Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 27. Juni 2013 (731 12 102 / 144)**

---

**Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung**

**Krankentaggeld; Einstellung der Leistungen; Voraussetzungen der Anspruchsberechtigung; Gegenbeweis des Versicherers**

| | |
|---|---|
| Besetzung | Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiberin Martina Freivogel |
| Parteien | A.____, Kläger, vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin, Hauptstrasse 104, 4102 Binningen<br><br>gegen<br><br>**CSS Versicherung AG**, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, 6002 Luzern, Beklagte |
| Betreff | Taggeld |

A. Der 1963 geborene A.____ war als Inhaber der B.____ GmbH (B.____) seit 1. März 2009 bei derselben als Geschäftsführer angestellt und in dieser Eigenschaft ab 1. Januar 2011 bei der Krankentaggeldversicherung für Kleinunternehmen der CSS Versicherung AG (CSS) versichert. Mit Meldung vom 9. März 2011 wurde dem Versicherer mitgeteilt, A.____ sei seit 21. Februar 2011 krankheitsbedingt zu 100 % arbeitsunfähig. In der Folge richtete die CSS Krankentaggelder aus. Am 22. Juli 2011 stellte sie diese Versicherungsleistungen nach der Vornahme medizinischer Abklärungen per 31. Juli 2011 ein. Zur Begründung wurde ausgeführt,

der Versicherte sei gestützt auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig.

B. Mit Klage vom 20. März 2012 forderte Advokatin Elisabeth Maier namens und im Auftrag von A.____ beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), die Verpflichtung der CSS zur Bezahlung von Taggeldern vom 1. August 2011 bis 31. Januar 2012 von insgesamt Fr. 25'971.25 zuzüglich Zins von 5 %. Mehrforderungen blieben ausdrücklich vorbehalten; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht wurde beantragt, es seien die Verfahrensakten der Beklagten beizuziehen.

C. In ihrer Klageantwort vom 28. Dezember 2012 beantragte die CSS die Abweisung der Klage; unter o/e-Kostenfolge.

D. Anlässlich der Parteiverhandlung vom 20. September 2012 unterbreitete das Gericht den Parteien einen Vergleichsvorschlag. Mit gleichentags gefälltem Beschluss wurde der Fall ausgestellt und die Parteien erhielten eine Frist zur An- oder Ablehnung des vorgeschlagenen Vergleichs.

E. Die Beklagte lehnte den Vergleichsvorschlag mit Schreiben vom 9. Oktober 2012 ab und verlangte eine gerichtliche Beurteilung der Angelegenheit.

F. Am 25. Oktober 2012 reichte der Kläger zwei Arztzeugnisse des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. September 2012 sowie vom 23. Oktober 2012 ein und spezifizierte seine Mehrforderungen wie folgt: In Präzisierung des Rechtsbegehrens der Klage vom 20. März 2012 sei die Beklagte zusätzlich zu verpflichten, ihm Taggelder vom 1. April 2012 bis 1. März 2013 von insgesamt Fr. 44'052.50 zuzüglich Zins von 5 % per Ende des Monats des jeweiligen Betreffs zu bezahlen.

G. Mit Schreiben vom 29. Oktober 2012 korrigierte der Kläger seine Eingabe vom 25. Oktober 2012 dahingehend, als neu die Bezahlung von Taggeldern bis zum 11. März 2013 verlangt wurde. Die Forderung erhöhe sich damit um 10 Taggelder à Fr. 131.50 auf insgesamt Fr. 45'367.50.

H. Die CSS nahm am 3. Dezember 2012 Stellung zu den Eingaben des Klägers vom 25. sowie 29. Oktober 2012 und hielt an ihrem bisherigen Rechtsbegehren auf Abweisung der Klage fest. Ausserdem machte sie den Versicherten darauf aufmerksam, dass dieser bei der Berechnung seines Taggeldanspruchs irrtümlicherweise von einer totalen Leistungsdauer von 720 anstatt 730 Tagen ausgegangen sei und entsprechend einen allfälligen Taggeldanspruch zu tief berechnet habe.

I. Demgemäss erhöhte der Kläger in seiner Stellungnahme vom 5. Dezember 2012 die Forderung auf Fr. 50'627.50 zuzüglich Zins von 5 % und hielt im Weiteren an seinen bisherigen Ausführungen fest.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 Den Krankenkassen steht es frei, neben der sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 auch Zusatzversicherungen anzubieten (Art. 12 Abs. 2 Satz 1 KVG). Diese Zusatzversicherungen unterliegen dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2. April 1908 (Art. 12 Abs. 3 KVG). Wie die übrigen Versicherungsverhältnisse nach VVG sind sie privatrechtlicher Natur. Bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung bildet daher die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO) vom 19. Dezember 2008 die massgebliche Verfahrensordnung (Art. 1 lit. a ZPO; Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2012, 4A_184/2012, E. 3.2 mit zahlreichen Hinweisen; vgl. auch § 54 Abs. 1 lit. d des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung [VPO] vom 16. Dezember 1993).

1.2 Die sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts ergibt sich folglich aus Art. 7 ZPO in Verbindung mit § 54 Abs. 1 lit. d VPO. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist bei Klagen betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung kein vorgängiges Schlichtungsverfahren durchzuführen (BGE 138 III 558 ff.; vgl. auch den Beschluss des Kantonsgerichts vom 1. Dezember 2011, 731 11 262). Die vorliegende Klage ist damit zu Recht direkt beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, eingereicht worden.

1.3 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich grundsätzlich nach Art. 9 ff. ZPO. Der dem vorliegenden Fall zugrunde liegende Versicherungsvertrag ist als Konsumentenvertrag im Sinne von Art. 32 ZPO zu qualifizieren, weshalb die Klage am Wohnsitz der versicherten Person eingereicht werden kann (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO; vgl. URS FELLER/JÜRG BLOCH, in: Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO-Kommentar], Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger [Hrsg.], 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2013, Art. 32 N 45 ff.). Nichts anderes ergibt sich aus den gemäss Versicherungspolice anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen der CSS vom Mai 2007 (AVB), wonach ein Wahlgerichtsstand am Wohnsitz der versicherten Person besteht (Art. 23 AVB). Da sich der Wohnsitz des Klägers in E.____ befindet, ist das Kantonsgericht auch örtlich zuständig.

1.4 Gestützt auf das Gesagte kann die Zuständigkeit des angerufenen Gerichts bejaht werden. Auf die am 20. März 2012 erhobene Klage ist demnach einzutreten.

2. Vorab ist auf folgende Verfahrensgrundsätze hinzuweisen:

2.1 Der vorliegende Prozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 247 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO). Das Gericht hat den Sachverhalt grundsätzlich mit eigenen Mitteln abzuklären und mit vertretbarem Aufwand zu einem hinreichend sicheren Beweisergebnis zu gelangen. Es ist nicht an die Beweisanträge der Parteien gebunden, sondern kann auch von sich aus Beweis erheben. Der Untersuchungsgrundsatz gilt allerdings nicht uneinge-

schränkt, da er durch die Mitwirkungspflichten der Parteien begrenzt wird. Diese tragen primär Verantwortung für die Ermittlung des Sachverhalts. Bei anwaltlicher Vertretung ist das Mass der gerichtlichen Untersuchung auf “krasse Fälle“ beschränkt (vgl. zum Ganzen BERND HAUCK, in: ZPO-Kommentar, a.a.O., Art. 247 Abs. 2 ZPO N 31 ff., insbesondere N 33 und 35).

2.2 Die Untersuchungsmaxime ändert nichts an der formellen Beweislast. Kann das Bestehen einer entscheidungserheblichen Tatsache weder bejaht noch verneint werden, so entscheidet das Gericht trotz Untersuchungsmaxime nach Beweislastgesichtspunkten im Sinne von Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907 (HAUCK, a.a.O., N 37 mit Verweis auf das Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2000, 4C.283/1999, E. 2b). Danach hat, wo das Gesetz nichts anderes bestimmt, diejenige Person das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, die aus ihr Rechte ableitet (vgl. ausführlich BGE 128 III 273 f. E. 2a/aa mit mehreren Hinweisen).

2.3 Die erwähnte Grundregel von Art. 8 ZGB kommt auch im Bereich eines Versicherungsvertrags gemäss VVG zur Anwendung (ROLF NEBEL, in: Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz [VVG-Kommentar], Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basel 2001, Art. 100 N 4 und 9). Demnach hat der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruchs zu beweisen, namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs (vgl. zum Ganzen BGE 130 III 323 E. 3.1). Da dieser Beweis regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst die anspruchsberechtigte Person insoweit eine Beweiserleichterung und genügt ihrer Beweislast, als sie nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat (BGE 128 III 275 ff. E. 2b/aa).

2.4 Dem Versicherer steht ein aus Art. 8 ZGB abgeleitetes Recht auf Gegenbeweis zu. Gelingt es ihm, an der Sachdarstellung der anspruchsberechtigten Person erhebliche Zweifel zu wecken, so ist deren Hauptbeweis gescheitert. Dabei ist bloss erforderlich, dass die Sachbehauptungen nicht mehr als überwiegend wahrscheinlich erscheinen (vgl. BGE 130 III 326 f., insbesondere E. 3.4 und 3.5, mit zahlreichen Hinweisen; vgl. auch JÜRG NEF, in: VVG-Kommentar, Art. 39 N 21 ff., sowie ESTELLE KELLER LEUTHARDT/ALAIN VILLARD, in: Nachführungsband zum VVG-Kommentar, Honsell/Vogt/Schnyder/Grolimund [Hrsg.], Basel 2012, Art. 39 ad N 23, 25 und 39). Für das Gelingen des Gegenbeweises muss mithin nur der Hauptbeweis erschüttert werden. Es ist nicht notwendig, dass das Gericht auch von der Schlüssigkeit der Gegendarstellung überzeugt wird (BGE 120 II 397 E. 4b, 76 II 194 E. 3). Ist der Hauptbeweis erschüttert, so darf das Gericht nicht auf die Sachdarstellung der beweisbelasteten Partei abstellen, selbst wenn die Gegendarstellung des Beweisgegners ihrerseits unbewiesen geblieben ist (vgl. BGE 120 II 397 E. 4b).

2.5 Das Gericht ist in der Würdigung der Beweise frei (Art. 157 ZPO). Es kann bei der Bewertung der erhobenen Beweise unabhängig von abstrakten Regeln nach seiner eigenen Überzeugung darüber befinden, ob es eine behauptete Tatsache als wahr oder unwahr einstuft. Da-

bei bleibt es dem Gericht überlassen, die Kraft eines Beweismittels nach seiner Überzeugung festzulegen (FRANZ HASENBÖHLER, in: ZPO-Kommentar, a.a.O., Art. 157 N 8).

3. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Klägers auf Krankentaggeld der CSS für die Zeit ab 1. August 2012 bis 20. April 2013.

4. Zunächst ist darzulegen, unter welchen Voraussetzungen der Versicherte gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Taggeld hat.

4.1 Da das VVG ausser in Art. 87 keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld enthält, sind die vertraglichen Versicherungsvereinbarungen massgebend. Gemäss vorliegender Versicherungspolice hat die CSS mit der Arbeitgeberin des Klägers per 1. Januar 2011 eine Krankentaggeldversicherung abgeschlossen. Versicherte Personen sind die bei der B.____ tätigen Arbeitnehmer (Ziff. 3.1 AVB). Die Versicherungsleistung besteht in der Ausrichtung von Taggeld bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit (vgl. Ziff. 1.1 und Art. 15 AVB).

4.2 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Ziff. 2.5 AVB). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, eine im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Ziff. 13.3 AVB). Leistungsvoraussetzung ist eine ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % (Ziff. 15.6 AVB).

4.3 Wie das Kantonsgericht bereits mehrfach betont hat, handelt es sich bei Krankentaggeldern um vorübergehende Leistungen und nicht um Dauerleistungen wie beispielsweise eine Invalidenrente. Dauerleistungen sind geschuldet, wenn eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit anzunehmen ist. Taggeldleistungen kommen hingegen typischerweise zu Beginn einer Krankheit zum Tragen. Dabei geht es in einer ersten Phase um die unmittelbare Sicherung des Einkommens im Krankheitsfall. Die Anforderungen an den Nachweis einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit für die Begründung des Anspruchs auf Krankentaggelder sind deshalb nicht zuletzt auch aus Gründen der Praktikabilität tiefer als für den Nachweis der Invalidität. Selbstverständlich steht es dem Versicherer frei, hinsichtlich seiner Leistungspflicht Rückfragen zu stellen, insbesondere wenn die Arbeitsunfähigkeit längere Zeit andauert und/oder die Arztzeugnisse wenig ausführlich sind. Bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit der ärztlichen Bescheinigung, so sind weitergehende ärztliche Abklärungen angezeigt (Entscheide des Kantonsgerichts, Abteilung Sozialversicherungsrecht [KGE] vom 13. Juni 2013, 731 11 381, E. 4.3; KGE vom 14. März 2013, 731 12 236, E. 4.1 und 4.3; KGE vom 13. Dezember 2012, 731 12 187, E. 3.5).

5. Im vorliegenden Fall ist es unbestritten, dass der Kläger in seiner Eigenschaft als Arbeitnehmer der B.____ bei der Beklagten versichert ist. Streitig ist die Voraussetzung der krank-

heitsbedingten Arbeitsunfähigkeit für die Zeit ab 1. August 2011 bis 20. April 2013. Zur Beurteilung dieser Frage liegen dem Gericht folgende medizinische Einschätzungen von Relevanz vor:

5.1 Gemäss Austrittsbericht vom 11. April 2011 hielt sich der Versicherte vom 10. März 2011 bis 8. April 2011 stationär in der Klinik F.____ auf. Dabei wurde ein physisches und psychisches Erschöpfungssyndrom im Ausmass einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittlere bis schwere Episode (ICD-10 F33.2), diagnostiziert. Der Patient sei von seinem Psychiater in die Klinik eingewiesen worden. Er habe sich völlig leer sowie ausgelaugt gefühlt und keinen Spass an seiner Arbeit mehr gehabt. Dies sei mit einer Reihe unerfreulicher Lebensereignisse, sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich, in den vorangegangenen Monaten zusammengehangen.

5.2 In seinem Schreiben vom 3. Mai 2011 zuhanden der CSS diagnostizierte der behandelnde Arzt Dr. D.____ ein depressives Syndrom, aspektmässig mit Burnout-Anteilen, bei psychosozialem Stress, oligosymptomatischer Zwangsstörung sowie Verdacht auf ADHD (auf Deutsch ADHS = Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom). Er habe den Versicherten ab dem 21. Februar 2011 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Vom 10. März 2011 bis am 8. April 2011 sei der Patient in der Klinik F.____ hospitalisiert gewesen. Medikamentös sei Cipralex verordnet worden, allerdings mit fraglichem Effekt. Ab Mitte Mai 2011 sei ein probeweiser Wiedereinstieg ins Geschäft projektiert, zunächst nicht über 50 %. Mittelfristig sollte damit der Weg zu einem vollen Pensum geebnet werden. Der Versicherte habe ihn Ende Januar 2011 wegen eines agitiert-depressiven Zusammenbruchs aufgesucht, ausgelöst durch beruflichen und privaten Stress. Bis vor kurzem sei es ihm anscheinend gelungen, bei der Arbeit ein hohes Funktionsniveau aufrecht zu erhalten. In letzter Zeit hätten sich jedoch Konzentrationsstörungen, Entscheidungsunfähigkeit und totale Blockierungen eingestellt, welche eine Weiterarbeit verunmöglichten. Zudem seien vermehrt altbekannte Zwänge (vor allem Registrier- und Zählzwänge) aufgetreten. Seit dem Jahr 2003 sei der Patient mehrmals wegen vergleichbarer Probleme bei ihm in Behandlung gewesen, wobei bis anhin die Arbeit nicht habe sistiert werden müssen. Die Anamnese sei komplex und könne nicht im Einzelnen referiert werden. Erwähnenswert sei, dass der Versicherte es nach einer nicht allzu glücklichen Jugendzeit durch Fleiss und Intelligenz zu beruflichem und ökonomischem Erfolg gebracht habe. Er habe sich dann verselbständigt und „in der nicht gerade einfachen Computerbranche manche Stürme durchlitten“. Probleme hätten sich dabei in der Regel nicht mit der Kundschaft ergeben, da der Patient offenbar ein sehr engagierter und begabter Verkäufer und Kundenbetreuer sei, sondern viel mehr mit den Angestellten und Partnern, welche er durch strukturbedingte Expansion ins Geschäft habe holen müssen bzw. mit welchen er fusioniert habe. Es sei zu chronischen Zuständen von mehr oder weniger unterdrücktem Ärger gekommen, welche auch Gegenstand der Therapie gewesen seien. Im Gegensatz zu diesen zwischenmenschlichen Reibungen scheine der Versicherte regelrechte Breakdowns relativ gut überstanden zu haben. Mittlerweile sei er einer Reflexion und Revision eigener Anteile gegenüber sehr aufgeschlossen, weshalb dergleiche Entwicklungen in Zukunft zu vermeiden sein dürften.

5.3 Dr. D.____ überwies den Versicherten an die Klinik H.____ zur Überprüfung des Vorliegens einer ADHS im Erwachsenenalter. Dem entsprechenden Befundbericht vom 14. Juni 2011

kann entnommen werden, dass verschiedene Verfahren - ein Interview sowie je zwei Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren - zur Erfassung des Syndroms durchgeführt worden seien. Im Ergebnis habe sich ergeben, dass „die Fragestellung eines ADHS auf der phänomenologischen Ebene als relativ konsistent in diese Richtung weisend zu interpretieren“ sei. Gegebenenfalls sei die aktuelle Symptomatik auch durch das Burn-out mitbedingt. In der psychiatrischen Anamnese wurde festgehalten, der Kläger sei seit Januar 2011 alle zwei bis drei Wochen bei Dr. D.____ in Behandlung wegen einer Burn-out-Symptomatik. Im April 2011 habe er sich wegen des Burn-outs für vier Wochen stationär in der Klinik F.____ behandeln lassen. Zurzeit sei er dort noch alle zwei Wochen ambulant in der Nachbehandlung. Der Versicherte bezeichne sich aktuell nicht als depressiv. Er habe angegeben, „Depressionen nicht bei sich zu kennen“. Sporadisch würden jedoch starke Stimmungsschwankungen auftreten und ein paar Tage andauern. Frühere Suizidhandlungen und aktuelle Suizidgedanken würden negiert. Der Patient gebe an, Angstzustände zu kennen, wobei er diese Ängste mit Hilfe einer Therapie in den Griff bekommen habe. Befragt nach Problemen in Bezug auf die Arbeit habe der Versicherte berichtet, das Arbeiten mit anderen Leuten sei nicht „sein Ding“. Er hasse Routine. Eine solche sei jetzt eingetreten, weshalb er keine Lust zum Arbeiten habe.

5.4 Dr. C.____ erstellte sein versicherungspsychiatrisches Gutachten vom 20. Juli 2011 zuhanden der CSS in Zusammenarbeit mit M. Sc. G.____, Psychologin FSP. Beim Versicherten wurde eine Anpassungsstörung im Sinne einer depressiven Reaktion (ICD-10 F43.20) im Januar 2011, aktuell weitgehend remittiert, sowie eine Zwangsstörung mit vorwiegenden Zwangsgedanken im Sinne von Zählzwängen (ICD-10 F42.0) diagnostiziert. Aus den Angaben in der Exploration und dem in der Untersuchung gezeigten Verhalten könnten keine akzentuierten Persönlichkeitseigenschaften und keine spezifische Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 abgeleitet werden. Der vordiagnostizierte Verdacht auf ein ADHS sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar. Von Januar 2011 bis Mitte April 2011 habe beim Exploranden eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestanden. Diese sei im Wesentlichen auf den Umstand zurückzuführen, dass sich der Versicherte in stationärer Behandlung befunden habe und rein formal während einer stationären Behandlung von einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Als Übergangszeit sei danach für zwei Wochen noch von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ab Mai 2011 hätte der Versicherte medizinisch-theoretisch wieder zu 100 % arbeiten können. Aktuell liege keine krankheitswertige psychische Störung vor, welche seine Arbeitsfähigkeit noch deutlich - d.h. 20 % oder mehr - mindere.

Bei der Untersuchung des Exploranden hätten sich keine auffälligen Symptome gezeigt. Die diagnostische Einschätzung orientiere sich am „agiert-depressiven Zustandsbild“, an welchem der Versicherte gestützt auf eigene Angaben sowie auf den Arztbericht von Dr. D.____ vom 3. Mai 2011 zu Beginn des Jahres 2011 gelitten habe. Die beschriebenen Symptome wie Erschöpfung, „Blockaden“, Verzweiflung und Ängste vor der Zukunft seien als Anpassungsstörung im Sinne einer depressiven Reaktion zu beurteilen. Eine derartige Anpassungsstörung werde durch ein modernes Antidepressivum wie zum Beispiel Cipralex behandelt. Es könne nicht nachvollzogen werden, warum der behandelnde Psychiater ein „depressives Syndrom, aspektmässig mit Burnoutanteilen bei psychosozialem Stress, oligosymptomatischer Zwangsstörung“ erwähne, jedoch keine akute Anpassungsstörung diagnostiziere, sondern an deren Stelle den

Verdacht auf ein ADHS als wahrscheinlich ansehe. Selbst wenn sich der Versicherte während mehreren Jahren in psychiatrischer Behandlung befunden habe sowie einige Eigenschaften von „fahriger Aufmerksamkeit“, Hyperaktivität und Kontrollzwänge aufweise, sei er gleichwohl in seinem beruflichen Leben überaus erfolgreich gewesen. Es könne daher nicht vom jahrzehntelangen Vorliegen eines ADHS von Krankheitswert mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. In Bezug auf die Zwangsstörungen sei auszuführen, dass diese gemäss Angaben des Versicherten ebenfalls seit Jahrzehnten bestünden, ohne dass er dadurch in verschiedenen Bereichen seines Lebens deutlich eingeschränkt gewesen wäre.

Im normalen Leben und Alltag eines jeden Menschen gebe es verschiedene Verläufe und Belastungsfaktoren. Solche würden vom Versicherten sowohl privat als auch beruflich in mehrfacher Hinsicht beschrieben. Der Umgang mit all diesen Faktoren stelle für jeden Menschen eine gewisse Herausforderung dar, welche subjektiv das Erleben einer Erschöpfung nach sich ziehen könne. Das aktuelle Verlangen des Versicherten nach Erholung und Entspannung bei gleichzeitigem Wunsch nach Kontrolle der Tätigkeiten seiner Angestellten sei nachvollziehbar. Ebenso sei es verständlich, dass sich der zurzeit in einer ehelichen Krise stehende 47-Jährige vermehrt Zeit dafür nehme, über seine persönliche Weiterentwicklung nachzudenken. Das Verhalten des Versicherten weise jedoch insgesamt keine pathologische psychische Symptomatik auf. Es entspreche nicht dem versicherungsmedizinischen Verständnis, sich von der normalen Arbeitstätigkeit zu entlasten, um seine Angelegenheiten zu regeln, sich wieder zu kräftigen und neue Energie zu finden. Dem Erholungsbedürfnis des Exploranden sei durch eine Verminderung der Arbeitszeiten nachgegeben worden, was noch im April 2011 zu einer weitgehenden Remission der vorher bestehenden Anpassungsstörung beigetragen habe. Der Versicherte gebe an, er kümmere sich im Garten um den Umschwung, betätige sich handwerklich, treffe sich mit Freunden zu unterschiedlichen sportlichen Aktivitäten, beschäftige sich mit der Bovis-Felder-Theorie, etc. Anhand der beschriebenen Freudfähigkeit, den Interessen sowie den Aktivitäten in anderen Lebensbereichen könne abgeleitet werden, dass die medizinisch-theoretisch zumutbare Arbeitsfähigkeit wieder gegeben sei. Der Versicherte gehe hingegen davon aus, erst wieder seit Juni 2011 und lediglich zu 20 % arbeitstätig zu sein. Aufgrund des subjektiven Gefühls der überaus grossen Belastung sei eine psychotherapeutische Unterstützung allenfalls angezeigt. Dies leite aus versicherungspsychiatrischer Sicht allerdings keine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 50 % oder mehr ab. Ausserdem habe auch der behandelnde Psychiater einen 50%igen Wiedereinstieg auf Mitte Mai 2011 projektiert.

5.5 In einem weiteren Schreiben vom 27. Juli 2011 bemerkte Dr. D.____, er habe den Versicherten am 23. Juni 2011 zu 30 % arbeitsfähig geschrieben. Damit sei ein fraktionierter Wiedereinstieg in ein volles Arbeitspensum in Angriff genommen worden. Die Einstellung der Taggeldleistungen durch die CSS torpediere diese sinnvolle Option und behindere den weiteren Heilungsverlauf. Weder das ADHS noch die Zwangsstörung hätten jemals die Arbeitsfähigkeit limitiert. Beide Störungen stellten aber gesundheitliche Beeinträchtigungen dar, da sie die Copingfähigkeit stark beanspruchten und unter Hinzutreten weiterer Belastungen zur Dekompensation beitragen würden.

5.6 Am 14. März 2012 schrieb Dr. D.____ den Versicherten mit Attest zuhanden dessen Rechtsvertreterin folgendermassen krank:

- 21. Februar 2011 bis 9. März 2011 50 %
- 9. März 2011 bis 31. Mai 2011 100 %
- 1. Juni 2011 bis 30. Juni 2011 80 %
- 1. Juli 2011 bis 21. August 2011 70 %
- 22. August 2011 bis 30. September 2011 60 %
- 1. Oktober 2011 bis 31. Dezember 2011 50 %
- 1. Januar 2012 bis 31. Januar 2012 25 %

5.7 Mit ärztlichem Zeugnis vom 21. September 2012 hielt Dr. D.____ fest, die zuletzt attestierte Arbeitsunfähigkeit seines Patienten von 25 % erstrecke sich bis 31. Januar 2012. Ab diesem Zeitpunkt habe der Versicherte versucht, seine Arbeit wieder zu 100 % aufzunehmen. Aufgrund seiner selbständigen und je nach Arbeitsvolumen quantitativen Schwankungen ausgesetzten Tätigkeit habe es sich allerdings als schwierig erwiesen, die Erreichung dieses Ziels klar zu verifizieren bzw. zu falsifizieren. Im April 2012 sei es dann wiederum zu einer Verschlimmerung der bereits in früheren Berichten dargelegten Beschwerden und anfangs Juni 2012 zu einem Hörsturz gekommen. Gemessen an seinem früheren Pensum sei die Arbeitsfähigkeit ab April/Mai 2012 als zu 50 % eingeschränkt zu betrachten.

5.8 In seinem Schreiben vom 23. Oktober 2012 zuhanden von Advokatin Elisabeth Maier bestätigte Dr. D.____, der Versicherte sei nach wie vor bei ihm in Behandlung. Die Konsultationen fänden zwei bis dreimal wöchentlich statt, in der Regel während einer Stunde. Angaben zur Arbeitsfähigkeit wurden nicht gemacht.

6. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob die Arbeitsunfähigkeit des Klägers während der gesamten geltend gemachten Leistungsdauer medizinisch belegt ist. Gestützt auf die vorhandenen Unterlagen datiert das letzte ärztliche Attest vom 21. September 2012. Für die Zeit danach ist keine medizinische Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Der entsprechende Beleg hätte im Rahmen der Mitwirkungspflicht (vgl. E. 2.1 hiervor) vom Versicherten eingereicht werden müssen. Dieser trägt gemäss Art. 8 ZGB die Folgen der Beweislosigkeit (vgl. E. 2.3 hiervor). Als Zwischenergebnis kann somit festgehalten werden, dass der Kläger für die Zeit vom 22. September 2012 bis 20. April 2013 keinen Anspruch auf Krankentaggeld hat.

7. Für den geltend gemachten Leistungsanspruch von 1. August 2011 bis 21. September 2012 liegt grundsätzlich eine ärztliche Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit vor. Fraglich ist in einem weiteren Schritt, ob die Beklagte im Rahmen des ihr als Versicherer zustehenden Gegenbeweises begründete Zweifel an der Anspruchsberechtigung des Klägers zu wecken vermag, sodass dessen Sachverhaltsdarstellung als nicht mehr überwiegend wahrscheinlich scheint.

7.1 Vorab ist zum Vorgehen der Beklagten Folgendes festzuhalten: Die CSS hat bereits kurz nach Meldung der Arbeitsunfähigkeit mit Schreiben vom 21. März 2011 sowie - mangels

Antwort - vom 21. April 2011 den behandelnden Psychiater um eine medizinische Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit des Versicherten gebeten. Der entsprechende Arztbericht ist am 3. Mai 2011 von Dr. D.____ verfasst worden. Daraufhin hat die Beklagte am 31. Mai 2011 eine psychiatrische Begutachtung von A.____ beim externen Spezialarzt Dr. C.____ in Auftrag gegeben. Dieser ist in seinem Gutachten vom 20. Juli 2011 zum Ergebnis gelangt, der Versicherte sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig. Gestützt auf diese Beurteilung sind in der Folge die Versicherungsleistungen des Klägers per 31. Juli 2011 eingestellt worden. Die Beklagte hat demnach so gehandelt, wie es vom Kantonsgericht mehrfach postuliert worden ist (vgl. E. 4.3 hiervor); an ihrer der Vorgehensweise gibt es daher nichts zu beanstanden.

7.2 Im Weiteren stellt sich die Frage, ob gestützt auf die Angaben von Dr. D.____ die Voraussetzung der *krankheitsbedingten* Arbeitsunfähigkeit ab 1. August 2011 überhaupt als erfüllt betrachtet werden kann.

7.2.1 Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass Erschöpfungsgefühle und andere gesundheitliche „Burn-out"-Beschwerden, die zusammen mit einem überdauernden Gefühl der Überforderung durch Arbeit auftreten, nach anerkannten medizinischen Standards keine Krankheit darstellen (PHILIPP EGLIN, Was soll das Verwaltungsverfahren?, in: recht 2013, S. 72). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann ein Burn-out bei Personen mit bestimmen Persönlichkeitsmerkmalen in psychosozialen Belastungssituationen auftreten. Das Syndrom wird zwar unter dem Diagnose-Code ICD-10 Z73.0 aufgeführt, entspricht aber keiner Erkrankung im Sinne der anerkannten internationalen Klassifikationssysteme und fällt somit nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens. (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 20. September 2011, 8C_302/2011, E. 2.3 mit zahlreichen Hinweisen).

7.2.2 Dr. D.____ hat lediglich in seinem ersten Bericht zuhanden der CSS vom 3. Mai 2011 eine Diagnose gestellt, namentlich ein „depressives Syndrom, aspektmässig mit Burn-out-Anteilen bei psychosozialem Stress, oligosymptomatischer Zwangsstörung und Verdacht auf ADHS". In seinen späteren Schreiben hat er beim Versicherten nicht mehr ausdrücklich eine Krankheit diagnostiziert. Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass die Diagnose vom 3. Mai 2011 über den 31. Juli 2011 hinaus ihre Geltung gehabt hätte, so fehlte es ihr an der - bei psychischen Störungen wesentlichen - Beurteilung nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem. Es ist somit fraglich, inwiefern der Kläger in der Zeit vom 1. August 2011 bis 21. September 2012 in versicherungsmedizinischem Sinne tatsächlich krank gewesen ist.

7.2.3 Ferner hält der behandelnde Arzt in seinem Bericht vom 27. Juli 2011 fest, dass sowohl das ADHS als auch die Zwangsstörungen von ihm „niemals als die Arbeitsfähigkeit limitierende Störungen ins Feld geführt worden" seien. Damit verbleibt als Diagnose mit allfälligem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lediglich das „depressive Syndrom, aspektmässig mit Burn-out Anteilen bei psychosozialem Stress". Dies mag anfänglich zur Begründung der Arbeitsunfähigkeit ausgereicht haben. In Anbetracht des Zwecks von privaten Krankentaggeldversicherungen, die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers abzusichern (vgl. zur Lohnfortzahlungspflicht Art. 324*a* und

324*b* des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [Fünfter Teil: Obligationenrecht; OR] vom 30. März 1911), ist es grundsätzlich zu begrüssen, dass die Beklagte zu Beginn keine hohen Anforderungen an das ärztliche Attest gestellt hat. Die unpräzise Diagnose von Dr. D.____ hat die Beklagte jedoch zu Recht nicht von einer monatelangen 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten zu überzeugen vermögen und zu weiteren Abklärungen veranlasst. Von Seite des behandelnden Arztes ist jedoch keine ausführlichere Erläuterung erfolgt, weshalb sein Patient über den 31. Juli 2011 hinaus noch immer in erheblichem Ausmass arbeitsunfähig gewesen sein soll. Im Gegenteil fallen die weiteren Berichte von Dr. D.____ vom 14. März 2012 und vom 21. September 2012 noch knapper aus. Ausserdem wird die Arbeitsunfähigkeit in beiden Schreiben erst rückwirkend über mehrere Monate attestiert. Sodann bezeichnet selbst der behandelnde Arzt die Quantifizierung der Arbeitsunfähigkeit als schwierig. Gestützt auf die Angaben des behandelnden Arztes ist es daher insgesamt nicht klar ersichtlich, weshalb der Kläger nach einer mehrmonatigen Auszeit mit einem stationären Klinikaufenthalt und regelmässigen Therapien weiterhin für über ein Jahr zu 25 bis 60 % arbeitsunfähig gewesen sein soll.

7.2.4 Ob anhand der Arztberichte von Dr. D.____ das Vorliegen einer erheblichen krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 1. August 2011 bis 21. September 2012 überhaupt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist, kann aufgrund der nachstehenden Erwägungen letztlich offen bleiben.

7.3 Als Nächstes ist zu prüfen, ob das Gutachten von Dr. C.____ vom 20. Juli 2011 die Beurteilung des behandelnden Arztes in Zweifel zu ziehen vermag.

7.3.1 Das besagte Gutachten ist aufgrund von Beobachtungen und Untersuchungen des Klägers sowie nach Einsicht in die Akten erstattet worden. Nach Erörterung der medizinischen Befunde kommt Dr. C.____ zum Schluss, dass die vom Versicherten geäusserten und in den Akten erwähnten Beschwerden im Gutachtenszeitpunkt nicht ausgereicht haben, um eine psychische Störung von Krankheitswert mit wesentlicher Einwirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu begründen. Der Gutachter stellt damit die Einschätzung des behandelnden Arztes in Frage.

Beim Vergleich der beiden Beurteilungen fällt auf, dass sich die Anamnesen nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Die Vorgeschichte des Versicherten, wie sie im Gutachten beschrieben wird, stimmt grundsätzlich mit der kürzeren Darstellung des behandelnden Arztes überein und widerspricht auch nicht den weiteren aktenkundigen Berichten. Was die Diagnose betrifft, so weicht das Gutachten zwar dahingehend von den Ausführungen von Dr. D.____ ab, als das Vorliegen eines ADHS verneint und an dessen Stelle eine Anpassungsstörung festgestellt wird. Allerdings sind sich die beiden Psychiater einig, dass keine der beiden Diagnosen einen massgebenden Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten hat. Im Ergebnis spielt die unterschiedliche Beurteilung deshalb keine Rolle. Zur gutachterlichen Diagnose einer Anpassungsstörung im Sinne einer depressiven Reaktion, aktuell weitgehend remittiert, ist festzustellen, dass diese In Anbetracht des aktenkundigen Krankheitsverlaufs durchaus plausibel scheint. Sie widerspricht auch nicht offensichtlich den Angaben von Dr. D.____, weil dieser le-

diglich ein „depressives Symptom“ erwähnt, ohne weitere Erläuterungen zu dessen Umfang bzw. Krankheitswert zu erstatten.

Insofern unterscheiden sich die beiden psychiatrischen Beurteilungen nur hinsichtlich der Höhe der Arbeitsfähigkeit entscheidend. Dr. C.____ stellt im Vergleich zu Dr. D.____ keine versicherungsmedizinisch bedeutende Arbeitsunfähigkeit des Klägers fest. Diese Beurteilung ist sowohl gestützt auf seine eigene Diagnose sowie auf jene von Dr. D.____ nachvollziehbar. Insbesondere erkennt der Gutachter zu Recht, dass das Bedürfnis nach beruflicher Entlastung und Erholung ohne Vorliegen einer pathologischen psychischen Symptomatik nicht ausreicht, um eine monatelange, krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Konkrete Hinweise darauf, dass beim Versicherten über den 31. Juli 2011 hinaus tatsächlich ein psychiatrisches Substrat von Krankheitswert vorgelegen hätte, vermag der behandelnde Arzt nicht überzeugend darzulegen. Im Ergebnis ist daher festzustellen, dass das Gutachten von Dr. C.____ vom 20. Juli 2011 berechtigte Zweifel an den Einschätzungen von Dr. D.____ zu wecken vermag. Dessen Beurteilung, wonach beim Versicherten nach Einstellung der Taggeldleistungen am 31. Juli 2011 weiterhin eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % vorgelegen habe, scheint damit nicht mehr überwiegend wahrscheinlich.

7.3.2 Was der Kläger gegen die Beurteilung von Dr. C.____ vorbringt, vermag daran nichts zu ändern.

Sofern er mit der Diagnose einer depressiven Störung mittleren bis schweren Grades argumentiert, ist festzustellen, dass diese im Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 11. April 2011 gestellt worden ist. Sie ist daher zur Beurteilung des Gesundheitszustands im vorliegend relevanten Zeitraum vom 1. August 2011 bis 21. September 2012 nicht massgeblich. Im Übrigen hat der Versicherte anlässlich der Untersuchungen in der Klinik H.____ selbst angegeben, aktuell nicht depressiv zu sein und Depressionen bei sich auch nicht zu kennen. Gegen eine depressive Erkrankung sprechen letztlich auch die verschiedenen Tagesaktivitäten und Interessen, welchen der Kläger gemäss eigenen Angaben nachgeht. Des Weiteren wird die Dauer der klinischen Untersuchung gerügt. Diesbezüglich ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach es für die Qualität einer Begutachtung grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgebend ist viel mehr, ob die darauf basierenden ärztlichen Folgerungen inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sind (Urteile des Bundesgerichts vom 7. September 2012, C_252/2012, E. 8.2 und vom 8. Juni 2011, 9C_330/2011, E. 5 mit Hinweisen). In Anbetracht des Beschwerdebilds des Versicherten sowie des Umfangs der Begutachtung gibt es keinen Hinweis darauf, dass die eineinhalb Stunden dauernde klinische Untersuchung zu kurz ausgefallen wäre bzw. dass diese Dauer sich negativ auf den Inhalt des Gutachtens ausgewirkt hätte. Die entsprechende Rüge ist damit unbegründet. Zur Kritik des Klägers, Dr. C.____ bagatellisiere die Problematik des ADHS und hätte dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit völlig ausser Acht gelassen, ist schliesslich Folgendes zu bemerken: Den vorhandenen medizinischen Unterlagen kann kein konkreter Hinweis darauf entnommen werden, dass ein allfälliges ADHS die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinflusst hätte. Daran vermag auch der Bericht der Klinik H.____ vom 14. Juni 2011, welcher den Verdacht auf ADHS erhärtet, nichts zu ändern. Die Aussage von Dr. C.____, wonach aufgrund des jahrelangen beruflichen

Erfolgs des Versicherten selbst bei Vorliegen eines ADHS nicht von einer Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne, ist durchaus schlüssig. Sie widerlegt sodann die Behauptung, der Gutachter habe der ADHS-Problematik keine Beachtung geschenkt.

Zuzustimmen ist dem Versicherten dahingehend, als der Austrittsbericht der Klinik F.____ hätte beigezogen werden sollen, anstatt den stationären Klinikaufenthalt lediglich zu erwähnen. Es bleibt auch unerklärt, weshalb Dr. C.____ in seinem Gutachten den unbestrittenen Tränenausbruch des Exploranden anlässlich der Untersuchung nicht erwähnt hat. Trotz diesen Mängeln stellt das Gutachten von Dr. C.____ die Ausführungen von Dr. D.____ doch hinreichend in Frage, so dass dessen Einschätzung nicht mehr überwiegend wahrscheinlich scheint.

8. Zusammenfassend ist im Ergebnis festzustellen, dass der Gegenbeweis der Beklagten erbracht ist. Der Hauptbeweis des Klägers für seine Anspruchsberechtigung auf Krankentaggeld ab 1. August 2011 ist damit gescheitert. Die CSS hat die entsprechenden Leistungen zu Recht per 31. Juli 2011 eingestellt. Die Klage ist in diesem Sinne abzuweisen.

9. Es bleibt über die Kosten zu befinden.

9..1 Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist gemäss Art. 114 lit. e ZPO für die Parteien kostenlos. Von der Erhebung von Verfahrenskosten ist deshalb abzusehen.

9.2 Der obsiegenden Partei ist gestützt auf Art. 106 Abs. 1 ZPO grundsätzlich eine Parteientschädigung zulasten der unterliegenden Partei zuzusprechen. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung steht ein solcher Anspruch im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung auch dem obsiegenden Versicherungsträger zu, sofern er durch einen externen Anwalt vertreten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. Januar 2001, 5C.244/2000, E. 5 mit Hinweisen; vgl. zur Geltung dieser Rechtsprechung unter der ZPO: Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2010, 4A_194/2010, E. 2.2.1 mit zahlreichen Hinweisen). Die Beklagte wird durch den internen Rechtsdienst vertreten, weshalb sie keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung hat. Die ausserordentlichen Kosten sind demzufolge wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

http://www.bl.ch/kantonsgericht