



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 21. Februar 2019 (731 18 278 / 49)

Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung

Krankentaggeldversicherung; beweisrechtliche Würdigung des medizinischen Sachverhalts

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Christof Enderle,
Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Kläger

gegen

Elips Versicherungen AG, Landstrasse 40, 9495 Triesen, Beklagte,
vertreten durch Martin Bürkle, Rechtsanwalt LL.M., Thouvenin
Rechtsanwälte KLG, Klausstrasse 33, 8024 Zürich

Betreff Forderung

A. Der 1959 geborene, in Y.____ wohnhafte A.____ war bei der B.____AG mit Sitz in X.____ als Projektentwickler angestellt und über die Arbeitgeberin bei der Elips Versicherungen AG (nachfolgend: Elips), krankentaggeldversichert. Aufgrund einer von der Hausärztin Dr. C.____ bescheinigten Arbeitsunfähigkeit seit dem 26. September 2016 richtete die Elips nach Ablauf der vertraglichen Wartefrist Taggelderleistungen aus. Die behandelnde Psychiaterin Dr. D.____ bestätigte hernach eine anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit von A.____. In der Folge wurde das Arbeitsverhältnis per 31. März 2017 aufgelöst. Mit Schreiben vom 7. April

2017 stellte die Elips in Aussicht, die Taggeldleistungen gestützt auf das von ihr bei Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eingeholte Gutachten vom 20. März 2017 per 31. Mai 2017 einzustellen. Nachdem Dr. D.____ dem Versicherten am 26. April 2017 ein schweres depressives Zustandsbild bescheinigt und weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte, beauftragte die Elips Dr. E.____ mit einem weiteren Gutachten, welches am 21. Juli 2017 erstattet wurde. In der Folge hielt sie mit Schreiben vom 9. August 2017 an der Leistungseinstellung per 31. Mai 2017 fest. Vom 18. August 2017 bis 6. September 2017 war A.____ in der Klinik F.____ hospitalisiert (Bericht des psychiatrischen Chefarztes Dr. G.____ vom 3. Oktober 2017). Am 27. September 2017 informierte die Elips A.____ darüber, dass ein Rückfall während der Nachdeckung nicht versichert sei.

B. Am 28. August 2018 reichte A.____ Klage beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), ein. Er beantragte, die Elips sei zur Zahlung von Taggeldern vom 1. Juni 2017 bis zum 31. August 2018 von insgesamt Fr. 83'362.50 zu verpflichten. Zur Begründung brachte er sinngemäss vor, dass die von der Beklagten veranlasseten Gutachten von Dr. E.____ vom 20. März 2017 und 21. Juli 2017 nicht geeignet seien, die Beurteilungen der behandelnden Ärzte Dres. D.____ und G.____ in Zweifel zu ziehen. Mit Eingaben vom 2. Oktober 2018 und 6. November 2018 reichte er weitere medizinische Berichte ein.

C. Am 19. November 2018 schloss die Elips, vertreten durch Rechtsanwalt Martin Bürkle, unter o/e-Kostenfolge auf Abweisung der Klage. Aufgrund der in jeder Hinsicht überzeugenden Beurteilungen von Dr. E.____ vom 20. März 2017 und 21. Juli 2017 sei mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan, dass beim Kläger spätestens ab 1. Juni 2017 keine leistungsrelevante Arbeitsunfähigkeit mehr vorgelegen habe, weshalb die Taggelder per 31. Mai 2017 zu Recht eingestellt worden seien.

D. Mit Verfügung vom 23. November 2018 wurde der Fall dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

E. Mit Eingaben vom 3. Dezember 2018, 8. Januar 2019 und 4. Februar 2019 reichte der Kläger weitere Unterlagen ein und erhöhte mit der Eingabe vom 4. Februar 2019 seine Forderung für weitere Taggelder bis zum Erschöpfen des maximalen Leistungsanspruchs auf den Betrag von Fr. 88'179.--.

F. Am 18. Februar 2019 zog das Kantonsgericht die Akten der Invalidenversicherung bei und stellte den Parteien am 19. Februar 2019 das darin enthaltene Gutachten von Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Mai 2018 zur Kenntnisnahme zu.

G. Anlässlich der Parteiverhandlung vom 21. Februar 2019 nahmen der Kläger, begleitet von Charles Flory, C.P.T.F.E. Comité de Protection des Travailleurs Frontaliers Européens sowie Rechtsanwalt Martin Bürkle für die Beklagte teil. Die Parteien hielten an ihren Anträgen fest. Auf ihre Ausführungen wird – soweit notwendig – im Rahmen der Erwägungen eingegangen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) vom 26. September 2014 dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2. April 1908. Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind somit privatrechtlicher Natur, weshalb strittige Ansprüche darüber in einem zivilprozessualen Verfahren geltend zu machen sind. Das Verfahren im Zivilprozess regelt die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO) vom 19. Dezember 2008.

1.2 Die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ergibt sich aus Art. 7 ZPO i.V.m. § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993. Wie das Kantonsgericht mit Grundsatzentscheid vom 1. Dezember 2011 festhielt, ist bei Klagen betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung keine vorgängige Schlichtung durchzuführen, womit sie direkt am Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, einzureichen sind (Beschluss des Kantonsgerichts vom 1. Dezember 2011, 731 11 262).

1.3 Der dem vorliegenden Fall zu Grunde liegende Versicherungsvertrag ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung als Konsumentenvertrag im Sinne von Art. 32 ZPO zu qualifizieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2003, 5C.181/2003, E. 2.4 in fine mit diversen Hinweisen). Die örtliche Zuständigkeit richtet sich somit grundsätzlich nach Art. 9 ff. ZPO. Gemäss Art. 2 ZPO bleiben Bestimmungen des Staatsvertragsrechts und des Bundesgesetzes über das Internationale Privatrecht (IPRG) vom 18. Dezember 1987 jedoch vorbehalten. Das Übereinkommen über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen (Lugano-Übereinkommen, LugÜ) vom 30. Oktober 2007 regelt Streitigkeiten aus Konsumentenverträgen, sofern die beklagte Partei Wohnsitz in einem Vertragsstaat hat (Art. 2 und 4 LugÜ); vgl. dazu auch ANTON SCHNYDER/PASCAL GROLLIMUND, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Honsell/Vogt/Schnyder [Hrsg.], Basel/Genf/München 2001, zu Art. 46a Rz. 13 ff.; NOËLLE KAISER JOB, Schweizerische Zivilprozessordnung, Spühler/Tenchio/Infanger [Hrsg.], Basel 2010, zu Art. 32, Rz. 23; URS FELLER/JÜRGEN BLOCH, Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger [Hrsg.], zu Art. 32, Rz. 63 ff.). Für Versicherungssachen enthält das LugÜ eine eigene Zuständigkeitsregelung in den Art. 8 ff. LugÜ. Nach Art. 9 Abs. 1 LugÜ kann ein Versicherer, der seinen Wohnsitz im Hoheitsgebiet eines durch dieses Übereinkommen gebundenen Staates hat, vor den Gerichten des Staates, in dem er seinen Wohnsitz hat (lit. a), in einem anderen durch dieses Übereinkommen gebundenen Staat bei Klagen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder des Begünstigten vor dem Gericht des Ortes, an dem der Kläger seinen Wohnsitz hat (lit. b) oder falls es sich um einen Mitversicherer handelt, vor dem Gericht eines durch dieses Übereinkommen gebundenen Staates, bei dem der federführende Versicherer verklagt wird (lit. c) verklagt werden. Von diesen

Bestimmungen kann im Wege der Vereinbarung gestützt auf Art. 13 Ziffer 2 LugÜ abgewichen werden, wenn sie dem Versicherungsnehmer, Versicherten oder Begünstigten die Befugnis einräumt, andere als die in diesem Abschnitt angeführten Gerichte anzurufen.

1.4 Vorliegend hat der Kläger Wohnsitz in Y.____. Da jedoch Art. 10.4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Elips zur Krankentaggeldversicherung (AVB; Ausgabe 2014-1) der schweizerische Wohnsitz des Versicherungsnehmers (hier: X.____) anerkennt, ist das Kantonsgericht Basel-Landschaft für die Beurteilung der vorliegenden Streitigkeit auch örtlich zuständig. Mit Blick darauf, dass es sich vorliegend um eine Klage eines juristischen Laien handelt und für das Gericht das Rechtsbegehren und dessen Begründung erkennbar sind sowie in Anbetracht der herabgesetzten Anforderungen im vereinfachten Verfahren (Art. 243 ff. ZPO) genügt die Eingabe den formellen Voraussetzungen an eine Klage. Auf die Klage vom 28. August 2018 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und zu beurteilen ist, ob der Kläger über den 31. Mai 2017 hinaus Anspruch auf Ausrichtung von Krankentaggeldleistungen hat. Vorweg sind die beweisrechtlichen Fragen zu prüfen.

3.1 Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat gemäss Art. 8 ZGB derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung müssen im Privatversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen lediglich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen sein (BGE 130 III 327 E. 3.5). Das gilt auch für den Beweis von anspruchshindernden Tatsachen, für welche die Beweislast aufgrund von Art. 8 ZGB beim Versicherer liegt (Praxis 80/1991, Nr. 230, S. 964 f. E. 3b [Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts vom 22. November 1990]; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 4A_393/2008 vom 17. November 2008 E. 4.1). Die besagte Beweislastverteilung gilt auch dann, wenn der Versicherer zunächst Taggelder ausbezahlt hat. Macht der Versicherer später geltend, die Umstände hätten sich geändert oder die Leistungen seien zum Vornherein zu Unrecht erbracht worden, so hat die versicherte Person zu beweisen, dass sie weiterhin Anspruch auf Taggelder hat (Urteil des Bundesgerichts vom 17. August 2015, 4A_246/2015, E. 2.2).

3.2 Gelangt das Gericht in Würdigung der Beweise zur Überzeugung, eine Tatsachenbehauptung sei bewiesen oder widerlegt, ist die Beweislastverteilung gegenstandslos (BGE 141 III 241 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Diesfalls liegt freie Beweiswürdigung vor, die bundesrechtlich nicht geregelt ist, auch nicht durch Art. 8 ZGB. Diese Bestimmung schreibt dem Gericht nicht vor, mit welchen Mitteln der Sachverhalt abzuklären und wie das Ergebnis zu würdigen ist; sie schliesst selbst eine vorweggenommene Beweiswürdigung und Indizienbeweise nicht aus (BGE 122 III 219 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts 4A_346/2012 vom 31. Oktober 2012 E. 3.3). Eine beschränkte Beweisabnahme verletzt Art. 8 ZGB daher nicht, wenn das Gericht schon nach deren Ergebnis von der Sachdarstellung einer Partei überzeugt ist, gegenteilige Behauptungen also für unbewiesen hält (BGE 130 III 591 E. 5.4). Ebenso wenig schliesst der im Verfahren zur Beurteilung von Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen

Krankenversicherung herrschende Untersuchungsgrundsatz die antizipierte Beweiswürdigung aus (Urteil des Bundesgerichts 5C.206/2006 vom 9. November 2006 E. 2.1).

3.3 Dem Versicherer steht ein – aus Art. 8 ZGB abgeleitetes – Recht auf Gegenbeweis zu. Für das Gelingen des Gegenbeweises ist mithin bloss erforderlich, dass der Hauptbeweis erschüttert wird (BGE 130 III 321 E. 3.4; 120 II 393 E. 4b) und damit die Sachbehauptungen nicht mehr als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Gelingt es mit dem Gegenbeweis, an der Sachdarstellung des Anspruchsberechtigten erhebliche Zweifel zu wecken, so ist der Hauptbeweis des Anspruchsberechtigten gescheitert.

3.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern ausschliesslich dessen Inhalt (vgl. BGE 125 V 352 f. E. 3, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a). Das Gericht darf dabei eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt ist (vgl. MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 136).

4.1 Da das VVG ausser in Art. 87 keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld enthält, sind die vertraglichen Versicherungsvereinbarungen massgebend. Gemäss vorliegender Versicherungspolice vom 12. Januar 2015 hat die Beklagte mit der Arbeitgeberin des Klägers eine Krankentaggeldversicherung abgeschlossen. Die Versicherungsleistung besteht in der Ausrichtung von Taggeld bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 1.3 AVB). Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls oder einer Berufskrankheit ist, und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 2.4.1 AVB). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % besteht (Art. 2.4.3 AVB). Das erneute Auftreten einer Krankheit (Rückfall) gilt dann als neuer Versicherungsfall, wenn die versicherte Person seit dem letzten Auftreten der gleichen Krankheit während zwölf Monaten ununterbrochen arbeitsfähig war. Massegebend dafür ist das Arbeitspensum bei Eintritt des Leistungsfalls (vgl. Art. 2.7.3 AVB). Für Personen, die im Zeitpunkt ihres Arbeitsverhältnisses voll oder teilweise arbeitsunfähig sind und ein Leistungsfall vorliegt, besteht eine befristete Nachdeckung. Der Leistungsanspruch gilt bis zum Ende des Leistungsfalls, längstens jedoch bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer. Rückfälle geben keinen Anspruch auf weitere Leistungen (Art. 2.7.4 AVB).

4.2 Mit undatierter Krankmeldung meldete die Arbeitgeberin der Beklagten, dass der Kläger ab dem 26. September 2016 arbeitsunfähig sei. In der Folge richtete diese gestützt auf die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der behandelnden Ärztinnen Dres. C.____ und D.____ die vertraglich vereinbarten Leistungen nach Ablauf der Wartefrist aus. Diese ärztlichen Bescheinigungen begründen eine rechtsgenügeliche Grundlage für die Inanspruchnahme der Taggelderleistungen gemäss Art. 1.3 AVB.

4.3 In der Folge liess die Beklagte den Kläger versicherungsmedizinisch beurteilen. In seinem Gutachten vom 20. März 2017 diagnostizierte Dr. E.____ eine gegenwärtig leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0). Der Versicherte sei in der Flexibilität und Umstellfähigkeit, in der Durchhaltefähigkeit, in der Kontaktfähigkeit zu Dritten, in der Gruppenaktivität, und allenfalls in der Bewältigung von Wegen leichtgradig beeinträchtigt. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Projektleiter sei er in der Funktions- und Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20 % eingeschränkt. Bei einer geeigneten, an den Leitlinien orientierten Therapie sei die Prognose günstig, weshalb in circa zwei Monaten mit einer nahezu vollständigen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne. Angepasste Verweistätigkeiten seien uneingeschränkt zumutbar. Die Beschwerdeschilderung des Versicherten sei vage und vieldeutig gewesen. Zudem sei testpsychologisch eine „negative Antwortverzerrung“ bzw. ein absichtliches Erzeugen/Überbetreiben körperlicher oder psychischer Symptome ausgewiesen. Die Beurteilung der behandelnden Ärztinnen, wonach eine schwere Depression ausgewiesen sei, sei ohne nähere Beschreibung bzw. Einordnung in die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) erfolgt. Die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar, zumal es sich hierbei um eine absolute motorische, intellektuelle und/oder emotionale Einschränkung handeln müsste, was sich aus versicherungspsychiatrischer Sicht jedoch nicht begründen liesse.

4.4 Am 26. April 2017 diagnostizierte Dr. D.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2). Es sei von einer larvierten Depression mit somatischen und ängstlichen Anteilen sowie Schlafstörungen und Alpträumen auszugehen. Der Versicherte sei weiterhin vollständig arbeitsunfähig.

4.5 Die Beklagte beauftragte Dr. E.____ mit einem weiteren Gutachten. Am 21. Juli 2017 diagnostizierte er mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichtgradige depressive Episode, aktenanamnestisch im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.0). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünde ein Verdacht auf eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0). In Vergleich zum Befund vom März 2017 würden sich keine wesentlichen Veränderungen zeigen. Es bestünde weiterhin eine leichte depressive Störung. Ein somatisches Syndrom habe nicht festgestellt werden können. Die im Bericht von Dr. D.____ vom 26. April 2017 beschriebene „maskierte“ schwere depressive Episode könne nicht eindeutig nachvollzogen werden, da sie kein angemessener Psychostatus nach dem System zur standardisierten Erfassung und Dokumentation eines psychopathologischen Befundes (AMDP) beschreibe. Zudem stütze sie ihre Beurteilung offenbar in erheblichem Umfang auf die (subjektiven) Angaben resp. Beschwerden des Versicherten. Zu beachten sei in

diesem Zusammenhang, dass erneut Hinweise auf eine „negative Antwortverzerrung“ vorliegen würden, da der Versicherte im Rahmen der testpsychologischen Beschwerdevalidierung wiederum ein positives Ergebnis erzielt habe und seine Äusserungen – trotz mehrfacher Nachfrage und Unterstützung des Dolmetschers – erneut vage, ungenau und vieldeutig gewesen seien. Klinisch-phänomenologisch liege aktuell keine schwere depressive Affektivität vor. Die Funktions- und Arbeitsfähigkeit sei weiterhin nur leicht im Umfang von 20 % eingeschränkt.

4.6 Der Kläger war vom 18. August 2017 bis 6. September 2017 in der Klinik F.____ hospitalisiert. Im Bericht vom 3. Oktober 2017 diagnostizierte Dr. G.____ eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Der Versicherte berichte über Müdigkeit, Energielosigkeit und Trauer. Anamnestisch beschäftige er sich im Garten, im Haushalt und unternehme Spaziergänge. Die Hospitalisation sei gut verlaufen; er habe an den Angeboten der Klinik teilgenommen. Eine psychische oder körperliche Verlangsamung sei nicht festgestellt worden. Die analgetische Behandlung und ambulante Betreuung durch Dr. D.____ sei fortzusetzen.

4.7 Am 9. Oktober 2017 hielt Dr. D.____ fest, dass eine schwere depressive Störung mit ängstlicher Komponente vorliege. Die maskierte Depression sei resistent und persistiere seit September 2016. Die Hospitalisation sei daher nicht die Folge eines Rückfalls. Eine regelmässige berufliche Tätigkeit sei nach wie vor ausgeschlossen.

4.8 Die Invalidenversicherung beauftragte Dr. H.____ mit einem psychiatrischen Gutachten. Am 29. Mai 2018 diagnostizierte er eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit (ICD-10 F62.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünde ein Status nach einem Burnout (ICD-10 Z73.0). Der Versicherte sei im Herbst 2016 infolge von Arbeitsüberlastung in ein Burnout geraten. Das Krankheitsgeschehen habe sich im Verlauf zusehends chronifiziert. Der Versicherte verharre in Passivität und Initiativlosigkeit. Subjektiv werde der Zustand als hoffnungs- und perspektivenlos erlebt. Das Krankheitsbild habe sich in Richtung einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit verschoben. Die Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. D.____, wonach eine resistente maskierte Depression vorliege, könne nicht bestätigt werden. Auch Dr. G.____ beschreibe in seinem Bericht vom 3. Oktober 2017 keine erhebliche Depression. Die von Dr. E.____ gestellten Diagnosen würden letztlich ebenfalls keine überzeugende Erklärung für den Zustand des Versicherten beinhalten, da sich bei ihm aus einer ursprünglichen Erschöpfungssymptomatik nach und nach ein krankhaftes, unangepasstes Verhalten entwickelt habe, dessen Zuordnung neu gefasst werden müsse. Dem Versicherten sei die bisherige Tätigkeit seit Oktober 2016 im Umfang von 80 % möglich. In einer angepassten Verweistätigkeit sei seit Oktober 2016 von einer Arbeitsfähigkeit von 90 % auszugehen.

5.1 Zu prüfen ist, ob die von der Beklagten eingeholten Gutachten von Dr. E.____ vom 20. März 2017 und 21. Juli 2017 geeignet sind, die vom Kläger vorgelegten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der behandelnden Ärzteschaft zu erschüttern bzw. ob ihr damit der Gegenbeweis in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit gelingt.

5.2 Die besagten fachärztlichen Gutachten von Dr. E._____ sind aufgrund von Beobachtungen und Untersuchungen des Klägers sowie nach Einsicht in die Akten erstattet worden. Sie erscheinen umfassend und nachvollziehbar begründet. Es bestehen keine Anhaltspunkte, die gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen würden. Vielmehr konnte sich Dr. E._____ nach eingehender Erörterung der Befunde und unter Berücksichtigung der vorhandenen Berichte sowie nach vertiefter Auseinandersetzung mit den Kriterien gemäss ICD-10 und zudem nach Durchführung diverser testpsychologischer Abklärungen ein umfassendes Bild über die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit machen, weshalb seiner Beurteilung besonderes Gewicht zukommt. Er kommt überzeugend zum Schluss, dass die vom Versicherten geäusserten und in den Akten erwähnten Beschwerden im Zeitpunkt der Begutachtungen nicht ausgereicht haben, um eine Einwirkung auf die Arbeitsfähigkeit von mindestens 25 % zu begründen. Insgesamt sind die Gutachten von Dr. E._____ überzeugend und stellen geeignete Entscheidungsgrundlagen dar. Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen, welche eine Neubeurteilung verlangen würden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. Februar 2016, 8C_674/2015), bestehen nicht. Seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit deckt sich vielmehr mit derjenigen von Dr. H._____ vom 29. Mai 2018, welcher dem Versicherten ab 1. Juni 2017 ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bescheinigt. Daraus folgt, dass die besagten Gutachten berechnete Zweifel an den Beurteilungen der behandelnden Ärzte Dres. C._____, D._____ und G._____ zu wecken vermögen. Soweit sie dem Kläger über den 31. Mai 2017 hinaus vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigen, erscheint die Richtigkeit ihrer Beurteilung damit nicht mehr überwiegend wahrscheinlich.

5.3 Daran vermögen die Vorbringen des Klägers nichts zu ändern. Soweit er sich weiterhin auf die Beurteilungen seiner behandelnden Ärzte beruft, ist ihm entgegenzuhalten, dass Dr. E._____ aufgrund der umfassenden Abklärungen eine gewisse Objektivierung erreicht und so auch die Herleitung der Restarbeitsfähigkeit nachvollziehbar macht, wohingegen die weit weniger ausführlich und fundiert begründeten Berichte der behandelnden Fachärzte Dres. D._____ und G._____ hinsichtlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit weitgehend nicht nachvollziehbar sind. Hinzu kommt, dass in Bezug auf Atteste von behandelnden Spezialisten der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353, 122 V 162 E. 1c, 120 V 367 E. 3b), weshalb auf deren Aussagen nicht unbesehen abgestellt werden kann (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 28. Januar 2004, I 294/04, E. 4.3.3). Insgesamt vermögen die Gutachten von Dr. E._____ in beweismässiger Hinsicht erhebliche Zweifel an den Beurteilungen der behandelnden Ärzte zu wecken. Diese Zweifel hat der Kläger nicht ausgeräumt, namentlich sind auch nach Anhängigmachung der Klage vom 28. August 2018 keine hinreichend begründeten ärztlichen Stellungnahmen zu den gutachterlichen Beurteilungen erfolgt. Damit steht fest, dass aufgrund der bestehenden erheblichen Zweifel der Hauptbeweis des Klägers gescheitert ist.

5.4 Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Klägers auf die Gutachten von Dr. E._____

vom 20. März 2017 und 21. Juli 2017 abgestellt und die Taggeldleistungen per 31. Mai 2017 eingestellt hat. Die Klage ist daher abzuweisen.

6.1 Das Verfahren vor dem Versicherungsgericht ist gemäss Art. 114 Abs. 2 lit. f ZPO kostenlos. Es werden deshalb keine Verfahrenskosten erhoben.

6.2 Der obsiegenden Partei ist gestützt auf Art. 106 Abs. 1 ZPO grundsätzlich eine Parteientschädigung zulasten der unterliegenden Partei zuzusprechen. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung besteht im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ein Anspruch des obsiegenden Versicherungsträgers unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsträger durch einen externen Anwalt vertreten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. Januar 2001, 5C.244/2000, E. 5 mit Hinweisen, zur Geltung dieser Rechtsprechung unter der ZPO: Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2010, 4A_194/2010, E. 2.2.1 mit Hinweisen). Diese Voraussetzung ist vorliegend gegeben, weshalb die Beklagte einen Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten des Klägers hat (vgl. auch Urteil des Kantonsgerichts vom 9. Mai 2014, 731 13 350, E. 7.2). Der Rechtsvertreter der Beklagten hat in seinen Honorarnoten vom 12. Dezember 2018 und 21. Februar 2019 und für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 27,4 Stunden sowie Auslagen von Fr. 360.55 geltend gemacht, was in Anbetracht der sich stellen Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Gemäss dem praxisgemäss zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- (vgl. § 2 Abs. 1 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003) hat die Beklagte demnach Anspruch auf Vergütung der Parteikosten in Höhe von Fr. 7'765.75 (27,4 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 360.55 und 7,7% Mehrwertsteuer).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Klage wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Der Kläger hat der Beklagten eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 7'765.75 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>