfähigkeit (von mindestens 50%) attestiert worden ist (vgl. auch vorstehende Erwägung 3.3.5). Der von der Beklagten geschuldete Betrag beträgt demnach, bei einem unbestrittenen Tagesansatz von Fr. 185.85, Fr. 49'064.40 (264 x Fr. 185.85). In diesem Umfang ist die Klage vom 6. Dezember 2012 gutzuheissen.

4.2

4.2.1 Weiter klagte die Klägerin für die Taggeld-Nachzahlung bis 29. Februar 2012 Verzugszinsen zu 5% ab dem 16. Oktober 2011 ein. Sie führte zum Beginn der Verzugszinspflicht aus, mit Schreiben vom 13. Juli 2011 (act. G 11.9) habe sich die damalige Rechtsvertreterin im Namen der Klägerin mit der Leistungseinstellung per 31. Mai 2011 nicht einverstanden erklärt. Darin sei eine Mahnung zu erblicken. Sie mache Verzugszinsen ab dem mittleren Verfall Mitte Oktober 2011 geltend. - Die Beklagte bestritt, dass das genannte Schreiben der CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG eine Mahnung darstelle. Es handle sich vielmehr um ein



Gesuch um Akteneinsicht. Eine Verzugszinspflicht vor dem Zeitpunkt der Klageeinreichung am 6. Dezember 2012 sei nicht belegt.

4.2.2 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, Art. 102 N 3). Die AVB der Beklagten enthalten keine Bestimmung über die Fälligkeit von Taggeldleistungen. Diese richtet sich daher nach Art. 41 VVG und ist dahingehend speziell geregelt, als sie erst vier Wochen nach dem Zeitpunkt eintreten kann, in dem der Versicherer Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruchs überzeugen kann (sogenannte Deliberationsfrist; vgl. Urs Nef in: Basler Kommentar zum VVG, Basel 2001, Art. 41 N 12 ff.). Hat die anspruchsberechtigte Person (oder die ehemalige Arbeitgeberin als Versicherungsnehmerin) die nötigen Angaben gemacht und ist, wie vorliegend, die Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, gerät der Versicherer (nach Ablauf der vierwöchigen Deliberationsfrist) grundsätzlich erst durch Mahnung in Verzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2009, 4A_487/2007, E. 8.2; Pascal Grolimund/Alain Villard in: Basler Kommentar zum VVG, Nachführungsband, Basel 2012, Art. 41 ad N 20; Nef, a.a.O. Art. 41 N 20 mit Hinweisen). Lehnt die Versicherung freilich 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 (Grolimund/Villard, a.a.O., Art. 41 ad N 20 2. Abschnitt mit Hinweis auf das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 27. März 2006, KK. 2005.00009, E. 8.2 ff., und Nef, a.a.O., Art. 41 N 20). 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; Wiegand, a.a.O., Art. 102 N 11).

4.2.3 Nach den vorstehenden Ausführungen geriet die Beklagte mit der Ablehnung ihrer Leistungspflicht ab 11. Juni 2011, die mit eingeschriebenem Brief vom 3. Juni 2011 ausgesprochen wurde (act. G 11.6), in Verzug und war eine ausdrückliche



Mahnung der Taggeldleistungen durch die Klägerin nicht erforderlich. Für die Verzugszinsen, die die Beklagte der Klägerin auf den Taggeldern für die Zeit vom 11. Juni 2011 bis 29. Februar 2012 schuldet, rechtfertigt es sich aus praktischen Gründen, von einem mittleren Verfall am 21. Oktober 2011 auszugehen (11. Juni 2011 zuzüglich halbe Leistungsdauer von 132 Tagen [264 Tage : 2]; analog zum mittleren Verfall von Schadenszinsen; vgl. Christian Heierli/Anton K. Schnyder in: Basler Kommentar zum OR I, 5. Aufl. Basel 2011, Art. 42 N 5).

4.2.4 Nachdem die Höhe der Verzugszinsen von 5% dem gesetzlichen Betrag von Art. 104 Abs. 1 OR entspricht und eine abweichende Vereinbarung höherer Zinsen nicht geltend gemacht wird, sind der Klägerin solche ab dem 21. Oktober 2011 zuzusprechen. Auf dem Betrag von Fr. 49'064.40 schuldet ihr die Beklagte daher Verzugszinsen von 5% ab 21. Oktober 2011.

5.

5.1 Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist die Klage vom 6. Dezember 2012 dahingehend gutzuheissen, dass die Beklagte der Klägerin Taggelder von Fr. 49'064.40, zuzüglich Verzugszinsen zu 5% ab 21. Oktober 2011, zu bezahlen hat.

5.2 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).

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

5.2.2 Die weitgehend obsiegende, anwaltlich vertretene Klägerin hat eine Parteientschädigung beantragt. Die Parteientschädigung spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 96 ZPO). Das mittlere Honorar im Zivilprozess beträgt nach Art. 14 lit. d der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) Fr. 3'600.-- bei einem Streitwert von Fr. 50'000.-- bis Fr. 100'000.--, wobei 8,8% 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. Dieses lautete auf Fr. 56'591.35 (zuzüglich Verzugszinsen;



act. G 1). Die nachträgliche Reduktion der Klage auf Fr. 54'732.95 (zuzüglich Verzugszinsen) mit der Replik vom 4. April 2013 (act. G 11) ändert an der Höhe des Streitwerts nichts (vgl. Matthias Stein-Wigger in: ZPO Kommentar, Art. 91 N 14 ff., besonders N 17; Viktor Rüegg in: Basler Kommentar zur ZPO, Art. 91 N 3 ff., besonders N 7). Bei diesem Streitwert resultiert ein ungekürztes mittleres Honorar von Fr. 8'580.04 (Fr. 3'600.-- + 8,8% von Fr. 56'591.35). Da das Versicherungsgericht in Streitigkeiten betreffend die 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 Betrag von Fr. 10'296.05 ergibt. Da das vorliegende Verfahren in rechtlicher Hinsicht nicht als schwierig zu beurteilen ist, ist die Herabsetzung des so ermittelten mittleren Honorars in Anwendung von Art. 17 HonO um einen Viertel gerechtfertigt. Diese Reduktion trägt auch dem notwendigen Zeitaufwand Rechnung. Es resultiert ein mittleres Honorar von Fr. 7'722.04 bei vollem Obsiegen. Unter Berücksichtigung des teilweisen Obsiegens im Betrag von Fr. 49'064.40 (entsprechend einem Obsiegen von 86.7%) beläuft sich die Parteientschädigung auf Fr. 6'695.00 (86.7% von Fr. 7'722.04; vgl. Art. 106 Abs. 2 ZPO). Gemäss Art. 28^{bis} Abs. 1 HonO besteht Anspruch auf den pauschalen Ersatz für Barauslagen von 4% des Honorars, höchstens Fr. 1'000.--. Beim Honorar von Fr. 6'695.00 beträgt dieser Fr. 267.80. Die Mehrwertsteuer von 8% wird zum Honorar und zu den Barauslagen hinzugerechnet (Art. 29 HonO) und beträgt vorliegend gerundet Fr. 557.05.

5.2.3 Auch die teilweise obsiegende Beklagte hat eine Parteientschädigung beantragt. Dieses Verfahren wurde von Angestellten ihres Rechtsdiensts geführt, die nicht als berufsmässige Vertreter im Sinn von Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO gelten (vgl. Rüegg, a.a.O., Art. 95 N 18 und Benedikt A. Suter/Cristina von Holzen in: ZPO Kommentar, Art. 95 N 38 und N 42, je mit Hinweisen). Daher besteht 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 Klägerin 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.



Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 der sankt-gallischen Verordnung über die Organisation und den Geschäftsgang des Versicherungsgerichts (OrgV; sGS 941.114)

entschieden:

1. Die Klage wird dahingehend gutgeheissen, als die Beklagte verpflichtet wird, der Klägerin Fr. 49'064.40, zuzüglich Verzugszinsen zu 5% ab 21. Oktober 2011, zu bezahlen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beklagte hat die Klägerin mit Fr. 6'695.00 zuzüglich Barauslagen von Fr. 267.80 sowie der Mehrwertsteuer von Fr. 557.05, also insgesamt mit Fr. 7'519.85 zu entschädigen.
4. Der Beklagten wird keine Parteientschädigung zugesprochen.