Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. Juni 2013 (731 11 381)

Zusatzversicherung nach VVG

Taggeldanspruch; Anforderungen an den Nachweis ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Gerichtsschreiber Stephan Paukner
Parteien	A.____, Klägerin, vertreten durch André M. Brunner, Advokat, Hauptstrasse 55, Postfach 136, 4450 Sissach
	gegen
	CSS Versicherung AG, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, 6002 Luzern, Beklagte
Betreff	Taggeld

A. Die 1977 geborene A.____ war bei der B.____ GmbH in C.____ angestellt und in dieser Eigenschaft bei der CSS Versicherung AG (nachfolgend: CSS) krankentaggeldversichert. Anfangs November 2010 kündigte die Versicherte ihren Arbeitsvertrag unter Einhaltung der zweimonatigen Kündigungsfrist per 31. Januar 2011. Am 28. November 2010 meldete die Arbeitgeberin der CSS eine Arbeitsunfähigkeit der Versicherten im Umfang von 100% ab 28. Oktober 2010. Nach Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse teilte die CSS der Versicherten am 12. Januar 2011 mit, dass dem Krankheitsfall krankheitsfremde Faktoren zu Grunde liegen würden und für die Arbeitsunfähigkeit ab 28. Oktober 2010 daher keine Taggeldleistungen erbracht würden.

B. Nachdem in der Folge keine Einigung zwischen der Versicherten und der CSS erzielt werden konnte, erhob die Versicherte, vertreten durch André M. Brunner, Advokat, am 25. Oktober 2011 Klage am Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte unter o/e-Kostenfolge, die CSS sei zu verpflichten, ihr den Betrag von Fr. 6'462.25 nebst Zins zu 5% seit 4. März 2011 zu bezahlen. Zur Begründung liess sie im Wesentlichen vorbringen, dass sie vom 28. Oktober 2010 bis und mit 23. Januar 2011 ärztlich attestiert vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen sei. Bis und mit Ende November 2010 habe die Arbeitgeberin den Lohn im Umfang von 80% bezahlt. Die der Versicherten für die Zeit vom 1. Dezember 2010 bis und mit 23. Januar 2011 zustehenden Taggeldleistungen der CSS beliefen sich somit im Umfang von 54 geschuldeten Taggeldern à Fr. 119.67 auf den Betrag von Fr. 6'462.25, infolge Mahnung vom 3. März 2011 zuzüglich 5% Zins ab 4. März 2011.

C. Mit Klagantwort vom 19. Dezember 2011 schloss die Beklagte auf Abweisung der Klage unter o/e-Kostenfolge. Zusammenfassend brachte sie vor, dass ein Krankheitsfall gemäss den anwendbaren allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB) nicht automatisch zu einer medizinisch ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit führe. Da dem vorliegenden Fall gestützt auf die veranlasste vertrauensärztliche Beurteilung keine versicherte Arbeitsunfähigkeit zu Grunde liege, könnten keine Leistungen erbracht werden. Die Krankschreibung der Versicherten sei einzig gestützt auf subjektive Angaben erfolgt. Deren Arzt habe keine medizinisch plausiblen Gründe für die über einen dreimonatigen Zeitraum attestierte Arbeitsunfähigkeit beigebracht. Die rückwirkend behauptete, mittelgradige depressive Episode sei in medizinischer Hinsicht nicht belegt, zumal selbst aus einer mittelgradigen depressiven Episode nicht zwingend eine länger andauernde, volle Arbeitsunfähigkeit resultiere.

D. Nachdem die Klägerin am 13. Januar 2012 beantragt hatte, es sei deren ehemaligen Arbeitgeberin der Streit zu verkünden, liess sich diese am 15. Mai 2012 dahingehend vernehmen, dass sie einen Eintritt in den Prozess ablehne. Mit Verfügung vom 21. Mai 2012 wurde von der Erklärung der Streitberufenen Kenntnis genommen und der Prozess zwischen der Klägerin und der Beklagten fortgesetzt.

E. Mit Eingabe vom 22. Juni 2012 verzichtete die Klägerin auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung und reichte eine ergänzende Stellungnahme zur Sache ein. Die Beklagte duplizierte mit Eingabe vom 8. August 2012. Die Beklagte reichte auf Veranlassung des Gerichts am 6. November 2012 weitere Unterlagen ein. Die Klägerin beantragte am 18. Dezember 2012, es sei von der Beklagten ein vollständiger Aktenauszug aus deren internen System zu verlangen und es sei der Klägerin anschliessend Frist zur Stellungnahme anzusetzen. Nachdem das Gericht diesem Antrag mit Verfügung vom 18. Dezember 2012 stattgegeben hatte, reichte die Beklagte am 21. Dezember 2012 die entsprechenden Unterlagen ein und bestätigte gleichzeitig deren Vollständigkeit. Die Klägerin nahm hierzu am 9. Februar 2013 Stellung und beantragte die Durchführung einer Parteiverhandlung sowie die Einvernahme von Zeugen aus dem Umfeld der ehemaligen Arbeitgeberin der Klägerin. Mit Verfügung vom 15. April 2013 wurde die Durchführung einer Parteiverhandlung vorerst ohne Zeugen angeordnet und es wurden

die Parteien mit Blick auf die Anforderungen an ein ärztliches Attest auf ein neues Urteil des Bundesgerichts vom 13. März 2013 (Verfahrensnummer 8C_943/2012) hingewiesen.

F. Anlässlich der Parteiverhandlung hielt die Klägerin im Rahmen der Parteibefragung im Wesentlichen fest, dass sie aufgrund einer Mobbingsituation bei ihrer ehemaligen Arbeitgeberin nicht mehr arbeitsfähig gewesen sei. Sie habe anschliessend den Arzt aufgesucht und ihr Arbeitsverhältnis selbst aufgelöst, sich jedoch sofort wieder auf Arbeitssuche begeben, da sie ja nur in ihrem alten Betrieb arbeitsunfähig gewesen sei. Im Übrigen hielten beide Parteien an ihren bereits schriftlich beantragten Rechtsbegehren fest.

Auf die übrigen Vorbringen der Parteien ist - soweit notwendig - in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Die Präsidentin zieht **i n E r w ä g u n g** :

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 festgehalten hat, ist bei Klagen betreffend Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung keine vorgängige Schlichtung nach Art. 197 ff. ZPO 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/ JÜRG BLOCH, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO-Kommentar, Art. 32 N 45 ff.). Nichts anderes ergibt sich im vorliegenden Fall aus Art. 23 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten (AVB), wonach ein Wahlgerichtsstand nebst ihrem schweizerischen Arbeitsort wahlweise auch an deren Wohnsitz besteht. Der ehemalige Arbeitsort der Beklagten liegt in C.____ / BL. Auf die beim sachlich sowie örtlich zuständigen Gericht eingereichte Klage ist damit einzutreten.

1.4 Gemäss § 55 Abs. 1 VPO entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 10'000.--

durch Präsidialentscheid. Im vorliegenden Fall liegt der Streitwert unter dieser Grenze, so dass die Angelegenheit präsidial zu entscheiden ist.

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 "krasse 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 von Beweisen 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 davon zu würdigen ist (BGE 112 II 179); sie schliesst selbst 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 schliesst der im Verfahren zur Beurteilung von Streitigkeiten aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung herrschende Untersuchungsgrundsatz die antizipierte Beweiswürdigung nicht 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 medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (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. Dezember 2010 bis 23. Januar 2011 wegen gesundheitlichen Problemen am ehemaligen Arbeitsplatz der Klägerin.

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 der Beklagten von Mai 2007 massgebend. Gemäss Art. 15.1 AVB bezahlt die Beklagte den nachgewiesenen Erwerbsausfall, der durch eine versicherte Arbeitsunfähigkeit entstanden ist. Gemäss Art. 15.6 AVB berechtigt eine ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit ab 25% zum Taggeldbezug. Als Arbeitsunfähigkeit gilt 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 (Art. 13.3 AVB). Der Versicherungsnehmer hat nach Art. 19.2 AVB 5 Tage nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist, spätestens jedoch nach 30 Tagen ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit diese der CSS mit dem entsprechenden Formular zu melden. Der Meldung ist ein Arztzeugnis des behandelnden Arztes beizulegen.

3.2 Am 28. November 20110 meldete die Arbeitgeberin der CSS eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Klägerin ab 28. Oktober 2010. Gemäss undatiertem Arztbericht von Dr. D.____, FMH Allgemeine Medizin, eingegangen bei der CSS am 21. Dezember 2010, litt die Versicherte an einer komplexen Mobbing-Situation am Arbeitsplatz, weshalb sie die Stelle gekündigt habe. Zu diagnostizieren sei ein Verdacht auf eine Anpassungsstörung. Seit dem Verlassen des Arbeitsplatzes bestehe ein oligosymptomatischer Zustand. Die Arbeitsunfähigkeit betrage vom 28. Oktober 2010 bis zum 31. Dezember 2010 100%. Von einer Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit könne ab sofort im vollem Umfang ausgegangen werden, sofern die Wiederaufnahme nicht beim ehemaligen Arbeitgeber erfolge. Es bestehe eine klassische Mobbingsituation, welche zur Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Einem ergänzenden Arztbericht von Dr. D.____ vom 5. April 2011 ist zu entnehmen, dass er die Versicherte seit 2004 betreue. Am 29. Oktober 2010 habe ihn die Versicherte telefonisch darüber informiert, dass sie wegen grosser Differenzen am Arbeitsplatz bzw. Problemen mit ihrem Arbeitgeber bis auf weiteres nicht in der Lage sei, ihre Arbeit anzutreten. Anlässlich der auf den 1. November 2010 vereinbarten Sprechstunde habe ihm die Versicherte die Situation am Arbeitsplatz und deren Wirkungen eingehend geschildert. Daraufhin habe er die Versicherte ab 28. Oktober 2010 vollumfänglich arbeitsunfähig geschrieben. Die Belastungssituation am Arbeitsplatz habe klar zu einer medizinisch bedingten Arbeitsunfähigkeit geführt, die sich bis zum 23. Januar 2011 hingezogen habe. Aus medizinischer Sicht habe eine mittelgradige depressive Episode bestanden, welche es verunmöglicht habe, den angestammten Arbeitsplatz aufzusuchen. Der anfängliche Verdacht auf eine Anpassungsstörung habe sich nicht bestätigt. Abschliessend sei festzuhalten, dass die medizinischen Gründe für die Arbeitsunfähigkeit klar vorhanden waren und die Krankschreibung aus hausärztlicher Sicht notwendig gewesen sei.

3.3 An weiteren medizinischen Unterlagen von Relevanz liegen der strittigen Angelegenheit sodann zwei Stellungnahmen von Dr. E.____, FMH Innerer Medizin und Gesellschaftsärztin der CSS zu Grunde.

3.3.1 Gemäss Schreiben der Gesellschaftsärztin der CSS vom 3. Mai 2011 an den Hausarzt Dr. D.____ sei dessen Argumentation medizinisch nicht nachvollziehbar. Die in dessen Arztbericht vom 21. Dezember 2010 bis Ende 2010 attestierte Arbeitsunfähigkeit werde ausschliesslich mit subjektiven Angaben der Patientin begründet, welche als komplexe Mobbingsituation zusammengefasst würden. Nach den der CSS vorliegenden Informationen habe die Versicherte eine einzige Auseinandersetzung mit ihrer Vorgesetzten gehabt. Dieser sei am 3. November 2010 eine Aussprache gefolgt. Nicht nur lasse sich aus Arbeitsplatzproblemen keine mehrwöchige oder gar mehrmonatige vollständige Arbeitsunfähigkeit ableiten, sondern es seien auch die von Dr. D.____ angeführten Arbeitsplatzprobleme nicht einmal lang andauernd gewesen. Dr. D.____ sei in seinem Arztbericht vom 21. Dezember 2010 selbst davon ausgegangen, dass die Versicherte an einem anderen Arbeitsplatz ab sofort wieder vollständig arbeitsfähig sei. Der vom Hausarzt nahegelegte Kurzschluss einer am Arbeitsplatz erlebten Kränkung rechtfertige keine vollständige und mehrere Wochen bis Monate anhaltende Arbeitsunfähigkeit. Der Arztbericht von Dr. D.____ enthalte keine einzige konkrete medizinische Information, sondern gebe ausschliesslich das von der Patientin angesprochene Arbeitsplatzproblem wieder. Die aus der

Retrospektive im Arztbericht vom 5. April 2011 postulierte Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode könne nicht überzeugen, da die Versicherte bereits im Arztbericht vom 21. Dezember 2010 als nur wenig symptomatisch und locker behandlungsbedürftig beurteilt worden sei. Die von Dr. D.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit sei deshalb medizinisch nicht ausgewiesen.

3.3.2 Mit Stellungnahme vom 6. Mai 2011 führte die Gesellschaftsärztin ergänzend aus, dass Belastungssituationen am Arbeitsplatz keine medizinisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen würden. Im vorliegenden Fall habe es an einer angemessenen medizinischen Behandlung gefehlt. Zudem hätte der Hausarzt die Krankheit bereits in seinem ersten Arztbericht benennen müssen, was aber so nicht dargetan worden sei. Zusammenfassend habe der Hausarzt bis zum aktuellen Zeitpunkt keine medizinischen Gründe für die von ihm für einen über dreimonatigen Zeitraum attestierte Arbeitsunfähigkeit beigebracht. Seine Angaben würden der Plausibilitätsprüfung nicht standhalten.

4.1 Die CSS lehnte die Ausrichtung von Krankentaggeldern im Wesentlichen mit der Begründung ab, dass die vom Hausarzt rückwirkend behauptete, mittelgradig depressive Episode in medizinischer Hinsicht nicht belegt sei. So führe ein Krankheitsfall nicht automatisch zu einer medizinisch ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit. Demzufolge könne die vom Hausarzt geäusserte Verdachtsdiagnose keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Gestützt auf die Stellungnahme der Gesellschaftsärztin sei davon auszugehen, dass im relevanten Zeitraum vielmehr eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe und daher keine Leistungen erbracht werden könnten.

4.2 Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. Gemäss Art. 15.1 und Art. 15.6 AVB gilt als Leistungsvoraussetzung für die Erbringung allfälliger Taggelder einzig eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25%, die zu einem Erwerbsausfall geführt hat. Diese Voraussetzungen sind mit dem Arztzeugnis des Hausarztes Dr. D.____ erfüllt. Bei der Erstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist es Aufgabe des Arztes, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Dieser Aufgabe ist Dr. D.____ nachgekommen. Aus seinen Bescheinigungen und Berichten geht klar hervor, an welchen Beschwerden die Klägerin litt und dass es ihr deshalb nicht möglich war, ihrer bisherigen Arbeitstätigkeit nachzugehen. Daran vermag auch die nachträgliche Kritik der Gesellschaftsärztin nichts zu ändern.

4.3 Es ist zu betonen, dass vorliegend vorübergehende Krankentaggeldleistungen und nicht Dauerleistungen im Sinne einer Invalidenrente strittig sind. Taggeldleistungen kommen typischerweise zu Beginn einer Erkrankung zum Tragen. Der gesundheitliche Zustand der versicherten Person ist in dieser Phase oft instabil und unterliegt kurzzeitigen Schwankungen. Auch aus Gründen der Praktikabilität sind deshalb die Anforderungen an den Nachweis einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit tiefer anzusetzen als für den Nachweis einer allenfalls nachfolgenden Invalidität. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des behandelnden Arztes genügt hier – es sei denn, es bestünden ernstliche Zweifel an der Zuverlässigkeit der ärztlichen

Bescheinigung (vgl. oben, Erwägung 2.4 hievor). Erst in einem solchen Fall sind weitergehende ärztliche Abklärungen angezeigt. Solange es aber keine Indizien gibt, erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit des ärztlichen Attests erwecken, besteht weder im Abklärungsverfahren der Versicherung noch im gerichtlichen Verfahren Grund, eine anspruchsberechtigte Person gutachterlich abklären zu lassen (vgl. oben, Erwägung 2.5 hievor). Es tritt hinzu, dass sich die versicherte Person - gerade in der ersten Phase einer Arbeitsunfähigkeit - auf die Angaben ihres Arztes verlassen können muss. Soweit die Beklagte unter Verweis auf die Stellungnahme ihrer Gesellschaftsärztin vorbringt, dass die aus der Retrospektive im Arztbericht vom 5. April 2011 postulierte Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode nicht überzeuge, ist ihr entgegen zu halten, dass eine erstmalige - und sei es auch nur als Verdacht - geäusserte Diagnose den Anforderungen an ein ärztliches Arbeitsunfähigkeitszeugnis durchaus genügt. Eine ebenso retrospektiv kritische Auseinandersetzung der Gesellschaftsärztin vermag diese Anforderungen nicht umzustossen, zumal sie in casu eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen hat, ohne die Versicherte zeitnah zu den belastenden Umständen je selbst exploriert zu haben. Es liegen deshalb auch keine medizinischen Berichte vor, die die Zuverlässigkeit der Beurteilungen von Dr. D.____ rechtsgenüglich in Frage stellen würden. Die von der Gesellschaftsärztin vertretene Auffassung, wonach die von Dr. D.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit medizinisch nicht ausgewiesen sei, vermag an der Beweiskraft der hausärztlichen Atteste deshalb nichts zu ändern. So hat auch das Bundesgericht in einem kürzlich ergangenen Urteil festgehalten, dass den Anforderungen an ein insgesamt rechtsgenügliches Attest Genüge getan ist, sofern daraus hervor geht, dass die Tätigkeit der versicherten Person Ursache ihrer Arbeitsunfähigkeit war (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. März 2013, 8C_943/2012, E. 3). Dort wie aber auch im vorliegenden Fall äusserte sich der behandelnde Arzt der Versicherten unmissverständlich zur konkreten beruflichen Situation der Versicherten und ihren einhergehenden gesundheitlichen Problemen. Die Tatsache, dass die Ursache der gesundheitlichen Probleme mit der Anstellung der Versicherten bei ihrer ehemaligen Arbeitgeberin zusammen hing, geht ebenfalls aus den internen Dossiernotizen der Beklagten hervor (vgl. Beilage zur Eingabe der Beklagten vom 21. Dezember 2012). Auch leuchtet ein, dass die in diesem Zusammenhang mit Berichten von Dr. D.____ vom 21. Dezember 2010 bzw. 5. April 2011 erhobenen (Verdachts-) Diagnosen für einen allenfalls auch etwas längeren Zeitraum zu einer vollständigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen können, insbesondere wenn erschwerende Umstände am Arbeitsplatz hinzukommen, die die Ressourcen der betroffenen Person zusätzlich vermindern. In Anbetracht dieser Atteste ist es durchaus nachvollziehbar, dass die Klägerin aufgrund der konkreten Arbeitsplatzprobleme bei ihrer ehemaligen Arbeitgeberin voll arbeitsunfähig war.

4.4 Sofern der Hausarzt die versicherte Person wegen psychischen Beschwerden - welche vielfältiger Ursache sein können - krank schreibt und eine Arbeitsunfähigkeit attestiert, muss dies anfänglich für die Leistungspflicht genügen (vgl. auch Art. 15.6 AVB). Selbstverständlich steht es dem Versicherer frei, Rückfragen zu stellen und die medizinische Diagnose zu überprüfen, insbesondere wenn die Arbeitsunfähigkeit längere Zeit andauert, da das Arztzeugnis manchmal zu wenig ausführlich ist. Für eine solche Überprüfung mit einer Leistungsverweigerung als Folge genügt die retrospektive Stellungnahme der Vertrauensärztin der Beklagten jedoch ebenso wenig, wie die zeitlich offenbar deutlich noch vor der erstmaligen vertrauensärztlichen Stellungnahme erfolgte Einschätzung auf Sachbearbeiterebene (vgl. interne Notizen der

Beklagten, Beilage zur Eingabe der Beklagten vom 21. Dezember 2012, S. 1, Eintrag vom 7. Januar 2011). Der Beklagten steht dafür gemäss Art. 19.8 AVB vielmehr eine vertrauensärztliche Untersuchung zur Verfügung, welche unverzüglich vorzunehmen ist. Eine Beurteilung der Gesellschaftsärztin kann lediglich Anlass bieten, den Sachverhalt möglichst zeitnah genauer zu untersuchen, weshalb deren nachträgliche Stellungnahme die persönliche Untersuchung hier nicht ersetzen kann. Mit den beiden Bescheinigungen von Dr. D.____ ist den in den AVB der Beklagten umschriebenen Anforderungen an den Nachweis der versicherten krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit jedenfalls Genüge getan. Da nach dem klaren Wortlaut der AVB über das Erfordernis der ärztlich bescheinigten und krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit hinaus keine weitergehenden Anforderungen an den Inhalt eines Arztzeugnisses gestellt werden, bilden die genannten Bestätigungen von Dr. D.____ eine geeignete Entscheidgrundlage im Sinne der AVB. Auf diese ist demnach abzustellen und es ist von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Versicherten bis zum 23. Januar 2011 auszugehen.

5. Für die Höhe der geschuldeten Taggeldleistungen kann auf die unbestritten gebliebene Berechnung der Klägerin verwiesen werden. Deren Höhe bemisst sich anhand des im Umfang von 80% versicherten Brutto-Jahreslohnes von Fr. 54'600.-- (13 x Fr. 4'200.--; vgl. Police der Beklagten, Beilage 5 zur Klagbegründung vom 25. Oktober 2011 sowie Lohnabrechnung Oktober 2010, Beilage 6 zur Klagbegründung vom 25. Oktober 2011). Daraus resultiert ein Taggeld von Fr. 119.67 (Fr. 54'600.-- dividiert durch 365 Tage x 80%). Die eingeklagte Forderung im Umfang der noch nicht geleisteten 54 Taggelder für die Zeit vom 1. Dezember 2010 bis 23. Januar 2011 erweist sich unter diesen Umständen als zutreffend. Im Ergebnis ist demnach festzuhalten, dass die Klägerin Anspruch auf Taggeldleistungen im Umfang von insgesamt Fr. 6'462.25 hat. 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 Klägerin beantragt eine Verzinsung der Forderung zu 5% seit dem 4. März 2011. Gemäss der aktenkundigen Mahnung vom 3. März 2011 (vgl. Beilage 9 der Klagbegründung vom 25. Oktober 2011) erfolgt die Verzugszinspflicht auf den geschuldeten Betrag nach Art. 105 Abs. 1 OR somit ab 4. März 2011. Die Klage ist damit gutzuheissen.

6. 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. Ihre Parteikosten belaufen sich den angemessenen Bemühungen des klägerischen Rechtsvertreters zufolge (vgl. Honorarnote vom 10. April 2010) auf Fr. 4'214.40. Nachdem dieser auf die Geltendmachung zusätzlichen Aufwands für die Parteiverhandlung vom 13. Juni 2013 verzichtet hat, ist der Klägerin zu Lasten der Beklagten demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'214.40 (inkl. Auslagen und 8% MWST) zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. In Gutheissung der Klage wird die CSS Versicherung AG verurteilt, der Klägerin den Betrag von Fr. 6'462.25 nebst Zins zu 5% seit 4. März 2011 zu bezahlen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beklagte hat der Klägerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'214.40 (inkl. Auslagen und 8% MWST) zu bezahlen.