

SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2020/8 vom 30. August 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_KV-Z 2020_8

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2020/8 du 30 août 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT KV-Z 2020/8 del 30 agosto 2021

Regeste

Krankentaggeld, VVG-Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Eine Arbeitsunfähigkeit, die für den eingeklagten Zeitraum Krankentaggeldleistungen begründen würde, ist nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Abweisung der Klage (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. August 2021, KV-Z 2020/8). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 4A_516/2021.

Volltext

Entscheid vom 30. August 2021 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. KV-Z 2020/8 Parteien A.____, Klägerin, vertreten durch Rechtsanwältin Silvana Ebnetter, M.A. HSG in Law, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen, gegen SWICA Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur, Beklagte, Gegenstand Taggeldleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) war seit dem ____ bei der B.____ als [...] angestellt und dadurch bei der Swica Krankenversicherung AG (nachfolgend: Swica) für ein Krankentaggeld von 80 % des effektiven Lohns bei einer Leistungsdauer von maximal 730 Tagen und einer Wartefrist von 30 Tagen versichert (act. G 3.1-2 ff. und 3.1-46). Am 17. November 2017 stellte sich die Versicherte bei Dr. med. C.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, Sportmedizin SGSM, D.____, aufgrund von Myogelosen sowie Kraftlosigkeit vor. Tags zuvor war ihre Mutter ins Spital eingeliefert worden (vgl. act. G 3.1-66). Nach einem Untersuch der Harnwege mittels Kontrastmittel (vgl. act. G 3.1-80 f. und 3.1-66) klagte die Versicherte über Kreislaufprobleme und stellte sich aus diesem Grund am 27. November 2017 erneut bei Dr. C.____ vor, wobei sich zusätzlich der Verdacht auf eine Virusinfektion ergab (vgl. act. G 3.1-66). Ab dem 24. November 2017 wurde die Versicherte von Dr. C.____ zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (vgl. act. G 3.1-49 f. und 3.1-52). In einer Sprechstunde bei Dr. C.____ vom 1. Dezember 2017 berichtete die Versicherte über anhaltende Kreislaufprobleme mit Übelkeit und Präsynkopen, über ein Hungergefühl sowie den Drang, Wasser lösen zu müssen. Am 9. Dezember 2017 erfolgte eine notfallmässige Vorstellung bei Dr. C.____ aufgrund von Kreislaufproblemen (vgl. act. G 3.1-66). Gleichentags wurde die Versicherte dem Spital E.____ zugewiesen, wo sie bis zum 13. Dezember 2017 hospitalisiert wurde. Im entsprechenden Austrittsbericht hiess es, dass sich die Versicherte bei Eintritt verängstigt sowie initial hyperventilierend mit dazu passender Klinik und laborchemischen Befunden in der Blutgasanalyse gezeigt habe. Die weiteren, insbesondere auch neurologischen Untersuchungen seien ohne wegweisende Auffälligkeiten geblieben. Ein Scheelong-Test habe eine physiologische Orthostase-Reaktion gezeigt. Im Langzeit-EKG hätten sich

vereinzelt supraventrikuläre Extrasystolen, jedoch keine Hinweise für eine relevante Rhythmusstörung als Ursache der anamnestischen Kreislaufinstabilität und Palpitation gezeigt. Seit dem unerwarteten Ableben ihres Vaters im September 2017 habe die Versicherte über wiederholte präsynkopale Zustände mit wechselnden somatischen Beschwerden berichtet. Bereits während früherer Hospitalisationen, zuletzt im Juni 2016, seien ausführliche neurologische und HNO-ärztliche Abklärungen aufgrund ähnlicher Beschwerdebilder erfolgt, wobei damals keine eindeutige Ursache habe gefunden werden können. Auch umfassende kardiologische und pneumologische Untersuchungen bei thorakalen Schmerzen hätten keine erklärenden Pathologien ergeben. Retrospektiv sehe die Versicherte die Beschwerden einer psychosozialen Belastungssituation zum damaligen Zeitpunkt geschuldet. In Zusammenschau werde bei fehlenden anderweitigen Hinweisen von einer wesentlichen psychosomatischen Komponente der aktuellen Beschwerden ausgegangen im Sinne einer Anpassungsstörung nach dem Verlust des Vaters, was auch von der Versicherten so wahrgenommen werde (act. G 3.1-84 ff.). Da es unter ambulanter Behandlung zu keiner Kreislaufstabilisierung kam, erfolgte am 19. Dezember 2017 eine erneute Hospitalisation im Spital E.____ (vgl. act. G 3.1-66 und 3.1-68 ff.). Am __. Dezember 2017 wurde der Swica die seit dem 24. November 2017 bestehende Arbeitsunfähigkeit der Versicherten seitens der damaligen Arbeitgeberin gemeldet (vgl. act. G 3.1-46). Am 28. Dezember 2017 wurde die Versicherte vom Spital E.____ in gebesserem Allgemeinzustand nach Hause bzw. in einen psychosomatischen Rehabilitationsaufenthalt entlassen. Im entsprechenden Austrittsbericht wurde festgehalten, dass bei Auftreten derselben Symptomatik wie beim letzten stationären Aufenthalt und unauffälligem klinischem Status sowie Laborbefund weiterhin von einer primär psychosomatischen Genese ausgegangen und auf eine erneute somatische Abklärung verzichtet worden sei (act. G 3.1-68 ff.). Vom 29. Dezember 2017 bis 8. Februar 2018 hielt sich die Versicherte im Reha Zentrum F.____ auf. Im Austrittsbericht wurden folgende Diagnosen genannt: Somatisierungsstörung, funktionelle Magen-Darm-Störung 1 irritable bowel Syndrome vom Diarrhoetyp, Phobien, Status nach grippalem Infekt, Laktose-Intoleranz, rezidivierende Hypokaliämie, Status nach allergischer Reaktion 1. Grades 11. Juni 2016 nach Stich unbekannter Ursache in den Dig. IV links, Vorhofseptum-Aneurysma, kombinierte Schwerhörigkeit rechts bei partieller Mittelohrtaubheit, Status nach TVT Unterschenkel links (Oktober 2012; unklarer Genese; unter oraler Kontrazeption) und ampulläres Nierenbeckenkelchsystem rechts. Weiter wurde der Versicherten bis zum 25. Februar 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert mit der Empfehlung eines langsamen Wiedereinstiegs in den Beruf (vgl. act. G 3.1-73 ff.). In der Sprechstunde bei Dr. C.____ vom 28. Februar 2018 zeigte sich der Kreislauf der Versicherten stabil, jedoch fühlte sie sich noch immer sehr schwach (vgl. act. G 3.1-66). Er attestierte ihr weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. G 3.1-91 f.). Ab Mitte April 2018 war eigentlich ein Arbeitsversuch angedacht gewesen, der dann aber wegen fehlender Homeoffice Option, einer Liftphobie der Versicherten und einer weiterhin bestehenden körperlichen Schwäche, derentwegen sie die vielen Stockwerke bis an ihren Arbeitsplatz nicht zurücklegen konnte, nicht zu Stande kam (vgl. act. G 3.1-92, 3.1-94, 3.1-106 ff. und 3.1-126 ff.). In einer im Auftrag der Swica erstellten Aktenbeurteilung vom 3. Mai 2018 kam Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, H.____, zum Schluss, dass der Kaliummangel bei der Versicherten sicher nicht der Grund für die Arbeitsunfähigkeit sei. Es handle sich um eine psychische Problematik, weswegen sie sich ja auch in stationärer Rehabilitation befunden habe, wobei die definitive Diagnose nicht vollständig klar sei. Aufgrund der Aktenlage

könnte auch eine psychotische Störung vorliegen. Sollte die Arbeitsunfähigkeit andauern, sei eine psychiatrische Exploration empfehlenswert. Die Behandlungsmassnahmen seien aus der Sicht der Grundversorgung seines Erachtens erschöpft (vgl. act. G 3.1-102). Am 25. Juni 2018 nannte Dr. C. ___ in einem Bericht an die IV-Stelle des Kantons St. Gallen als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (DD: Somatisierungsstörung), eine funktionelle Magendarmstörung bzw. ein Reizdarmsyndrom vom Diarrhoetyp sowie eine Hypokaliämie unklarer Ätiologie, die aktuell in Abklärung sei. Weiter hielt er fest, dass die Versicherte aktuell eine Büroarbeit für maximal zwei Stunden pro Tag absolvieren könne, sofern diese flexibel eingeteilt werden könne, da sie zwischendurch Pausen benötige. Ein langer Anfahrtsweg sei nicht möglich, da die Versicherte danach erschöpft sei. Aufgrund einer Panikstörung sei eine Liftbenutzung ebenfalls nicht möglich. Er attestierte ihr weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit (act. G 3.1-150 ff.). Am 26. Juni 2018 berichtete Dr. med. I. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gegenüber Dr. C. ___ über zwei Abklärungsgespräche vom 12. und 25. Juni 2018. Die Versicherte habe erklärt, dass sie aktuell vor allem an ihrer muskulären Schwäche und Ermüdbarkeit, die sie als Folge eines unerklärlichen, nicht stabilisierbaren Kaliummangels verstehe, leide. Deswegen sei sie körperlich wenig belastbar. Belastungen merke sie oft erst verzögert am nächsten Tag mit Erschöpfung und Müdigkeit und vor allem weniger Muskelkraft. Manchmal gehe es ihr zeitweise besser. In ihrer Arbeit als [...] sei sie seit November 2017 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Sie habe mittlerweile gelernt, die Situation hinzunehmen, und versuche sich damit so gut wie möglich zu arrangieren. Der muskulären Schwäche vorausgegangen sei eine Phase verschiedenster Belastungen mit körperlichen Erkrankungen wie grippalen Infekten und einer Kreislaufinstabilität, was auch durch verschiedene invasive Untersuchungen und in einem Spitalaufenthalt ohne pathologische Befunde abgeklärt worden sei. Dazu sei die persönliche Belastung des unerwarteten Todes ihres Vaters im September 2017 gekommen (vgl. act. G 3.1-137 f.). Als vorläufige Diagnosen nannte Dr. I. ___ eine dissoziative Störung der Bewegung (Veränderung von Bewegungsfunktionen im Sinne einer muskulären Schwäche), psychische Traumata in der Kindheit und im Erwachsenenalter (Unfälle), sonstige näher bezeichnete Probleme in der primären Bezugsgruppe sowie eine Liftphobie. Weiter hielt sie fest, mit der Versicherten besprochen zu haben, dass sie die Symptome im Zusammenhang mit einer psychischen und körperlichen Überbelastung und den Schwierigkeiten, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und durchzusetzen, verstehen könne. Wenn eine körperliche Krankheit als Ursache ausgeschlossen werden könne, gehe sie von einer psychischen Ursache aus. Die Versicherte habe sich jedoch momentan keine psychotherapeutische Behandlung vorstellen können. Sie nehme eine alternativtherapeutische Behandlung wahr, in der es um Achtsamkeits- und Wahrnehmungsschulung gehe, und wolle diesen Weg aktuell weiterverfolgen (act. G 3.1-137 f.). Am 18. Juli 2018 fand aufgrund der unklaren Hypokaliämie eine Abklärung durch Dr. med. J. ___, FMH Innere Medizin und Nephrologie, Spital K. ___, statt. Diese hielt fest, dass von einem renalen Kaliumverlust unklarer Ätiologie ausgegangen werden müsse. Therapeutisch empfehle sich das Absetzen des Kaliumcitrates und die Substitution mit Kaliumchlorid (Kaliumcitrat sei aufgrund des renalen Elektrolytaustausches eher ungünstig). Wünschenswert wäre auch eine kaliumreiche Kost. Erfahrungsgemäss würden Patienten erst hypokaliämisch bedingte Beschwerden (Muskelschwäche und anderes) bei Werten unter 3.0 mmol/l beschreiben. Die allgemeine Schwäche der Versicherten könne somit nicht der Elektrolytstörung zugeordnet werden (vgl. act. G 3.1-155 ff.). Anfangs

August 2018 attestierte Dr. C.____ der Versicherten neu eine 20%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. act. G 3.1-144 ff.). Auf entsprechende Nachfrage der Swica (vgl. act. G 3.1-172 f.) präzisierte er die attestierte Arbeitsfähigkeit dahingehend, dass sie nur gegeben sei, wenn kein Lift benützt werden müsse (wegen der Klaustrophobie), der Arbeitsweg aufgrund einer Angstproblematik sowie einer Energielosigkeit kurz sei (vgl. act. G 3.1-180) und wegen der anhaltenden körperlichen Schwäche kein Treppensteigen notwendig sei (vgl. act. G 3.1-197). Am 29. August 2018 fand im Auftrag der Swica eine spezialärztliche Untersuchung bei Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, FA Vertrauensarzt SGV, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, zertifizierter Arbeitsfähigkeitsassessor SIM, statt. In seiner gleichentags verfassten Kurzbeurteilung hielt dieser fest, dass die geklagten Beschwerden auf somatischem Gebiet nicht objektiviert werden könnten. Es falle auf, dass die Versicherte sehr stark auf ihren Kaliumspiegel fixiert sei und darauf, dass die Beschwerden mit einer Nierenzinitgraphie begonnen hätten. Gemäss dem Bericht der Nephrologie des Spitals K.____ vom Juli 2018 seien die geklagte Schwäche und auch allfällige psychische Beschwerden jedoch nicht auf die Elektrolytstörung zurückzuführen. Auch die Berichte von Dr. C.____ liessen insgesamt keine somatisch fassbare Ursache erkennen. Der Befund eines ampullären Nierenbeckens sei als Normvariante aufzufassen und nicht pathologisch. Dr. I.____ sei von einer psychischen Ursache der Beschwerden ausgegangen. Zu selbiger Einschätzung sei Dr. G.____ gelangt. Bereits in den Austrittsberichten zu den stationären Aufenthalten sei die Diagnose einer Somatisierungsstörung bzw. Anpassungsstörung gestellt worden. Eine adäquate psychiatrische Therapie habe bislang nicht stattgefunden. In Anbetracht der vorliegenden Befunde und der klinischen Präsentation werde gutachterlich eingeschätzt, dass die Ursache der von der Versicherten geklagten Beschwerden auf psychiatrischem Gebiet zu suchen sei. Aus somatischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit 100 % (act. G 3.1-200 ff.). Per ____ 2018 wurde das Anstellungsverhältnis mit der Versicherten seitens der Arbeitgeberin gekündigt (vgl. act. G 3.1-130). Am 3. September 2018 fand im Auftrag der Swica eine psychiatrische Untersuchung durch Dr. med. M.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Klinik N.____, statt, welcher aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen konnte. Auch kam er zum Schluss, dass die Versicherte in ihrer Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nie über längere Zeit eingeschränkt gewesen sei (vgl. act. G 3.1-268 ff.). In einer Stellungnahme vom 13. September 2018 hielt Dr. C.____ fest, dass er sich der Beurteilung von Dr. L.____, wonach aus somatischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, nicht anschliessen könne. Er bleibe bei seiner Einschätzung, wonach eine 20%ige Arbeitsfähigkeit an einem angepassten Arbeitsplatz ohne die Notwendigkeit, den Lift zu benutzen oder mehrere Stockwerke per Treppe zurückzulegen, gegeben sei. Es bestehe die Aussicht, dass die Versicherte ihre Arbeitsfähigkeit innert vier Wochen auf 40 % steigern könne (act. G 3.1-218 f.; zu weiteren Berichten von Dr. C.____ vgl. act. G 3.1-222 f; zu einer Stellungnahme der Versicherten vgl. act. G 3.1-224 ff.). Nachdem die Swica die Schreiben von Dr. C.____ und der Versicherten Dr. L.____ vorgelegt hatte (vgl. act. G 3.1-236), gab dieser am 5. Oktober 2018 eine erneute Stellungnahme ab, worin er an seiner Einschätzung, wonach aktuell in somatischer Hinsicht keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei, festhielt (vgl. act. G 3.1-256 ff.). Mit Schreiben vom 25. Oktober 2018 teilte die Swica der Versicherten unter Verweis auf die ärztlichen Beurteilungen von Dr. L.____ und Dr. M.____ mit, dass sie ihre Taggeldleistungen per 31. Oktober 2018 einstellen werde (vgl. act. G 3.1-285). Mit einem Schreiben vom 28. November 2018 liess die anwaltlich vertretene

Versicherte ausrichten, mit der Einstellung der Taggeldleistungen nicht einverstanden zu sein (vgl. act. G 3.1-290 f.), und reichte einen Bericht von Dr. C.____ vom 8. November 2018 (act. G 3.1-292 f.) ein. Mit Schreiben vom 4. Dezember 2018 teilte die Swica der Versicherten mit, dass aus den eingereichten medizinischen Akten keine neuen medizinischen Erkenntnisse hervorgehen würden, die im Zeitpunkt der Untersuchungen durch Dr. L.____ und Dr. M.____ nicht schon bekannt gewesen seien. Es würden somit keine neuen objektivierbaren Befunde vorliegen, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten bestätigen würden. Deshalb werde am Entscheid vom 25. Oktober 2018 festgehalten (vgl. act. G 3.1-308). Mit Eingabe vom 6. Dezember 2018 wandte die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter ein, keine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend gemacht, sondern dargelegt zu haben, dass bei ihr eine deutliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe, die bis heute noch nicht überwunden sei. Die Gründe für die Einschränkung seien multifaktoriell. Sie mache ständig Fortschritte, jedoch könne eine derart massive Einschränkung nicht per sofort behoben werden, sondern nur mittels ständigen Trainings. Dabei handle es sich um einen mehrmonatigen Prozess. Per Ende Oktober 2018 sei sie noch nicht arbeitsfähig gewesen, weshalb sie weiterhin Anspruch auf Krankentaggelder habe (vgl. act. G 3.1-309). Mit Schreiben vom 19. Februar 2019 teilte die Swica der Versicherten mit, die Sachlage aufgrund der angeforderten IV-Akten nochmals zu überprüfen (vgl. act. G 3.1-312 f.). Mit E-Mail vom 8. März 2019 liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter der Swica ausrichten, dass sie gegen den die Leistungsverweigerung ankündigenden IV-Vorbescheid keinen Einwand erhoben habe. Gleichentags antwortete die Swica per E-Mail, sie würde angesichts des Verzichts auf einen Einwand gegen den IV-Vorbescheid annehmen, dass eine analoge Verfügung erlassen und in Rechtskraft erwachsen werde. Demnach sei die Versicherte sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht zu 100 % arbeitsfähig. Daher werde aus der Sicht der Swica daran festgehalten, dass keine weiteren Krankentaggelder geschuldet seien. Da nicht anzunehmen sei, dass die Versicherte den Klageweg beschreiten werde, werde das Dossier ohne Gegenbericht in ca. zwei Wochen beim Swica-Rechtsdienst abgeschlossen (vgl. act. G 3.1-320). Am 7. April 2019 wandte sich die Versicherte - offenbar veranlasst durch eine Umfrage zur Kundenzufriedenheit - an die Swica. Mit ihrer Eingabe machte sie unter anderem geltend, es sei für sie noch immer inakzeptabel, dass die Krankentaggeldversicherung und folglich nun auch die IV-Stelle hinter den durch die Swica veranlassten ärztlichen Kurzbeurteilungen stehen würden, obwohl diese klar fehlerhaft seien. Seit der Anpassung der Medikamente im Oktober 2018 (sechs Kaliumtabletten pro Tag) seien die Herzrhythmusstörungen komplett verschwunden und die Arbeitsfähigkeit habe sukzessive gesteigert werden können. Ihr solle bitte jemand erklären, weshalb da kein medizinisches Problem zu Grunde liegen sollte. Per Ende Oktober 2018 sei das Krankentaggeld eingestellt und sie sei an das regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) abgeschoben worden. In sehr kleinen Schritten habe sie sich ins Berufsleben zurückgekämpft und sich um ein Einsatzprogramm über das RAV bemüht. Sie habe eine befristete Anstellung und schliesslich eine Festanstellung erhalten. Die Arbeitsfähigkeit habe sie innert weniger Monate von 20 auf 70 % steigern können. Von der Swica hätte sie Unterstützung in diesem Prozess erwartet. Sie mache ihren Anspruch auf Leistungen aus der Krankentaggeldversicherung gemäss Schreiben ihres Rechtsvertreters vom 6. Dezember 2018 geltend (vgl. act. G 3.1-326 ff.). Mit Schreiben vom 6. Januar 2020 wandte sich die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin S. Ebnetter, St. Gallen, erneut an die Swica. Sie führte aus, dass Dr. L.____ anhand der ihm zur

Verfügung gestellten Unterlagen sowie der Untersuchung keine objektivierbaren somatischen Erklärungen für die beklagten Beschwerden habe finden können. In der Zwischenzeit hätten weitere medizinische Abklärungen stattgefunden, weshalb die Swica darum gebeten werde, den Leistungsanspruch erneut zu überprüfen. Nach der nephrologischen Abklärung durch Dr. J. ___ im Juli 2018 sei entsprechend deren Therapieempfehlung das Kaliumcitrat per 1. September 2018 abgesetzt und durch Kaliumchlorid ersetzt worden. Unter der Substitution mit Kaliumchlorid habe sich ihre Leistungsfähigkeit innert weniger Monate verbessert. Bis zum 31. Dezember 2018 habe eine 20%ige, zwischen dem 1. und 30. Januar 2019 eine 40%ige, zwischen dem 21. und 31. Januar 2019 eine 50%ige sowie zwischen dem 1. Februar und 12. März 2019 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Seit dem 13. März 2019 bis zum aktuellen Zeitpunkt liege eine 70%ige Arbeitsfähigkeit vor. Angesichts der bei 70 % stagnierenden Arbeitsfähigkeit sowie einer anhaltenden Muskelschwäche habe sie weitere Abklärungen durchführen lassen. Im September 2019 sei eine endokrinologische Abklärung bei Dr. med. O. ___, Endokrinologie-Diabetologie-Osteologie FMH, P. ___, durchgeführt worden, die eine Hashimoto-Thyreoiditis diagnostiziert habe. Dies sei eine Autoimmunerkrankung, die zu einer chronischen Entzündung der Schilddrüse führe. Sodann sei im Oktober 2019 eine erneute Standortbestimmung bei Dr. J. ___ durchgeführt worden, die erneut eine Elektrolytstörung, die mit sechs Kaliumtabletten pro Tag zu substituieren sei, bestätigt habe. Durch die Substitutionstherapie hätten normwertige Serumkaliumwerte erreicht werden können, jedoch falle das Urinkalium weiterhin inadäquat hoch aus. Gegenwärtig leide sie, die Versicherte, weiterhin unter einer Muskelschwäche und Kraftlosigkeit in den Beinen, insbesondere bei bzw. nach körperlicher Anstrengung. Inwiefern die Muskelschwäche und Kraftlosigkeit auf die wiederkehrende Hypokaliämie oder die Hashimoto-Thyreoiditis zurückzuführen seien, habe nicht abschliessend geklärt werden können. Anlässlich der zwischenzeitlich erfolgten Abklärungen dränge sich eine Neuevaluation der Leistungseinstellung auf (act. G 3.1-331 ff.). Der Eingabe wurden Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von Dr. C. ___ (vgl. act G 3.1-335 ff.), Spiroergometrie-Ergebnisse (vgl. act. G 3.1-341 ff.), Sprechstundenberichte von Dr. O. ___ vom 23. September und 20. Dezember 2019 (vgl. act. G 3.1-362 ff.) und ein Bericht von Dr. J. ___ vom 6. November 2019 (act. G 3.1-367 ff.) beigelegt. Mit Schreiben vom 13. Januar 2020 teilte die Swica der Versicherten mit, dass die neu eingereichten medizinischen Berichte nicht den Schluss zulassen würden, dass die Arbeitsfähigkeit durch die externen Gutachter falsch beurteilt worden sei oder sich ihr Zustand seither verschlechtert habe. Die im September 2019 diagnostizierte Hashimoto-Thyreoiditis führe nicht zwangsläufig zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, zumal gemäss Dr. O. ___ eine Euthyreose (= normale Schilddrüsenfunktion) vorliege. Die Swica sehe keine Veranlassung, einen Leistungsanspruch anzuerkennen. Der Versicherten stehe der Klageweg offen (act. G 3.1-384 f.). Am 30. Oktober 2020 reichte die weiterhin durch Rechtsanwältin Ebner vertretene Versicherte (nachfolgend: Klägerin) Klage beim Versicherungsgericht ein (act. G 1). Darin beantragte sie, die Swica (nachfolgend: Beklagte) sei zu verpflichten, ihr aus der kollektiven Taggeldversicherung Fr. 25'113.95 nebst Zins zu 5 % seit dem 14. Mai 2019 und aus der SALARIA Taggeldversicherung Fr. 5'295.50 nebst Zins zu 5 % seit dem 18. Mai 2019 zu bezahlen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich Mehrwertsteuer zulasten der Beklagten (act. G 1 S. 2). In ihrer Klageantwort vom 11. Dezember 2020 beantragte die Beklagte die Abweisung der Klage (act. G 3) und reichte eine erneute Beurteilung von Dr. L. ___ vom 19. November 2020 ein (vgl. act. G 3.2). Mit Schreiben

vom 17. Dezember 2020 stellte die verfahrensleitende Richterin den Parteien die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels in Aussicht, sofern auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet werde (act. G 4). Die Parteien verzichteten in der Folge auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung (vgl. act. G 5 f.). In ihrer Replik vom 15. März 2021 hielt die Klägerin an den in der Klage gestellten Anträgen fest (act. G 10) und reichte weitere medizinische Berichte ein (vgl. act. G 10.1 ff.). In ihrer Duplik vom 21. April 2021 hielt die Beklagte an dem in der Klageantwort gestellten Rechtsbegehren fest. Weiter beantragte sie die Edition von zwei von der Klägerin angesprochenen Anfrage-E-Mails (act. G 12). Am 26. April 2021 ersuchte die verfahrensleitende Richterin die Klägerin, dem Gericht die beiden von der Beklagten erfragten Anfrage-E-Mails einzureichen (act. G 13). Dieser Aufforderung kam die Klägerin mit Schreiben vom 30. April 2021 nach (vgl. act. G 14, 14.1, 14.2 und 14.3). Am 31. Mai 2021 gab die Beklagte zu den von der Klägerin eingereichten Unterlagen eine Stellungnahme ab (vgl. act. G 16). Erwägungen Gemäss Art. 36 der vorliegend anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen der kollektiven Taggeldversicherung der Beklagten (nachfolgend: AVB kollektiv), Ausgabe 2012 (act. G 1.2; zur Police mit dem Verweis auf die einschlägigen AVB vgl. act. G 3.1-3 ff.), sowie Art. 29 Ziff. 2 der einschlägigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Einzeltaggeldversicherung SALARIA Krankheit (nachfolgend: AVB SALARIA), Ausgabe 2013 (vgl. act. G 3.1-10 ff.; vgl. namentlich act. G 3.1-35 ff.; zu den Policen mit dem Verweis auf die einschlägigen AVB vgl. act. G 3.1-42 ff.), anerkennt die Beklagte als Gerichtsstand für Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag unter anderem den schweizerischen Wohnsitz der versicherten Person (vgl. dazu auch Art. 32 Abs. 1 lit. a der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272]). Die Klägerin hat das für ihren Wohnort zuständige Gericht angerufen. Die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen ist damit gegeben. Das Versicherungsgericht entscheidet gemäss Art. 9 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung (EG-ZPO; sGS 961.2) i.V.m. Art. 7 ZPO als einzige kantonale Instanz über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Darunter werden praxisgemäss auch Zusatzversicherungen wie die vorliegend zu beurteilende Kollektiv- und Einzeltaggeldversicherung subsumiert, auf die das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) zur Anwendung gelangt (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Februar 2012, KV-Z 2011/2, E. 1.1; vgl. ferner BGE 138 III 3 E. 1.1). Damit sind vorliegend auch die Voraussetzungen der sachlichen und funktionellen Zuständigkeit erfüllt. Vor der Klageanhebung beim Versicherungsgericht ist kein Schlichtungsverfahren gemäss Art. 197 ff. ZPO durchzuführen (vgl. BGE 138 III 564 E. 4.6). Die prozessualen Voraussetzungen sind erfüllt und auf die Leistungsklage ist einzutreten. Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu beurteilen ist der Anspruch der Klägerin auf Taggelder aus der kollektiven Taggeldversicherung der Beklagten für den Zeitraum vom 1. November 2018 bis 23. November 2019 sowie der Anspruch auf Taggelder aus der Einzeltaggeldversicherung SALARIA für den Zeitraum vom 19. November 2018 bis 13. November 2019 (vgl. act. G 1 S. 13). Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sind gemäss Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO ohne Rücksicht auf den Streitwert im vereinfachten Verfahren zu behandeln, wobei gemäss Art. 219 ZPO die Bestimmungen über das ordentliche Verfahren sinngemäss gelten (vgl. Christoph Leuenberger/Beatrice Uffer-Tobler, Schweizerisches Zivilprozessrecht, 2. Aufl. 2016, N

11.154 und 11.157). Art. 247 Abs. 2 ZPO sieht vor, dass das Gericht in solchen Streitigkeiten den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt. Diese sogenannte abgeschwächte oder soziale Untersuchungsmaxime gebietet es dem Gericht zwar, bei der Feststellung des Sachverhalts und der Beweiserhebung insbesondere durch entsprechende Fragen mitzuwirken. Die Parteien werden dadurch aber nicht von der Pflicht zur Mitwirkung an der Erhebung der Beweise und der Erstellung des Sachverhalts entbunden. Grundsätzlich bleibt es Sache der Parteien, die wesentlichen Tatsachen vorzutragen und die Beweismittel zu bezeichnen (vgl. Stephan Mazan, N 3 ff. zu Art. 247, in: Karl Spühler/Luca Tenchio/Dominik Infanger [Hrsg.], Schweizerische Zivilprozessordnung, Basler Kommentar, 3. Aufl. 2017 [nachfolgend zitiert: BSK ZPO], BSK ZPO-Guyan, N 3 ff. zu Art. 153; vgl. Franz Hasenböhler, N 5 ff. zu Art. 153, in: Thomas Sutter-Somm/Franz Hasenböhler/Christoph Leuenberger [Hrsg.], Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO], 3. Aufl. 2016). Nach Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB; SR 210) hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet (vgl. BGE 141 III 242 E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts vom 17. August 2015, 4A_246/2015, E. 2.2). Der Eintritt des Versicherungsfalls ist nach diesen Grundsätzen vom Anspruchsberechtigten zu beweisen (BGE 141 III 242 E. 3.1 mit Hinweis). Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst die anspruchsberechtigte Person insofern eine Beweiserleichterung, als sie nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Beim Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist verlangt, dass die Möglichkeit, es könnte sich auch anders verhalten, zwar nicht ausgeschlossen ist, sie aber für die betreffende Tatsache weder eine massgebende Rolle spielen noch vernünftigerweise in Betracht fallen darf (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2015, 4A_516/2014, E. 4.1 mit Hinweis u.a. auf BGE 130 III 325 E. 3.3). An der Beweislast der anspruchsberechtigten Person ändert nichts, dass die Versicherung zunächst Taggelder ausbezahlt hat; macht sie geltend, die Umstände hätten sich geändert oder die Leistungen seien von vornherein zu Unrecht erbracht worden und die versicherte Person sei (wieder) arbeitsfähig, so hat die anspruchsberechtigte Person zu beweisen, dass sie (weiterhin) arbeitsunfähig ist und daher Anspruch auf Taggelder hat. Im Falle der Beweislosigkeit trägt mithin nicht die Versicherung, sondern die anspruchsberechtigte Person die Beweislast (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. August 2015, 4A_246/2015, E. 2.2 mit Hinweis). Im Zivilprozess stellt ein Privatgutachten kein Beweismittel, sondern eine blosser Parteibehauptung dar. Bewiesen werden müssen nur Tatsachenbehauptungen, die ausdrücklich bestritten sind. Bestreitungen sind so konkret zu halten, dass sich bestimmen lässt, welche einzelnen Behauptungen damit bestritten werden. Erforderlich ist eine klare Äusserung, dass der Wahrheitsgehalt einer bestimmten und konkreten gegnerischen Behauptung infrage gestellt wird. Parteibehauptungen, denen ein Privatgutachten zugrunde liegt, sind meist besonders substantiiert. Entsprechend genügt eine pauschale Bestreitung nicht; die Gegenpartei ist vielmehr gehalten zu substantiieren, welche einzelnen Tatsachen sie konkret bestreitet. Wird jedoch eine Tatsachenbehauptung von der Gegenpartei substantiiert bestritten, so

vermögen Parteigutachten als reine Parteibehauptungen diese allein nicht zu beweisen. Als Parteibehauptungen mögen sie allenfalls zusammen mit – durch Beweismittel nachgewiesenen – Indizien den Beweis zu erbringen. Werden sie aber nicht durch Indizien gestützt, so dürfen sie als bestrittene Behauptungen nicht als erwiesen erachtet werden (vgl. zum Ganzen ausführlich BGE 141 III 437 f. E. 2.6). Das grundsätzlich anwendbare VVG enthält mit Ausnahme von Art. 87 VVG, der das selbstständige Forderungsrecht des Begünstigten in der kollektiven Unfall- oder Krankenversicherung normiert, keine spezifischen, im vorliegenden Fall interessierenden Bestimmungen zum Krankentaggeld. Es sind deshalb vorab die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend, vorliegend also die AVB der Beklagten. Gemäss Art. 7 Ziff. 1 AVB kollektiv ist Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist, die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Unter Arbeitsunfähigkeit wird die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten, verstanden. Nach drei Monaten Arbeitsunfähigkeit wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 7 Ziff. 2 AVB kollektiv). Als Erwerbsunfähigkeit gilt der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Ziff. 3 AVB kollektiv). Ist die versicherte Person nach ärztlicher Feststellung arbeitsunfähig, bezahlt die Beklagte bei voller Arbeitsunfähigkeit das im Vertrag aufgeführte Taggeld bis zur Höhe des nachgewiesenen Erwerbsausfalls (Art. 13 Ziff. 1 AVB kollektiv). Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet (Art. 13 Ziff. 2 AVB kollektiv). Gilt die versicherte Person als arbeitslos im Sinne von Art. 10 des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (AVIG; SR 837.0) bezahlt die Beklagte die Leistungen bis zur Höhe der entgangenen Arbeitslosenentschädigung, wobei bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25 % das halbe Taggeld (lit. a) und bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % das volle Taggeld (lit. b) ausgerichtet wird (Art. 13 Ziff. 3 AVB kollektiv). Unbestritten ist der Taggeldanspruch bis zum 31. Oktober 2018. Für diesen Zeitraum hat die Beklagte bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 24. November 2017 nach Ablauf der 30-tägigen Wartefrist bereits Taggelder aus der kollektiven Taggeldversicherung erbracht, während die 360-tägige Wartefrist der Einzeltaggeldversicherung SALARIA bis zum 31. Oktober 2018 unbestrittenermassen noch nicht verstrichen gewesen ist (vgl. act. G 3.1-285 f. und G 1 S.13). Strittig und zu prüfen ist nun aber, ob auch über den 31. Oktober 2018 hinaus eine Arbeitsunfähigkeit und damit ein Taggeldanspruch bestanden haben (vgl. act. G 1 S. 13). Die Beklagte hat sich für die Einstellung der Taggeldleistungen per 31. Oktober 2018 in erster Linie auf die spezialärztliche Kurzbeurteilung von Dr. L.____ vom 29. August 2018 (act. G 3.1-200 ff.), auf dessen ergänzende Stellungnahme vom 5. Oktober 2018 (vgl. act. G 3.1-256 ff.) sowie auf den psychiatrischen Untersuchungsbericht von Dr. M.____ vom 9. Oktober 2018 (act. G 3.1-268 ff.) abgestützt (vgl. act. G 3.1-285 f.). Dr. L.____ hat aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit als ausgewiesen erachtet (vgl. act. G 3.1-256 ff. und 3.1-268 ff.) und Dr. M.____ hat aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen können (vgl. act. G 3.1-268). Während die Klägerin gegen die

Auffassung von Dr. M.____, wonach sie psychisch gesund sei (vgl. act. G 3.1-268 ff.), grundsätzlich nichts einwendet (vgl. act. G 1 und 10), bestreitet sie den Beweiswert der Beurteilungen von Dr. L.____. Sie macht in der Beschwerde im Wesentlichen geltend, für die dokumentierten Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit lägen entgegen der Behauptung von Dr. L.____ durchaus objektivierbare Erklärungen vor (vgl. act. G 1 S. 14 ff.). Gestützt auf die Arbeitsunfähigkeitsatteste von Dr. C.____ (vgl. act. G 1.7) macht sie zwischen dem 1. November und dem 31. Dezember 2018 eine 80%ige, zwischen dem 1. und dem 20. Januar 2019 eine 60%ige, zwischen dem 21. und dem 31. Januar 2019 eine 50%ige, zwischen dem 1. Februar und dem 12. März 2019 eine 40%ige und zwischen dem 13. März und dem 23. November 2019 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen geltend (vgl. act. G 1 S. 13). Zu prüfen gilt es somit in erster Linie, inwiefern die von der Klägerin im vorliegenden Fall geltend gemachten Arbeitsunfähigkeiten von somatischer Seite mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sind. Als eine Erklärung für ihre Leistungseinschränkungen führt die Klägerin eine Hypokaliämie an. Es befinde sich zu wenig Kalium im Blutserum. Während sich bei einer leichten Hypokaliämie nur sehr selten Symptome zeigen würden, könnten Serumkaliumwerte unter 3 mmol/l im Allgemeinen eine Muskelschwäche verursachen und zu Lähmungen und Ateminsuffizienz führen. Andere muskuläre Störungen seien zum Beispiel Krämpfe, Faszikulationen, Hypoventilation oder Hypotensionen. Sie habe am 9. Dezember 2017 einen Kaliumwert von 3.2 mmol/l aufgewiesen. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Verabreichung von Lasix zum Abfall des Serumkaliums geführt habe und die behandlungsbedürftigen Beschwerden wie Kreislaufprobleme, Übelkeit, Durchfall, Schwindel, Hitze- und Kältegefühle mit Schüttelfrost, Abdominalschmerzen, Palpationen (gemeint wohl: Palpitationen) sowie Kribbelparesen in der linken Körperhälfte und Hyperventilationen verursacht habe. Unter der Substitution mit Kaliumchlorid (ab Mitte Juli 2018) habe sich ihre Leistungsfähigkeit innert weniger Monate verbessert. Zurück bleibe eine anhaltende Kraftlosigkeit in den Beinen, welche sich unter Belastung noch verstärke (vgl. act. G 1 S. 14). Dass durch die Gabe von Lasix bei der Nierenfunktionsszintigrafie vom 23. November 2017 (vgl. act. G 3.1-80 f.), in deren Anschluss die Klägerin über Kreislaufprobleme geklagt hatte (vgl. act. G 3.1-66 f.), unerwünschte Nebenwirkungen und möglicherweise auch Wechselwirkungen mit einem eher tiefen Kaliumspiegel aufgetreten sein könnten, wie es die Klägerin behauptet (vgl. act. G 1 S. 14), erscheint durchaus denkbar, kann von dem aus medizinischen Laien bestehenden Gericht aber nicht beurteilt werden. Diese von der Klägerin aufgeworfene Frage braucht in diesem Verfahren aber auch nicht abschliessend geklärt zu werden. Denn aufgrund der im November 2017 aufgetretenen Kreislaufprobleme mit Übelkeit und Präsynkopen (vgl. act. G 3.1-66 f.) ist es zwischen dem 9. und 13. Dezember 2017 und dem 19. bis 28. Dezember 2017 (vgl. act. G 3.1-68 ff. und 3.1-82 ff.) nachweislich zu stationären Spitalaufenthalten sowie zu einer vom 29. Dezember 2017 bis 8. Februar 2018 dauernden stationären Rehabilitation gekommen (vgl. act. G 3.1-73 ff.), weshalb in diesen Zeiträumen grundsätzlich naturgemäss von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Die Arbeitsunfähigkeit ab November 2017 bis zum Ende des stationären Rehabilitationsaufenthaltes wird denn auch von der Beklagten, die für diesen Zeitraum die vollen Taggeldleistungen erbracht hat (vgl. dazu act. G 3.1-285 f. und G 1 S. 13), nicht bestritten. Inwiefern letztlich wirklich die Kaliumwerte zu den Kreislaufproblemen beigetragen haben, bleibt aufgrund der Aktenlage unklar. Im Austrittsbericht des Spitals E.____ zur Hospitalisation vom 9. bis 13. Dezember 2017 ist festgehalten worden, dass sich

die Klägerin verängstigt sowie initial hyperventilierend mit dazu passender Klinik und laborchemischen Befunden in der Blutgasanalyse präsentiert habe. Die weiteren, insbesondere auch neurologischen Untersuchungen seien ohne wegweisende Auffälligkeiten gewesen. Im Langzeit-EKG hätten sich vereinzelt Extrasystolen gezeigt, jedoch keine Hinweise für eine relevante Rhythmusstörung als Ursache der anamnestischen Kreislaufinstabilität und Palpitation. Bereits während früherer Hospitalisationen, zuletzt im Juni 2016, seien ausführliche neurologische und HNO-ärztliche Abklärungen aufgrund ähnlicher Beschwerdebilder erfolgt, wobei keine eindeutige Ursache habe gefunden werden können. Auch umfassende kardiologische und pneumologische Untersuchungen bei thorakalen Schmerzen hätten keine erklärenden Pathologien ergeben. Retrospektiv sehe die Klägerin die damaligen Beschwerden einer psychosozialen Belastungssituation geschuldet. In Zusammenschau werde bei fehlenden anderweitigen Hinweisen von einer wesentlichen psychosomatischen Komponente im Sinne einer Anpassungsstörung nach Verlust des Vaters im September 2017 ausgegangen (act. G 3.1-82 ff.). Trotz durchgeführter Labordiagnostik haben die behandelnden Ärzte des Spitals E.____ also die Ursache der Beschwerden nicht in einer Hypokaliämie, sondern eher in einer psychosomatischen Belastungsreaktion gesehen, was aufgrund der Angaben der Klägerin, wonach sie ihren Vater im September 2017 verloren habe, durchaus nachvollziehbar erscheint. Im Austrittsbericht des Spitals E.____ zur Hospitalisation vom 19. bis 28. Dezember 2017 ist sodann ein unauffälliger klinischer Status und Laborbefund genannt worden, weshalb die Ärzte wiederum primär von einer psychosomatischen Genese ausgegangen sind (vgl. act. G 3.1-68 ff.). Dazu kommt noch, dass im Januar 2018 anscheinend grippale Infekte aufgetreten sind, die für die damalige Arbeitsunfähigkeit eine Rolle gespielt haben könnten (vgl. act. G 3.1-73). Immerhin hat Dr. C.____ den Kreislauf der Klägerin in seiner Sprechstunde vom 28. Februar 2018 als stabil beurteilt, die Klägerin sei einfach noch sehr schwach (vgl. act. G 3.1-66). Eine Besserung des Zustandes scheint sich also entgegen der Darstellung der Klägerin in der Beschwerde nicht erst ab Juli 2018 (vgl. act. G 1 S. 14), sondern eigentlich bereits ab März 2018 eingestellt zu haben, wobei unklar ist, weshalb sich dies in der durch Dr. C.____ ab März 2018 attestierten Arbeitsunfähigkeit kaum niedergeschlagen hat, zumal auch die von der Klägerin gefühlte Palpitation gemäss Austrittsbericht des Rehasentrums F.____ nach Substitution des knapp unter dem Normalwert liegenden Kaliums anscheinend noch während des stationären Aufenthaltes verschwunden ist (vgl. act. G 1.20 S. 3). Dass die Kaliumwerte als Erklärung für die über den Februar 2018 hinaus geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit und vor allem für die vorliegend strittige Arbeitsunfähigkeit ab November 2018 dienen können, ist aufgrund der Aktenlage jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Bereits am 3. Mai 2018 hat Dr. G.____ in seiner Aktenbeurteilung festgehalten, dass der Kaliummangel sicher nicht der Grund für die Arbeitsunfähigkeit sei. Er ist - wohl namentlich aufgrund der Austrittsberichte zu den stationären Aufenthalten - von einer eher psychischen Problematik ausgegangen, wobei er gleichzeitig angemerkt hat, dass die definitive Diagnose für ihn nicht vollständig klar sei (vgl. act. G 3.1-104). Damit übereinstimmend hat auch Dr. J.____ in ihrem Bericht vom 18. Juli 2018 ausgeführt, dass Patienten erfahrungsgemäss erst hypokaliämisch bedingte Beschwerden wie Muskelschwäche und anderes bei Werten unter 3.0 mmol/l angeben würden. Die allgemeine Schwäche der Klägerin - mit Kaliumwerten von 3.4/3.6/3.8 mmol/l - könne sie somit nicht der Elektrolytstörung zuordnen. Sie erwähnte "Evt. Orthostase, psychische Ursache" (vgl. act. G 3.1-158). Schliesslich hat auch Dr. L.____ die Beschwerden in seiner Beurteilung vom 29. August 2018 nicht auf

somatische Ursachen zurückgeführt (vgl. act. G 3.1-202). In seiner Stellungnahme vom 5. Oktober 2018 hat er in nachvollziehbarer Weise erneut darauf hingewiesen, dass die immer wieder postulierte Elektrolytstörung seitens der Nephrologie des Spitals K.____ im Bericht vom Juli 2018 als nicht ursächlich für die allgemeine Schwäche eingestuft worden sei (vgl. act. G 1.26 S. 2). In einer endokrinologischen Sprechstunde vom 23. September 2019 hat sich sodann ein normwertiger Elektrolytspiegel gezeigt (vgl. act. G 1.29). In ihrem Bericht vom 6. November 2019 hat Dr. J.____ mit Bezug auf die geklagte Muskelschwäche sodann erneut festgehalten, dass Symptome typischerweise erst bei Serumkaliumwerten unter 3 mmol/l auftreten würden. Solche seien bei der Klägerin kaum je und in letzter Zeit nicht nachgewiesen worden (vgl. act. G 1.31 S. 3). Im Bericht der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen des KSSG vom __ Juli 2020 ist sodann festgehalten worden, dass die von der Klägerin beschriebene störende, beinbetonte Muskelschwäche, die schon nach geringer Anstrengung auftrete, kaum im Zusammenhang mit der Hypokaliämie stehe, da die Beschwerden auch bei normalisiertem Kalium persistierten und zudem nie schwere Hypokaliämien dokumentiert worden seien (vgl. act. G 1. 33 S. 3). Schliesslich leuchtet auch nicht ein, warum die Klägerin im September 2019 das Pensum von 70 % auf 60 % hat reduzieren müssen (vgl. act. G 1 S. 9), wenn der Kaliumwert die Ursache für die Beschwerden gewesen sein soll und dieser, wie von der Klägerin behauptet (vgl. act. G 1 S. 14), durch die ab Juli 2018 eingeleitete Therapie mit Kaliumchlorid massiv verbessert worden ist. Weiter macht die Klägerin mit Verweis auf einen Bericht des Muskelzentrums des KSSG vom __ Juli 2020 geltend, dass mit der Diagnose der belastungsabhängigen Myalgien und der deutlichen Belastungsintoleranz im Rahmen der bekannten Hashimoto-Thyreoiditis eine objektivierbare Erklärung für ihre Leistungseinschränkungen vorliege (vgl. act. G 1 S. 15). Sodann bringt die Klägerin vor, in der Klinik Q.____ habe sich ergeben, dass bei ihr eine deutliche chronische Belastung mit dem Epstein-Barr-Virus (EBV) bestehe. Gemäss der Infektiologie sprächen die Ergebnisse für eine vor längerer Zeit durchgemachte EBV-Infektion oder eine Reaktivierung. Eine Reaktivierung bzw. eine chronische aktive EBV-Infektion sei an eine Schwächung des Immunsystems gebunden. Aus den Einträgen von Dr. C.____ sei ersichtlich, dass sie seit Sommer 2017 immer wieder an Virusinfektionen und grippeartigen Symptomen gelitten habe. Die Belastungen durch die Nierenszintigraphie und die damit verbundene Hypokaliämie hätten ihr zusätzlich zugesetzt, sodass eine Ersterkrankung oder eine Reaktivierung in dieser Zeit gut vorstellbar seien. Bei Erwachsenen verlaufe die Erkrankung chronisch über mehrere Monate mit ausgeprägter Müdigkeit und Leistungsabfall. Ein Nachweis von Antikörpern im Blut gegen das EBV beweise die Infektion. Infolgedessen liege eine weitere somatische Erklärung für die objektivierte Beschwerdesymptomatik vor. Zusammenfassend seien ihre Beschwerden und die damit verbundenen Leistungseinbussen somatisch ausreichend objektiviert (act. G 1 S. 15 f.). Dr. O.____ hat zwar in ihrem Sprechstundenbericht vom 23. September 2019 eine Autoimmunthyreopathie Hashimoto diagnostiziert bei allerdings gleichzeitig bestehender Euthyreose ohne aktuelle Notwendigkeit für eine Schilddrüsenhormonsubstitutionstherapie. Sie hat lediglich Kontrollen in Abständen von sechs Monaten vorgeschlagen, um den Beginn einer Substitutionstherapie nicht zu verpassen (vgl. act. G 1.29). Die Verlaufskontrolle bei Dr. O.____ vom 19. Dezember 2019 hat wieder den Befund einer Euthyreose bei diagnostizierter Autoimmunthyreopathie Hashimoto ergeben, sodass der nächste Verlaufstermin auf den Juni 2020 angesetzt worden ist (vgl. act. 1.30). Schliesslich hat auch Dr. J.____ in ihrem Bericht vom 6. November 2019 festgehalten, dass

zwischenzeitlich eine endokrinologische Standortbestimmung mit der Diagnose einer Hashimoto-Thyreoiditis bei erhöhten TRAK-Antikörpern erfolgt sei. Aktuell bestünden jedoch ein normwertiges THS und normwertig freie Schilddrüsenhormone (act. G 1.31 S. 3). Im Bericht des Muskelzentrums des KSSG vom __ Juli 2020 ist zwar festgehalten worden, dass sich ähnliche Myalgien bei einer chronischen Autoimmunthyreoiditis (Hashimoto) häufig fänden und in Zusammenschau aller Befunde die Belastungsintoleranz sowie die schnelle Ermüdung der Muskulatur am ehesten im Rahmen dieser Autoimmunerkrankung zu erklären seien (gemäss einer Review lägen in bis zu 62 % der Fälle Fibromyalgie-ähnliche Beschwerden vor; vgl. act. G 1.34). Inwiefern sich aufgrund der Myalgien oder der Ermüdung der Muskulatur eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich leichte Bürotätigkeiten ergeben sollte, geht aus dem Bericht jedoch nicht hervor. Zur Arbeitsfähigkeit wird generell keine Stellung genommen (vgl. act. G 1.34). Gerade vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass Dr. L.____ in der von der Beklagten mit der Klageantwort eingereichten Beurteilung vom 19. November 2020 angegeben hat, dass sich von Seiten der Myopathie bzw. Muskelproblematik für die Frage der zumutbaren Arbeitsfähigkeit in einem überwiegend sitzenden Bürojob keine ersichtliche Relevanz ergäbe. Ausserdem hat Dr. L.____ festgehalten, dass der Erklärungsversuch des Muskelzentrums des KSSG, wonach die Autoimmunthyreoiditis für die Muskelproblematik verantwortlich sein sollte, nicht zuletzt angesichts der euthyreoten Stoffwechsellage nicht so recht überzeuge (vgl. act. G 3.2 S. 3). Dazu passend ist in einem Bericht der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen des KSSG vom __ Juli 2020 festgehalten worden, die chronische Autoimmunthyreoiditis mit aktuell euthyreoter Stoffwechsellage ohne Substitution sei sicher nicht für die von der Klägerin beschriebene störende, beinbetonte Muskelschwäche verantwortlich. Bezüglich der chronischen Autoimmunthyreoiditis bestehe aktuell kein Substitutionsbedarf, da die Stoffwechsellage euthyreot sei (vgl. act. G 1.33). Aus der mit der Replik eingereichten Mailnachricht vom 24. Februar 2021 mit dem Verweis auf wissenschaftliche Literatur, wonach Erschöpfung und Schmerz trotz normaler Schilddrüsenhormone bestehen könnten (vgl. act. G 10.3), kann die Klägerin ebenfalls nichts zu ihren Gunsten ableiten. Der Beklagten ist darin zuzustimmen (vgl. act. G 12 S. 2 f.), dass unklar ist, welche Schlüsse aus der Fachliteratur für die Arbeitsfähigkeit im konkreten Fall gezogen werden könnten, zumal das Bestehen einer Erschöpfung oder eines Schmerzes nicht zwangsläufig zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit führt. Gleiches gilt für den Bericht von Dr. med. R.____, Facharzt für Orthopädie, Klinik Q.____, vom 14. Oktober 2020, in welchem eine deutliche chronische Belastung mit EBV postuliert worden ist, die oft zu einer Erschöpfung und Müdigkeit führen könne (vgl. act. G 1.35). Der Beklagten ist ferner darin zuzustimmen (vgl. act. G 12 S. 3), dass auch die E-Mail von Dr. R.____ vom 22. Februar 2021 keine genaueren Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit zulässt (vgl. act. G 10.5). Zusammenfassend lassen die von der Klägerin vorgebrachten Befunde (Myalgien und deutliche Belastungsintoleranz im Rahmen der bekannten Hashimoto-Thyreoiditis, durchgemachte EBV-Infektion und Kaliumspiegel) gewisse körperliche Beschwerden wie z.B. eine gewisse erhöhte Ermüdbarkeit zwar als durchaus möglich erscheinen, wie dies auch verschiedene behandelnde Ärzte festgestellt haben, liefern aber nicht automatisch eine Erklärung für eine nach Oktober 2018 bestehende Arbeitsunfähigkeit. Attestierte Arbeitsunfähigkeiten für die Zeit ab November 2018 liegen, soweit ersichtlich, lediglich vom Hausarzt Dr. C.____ vor. Seine Arztzeugnisse enthalten indessen keine Begründung. Namentlich geht aus seinen Zeugnissen nicht nachvollziehbar

hervor, weshalb die Arbeitsfähigkeit auch in adaptierten körperlich leichten Bürotätigkeiten eingeschränkt sein soll. Auch in den Berichten vom 13. September und 8. November 2018, in welchen sich Dr. C.____ gegen die Einschätzung von Dr. L.____ gestellt hat, hat er eine nachvollziehbare Begründung für die damals noch immer attestierte 80%ige Arbeitsunfähigkeit vermissen lassen (vgl. act. G 1.24 und 3.1-292 f.). Aus dem Bericht vom 8. November 2018 geht denn auch hervor, dass er die Arbeitsfähigkeit in einem Homeoffice-Setting als höher einschätzen würde, woraus zu schliessen ist, dass sich die von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeiten nicht auf optimal leidensangepasste Tätigkeiten bezogen haben (vgl. act. G 3.1-293). In ihrer Klage führt die Klägerin sodann aus, inwieweit sich ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen zurückgebildet hätten und dass eine anhaltende Kraftlosigkeit in den Beinen geblieben sei (vgl. act. G 1 S. 14). Inwiefern sich diese auf eine sitzende Bürotätigkeit auswirkt, ist fraglich. Wie die Beklagte zutreffend angemerkt hat (vgl. z.B. act. G 3 S. 10), ist auch nicht ersichtlich, inwiefern sich aus den Ergebnissen der am 23. Juli 2019 durchgeführten Spiroergometrie eine Arbeitsunfähigkeit für leichte Schreibtischtätigkeiten ergeben soll, ist der Leistungszustand doch im entsprechenden Untersuchungsbericht als gut eingeschätzt worden (vgl. act. G 1.28). Schliesslich datieren zahlreiche von der Klägerin eingereichte Berichte behandelnder Ärzte nach November 2019 (vgl. act. G 1.4 ff.), sodass deren Relevanz für den vorliegend streitigen Zeitraum fraglich ist. Beispielsweise kann aus dem Nachweis von EPV-Viren im Jahr 2020 (vgl. act. G 1.35 und 10.42) nicht ohne Weiteres geschlossen werden, dass die Klägerin im Zeitraum der hier eingeklagten Taggelder eine EPV-Infektion durchgemacht hat oder es bereits in diesem Zeitraum eine Reaktivierung der Viren gegeben hat, die sich auf die Leistungsfähigkeit ausgewirkt haben könnte. Auch wenn die von der Klägerin subjektiv wahrgenommenen Leiden nicht in Abrede gestellt werden sollen, so ist eine über den Oktober 2018 hinausgehende Arbeitsunfähigkeit aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage also nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Angesichts der bereits umfangreich getätigten medizinischen Abklärungen und des medizinisch nur schwer fassbaren Beschwerdebilds sind aktuell von weiteren Abklärungen zur Arbeitsfähigkeit im hier interessierenden Zeitraum auch keine besseren Erkenntnisse mehr zu erwarten. Weitere medizinische Abklärungen sind somit nicht angezeigt (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 136 I 236 ff. E. 5.3 und 5.5 mit weiteren Hinweisen). Die Folgen der Beweislosigkeit hat die Klägerin zu tragen (vgl. E. 2.3 f.). Demnach ist die Klage abzuweisen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Klage im Sinne der Erwägungen abzuweisen ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 114 lit. e ZPO). Die Klägerin hat entsprechend dem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 106 Abs. 1 ZPO i.V.m. Art. 95 ZPO). Die Beklagte hat mangels anwaltlicher Vertretung und mangels anderweitig geltend gemachten Vertretungsaufwandes (vgl. Art. 95 Abs. 3 ZPO) ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Sie hat eine solche denn auch nicht beantragt (Art. 58 Abs. 1 ZPO). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 14 des sankt-gallischen Reglements über Organisation und Geschäftsgang des Versicherungsgerichtes (OrgR; sGS 941.114) Die Klage wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

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