

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2011/4 vom 11. Juli 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-07-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV-Z_2011_4

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2011/4 du 11 juillet 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2011/4 del 11 luglio 2012

Regeste

Art. 9 EGzZPO in Verbindung mit Art. 7 ZPO. Anspruch auf Krankentaggeld aus Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach KVG (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Juli 2012, KV-Z 2011/4).

Erwägungen

E. 1

1.1 Das vorliegende Verfahren beschlägt Leistungen aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Gemäss Ziff. 23 der hier anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten (AVB, Ausgabe 08.2010; act. G 1.2) kann die versicherte Person an ihrem schweizerischen Wohnsitz Klage erheben, womit die örtliche Zuständigkeit erfüllt ist. Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EGZPO; sGS 961.2) in Verbindung mit Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10). Damit ist auch die sachliche Zuständigkeit gegeben. Auf die Klage ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob die Beklagte für die Zeit ab 15. November 2009 zu Recht weitere Taggeldleistungen verweigerte.

E. 2

2.1 Im Zivilprozess gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO). Das Gericht hat bei der Bewertung der erhobenen Beweise unabhängig von abstrakten (schablonenhaften) Regeln nach seiner eigenen Überzeugung darüber zu befinden, ob es eine behauptete Tatsache als wahr oder unwahr einstuft. Dabei bleibt es dem Gericht überlassen, die Kraft eines Beweismittels nach seiner Überzeugung festzulegen. Die verschiedenen Beweismittel sind in Bezug auf ihre Beweiskraft und hinsichtlich ihrer Quantität gleichberechtigt (vgl. Franz Hasenböhler in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO], Zürich/Basel/Genf 2010, N 8 f. zu Art. 157). 2.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Erachtet das Gericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung

als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a). 2.3 Was den (prozessualen) Antrag des Rechtsvertreters der Klägerin angeht, der Bericht vom 23. November 2011 von Dr. F.____ sei aus dem Recht zu weisen, ist festzuhalten, dass rein inhaltliche Beanstandungen von Gutachten, wie sie die Klägerin vorbringen lässt (act. G 12), keinen Grund darstellen, um solche Akten aus dem Recht zu weisen. Vielmehr handelt es sich bei der Frage, inwiefern das erwähnte Gutachten beweisrechtlich zu überzeugen vermag, um eine – nachstehend zu behandelnde – materiellrechtliche Angelegenheit. 2.4 Der Arztbericht vom 9. Dezember 2009 (act. G 8.2/3), welcher von Dr. C.____ zu Händen der IV-Stelle verfasst wurde, sowie seine Arztberichte vom 13. Oktober 2009 (act. G 8.3/4) und vom 12. Februar 2010 (act. 8.3/6) führen als Diagnosen eine mittel- bis schwergradige depressive Störung (F 32.1, F 32.2), eine Anpassungsstörung (F 43.25) sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bei bekannten Wirbelsäuleveränderungen auf. Nach Auftreten der ersten Symptome einer depressiven Stimmung und andauernden Schmerzen im Sommer 2007 sei die erste ambulante Behandlung durch Dr. C.____ am 7. September 2007 erfolgt. Die Kündigung im März 2009 habe den Zustand noch mehr verschlechtert (act. G 8.3/4; G 8.2/3). Dem Bericht vom 13. Oktober 2009 ist zu entnehmen, dass alle zwei Wochen psychotherapeutische Gespräche stattfanden und eine Überweisung in die Rehaklinik D.____ geplant war (act. G 8.3/4). Gemäss Arztbericht vom 12. Februar 2010 ist der Zustand der Klägerin gleich geblieben wie im Oktober 2009 und sie war nach wie vor depressiv, sehr ängstlich, im Antrieb vermindert und erschöpft. Zudem habe sie unter starken Schmerzen und Schlafstörungen gelitten (act. G 8.3/6). War die Prognose im Oktober 2009 noch ungewiss, fiel sie im Dezember 2010 ungünstig und im Februar 2010 schlecht aus, und eine Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit oder die Verminderung der Einschränkungen durch medizinische Massnahmen wurde für den Moment verneint, aber längerfristig bejaht (act. G 8.3/4; G 8.3/6; G 8.2/3). Ebenso war nach Ansicht von Dr. C.____ eine andere, dem Krankheitsverlauf angepasste, zumutbare Tätigkeit nicht möglich (act. G 8.3/6). Dr. C.____ attestierte der Klägerin vom 7. September 2007 bis 31. März 2007 (richtig: 2009) eine Arbeitsunfähigkeit von 50%, seit dem 1. April 2009 bis auf weiteres eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 8.3/4). 2.5 Im Bericht vom 31. Oktober 2009 (act. G 1.1/9) stellt Dr. E.____ fest, dass das aktuelle Untersuchungsgespräch keine Hinweise für eine noch bestehende genuine depressive Störung oder eine andere psychische Störung von Krankheitswert ergebe. Die Klägerin habe vor allem in überzeichnet demonstrativer Weise diverse Schmerzen in verschiedenen Körperregionen beschrieben und nach ihrem psychischen Befinden befragt, auf das Zeugnis von Dr. C.____ verwiesen, der ja bescheinigt habe, dass sie an einer schweren Depression leide. Im psychopathologischen Befund habe keine depressive Symptomatik verifiziert werden können. Es bestehe keine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen. Hinsichtlich der Schmerzsymptomatik sei von einer erheblichen Aggravation auszugehen. Dr. E.____ vermutet eine Begehrungshaltung mit finanziellen Entschädigungswünschen als krankheitsfremder Faktor. 2.6 Im Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 20. Januar 2010 (act. G 8.3/5; act. G 1.1/16) stellte Chefarzt Dr. med. I.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Störung (F 32.11), einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (F 43.25) und eines chronischen Schmerzsyndroms. Während des Rehabilitationsaufenthalts vom 14. Dezember 2009 bis 8. Januar 2010 habe sich die Klägerin komplikationslos integriert

und regelmässig und motiviert am therapeutischen Angebot teilgenommen. Die Klägerin sei bei physio- und atemtherapeutischen Einzelsitzungen sowie psychotherapeutischen Einzelgesprächen engagiert und kooperativ gewesen, und habe sich motiviert auf einen positiven Behandlungsverlauf eingelassen. Zum Zeitpunkt des Austritts habe sie sich immer noch damit schwer getan, von der als stark empfundenen Entwertung durch die subjektiv als ungerecht empfundene Kündigung loszulassen. Es falle ihr nach wie vor schwer, sich eine andere Arbeit zu suchen, weil sie befürchte, sich der Gefahr neuer Entwertung auszusetzen. Lediglich eine unwesentliche Beeinflussung sei bei den von der Klägerin geschilderten Schmerzen im Schulter-/Nackebereich sowie den occipitalen Kopfschmerzen zu verzeichnen. In seinem Bericht vom 28. Januar 2010 an die IV-Stelle (act. 8.2/3) ging Dr. I.____ von der Prognose aus, dass es aus psychiatrischer Sicht durchaus möglich sei, die akute Trauerreaktion therapeutisch günstig zu beeinflussen. Bezüglich der Schmerzen sei eine Fortführung von physiotherapeutischen Bemühungen sowie das Fortführen eines regelmässigen Bewegungsprogramms indiziert um einer zunehmenden Dekonditionierung entgegen zu wirken resp. diese zu verhindern. Vom 1. April 2009 bis Ende Januar 2010 bescheinigte Dr. I.____ der Klägerin aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit. Ab Februar 2010 ging er aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 40-50% aus (act. G 8.2/3; G 8.3/5; act. G 1.1/16).

2.7 Mit Arztbericht vom 8. Juli 2009 an die IV-Stelle diagnostizierte der Hausarzt der Klägerin Dr. med. J.____, Arzt für Allgemeinmedizin FMH, Uzwil, eine chronische Cervicalgie mit Cephalaea, eine chronische Lumbago mit linksseitiger Lumboischialgie bei Bandscheibenprotrusion und Spondylosen L4/5 links sowie eine Depression mit Angstzustand. Aus somatischer Sicht sei die Klägerin zu 30% für leichte, nicht rückenbelastende Arbeit bis 10kg arbeitsfähig. Im Arztbericht vom 17. Mai 2010 bestätigt Dr. J.____, dass die Klägerin seit 22. Oktober 2004 in seiner hausärztlichen Betreuung steht (act. G 8.3/7). Sie leide unter einem panvertebralen Syndrom bei degenerativen Veränderungen im LWS-Bereich. Daher sei sie für rückenbelastende Arbeiten insofern eingeschränkt, als sie keine Lasten über 10kg tragen, heben oder ziehen dürfe. Ab 17. Mai 2010 attestierte Dr. J.____ der Klägerin für solche Arbeiten eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit (act. G 8.3/7).

2.8 Im von der IV-Stelle angeforderten bidisziplinären Gutachten vom 2. September 2011 (act. G 8.2/3) von Dr. med. G.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, Manuelle Medizin, SAMM, Ultraschall am Bewegungsapparat, SGUM, und Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wurden einerseits als rheumatologische Diagnosen ein cervikovertebrales bis cervicospondylogenes Syndrom links (M 54.2, resp. M 53.1) bei/mit Wirbelsäulenfehlhaltung, muskulärer Dysbalance, beginnenden degenerativen Veränderungen der HWS und geringem klinischem und bildgebendem Korrelat, sowie ein lumbospondylogenes Syndrom links (M 54.4) mit Wirbelsäulenfehlhaltung/Fehlstatik bei Adipositas, muskulärer Dysbalance bei Haltungsinsuffizienz und Dekonditionierung sowie degenerative Veränderungen der LWS festgestellt. Als psychiatrische Diagnose stellte sich andererseits eine therapieresistente, chronische mittel- bis schwergradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F 32.1/F 32.2). Dr. G.____ stellte aus rheumatologischer Sicht fest, dass der primär mechanische Rückenschmerz im Bereich der Nacken- wie Lumbalregion bei eher leichtgradigen Abnützungserscheinungen des Achsenorgans hauptsächlich durch eine Fehlstatik infolge Übergewicht und Trainingsmangel der rumpfstabilisierenden Muskulatur erklärbar scheine. Anhaltspunkte für ein Leiden aus dem entzündlich-rheumatischen Formenkreis oder Hinweise für eine akute oder persistierende neuromeningeale Engpasssymptomatik beständen nicht. Die im

Bereich des linken Arms und des rechten Beins angegebene Minderung des Berührungsempfindens sei nicht einer Nervenwurzel zuordenbar. Aus arbeitsmedizinischer Sicht liege die Belastbarkeit im Bereich jeder körperlich bis zu mittelschwer belastenden Tätigkeit, vorstellbar in einer teilzeitig ausgeübten Putztätigkeit, wie der Führung des eigenen Haushalts. Inkonsistenzen sah Dr. G.____ im einerseits vorgetragenen Arbeitswunsch, andererseits aber in der deutlichen Invaliditätsüberzeugung, die ein ausserhalb des rheumatischen Fachgebiets liegendes Problem – wie etwa die psychosoziale Kontextsituation mit IV-berentetem Ehemann – als primäres Reintegrationshindernis möglich erscheinen lasse. Aus rein rheumatologischer Sicht sei die Versicherte in der zuletzt teilzeitig ausgeübten Putztätigkeit wie der Führung des eigenen Haushalts mit erwachsenen Mitgliedern und Möglichkeit zu Entlastung von beschwerdeprovozierenden wirbelsäulebelastenden Aufgabenstellungen vollumfänglich arbeitsfähig.

Psychiatrischerseits stellte Dr. H.____ eine deutliche depressive Symptomatik mit anhaltend deprimierter, ängstlicher Stimmung bei deutlich reduzierten affektiven Schwingungsfähigkeit, Antrieb, Interesse, Schlafstörung und vereinzelter Suizidalität fest. Die depressive Symptomatik sei von anhaltender, mittel- bis schwergradiger Ausprägung und erfülle die diagnostischen Kriterien einer major depression gemäss ICD-10. Dabei bestehe die depressive Symptomatik mit einem somatischen Syndrom, einerseits bzgl. einer deutlichen Reduktion von Vitalgefühlen, Antrieb, Konzentration und Appetit, andererseits mit einer Akzentuierung der Schmerzperzeption und entsprechend erhöhtem Leidensdruck diesbezüglich. Zusätzlich bestehe eine ängstliche Symptomatik, mit spezifischen Ängsten bezüglich erneuter Konfrontation mit der Polizei nach von ihr traumatisch erlebter Festnahme des nach eigenen Angaben unschuldigen Sohnes im Jahr 2010. Die Symptomatik könne diagnostisch als subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung gewertet werden, bei der gleichzeitig vorbestehenden mittel- bis schwergradigen depressiven Störung mit ängstlich-agitiertem Syndrom sei sie aber diagnostisch nicht als eigenständige Störung zu werten, sondern als Teil der depressiven Störung, deren Symptomatik sie verstärke. Pharmakotherapeutisch bestehe ein grosses Verbesserungspotenzial in der Behandlung, so dass die aktuelle Therapieresistenz möglicherweise Ausdruck einer Pseudotherapieresistenz sei. Aufgrund der chronifizierten depressiven Symptomatik bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, sowohl in der vormals ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft oder einer anderen Tätigkeit sowie auch im Haushalt. Das Arbeitspensum sei deutlich reduziert und das -tempo verlangsamt, es seien vermehrt Pausen notwendig und auch die Sorgfaltsleistung sei vermutlich vermindert. Eine Willensanstrengung sei zumutbar und bei der Klägerin vorhanden. Es bestehe eine Bereitschaft zur beruflichen Reintegration, die Klägerin habe an Qualifikationsmassnahmen seitens des RAV teilgenommen und auch im gutachterlichen Untersuchungsgespräch werde eine berufliche Tätigkeit in einem Pensum von 2 bis 3 Stunden täglich von ihr als wünschenswert bezeichnet. Die Arbeitsunfähigkeit wurde auf 60% beziffert und aufgrund der Fremdauskünfte bzw. ärztlichen Vorberichten sowie der aktuellen Untersuchungsbefunde für den Zeitraum seit Frühjahr 2011 in diesem Umfang bewertet. Die eigenen Angaben der Klägerin sowie die entsprechenden fachärztlichen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit sowohl durch den Hausarzt als auch den behandelnden Psychiater seit Mitte 2007 seien nachvollziehbar und kongruent, leider seien die Angaben des behandelnden Psychiaters Dr. C.____ verwirrend und vermutlich irrtümlich derart ausgewiesen. Es beständen keine Anhaltspunkte, die fachärztlichen Beurteilungen bzgl. der Arbeitsfähigkeit in Zweifel zu ziehen. Zwischen der ärztlichen Beurteilung von Dr. I.____

im Januar 2010 und der aktuellen Gutachtenuntersuchung lägen keine ärztlichen Befunde mehr vor. Aufgrund der vorliegenden Informationen lasse sich die Arbeitsfähigkeit retrospektiv zwischen Anfang 2010 und Frühjahr 2011 nicht mit ausreichender Sicherheit genauer bewerten, wobei gemäss Dr. H. ___ die Selbsteinschätzung der Klägerin als auch die Angaben im RAV-Standortgespräch von Ende Oktober 2010 die Vermutung nahe legten, dass es in diesem Zeitraum zu keiner wesentlichen Änderung der Arbeitsfähigkeit gekommen sei. Aus psychiatrischer Sicht sei die Fortsetzung der ambulanten psychiatrischen Therapie ausdrücklich empfehlenswert. 2.9 Mit gesellschaftsärztlicher Stellungnahme vom 23. November 2011 (act. G 8.1/2) beurteilte Dr. F. ___ die von Dr. C. ___ am 13. Oktober 2009 attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht als medizinisch ausgewiesen, da die psychiatrischen Diagnosen nicht mit der psychopathologischen Befundkonstellation zu vereinbaren seien, sondern lediglich die subjektiven Angaben der Klägerin wiedergegeben hätten. Eine langandauernde volle Arbeitsunfähigkeit sei bei ungünstig einwirkenden Faktoren keinesfalls hinreichend begründet. Dass Dr. C. ___ jeden Hinweis auf Schmerzbehandlung vermissen lasse, deute gegen einen durch Schmerzen erzeugten hohen Leidensdruck. Medizinisch sei es bei Annahme der Ausgewiesenheit der durch Dr. C. ___ gestellten Diagnosen schwer vertretbar, die ambulante psychosomatische Rehabilitation erst nach sechsmonatiger Arbeitsunfähigkeit zu verordnen. Dr. E. ___ sei in seinem Bericht vom 31. Oktober 2009 nach Durchsicht des Arztberichts vom 13. Oktober 2009 und persönlicher Exploration der Klägerin am 30. Oktober 2009 zum Schluss gekommen, dass die Arbeitsunfähigkeit bei der Klägerin nicht psychiatrisch zu begründen sei und eine erhebliche Aggravation auffalle. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom im Abschlussbericht der Klinik D. ___ vom 20. Januar 2010 gehe aus dem psychopathologischen Befund nicht hervor, da beispielsweise offen sei, ob die Konzentrationsstörungen nur von der Klägerin angegeben, oder auch dem Facharzt aufgefallen seien. Trotz Angabe eines Appetitmangels sei der Gewichtsverlauf nicht verzeichnet. Obwohl keine rheumatologische/orthopädische Diagnose gestellt worden sei, habe Physiotherapie zum ambulanten Rehabilitationsprogramm gehört. Eine schwerwiegende psychische Störung hätte keiner "umfassenden psychiatrischen Abklärung" bedurft, sondern wäre vielmehr dem erfahrenen Facharzt Dr. E. ___ ins Auge gesprungen. Wer ein wie im Abschlussbericht der Klinik D. ___ beschriebenes tägliches Fitnessstraining zu absolvieren imstande sei, könne zeitweilig auch ohne Einschränkungen als Putzfrau tätig sein. Die Klägerin habe nie über die von Dr. J. ___ attestierte 50%-ige Arbeitsfähigkeit hinaus gearbeitet und soweit die Rückenergonomie beachtet werde, erfordere die Tätigkeit als Putzfrau keine rückenbelastenden Manöver. Bei der Klägerin seien Alltagskenntnisse der deutschen Sprache vorhanden. Es falle schwer zu glauben, dass bei der Reinigung von Büros, Korridoren, Treppen und Nasszellen von einer Frau in diesem Pensum auch nur während 1-5% der Tätigkeit Gewichte > 10kg oder gar >25kg zu heben und/oder zu tragen gewesen sein sollen. Depressiv Erkrankte würden – anders als die Klägerin, die Vorwürfe gegen Mann und Sohn erhebe – kaum je Drittpersonen anklagen, erst recht nicht Familienmitglieder, sondern sich selber. Dass die Klägerin keine Anstalten zur Durchführung der durch die Klinik D. ___ empfohlenen körperlichen Aktivität gemacht habe, müsse einer Verweigerungshaltung zugeschrieben werden und widerlege sämtliche Hinweise auf hohen Leidensdruck. Auch das bidisziplinäre Gutachten weise auf die Selbstlimiterung der Klägerin hin. Das vom begutachtenden Rheumatologen beschriebene Schmerzgebaren, Stöhnen und Gegenspinnen seien alles Zeichen der Aggravation. Eine

Kontrolle der Medikamentenspiegel wäre von den behandelnden Ärzten zu erwarten gewesen. Der psychopathologische Befund belege keineswegs eine schwergradige depressive Episode, denn der Antrieb werde als weitgehend erhalten bezeichnet. Die Gewichtszunahme der Klägerin bleibe ein Rätsel und belege höchstens ein weiteres Mal ihr Verharren in Passivität. Zu den typischen Merkmalen des somatischen Syndroms einer depressiven Episode habe im Gegenteil ein Gewichtsverlust, häufig mehr als 5% des Körpergewichts im vergangenen Monat, gehört. Die Affektarmut sei mit den an den Tag gelegten, lebhaften Gefühlsregungen schlecht vereinbar und die zielgerichtete Platzierung von Wünschen, Klagen und Vorwürfen beweiße ebenso wenig die postulierten kognitiven Einschränkungen. Die Feststellung des Vorhandenseins und der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung sei nachvollziehbar, passe jedoch schlecht zu einer schweren depressiven Episode. Zusammengefasst könne die rheumatologische Beurteilung nachvollzogen werden, auch Dr. G.____ habe unabhängig vom Gutachten von Dr. E.____ deutliche Hinweise auf massive Aggravation beobachtet. Als widersprüchlich, gegenüber der Selbsteinschätzung der Klägerin zu unkritisch und, unter alleiniger Berufung auf die wenig aussagekräftigen, stereotypen Berichte von Dr. C.____, zu dürftig fundiert müsse hingegen die psychiatrische Beurteilung durch Dr. H.____ in Bezug auf die Diagnosestellung als auch der Bemessung der Arbeitsunfähigkeit qualifiziert werden.

E. 3

3.1 Hinsichtlich der somatischen Beschwerden attestierte Dr. J.____ der Klägerin ab Februar 2008 eine Arbeitsfähigkeit zu 30% für leichte, nicht rückenbelastende Arbeit bis 10kg. Ab 17. Mai 2010 bescheinigte Dr. J.____ der Klägerin für solche Arbeiten eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit. Nach Ansicht von Dr. G.____ erscheint aus rein rheumatologischer Sicht eine mittelschwer belastende Tätigkeit in bis zu 4-stündigen Pensen zumutbar, so dass die von der Klägerin angestrebte Putztätigkeit in 50%-igem Pensum rein seitens des Bewegungsapparates machbar sein sollte und diesbezüglich eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit vorliege. Auch in der Führung des eigenen Haushalts mit erwachsenen Mitgliedern und Möglichkeit zu Entlastung von beschwerdeprovozierenden wirbelsäulebelastenden Aufgabenstellungen sei die Klägerin als vollumfänglich arbeitsfähig anzusehen. Auf die Beurteilung von Dr. G.____ ist abzustellen, da sein Bericht schlüssig und umfassend ist und auf einer persönlichen Untersuchung der Klägerin unter Berücksichtigung der von ihr geklagten Beschwerden beruht und in Kenntnis der Vorakten – insbesondere auch der bildgebenden Verfahren – verfasst wurde. Im Übrigen widerspricht auch die von Dr. J.____ attestierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Klägerin nicht dieser Einschätzung. Die somatischen Beschwerden vermögen somit keine Leistungspflicht der Beklagten zu begründen.

3.2 Die von Dr. E.____ am 31. Oktober 2009 festgestellte volle Arbeitsfähigkeit wurde unbestrittenermassen nicht in Kenntnis der gesamten Vorakten erstellt. Aus Fussnote 3 des Berichts vom 23. November 2011 von Dr. F.____ geht hervor, dass Dr. E.____ keine Berichte von anderen Ärzten ausser von Dr. C.____ zur Verfügung gestanden seien. Dem Bericht von Dr. E.____ selbst ist nicht zu entnehmen, welche Akten zur Verfügung gestellt wurden; der pauschale Hinweis auf die "von Ihnen zur Verfügung gestellten Akten" vermag den inhaltlichen Anforderungen an einen Arztbericht nicht zu genügen. Dr. E.____ war aus dem Bericht vom 13. Oktober 2009 von Dr. C.____ zumindest bekannt, dass eine Überweisung der Klägerin in die Rehaklinik D.____ zur ambulanten psychosomatischen Rehabilitation bevorstand (act. G 1.1/9 S. 2). Zudem waren die von Dr. E.____ festgestellten mangelhaften Deutschkenntnisse der Klägerin geeignet, um eine Beurteilung der psychischen Erkrankung zu erschweren, da ein Psychiater in der Regel

darauf angewiesen ist, dass er sich mit dem Exploranden unterhalten kann (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 25. Juli 2003, I 642/01, E. 3.1). Dass sich der psychische Zustand der Klägerin nach der Kündigung im März 2009 verschlimmerte, ist einerseits den Berichten von Dr. C.____ und Dr. I.____ in glaubhafter Weise zu entnehmen, andererseits kann auch Dr. E.____ in seinem Bericht eine vorübergehende Verschlechterung nicht mit Sicherheit ausschliessen, obwohl er es als sehr wahrscheinlich ansieht, dass schon zu diesem Zeitpunkt eine erhebliche Aggravation mit Begehrhaltung vorgelegen habe. Diese Ansicht wird jedoch von ihm nicht weiter erläutert, sondern beschränkt sich auf den Eindruck, dass die Klägerin vor allem in überzeichnet demonstrativer Weise diverse Schmerzen in verschiedenen Körperregionen beschreibe und nach ihrem psychischen Befinden befragt, auf das Zeugnis von Dr. C.____ verwiesen habe. Allein darin ist jedoch – zumindest was die durch Dr. E.____ zu beurteilenden psychischen Beschwerden der Klägerin angeht – keine Aggravation im beschriebenen Ausmass oder gar eine Begehrhaltung zu erblicken. Solche Feststellungen gehen auch aus keinem anderen Bericht der behandelnden Ärzte hervor und wurden insbesondere nicht im umfassenden bidisziplinären Gutachten von Dr. G.____ und Dr. H.____ gemacht. Zwar beschreibt Dr. G.____ Inkonsistenzen wie den vorgetragenen Arbeitswunsch und die deutliche Invaliditätsüberzeugung, verweist jedoch diesbezüglich auf das psychiatrische Fachgutachten, welches seinerseits eine deutliche depressive Symptomatik mit einem somatischen Syndrom, unter anderem mit einer Akzentuierung der Schmerzperzeption und entsprechend erhöhten Leidensdruck diesbezüglich beschreibt. Dr. E.____ konnte demgegenüber keinen psychopathologischen Befund erheben und sah keine Hinweise für eine noch bestehende genuine depressive Störung oder eine andere psychische Störung von Krankheitswert. Diese Feststellung widerspricht jedoch seiner Schlussfolgerung, dass bei der Klägerin eine Aggravation vorliege. Eine Aggravation ist definitionsgemäss eine im Verhältnis zum objektiven Befund übertriebene, u.U. zweckgerichtete Präsentation von Symptomen durch den Patienten. Im Gegensatz zur Simulation liegt bei der Aggravation jedoch ein pathologischer Befund vor (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2011, 262., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin/New York 2010, S. 33). Konsequenterweise hätte Dr. E.____ also zur Schlussfolgerung gelangen müssen, dass eine Simulation vorgelegen hat, soweit er der Ansicht war, dass die Klägerin keine psychische Störung von Krankheitswert hatte. Insofern ist seine medizinische Schlussfolgerung unbegründet und nicht nachvollziehbar.

3.3 In psychischer Hinsicht wurde der Klägerin von Dr. C.____ mit Arztzeugnis vom 13. Oktober 2009 seit dem 1. April 2009 bis auf weiteres eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. G 8.3/4). Auf Grundlage dieses Arztzeugnisses richtete die Beklagte mit Leistungsabrechnung vom 6. November 2009 für die Zeit vom 1. Juni bis 15. November 2009 Taggeldleistungen aus (act. G 1.1/7). Ein Rehabilitationsaufenthalt fand vom 14. Dezember 2009 bis 8. Januar 2010 statt und im Abschlussbericht vom 20. Januar 2010 bestätigte Dr. I.____ die Einschätzung von Dr. C.____, indem er aus psychiatrischer Sicht ebenfalls von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit bis Ende Januar 2010 ausging (act. G 8.3/5). Ab Februar 2010 bestand aus seiner Sicht eine 40 bis 50%-ige Arbeitsfähigkeit. Auch Dr. H.____ ist der Ansicht, dass zumindest seit Frühjahr 2011 mit ausreichender gutachterlicher Sicherheit eine 60%-ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden könne (act. G 8.2). Er bezeichnet die fachärztlichen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit und die diesbezüglichen Angaben der Klägerin seit Mitte 2007 als nachvollziehbar und kongruent. Es beständen keine Anhaltspunkte für ihn, um diese

fachärztlichen Beurteilungen bzgl. Arbeitsfähigkeit in Zweifel zu ziehen. Da er auf Grundlage seiner eigenen Exploration ab Frühjahr 2011 von einer 60%-igen Arbeitsunfähigkeit ausgeht, ist nicht anzunehmen, dass er in Kenntnis des von der CSS angeforderten Arztberichts von Dr. E. ___ retrospektiv zu einem anderen Ergebnis gekommen wäre. Es kann jedoch vorliegend offen bleiben, ob die Beurteilung von Dr. E. ___ geeignet gewesen wäre, um bei Dr. H. ___ Zweifel an den Feststellungen von Dr. C. ___ und Dr. I. ___ zu erwecken, da seine Schlussfolgerung einer Aggravation bei fehlendem psychopathologischen Befund ohnehin nicht nachvollziehbar ist. Die psychiatrische Gutachtenuntersuchung bei Dr. H. ___ wurde zudem im Beisein einer durch die IV akkreditierten Dolmetscherin durchgeführt (act. G 8.2/3; psychiatrisches Fachgutachten Dr. H. ___ S. 6). Dr. H. ___ äussert schliesslich mit Verweis auf die Selbsteinschätzung der Klägerin und der Angaben im RAV-Standortgespräch von Ende Oktober 2010 die Vermutung, dass es seit der ärztlichen Beurteilung von Dr. I. ___ im Januar 2010 und seiner Untersuchung im Juni 2011 zu keiner wesentlichen Änderung der Arbeitsfähigkeit gekommen sei, enthält sich jedoch einer sicheren Bewertung derselben. Da beide Psychiater von einer Arbeitsunfähigkeit von 50-60% ausgehen, Dr. H. ___ keine wesentliche Änderung in der Zwischenzeit vermutet und eine genauere retrospektive Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin zwischen Januar 2010 und Juni 2011 durch eine erneute Begutachtung mangels ärztlicher Befunde in diesem Zeitraum wohl kaum möglich oder aufschlussreich sein würde und daraus keine neuen Erkenntnisse zum vorliegend relevanten Sachverhalt zu erwarten sind, erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen und die Erstellung eines interdisziplinären Gutachtens (antizipierte Beweiswürdigung vgl. BGE 131 I 153 E. 3 mit Hinweisen). Der gesellschaftsärztlichen Stellungnahme vom 23. November 2011 von Dr. F. ___ ist keine medizinische Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen. Diese parteiliche Stellungnahme gründet einerseits auf der Prämisse, dass die Beurteilung von Dr. E. ___ medizinisch einleuchtet, andererseits beruht sie nicht auf einer persönlichen Begutachtung der Klägerin und beschränkt sich im Wesentlichen darauf, die Glaubwürdigkeit der Berichte der behandelnden Ärzte, insbesondere der stellungnehmenden Psychiater, zu beurteilen. Abgesehen davon, dass sie hierzu als Fachärztin für innere Medizin von vornherein nur bedingt berufen erscheint, obliegt letzteres jedoch allein dem Gericht. Aus diesen Gründen und da eine Zeugeneinvernahme von Dr. F. ___ ausser Betracht fällt und von einer Befragung als Parteivertreterin keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, ist auch dieser Beweisantrag in antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen und auf den Bericht von Dr. F. ___ nicht abzustellen. Gestützt auf den ärztlichen Bericht von Dr. I. ___ sowie die retrospektive Beurteilung von Dr. H. ___ ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit der Klägerin bis 31. Januar 2010 und ab 1. Februar 2010 von einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

E. 4

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Klage vollumfänglich gutzuheissen und die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin gründend auf einer 100%-iger Arbeitsunfähigkeit vom 15. November 2009 bis zum 31. Januar 2010 86 Taggelder zu Fr. 25.-- (86 x Fr. 25.-- = Fr. 2'150.--) und vom 1. Februar 2010 bis zum 10. Mai 2011 aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit zu 50% 474 Taggelder zu Fr. 12.50 (474 x Fr. 12.50 = Fr. 5'925.--), also insgesamt Fr. 8'075.-- zu bezahlen. Der Rechtsvertreter der Klägerin beantragt die Verzinsung des Taggeldausstands zu 5% ab 1. Juni 2010. Gemäss Art. 100 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) i.V.m. Art. 104

Abs. 1 des Bundesgesetzes betreffend Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht [OR; SR 220]) hat die Beklagte bei Verzug Verzugszinsen zu 5% pro Jahr zu bezahlen. Geldforderungen sind in der Mahnung in der Regel zu beziffern (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2003, 4C.22/2003, E. 3.2.2). Vorliegend ist davon auszugehen, dass die Klägerin die Beklagte erstmals mit Schreiben vom 12. April 2011 (mit Bezifferung eines Betrags; vgl. act. G 1.1/15) formgültig gemahnt und darin bis zum 27. April 2011 eine Nachfrist angesetzt hat. Vom Schutz erfasst sind somit auch 5% Verzugszinsen ab 28. April 2011. 4.2 Gerichtskosten sind keine aufzuerlegen (Art. 114 lit. e ZPO). Die Parteientschädigung spricht das Gericht nach den kantonalen Tarifen zu (Art. 105 Abs. 2 i.V.m. Art. 96 ZPO). Das mittlere Honorar im Zivilprozess beträgt nach Art. 14 Abs. 1 lit. der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) Fr. 1'230.-- bei einem Streitwert von Fr. 5'000.-- bis Fr. 20'000.--, wobei 12.3% des Streitwerts hinzuzuzählen sind. Bei einem Streitwert von Fr. 8'075.-- resultiert eine Parteientschädigung von Fr. 2'223.20 (Fr. 1'230.-- + 12.3% von Fr. 8'075.--). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. Die Klage wird in dem Sinn gutgeheissen, dass die Beklagte verpflichtet wird, der Klägerin Fr. 8'075.-- nebst Zins zu 5% seit 28. April 2011 zu entrichten.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beklagte hat die Klägerin mit Fr. 2'223.20 zu entschädigen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.