

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2016 134

Urteil vom 9. August 2018

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Stefan Getzmann, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
Kläger,
vertreten durch Rechtsanwalt V. _____,

gegen

B. _____ **AG**,
Beklagte,

Gegenstand

Krankenversicherung (Krankentaggeld nach VVG)

Sachverhalt:

A. Mit Krankheitsanzeige vom 27. August 2014 (Eingang B. _____ am 23.9.2014) meldete die C. _____ AG der B. _____ AG (in der Folge B. _____) die am 28. Februar 2014 eingetretene, krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ihres Angestellten A. _____ (Jg. 1955), Versicherungsbroker. Die Meldung erfolgte im Rahmen des zwischen der C. _____ AG und B. _____ abgeschlossenen Vertrages über eine Lohnausfallversicherung für Unternehmen (VVG) mit Vertragsbeginn 1. Dezember 2009, Policen-Nr. _____ (BK-act. 1).

Die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit von A. _____ wurde als unbekannt bezeichnet. Der Anzeige lag ein am 26. August 2014 durch den Hausarzt Dr.med. E. _____ ausgestelltes Arbeitsunfähigkeitszeugnis (100% AUF vom 28.2.14 bis inkl. 26.6.14) sowie eine am 28. August 2014 von Dr.med. G. _____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) ausgestellte ärztliche Bestätigung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 26. Juni 2014 (Erstattet vom Hausarzt) bis 30. September 2014 bei (BK-act. 3). In der Folge bestätigte Dr.med. G. _____ (monatlich) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis am 30. November 2016 (BK-act. 40). Gemäss Schreiben vom 13. März 2017 wurde A. _____ durch Dr.med. G. _____ ab dem 28. Oktober 2016 als aus psychiatrischen Gründen voll arbeitsfähig beurteilt (K-act. 26).

B. Der Eingang der Krankheitsanzeige wurde am 23. September 2014 durch B. _____ bestätigt und gleichzeitig wurden Abklärungen für die Leistungserbringung angekündigt (BK-act. 6).

Am 9. Dezember 2015 teilte B. _____ A. _____ mit, aus psychiatrischer Sicht liege kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vor, womit eine Arbeitsunfähigkeit zu verneinen sei. Aus somatischer Sicht sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für die Monate April 2014 sowie September 2015 feststellbar. Aufgrund der verspäteten Anmeldung sowie der Leistungssperre infolge verspäteter Prämienzahlung sei man für die Arbeitsunfähigkeit vom April 2014 jedoch nicht leistungspflichtig (BK-act. 28). Für September 2015 werde eine Leistung in der Höhe von Fr. 4'356.-- erbracht.

C. Mit Schreiben vom 8. Februar 2016 forderte der damalige Rechtsvertreter von A. _____ von B. _____ eine Abrechnung über die geschuldeten Taggeldleistungen und die Ausrichtung der ihm zustehenden Leistungen sowie im Falle einer Leistungsverweigerung einen Verjährungsverzicht bis mindestens 31. Dezember 2016 ein. Nachdem ihm das Schreiben vom 9. Dezember 2015 (Ingress Bst. B) zugestellt wurde, forderte er zwecks Prüfung des Anspruches resp. der Leistungsverweigerung durch B. _____ die gesamten Akten ein. Am 19.

April 2016, nach Prüfung der zugestellten Akten, forderte der Anwalt B. _____ auf, "Ihre Leistungspflicht zu anerkennen und die längst fälligen Taggelder endlich auszurichten" (BK-act. 31). Für den Fall der Weigerung stellte er die gerichtliche Geltendmachung des Anspruchs in Aussicht (BK-act. 31). Am 5. August 2016 teilte B. _____ dem damaligen Rechtsvertreter von A. _____ mit, ihre Vertrauensärzte würden auch nach Lektüre der weiteren ärztlichen Berichte bestätigen, dass kein Gesundheitsschaden mit einer Arbeitsunfähigkeit vorliege. Man halte am Entscheid vom 9. Dezember 2015 fest und erbringe keine weiteren Leistungen (BK-act. 36).

Nachdem der damalige Rechtsanwalt von A. _____ von B. _____ am 14. September 2016 einen Verjährungsverzicht für Leistungen aus der A. _____ betreffenden Police bis mindestens 31. Dezember 2017 forderte, erklärte B. _____ am 3. Oktober 2016, auf die Einrede der Verjährung bis zum 31. Dezember 2017 zu verzichten, soweit die Verjährung bis zum heutigen Zeitpunkt (3.10.2016) nicht bereits eingetreten sei (BK-act. 41 und 42).

D. Am 28. November 2016 lässt A. _____ gegen die B. _____ Klage betreffend Taggeldleistungen einreichen mit den Anträgen:

1. Dem Kläger seien durch die Beklagte Taggeldleistungen in Höhe von CHF 229'202.90 nebst Zins zu 5% seit 1. März 2015 (mittlerer Verfall) zu bezahlen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten.

E. Mit Klageantwort vom 14. Februar 2017 beantragt die B. _____:

1. Die Klage vom 28. November 2016 sei vollumfänglich abzuweisen.
2. Unter o/e Kostenfolge zu Lasten des Klägers.

Mit Replik vom 27. März 2017 hält der Kläger an den mit Klage vom 28. November 2016 geltend gemachten Rechtsbegehren fest. Ebenso bestätigt die Beklagte mit Duplik vom 15. Mai 2017 ihre Rechtsbegehren in der Klageantwort. Nach Zustellung der Duplik stellt der Kläger am 29. Mai 2017 eine weitere Eingabe in Aussicht.

Am 2. Juni 2017 teilt der instruierende Richter den Parteien die Absicht mit, die IV-Akten beizuziehen, wozu die Parteien bis am 15. Juni 2017 Stellung nehmen könnten. Mit Schreiben vom 14. Juni 2017 verzichtet der Kläger auf Einwände gegen den Aktenbeizug sowie auf Einsicht in die IV-Akten. Gleichzeitig nimmt er Stellung zur Duplik. Ebenso erhebt die Beklagte keine Einwände (Schreiben datiert vom 27.4.2017, Postaufgabe 15.6.2017), wünscht jedoch Akteneinsicht. Am 29. Juni 2017 werden der Beklagten die IV-Akten sowie die Eingabe des Klägers vom 14. Juni 2017 zugestellt. Mit Schreiben vom 3. August 2017 teilt der instruiere-

rende Richter den Parteien mit, auf eine mündliche Hauptverhandlung zu verzichten, soweit nicht eine Partei bis am 21. August 2017 Einspruch gegen den Verzicht erhebe. Innert erstreckter Frist teilt der neue Rechtsvertreter des Klägers am 23. Oktober 2017 mit, an der Durchführung der mündlichen Hauptverhandlung festzuhalten, wobei gleichzeitig eine Parteibefragung sowie die Befragung der genannten Zeugen durchzuführen sei. Nach Rücksprache mit den Parteien erfolgte am 7. Februar 2018 die mündliche Hauptverhandlung mit persönlicher Befragung des Klägers.

F. Am 8. Februar 2018 teilte das Verwaltungsgericht den Parteien mit, dass aufgrund der Parteibefragung weitere Beweismittel eingeholt werden. Mit Schreiben vom 6. März 2018 ersuchte das Verwaltungsgericht folgende Personen (welche der Kläger vom Berufsgeheimnis gegenüber dem Gericht entbunden hat) um Zustellung der relevanten Akten betreffend die Behandlung des Klägers für die Zeit von 2014 bis 2016: PD Dr.med. N._____ (Gastroenterologie D._____), Dr.med. I._____ (Gastroenterologie D._____), Dr.med. G._____, Dr.med. J._____, Dr.med. E._____, und Raphael Schumacher (F._____ [Physiotherapie]). Am 14. März 2018 ersuchte das Gericht auch den Hausarzt Dr.med. K._____ (Hausarztpraxis ___) um Auskunft und Aktenedition. Die eingegangenen Akten wurden den Parteien am 17. April 2018 zur Einreichung einer allfälligen Stellungnahme zugestellt.

Am 7. Juni 2018 reicht die Beklagte ihre Stellungnahme zu den eingegangenen Akten ein. Am 13. Juli 2018 nimmt der Kläger Stellung zu den eingegangenen Akten sowie der Stellungnahme der Beklagten.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Eingeklagt sind vorliegend Taggeldleistungen aus der zwischen der Arbeitgeberin des Klägers und der Beklagten abgeschlossenen Lohnausfallversicherung für Unternehmen nach VVG (BK-act. 1).

1.1.1 Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 Satz 2 des Bundesgesetzes vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) dem Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1). Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (BGE 138 III 2 Erw. 1.1). Gestützt auf Art. 1 lit. a der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) vom 19. Dezember 2008 richtet sich das Verfahren nach der ZPO (Urteil BGer 4A_110/2017 vom 27.7.2017 Erw. 3).

Gemäss Art. 7 ZPO vom 19. Dezember 2008 können die Kantone ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung zuständig ist. Der kantonale Gesetzgeber hat in § 24 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EGzKVG, SRSZ 361.100) vom 19. September 2007 das Verwaltungsgericht als kantonales Versicherungsgericht bezeichnet. Es ist gemäss § 24 Abs. 2 EGzKVG auch für die Entscheidung von Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung zuständig.

1.1.2 Die Versicherer müssen ihre Verpflichtungen aus Versicherungsverträgen am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten oder des Versicherungsnehmers erfüllen. Der Gerichtsstand richtet sich nach der Schweizerischen Zivilprozessordnung (Art. 46a VVG). Unabhängig davon, ob der vorliegende Lohnausfallversicherungsvertrag als Konsumentenvertrag (Art. 32 ZPO) gilt oder unter die Grundsatzregel betreffend die örtliche Zuständigkeit für Klagen aus Vertrag (Art. 31 ZPO, wonach als Gerichtsstand u.a. der Ort der charakteristischen Leistung in Frage kommt) fällt, kann die Klage am Wohnsitz des Klägers, welcher sich am gleichen Ort befindet, wie der Sitz der Arbeitgeberin, erhoben werden. Ziffer 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Lohnausfallversicherung (VVG), Ausgabe 2008, (BK-act. 2) sieht als Gerichtsstand für Klagen aus dem Versicherungsvertrag ebenfalls u.a. die Gerichte am schweizerischen Wohnort der klagenden Partei vor.

Die Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts zur Beurteilung der vorliegenden Klage ist somit gegeben und auch unbestritten.

1.1.3 Bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, für welche die Kantone eine einzige kantonale Instanz nach Art. 7 ZPO bezeichnet haben, ist kein vorgängiges Schlichtungsverfahren durchzuführen (BGE 138 III 558 Erw. 4); das Beibringen einer gültigen Klagebewilligung der Schlichtungsbehörde nach Art. 209 ZPO entfällt somit (vgl. BGE 139 III 273 Erw. 2.1). Die übrigen Prozessvoraussetzungen (namentlich auch direktes Forderungsrecht, Art. 87 VVG) sind unbestrittenermassen gegeben, weshalb auf die Klage einzutreten ist.

1.2 Nach Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO gilt für vermögensrechtliche Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach KVG ohne Rücksicht auf den Streitwert das vereinfachte Verfahren. Das Gericht stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO; sog. soziale oder auch eingeschränkte Untersuchungsmaxime, vgl. Urteil BGer 5A_2/2013 vom

6.3.2013 Erw. 4.2). Der sozialpolitisch begründeten Untersuchungsmaxime geht es darum, die wirtschaftlich schwächere Partei zu schützen, die Gleichheit zwischen den Parteien herzustellen sowie das Verfahren zu beschleunigen. Die Parteien sind jedoch nicht davon befreit, bei der Feststellung des entscheidewesentlichen Sachverhalts aktiv mitzuwirken und die allenfalls zu erhebenden Beweise zu bezeichnen. Sie tragen auch im Bereich der Untersuchungsmaxime die Verantwortung für die Sachverhaltsermittlung. Das Gericht hat lediglich seine Fragepflicht auszuüben, die Parteien auf ihre Mitwirkungspflicht sowie das Beibringen von Beweisen hinzuweisen (Urteile BGer 5A_875/2015 vom 22.4.2016 Erw. 3.2.2; 5A_2/2013 vom 6.3.2013 Erw. 4.2; 4A_79/2012 vom 27.8.2012 Erw. 4.3). Zudem hat es sich über die Vollständigkeit der Behauptungen und Beweise zu versichern, wenn diesbezüglich ernsthafte Zweifel bestehen (Urteil BGer 4A_360/2015 vom 12.11.2015 Erw. 4.2 mit weiteren Hinweisen). Das Mass der richterlichen Hilfe hängt vom Einzelfall ab, namentlich von der sozialen und intellektuellen Disposition der Parteien. Stehen sich anwaltlich vertretene Parteien gegenüber, soll sich das Gericht zurückhalten (Botschaft zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, BBI 2006 S. 7221 ff. S. 7348; Urteile BGer 4A_519/2010 vom 11.11.2010 Erw. 2.2; 4A_635/2009 vom 24.3.2010 Erw. 2.2).

1.3.1 Der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - hat die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruches (Art. 39 VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalles und den Umfang des Anspruchs. Dies gilt auch dann, wenn 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 versicherte Person zu beweisen, dass sie (weiterhin) arbeitsunfähig ist und daher Anspruch auf Taggelder hat (BGE 141 III 241 Erw. 3.1; Bundesgerichtsurteile 4A_66/2017 vom 14.7.2017 Erw. 3.2; 4A_246/2015 vom 17.8.2015 Erw. 2.2).

Den Versicherer trifft demgegenüber die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglich vorgesehenen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen, wie u.a. die betrügerische Begründung des Versicherungsanspruches nach Art. 40 VVG (BGE 130 III 321 Erw. 3; Bundesgerichtsurteile 4A_393/2008 vom 17.11.2008 Erw. 4.1).

Anspruchsberechtigter und Versicherer haben im Streit um vertragliche Leistungen also je ihr eigenes Beweisthema (BGE 130 III 321 Erw. 3.1; Bundesgerichtsurteil 4A_382/2014 vom 3.3.2014 Erw. 5.3 mit Hinweis). Dies trifft auch dann zu,

wenn sich beide Beweisthemen im gleichen Verfahren gegenüberstehen, wie dies bei Taggeldversicherungsansprüchen im Hinblick auf die tatsächliche Erwerbsunfähigkeit der Fall sein kann (BGE 141 III 241 Erw. 3.1; BGE 130 III 321 Erw. 3.1; Urteil BGer 4A_432/2015 vom 8.2.2016 Erw. 2.1).

1.3.2 Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst der Versicherungsnehmer insofern eine Beweiserleichterung, als er nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Allerdings kann der Versicherer im Rahmen des Gegenbeweises Indizien geltend machen, welche die Glaubwürdigkeit des Ansprechers erschüttern oder erhebliche Zweifel an seinen Schilderungen erwecken. Gelingt der Gegenbeweis, dürfen die vom Anspruchsberechtigten behaupteten Tatsachen nicht als überwiegend wahrscheinlich und damit nicht als bewiesen anerkannt werden. Der Hauptbeweis ist vielmehr gescheitert. 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 (BGE 141 III 241 Erw. 3.1; BGE 130 III 321 Erw. 3.3; Urteile BGer 4A_516/2014 vom 11.3.2015 Erw. 4.1; 4A_186/2009 vom 3.3.2010 Erw. 6.2.1). Von der Anwendbarkeit dieses Beweismasses ist auch hinsichtlich jener Fälle auszugehen, in welchen eine Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung für den Anspruch auf Krankentaggelder gestützt auf Tatsachen geltend gemacht wird, welche nicht vollständig objektiviert werden können, so namentlich bezüglich psychischer Störungen und Schmerzsymptomatiken.

1.3.4 Nach Art. 168 Abs. 1 ZPO sind als Beweismittel das Zeugnis (lit. a), die Urkunde (lit. b), der Augenschein (lit. c), das Gutachten (lit. d), die schriftliche Auskunft (lit. e) sowie die Parteibefragung und die Beweisaussage (lit. f) zulässig. Diese Aufzählung ist abschliessend; im Zivilprozessrecht besteht insofern ein *numerus clausus* der Beweismittel (BGE 141 III 433 Erw. 2.3; Bundesgerichtsurteil 5A_957/2012 vom 28.5.2013 Erw. 2).

Nach der Rechtsprechung stellen Privatgutachten keine Gutachten im Sinne von Art. 168 Abs. 1 lit. d ZPO dar. Bei Letzteren handelt es sich vielmehr einzig um die vom Gericht eingeholten Gutachten (BGE 141 III 433 E. 2.5.2). Des Gleichen handelt es sich bei Privatgutachten nicht um Urkunden im Sinne von Art. 168 Abs. 1 lit. b ZPO (BGE 141 III 433 E. 2.5.3). Von der Partei eingereichte Arztzeugnisse, fachärztliche Berichte und dergleichen gelten beweisrechtlich betrachtet als blosses Privatgutachten, die nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung als Bestandteil der Parteivorbringen und nicht als eigentliche Beweismittel

anzusehen sind (BGE 141 III 433 Erw. 2.5.2 u. Erw. 2.6; 140 III 16 Erw. 2.5 u. Erw. 3.3.3 je mit Hinweisen; Bundesgerichtsurteile 4A_243/2017 vom 30.6.2017 Erw. 3.1.3; 4A_505/2012 vom 6.12.2012 Erw. 3.5; vgl. BGE 132 III 83 Erw. 3.4).

1.3.4 Zu beweisen sind nur Tatsachenbehauptungen, die ausdrücklich bestritten sind. Bestreitungen sind so konkret zu halten, dass sich bestimmen lässt, welche einzelnen Behauptungen damit bestritten werden (BGE 117 II 113 E. 2); die Bestreitung muss ihrem Zweck entsprechend so konkret sein, dass die Gegenpartei weiss, welche einzelne Tatsachenbehauptung sie beweisen muss (BGE 115 II 1 Erw. 4). Der Grad der Substantiierung einer Behauptung beeinflusst insofern den erforderlichen Grad an Substantiierung einer Bestreitung; je detaillierter einzelne Tatsachen eines gesamten Sachverhalts behauptet werden, desto konkreter muss die Gegenpartei erklären, welche dieser einzelnen Tatsachen sie bestreitet. Je detaillierter mithin ein Parteivortrag ist, desto höher sind die Anforderungen an eine substantiierte Bestreitung. Diese sind zwar tiefer als die Anforderungen an die Substantiierung einer Behauptung; pauschale Bestreitungen reichen indessen nicht aus. Erforderlich ist eine klare Äusserung, dass der Wahrheitsgehalt einer bestimmten und konkreten gegnerischen Behauptung infrage gestellt wird (BGE 141 III 433 Erw. 2.6).

Parteibehauptungen, denen ein Privatgutachten zugrunde liegt, werden indessen meist besonders substantiiert sein. 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 (BGE 141 III 433 Erw. 2.6).

1.3.5 Die Beweislastverteilung regelt die Folgen der Beweislosigkeit. Gelangt ein Gericht dagegen in Würdigung der Beweise zum Schluss, eine Tatsachenbehauptung sei bewiesen oder widerlegt, ist die Beweislastverteilung gegenstandslos. Tatsächliche Vermutungen lassen den Schluss auf das Vorhandensein oder das Fehlen bestimmter Tatsachen zu und bilden Teil der Beweiswürdigung (BGE 141 III 241 Erw. 3.2 mit Hinweisen u.a. auf BGE 138 III 359 Erw. 6.3; BGE 135 II 161 Erw. 3; BGE 134 III 235 Erw. 4.3.4).

1.4.1 Die Lohnausfallversicherung als Krankentaggeldversicherung, welche der vorliegenden Klage zugrunde liegt, richtet sich nach VVG. Dieses enthält keine

spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld. Es ist deshalb grundsätzlich auf die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien abzustellen (BGE 133 III 185 Erw. 2). Die Police verweist auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB, Ausgabe 2008, sowie die Vertragsbedingungen Trust Pool, Ausgabe 2009 (BK-act. 1).

1.4.2 Gemäss Versicherungspolice Nr. _____ ist der namentlich erwähnte Kläger versicherte Person mit dem Modell "Versicherungsdeckung mit Gesundheitsdeklaration" bei einer fixen Lohnsumme von Fr. 130'000.--. Die Leistungshöhe beträgt 100% des versicherten Lohnes für eine Leistungsdauer von 730 Tagen mit einer Wartefrist von 30 Tagen je Fall (BK-act. 1).

Die Versicherungsdeckung mit Gesundheitsdeklaration bezweckt die Versicherung des Erwerbsausfalles infolge Krankheit und Folgen von Unfällen, die nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten (AVB Ziff. 4.2.1). Dazu erfolgt bei Eintritt eine Gesundheitsprüfung anhand einer Deklaration der versicherten Person auf dem von der Beklagten zur Verfügung gestellten Formular (AVB Ziff. 4.2.4).

1.4.3 Als Krankheit (als Leistungsvoraussetzung) gilt eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert und eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (AVB Ziff. 8.1.1). Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Unfall oder Geburt ganz oder teilweise ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% besteht (AVB Ziff. 8.1.4). Taggeldleistungen setzen eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person voraus. Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheits- oder Unfallmeldungen sind maximal bis zu drei Tagen möglich (AVB Ziff. 8.1.5).

Die Leistung beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist. Diese beginnt an dem Tag, an dem nach ärztlicher Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeit einsetzt, frühestens jedoch drei Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Ohne gegenteilige Vereinbarung werden die Wartefristen für jeden Krankheitsfall oder Unfall neu berechnet (AVB Ziff. 8.3). Die Leistungsdauer von 730 Tagen (BK-act. 1), an welche die Wartefrist angerechnet wird (AVB Ziff. 8.4.2), bemisst sich je Versicherungsfall (AVB Ziff. 8.4.1). Das erneute Auftreten einer Krankheit gilt dann als neuer Versicherungsfall, wenn die versicherte Person seit dem letzten Auftreten der gleichen Krankheit während zwölf Monaten ununterbrochen arbeitsfähig war (AVB Ziff. 8.4.3).

2.1 Der Kläger fordert Taggeldleistungen in der Höhe von Fr. 229'202.90 zzgl. Zins zu 5% seit 1. März 2015 (mittlerer Verfall). Er begründet dies mit einer ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit seit dem 28. Februar 2014, einer vertraglich fixierten Lohnsumme von Fr. 130'000.--, der Leistungsdauer von 730 Tagen mit einer Wartefrist von 30 Tagen sowie den von der Beklagten bereits geleisteten Taggeldern in der Höhe von Fr. 15'396.65. Der Krankheitsanzeige vom 27. August 2014 legte der Kläger das Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr.med. E._____ vom 26. August 2014 bei, der eine volle Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 28. Februar bis 26. Juni 2014 attestiert, sowie die ärztliche Bestätigung von Dr.med. G._____, der eine volle Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 26. Juni bis 30. September 2014 attestiert (K-act. 4-6). Des Weiteren attestiert Dr.med. G._____ eine lückenlose volle Arbeitsunfähigkeit bis 30. November 2016 (BK-act. 40), wobei er ihn dann ab 28. Oktober 2016 aus psychiatrischen Gründen wieder für voll arbeitsfähig erachtete (K-act. 26).

2.2 Die Beklagte beantragt die Abweisung der Klage. Sie hält dabei fest:

- Für den Monat April 2014 werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100% aus somatischer Sicht anerkannt.
- Für den Monat September 2015 werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100% aus somatischer Sicht anerkannt.
- Aus psychiatrischer Sicht liege kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vor, eine Arbeitsunfähigkeit wird verneint.
- Wegen Prämienausständen bestehe für die Zeit vom 31. März bis 17. Juni 2014 eine Leistungssperre, weswegen eine Leistungspflicht für die Arbeitsunfähigkeit im Monat April 2014 entfalle.
- Wegen der Verletzung der vertraglichen Pflicht, die Krankheitsanzeige innert 30 Tagen einzureichen (AVB Ziff. 8.1 lit. a), bestehe für die Zeit vom 28. Februar 2014 bis 23. September 2014 (Eingang der Krankheitsanzeige) keine Leistungspflicht.
- Der Verzicht auf die Verjährungseinrede sei per 3. Oktober 2016 ausgesprochen worden; entsprechend bestehe kein Anspruch auf bis dahin verjährte Taggeldleistungen.

Weil sie die Mahnung betreffend Prämienausstände (BK-act. 46) der Arbeitgeberin des Klägers nicht eingeschrieben zugestellt habe, könne sie die Voraussetzungen für die Leistungssperre nicht beweisen. Die Beklagte lässt daher die klägerische Behauptung des Nichterhalts der Mahnung gegen sich gelten.

2.3 Strittig und für den Taggeldanspruch des Klägers zu prüfen sind somit die Fragen:

- Liegen ein oder mehrere Versicherungsfälle vor?
- Liegt ein somatischer und/oder psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert (eine Krankheit) vor, welcher zu einer Taggelder auslösenden Arbeitsunfähigkeit geführt hat?
- Liegen Verletzungen vertraglicher (Melde-)Pflichten vor, welche eine Leistungspflicht ausschliessen?
- Trat eine Verjährung ein und in welchem Umfang?

Dazu werden nachfolgend die in den Akten liegenden medizinischen Berichte dargestellt (Erw. 3) und anschliessend die Leistungsvoraussetzungen überprüft.

3.1 Mit Austrittsbericht vom 30. April 2014 berichtet med.pract. J. _____ (Facharzt Allg. Innere Medizin, Klinik D. _____) über die Hospitalisation des Klägers in der Klinik D. _____ vom 22. bis 30. April 2014 (Bk-act. 9). Der Kläger sei infolge sich rasch ausdehnender Rötung, beginnend am Vorderfuss rechts mit Übergang zum Unterschenkel mit Schmerzen an jener Lokalisation selbst notfallmässig in der Klinik D. _____ vorstellig geworden. Er sei seit längerem anlässlich einer Nagelmykose unter lokaler antimykotischer Therapie in Behandlung. Es habe sich das Bild eines klassischen Erysipels präsentiert. Zudem wurde neu ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert. Der Kläger wurde darauf hingewiesen, dass unter einer Gewichtsreduktion und regelmässiger sportlicher Tätigkeit im Ausdauerbereich möglicherweise langfristig auf eine antidiabetische Therapie verzichtet werden könne. Aufgrund einer interkurrenten Hämorrhoidalblutung wurde zudem eine Kolonoskopie mit Polypektomie durchgeführt. Es wurde eine Kontrolluntersuchung in einem Jahr empfohlen. Des Weiteren wurde eine Arterielle Hypertonie, OSAS (unter CPAP Therapie), eine aethyl-toxische Hepatopathie (mit spontaner Erholung unter Alkoholkarenz) sowie normochrome normozytäre Blutungsanämie i.R. Dg 3 und St.n. 2-maliger komplizierter Unterschenkel/USG Fraktur rechts diagnostiziert.

3.2 Mit der Krankheitsanzeige vom 27. August 2014 reichte der Kläger Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von Dr.med. E. _____ für die Zeit vom 28. Februar 2014 bis 26. Juni 2014 ein (BK-act. 4 auch K-act. 27; Zeugnis vom 2.6.2017). Trotz Aufforderung der Versicherung (inkl. aktenkundiger Mahnung sowie Aufforderung an den Kläger), unterbreitete Dr.med. E. _____ der Beklagten keinen ärztlichen Bericht (BK-act. 7, 15, 24). Aktenkundig ist ein ärztliches Zeugnis von Dr.med. E. _____ zuhanden des klägerischen Anwaltes vom 31. Mai 2016. Er führt darin aus (BK-act. 34):

Diagnose: AZ-Verschlechterung bei unklarer Hepatopathie

Im Verlaufe des Jahres 2015 ist es beim Patienten zu wiederholten, Kollaps ähnlichen Zuständen gekommen. Dabei traten immer wieder sogenannte Kreislaufzu-

sammenbrüche auf. Diese Anfälle dauerten insgesamt immer wenige Sekunden und es kam zu keinem eigentlichen Bewusstseinsverlust.

Eine akute Situation ergab sich am 15.09.2015 mit einem erneuten Ereignis, worauf der Patient in die Notfallstation der Klinik D. _____ eingewiesen worden ist. Die damals durchgeführten Abklärungen und Therapien in der Klinik D. _____ waren adäquat.

Meine letzte Bestätigung einer Arbeitsunfähigkeit fand vom 28.02.14 bis 26.06.14 zu 100% statt. Anschliessend wurden durch mich keine Arbeitsunfähigkeiten ausgestellt.

Aus medizinischer Sicht kann die verspätete Anmeldung des Krankheitsfalles bei der Versicherung nachvollzogen werden.

Betreffend Prognose kann aus jetziger Sicht keine Angabe gemacht werden, da der Patient nicht mehr in meiner ärztlichen Behandlung steht.

Am 14. Juni 2017 reichte der Kläger dem Gericht einen Auszug aus der von Dr.med. E. _____ geführten Krankengeschichte ein (K-act. 28). Dergemäss wurde Dr.med. E. _____ am 8. Februar 2014 von der Schwester des Klägers kontaktiert. Sie erwähnte den drohenden Privatkonkurs des Klägers sowie eine Burnout Symptomatik. Am 9. Februar 2014 fand eine Besprechung/Beratung mit dem Kläger statt, wobei nur Blutdruck-Schwankungen dokumentiert werden. In der Sitzung vom 26. Februar 2014 (Grund: BD-Kontrolle) dokumentierte Dr.med. E. _____ unter subjektiv: "Massive Beeinträchtigung durch finanzielle/geschäftliche Probleme." Im März stand dann ein Infekt im Vordergrund. Zudem meldete eine Schwägerin, sie befürchte einen Suizid des Klägers; er sei komplett erschöpft, stehe vor einem Konkurs. Nach einer weiteren Besprechung verneinte Dr.med. E. _____ eine Suizidalität, der Kläger habe dies glaubhaft verneint. Am 26. August 2014 notiert Dr.med. E. _____, der Kläger wünsche ein Zeugnis ab Krankheitsbeginn bis 26. Juni 2014.

Am 16. Juni 2014 überweist Dr.med. E. _____ den Kläger an Dr.med. G. _____ (K-act. 29). Der Kläger leide unter progredienten Symptome eines emotionalen Erschöpfungszustandes. Die Situation habe sich die letzten zwei Jahre entwickelt, wobei vor allem berufliche Gründe ausschlaggebend seien. Aktuell sei der Kläger in seinen Alltagsaktivitäten deutlich eingeschränkt und brauche dringend eine fachärztliche Beurteilung.

3.3 Von Dr.med. G. _____ liegen ärztliche Bestätigungen für eine durchgehende vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 26. Juni 2014 bis 30. November 2016 vor (BK-act. 40). Zudem berichtete er zuhanden der Beklagten sowie der IV-Stelle.

3.3.1 Am 13. Oktober 2014 unterbreitete Dr.med. G. _____ der Beklagten folgenden Bericht (BK-act. 10):

1. Diagnose:
ICD-10: F32.11 Depressive Störung, ggf. mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom

Betreffend seiner somatischen Beschwerden (zwei Infektionen im Februar und April 2014 und seither regelmässige Fieberschübe) ist Herr A. _____ bei seinem Hausarzt Dr. med. E. _____, FMH Innere Medizin, [...], in Behandlung.
2. Biographische und soziale Anamnese:
Herr A. _____ sei in L. _____ zur Welt gekommen. Er sei der vierte von insgesamt fünf Kindern. Seine Kindheit sei v. a. durch seinen strengen Vater, der M. _____ gewesen sei, geprägt gewesen. Nach seiner Primar- und Sekundarschulzeit habe er eine 4jährige O. _____lehre abgeschlossen. Drei Jahre nach seinem Lehraabschluss habe er in die Versicherungsbranche gewechselt und sei dort sehr rasch erfolgreich gewesen. Auch führe er im Militär den Rang eines Oberstleutnants. 2001 habe er mit acht weiteren Geschäftspartnern einen _____(Fonds) gegründet. Von 2004 bis 2006 sei es zu Veruntreuungen durch drei seiner Partner gekommen, die 2006 auch strafrechtlich in erster Instanz verurteilt worden seien. Jedoch seien alle Stiftungsräte, darunter auch Herr A. _____, auf zivilrechtlichem Wege zu sehr hohen Geldbeträgen verurteilt worden. Ende 2014 werde in zweiter Instanz entschieden werden. 2008 habe Herr A. _____ eine eigene Firma gegründet, die jedoch nicht den gewünschten Erfolg gebracht habe. Mittlerweile habe er sein umfangreiches Privatvermögen aufgebraucht und werde tlw. von seinen Geschwistern finanziell unterstützt.
3. Krankheitsentwicklung und frühere Krankheitsepisoden:
Durch die oben beschriebene Situation sei Herr A. _____ seit 2006 belastet gewesen, v. a. die Tatsache zivilrechtlich verurteilt worden zu sein, obwohl er sich nie etwas zuschulden habe kommen lassen. Doch sei es ihm immer wieder gelungen, v. a. durch seinen Einsatz und seine "Kämpfernatur" weiterzumachen. Im Februar 2014 sei es zur ersten Infektion mit hohem Fieber gekommen. Im April 2014 sei im Kantonsspital eine Blutvergiftung diagnostiziert worden. Damals habe er innerhalb weniger Wochen 14 kg an Gewicht verloren. Seitdem gehe es ihm auch psychisch deutlich schlechter. Er mache sich grosse Sorgen um seine Gesundheit, da seit der Blutvergiftung seine Blutwerte noch immer nicht stimmen würden und bis dato regelmässig Fieberschübe auftreten würden. Belastend sei für ihn auch die Unsicherheit betreffend des Urteils in 2. Instanz und die ungewisse Zukunft. Er wolle auch sein Umfeld, v. a. seine Partnerin, mit der er seit 10 Jahren zusammenlebe nicht mit seinen Sorgen belasten. Er trage alles alleine und sei daran, bis Ende Nov. 2014 weitere Beweise für das Gericht zu sammeln, um seine Unschuld zu beweisen und ein günstigeres Urteil zu erwirken.
4. Noxen: 1 Glas Wein pro Tag, keine Zigaretten, keine Drogen.
5. Soziale Situation:
Herr A. _____ lebe seit 10 Jahren in einer stabilen Partnerschaft. Er lebe mit seiner Partnerin in einer Wohnung. Seine Partnerin arbeite als S. _____ Mitarbeiterin.
6. Befunde:

59jähriger, altersentsprechend wirkender, leicht übergewichtiger, elegant gekleideter Mann. Herr A. _____ hält Blickkontakt im Gespräch. Im Gespräch etwas weitschweifig. Er ist bewusstseinsklar und allseits orientiert. Auffassung und Merkfähigkeit sind nicht vermindert, subjektiv verminderte Konzentrations- und Kurzzeitgedächtnisstörungen. Er berichtet starkes Grübeln und Gedankendrängen. Phobien, Zwänge wurden nicht erfragt. Es gibt keinen Hinweis auf wahnhaftige Störungen. Sinnestäuschungen und Ich-Störungen sind nicht vorhanden. Im Affekt depressiv vermindert, deutlicher Kraft- und Energieverlust, Existenz-, Zukunftsängste und Ängste um seine Gesundheit (seit der Blutvergiftung treten regelmässig Fieberschübe auf), innere Unruhe, keine Gereiztheit, bei Belastung rasche Ermüdung und auch tlw. Schweissausbrüche. Er ist im Antrieb vermindert, jedoch psychomotorisch ruhig. Sozialer Rückzug ist vorhanden. Suizidalität wird verneint.

7. Aktuelle Therapie:
Herr A. _____ kommt wöchentlich zu den Konsultationen. Aktuelle Medikation: Deprivita 900mg 1-0-0-0.
8. Bisheriger Therapieverlauf:
Herr A. _____ befindet sich seit 26.06.2014 bei mir in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. In den ersten Sitzungen versuchte Herr A. _____ "sein Gesicht zu wahren". Doch im weiteren Therapieverlauf gelang es ihm, Vertrauen zu fassen und seine Geschichte, die sehr stark schambesetzt ist, zu erzählen. Das entlastet ihn sehr, da er, wie oben schon erwähnt, sein soziales Umfeld nicht belasten wolle. In den Konsultationen geht es um eine Stabilisierung und Verringerung der depressiven Symptomatik.
9. Geplante therapeutische Massnahmen:
Es werden weiterhin Konsultationen im wöchentlichen, fallweise je nach Belastung von Herrn A. _____, auch zwei Sitzungen pro Woche stattfinden.
10. Arbeitsfähigkeit aktuell und in Zukunft:
Seit Behandlungsbeginn bei uns (26.06.2014) ist Herr A. _____ bis dato zu 100% arbeitsunfähig. Der Zeitpunkt einer zukünftigen Arbeitsfähigkeit ist aktuell noch nicht abschätzbar.
11. Ist die Anmeldung bei der Eidg. Invalidenversicherung erfolgt: Nein.

3.3.2 Im Bericht vom 7. September 2015 bestätigt Dr.med. G. _____ die Diagnose vom 13. Oktober 2014 und verweist auch in den übrigen Punkten auf diesen Bericht (BK-act 18). Zu Biographie und sozialer Anamnese ergänzt er, der Kläger sei seit dem letzten Bericht intensiv damit beschäftigt, die vom Sicherungsfond gegen ihn angestrebte Pfändung von mehreren Millionen Franken abzuwenden und eine für ihn günstigere Lösung zu verhandeln. Betreffend Krankheitsentwicklung und frühere Krankheitsepisoden halte der Kläger fest, vor seiner zivilrechtlichen Verurteilung im Zusammenhang mit seinem Stiftungsratsmandat in einer R. _____ habe er weder somatische noch psychische Beschwerden gekannt, seither seien sowohl somatische Beschwerden wie Infektionen und ausgeprägte Magenbeschwerden als auch depressive Symptome aufgetreten.

Zudem belaste ihn seine unsichere finanzielle und berufliche Zukunft. Er habe aufgrund der Belastungen vorher schon 10kg und seit einem Jahr weitere 26kg abgenommen. Zwischenzeitlich hätten sich auch seine Geschwister von ihm abgewandt, was zusätzlich belaste. Als Befund hält Dr.med. G. _____ fest:

6. Befunde:

59 jähriger, altersentsprechend wirkender, normgewichtiger, elegant gekleideter Mann. Herr A. _____ hält Blickkontakt im Gespräch. Im Gespräch immer wieder weitschweifig. Er wirkt sehr belastet, weint immer wieder, versucht jedoch die Fassade zu wahren.

Er ist bewusstseinsklar und allseits orientiert. Auffassung und Merkfähigkeit sind nicht vermindert, verminderte Konzentrations- und Kurzzeitgedächtnisstörungen. Im formalen Denken etwas verlangsamt, kohärent. Es ist starkes Grübeln und Gedankendrängen vorhanden. Es sind keine Phobien und Zwänge vorhanden. Es gibt keinen Hinweis auf wahnhaftige Störungen. Sinestäuschungen und Ich-Störungen sind nicht vorhanden. Im Affekt depressiv vermindert, deutlicher Kraft- und Energieverlust, Existenz-, Zukunftsängste und Ängste um seine Gesundheit, innere Unruhe, keine Gereiztheit, rasche Ermüdung und auch tlw. Schweissausbrüche. Er ist im Antrieb vermindert, jedoch psychomotorisch ruhig. Sozialer Rückzug ist vorhanden. Er klagt über immer wieder auftretende Durchschlafstörungen, Magenbeschwerden, Übelkeit und Erbrechen. Suizidalität wird verneint.

Es würden weiterhin wöchentliche Konsultationen stattfinden, bei denen es um eine Stabilisierung und Verringerung der depressiven Symptomatik gehe. Die Medikation werde laufend überprüft. Der Zeitpunkt einer zukünftigen Arbeitsfähigkeit sei noch nicht abschätzbar.

3.3.3 Im Bericht vom 19. Februar 2016 nennt Dr.med. G. _____ gegenüber der IV-Stelle Schwyz als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit neben der bekannten zusätzlich eine Leberzirrhose Child B mit ikterischer Steatohepatitis (BK-act. 32). Diese Diagnosen bestünden seit 2006 [sic]. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nennt er Alkoholabhängigkeit, ggw. abstinent ICD-10 F10.20. Als Befund wiederholt er den am 13. Oktober 2014 gegenüber der Beklagten festgehaltenen Befund (Erw. 3.2.1 Ziff. 6). Bezüglich Verlauf führt Dr.med. G. _____ aus:

Wichtig ist festzuhalten, dass der Patient bezügl. der bei ihm bestehenden Alkoholproblematik, die auch zu einer äthyltoxischen Hepatopathie geführt hatte, gegenüber dem Referenten und seiner Psychotherapeutin Stillschweigen bewahrt hat. Die Berichte der Klinik D. _____ wurden uns erst im gegen Ende 2015 zugestellt, als der Patient dann wegen einer dekompensierten, alkoholbedingten Leberzirrhose sich akut in stationäre Behandlung in die Klinik D. _____ begeben musste.

Während der Behandlung beim Referenten gab es erstaunlicherweise keine Anzeichen für einen Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit, keinen alkoholischen

Mundfötor, keine eindeutigen Entzugssymptome. Jedoch war der Patient wegen der Präsentation der Laborbefunde seitens eines Hausarztes immer ausweichend.

Inzwischen muss festgehalten werden, dass der Patient als körperlich sehr schwer krank zu beurteilen ist und aufgrund der schweren körperlichen Erkrankung (ikterische Steatohepatitis bei Leberzirrhose Child B) es zu vermutlich psychischen Folgestörungen gekommen ist, der Patient ist kognitiv deutlich beeinträchtigt, affektiv abgeflacht.

Dr.med. G._____ stellt eine ungünstige Prognose aus. Die beim Patienten bestehenden Störungsbilder seien in keiner Weise mit seiner bisherigen Tätigkeit vereinbar. Fragen zu möglichen Eingliederungsmassnahmen seien aktuell nicht mit Sicherheit zu beurteilen, zuerst müsse der Verlauf der Lebererkrankung abgewartet werden. Die psychischen Folgestörungen seien vermutlich chronisch. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden.

3.3.4 Zuhanden des klägerischen Rechtsanwaltes wiederholt Dr.med. G._____ am 31. Mai 2016 die gegenüber der IV-Stelle genannten Diagnosen (BK-act. 33). Seit Behandlungsbeginn (26.6.2014) bestehe eine mittelgradige Depression. Der Kläger beklage Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration, des Gedächtnisses. Er sei im Antrieb gemindert, in der Stimmung depressiv ausgelenkt, in der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Er habe sich sozial stark zurückgezogen. Sowohl die subjektiven Beschwerden als auch die objektiven Befunde würden korrelieren. Als Hauptgrund der Arbeitsunfähigkeit sei die depressive Störung zu betrachten. Er sei nicht mehr in der Lage, das Belastungs- und Anforderungsprofil seines Ursprungsberufes, aber auch in sämtlichen Verweistätigkeiten, zu erfüllen. Es bestehe bis auf weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit. Die bisherigen Behandlungsmethoden seien adäquat; wegen der schweren Lebererkrankung habe die antidepressive Medikation allerdings beendet werden müssen. Auf weitere Fragen antwortet Dr.med. G._____:

7. Hätten andere Massnahmen (welche?) zu einem anderen Verlauf der Krankheit geführt? Wäre die Arbeitsfähigkeit rascher zu steigern gewesen?

Nein, bei dem Pat. wurde anfangs neben der Psychotherapie auch eine hochdosierte antidepressive Medikation eingesetzt. Bedauerlicherweise haben die schwierigen sozialen Umstände und Belastungen des Pat. sich in sehr negativer Weise auf den Krankheitsverlauf ausgewirkt. Es wurde mit zunehmendem Therapieverlauf deutlich, dass das Therapieziel nicht mehr Remission heissen kann, sondern Aufrechterhaltung einer labilen Stabilität und Suizidprävention.

8. Prognose? Künftige Behandlungen?

Aufgrund des bisherigen Krankheitsverlaufes muss die Prognose als ungünstig betrachtet werden. Die weitere Behandlung wird leitliniengerecht geführt und dient v.a. der Stabilisierung des Pat.. Aufgrund der hohen Beschämung des Pat. besteht vermutlich eine anhaltende latente Suizidalität.

9. Weitere Bemerkungen des Arztes, insbesondere allfällige Stellungnahme zu abweichenden Einschätzungen der beratenden Ärzte der B. _____ ?
Die Einschätzungen der beratenden Ärzte der B. _____ liegen dem Ref. leider nicht vor.

3.3.5 Am 30. August 2016 geht der IV-Stelle Schwyz ein weiterer Bericht von Dr.med. G. _____ ein (der Bericht ist [wohl irrtümlich] mit 24.8.2015 datiert). Bekanntgegeben wird eine Veränderung der Diagnoseliste. Er nennt neben der bekannten Alkoholabhängigkeit (ggw. abstinent ICD-10 F10.20) neu eine depressive Störung ggw. leicht- bis mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom ICD-10 F32.01 sowie V.a. organisch bedingte kognitive Defizite bei Leberzirrhose Child B mit ikterischer Steatohepatitis (BK-act. 38). Zum Verlauf / veränderte Befunde hält Dr.med. G. _____ fest:

3. Verlauf / veränderte Befunde:

Die Leberzirrhose wurde akut in der Klinik D. _____ behandelt und mittlerweile hat sich Herr A. _____ davon erholt. Die depressive Symptomatik hat sich beim Pat. verbessert, wobei es jedoch immer wieder zu mittelgradig depressiven Einbrüchen kommt. Herr A. _____ versucht mit allen Mitteln eine Fassade aufrecht zu erhalten. Auch hat sich der körperliche Zustand verbessert - Herr A. _____ ist wieder mehr zu Kräften gekommen, ermüdet aber nach wie vor sehr rasch. Inzwischen muss festgehalten werden, dass es bei Herrn A. _____ durch die ikterische Steatohepatitis bei Leberzirrhose Child B vermutlich zu psychischen Folgestörungen gekommen ist. Herr A. _____ wirkt kognitiv beeinträchtigt. Die genauen Einschränkungen sind jedoch unklar. Herr A. _____ wurde daher kürzlich zur neuropsychologischen Untersuchung ins [...]spital zugewiesen.

Herr A. _____ war mindestens seit Anfang 2014 nicht mehr in der Lage, an wichtigen Besprechungen teilzunehmen, hat seine Post nicht mehr geöffnet, hat versäumt Prämienzahlungen, Steuern, Versicherungsbeiträge fristgerecht einzuzahlen und hatte generell Mühe mit den Anforderungen des privaten und geschäftlichen Lebens. Er wurde diesbezüglich seit 2012 intermittierend von seinen Geschwistern unterstützt.

Aufgrund der schweren Lebererkrankung des Pat. musste die antidepressive Medikation beendet werden, da diese zu einer weiteren schweren Leberschädigung führen könnte. Die Behandlungsmöglichkeiten sind daher eingeschränkt.

Der Pat. ist krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage, das Belastungs- und Anforderungsprofil seines Ursprungsberufes, aber auch sämtlicher Verweistätigkeiten, zu erfüllen.

Psychostatus:

60jähriger, elegant gekleideter Mann. Herr A. _____ hält Blickkontakt im Gespräch. Im Gespräch weitschweifig und teilweise im Kontakt läppisch wirkend und leicht distanzgemindert, mit Bagatellisierungstendenz seiner Leiden.

Er ist bewusstseinsklar und allseits orientiert. Auffassung und Merkfähigkeit sind nicht vermindert, subjektiv verminderte Konzentrations- und Kurzzeitgedächtnisstörungen. Er berichtet Grübeln und Gedankendrängen. Phobien, Zwänge wurden

nicht erfragt. Es gibt keinen Hinweis auf wahnhaftige Störungen. Sinnestäuschungen und Ich-Störungen sind nicht vorhanden.

Im Affekt leicht bis mittelgradig depressiv vermindert und verflacht, schwankend, Kraft- und Energieverlust, Existenz-, Zukunftsängste und Ängste um seine Gesundheit sind vorhanden. Innere Unruhe, bei Belastung rasche Ermüdung und auch tlw. Schweissausbrüche sind vorhanden. Er ist im Antrieb vermindert, jedoch psychomotorisch ruhig. Ein- und Durchschlafstörungen treten immer wieder auf. Sozialer Rückzug ist vorhanden. Suizidalität wird verneint.

Die vollständige Arbeitsunfähigkeit wird bestätigt, ebenso die ungünstige Prognose. Im Rahmen der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie fanden seit 26. Juni 2014 regelmässige Konsultationen statt mit dem Ziel, die depressive Symptomatik zu verringern, was zum Teil auch gelungen sei. Nach wie vor gebe es, ausgelöst durch die schwierige Situation, jedoch auch wieder mittelgradige depressive Einbrüche.

3.3.6 Am 27. Oktober 2016 bestätigt Dr.med. G._____ eine weiterhin bestehende, vollständige Arbeitsunfähigkeit bis am 30. November 2016 (BK-act. 40).

3.3.7 Mit Schreiben vom 13. März 2017 gibt Dr.med. G._____ gegenüber dem klägerischen Rechtsanwalt eine psychiatrische Stellungnahme ab (K-act. 26). Er bestätigt, dass der Kläger seit dem 26. Juni 2014 bei ihm in integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung stehe (wobei die psychotherapeutischen Gespräche delegiert bei seiner Ehefrau stattgefunden hätten). Bei der Erstkonsultation habe ein mittelgradig depressives Zustandsbild bestanden. Zuerst habe er als antidepressive Medikation ein Johanniskrautpräparat (Deprivita, siehe Erw. 3.2.1) erhalten, aufgrund mangelnder Wirksamkeit sei auf mehrere andere Antidepressiva (Fluoxetin, zuletzt Venlafaxin) umgestellt worden, jedoch habe die Medikation wegen der Lebererkrankung sistiert werden müssen. Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund des komplexen Falles nicht einfach gewesen, da er neben den psychiatrischen Störungsbildern auch körperliche Probleme geboten habe. Zudem habe der Kläger seinen Alkoholmissbrauch lange verheimlicht. Er gehe davon aus, dass die depressive Symptomatik schon viele Jahre bestanden habe, schon vor der Erstkonsultation, und dass der Kläger aufgrund dessen schon längere Zeit Alkoholmissbrauch betrieben habe, im Sinne einer Selbstmedikation seiner Depression. Der Krankheitsverlauf sei durch die schwere äthyltoxische Lebererkrankung beeinflusst. Nach internistischer Behandlung im Jahr 2016 [recte 2015] sei es zunehmend zu einer Stabilisierung der körperlichen und psychischen Situation des Klägers gekommen. Zum Ausschluss von psychischen Ursachen allfälliger kognitiver Probleme habe er daher eine neuropsychologische Untersuchung veranlasst. Diese Untersuchung vom 28. Oktober 2016 [recte: 24.10.2016] habe ein normgerechtes kognitives Leistungs-

profil ergeben. Aufgrund dieses Ergebnisses habe er den Kläger ab dem 28. Oktober 2016 als voll arbeitsfähig aus psychiatrischen Gründen beurteilt. Im Übrigen hielt er an seinen bisherigen Berichten fest.

3.3.8 Am 21. März 2018 reicht Dr.med. G. _____ die Krankenakte und Verlaufsdokumentation ein, in welcher er die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung des Klägers in der Zeit vom 26. Juni 2014 bis 23. März 2017 dokumentiert.

3.4 Am 15. September 2015 berichtet Dr.med. I. _____ (Fachärztin für Gastroenterologie) über die am 2. September 2015 durchgeführte Oesophago-Gastro-Duodenoskopie und Ileo-Koloskopie (BK-act. 20). Einerseits habe es sich um die reguläre, empfohlene Koloskopie nach einem Jahr gehandelt (vgl. Erw. 3.1) und zudem habe der Kläger eine Gastroskopie gewünscht, da er sich seit rund 1.5 Monaten gehäuft räuspern müsse und dann einen schleimigen Auswurf beobachte. Sie hielt dazu fest, der Kläger habe bei Adipositas im letzten Jahr willentlich das Gewicht reduziert von initial 112.4kg auf aktuell 85.2kg. Nun fühle er sich jedoch energielos und sei appetitlos. Endoskopisch fanden sich eine Refluxoesophagitis Grad A nach L.A. und ein präpylorisches Ulcus ventriculi. Schleimhautveränderungen im Magenkorpus wurden DD als portal-hypertensive Gastropathie gewertet. 2014 sei eine äthyltoxische Hepatopathie postuliert worden, weshalb sie eine Kontrolle der Leberwerte empfehle.

3.5 Vom 15. bis 25. September 2015 war der Kläger in der D. _____ hospitalisiert (BK-act. 21). Die Vorstellung auf der Notfallstation der Klinik D. _____ erfolgte am 15. September 2015, nachdem es beim Kläger innert Wochenfrist zu zwei kollaptischen Zuständen gekommen sei (übers Jahr zum wiederholten Male (vgl. Eintrittsdokumentation in den med. Akten Dr.med. E. _____, VG-act. 60). Der Eintritt erfolgte bei AZ-Verschlechterung, intermittierenden Fieberschüben, Nachtschweiss und einem Gewichtsverlust von 25kg in den letzten 12 Monaten. Anamnestisch habe der Kläger über eine starke berufliche und private Belastungssituation sowie gelegentlichen Alkoholkonsum berichtet. Aufgrund der Untersuchungen wurde die Diagnose einer Leberzirrhose Child B gestellt und als Ursache eine äthyltoxische vermutet. Die aktuelle Situation wurde als ikterische Steatohepatitis interpretiert, wobei eine Glukokortikoidtherapie als nicht notwendig erachtet wurde. Dem Kläger wurde die Notwendigkeit einer konsequenten Alkoholabstinenz aufgezeigt. Schliesslich habe er bei gutem AZ am 25. September 2015 entlassen werden können.

3.6.1 Am 25. November 2015 erstellte PD Dr.med. N. _____ (Facharzt für Gastroenterologie und allgemeine innere Medizin), der den Kläger in der Klinik

D. _____ behandelt hat, zuhanden der Beklagten folgenden Versicherungsbericht (BK-act. 22):

1. **Diagnose:** Leberzirrhose Child B. am ehesten ethyltoxisch-bedingt, Ulcus ventriculi. Diabetes mellitus Typ II, Art. Hypertonie, obstruktives Schlafapnoesyndrom.
2. **Prognose:** Unter absoluter Alkoholkarenz zeigt sich nun doch eine allmähliche Besserung der Leberzirrhose, allerdings weiterhin im Stadium Child B.
3. **Beginn der Symptome:** Hospitalisation am 15.09.2015 in der D. _____.
4. **Behandlungsbeginn:** 15.09.2015
5. **Welche Behandlungsmassnahmen haben sie veranlasst:** Keine unmittelbare Behandlungen, ausser der absoluten Alkoholkarenz.
6. **Arbeitsunfähigkeit:** Vom Zeitpunkt der Hospitalisation und in den nachfolgenden Wochen hat sicherlich eine gewisse Arbeitsunfähigkeit bestanden, das Ausmass kann ich aber nicht beurteilen.
 - 6.1 **Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit:** Kann ich nicht beurteilen
 - 6.2 **Ist der Patient eingeschränkt in:** Der Patient ist nicht eingeschränkt beim Gehen und beim Sitzen. Möglicherweise gewisse Einschränkung bei Tragen von Lasten.
 - 6.3 **Bestehen ihrerseits Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit:** Wie gesagt, es besteht eine gewisse Arbeitsunfähigkeit. Das Ausmass kann ich nicht beurteilen.
 - 6.4 **Sind weitere Ärzte, Therapeuten oder Kliniken In die Behandlung involviert:** Der Hausarzt ist involviert. Meines Wissen sonst keine weiteren Hausärzte.
 - 6.5 **Sollten weitere Abklärungen vorgenommen werden:** Aus hepatologischer Sicht keine.
 - 6.6 **Haben sie für andere Versicherungen Zeugnisse ausgefüllt:** Nein.
 - 6.7 **Ist eine IV-Anmeldung erfolgt?** Nicht von meiner Seite.

3.6.2 Gegenüber dem Hausarzt berichtet PD Dr.med. N. _____ zur Verlaufsuntersuchung vom 27. November 2015 (Ultraschall Abdomen + obere Endoskopie) von einer sich klinisch wie auch labormässig weiterhin zeigenden dekompensierten Leberzirrhose (Child B) mit zunehmend Aszites und Oesophagusvarizen

Grad I-II. Der Kläger habe wieder an Gewicht zugenommen, der AZ sonst habe sich gebessert (BK-act. 29).

3.6.3 Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 15. Januar 2016 berichtet PD Dr.med. N. _____ von einem sehr erfreulichen Verlauf unter absoluter Alkoholkarenz. Der Kläger sei neu in einem Stadium Child A (BK-act. 30).

3.7 Auf Zuweisung durch Dr.med. G._____ führte das ____-spital am 24. Oktober 2016 eine Verhaltensneurologische/Neuropsychologische Untersuchung durch bei Fragestellung: "Lassen sich kognitive Defizite objektivieren?" und folgender Beurteilung (BK-act. 43):

Die neuropsychologische Untersuchung von Hr A._____ ergibt bis auf eine diskrete Einschränkung in der phasischen Alertness durchwegs normgerechte testdiagnostische Befunde in den Bereichen Aufmerksamkeit, Lernen/Gedächtnis, Exekutivfunktionen und Visuokonstruktion. Kursorisch geprüft ebenfalls unauffällig sind basale visuell-gnostische, sprachliche und rechnerische Leistungen. Dazu passend fällt der Summenwert im Mentalscreening unauffällig aus (MoCA: 27/30 P.). Im klinischen Eindruck sowie in einem zusätzlich durchgeführten Fragebogenverfahren ergeben sich Hinweise auf eine leichtgradige Fatiguesymptomatik, zudem bestätigt sich die bekannte Affektsymptomatik.

Angesichts des insgesamt normgerechten kognitiven Leistungsprofils ist aus rein neuropsychologischer Sicht inhaltlich mit keinen Einschränkungen bei beruflichen Tätigkeiten zu rechnen. Ob und wann Hr. A._____ wieder einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nachgehen kann, hängt primär vom weiteren Verlauf der psychiatrischen Erkrankung ab und sollte aus fachärztlicher Sicht beurteilt werden.

Nach Zugang dieses Berichts erklärte Dr.med. G._____, der Kläger sei aus psychiatrischen Gründen ab dem 28. Oktober 2016 voll arbeitsfähig (vgl. Erw. 3.3.7).

3.8 Zur Abklärung ihrer Leistungspflicht veranlasste die Beklagte eine Untersuchung des Klägers bei Prof. Dr.med. P._____, welche am 10. November 2015 stattfand. Im Anschluss gab Prof. P._____ eine psychiatrische Kurzbeurteilung ab (BK-act. 25):

3. **Befund und Diagnosen im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit:** Klar orientiert in allen Qualitäten. Antrieb und Motivation leicht vermindert. Affekt und Emotion uneinheitlich, wenig mitschwingend im Gespräch. Kognitiv ohne Einschränkungen. Denken geordnet und weitgehend problemzentriert. Gut strukturiertes Vermögen im Hinblick auf die Etablierung einer Tagesstruktur. Keine Suizidalität. Keine psychotischen Zeichen. **(ICD-10: F 41.2; F 45.41; Z 73.0; Z 73.1; F 10.20; Z 56.-)**
4. **Prognose und Therapievorschläge:** Der Versicherte wird kontinuierlich hausärztlich und internistisch ambulant und stationär (zuletzt im April 2015) behandelt. Die intensiven Behandlungen haben nach Angaben des Versicherten bis heute zu keiner ausreichenden Besserung seiner umfangreichen körperlichen Beschwerden (Schmerzentwicklung, Bewegungseinschränkungen, Magen-Darm-Probleme) geführt.

Ambulant psychiatrisch wird der Versicherte mit wöchentlichen Terminen ohne spezifische Medikation seit Ende Juni 2014 behandelt. Der Versicherte gibt an, durch die wöchentlich stattfindenden Termine bei seinem Psychiater oder dessen Ehefrau, die ebenfalls vom Fach sei, in seinem Verhalten einigermassen stabilisiert zu werden.

Bislang findet keine koordiniert durchgeführte therapeutische und berufliche Integration des Versicherten statt.

Vor dem Hintergrund der akzentuierten Persönlichkeitsstruktur, dem Lebensalter des Versicherten und der eingetretenen Chronifizierung der Beschwerden erscheint heute eine gelingende Eingliederungsprognose unbestimmt.

Die geschilderten psychosomatischen Beschwerden des Versicherten (Schlafstörungen, Erschöpfung und Müdigkeit) sind inzwischen deutlich chronifiziert, und es hat eine markante Fixierung des Versicherten auf die körperlich empfundenen Verhaltenseinschränkungen stattgefunden.

Am 13.9.2015 ist eine Anmeldung bei der IV erfolgt zur Prüfung des Anspruchs des Versicherten auf den Bezug von Sozialleistungen.

Eine zeitnahe Anmeldung beim RAV ist angezeigt.

5. **Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit:** Aktuell aus psychiatrischer Sicht keine krankheitswertige Einschränkung der AF in angestammter Tätigkeit als Versicherungsexperte. Eine mögliche somatisch gegebene Einschränkung bedarf einer gesonderten fachärztlichen Prüfung.
6. **Arbeitsfähigkeit in anderer Tätigkeit:** Ebenso.
7. **Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit durch nicht medizinische Probleme:** Das psychosomatische Beschwerdebild des Versicherten zeigt sich durch eine psychosoziale Belastungssituation (Probleme des Angestelltenverhältnisses in der inzwischen aufgegebenen, von den Brüdern des Versicherten geleiteten Firma sowie inzwischen eingetretener finanzieller Schwierigkeiten) überlagert.

3.9 Die Beklagte unterbreitete ihrer Konsiliarärztin Psychiatrie, Dr.med. Q. _____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierte Gutachterin Sim, Vertrauensärztin SGV), sowie ihrem Konsiliararzt Dr.med. T. _____ (FMH Allgemeine Innere Medizin, FA Vertrauensarzt SGV) unter Vorlage einer Kurzbeschreibung der Ausgangslage verschiedene Fragen betreffend die Arbeitsunfähigkeit.

3.9.1 In der Beurteilung vom 21. November 2015 hielt Dr.med. Q. _____ fest, sie könne aus ihrer Sicht keine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit feststellen. Es stünden äussere, krankheitsfremde Faktoren im Vordergrund (BK-act. 26). In einer zweiten Stellungnahme vom 17. August 2016 äussert sie, daran ändere sich auch nichts für die Zeit ab dem 1. Oktober 2015; der Kläger sei aus psychiatrischer Sicht 100% arbeitsfähig. Die medizinischen Unterlagen würden vor allem das subjektive Erleben des Klägers wiedergeben; anhand von objektiven Befunden sei kein Leiden von erheblicher Schwere ausgewiesen (BK-act. 35).

3.9.2 Eine weitere ausführliche Einschätzung von Dr.med. Q._____ folgte am 9. Januar 2017, gestützt auf die medizinischen Akten der Beklagten sowie der IV (BK-act. 45). Darin kommt sie zusammenfassend zum Schluss, dass beim Kläger zu keinem Zeitpunkt ein psychiatrisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit belegt worden sei, es seien keine psychiatrisch bedingten Funktionseinschränkungen aus den medizinischen Akten ersichtlich, die eine Berufsausübung verunmöglicht hätten. Der Kläger habe sich mit schädlichem Alkoholkonsum seine Leber geschädigt und seine Befindlichkeit insgesamt belastet; es handle sich dabei aber nicht um eine psychiatrische Störung von Krankheitswert. Belegt seien erhebliche Probleme und Belastungen in Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit und dem wirtschaftlichen Fortkommen; dabei handle es sich um krankheitsfremde Faktoren, die für das Attestieren einer Arbeitsunfähigkeit nicht herangezogen werden könnten.

3.9.3 Am 28. Mai 2018 gab Dr.med. Q._____ gegenüber der Beklagten eine weitere Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit des Klägers aus psychiatrischer Sicht für die Zeit vom 28. Februar 2014 bis 30. November 2016 unter Einbezug der neuen (vom Gericht einverlangten) Aktenstücke ab (BK-act. 49). In der Beurteilung hält Dr.med. Q._____ fest, dass die Ausgangslage unverändert sei (...). Von besonderem Interesse sei, dass der Versicherte das Antidepressivum Venlafaxin am 2. Februar 2016 selber gestoppt habe, was nahelege, dass der Leidensdruck punkto Niedergestimmtheit am 2. Februar 2016 mässig bis leicht gewesen sei. Gleichermassen von Interesse sei, dass der Psychiater (Dr.med. G._____) in keinem einzigen Eintrag Rechenschaft über die Suizidalität abgegeben habe. Dies sei einzig und allein damit zu erklären, dass der Versicherte diesbezüglich nie Hinweise abgegeben habe und sich der Arzt deswegen nie Sorgen gemacht habe (...). Dieses Vorgehen sei einzig und allein damit zu erklären, dass der Versicherte nicht erheblich depressiv gewesen sei (...) (BK-act. 49 S. 3).

Aus der Krankengeschichte des Hausarztes und dem Bericht der Klinik D._____ vom 15. September 2015 schliesst Dr.med. Q._____, dass beim Versicherten gesundheitlich die Alkoholproblematik im Zentrum gestanden haben müsse.

Im Weiteren hält Dr.med. Q._____ fest, dass Prof.Dr.med. P._____ in seinem Kurzgutachten eine depressive Reaktion und Angst festgestellt habe, diese aber als Symptomatik einer Anpassungsstörung ICD-10 F41.2 gewertet habe. Definitionsgemäss könne es sich dabei nur um eine leichte Angstsymptomatik handeln. In Übereinstimmung mit seiner Diagnosestellung habe Prof.Dr.med.

P._____ keine krankheitswertige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seitens der Psyche festgestellt (BK-act. 49 S. 4 oben).

Dr.med. Q._____ gelangte zur gleichen Einschätzung wie bereits am 9. Januar 2017 (vgl. vorn Erw. 3.9.2).

3.9.4 Dr.med. T._____ bestätigte am 2. Dezember 2015 eine Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht für den ganzen Monat April 2014 sowie für vier Wochen im September 2015. Eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit sei somatisch nicht begründbar. Der angebliche Gewichtsverlust sei nicht organisch bedingt, sondern gewünscht (BK-act. 27). Am 15. Juni 2016 ergänzt er, somatisch lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Oktober 2015 nicht begründen (BK-act. 35).

3.9.5 Am 4. Januar 2017 unterbreitete Dr.med. T._____ der Beklagten eine versicherungsmedizinische Stellungnahme betreffend Klärung einer geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit ab 28. Februar 2014 aus somatischer Sicht sowie am 5. Januar 2017 eine Ergänzung nach Vorlage der IV-Akten (BK-act. 44). Mit Verweis auf die Berichte von PD Dr.med. N._____, der am 15. Januar 2016 noch eine Leberzirrhose Child A diagnostiziert habe, betont er die wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes. Bei einer kompensierten Leberzirrhose sei eine Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. Hingegen könne eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für vier Wochen ab 15. September 2015 sowie allenfalls eine leichte Einschränkung bis 15. Januar 2016 aus somatischer Sicht akzeptiert werden. Auch aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigen. Es sei nicht nachvollziehbar, dass ein Versicherter, der neuropsychologisch keine relevante Einschränkung aufweise, dauerhaft wegen einer äthyltoxischen Leberzirrhose in leichter körperlicher Tätigkeit arbeitsunfähig sein solle. Auch die IV-Akten würden bestätigen, dass somatischerseits keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden könne. Eine solche sei nur für April 2014 sowie ab 15. September 2015 für vier Wochen bestätigt.

3.9.6 Zuhanden der Beklagten gab Dr.med. T._____ am 1. Mai 2018 eine weitere versicherungsmedizinische Stellungnahme ab (BK-act. 48). Er stellte aufgrund der Akten fest, dass spätestens am 15. Januar 2016 ein kompensierter Zustand bestanden habe, der Versicherte habe sich im Stadium Child A befunden (BK-act. 48-7/10). Es sei aufgrund der nachgereichten Akten diskutabel, ob von Oktober 2015 bis 15. Januar 2016 aus somatischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit anerkannt werden dürfe. Jedoch spätestens ab 15. Januar 2016 mit einer kompensierten Leberzirrhose Stadium Child A könne aus somatischer Sicht keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Dies habe auch PD

Dr.med. N._____ in seinem Schreiben vom 12. April 2018 an das Verwaltungsgericht bestätigt. Darin schreibe er, dass er den Kläger im September 2015 erstmalig wegen der dekompensierten Leberzirrhose beurteilt habe. Damals sei der Kläger im Stadium Child B gewesen (...). Mitte Januar 2016 habe sich dann wieder eine kompensierte Leberleistung (Child A) gezeigt. Bei einer Leberzirrhose sei in der Regel davon auszugehen, dass in einem kompensierten Stadium Child B oder Child C eine Leistungseinschränkung bzw. eine verminderte Arbeitsfähigkeit vorliege. In einem Stadium Child A sei in der Regel die Arbeitsfähigkeit wieder grossmehrheitlich vorhanden, sofern keine hepatische Enzephalopathie, d.h. leberbedingte Bewusstseinsbeschränkung vorliege. Eine solche habe bei dem Kläger nie bestanden (BK-act. 48-7/10).

Im Weiteren hält Dr.med. T._____ fest (BK-act. 48-7/10):

Unbestritten ist, dass im Akutstadium der dekompensierten Leberzirrhose mit entzündlicher Komponente eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Bei weiterhin 100%ig attestierter Arbeitsunfähigkeit ist in der Erholungsphase eine volle Arbeitsunfähigkeit zwar umstritten, insbesondere da PD Dr.med. N._____ keine relevanten Einschränkungen geltend gemacht hat, sei es im Sitzen oder Stehen und Gehen. Es kann im Sinne eines Kompromisses vom 15.09.2015 bis 15.01.2016 aus somatischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit teilweise anerkannt werden. Jedoch ab 15.01.2016 ist bei stabiler kompensierter Leberzirrhose Child A keine Arbeitsunfähigkeit mehr aktenkundig belegt. Eine Arbeitsunfähigkeit bis November 2016 kann Hepatopathie bedingt aus somatischer Sicht nicht bestätigt werden. So zeigen auch die Laborwerte eine kontinuierliche Verbesserung. Auch klinisch konnten Diuretika im Januar 2016 wieder sistiert werden. Folglich kann ich aus somatischer Sicht keine Gründe für eine Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit bis November 2016 [finden].

Sodann verweist Dr.med. T._____ auf Widersprüche zwischen der Beurteilung von Dr.med. K._____ vom 27. November 2016 und dessen Schreiben an das Verwaltungsgericht vom 21. März 2018 (recte: 31.3.2018) (BK-act. 48-8/10).

Dr.med. T._____ gelangt zur folgenden Konklusion (BK-act. 48-9/10):

Eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit ab 28.02.2014 bis 30.11.2016 kann aus somatischer Sicht nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit bewiesen werden. Es liegen relevante psychosoziale Faktoren vor, welche keine Arbeitsunfähigkeit begründen.

Lediglich vom 03.03.2014 bis 14.03.2014 Harnwegsinfekt-bedingt sowie ab 22.04.2014 für 4 Wochen im Rahmen des Fussinfektes und ab 15.09.2015 für 4 Wochen kann eine Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht bestätigt werden. Die Arbeitsunfähigkeit ab 15.09.2015 kann aufgrund der nachgereichten Akten allenfalls bis 15.01.2016 anerkannt werden. Jedoch ab 15.01.2016 ist aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit bewiesen.

3.10.1 Am 7. September 2015 füllte der Kläger das Meldeformular Früherfassung der IV aus und reichte es der IV-Stelle Luzern ein (IV-act. 3). Als Grund der Arbeitsunfähigkeit wurde Krankheit angegeben, wobei die gesundheitliche Problematik, die Art des Leidens nicht benannt wurde. Am 13. Oktober 2015 fand das Erstgespräch statt. Der Kläger nannte dabei als Leiden die Magen-/ Darmprobleme sowie psychische Probleme. Er habe in den letzten 1½-2 Jahren über 30kg abgenommen, fühle sich extrem müde und habe für gar nichts Kraft. Selber könne er seine Situation kaum einschätzen, es werde einfach nicht besser; es seien Abklärungen am Laufen. Gestützt auf das Gespräch ging die IV-Beraterin von einer Arbeitsunfähigkeit aus; in der Frühintervention sah sie keine Unterstützungsmöglichkeiten (IV-act. 6).

3.10.2 Nach mehreren Hinweisen durch die IV-Stelle meldete sich der Kläger am 14. Januar 2016 bei der IV an (IV-act. 12). Der Kläger nannte als gesundheitliche Beeinträchtigung "Blaseninfektion, Erysipel etc., verlangen Sie die Arzt-Berichte". Als behandelnde Ärzte nannte er die Dres. N._____, J._____, H._____, E._____ und H._____ [ein weiterer Name ist unlesbar]; im Begleitmail erwähnte er zusätzlich noch Dr.med. G._____, welchen er im Formular vergessen habe.

3.10.3 Am 12. Februar 2016 berichtet PD Dr.med. N._____ der IV als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Wahrscheinlich aethyltoxische Leberzirrhose Child B (ohne Auswirkungen: Diabetes mellitus Typ II, Arterielle Hypertonie, obstruktive Schlafapnoesyndrom). Die bis anhin dekompensierte Leberzirrhose (aktuell sich erholend) spreche für eine gewisse Arbeitsunfähigkeit. Die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei nicht ganz auszuschliessen aufgrund der sich erholenden Leberfunktion (IV-act. 16).

Am 19. Februar 2016 berichtet Dr.med. G._____ der IV-Stelle (vgl. Erw. 3.3.3).

Am 4. Mai 2016 gab die RAD-Ärztin U._____ die Stellungnahme ab, die Leberzirrhose sei unter Alkoholstopp in Besserung, es liege nun nur noch Child A vor. Anzunehmen sei zurzeit noch eine Teilarbeitsunfähigkeit, es würden keine genauen Angaben gemacht. Es seien aber weitere Verlaufsberichte einzuholen. Medizinisch könne noch nicht von Endzustand ausgegangen werden (IV-act. 24).

3.10.4 Am 24. August 2016 berichtete Dr.med. G._____ (vgl. Erw. 3.3.5). Er stellte eine ungünstige Prognose und nannte eine Arbeitsunfähigkeit von 100%.

Am 20. September 2016 erstattete PD Dr.med. N._____ einen weiteren Bericht. Die Fragen betreffend Arbeitsunfähigkeit konnte er nicht beantworten.

Am 31. Oktober 2016 erhielt die IV-Stelle den Bericht der Verhaltensneurologischen/ Neuropsychologischen Untersuchung am ____-spital vom 24. Oktober 2016 (vgl. Erw. 3.7).

Da PD Dr.med. N._____ seinem Bericht keinen aktuellen Befund beigelegt hat, forderte die IV einen solchen nach. Dieser wurde am 21. Dezember 2016 eingereicht (IV-act. 36). Er sehe den Kläger einmal monatlich zur hepatologischen Kontrolle; am 1. Juli 2016 habe er ihn sonographisch beurteilt, am 9. November 2016 endoskopisch; ansonsten hätten keine weiteren Abklärungen stattgefunden. Dem Hausarzt berichtete er nach dem Ultraschall-Untersuchung von einem weiterhin sehr erfreulichen Verlauf unter absoluter Alkoholabstinenz; sonographisch wie auch labormässig keine Hinweise für ein HCC. Und nach der Endoskopie berichtete er, erfreulicherweise zeige sich im Gleichschritt mit der Lebererholung auch ein deutlicher Rückgang der Oesophagusvarizen.

3.11 Im März 2018 holte das Gericht vom behandelnden Hausarzt Dr.med. K._____ (FMH Allgemeinmedizin) eine schriftliche Auskunft und die Krankengeschichte ein (VG-act. 58). Daraus erhellt, dass PD Dr.med. N._____ dem Kläger nach der notfallmässigen Hospitalisation im September 2015 empfahl, sich einen Hausarzt zu nehmen und ihn an Dr.med. K._____ verwies. Dieser führte im Februar 2016 das Erstgespräch durch und ist seither behandelnder Hausarzt. Im Bericht vom 31. März 2018 führte er aus, "dass abgesehen von einer Stellungnahme in einem einzigen Zeugnis vom 25.09.2016 (Ihnen bekannt [K-act. 25]), die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch mich als Hausarzt im Verlauf der Behandlung kein Thema war." Aus den Verlaufseinträgen erhellt sodann, dass als Probleme, die in den Hausarzt-Konsultationen seit Februar 2016 behandelt wurden, eine Periarthritis humeroscapularis, eine allgemeine Muskelatrophie bei Status nach Dekonditionierung 2015, Leberzirrhose Child B (ED 2015), psychosoziale Belastung sowie V.a. psychomotorische Verlangsamung im Zentrum standen.

4.1 Die materiellen Voraussetzungen einer Leistungspflicht sind nur zu prüfen, soweit ein entsprechender Anspruch nicht ohnehin verjährt ist. In diesem Sinne gilt es vorab die Verjährungsfrage zu prüfen, da sich im Falle der Verjährung die materiellen Fragestellungen erübrigen (Urteil BGer 4A_471/2014 vom 2.2.2015 Erw. 2.3.2).

4.2 Die Beklagte bestreitet einen Anspruch des Klägers auf Taggelderleistungen mangels Erfüllung der Voraussetzungen und sie macht zusätzlich auch geltend, sie habe mit Schreiben vom 3. Oktober 2016 auf die Einrede der Verjährung verzichtet, soweit diese bis zum 3. Oktober 2016 nicht bereits eingetreten sei (BK-

act. 42). Ein allfälliger Anspruch auf Taggeldzahlungen für bereits verjährte Forderungen bestehe damit ohnehin nicht.

Nach Darstellung des Klägers wurde indes die Verjährung mit der Erbringung von Teilzahlungen in den Jahren 2014 wie 2016 jeweils unterbrochen und sie habe neu zu laufen begonnen (Replik Ziff. 19). Dem entgegnet die Beklagte, dass Taggelder pro Leistungsfall ausgerichtet würden. Eine Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Krankheit sei nie anerkannt worden, weshalb eine allfällige Zahlung diesbezüglich nie unterbrechend wirken können. Und auch für die Arbeitsunfähigkeit wegen somatischer Krankheit im April 2014 sei aufgrund der ausstehenden Prämienzahlung sowie der zu späten Anmeldung nie ein Taggeld geleistet worden; dieser Anspruch sei daher am 3. Oktober 2016 verjährt (Duplik Ziff. 9).

4.3 Nach Art. 46 Abs. 1 VVG (SR 221.229.1) verjähren die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet. Die gleichlautende Bestimmung enthält auch die AVB (Ziff. 10.6.5). Da die Taggeldzahlungen ihrer Natur nach das laufende Einkommen des Versicherten ersetzen sollen, werden sie in der Regel fortlaufend gefordert und erbracht. Diesem Zweck entspricht es, die Taggeldforderungen grundsätzlich fortlaufend verjähren zu lassen (Urteile BGer 4A_229/2015 vom 14.4.2016 Erw. 4.1; 4A_471/2014 vom 2.2.2015 Erw. 4.1; BGE 139 III 418 Erw. 3 und 4).

Gemäss Art. 135 Ziff. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR; SR 220) vom 30. März 1911 wird die Verjährung unterbrochen durch Schuldbetreibung, Schlichtungsgesuch, Klage oder Einrede vor einem staatlichen Gericht oder einem Schiedsgericht sowie durch Eingabe im Konkurs. Sie wird sodann gemäss Art. 135 Ziff. 1 OR unterbrochen durch Anerkennung der Forderung von Seiten des Schuldners. Eine Anerkennungshandlung nach Art. 135 Ziff. 1 OR setzt keinen auf eine Unterbrechung der Verjährung gerichteten Willen voraus. Als Anerkennung mit Unterbrechungswirkung gilt jedes Verhalten des Schuldners, das vom Gläubiger nach Treu und Glauben im Verkehr als Bestätigung seiner rechtlichen Verpflichtung aufgefasst werden darf. Für die Unterbrechung der Verjährung genügt es, dass der Schuldner erklärt, unter gewissen Voraussetzungen zur Leistung weiterer Zahlungen bereit zu sein und somit das Bestehen einer Restschuld nicht ausschliesst. Die Anerkennung der grundsätzlichen Schuldspflicht genügt. Sie braucht sich nicht auf einen bestimmten Betrag zu beziehen. Ob eine Erklärung des Schuldners als Anerkennung zu deuten ist, welche die Verjährung unterbricht, ist mit Blick auf den konkreten Einzelfall zu entscheiden

(BGE 134 III 591 Erw. 5.2.1; Urteile BGer 4A_532/2009 vom 5.3.2010 Erw. 2.5, 4A_590/2009 vom 14.5.2010 Erw. 4.1 und 9C_262/2010 vom 12.7.2010 Erw. 4.2).

4.4 Dr.med. T. _____ hielt gegenüber der Beklagten fest, für den Monat April 2014 könne eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit anerkannt werden (Erw. 3.9.4). Die Beklagte selber anerkennt denn auch, dass der Kläger im April 2014 wegen somatischer Krankheit arbeitsunfähig war (Erw. 2.2). Dennoch verneinte sie durchwegs einen Taggeld-Anspruch des Klägers. Dies ursprünglich wegen Prämienverzug sowie wegen zu später Anmeldung. Nachdem der Kläger bestreitet, je eine Mahnung wegen Prämienverzug erhalten zu haben und die Beklagte ihrerseits den Verzug nicht nachweisen kann, verzichtete sie mit Duplik auf die Geltendmachung eines Prämienverzugs (Duplik Ziff. 2). Hingegen bestreitet sie einen Anspruch weiterhin infolge verspäteter Anmeldung. Mithin hat die Beklagte einen Anspruch des Klägers auf Taggelder für den Monat April 2014 und darüber hinaus nie anerkannt. Sie hat sich nie in einer Weise geäußert, dass der Kläger in guten Treuen davon ausgehen konnte, die Beklagte anerkenne seinen Anspruch auf Taggelder für die Arbeitsunfähigkeit im Monat April 2014 und darüber hinaus, so dass er nicht handeln müsste (BGE 134 III 591 Erw. 5.2.1). Im Gegenteil hat sie diesen Anspruch stets ausdrücklich bestritten.

Die Beklagte anerkannte den krankheitsbedingten Arbeitsausfall des Klägers im September 2015 sowie einen entsprechenden Leistungsanspruch und sie bezahlte Taggelder. Entgegen der Darstellung des Klägers kommt dieser Anerkennung resp. Taggeldzahlung jedoch keine verjährungsunterbrechende Wirkung hinsichtlich des geltend gemachten Anspruches für den Monat April 2014 zu. Wie die Beklagte zu Recht festhält, bildete die Krankheit im September 2015 (Lebererkrankung) einen eigenen Krankheits- resp. Versicherungsfall und einen von der Krankheit vom April 2014 (Infekt) unabhängigen Taggeldanspruch. Die Beklagte hatte im Schreiben vom 9. Dezember 2015 denn auch ausdrücklich unterschieden zwischen dem Taggeldanspruch für den Monat April 2014, für welchen sie eine Leistungspflicht explizit ablehnte, und dem Anspruch vom September 2015, den sie anerkannte (BK-act. 28).

Einen anderen Grund, welcher die Verjährung unterbrochen hätte (Art. 135 Ziff. 2 OR), wird vom Kläger zu Recht nicht geltend gemacht.

Was die Taggeldleistungen aufgrund der psychischen Krankheit anbelangt, die von Dr.med. G. _____ ab 26. Juni 2014 ausgewiesen wird und für welche er eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte, so stellt diese einen eigenen, von den somatischen Krankheiten unabhängigen Krankheits- resp. Versicherungsfall dar. Einen Anspruch auf Taggelder hat die Beklagte stets bestritten, nie aner-

kannt. Einen Einredenverzicht gab sie am 3. Oktober 2016 ab, soweit die Forderung nicht ohnehin bereits verjährt sei (BK-act. 42). Mithin besteht aufgrund der eingetretenen Verjährung bis zum 2. Oktober 2014 selbst dann kein Taggeldanspruch, wenn in diesem Zeitraum eine Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Krankheit ausgewiesen wäre.

4.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass allfällige Forderungen des Klägers auf Taggelder bis zum 2. Oktober 2014 - unabhängig des Versicherungsfalles - verjährt sind. Nicht weiter zu prüfen ist damit auch die Frage, ob die Krankheitsanzeige des Klägers vom 27. August 2014 (BK-act. 3) verspätet erfolgt ist und aufgrund der verspäteten Anzeige für die Zeit davor keine Leistungspflicht der Beklagten besteht (wie es die Beklagte geltend macht).

5. Für die Zeit ab 3. Oktober 2014 sind die zwei Krankheitsfälle Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Krankheit (vom 26.6.2014, resp. 3.10.2014 bis 27.10.2016 [vgl. Erw. 3.3.7]) sowie Arbeitsunfähigkeit wegen somatischer Krankheit (vom September 2015) zu unterscheiden und betreffend Taggeldanspruch zu überprüfen.

5.1.1 Im April 2014 war der Kläger wegen einem Infekt am Vorfuss und Unterschenkel rechts hospitalisiert. Im Spital wurde zudem ein Diabetes mellitus Typ II diagnostiziert sowie eine äthyltoxische Hepatopathie festgestellt. Namentlich der Infekt führte nachvollziehbar zu einer faktischen Arbeitsunfähigkeit, was im Grundsatz auch von der Beklagten nicht bestritten wird. Allfällige Ansprüche bis zum 2. Oktober 2014 sind indes verjährt (vgl. Erw. 4). Dass diese im April 2014 unbestrittenermassen bestandene somatische Krankheit und Arbeitsunfähigkeit über diesen Zeitpunkt hinaus weiter andauerte, ist indes nicht anzunehmen. Es bestehen denn auch keine entsprechenden Arztberichte; namentlich der von Dr.med. E. _____ geführten Krankengeschichte (K-act. 28) kann nicht entnommen werden, dass die Krankheit andauerte und behandelt worden wäre. Er selber attestierte denn auch eine Arbeitsunfähigkeit nur bis zum 26. Juni 2014 (K-act. 27) und bestätigte, keine darüber hinausgehende Arbeitsunfähigkeit attestiert zu haben (BK-act. 34).

5.1.2 Bereits im Schreiben vom 9. Dezember 2015 anerkannte die Beklagte, dass der Kläger im September 2015 wegen somatischer Krankheit arbeitsunfähig war und entsprechend Anspruch auf Taggeld hatte (BK-act. 28). Entsprechend leistete die Beklagte vom 1. bis 30. September 2015 Taggelder in der Höhe von Fr. 10'684.50 (K-act. 22). Die Anerkennung der Arbeitsunfähigkeit basierte dabei im Wesentlichen auf dem Bericht des Konsiliararztes Dr.med. T. _____ vom 2. Dezember 2015, welcher eine Arbeitsunfähigkeit für vier Wochen im September

2015 bejahte (BK-act. 27). Am 15. Juni 2016 hielt Dr.med. T._____ auf Anfrage der Beklagten hin fest, ab dem 1. Oktober 2015 lasse sich somatisch keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründen (BK-act. 35). Dies steht allerdings in gewissem Widerspruch zum Bericht des behandelnden Arztes PD Dr.med. N._____, der am 25. November 2015 ausführte, vom Zeitpunkt der Hospitalisation und in den nachfolgenden Wochen habe sicherlich eine gewisse Arbeitsunfähigkeit bestanden; das Ausmass könne er allerdings nicht beurteilen (BK-act. 22). Und auch noch am 12. Februar 2016 hielt PD Dr.med. N._____ gegenüber der IV fest, die bis anhin dekompensierte Leberzirrhose (aktuell sich erholend) spreche für eine gewisse Arbeitsunfähigkeit. Die Wiederaufnahme resp. Erhöhung der Einsatzfähigkeit hielt er aufgrund der sich erholenden Leberfunktion für nicht ganz ausgeschlossen (IV-act. 16). Die RAD-Ärztin U._____ beurteilte gestützt darauf am 4. Mai 2016, zurzeit könne noch eine Teilarbeitsunfähigkeit angenommen werden (IV-act. 24).

5.1.3 Mit diesen Widersprüchen setzt sich Dr.med. T._____ in seinen Stellungnahmen vom 4. und 5. Januar 2017 auseinander (BK-act. 44). Er hält fest, im Dezember 2015 habe labormässig und klinisch noch eine dekompensierte Leberzirrhose Child B mit Aszites bestanden. Am 15. Januar 2016 habe sich unter Therapie und Alkoholkarenz eine gute Erholung gezeigt, so dass PD Dr.med. N._____ eine Leberzirrhose Child A festgehalten habe. Damit sei eine wesentliche Verbesserung nachgewiesen, weshalb nicht nachvollziehbar sei, dass PD Dr.med. N._____ am 12. Februar 2016 gegenüber der IV als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine aethyltoxische Leberzirrhose Child B nenne. Dies sei falsch, es habe eine kompensierte Leberzirrhose vorgelegen. Dr.med. T._____ hält daran fest, dass gesichert nur eine Arbeitsunfähigkeit ab dem 15. September 2015 für vier Wochen vorgelegen habe (so im Bericht vom 5.1.2017; im Bericht vom 4.1.2017 spricht er von einer Arbeitsunfähigkeit im September 2015; vgl. BK-act. 44). In der Stellungnahme vom 1. Mai 2018 (BK-act. 48-9/10) führt er aus, allenfalls könne aufgrund der dem Gericht neu eingereichten medizinischen Akten eine Arbeitsunfähigkeit bis 15. Januar 2016 aus somatischer Sicht akzeptiert werden. Diesbezüglich hält er allerdings auch fest, gemäss PD Dr.med. N._____ bestünden beim Gehen und Sitzen keine Einschränkungen, allenfalls beim Tragen von Lasten. Auch werde keine cerebrale Einschränkung durch Leberzirrhose im Sinne einer äthylischen Encephalopathie aufgezeigt. Es sei daher insgesamt nicht nachvollziehbar, dass der Kläger, der beim Gehen und Stehen keine Einschränkungen aufweise, somatisch in sitzender Tätigkeit längerfristig eingeschränkt sein soll.

5.1.4 Die versicherungsmedizinischen Stellungnahmen von Dr.med. T. _____ sind weitgehend nachvollziehbar und schlüssig (vgl. aber auch nachfolgend Erw. 5.1.5 zweitletzter Absatz). Er weist zu Recht darauf hin, dass PD Dr.med. N. _____ betreffend Arbeitsfähigkeit unklar bleibt, sich später explizit gar nicht zu dieser Frage äussern will. Auch zeigt er zu Recht auf, dass verschiedene ärztliche Berichte zu Unrecht noch nach dem 15. Januar 2016 von einer Leberzirrhose Child B sprechen, obwohl PD Dr.med. N. _____ bereits Mitte Januar 2016 Child A festgestellt habe, nachdem es nach komplettem Alkoholstopp zu einer sehr schönen klinischen und auch hepatologischen Erholung gekommen sei (BK-act. 30). Den weiteren Arztberichten kann sodann entnommen werden, dass unter Fortbestehen des Alkoholstopps die Erholung weiterging (IV-act. 36).

5.1.5 Nachdem keine anderen, die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden somatischen Diagnosen aktenkundig sind, und der Krankheitsfall vom September 2015 nicht zu einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit geführt hat, ist ein entsprechend dauerhafter (resp. bis zur Maximaldauer andauernder) Leistungsanspruch des Klägers infolge Leberzirrhose zu verneinen. Hingegen ist es nicht nachvollziehbar, dass der Kläger bereits zwei Wochen nach dem 15. September 2015 (Zeitpunkt der notfallmässigen Hospitalisation) wieder vollständig arbeitsfähig gewesen sein soll. Nach dem Untersuch vom 27. November 2015 konnte PD Dr.med. N. _____ zwar sonst eine Erholung und Besserung des Allgemeinzustandes feststellen, stellte aber nach wie vor die Diagnose einer dekompensierten Leberzirrhose Child B mit zunehmend Aszites und neu Oesophagusvarizen Grad I-II. Eine Behandlung mit Diuretika und Carvedilol wurde erforderlich.

Gegenüber dem Verwaltungsgericht gab PD Dr.med. N. _____ in seinem Kurzbericht vom 12. April 2018 an (VG-act. 63), dass er keine Angaben über das genaue Ausmass der Arbeitsunfähigkeit machen könne. Dies lässt es aber auch nicht zu, aufgrund der Berichte von PD Dr.med. N. _____ vom 27. November 2015 und vom 15. Januar 2016, in welchen dem Kläger eine fortschreitende Erholung von der Leberzirrhose attestiert wird, auf die (vollständige) Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zu schliessen.

Die vom Verwaltungsgericht eingeholten, ergänzenden Untersuchungs- und Verlaufsberichte von PD Dr.med. N. _____ zeigen auf, dass zwar die akute äthyltoxische Leberschädigung (ikterische Steatohepatitis) innerhalb von rund 3 Monaten nach Spitalaustritt deutlich zurückgegangen ist (Rückgang von Transaminasen und Bilirubin), jedoch sich die Leberzirrhose noch bis Mitte Dezember 2015 offensichtlich verschlechtert hat, insbesondere der Pfortaderhochdruck zunahm und sich Oesophagusvarizen und zunehmender Aszites entwickelten. Erst im Bericht vom 15. Januar 2016, vier Monate nach Hospitalisation, sprach PD

Dr.med. N. _____ von einer schönen Erholung, einem Stadium Child A, sowie weitgehendem Verschwinden des Aszites (minimalst Aszites perihepatisch). Aufgrund der Leberzirrhose ist deshalb ab der Hospitalisation im September 2015 bis 14. Januar 2016 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Klägers auszugehen. Hierfür sprechen auch die glaubhaften Äusserungen des Klägers an der Hauptverhandlung, nach denen er sich an seine Handlungen im Januar 2016 nicht mehr erinnern könne und der Hausarzt im Erstgespräch vom 2. Februar 2016 notierte, das Hauptproblem sei die allgemeine Schwäche, eine Leistungstoleranz (VG-act. 58). Darüber hinaus entspricht es einem medizinischen Erfahrungswert, dass eine über mehrere Monate im Stadium Child B verlaufende Leberzirrhose (deutliche Funktionseinschränkung) markante Auswirkungen auf das Allgemeinbefinden haben kann (allgemeine Müdigkeit und Schwäche, Inappetenz, Fehlernährung und Gewichtsabnahme, Muskelabbau, Dekonditionierung etc.). Es ist deshalb auch nicht davon auszugehen, dass der Kläger ab Einstufung der Leberzirrhose als Child A sofort wieder vollständig arbeitsfähig war. Vielmehr ist von einer mehrmonatigen Rekonvaleszenzphase auszugehen, während der dem Kläger eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren ist. Ab Mitte Januar 2016 begann sich sein Allgemeinzustand langsam zu verbessern, was sich mit weiteren Indizien untermauern lässt, wie etwa dem Wiedererreichen eines stabilen Gewichtszustandes (84-85 kg), einer Intensivierung der Physiotherapiebesuche (VG-act. 57) sowie den Verlaufseinträgen des Hausarztes (VG-act. 58). In der Verlaufskontrolle vom 2. Mai 2016 hielt PD Dr.med. N. _____ eine normalisierte Leberfunktion fest (VG-act. 63 Beilage 1 S. 2). Es rechtfertigt sich deshalb, erst ab 1. Mai 2016 von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit des Klägers auszugehen.

Angesichts der weiteren vom Gericht eingeholten Unterlagen, lässt sich die von Dr.med. T. _____ vorgenommene Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit des Klägers (ab 15.9.2015 vier Wochen 100% AUF, allenfalls leichte Einschränkung bis 15.1.2016, ab dann vollständige Arbeitsfähigkeit; vgl. seine versicherungsmedizinische Stellungnahme vom 1.5.2018 S. 10 [BK-at. 49]) somit nicht bestätigen. Der Annahme von Dr.med. T. _____, dass ab 15. Januar 2016 eine vollständige Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit ab 15. Januar 2016 infolge kompensierter Leberleistung (Child A) eingetreten sei, kann aus den vorgenannten Gründen nicht gefolgt werden, da - wie bereits erwähnt - im vorliegenden Fall die Rekonvaleszenzphase bei einer über mehrere Monate im Stadium Child B verlaufende Leberzirrhose längere Zeit dauert und das Abklingen der Leberzirrhose auf Stadium Child A nicht mit einer vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gleichzusetzen ist. Aus diesen Gründen kann auch der Beklagten nicht gefolgt werden, wenn sie in ihrer Stellungnahme vom 7. Juni 2018 (S. 2 unten)

für die Zeit ab 15. Januar 2016 von einer allenfalls gesundheitlichen Dekonditionierung ausgeht, welche für die körperlich leichte Tätigkeit als Versicherungsbroker nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit führe.

Andererseits findet sich für die klägerische Forderung, es sei eine volle Arbeitsunfähigkeit bis mindestens Oktober 2016 zu anerkennen (Stellungnahme vom 13.7.2018, Ziff. VIII), in den medizinischen Akten keine Grundlage. Der Hausarzt hält explizit fest, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch ihn sei nie Thema gewesen. Seinen Verlaufseinträgen ist keine Diagnose von Krankheitswert zu entnehmen, die auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen liesse (vgl. Erw. 3.11). PD Dr. N._____ äusserte sich ebenso wenig zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einträge zu den regulären Kontrollen ab Februar 2016 zeigen einen stabilen Verlauf, ab April ein stabiles Gewicht (84-85kg); am 2. Mai 2016 notiert er eine normalisierte Leberfunktion. Auffälligkeiten finden sich keine (VG-act. 63 Beilage 1). Den Einträgen der Physiotherapie ist zu Beginn eine gewisse Dekonditionierung zu entnehmen; bereits im März 2016 ist aber eine Besserung dokumentiert. Im April 2016 ist festgehalten, der Kläger komme ohne sich zu halten aus dem Auto. Vermerkt sind in der Folge insbesondere Knie- und Schulterbeschwerden, so dass im Mai 2016 ein MRI der Schulter durchgeführt wurde. Aus den Einträgen der Physiotherapeuten lässt sich nicht auf eine über Ende April 2016 andauernde Arbeitsunfähigkeit schliessen (vgl. VG-act. 57). In der Befragung vom 8. Februar 2018 hielt auch der Kläger fest, mit dem Beginn der Physiotherapie sei er wieder zu Kraft gekommen, es sei stetig aufwärts gegangen, das habe viel gebracht (Frage 10). Schliesslich spricht auch die Kurzbeurteilung der RAD-Ärztin vom 4. Mai 2016 nicht gegen die ab Mai 2016 wieder vorhandene Arbeitsfähigkeit. So hält sie ohne weitere Begründung - sowie gestützt auf die Berichte vom Februar 2016 - fest, es könne noch von einer Teilarbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, notiert aber auch, zum Gesundheitszustand würden keine genaueren Angaben gemacht, es seien weitere Berichte notwendig (Erw. 3.10.3). Der weitere Verlauf von Februar bis zum Berichtsdatum vom 4. Mai 2016 blieb dabei unberücksichtigt. Damit aber ist eine weiter andauernde Arbeitsunfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt.

Für die Zeit vor der notfallmässigen Hospitalisation (15.9.2015) ist eine Arbeitsunfähigkeit wegen somatischer Krankheit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen. Einerseits wurde durch den (damaligen) Hausarzt ab dem 26. Juni 2014 keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert. Andererseits konnten - trotz entsprechender Aufforderungen - bis zum gastroenterologischen Untersuch vom 2. September 2015 keine Arztberichte betreffend somatischer Leiden zu den Akten genommen werden; einen Hausarzt hatte der Kläger erst wieder ab Februar 2016. Auch der Kläger bestätigte in der Befragung vom 8. Februar 2018, in der

fraglichen Zeit keinen Hausarzt aufgesucht zu haben (Ergänzungsfrage 2). Aus der von Dr.med. G._____ geführten Krankengeschichte ist zwar ersichtlich, dass der Kläger ab und an in Behandlung war (allerdings auch wegen Schulterproblemen) und Dr.med. E._____ erwähnt, dass es beim Kläger im Verlaufe des Jahres 2015 zu wiederholten, Kollaps ähnlichen Zuständen gekommen sei, was der Anamnese des Eintrittsberichts der Klinik D._____ vom 15. September 2015 entspricht (VG-act. 60 Beleg 3). Dies lässt sich ebenso aus der Verlaufsdokumentation von Dr.med. G._____ lesen, wobei es sich um vom Kläger geschilderte kurzzeitige Einzelereignisse handelte. Weder liegen medizinische Befunde vor, noch wurde dem Kläger (abgesehen von Dr.med. G._____) eine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Im Gegenteil berichtet Dr.med. N._____ am 6. Juli 2015, er habe den Kläger zu der mit ihm 2014 vereinbarten Kontrolluntersuchung aufbieten wollen, was dieser mit dem Hinweis, es gehe ihm gut und er wünsche im Moment keine Untersuchung, abgelehnt habe (VG-act. 63 Beleg 12). Ohne entsprechende medizinische Befunde ist eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit indes nicht begründbar (vgl. auch von Dr.med. K._____ erfasste persönliche Anamnese von 2000 bis 9/2015, worin nur die bekannten Ereignisse aufgelistet sind, VG-act. 58).

Zusammenfassend hat die Beklagte die Taggeldleistung an den Kläger Ende September 2015 zu Unrecht eingestellt. Vielmehr bestand ab dem notfallmässigen Eintritt am 15. September 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis am 14. Januar 2016 und anschliessend ab dem 15. Januar 2016 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit noch bis zum 30. April 2016. In diesem Umfang hat der Kläger (über die von der Beklagten im ganzen Monat September 2015 geleisteten Taggelder hinaus) Anspruch auf ein Taggeld.

5.2.1 Der Krankheitszustand des Klägers ist gemäss Klageschrift insbesondere durch die psychiatrische Diagnose geprägt. Mit Überweisungsschreiben vom 16. Juni 2014 ersuchte Dr.med. E._____ den Facharzt Dr.med. G._____, den Kläger fachärztlich zu beurteilen und therapieren. Er leide unter progredienten Symptomen eines emotionalen Erschöpfungszustandes, wobei vor allem berufliche Gründe ausschlaggebend seien (K-act. 29). Vom 26. Juni 2014 an befand sich der Kläger in Behandlung bei Dr.med. G._____. Von diesem Zeitpunkt an attestierte dieser dem Kläger eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis er ihn ab dem 28. Oktober 2016 wieder als voll arbeitsfähig beurteilt hat. Im Zeitpunkt der Klageerhebung war der Kläger noch immer in wöchentlichen Therapiesitzungen beim Psychiater (Klage Ziff. 26). Entsprechend begründet der Kläger seinen Anspruch denn auch im Wesentlichen mit den ärztlichen Berichten von Dr.med. G._____ (vgl. dazu Erw. 3.3). Dieser diagnostizierte am 13. Oktober 2014 ei-

ne depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, ICD-10 F32.11 (BK-act. 10), was er am 7. September 2015 (BK-act. 18) sowie am 19. Februar 2016 (BK-act. 32) und 31. Mai 2016 (BK-act. 33) bestätigte (für die ausführliche Verlaufsdocumentation von Dr.med. G._____ vgl. VG-act. 56). Ab 19. Februar 2016 ergänzte er zudem Leberzirrhose Child B mit ikterischer Steatohepatitis und ab 31. Mai 2016 Alkoholabhängigkeit, ggw. abstinent. Am 30. August 2016 nannte er eine depressive Störung ggw. leicht- bis mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom ICD-10 F32.01 (BK-act. 38).

5.2.2 Ob Prof. P._____, der von der Beklagten mit einer psychiatrischen Kurzbeurteilung beauftragt wurde, neben dem Standortgespräch vom 10. November 2015 weitere Unterlagen, namentlich Arztberichte, zur Verfügung standen, ergibt sich aus seiner Kurzbeurteilung nicht (vgl. Erw. 3.8). Es muss daher davon ausgegangen werden, dass er allein aufgrund der Besprechung vom 10. November 2015 zur Beurteilung gelangt ist, aus psychiatrischer Sicht sei der Kläger vollständig arbeitsfähig. Zudem weist er darauf hin, das psychosomatische Beschwerdebild des Klägers zeige sich überlagert durch eine psychosoziale Belastungssituation durch die berufliche, persönliche und finanzielle Situation.

Ebenso wenig erhellt aus den Akten, auf welcher Basis Dr.med. Q._____ die ihr gestellten Fragen am 21. November 2015 beantwortet hat (BK-act. 26), ob allein auf der kurzen Beschreibung der Ausgangslage (welche nachweislich, namentlich in der Chronologie fehlerhaft ist), oder aufgrund eines vollständigen Akten dossiers. Immerhin verweist Dr.med. Q._____ auf das Kurzgutachten von Prof. P._____, weshalb anzunehmen ist, dass ihr dies vorgelegen hat. In Übereinstimmung mit diesem hält sie denn auch fest, es stünden beim Kläger äussere, krankheitsfremde Faktoren im Vordergrund. Allerdings wird dies nicht weiter begründet und vermag daher einen Leistungsanspruch des Klägers nicht zu verneinen.

5.2.3 Anders als in den Kurzberichten verfasste Dr.med. Q._____ am 9. Januar 2017 eine ausführliche Einschätzung gestützt auf die medizinischen Akten der Beklagten und der IV (BK-act. 45). Sie kommt dabei erneut zum Schluss, dass eine medizinisch-psychiatrisch begründete ganze oder teilweise Arbeitsunfähigkeit des Klägers in der Zeit vom 28. Februar 2014 bis 30. November 2016 nicht vorgelegen habe. Damit steht ihre Beurteilung im Widerspruch zu den Attesten des behandelnden Facharztes Dr.med. G._____, zumindest was die Zeit vom 26. Juni 2014 bis 27. Oktober 2016 anbelangt. Sie setzt sich denn auch ausführlich mit den Berichten von Dr.med. G._____ auseinander, was ihre Schlussfolgerung für das Gericht nachvollziehbar macht. So weist sie einerseits zu Recht darauf hin, dass die Berichte von Dr.med. G._____ während sehr

langer Zeit nachweislich in keiner Weise auf die belegte Alkoholproblematik und die Hepatopathie eingingen, was mitunter doch auch erstaunt, fanden doch wöchentliche (teilweise zweimal wöchentlich) Therapiesitzungen statt. Vor allem relativiert dies auch die Aussage des Klägers, wonach Dr.med. G._____ sich im Gegensatz zu den begutachtenden Ärzten stets ein umfassendes Bild habe machen können (Klage Ziff. 24). Für Dr.med. Q._____ ist der festgestellte Alkoholmissbrauch von Relevanz, da ursächlich in den Jahren und Monaten vor September 2015 ein erheblicher Alkoholmissbrauch stattgefunden haben muss, die fortschreitende Leberaffektion nur so erklärbar sei. Auch weist Dr.med. Q._____ zu Recht darauf hin, dass Dr.med. G._____ zwar den Gewichtsverlust thematisiere, indes nicht darauf hinweise, dass dieser von internistischer Seite her dem Kläger ausdrücklich empfohlen wurde (vgl. Erw. 3.1 und 3.4). Wenn Dr.med. G._____ im August 2016 berichte, der Kläger habe seit Anfang 2014 an keinen wichtigen Besprechungen mehr teilnehmen können, die Post und Zahlungen nicht mehr erledigt, dann widerspreche er seinen eigenen früheren Berichten, in welchen er festgehalten habe, der Kläger sei intensiv damit beschäftigt, die vom Sicherungsfond angestrebte Pfändung von mehreren Millionen Franken abzuwenden und eine für ihn günstigere Lösung zu verhandeln (diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass sich ebenso aus den Verlaufseinträgen von Dr.med. G._____ ergibt, dass der Kläger ihm gegenüber regelmässig berichtet, mit verschiedenen Verfahren rund um die frühere R._____tätigkeit befasst und belastet zu sein, vgl. Verlaufsnotizen, VG-act. 56. Und auch im Eintrittsformular der Physiotherapie vom 7.3.2016 hält der Physiotherapeut fest, gemäss Kläger würden ihn Gerichtsverfahren noch beschäftigen; VG-act. 57). Weitere Widersprüche sieht Dr.med. Q._____ darin, dass Dr.med. G._____ in der Befunddokumentation angebe, dass der Versicherte in der Merkfähigkeit und der Auffassung objektiv nicht vermindert sei, seine Konzentration und das Kurzzeitgedächtnis indes subjektiv beeinträchtigt seien; diese Befunde würden im Widerspruch zur angeblichen kognitiven Beeinträchtigung stehen (BK-act. 45 S. 5; bereits im Bericht vom Februar 2015 besteht diesbezüglich ein Widerspruch). Und trotz offenbar gebesserter Stimmungslage und Besserung der depressiven Symptomatik dank integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung stelle er im August 2016 eine ungünstige Prognose. Unzutreffend sei auch sein Bericht an den Rechtsvertreter des Klägers im Mai 2016, wo Dr.med. G._____ von durchgeführter hochdosierter antidepressiver Medikation spreche, wo er doch nur eine mittlere Dosis Venlafaxin sowie tiefe Dosis Surmontil gegeben habe. Auch spreche er hier erstmals von einer latenten Suizidalität, wo diese doch stets ausgeschlossen worden sei (dass Dr.med. G._____ von vermutlich anhaltender latenter Suizidalität spricht, än-

dert an dieser korrekten Feststellung nichts). Insgesamt fehle in den Berichten von Dr.med. G._____ der Nachweis einer medizinisch-psychiatrisch begründeten Arbeitsunfähigkeit.

Andererseits betont Dr.med. Q._____, dass an depressiver Symptomatik im engeren Sinne nur eine nicht näher eingegrenzte Niedergestimmtheit und die Zukunfts- und Existenzängste auszumachen seien, wobei letzteres in Anbetracht der schwierigen beruflichen und finanziellen Situation durchaus adäquat sei. Kognitiv seien jedoch keine objektiven Einschränkungen festgehalten. Unspezifische Zusatzbeschwerden wie Energielosigkeit, Gewichtsverlust, Schwitzen usw. können ebenso gut mit dem Alkoholmissbrauch und der manifesten Lebererkrankung erklärt werden. Gegen eine Depressivität von erheblicher Schwere spreche das Funktionsniveau im Alltag (die von Dr.med. G._____ bestätigte intensive Beschäftigung mit den rechtlichen Auseinandersetzungen) sowie die geringe Medikation. Im Jahr 2016 komme es zu einer Besserung der Situation, zu gebesserter Stimmungslage sowie neuropsychologisch bestätigtem normgerechten Leistungsprofil. Dies trotz Beendigung antidepressiver Medikation, jedoch unter Alkoholstopp.

5.2.4 Insgesamt ist es für das Gericht erstellt, dass keine objektiven Befunde vorliegen, welche seit Oktober 2014 eine depressive Störung, vorerst mittelgradige Episode, ab Sommer 2016 leicht- bis mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom sowie insbesondere eine damit einhergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigen würden. Es lag mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein psychisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Einerseits ist ein missbräuchlicher Alkoholkonsum mit Schädigung der Leber nachgewiesen und andererseits bestand für den Kläger eine beruflich und finanziell schwierige Situation, welche die vom Kläger subjektiv beschriebenen Beschwerden zu erklären vermögen, die indes krankheitsfremde Faktoren darstellen und keinen Taggeldanspruch zu begründen vermögen (vgl. diesbezüglich insbesondere auch die Verlaufseinträge von Dr.med. G._____, gegenüber welchem der Kläger stets von den Belastungen durch die laufenden Gerichtsverfahren, die finanziellen Probleme, die Belastung in der Beziehung aufgrund der beruflichen Belastung der Partnerin, die familiären Probleme mit den Geschwistern etc. berichtete; VG-act. 56). Soweit der Kläger mit Verweis auf die Rechtsprechung geltend macht, es sei von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriff auszugehen, weshalb auch unerheblich sei, ob die Arbeitsunfähigkeit durch psychosoziale Faktoren und/oder Alkoholkonsum verursacht worden sei (Stellungnahme vom 13.7.2018 Ziff. XVI), ist dem entgegen zu halten, dass dennoch und in jedem Fall ein objektiver Befund, eine medizinische Diagnose vorliegen muss. Denn gemäss der vor-

liegend massgeblichen AVB stellt die Arbeitsunfähigkeit eine Leistungsvoraussetzung dar und Arbeitsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie Folge einer Krankheit (oder eines Unfalles oder einer Geburt) ist (AVB Ziff. 8.1.4). Mithin sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu berücksichtigen, aber nur, wenn medizinisch ein Gesundheitsschaden, eine Krankheit vorliegt (vgl. dazu auch Erich Züblin, Psychosomatische Gesundheitsstörungen im Sozialversicherungs-, Privatversicherungs- und Haftpflichtrecht, in Kieser [Hrsg.], Psychosomatische Störungen im Sozialversicherungsrecht, S. 133 ff, 283). Vorliegend mangelt es aber gerade an einer entsprechenden Diagnose. Die von Dr.med. G._____ erstellten Berichte können diese Einschätzung nicht in Zweifel ziehen. Er äussert sich teilweise widersprüchlich, objektive Befunde für die gestellte Diagnose fehlen für die umschriebene Schwere. Der für den Gesundheitszustand wesentliche, intensive Alkoholkonsum bleibt lange Zeit unbekannt und damit unberücksichtigt (vgl. etwa Verlaufseintrag vom 29.9.2015. Selbst kurz nach Entlassung aus D._____ Klinik wird zwar notiert, der Patient schaue blass und mitgenommen aus, die eigentliche Problematik wird jedoch nicht benannt; der Alkoholkonsum wird am 15.12.2015 erstmals thematisiert). Die Widersprüche nehmen 2016 zu, nachdem der Alkoholmissbrauch bekannt, unter Alkoholstopp und Beendigung der Medikation eine verbesserte Stimmungslage, jedoch ungünstige Prognose und vermeintliche chronische psychische Folgestörungen sowie plötzlich Verdacht auf latente Suizidalität festgehalten werden. Schliesslich ist nicht nachvollziehbar, wie Dr.med. G._____ noch am 27. Oktober 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 30. November 2016 ausstellen konnte, um den Kläger nach Erhalt des Berichtes der neuropsychologischen Beurteilung (Erw. 3.7) bereits per Folgetag, 28. Oktober 2016 wieder vollständig arbeitsfähig zu erklären.

Zur Einschätzung von Dr.med. Q._____ legt der Kläger eine Entgegnung von Dr.med. G._____ vom 13. März 2017 ins Recht (K-act. 26). Er hält fest, die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sei beim Kläger aufgrund des komplexen Falles nicht einfach gewesen. Dies auch, weil er den Alkoholmissbrauch lange verheimlicht und eingeforderte Laboruntersuchungen nicht gezeigt habe. Die Ausführungen von Dr.med. Q._____ seien weitgehend nachvollziehbar, jedoch greife sie in der Beurteilung und Schlussfolgerung zu kurz, wenn sie eine psychiatrische Störung von Krankheitswert bestreite. Allein die Tatsache des Alkoholmissbrauchs und der psychosozialen Probleme schliesse nicht aus, dass der Kläger an einer Depression gelitten habe. Nachdem es im Jahr 2016 zu einer Stabilisierung der Situation gekommen sei, habe er den Kläger zur neuropsychologischen Untersuchung angemeldet und nach Bekanntwerden des Ergebnisses ab dem 28. Oktober 2016 wieder als voll arbeitsfähig aus psychiatrischen Gründen beurteilt. Dr.med. G._____ geht jedoch nicht auf die von Dr.med.

Q._____ aufgezeigten Widersprüche ein. Auch trägt er keine objektiven Befunde vor, welche die Schwere der von ihm gestellten Diagnose untermauern würden, sondern weist auf die bekannten Berichte hin, welche dies - wie gezeigt - nicht belegen. Ebenso wenig lässt sich aus seinen echtzeitlichen Verlaufseinträgen eine solche lesen.

Auch aus dem eingereichten Bericht von Dr.med. K._____ kann der Kläger nichts zu seinen Gunsten ableiten (K-act. 25). Einerseits ist dieser erst seit 2016 Hausarzt des Klägers. Andererseits nennt er im September 2016 als wesentliche, die Arbeitsunfähigkeit beeinflussende Diagnose eine depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode, obwohl der behandelnde Facharzt seinerseits bereits im August nur noch von leicht- bis mittelgradiger Episode sprach. Auch beurteilt er die Prognose betreffend Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit als schlecht. Dies rund einen Monat bevor der Kläger wieder 100% arbeitsfähig war. Schliesslich ergibt sich auch aus der von Dr.med. K._____ geführten Krankengeschichte sowie seinem Schreiben ans Gericht (VG-act. 58), dass er selber keine Arbeitsunfähigkeit bestätigte, sondern diesbezüglich auf den Psychiater verwies. Die Berichte von Dr.med. K._____ vermögen daher die Einschätzung von Dr.med. Q._____ nicht in Zweifel zu ziehen.

Zudem ist der psychische Gesundheitszustand des Klägers auch vor dem Hintergrund der stattgehabten Leberaffektion zu würdigen. Dem Kläger gelang in Bezug auf seine Alkoholproblematik ab September 2015 eine radikale Kehrtwende (Alkoholstopp, Aufnahme und stetige Intensivierung der Physiotherapie). Dies gilt vor allem für das erste Halbjahr 2016, für welches echtzeitlich dokumentiert ist, dass sich der Kläger engagiert und erfolgreich um den zähen Wiederaufbau seiner körperlichen Kondition bemüht hat. Es ist nicht vorstellbar, dass dies dem Kläger vor dem Hintergrund einer die Arbeitsfähigkeit vollständig ausschliessenden depressiven Störung gelungen wäre.

Dies deckt sich schliesslich auch mit den Ausführungen des Klägers in der Befragung vom 8. Februar 2018. Auf seine Krankheiten angesprochen wies er stets auf seine körperliche Schwäche hin, die für ihn klar im Vordergrund stand; er habe viel Gewicht, vor allem Muskulatur verloren und sei schwach und vergesslich geworden. Er nannte immer wieder Beispiele von Tätigkeiten wie Treppensteigen, Aufstehen, Laufen oder Aussteigen aus dem Auto, was ihm kaum noch möglich gewesen sei. Dies habe letztlich auch auf die Psyche geschlagen; man werde verrückt, wenn man gewisse Dinge nicht mehr könne (Protokoll der Befragung vom 8.2.2018). Eine eigentliche psychische Störung mit Krankheitswert lässt sich auch daraus nicht ableiten.

Zu Recht verneinte die Beklagte daher einen Taggeldanspruch des Klägers wegen psychisch bedingten Funktionseinschränkungen mit entsprechender Arbeitsunfähigkeit. Medizinisch-psychiatrisch hatte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine ganze oder teilweise Arbeitsunfähigkeit bestanden. Selbst wenn die dekompenzierte Leberzirrhose das psychische Befinden namhaft beeinflusst hätte (wie vom Kläger ausgeführt), liesse sich daraus kein zur somatisch begründeten Arbeitsunfähigkeit zusätzlicher (Ausmass + Dauer) Taggeldanspruch aus psychischer Krankheit anerkennen.

5.3 Auf eine Befragung der vom Kläger genannten Zeugen kann unter diesen Umständen verzichtet werden. Der genannte (frühere Hausarzt) Dr.med. E._____ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit explizit nur bis 26. Juni 2014, was aufgrund der Verjährung unbeachtlich ist. Dr.med. G._____ erstattete sowohl der Beklagten als auch der IV periodisch Bericht; diese liegen in den Akten und wurden berücksichtigt; von einer Befragung sind keine anderen Erkenntnisse zu erwarten. Die weiteren Personen sind solche aus dem Bekanntenkreis des Klägers. Sie werden das vom Kläger selbst beschriebene Bild der Kraftlosigkeit, Müdigkeit, Zurückgezogenheit und des Gewichtsverlustes bestätigen. Diese Feststellungen werden vom Gericht nicht bezweifelt. Sie sind indes überwiegend wahrscheinlich mit dem missbräuchlichen Alkoholkonsum, der Leberschädigung sowie der schwierigen beruflichen und finanziellen Situation zu erklären (vgl. etwa auch Verlaufseintrag Dr.med. K._____ vom 2.2.2016: "Eindruckliche Schultergürtelatrophie, aber auch Beinatrophy, wohl im Rahmen des stattgehabten Alkoholabusus", VG-act. 58). Eine medizinisch-psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Klägers vermögen diese Zeugen nicht zu bestätigen. Ebenso kann auf ein gerichtliches Gutachten verzichtet werden. Der ausführliche Bericht von Dr.med. Q._____ vom Januar 2017 erfolgte unter Berücksichtigung der wesentlichen Akten, ist nachvollziehbar und schlüssig. Es bestehen keine Zweifel an dessen Richtigkeit. Zudem könnte für die relevante, vergangene Zeitspanne auch ein gerichtliches Gutachten nur aufgrund der bestehenden Akten erstellt werden.

6.1 Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass allfällige Taggeldansprüche des Klägers, die bis zum 2. Oktober 2014 entstanden sind, verjährt sind. Medizinisch-psychiatrisch bestand in der Zeit ab 3. Oktober 2014 keine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit und damit kein Taggeldanspruch. Für September 2015 hat die Beklagte einen Taggeldanspruch anerkannt und geleistet. Über den 30. September 2015 hinaus (d.h. ab Hospitalisation am 15.9.2015) bestand noch bis am 14. Januar 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und anschliessend

bis am 30. April 2016 überwiegend wahrscheinlich eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit mit entsprechendem Taggeldanspruch.

Bei einem Taggeld von Fr. 356.15 (vgl. K-act. 22), ergibt dies ein 100%-Taggeld von Fr. 37'751.90 für den 1. Oktober 2015 bis 14. Januar 2016 (106 Tage), sowie ein 50%-Taggeld von Fr. 19'054.-- (15.1.2016 - 30.4.2016 [107 Tage]), in der Summe Fr. 56'805.90.

6.2 Der Kläger fordert die Taggeldleistungen nebst Zins zu 5% seit 1. März 2015 (mittlerer Verfall).

6.2.1 Der Schuldner einer Geldschuld hat, soweit nichts anderes vereinbart worden ist, von Gesetzes wegen Verzugszins zu zahlen, sobald er mit der Zahlung der Schuld in Verzug gerät (Art. 104 Abs. 1 OR in Verbindung mit Art. 100 Abs. 1 VVG). Dieser Regelung liegt die Fiktion zugrunde, dass der verzugsbelastete Schuldner bis zur Erfüllung weiterhin über den Geldbetrag verfügen kann und der Gläubiger dadurch eine entsprechende Vermögenseinbusse erleidet. Es bedarf weder eines Schadensnachweises durch den Gläubiger noch eines Verschuldens des Schuldners, weshalb dieser auch dann Verzugszins zahlen muss, wenn er im Zeitpunkt des Verzugesintritts von seiner Zahlungspflicht oder deren Höhe keine Kenntnis hatte (BGE 129 III 535 Erw. 3.1).

6.2.3 Die Verzugszinspflicht setzt einerseits die Fälligkeit der Forderung und andererseits die Inverzugsetzung des Schuldners voraus. Nach Art. 41 Abs. 1 VVG wird die Forderung aus dem Versicherungsvertrag erst mit dem Ablauf von vier Wochen, von dem Zeitpunkt an gerechnet, fällig, in dem der Versicherer Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruches überzeugen kann. Das ist dann der Fall, wenn der Versicherte den Anspruch nach Gesetz und Vertrag genügend begründet hat (Jürg Nef, Basler Kommentar zum VVG, Basel 2001, Art. 39 N 15). Nach der herrschenden Lehre wird mit dieser Regelung allein kein Verfalltag statuiert, der eine Mahnung entbehrlich macht, da es eine Auslegungsfrage ist, wann der Versicherer alle notwendigen Auskünfte und Belege erhalten hat. Demnach gerät der Versicherer erst mit einer Mahnung in Verzug, ausser er lehnt seine Leistungspflicht definitiv ab. Dann treten Fälligkeit und Verzug sofort ein und eine Mahnung wird überflüssig (Jürg Nef, a.a.O., Art. 41 N 20).

6.2.4 Die AVB der Beklagten enthalten keine Verzugszinsregelung bei Leistungsverzug der Versicherung (lediglich bei Prämienverzug; AVB Ziff. 10.2.5). Es ist somit auch vertraglich kein Verfalltag vereinbart. Die Beklagte musste dem-

nach entweder zur Zahlung gemahnt werden, damit sie in Verzug geriet und ein Verzugszins geschuldet war, oder die Leistungspflicht definitiv ablehnen.

6.2.5 Der Kläger begründet seine Forderung nach Zins ab dem 1. März 2015 (mittlerer Verfall) nicht weiter. Da Taggeldleistungen erst ab Oktober 2015 (bis 30. April 2016) geschuldet sind, kann für die Zeit zuvor kein Anspruch auf Zins bestehen.

Mit Schreiben vom 9. Dezember 2015 hat die Beklagte ihre Leistungspflicht (abgesehen für den Monat September 2015) abgelehnt. Dies insbesondere auch für die Zeit nach der Hospitalisation, lagen ihr doch zu diesem Zeitpunkt sowohl der Bericht von PD Dr.med. N. _____ vom 25. November 2015 als auch die Fallbesprechung von Dr.med. T. _____ vom 2. Dezember 2015 vor. Mit dieser definitiven Ablehnung der Leistungspflicht geriet die Beklagte auch ohne explizite Mahnung in Verzug. Für die dannzumal bereits fälligen Taggelder ist die Beklagte somit ab dem 9. Dezember 2015 zinspflichtig. Die Taggelder für den Monat Dezember 2015 waren am 1. Januar 2016, jene für Januar 2016 am 1. Februar 2016, jene für Februar 2016 am 1. März 2016, jene für März 2016 am 1. April 2016 und jene für April 2016 am 1. Mai 2016 fällig (AVB Ziff. 10.6.1). Entsprechend sind die Taggelder zu verzinsen.

7.1 In diesem Umfang ist die Klage daher teilweise gutzuheissen.

7.2 Für das vorliegende Klageverfahren werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 114 lit. e ZPO).

7.3 Die Parteientschädigung gemäss Art. 95 Abs. 3 ZPO spricht das Gericht nach den Tarifen (Art. 96 ZPO) zu; die Parteien können eine Kostennote einreichen (Art. 105 Abs. 2 ZPO). Entschädigungspflichtig ist die unterliegende Partei; hat keine Partei vollständig obsiegt, so werden die Prozesskosten nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt (Art. 106 Abs. 1 und 2 ZPO).

7.3.1 Bei der Bemessung der Parteientschädigung kommt der kantonale Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975 zur Anwendung. Demgemäss ist das Honorar im Zivilverfahren vor einziger Instanz vom Streitwert abhängig (§ 8 GebTRA). Im Rahmen der festgesetzten Mindest- und Höchstansätze ist die Vergütung nach der Wichtigkeit der Streitsache, ihrer Schwierigkeit, dem Umfang und der Art der Arbeitsleistung sowie dem notwendigen Zeitaufwand zu bemessen. Wird die Vergütung pauschal zugesprochen, gilt die Mehrwertsteuer als in diesem Betrag enthalten; bemisst sich das Honorar nach dem zeitlichen Aufwand, ist sie zusätzlich zu entschädigen (§ 2 GebTRA). Die aus einem Anwaltswechsel resultierenden Mehrkosten können

nicht belastet werden (§ 4 Abs. 2 GebTRA). Erscheint eine eingereichte, spezifizierte Kostennote angemessen, ist sie der Festsetzung der Vergütung zugrunde zu legen; fehlt eine Kostennote, ist die Vergütung gestützt auf den GebTRA nach pflichtgemäsem Ermessen festzusetzen (§ 6 Abs. 1 GebTRA).

7.3.2 Der Kläger hat dem Gericht keine Kostennote eingereicht. Er klagt Taggelder in der Höhe von Fr. 229'202.90 nebst Zins zu 5% seit 1. März 2015 (mittlerer Verfall) ein. Es entspricht dies Taggeldern à Fr. 356.15 für die Zeit vom 1. März 2014 bis 27. Februar 2016 unter Berücksichtigung von 30 Wartetagen sowie abzüglich bereits erbrachter Leistungen (Klage Ziffer 20; K-act. 23). Mit seiner Klage dringt der Kläger nur zu einem geringen Teil durch, nämlich indem ab dem 1. Oktober 2015 bis am 14. Januar 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und anschliessend ab 15. Januar 2016 bis 30. April 2016 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit mit entsprechendem Taggeldanspruch anerkannt wird zuzüglich Zins gemäss Erwägung 6.2.5.

Bei einem Streitwert zwischen Fr. 100'001.-- und 1 Mio. Fr. beträgt das Grundhonorar gemäss § 8 Abs. 2 GebTRA bei vollständigem Obsiegen zwischen Fr. 5'500.-- und Fr. 39'600.--. In Anbetracht dessen sowie des nur teilweisen Obsiegens hat die Beklagte dem Kläger eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten. Die nicht anwaltschaftlich vertretene Beklagte hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 95 Abs. 3 lit. b ZPO).

8. Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind privatrechtlicher Natur, weshalb als Rechtsmittel an das Bundesgericht die Beschwerde in Zivilsachen gemäss Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz, BGG; SR 173.110) vom 17. Juni 2005 in Betracht kommt (BGE 133 III 439 Erw. 2.1; Bundesgerichtsurteil 4A_695/2011 vom 18.1.2012 Erw. 1.2). Weil das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenkassenversicherung als einzige kantonale Instanz beurteilt, ist die Beschwerde in Zivilsachen zulässig, auch wenn der Streitwert von Fr. 30'000.-- nicht erreicht werden sollte (BGE 138 III 2, Regeste und Erw. 1).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Klage hat die Beklagte dem Kläger im Sinne der Erwägungen Taggelder in der Höhe von Fr. 56'805.90 zuzüglich Zins zu 5% zu leisten. Die Zinspflicht der Taggelder Oktober und November 2015 beginnt am 9. Dezember 2015, jene vom Dezember 2015 am 1. Januar 2016, jene vom Januar 2016 am 1. Februar 2016, jene vom Februar 2016 am 1. März 2016, jene vom März 2016 am 1. April 2016 und jene vom April 2016 am 1. Mai 2016. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Beklagte hat dem Kläger eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu entrichten.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in Zivilsachen beim Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, erhoben werden (Art. 42 und 72ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Klägers (2/R)
 - die Beklagte (R)
 - und die Eidg. Finanzmarktaufsicht FINMA, 3003 Bern (A).

Schwyz, 9. August 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 12. September 2018