



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 14. März 2013 (731 12 236)

Zusatzversicherung

Echtzeitliche, zeitnahe und auf persönliche Untersuchungen beruhende ärztliche Beurteilungen sind im vorliegenden Fall beweisrechtlich höher zu gewichten als nachträgliche Aktengutachten

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz

Parteien A.____, Klägerin, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Kasernenstrasse 21, 4410 Liestal

gegen

Helsana Zusatzversicherungen AG, Zürichstrasse 130,
8600 Dübendorf, Beklagte, vertreten durch Helsana Versicherungen
AG, Versicherungsrecht - Unfall, Postfach, 8081 Zürich

Betreff Forderung

A. Die 1982 geborene A.____ war bei der Helsana Zusatzversicherungen AG (Helsana) im Rahmen eines Kollektiv-Taggeldvertrages über ihre Arbeitgeberin, die B.____, zu 80% ihres versicherten Jahreseinkommens bei einer Wartefrist von 7 Tagen und einer Leistungsdauer von 730 Tagen gegen Krankheit versichert. Am 25. März 2011 meldete die Arbeitgeberin A.____ ab dem 10. März 2011 arbeitsunfähig, woraufhin die Helsana nach Ablauf der Wartefrist die ver-

traglich vereinbarten Taggeldleistungen erbrachte. Am 16. September 2011 stellte die Helsana nach Eingang des Attests des Hausarztes Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Medizin, vom 5. September 2011 und nach Rücksprache mit ihrem beratenden Arzt Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Medizin, die Leistungen rückwirkend per 31. Juli 2011 ein.

Am 26. September 2011 begab sich die Versicherte in psychiatrische Behandlung zu Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, welcher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte. Mit Bericht vom 5. Januar 2012 hielt Dr. E.____ als Diagnose eine Erschöpfungsdepression fest.

Am 10. Dezember 2011 bat die Versicherte die Helsana den Leistungsfall zu überprüfen. Diese hielt mit Schreiben vom 19. Januar 2012 gestützt auf den Bericht von Dr. D.____ vom 18. Januar 2012 an ihrem Entscheid vom 16. September 2011 fest. Aus medizinischer Sicht seien keine neuen Fakten vorhanden, die eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigten.

B. Mit Eingabe vom 12. August 2012 erhob die Versicherte, vertreten durch Advokat Daniel Altermatt, beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, Klage gegen die Helsana mit dem Begehren, die Beklagte sei zur Zahlung von Fr. 26'384.80 nebst Zins zu 5% seit 1. August 2011 zu verpflichten. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter an, dass die Beklagte ihre Leistungspflicht einzig unter Berufung auf eine Beurteilung durch ihren beratenden Arzt bestreite. Weder liege ein entsprechender Bericht vor noch sei die Versicherte persönlich untersucht worden. Es sei somit keine Grundlage vorhanden, auf welcher die Beklagte ihre Leistungspflicht ablehnen könne. Die Arbeitsunfähigkeit der Klägerin sei für den Zeitraum vom 1. August 2011 bis 30. April 2012 durch Zeugnisse belegt. Demgegenüber vermöge die Beklagte keinen ärztlichen Bericht vorzuweisen, aus welchem schlüssig hervorginge, weshalb die Klägerin im genannten Zeitraum arbeitsfähig gewesen sein soll.

C. Die Helsana beantragte mit Klagantwort vom 18. September 2012 die Abweisung der Klage. Gemäss den medizinischen Stellungnahmen von Dr. D.____ vom 18. Januar 2012 sowie des Vertrauensarztes Dr. med. F.____, FMH Rechtsmedizin, vom 7. September 2012 sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Versicherten ab 1. August 2011 auszugehen, womit die Einstellung der Taggelder per 31. Juli 2011 rechtmässig erfolgt sei.

D. An der heutigen Parteiverhandlung halten die Parteien an ihren Anträgen und Begründungen fest. Der Rechtsvertreter der Helsana reicht als Novum einen Arztbericht des Vertrauensarztes Dr. med. G.____ vom 12. März 2013 ein.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 dem

Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908. Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind 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, 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 Die örtliche Zuständigkeit richtet sich grundsätzlich nach Art. 9 ff. ZPO. Der dem vorliegenden Fall zu Grunde liegende Versicherungsvertrag ist als Konsumentenvertrag im Sinne von Art. 32 ZPO zu qualifizieren, weshalb die Klage am Wohnsitz der Versicherten eingereicht werden kann (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO; vgl. URS FELLER/ JÜRGEN BLOCH, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, Art. 32 N 45 ff.). Nichts anderes ergibt sich im vorliegenden Fall aus Art. 38 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), wonach ein Wahlgerichtsstand am Wohnsitz der Versicherten besteht. Da die Klägerin Wohnsitz in Füllinsdorf hat, ist das angerufene Gericht auch örtlich zuständig. Auf die formgerecht beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht erhobene Klage ist damit einzutreten.

2.1 Nach Art. 247 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ist der vorliegende Prozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Die Untersuchungsmaxime gebietet es dem Gericht zwar, den Sachverhalt mit eigenen Mitteln abzuklären und mit vertretbarem Aufwand zu einem hinreichend sicheren Beweisergebnis zu gelangen; es ist dabei aber nicht an Beweisanträge gebunden und kann auch von sich aus Beweis erheben. Die Parteien werden dadurch jedoch nicht von der Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhaltes entbunden. Sie sind es, die primär die Verantwortung für die Ermittlung des Sachverhaltes tragen. Das Bundesgericht hat die in den Vorgängernormen zu Abs. 2 enthaltene Untersuchungsmaxime daher bisweilen auch als gemilderte Verhandlungsmaxime bezeichnet. Nur wenn an der Vollständigkeit der Behauptungen oder Beweise ernsthafte Zweifel bestehen, muss das Gericht nachforschen. Diese Nachforschung besteht aber allein darin, die Parteien auf ihre Mitwirkungspflicht sowie auf die Pflicht zum Beibringen von Beweisen hinzuweisen. Die Untersuchungsmaxime zwingt das Gericht nicht dazu, das Beweisverfahren beliebig auszudehnen oder alle möglichen Beweise abzunehmen. Ebenso wenig verleiht die Untersuchungsmaxime den Parteien Anspruch auf ein bestimmtes Beweismittel. Das Gericht muss die betroffene Partei nur einmal auf etwaige Unzulänglichkeiten in ihren Tatsachenbehauptungen und Beweismitteln hinweisen. Bei anwaltlicher Vertretung ist das Mass der gerichtlichen Mitwirkung auf "einschlägige Fälle" beschränkt. Indessen verpflichtet die Untersuchungsmaxime das Gericht,

ordnungsgemäss eingebrachte und taugliche Beweismittel zu berücksichtigen, wenn es von der Nichterweislichkeit einer bestimmten Tatsache ausgehen will. Die Untersuchungsmaxime ändert nichts an der formellen Beweislast. Kann etwa das Bestehen einer entscheidungserheblichen Tatsache durch das Gericht weder bejaht noch verneint werden, so entscheidet das Gericht trotz Untersuchungsmaxime gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907 nach Beweislastgesichtspunkten (vgl. BERND HAUCK, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, Art. 247 Abs. 2 ZPO N 33 ff.)

2.2 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]).

2.3 Gelangt das Gericht in Würdigung der Beweise zur Überzeugung, eine Tatsachenbehauptung sei bewiesen oder widerlegt, ist die Beweislastverteilung gegenstandslos (BGE 109 II 251 E. 3.5). 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 (BGE 112 II 179); sie schliesst selbst eine vorweggenommene Beweiswürdigung und Indizienbeweise nicht aus (BGE 109 II 31 E. 3b und 344/45). 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 114 II 290 E. 2). 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 vom 9. November 2006, 5C.206, E. 2.1).

2.4 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 120 II 393 E. 4b) und damit die Sachbehauptungen nicht mehr als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Gelingt der Gegenbeweis, an der Sachdarstellung des Anspruchsberechtigten erhebliche Zweifel zu wecken, so ist der Hauptbeweis des Anspruchsberechtigten gescheitert.

2.5 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 medizini-

schen 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).

3. Strittig zwischen den Parteien ist die Ausrichtung von Krankentaggeldleistungen vom 1. August 2011 bis 30. April 2012.

3.1 Da das VVG ausser in Art. 87 keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld enthält, sind die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien, das heisst in erster Linie die AVB von 2006 massgebend. Die Helsana gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und, sofern vertraglich vereinbart, von Unfällen. Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. 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 (Art. 3.4). Das Taggeld wird bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet (Art. 12.1). Eine Arbeitsunfähigkeit muss durch den Versicherungsnehmer bei Versicherungen mit Wartezeiten bis 10 Tagen spätestens 15 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit beim Versicherer gemeldet werden. Innert weiterer 3 Tage seit Krankmeldung ist eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes einzureichen (Art. 13.1). Die versicherte Person hat den Erwerbsausfall nachzuweisen, sonst besteht kein Anspruch auf Leistungen (Art. 13.2). Die versicherte Person hat sich regelmässig in ärztliche Behandlung oder Kontrolle zu begeben. Zusätzlich ist die versicherte Person verpflichtet, sich auf Kosten des Versicherers den von diesem als nötig erachteten ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen. Der Versicherer ist berechtigt, die Einhaltung der ärztlichen Anordnungen durch Krankenbesuche zu kontrollieren (Art. 13.6).

3.2 Die Arbeitgeberin meldete der Helsana am 25. März 2011 eine Arbeitsunfähigkeit der Klägerin ab 10. März 2011. Diese richtete die vertraglich vereinbarten Leistungen nach Ablauf der Wartefrist aus. Gemäss Zwischenbericht für die Kollektivversicherung nach VVG vom 14. Juni 2011 diagnostizierte Dr. C._____ eine Psychoasthenie und Insomnie. Die Versicherte sei ein Opfer von Mobbing am Arbeitsplatz und könne aus "arbeitsplatz-psychohygienischen" Gründen nicht arbeiten. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100% seit 10. März 2011. Eine Arbeitsaufnahme sei am 1. Juli 2011 vorgesehen. Am 5. September 2011 vermerkte Dr.

C.____ auf dem Informationsschreiben der Beklagten betreffend IV-Anmeldung, dass die Versicherte sich um eine neue Arbeitsstelle bemühe. Sie sei bis zum 19. September 2011 weiterhin zu 100% arbeitsunfähig. Ab dem 20. September 2011 bestehe somit wieder volle Arbeitsfähigkeit.

Die Helsana stellte die Taggeldleistungen mit Schreiben vom 16. September 2011 aufgrund einer mündlichen Auskunft des beratenden Arztes Dr. D.____ rückwirkend per 31. Juli 2011 ein. Dr. D.____ wurde gemäss Ausführungen der Helsana konsultiert, da Zweifel an der Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit bis 19. September 2011 bestanden hätten.

3.3 Dr. C.____ notierte am 31. Dezember 2011, dass die Versicherte nach wie vor in Behandlung stehe. Da die erwartete Besserung nicht eingetreten sei, stehe die Versicherte zusätzlich bei Dr. E.____ in Behandlung. Eine Arbeitsfähigkeit sei zurzeit nicht gegeben.

Dr. E.____ berichtete mit Schreiben vom 5. Januar 2012, dass die Versicherte seit 26. September 2011 bei ihm in Behandlung sei. Als Diagnose nannte er eine Erschöpfungsdepression nach ICD-10 F 32.2. Er stellte eine depressive Grundstimmung, eine emotionale Labilisierung, eine Antriebsverminderung, eine psychomotorische Verlangsamung, Müdigkeit, Schlafstörungen, Appetitverlust mit Gewichtsabnahme, eine rasche Erschöpfung und Konzentrationsstörungen mit Vergesslichkeit fest. Es finde eine Gesprächstherapie statt und die Versicherte werde mit Trittico und Sertralin actavis behandelt. Der Verlauf der Behandlung sei stagnierend. Die Versicherte sei im Alltag durch die Müdigkeit und rasche Erschöpfung stark beeinträchtigt. Durch die Betreuung von zwei Kleinkindern habe sie wenig Erholungszeit. Zudem sei sie durch ein Karpaltunnelsyndrom beim Heben auch schon von leichten Gewichten eingeschränkt. Gemäss Hamilton Score seien von 15 items alle positiv. Alle Kernsymptome - ausser Schuldgefühle und Behinderung sozialer Aktivitäten - seien zu bejahen. Die sozialen Aktivitäten seien aber eindeutig reduziert. Die Versicherte sei seit Behandlungsbeginn am 26. September 2011 zu 100% arbeitsunfähig. Bei günstigem Verlauf bestehe ab 1. April 2012 eine 40%ige Arbeitsfähigkeit. Diese Prognose sei aber unwahrscheinlich, weil die Risikofaktoren kaum zu beeinflussen seien.

3.4 Dr. D.____ erachtete mit Schreiben vom 18. Januar 2012 die Arbeitsunfähigkeit per Ende Juli 2011 als nicht ausgewiesen. Die zwei Kleinkinder seien ursächlich für die Schlafstörungen und die Erschöpfung. Die Helsana hielt deshalb an ihrem Entscheid vom 16. September 2011 fest und lehnte die Ausrichtung von Taggeldern ab.

3.5 Mit ärztlichen Zeugnissen vom 3. März 2012 und 27. Juni 2012 bescheinigte Dr. E.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bis 14. Februar 2012 und vom 15. Februar bis 30. April 2012 eine 50%ige. Ab 1. Mai 2012 sei die Versicherte wieder voll arbeitsfähig. Am 4. August 2012 führte Dr. E.____ aus, dass er anlässlich der Erstkonsultation ein schweres depressives Syndrom diagnostiziert habe. Auch unter der Behandlung mit Trittico und Sertralin sei der Behand-

lungsverlauf sehr stagnierend gewesen. Noch am 5. Januar 2012 habe der Diagnosetest für Depressionen nach Hamilton für eine schwere depressive Erkrankung gesprochen, welche die klinischen Befunde bestätigt hätten. Für den Zeitraum vom 1. August 2011 bis zum 26. September 2011 sei die depressive Erkrankung mit einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit verbunden gewesen.

3.6 Daraufhin äusserte sich der Vertrauensarzt Dr. F.____ am 7. September 2012 mittels Aktenbericht zur Gesundheitssituation der Versicherten. Er kam zum Schluss, dass eine Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen mangels einer objektivierbaren Symptomatik nach AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) und mangels zweifelsfreier Krankheitsdiagnose aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht anerkannt werden könne. Der Bericht von Dr. E.____ sei unklar. Einerseits sei die Diagnose einer Erschöpfungsdepression heute nicht mehr gebräuchlich. Andererseits könne die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome aufgrund der angegebenen subjektiven Symptome und objektiven Befunde nicht nachvollzogen werden. Zentral sei die langjährige Störung des Schlafs durch die zwei Kleinkinder. Dies führe nach einer gewissen Zeit - wie auch die allgemeine Alltagserfahrung junger Eltern zeige - zu Erschöpfung, Freudlosigkeit und Tagesmüdigkeit. Auch eine emotionale Instabilität stelle in derartigen Situationen nichts Aussergewöhnliches dar. Aus den Schilderungen von Dr. E.____ gehe nicht hervor, dass diese primär natürlichen Reaktionen auf eine derartige Belastung das Ausmass des normalerweise in einer derartigen Situation zu Erwartenden überschritten hätten. Erst wenn die Reaktionen auf die Belastung dieses Ausmass überschritten, könne von einem objektiv krankhaften Zustand nach ICD-10 gesprochen werden. Dies sei hier nicht der Fall.

4.1 Bei den vorliegenden strittigen Krankentaggeldern handelt es sich 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 werden gemäss den AVB ausgerichtet, wenn eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 25% vorliegt. Hier geht es in einer ersten Phase um die unmittelbare Sicherung des Einkommens im Krankheitsfall. Die Anforderungen an den Nachweis krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit sind deshalb für die Begründung des Anspruchs auf Krankentaggelder nicht zuletzt auch aus Gründen der Praktikabilität tiefer als für den Nachweis der Invalidität.

4.2 Sofern der Hausarzt wie hier die versicherte Person krank schreibt und eine Arbeitsunfähigkeit attestiert, muss dies anfänglich für die Leistungspflicht genügen (vgl. auch Art. 12.1 AVB). In diesem Sinne hat die Helsana denn auch nach Ablauf der Wartefrist die vereinbarten Taggeldleistungen ausgerichtet. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die Einstellung der Leistungen am 16. September 2012 rückwirkend per 31. Juli 2011 gestützt auf die mündliche Auskunft des beratenden Arztes Dr. D.____ und nachfolgend das Festhalten an diesem Entscheid gestützt auf die Aktenberichte von Dr. D.____ vom 18. Januar 2012 und Dr. F.____ vom

7. September 2012 rechtens war. Denn die Klägerin weist nicht nur für die Anfangsphase der Erkrankung Arztzeugnisse vor, sondern auch für die Zeit bis Ende April 2012.

4.3 Selbstverständlich steht es dem Versicherer frei, hinsichtlich seiner Leistungspflicht Rückfragen zu stellen und die medizinische Diagnose überprüfen zu lassen, insbesondere wenn die Arbeitsunfähigkeit längere Zeit andauert, da Arztzeugnisse nicht selten zu wenig ausführlich sind. Für eine solche Überprüfung mit einer Leistungsverweigerung als Folge genügt eine telefonische Nachfrage beim beratenden Arzt jedoch nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2011, 8C_515/2011, E. 4.5). Ein solches Gespräch kann lediglich Anlass bieten, den Sachverhalt genauer zu untersuchen. Dem Versicherer steht dafür gemäss Art. 13.6 AVB die vertrauensärztliche Untersuchung zur Verfügung, welche unverzüglich vorzunehmen ist. Erst Monate später verfasste Aktenberichte wie im vorliegenden Fall können die zeitnahe Untersuchung kaum je ersetzen.

4.4 Dazu kommt, dass eine psychiatrische Beurteilung sich grundsätzlich auf eine persönliche Untersuchung abstützen muss (RKUV 2001 Nr. U 438 S. 345, U 492/00 (mit Hinweis auf BGE 127 I 54 E. 2e-g S. 57 ff. Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2009, E. 3.4.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C_681/2011, E. 4.1). Denn das Gespräch zwischen Arzt und versicherte Person ist unerlässlich, um eine fundierte psychiatrische Beurteilung abgeben zu können. Vorliegend fehlt es an einer solchen persönlichen Untersuchung. Die Aktenberichte von Dr. D.____ und Dr. F.____ beruhen lediglich auf Erfahrungswerten und sind folglich zurückhaltend zu beurteilen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 31. Oktober 2012, 9C_365/2012, E. 4.1). Des weiteren fehlt es Dr. D.____ und Dr. F.____ an der fachärztlichen psychiatrischen Ausbildung, womit ein weiterer Aspekt gegen die Beweistauglichkeit spricht. Die Aktenbeurteilungen sind denn auch geprägt von theoretischen Annahmen. So wird im gegebenen Fall ohne weiteres davon ausgegangen, dass das zentrale Problem die Störung des Schlafs durch die Kinder sei. Die gesundheitlichen Probleme traten jedoch in erster Linie wegen Unstimmigkeiten am Arbeitsplatz auf. Es mag sein, dass die verwendete Diagnose der Psychasthenie gemäss Dr. C.____ kaum mehr gebräuchlich ist und dass Mobbing an und für sich krankheitsfremd ist. Es kann aber nicht von der Hand gewiesen werden, dass Schwierigkeiten am Arbeitsplatz gepaart mit anderen belastenden Umständen durchaus geeignet sind, eine psychische Störung mit Krankheitswert auszulösen. Dies bleibt von Dr. F.____ in seinem Aktenbericht unberücksichtigt.

4.5 Im Ergebnis ist auf die beweisrechtlich höher zu gewichtenden, zeitnahen und auf persönlichen Untersuchungen beruhenden Beurteilungen von Dr. C.____ und insbesondere des Psychiaters Dr. E.____ abzustellen. Die zu optimistischen Prognosen von Dr. C.____ mit vorgesehener Arbeitsaufnahme ab 1. Juli 2011 bzw. 20. September 2011 stehen den Attesten der längeren Arbeitsunfähigkeit von Dr. E.____ als behandelnder Facharzt nicht entgegen. Daran ändert auch das Aktengutachten von Dr. med. G.____ vom 12. März 2013 nichts, welches die Helsana an der heutigen Parteiverhandlung eingereicht hat. Zwar handelt es sich bei Dr.

G._____ um einen Facharzt, doch auch er hat die Versicherte nicht persönlich untersucht und führt auch keine wesentlich neuen medizinischen Aspekte an. Zu berücksichtigen ist auch, dass die Beurteilung zwei Jahre nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit abgegeben worden ist und somit zeitlich weit entfernt vom zu beurteilenden Zeitraum. Damit steht aber auch fest, dass es der Beklagten nicht gelungen ist, mit den ins Recht gelegten Aktengutachten den Gegenbeweis der Arbeitsfähigkeit der Klägerin ab 1. August 2011 zu erbringen (vgl. E. 2.4). Somit ist von einer über den 31. Juli 2011 bis 14. Februar 2012 andauernden 100%igen und vom 15. Februar 2012 bis 30. April 2012 bestehenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

5. Die Berechnung der Taggeldhöhe erfolgt mittels Umrechnung des versicherten Lohnes auf ein volles Jahr und Teilung der versicherten Jahreslohnsumme durch die Zahl 365 bzw. 366 in Schaltjahren (vgl. Art. 21 AVB). Die Höhe der Taggelder wird nicht bestritten. Die Klägerin hat demnach Anspruch auf 198 Taggelder à Fr. 111.80 (100%) und auf 76 Taggelder à Fr. 55.90 (50%) und somit auf den geforderten Betrag von Fr. 26'384.80. Die Klage ist in diesem Sinne gutzuheissen.

6.1 Die Klägerin beantragt eine Verzinsung der Forderung zu 5% seit dem 1. August 2011. Die Helsana habe mit Schreiben vom 16. September 2011 erklärt, dass sie ab 1. August 2011 keine Taggeldleistungen mehr ausrichten werde. Aufgrund der erklärten Leistungsverweigerung sei die Beklagte somit bereits per 1. August 2011 in Verzug geraten. Die Verzugsfolgen seien aber spätestens mit Schreiben vom 10. Dezember 2011 eingetreten, mit welchem die Beklagte zur Zahlung der Taggelder aufgefordert worden sei.

6.2 Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG finden auf den Versicherungsvertrag die Bestimmungen des Bundesgesetzes betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (OR) vom 30. März 1911 Anwendung. Die definitive Leistungsablehnung der Helsana erfolgte mit Brief vom 19. Januar 2012. Gemäss Art. 102 Abs. 1 OR gerät der Versicherer jedoch mit einer Mahnung in Verzug. Mit Schreiben vom 10. Dezember 2011 forderte der Rechtsvertreter die Helsana auf, Taggelder für den Zeitraum ab 1. August 2011 auszurichten. Mit dieser Mahnung setzte er die Helsana in Verzug, womit ab diesem Datum ein Verzugszins von 5% ab Fälligkeit der monatlichen Zahlungen zu leisten ist. Die Berechnung gestaltet sich wie folgt:

	Taggeldrate	Saldo	Tage	Nummern
10.12.2011		Fr. 14'757.60	20	2'952
31.12.2011	2'347.80	Fr. 17'105.40	30	5'132
31.01.2012	3'465.80	Fr. 20'571.20	30	6'171
29.02.2012	2'403.70	Fr. 22'974.90	30	6'892
31.03.2012	1'732.90	Fr. 24'707.80	30	7'412
30.04.2012	1'677.00	Fr. 26'384.80		-
Total			140	28'559

Zinssatz	5%	Zins	396.65 (28'559 x 5%:360)
----------	----	------	-----------------------------

Die Helsana hat demnach der Klägerin Fr. 26'384.80 nebst dem seit 10. Dezember 2011 bis 30. April 2012 aufgelaufenen Zins von Fr. 396.65 zu bezahlen. Der geschuldete Betrag von Fr. 26'761.45 ist ab 1. Mai 2012 mit 5% zu verzinsen.

7. Das Verfahren vor dem Versicherungsgericht ist gemäss Art. 114 Abs. 2 lit. f ZPO kostenlos. Der obsiegenden Klägerin ist gestützt auf Art. 106 Abs. 1 ZPO eine Parteientschädigung zu Lasten der Beklagten zuzusprechen. Gemäss Honorarnote vom 21. November 2012 machte der Rechtsvertreter angemessene 9.58 Stunden à Fr. 250.-- geltend. Zusätzlich gewährt das Gericht 3 Stunden für die Parteiverhandlung. Demnach hat die Klägerin Anspruch auf Vergütung der Parteikosten in Höhe von Fr. 3'466.80 (inklusive Fr. 65.-- Auslagen und 8% Mehrwertsteuer).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Klage wird gutgeheissen und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin Fr. 26'384.80 nebst dem seit 10. Dezember 2011 bis 30. April 2012 aufgelaufenen Zins von Fr. 396.65 zu bezahlen. Der geschuldete Betrag von Fr. 26'781.45 ist ab 1. Mai 2012 mit 5% zu verzinsen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beklagte hat der Klägerin eine Parteienschädigung in der Höhe von Fr. 3'466.-- (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.



**Kantonsgericht
Basel-Landschaft**
Abteilung Sozialversicherungsrecht

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