

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2018.00014**

## **vom 25. März 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KK.2018.00014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2018.00014)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2018.00014 du 25 mars 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2018.00014 del 25 marzo 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

9. Januar 2018 mit, ein e von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebene polydisziplinäre medizinische Untersuchung werde abgewartet. Sollte diese eine Arbeitsunfähigkeit ausweisen, sei sie bereit, die entsprechenden Taggeldleistungen zu prüfen (Urk. 10/A76).

#### **E. 1.1**

Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen nach Art. 2 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die Krankenversicherung (KVAG) dem VVG. Dazu gehören auch Streitigkeiten aus Krankentaggeldversicherungen nach dem VVG (BGE 138 III 2, 558 E. 2). Die Kantone können gestützt auf Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten in diesem Gebiet sachlich zuständig ist. Im Kanton Zürich liegt die Zuständigkeit beim Sozialversicherungsgericht (§ 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

Das Verfahren richtet sich nach der ZPO, wobei das vereinfachte Verfahren zur Anwendung gelangt (Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO) und die Klage direkt beim Sozialversicherungsgericht, mithin ohne vorgängiges Schlichtungsverfahren anhängig zu machen ist (BGE 138 III 558 E. 3.2 und E. 4.6).

Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des hiesigen Gerichts zur Beurteilung der eingereichten Klage ist unstrittig gegeben (vgl. auch Verfügung vom 5. November 2019, Urk. 24).

#### **E. 1.2**

Das Gericht stellt den Sachverhalt unabhängig vom Streitwert von Amtes wegen fest (Untersuchungsmaxime; Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO). Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht alle rechtserheblichen Sachverhaltselemente zu berücksichtigen hat, die sich im Verlaufe des Verfahrens ergeben, auch wenn die Parteien diese nicht angeführt haben, gilt nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien. Er entbindet die Parteien nicht davon, Beweise beizubringen und bei der Erstellung des Sachverhalts mitzuwirken (BGE 125 III 231 E. 4a; Mazan, in: Basler Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, 2. Auflage, 2013, Art. 247 N 9 und N 13). Ebenso schliesst er die antizipierte Beweiswürdigung nicht aus (Urteil des Bundesgerichts 5C.206/2006 vom 9. November 2006 E. 2.1) und verleiht den Parteien keinen Anspruch, dass alle möglichen Beweise abgenommen werden, und auch keinen

Anspruch auf ein bestimmtes Beweismittel (BGE 125 III 231; Urteil des Bundesgerichts 5C.34/2006 vom 27. Juni 2006 E. 2a). Ausserdem gilt die Dispositions maxime. Danach darf das Gericht einer Partei nicht mehr und nichts anderes zusprechen, als sie verlangt, und nicht weniger, als die Gegenseite anerkannt hat (Art. 58 ZPO; Urteil des Bundesgerichts 4A\_138/2013 vom 27. Juni 2013 E. 6).

### **E. 1.3**

Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat gemäss Art. 8 des Zivilgesetzbuches (ZGB) derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Nach dieser Grundregel hat der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - die Tatsachen zur "Begründung des Versicherungsanspruches" (Marginalie zu Art. 39 VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen. Anspruchsberechtigter und Versicherer haben im Streit um vertragliche Leistungen je ihr eigenes Beweisthema und hierfür je den Hauptbeweis zu erbringen (BGE 130 III 321 E. 3.1).

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung müssen im Privatversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen lediglich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen sein (BGE 130 III 321 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, E.

3b). Gelingt es dem Versicherer im Rahmen des ihm zustehenden Gegenbeweises, an der Sachdarstellung des Anspruchsberechtigten erhebliche Zweifel zu wecken, so ist der Hauptbeweis des Anspruchsberechtigten gescheitert (BGE 130 III 321 E. 3.5).

### **E. 1.4**

Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten und sich der Vertragsinhalt regelmässig nach den vorformulierten Allgemeinen Vertragsbedingungen richtet (Iten, Der private Versicherungsvertrag: Der Antrag und das Antragsverhältnis unter Ausschluss der Anzeigepflicht, Freiburg 1999, S.

23). Art. 100 Abs. 1 VVG erklärt sodann die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) als anwendbar, soweit das VVG keine Vorschriften enthält.

### **E. 1.5**

Bei der Auslegung eines (Versicherungs-)Vertrages ist zu beachten, dass Individualabreden in der Regel vorformulierten Vertragsbestimmungen vorgehen (BGE 93 II 326 E. 4b, 123 III 44 E. 2c/bb; Fuhrer, in: Basler Kommentar zum VVG, 2001, Art. 33 N 77 ff.). Im Übrigen sind vorformulierte Vertragsbestimmungen und individuell verfasste Vertragsklauseln grundsätzlich nach den gleichen Regeln auszulegen (BGE 135 III 1 E. 2, 135 III 410 E. 3.2). Somit bestimmt sich der Inhalt in erster Linie nach dem übereinstimmenden wirklichen Parteiwillen (Art. 18 Abs. 1 OR). Wenn dieser unbewiesen bleibt, sind zur Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens die Erklärungen der Parteien aufgrund des Vertrauensprinzips so auszulegen, wie sie nach den gesamten Umständen

verstanden werden durften und mussten (vgl. BGE 133 III 675 E. 3.3; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 5C.271/2004 vom 12. Juli 2005 E. 2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 4A\_41/2012 vom 31. Mai 2012 E. 3.3 mit Hinweisen). Bei vorformulierten Vertragsbestimmungen gelangt zudem die Unklarheitenregel zur Anwendung, so fern die übrigen Auslegungsmittel versagen. Danach sind mehrdeutige Wendungen in vorformulierten Vertragsbedingungen im Zweifel zu Lasten jener Partei auszulegen, welche sie verfasst hat (BGE 122 III 118 E. 2a; 124 III 155 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 4A\_84/2012 vom 29. Juni 2012 E. 4.1).

### **E. 1.6.1**

Art. 38 VVG bestimmt, dass der Anspruchsberechtigte nach Eintritt des befürchteten Ereignisses den Versicherer benachrichtigen muss, sobald er von diesem Ereignis und seinem Anspruch aus der Versicherung Kenntnis erlangt (Abs. 1). Gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung ist, wenn der Anspruchsberechtigte die Anzeigepflicht schuldhafterweise verletzt hat, der Versicherer befugt, die Entschädigung um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei rechtzeitiger Anzeige gemindert haben würde. In Abs. 3 dieser Bestimmung ist geregelt, dass der Versicherer an den Vertrag nicht gebunden ist, wenn der Anspruchsberechtigte die unverzügliche Anzeige in der Absicht unterlassen hat, den Versicherer an der rechtzeitigen Feststellung der Umstände, unter denen das befürchtete Ereignis eingetreten ist, zu hindern.

### **E. 1.6.2**

Die unverschuldete Verletzung der Anzeigepflicht bleibt nach Art. 38 Abs. 2 VVG dagegen ohne nachteilige Rechtsfolgen. Zwar enthält diese Bestimmung dispositives Recht; aber die zwingende Norm von Art. 45 VVG untersagt die vertragliche Vereinbarung von Rechtsnachteilen bei unverschuldeter Verletzung von Obliegenheiten (Nef, in: Basler Kommentar zum VVG, 2001, Art. 38 N 15).

Wenn den Anspruchsberechtigten für die Verletzung der Anzeigepflicht ein Verschulden trifft, ist der Versicherer nach Art. 38 Abs. 2 VVG berechtigt, die Entschädigung um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei rechtzeitiger Anzeige vermindert haben würde. Die Ermächtigung des Gesetzgebers enthält also zwei Einschränkungen: Er gesteht dem Versicherer bloss ein Kürzungsrecht zu. Es ist zudem an die Voraussetzung geknüpft, dass die Versicherungsleistung bei rechtzeitiger Anzeige kleiner gewesen wäre. Das Unterlassen der Anzeige muss sich daher auf den Umfang der Leistungspflicht ausgewirkt haben. Diesen Kausalzusammenhang aufzuzeigen ist Sache des Versicherers, welchem auch die Beweispflicht für die Anzeigepflichtverletzung obliegt. Der Nachweis, den das Gesetz vom Versicherer für die Kürzung der Versicherungsleistung verlangt, ist schwierig zu führen. Die Versicherungsbedingungen sehen deshalb regelmässig strenge Vereinbarungen vor. Art. 38 VVG enthält dispositives Recht. Die Schadenanzeigepflicht kann daher bezüglich Inhalt und Rechtsfolgen schuldhafter Anzeigepflichtverletzungen verschärft oder gemildert werden. Mithin dürfen Versicherungsverträge beispielsweise Verwirkungsklauseln enthalten, nach deren Massgabe bei unbenutztem Ablauf der Anzeigefrist der Anspruch auf die Versicherungsleistung erlischt (Nef, a.a.O., Art. 38 N 16 f.; BGE 115 II 88; Urteil des Bundesgerichts 4C.314/1992 vom 11. Dezember 2001 E. 5b). Auch kann vereinbart werden, dass die Rechtsnachteile auch dann eintreten, wenn sich eine Obliegenheitsverletzung nicht auf den Schaden ausgewirkt hat (Urteil des Bundesgerichts 4A\_349/2010 vom 29. September 2010 E. 4.2 mit Hinweisen auf die

Literatur). Dies gilt grundsätzlich auch, wenn sich der Vertrag bezüglich der Kausalitätsfrage ausschweigt. In denjenigen Fällen aber, in denen das VVG die Kausalität zwischen Vertragsverletzung und Schaden explizit zur Voraussetzung für Vertragssanktionen macht, wie bei der Anzeige im Schadenfall gemäss Art. 38 Abs. 2 VVG, steht der versicherten Person die Einrede der mangelnden Kausalität offen, wenn sich der Vertrag nicht zur Kausalitätsfrage äussert (Nef, a.a.O. Art. 45 N 16). Wird die Anzeige an den Versicherer als Obliegenheit im Sinne von Art. 29 VVG verstanden – wie von der Lehre teilweise vertreten –

und ist ihr der Versicherungsnehmer nicht nachgekommen, könnte sich der Versicherer auch bei Geltung einer vertraglichen Verwirkungsklausel stets nur auf diesen Umstand berufen beziehungsweise seine Leistungspflicht verweigern, wenn das Unterlassen der Anzeige unter Würdigung der gesamten Umstände Einfluss auf den Umfang der Leistungspflicht hatte

(Keller Leuthardt /Villard, in: Basler Kommentar zum VVG, Nachführungsband, 2012, Art. 38 N 16 f.; KGer SG, 21.10.2008, BZ.2008.30).

### **E. 1.7**

Gemäss Art. 10 Ziff. 1 Abs. 1 lit. b der hier anwendbaren Allgemeinen Bedingungen (AB, Urk. 10/A1 S. 9 ff.) für die Kollektiv-Krankenversicherung, Ausgabe 2008, hat der Versicherungsnehmer, wenn ein versichertes Ereignis voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen gibt, dies der Gesellschaft auf dem zur Verfügung gestellten Formular innert 7 Tagen nach Ablauf der Wartefrist (bei einer Wartefrist bis 30 Tage) mitzuteilen. Wenn die vertraglichen Obliegenheiten nicht erfüllt werden, hat die Gesellschaft gemäss Art. 12 Ziff. 1 AB das Recht, ihre Leistungen zu verweigern oder zu kürzen. Vorbehalten bleibt der Nachweis einer unverschuldeten Obliegenheitsverletzung (Urk. 10/A1 S. 11 f.).

### **E. 2**

Mit Eingabe vom 21. März 2018 erhob der Versicherte Klage gegen die Allianz mit dem Rechtsbegehren, es sei die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger VVG Leistungen für den Zeitraum vom 30. März 2016 bis zum 28. Februar 2018 im Umfang von Fr. 181'594.90 nebst Zins zu 5 % p.a. seit 28. August 2017 auszurichten (Urk. 1 S. 2). Der Gesamtbetrag setze sich aus Taggeldern für die Zeit vom 30. März bis 25. April 2016 von Fr. 5'595.55 und für die Zeit vom 1. März 2017 bis 28. Februar 2018 von Fr. 175'999.35 zusammen (Urk. 1 S. 11). Mit Klageantwort vom 9. Juli 2018 beantragte die Allianz die Abweisung der Klage, soweit darauf einzutreten sei. In prozessualer Hinsicht wurde die Sistierung des Verfahrens bis zur Vorlage des bei der Medas

E.\_\_\_\_ in Auftrag gegebenen Gutachtens beantragt (Urk. 9 S. 2). Mit Verfügung vom 26. Oktober 2018 wurden die Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung beigezogen (Urk. 13; Akten der IV-Stelle Zug [Urk. 16/1 105]). Dem Kläger wurde mit Verfügung vom 18. Dezember 2018 Frist angesetzt, um zur Klageantwort der Beklagten und zu den IV-Akten Stellung zu nehmen (Urk. 17). Replicando hielt der Kläger an seinen Anträgen fest (Urk. 18). Die Beklagte hielt in ihrer Duplik vom 19. Februar 2019 ebenfalls an ihrem Antrag auf Abweisung der Klage fest (Urk. 21). Die Duplik wurde dem Kläger mit Verfügung vom 5. November 2019 zur Kenntnis gebracht und beiden Parteien Frist

angesetzt, um schriftlich mitzuteilen, falls eine mündliche Hauptverhandlung gewünscht werde (Urk. 24). Mit Schreiben vom 26. November 2019 teilte der Kläger mit, dass er auf die Durchführung einer Hauptverhandlung verzichte (Urk. 26). Die Beklagte verzichtete konkludent ebenfalls auf eine Gerichtsverhandlung.

Auf die Vorbringen der Parteien und die Akten wird, soweit für die Entscheidung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Gegenstand der Klage ist der vom Kläger geltend gemachte Anspruch auf Krankentaggelder vom 30. März

2016 bis 28. Februar

2018 im Betrag von Fr. 181'594.90 zuzüglich 5 % Verzugszinsen seit 28. August 2017 (Urk. 1 S. 2).

### **E. 2.2**

Der Kläger lässt seine Forderung in der Klageschrift vom 21. März 2018 zu sammengefasst damit begründen, dass er am 29. Februar 2016 hauptsächlich wegen einer Darmentzündung, welche nebst enormen Schmerzen unter anderem starke Durchfälle mit sich gebracht habe, arbeitsunfähig geworden sei. Zusätzlich habe er an einem starken Husten, einer Schilddrüsenerkrankung, Schlafstörungen, Atemproblemen und Krampfanfällen gelitten. Später seien Rückenprobleme, eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom, eine generalisierte Angststörung und eine Agoraphobie mit Panikattacken hinzu gekommen. Das Fortdauern der Arbeitsunfähigkeit über den 28. Februar 2017 hinaus bis zum 28. Februar 2018 sei durch die Unterlagen der behandelnden Ärzte Dr. F.\_\_\_\_, Dr. D.\_\_\_\_, Prof. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ sowie den stationären Rehaaufenthalt in I.\_\_\_\_

hinreichend belegt. Den von der Beklagten eingeholten medizinischen Beurteilungen durch

Dr. A.\_\_\_\_ komme schon deshalb kein erhöhtes Gewicht zu, weil es sich dabei um Parteigutachten handle. Zudem genügen die Stellungnahmen von Dr. A.\_\_\_\_ den bundesgerichtlichen Anforderungen nicht: Sie seien in sich widersprüchlich, unvollständig, berücksichtigten nicht alle geklagten Beschwerden und basierten nicht auf einer persönlichen Untersuchung. In Bezug auf die verspätete Schadenmeldung führt der Kläger sodann aus, dass es sich dabei um eine unverschuldete Obliegenheitsverletzung im Sinne von Art. 12 Ziff. 1 AB handle und auch eine frühere Schadenmeldung nichts geändert hätte. Deshalb sei die Kürzung durch die Beklagte nicht rechtmässig (Urk. 1 S. 3 ff.).

Mit der Stellungnahme zu den IV-Akten beziehungsweise der Replik vom 16. Januar 2019 lässt der Kläger zudem geltend machen, dass das Medas-Gutachten vorliegend irrelevant sei, da es eine rückwirkende Beurteilung vornehme. Vielmehr sei auf die ab Januar 2018 eingereichten Berichte des Klägers abzustellen, welche keine rückwirkende Einschätzung darstellten. Die Arbeitsunfähigkeit sei jeweils rechtzeitig festgestellt und bescheinigt worden. Nachträglich sei bloss eine genauere Erklärung der rechtzeitig gemachten Beurteilung geliefert worden, da die Beklagte die Bescheinigungen, welche zuvor immer ausreichend gewesen seien, nicht mehr akzeptiert habe (Urk. 18).

### E. 2.3

Die Beklagte bestreitet ihre Leistungspflicht im Wesentlichen damit, dass

die über Februar 2017 hinaus geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit nicht erstellt sei. Vom 13. bis 26. Oktober 2016 habe sich der Kläger ein weiteres Mal in stationärer Behandlung im Spital C.\_\_\_\_

befunden, wo die Colitis ulcerosa

und eine Schilddrüsenerkrankung behandelt worden seien. Infolge dieser Behandlung habe sich der Zustand stabilisiert. Entgegen den Ausführungen des Klägers habe es in diesem Zeitpunkt keine Hinweise auf Panikattacken, Schlafstörungen, Rückenschmerzen und weitere Beschwerden gegeben. Entsprechend sei dem Kläger mit Schreiben vom 24. Februar 2017 mitgeteilt worden, dass ab dem 1. März 2017 eine Wiederaufnahme der Arbeit für ihn zumutbar und zweckmässig sei. Im Moment der Leistungseinstellung per 28. Februar 2017 hätten keine medizinischen Berichte vorgelegen, welche weitergehende Taggeldleistungen begründet hätten. Erst im Nachhinein,

am 3. Januar 2018,

habe der Rechtsvertreter des Klägers in seinem Auftrag kurz zuvor neu erstellte Arztberichte eingereicht. Sodann führt die Beklagte aus, dass aufgrund der verspäteten Krankheitsmeldung erst ab dem 26. April 2016 eine Leistungspflicht bestanden

habe (Urk. 9 S. 3 ff.).

Mit der Stellungnahme zu den IV-Akten beziehungsweise der Duplik vom 19. Februar 2019 bringt die Beklagte sodann vor, dass auf das Medas-Gutachten abgestellt werden könne. Auch Dr. D.\_\_\_\_ habe am 5. Januar 2017

bestätigt, dass nach der stationären Behandlung die Fortsetzung der bisherigen Behandlungsmassnahmen zu einer dauerhaften Remission der Colitis ulcerosa

führen könne. Die weitere ambulante Behandlung sei über Dr. F.\_\_\_\_

erfolgt. In ihrem Bericht vom 18. Dezember 2017 sei nach dem 15. Februar 2017 keine Konsultation oder Behandlung aufgrund der Colitis ulcerosa mehr erwähnt, sondern nur vom Kläger neu geltend gemachte Beschwerden, wie mittelgradige depressive Episode, Angststörung, Erschöpfungssyndrom, Schlafapnoe und Infekt der oberen Atemwege. Dr. A.\_\_\_\_ habe in seiner Stellungnahme vom 29. März 2017 fundiert die Ansicht vertreten, dass beim Kläger ab dem 1. Dezember 2016 medizinisch weder aufgrund der Colitis ulcerosa noch aufgrund der ebenfalls behandelten leichten Schilddrüsenunterfunktion eine Arbeitsunfähigkeit begründet sei. Dem widerspreche das Gutachten der Medas

E.\_\_\_\_ nicht, denn es werde mit Bezug auf die Colitis ulcerosa eine vollständige Arbeitsfähigkeit des Klägers mindestens seit etwa Sommer 2017 bestätigt. Ein früherer Zeitpunkt sei demnach nicht ausgeschlossen. Diese Ansicht habe nach Konsultation des Gutachtens auch der RAD vertreten. Er habe festgehalten, dass bereits ab Ende 2016 oder Anfang 2017 beziehungsweise vor Ablauf des Wartjahres keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründbar gewesen sei. Unter Hinweis auf die im Gutachten dargestellten Inkonsistenzen, die Aggravation und den Symptomshift

vor dem Hintergrund externaler Anreize stellt die Beklagte sodann fest, dass die übrigen geltend gemachten Beschwerden des Klägers mangels eines Krankheitswertes zu keiner

Zeit einen Kranken taggeldanspruch zu begründen vermochten ( Urk. 21 S. 3 ff.) .

### **E. 3**

.3

Nach Art. 8 Ziff. 1 AB erlischt der Versicherungsschutz für die einzelnen versicherten Personen für sämtliche für sie versicherten Leistungen unter anderem mit dem Erlöschen des Vertrages ( lit . a), bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses ( lit . c) und sobald die maximale Leistungsdauer (Genussberechtigung) erreicht ist ( lit . d).

### **E. 4**

, Urk. 10 /A

#### **E. 4.1**

Streitig und zu prüfen ist im Folgenden zunächst, ob der Kläger seine Anzeigepflicht schuldhaft verletzt hat.

#### **E. 4.2**

Den Akten ist zu entnehmen, dass der Kläger seit dem 29. Februar 2016 (teilweise) arbeitsunfähig war (Urk. 10/M1001) . Vertraglich wurde eine Wartefrist von 30

Tagen vereinbart, weshalb der Kläger gemäss Art. 10 Ziff. 1 Abs. 1 lit . b AB ( Urk. 10/A1 S. 11) innert 7 Tagen nach Ablauf der Wartefrist, mithin bis zum 5. April 2016, der Beklagten auf dem zur Verfügung gestellten Formular hätte Meldung erstatten müssen. Die Anmeldung bei der Beklagten erfolgte unbestritten erst am 26. April 2016 und damit 21 Tage verspätet.

#### **E. 4.3**

Gemäss Art. 12 Ziffer 1 AB behält sich die Beklagte vor, ihre Leistungen zu verweigern oder zu kürzen, wenn die vertraglichen Obliegenheiten nicht erfüllt werden . Vorbehalten bleibt der Nachweis einer unverschuldeten Obliegenheitsverletzung ( Urk. 10/A1 S. 12).

#### **E. 4.4**

Entschuldigungsgründe im Sinne von Art. 38 Abs. 2 VVG sind objektive, vom Anzeigepflichtigen nicht zu vertretende Hindernisse (vgl. BGE 115 II 88); aber auch Krankheit, Verhaftung, die Veranlassung durch den Versicherer oder seinen Agenten, die Anzeige nicht unverzüglich zu erstatten sowie mangelnde Kenntnis vom Schadenfall oder Versicherungsanspruch können einen Entschuldigungsgrund bilden. In der Kollektivversicherung, wo der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer fungiert, ist der Arbeitnehmer Anspruchsberechtigter und damit Anzeigepflichtiger. Der Versicherungsnehmer kann aber für den versicherten Arbeitnehmer gültig die Anzeige erstatten. Orientiert letzterer den Arbeitgeber über den Versicherungsfall und dieser versäumt die Anzeige an den Versicherer, lässt sich das Fehlverhalten des Versicherungsnehmers dem Anspruchsberechtigten nicht anrechnen (Nef, a.a.O., Art. 38 N 18 ff.).

#### **E. 4.5**

Der Kläger macht geltend, dass ihn in Bezug auf die verspätete Fallanmeldung kein Verschulden treffe. Er führt diesbezüglich aus, dass man bei der Y.\_\_\_\_ AG nicht damit gerechnet habe, dass er so lange ausfallen

würde. Zudem sei man sich der siebentägigen Frist gemäss AB nicht bewusst gewesen. Im Weiteren sei der Ansprechpartner der Y.\_\_\_\_ AG bei der Beklagten, J.\_\_\_\_, nicht erreichbar gewesen. Und schliesslich habe sich bei der Y.\_\_\_\_ AG in der Regel der Kläger um solche Angelegenheiten gekümmert, was nach seinem Ausfall nicht mehr möglich gewesen sei (Urk. 1 S.

#### **E. 4.6**

Eine Kürzung oder Verweigerung der Leistungen erweist sich vorliegend aber dennoch als unzulässig. Begreift man nämlich die hier zu beurteilende Anzeigepflicht als Obliegenheit im Sinne des Art. 29 VVG, also als eine solche, die eine Verkleinerung des Schadens beziehungsweise die Verhinderung einer Gefahrerhöhung bezweckt, so kann sich der Versicherer nicht auf eine Verwirkungsklausel berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat ( Art. 29 Abs. 2 VVG i. V. m. Art. 98 VVG). Dies gilt umso mehr, als sich

die Verwirkungsklausel in Art. 12 Ziffer 1 AB nicht zur Kausalitätsfrage äussert, so dass dem Kläger die Einrede der mangelnden Kausalität offensteht. Bei einer Verspätung der Krankheitsmeldung um lediglich 21 Tage ist – zumindest beim vorliegenden Krankheitsbild – das berechtigte Interesse des Versicherers, welcher die näheren Umstände des Falles sofort abklären will, um möglichst schnell festzustellen, ob der Versicherte grundsätzlich berechnigte oder unberechnigte Ansprüche stellt, nicht tangiert (Nef, a.a.O., Art. 38 N

1). Der Kläger hat mit dieser geringen Verspätung die zeitnahe Schadensermittlung durch die Beklagte nicht erschwert und den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers nicht beeinflusst. So stellte die Beklagte denn auch nicht in Frage, dass sie bei rechtzeitiger Schadenmeldung nach Ablauf der Wartefrist ab 30. März 2016 Taggeld bezahlt hätte (Urk. 9 S. 7 und ad

19).

Es handelt sich mithin um eine folgenlose Obliegenheitsverletzung, welche ausser acht zu lassen ist.

Eine Kürzung der Leistungen infolge verspäteter Anzeige erweist sich damit im vorliegenden Fall nicht als rechtmässig.

#### **E. 4.7**

Folglich hätte die Beklagte dem Kläger bereits ab dem 30. März 2016 Taggeldleistungen erbringen müssen, weshalb die Klage in diesem Punkt gutzuheissen ist. 5. 5.1

Strittig ist sodann, ob die Beklagte die Taggeldleistungen rechtmässig per Ende Februar 2017 eingestellt hat. Dabei ist unbestritten, dass der Kläger vom 26. April 2016 bis 28. Februar 2017 Anspruch auf die bereits erbrachten Taggelder in der Höhe von Fr. 133'860.-- aufgrund von Arbeitsunfähigkeiten in unterschiedlichem Ausmass hatte. Zu prüfen ist anhand der medizinischen Aktenlage, ob sich die Beklagte zu Recht auf den Standpunkt stellt, die Arbeitsfähigkeit des Klägers

habe sich ab dem 1. März 2017 geändert, sei mithin wieder vollumfänglich vorgelegen, und dem Kläger sei es nicht gelungen zu beweisen, dass er danach noch arbeitsunfähig gewesen sei.

Den Akten ist dazu Folgendes zu entnehmen: 5.2 5.2.1

Dr. Z.\_\_\_\_ berichtete am 7. Mai und 27. Juni 2016 über eine Colitis ulcerosa

mit starker Diarrhoe und Reduktion des Allgemeinzustandes. Aus ihrer Sicht wäre die Begleitung des Patienten durch einen Gastroenterologen sinnvoll. Bisher habe der Kläger eine Überweisung sowie auch die Einnahme von Kortison-Präparaten aber abgelehnt. Sie attestierte dem Kläger eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 4. bis 18. Dezember 2015 sowie vom 29. Februar bis 27. März 2016, von 90 % vom 28. März bis 8. April 2016, von 50 % vom 11. bis 16. April 2016 und von 70 % vom 18. April bis 15. Mai 2016 ( Urk. 10/M1001 , 10/ M 1004 ). In der Folge berichtete sie über weitergehende Arbeitsunfähigkeiten bis 14. August 2016 in wechselndem Ausmass ( Urk. 10/ M 1005, 10/ M 1009) . 5.2.2

Dr. A.\_\_\_\_

hielt in seiner Beurteilung vom 13. Juli 2016 fest, dass es im vorliegenden Fall sowohl an Laborbefunden als auch an einer spezialärztlichen Beurteilung fehle. Falls sich die Diagnose bestätigen sollte, sei festzuhalten, dass die Erkrankung behandelbar sei und durch geeignete Behandlung innert ein bis zwei Monaten eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne ( Urk. 10/ M 1006). 5.2.3

Nach Vorliegen der entsprechenden Laborwerte ( Urk. 10/ M 1007) bestätigte Dr. B.\_\_\_\_ in seiner medizinischen Beurteilung vom 21. Juli 2016, dass der Kläger an einer Colitis mit starker Diarrhoe und reduziertem Allgemeinzustand leide. Er hielt ebenfalls fest, dass sich der Kläger nicht in fachärztlicher Betreuung befinde. Ohne adäquate Diagnostik sei jedoch keine zielgerichtete Therapie möglich. Eine gastroenterologische Beurteilung sei eine *Conditio sine qua non* ( Urk. 10/ M 1008). 5.2.4

Am 30. August 2016 berichtete n

Dr. F.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und leitende Ärztin am Spital C.\_\_\_\_ , und Dr. D.\_\_\_\_

über die Hospitalisation vom 15. bis 26. August 2016. Sie führten aus, dass der Kläger einen erneuten schweren Schub der Colitis Ulcerosa erlitten habe mit einem Schweregrad nach Montreal-Klassifikation E3. Die Koloskopie vom 17. August 2016 habe eine ausgeprägte Colitis und einen gestielte n Polyp bis knapp 2 cm Durchmesser im Colon ascendens zu Tage gefördert. Bis zum Zökum habe eine kontinuierlich abnehmende, chronisch aktive Entzündung, passend zu einer chronisch idiopathischen Darmerkrankung, entzündlicher Aktivierungsgrad II, vorgelegen. Beim Polypen handle es sich um ein tubuläres, teils tubulovillöses

Colonschleimhaut -Adenom ohne high grade Dysplasie. Aktuell bestehe kein Hinweis für eine bakterielle Superinfektion. Weiter wurde ein Zustand nach *Campylobacter*-Infektion festgehalten und eine manifeste Hyperthyreose, welche in Abklärung sei. Schliesslich wurde festgestellt, dass bisher keine Basistherapie stattgefunden habe ( Urk. 10/ M 1012) . In ihrem Bericht

vom 27. September 2016 führte

Dr. F.\_\_\_\_

zudem aus , dass die Arbeitsfähigkeit des Klägers aufgrund der aktuellen Situation der Basedow-Hyperthyreose sowie des aktuellen akuten Schubs der Colitis ulcerosa zu 100 % eingeschränkt sei (Urk. 10/ M 1013 ) .

Am 20. Oktober 2016 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ über die Hospitalisation

des Klägers

vom 13. bis 19. Oktober

2016 und einen erneuten Schub der Colitis ulcerosa

(Urk. 10/ M 1018). Im Bericht vom 5. Januar 2017 erläuterte Dr. D.\_\_\_\_ , dass die beiden schweren Schübe der Colitis ulcerosa im August und Oktober 2016 Hospitalisationen mit hochdosierter Corticosteroid -Behandlung erfordert hätten. Im September 2016 sei eine manifeste Hyperthyreose im Rahmen eines Morbus Basedow diagnostiziert worden. Im Verlauf sei eine thyreostatische Behandlung mit Neomercazole erfolgt. Zwischen den beiden stationären Aufenthalten und nach dem letzten stationären Aufenthalt hätten regelmässige wöchentliche ambulante Verlaufskontrollen im Rahmen seiner gastroenterologischen Sprechstunde und der anthroposophisch orientierten Sprechstunde bei Dr. F.\_\_\_\_

stattgefunden (Urk. 10/M1021) . Eine augenärztliche Konsultation bei Dr. M.\_\_\_\_ am 2. Dezember 2016 habe den Befund einer beginnenden endokrinen Orbitopathie bei Morbus Basedow mit beidseitiger Protrusion

bulbi , zusätzlich eine Sicca-Keratokonjunktivitis und einen myopen Astigmatismus ergeben (Urk. 10/ M 1019 ) . Am 8. Dezember 2016 habe weiterhin ein

Corticosteroid abhängiger Verlauf der Colitis ulcerosa sowie eine beginnend hypothyreote Stoffwechsellage unter der thyreostatischen Behandlung mit einer Dosisreduktion von Neomercazole auf 5 mg täglich bestanden. Bei stabilem Allgemeinzustand sei die Arbeitsfähigkeit des Patienten noch deutlich eingeschränkt, zu geschätzt 80 % (Urk. 10/ M 1021). 5.2.5

Dr. A.\_\_\_\_ führte in seinen Berichten vom 22. Februar und 29. März 2017 aus, dass sich der Kläger von den Schüben der Colitis gemäss dem Arztbericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 5. Januar 2017 erholt habe. Die Behandlung des Schubes mit Kortison in Tablettenform ( Prednisolon ) hätte abgesetzt werden können und sei mit lokal im Darm wirksamen Mitteln zur Rezidivprophylaxe

weitergeführt worden . Im Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ fehlten jegliche Angaben über aktive Krankheitszeichen wie Durchfall, Fieber oder objektive Befunde wie Entzündungszeichen im Blut oder Stuhl (BSR, CRP und Calprotectin ) . Die Schilddrüsenfunktion sei inzwischen behandelt worden und es habe eine leichte Unterfunktion resultiert, ohne dass diese zusätzlich behandelt werden müssen. Hinweise auf andere Krankheiten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten keine gefunden werden können . Daraus folgert e

Dr. A.\_\_\_\_ , dass sich von Seiten der ursprünglich die Arbeitsunfähigkeit begründenden Erkrankung (Colitis ulcerosa ) keine Hinweise auf eine relevante Krankheitsaktivität mehr zeigen würde , nachdem bereits bei Spitalausritt am 19. Oktober 2016 keine Durchfälle, kein Fieber und keine Entzündungszeichen mehr nachweisbar gewesen seien. Es sei üblich, dass nach einer schweren Krankheit nach Abklingen der Akutsymptome

noch mit einer gewissen Erholungszeit gerechnet werden müsse. Er halte deshalb eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 31. Oktober 2016 und von 50 %

bis Ende November 2016

für begründet. Ab 1. Dezember 2016 sei wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben. Zu diesem Zeitpunkt sei auch die Schilddrüsenerkrankung behandelt gewesen; die leichte Unterfunktion begründe keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/M1 023,

10/ M 1025) . 5.2.6

In einem undatierten, der Beklagten mit Schreiben vom 19. Januar 2018 eingereichten Bericht attestierte Dr. phil. H.\_\_\_\_, eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut ASP, dem Kläger eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie eine Agoraphobie mit Panikattacken (ICD-10 F40.01). Er berichtete, dass der Kläger seit dem 15. Februar 2017 bei ihm in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung stehe und gegenwärtig nicht arbeitsfähig sei (Urk. 10/A75). 5.2.7

Dr. F.\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 4. September 2017 aus, dass aktuell erstmals bezüglich der Colitis ulcerosa seit Dezember 2016 eine recht stabile und befriedigende Situation bestehe. Bezüglich der Schilddrüsen-Überfunktion liege nun erstmals seit dem 24. August 2017 eine Euthyreose vor. Persistierend sei eine mittelgradige depressive Episode und Angststörung mit Schlafstörung, die ursächlich zu einer chronischen Erschöpfung mit vermehrter Tagesschläfrigkeit und Leistungsminderung führe. Inzwischen habe auch ein Schlafapnoe-Syndrom bestätigt werden können. Am 28. Dezember 2017 berichtete Dr. F.\_\_\_\_, dass sich die Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. März 2017 vorwiegend aufgrund der durch Dr. H.\_\_\_\_ festgestellten psychiatrischen Diagnosen einer generalisierten Angststörung, einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom und eines Erschöpfungssyndroms sowie aufgrund der chronischen Insomnie unklarer Ursache begründe. Eine Arbeitstätigkeit sei aufgrund von ausgeprägter Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen und deutlich reduzierter Konzentrationsspanne, aber auch psychischer Instabilität sowie reduzierter körperlicher und psychischer Belastbarkeit nicht möglich (Urk. 10/A75). 5.2.8

In seinen Berichten vom

19. September und 2. Oktober 2017 stellte

Prof. Dr. med. et dent. G.\_\_\_\_, Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, folgende Diagnosen: Leicht bis mittelgradig schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (AHI, 16,8/h), Insomnie, Zustand nach Colitis ulcerosa 2016, Hypophysenunterfunktion. Er schilderte, dass

dem Kläger schlafhygienische Massnahmen erklärt worden seien. Zusätzlich werde eine Protrusionsschiene empfohlen, mit der eine grosse Chance bestehe, das moderate Schlafapnoe-Syndrom erfolgreich zu behandeln. Der Kläger wurde als nicht arbeitsfähig eingestuft (Urk. 10/ A 75). 5.2.9

Am 10. Januar 2018 konstatierte Dr. A.\_\_\_\_, dass die Colitis ulcerosa

seit Anfangs 2017 abgeheilt sei, dass nun eine depressive Episode und ein leichtes Schlaf-Apnoe-Syndrom im Vordergrund stehen würden und keine Arbeitsunfähigkeit über den 28. Februar 2017 hinaus belegt sei (Urk. 10/ M 1029). 5.2.10

In einem ärztlichen Zeugnis der Rehaklinik I.\_\_\_\_ vom 16. Februar

2018 wurde eine stationäre Rehabilitation vom 23. Januar bis 17. Februar 2018 sowie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 3. März 2018 festgehalten (Urk. 10/M1030). 5.2.11

Die IV-Stelle des Kantons Zug gab bei der Medas

E.\_\_\_\_ ein Gutachten in Auftrag, welches am 24. September 2018 erstellt wurde (Urk. 16/98). Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Gastroenterologie und Innere Medizin, Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Lic. phil.

R.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, führten aus, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie folgende (S. 43): - Colitis ulcerosa, Erstdiagnose 2003 mit/bei letzter Exazerbation 08/2016 mit diskontinuierlicher Pankolitis, Schweregrad nach Montreal-Klassifikation E3 - wechselnder klinischer Verlauf unter langjähriger Behandlung mit anthroposophischen Medikamenten - kurzzeitiger Versuch der Imurek-Therapie ca. 2005 wurde nach knapp 2 Monaten wegen fehlender Wirkung (?) sistiert - aktuell seit 08/2016 Dauerbehandlung mit 5-ASA (Pentasa 4 g) und Budenofalk 6 mg täglich - Morbus Basedow, Erstdiagnose 08/2016 mit manifester Hyperthyreose mit/bei beginnender endokriner Orbitopathie, Erstdiagnose 12/2016 - während mehreren Monaten thyreostatische Behandlung mit Neo-Mercazole - aktuell Euthyreose - Schlafapnoesyndrom - Erstdiagnose 08/2017 - Einengung des Oropharyngealraums - Diskret bis moderate Ausprägung, (AHI 16, Einschlaflatenz normal mit 15 Minuten) - ohne versicherungsmedizinische Relevanz - Restless-Legs-Syndrom - Erstdiagnose 11/2017, ohne versicherungsmedizinische Relevanz - Anamnestic Angabe einer schwergradigen Insomnie - mit subjektiver Angabe schwerer Tagesmüdigkeit mit subjektiver Limitierung - aber ohne Hinweis für organisch begründbare Insomnieformen (weder primär noch sekundär) und ohne objektive vierbare klinische Korrelate - DD am ehesten mögliche psychophysiologische Insomnie - Steatosis

hepatis - Abdomensonographie 11/2017 (Spital C.\_\_\_\_) - Xerosis

cutis mit Onychomykose beider Füße

In Bezug auf die schlafassoziierten Störungen hielten die Gutachter gestützt auf den Kurzbefund von Prof.

G.\_\_\_\_ fest, dass nur ein mildes bis beginnendes moderates Schlafapnoe-Syndrom objektiviert werden könne. Die Ausprägung sei sicher nicht ausreichend, um eine Tagesmüdigkeit in einer solch relevanten Form zu erklären, wie der Kläger subjektiv beschrieben habe, zumal die Sauerstoffsättigungswerte doch im Durchschnitt gut imponierten und nur vereinzelt Apnoephasen und überwiegend nur Hypopnoe-Episoden beständen. Hieraus eine rentenbegründende relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit abzuleiten, sei nicht plausibel, zumal auch im klinischen Eindruck trotz langer Anreise mit dem eigenen Auto und mehrstündiger Untersuchungen in keiner Weise Auffälligkeiten imponierten.

Auch sei auf die Inkonsistenzen in der neuropsychologischen Begutachtung hinzuweisen, wo die vom Kläger als arbeitsrelevant beklagten kognitiven Einschränkungen sichtlich nicht authentisch präsentiert worden seien. Was die Behandlungsaktivitäten betreffe (assistierte Beatmung nicht toleriert), so reihe sich dies in die Beobachtung ein, dass der

Kläger schulmedizinischen Massnahmen gegenüber meist eine nur sehr zurückhaltende Therapieakzeptanz gezeigt habe, was den effektiven Leidensdruck in Frage stelle. Die geklagte Insomnie könne allenfalls als psychophysiologische Insomnie, zumeist im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen, klassifiziert werden. Diesfalls dürfe aber in aller Regel von ausreichend guter Behandelbarkeit ausgegangen werden. Jedenfalls könne aus dieser Diagnose keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden (Urk. 16/98/38 f.).

Weiter führten die Gutachter aus, dass die seit 2003 bekannte, schubweise verlaufende Colitis ulcerosa seit über einem Jahr unter Remissionsprophylaxe mit Pentasa, Budenofalk und anthroposophischen Medikamenten in einer vollständigen klinischen Remission sei. Die durchgeführte klinische Untersuchung habe einen guten Allgemein- und Ernährungszustand bei leichtem Übergewicht gezeigt. Labormässig habe sich eine normale Calprotectin-Konzentration im Stuhl gefunden, was auf eine vollständige Krankheitsremission schliessen lasse. Der Kläger sei aus gastroenterologischer Sicht seit Mitte 2017 voll arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit sei aber zeitweise während klinischen Exazerbationen der Colitis wesentlich eingeschränkt gewesen. Die therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten der Colitis ulcerosa seien beim Kläger keineswegs ausgeschöpft. Bei Hinweisen für eine aktive Darmentzündung könnten weitere entzündungshemmende Medikamente (Immunsuppressiva/biologisch-wirkende Medikamente) eingesetzt werden.

Was die Hyperthyreose betreffe, so sei eine medikamentöse Therapie mit Neo-Mercazole eingeleitet worden. Im Dezember 2016 hätten sich die Schilddrüsenwerte im unteren Normbereich beziehungsweise leicht im hypothyreoten Bereich befunden (Urk. 16/98/39 f.).

In psychischer Hinsicht wurde ausgeführt, dass im Rahmen von entzündlichen Darmerkrankungen psychische Störungen sowie psychosoziale Folgen und Auswirkungen auf die Lebensqualität möglich, jedoch in der Regel behandelbar seien. Die vom Kläger geschilderten Symptome seien vorwiegend unspezifisch und könnten keiner konkreten und relevanten psychischen Störung zugeordnet werden. Es handle sich vornehmlich um jeweils kurze reaktive Verstimmungszustände, welche situativ in belastenden Situationen, beispielsweise im Rahmen der somatischen Grunderkrankung auftreten könnten. Der Kläger habe auch keine adäquate Therapie vorgenommen. Zwar sei 2017 eine psychotherapeutische Betreuung eingeleitet worden. Andere ebenso wirksame und dringend wissenschaftlich empfohlene therapeutische Massnahmen – wie eine antidepressive Behandlung oder das Erlernen von Regeln der Resilienz zur Stärkung der inneren Widerstandsfähigkeit –

seien bisher jedoch weitgehend ausgeblieben oder nicht konsequent verfolgt worden. Stattdessen habe der

Kläger eher die Neigung gezeigt, wirksame Therapien zu vermeiden, und sich vor Herausforderungen, insbesondere in beruflicher Hinsicht,

zurückzuhalten. Inzwischen sei beim Kläger auch ein Prozess der Konditionierung wirksam, welcher eine dysfunktionale Verarbeitung bewirke (Urk. 16/98/40).

Im Rahmen der Begutachtung hätten sich verschiedene Inkonsistenzen und mehrfache Hinweise auf Verdeutlichung und Aggravation vor dem Hintergrund von wirtschaftlichen

Schwierigkeiten und sonstigen psychosozialen Belastungen ergeben. So seien in der neuropsychologischen Teilbegutachtung negative und bewusste Antwort- und Leistungsverzerrungen belegbar, so dass kein gültiges Testprofil erhalten werden können und das tatsächliche Leistungsniveau und –profil unklar bleibe. Doch auch wenn tatsächlich geringfügige echte kognitive Einschränkungen bestünden, könnten sie weder die Auffälligkeit im Performancevalidierungsverfahren noch die Diskrepanzen erklären. Sodann habe sich der Kläger ausgesprochen unkooperativ im Rahmen der veranlassten Laboruntersuchung gezeigt (sehr überhebliches und herabsetzendes Verhalten, Schreien, unberechtigte Beschuldigungen). Des Weiteren seien die vom Kläger angegebene n Beeinträchtigungen durch Müdigkeit, Ermüdbarkeit und Erschöpfung und damit kognitive Minderleistungen im klinischen Eindruck in keiner Weise bestätigt worden. Die objektivierte n medizinischen Sachverhalte würden solche schweren Störungen zudem nicht erklären. Der Kläger könne sich sicher orientieren, Autofahren und selbstständig Termine wahrnehmen, könnte dies aber rein testdiagnostisch nur eingeschränkt. Für die testdiagnostischen Resultate könnten auch keine ätiologischen Faktoren ausgemacht werden (keine Hirnverletzung). Psychische Probleme könnten zwar zu kognitiven Einschränkungen führen, ebenso Schmerzen oder eine Insomnie. Solche könnten aber weder Art noch Ausmass der testdiagnostischen

Einschränkungen erklären. Ausserdem bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Aktivitätsniveau im Alltag (lange Autofahrten, Reisen) und der subjektiven Angabe, sich nicht eine berufliche Tätigkeit zuzutrauen. Die therapeutischen Aktivitäten seien auffällig nieder im Vergleich zu den subjektiv hochgradig angegebenen Beeinträchtigungen, was auf einen wahrscheinlich deutlich geringeren Leidensdruck hindeute und nicht für die angegebene Schwere der Gesundheitsstörungen spreche. Die angeblichen schlafhygienischen Massnahmen könne der Kläger sodann nicht benennen. Des Weiteren falle ein gewisse r Symptomshift auf, der zur fortgesetzten attestierten Arbeitsunfähigkeit geführt habe: Anfangs habe die Diagnose der Colitis zum Taggeldbezug geführt. Nach Einstellung der Taggelder infolge Besserung der Colitis seien neue, bisher nicht beklagte, abgeklärte und behandelte Beschwerden in den Vordergrund getreten (Schlafprobleme und psychische Beschwerden).

Zusammenfassend wurde festgehalten, dass keine Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit bestünden (Urk. 16/98/39 ff.) .

5.2.12

Dr. F.\_\_\_\_

hielt in ihrem Bericht vom 14. November 2018 fest, dass die chronische Colitis ulcerosa trotz der zeitlich guten stabiler Einstellung mehrere weitere Komplikationen nach sich gezogen habe. Unter Verweis auf verschiedene Beschwerdebilder führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, dass eine wechselnde Belastbarkeit, Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit bestehe. Längerfristig sei eine dauerhafte konstante Leistungsfähigkeit von über 50 % nicht absehbar (Urk. 19/23) . 5.2.13

Mit Bericht vom 26. November 2018 attestierten

Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt

FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. H.\_\_\_\_ dem Kläger eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), eine generalisierte

Angststörung ( ICD-10 F41.1) und den Verdacht auf eine nicht organische Insomnie ( ICD-10 F51.0). Obwohl eine leichte Besserung des depressiven Zustandsbildes mit Stimmungsaufhellung und Stabilisierung sowie eine leichte Steigerung des Antriebs feststellbar sei, hätten sich die Müdigkeit und Erschöpfung, die fehlende Ausdauer und Konzentration sowie die Schlafstörung nicht gebessert. Zudem zeige der Kläger vermehrte Angst. Er bleibe auf Funktions ebene nach wie vor reduziert belastbar ( Urk. 19/24).

6. 6.1 6.1 .1

Zu Beginn der Krankenschreibung des Klägers stand die Colitis ulcerosa sowie die Hyperthyreose im Vordergrund. Die Beklagte leistete dem

Kläger diesbezüglich Taggelder auf der Basis von wechselnden Arbeitsunfähigkeit bis zum 28. Februar 2017. Das Arbeitsverhältnis des Klägers endete per 28. Februar 2018 (Urk. 19/22), die Genussberechtigung per 27. Februar 2018 (730 Tage, Urk. 10/ A1 ; 30 Tage Wartefrist + 700 Tage

ab 30. März 2016).

Der Kläger stützte seine Annahme einer nach dem 28. Februar 2017 weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Colitis ulcerosa

insbesondere auf die Berichte von Dr. F.\_\_\_\_

und Dr. D.\_\_\_\_. Die Beklagte verneinte ihre Leistungspflicht gestützt auf die Einschätzungen von Dr. A.\_\_\_\_ sowie das Gutachten der Medas

E.\_\_\_\_. 6. 1. 2

Zu prüfen ist, ob der Kläger den Beweis für die von ihm behauptete Arbeitsunfähigkeit in der strittigen Periode erbringen kann oder ob der Beklagten der Gegenbeweis gelingt, mithin hinreichende Indizien den Hauptbeweis scheitern lassen (vorstehend E. 1.3). Diese Prüfung ist in einem ersten Schritt für die im Vordergrund stehende Colitis ulcerosa vorzunehmen. Den medizinischen Beurteilungen der behandelnden Ärzte sowie der Fachärzte, welche die Beklagte beraten, kommt dabei der Stellenwert von Parteibehauptungen zu ( BGE 141 III 433 E.

2.5.2, Urteil des Bundesgerichts 4A\_571/2016 vom 23. März 2017, E. 3.2 am Ende ). 6. 1. 3

Der Kläger kam anfänglich mit der Einreichung der Arztberichte von Dr. Z.\_\_\_\_,

Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_, in welchen stets eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, seiner vertraglichen Obliegenheit gemäss Art.

## **E. 9**

). Als CEO und Geschäftsführer ( vgl. Urk. 10/ A3, 10/ A 25, 16/12 ) sowie damals ein zeichnungsberechtigtes Mitglied des Verwaltungsrates der Y.\_\_\_\_ AG ( Urk. 2/3 ) kann sich der Kläger allerdings weder auf die Unkenntnis des Bestandes beziehungsweise des genauen Inhaltes der Kollektivtaggeldversicherung noch auf die Unkenntnis seiner Anzeigepflicht berufen. Nachdem die Arbeitsunfähigkeit länger als die 30-tägige Wartefrist gedauert hatte, wäre sie gemäss den klaren Bestimmungen in den AB ( Art.

## **E. 10**

Ziff. 1 Abs. 2 AB zur Einreichung der erforderlichen Arztzeugnisse mit Angabe der vollständigen Diagnose nach. Die Beklagte leistete

mit Ausnahme des Zeitraums vom 30. März bis 25. April 2016 (vorstehend E. 4) denn auch durchgehend bis zum 28. Februar 2017

Tag gelte auf der Basis der jeweils bescheinigten Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/18, 30, 31, 36, 44, 45, 54). 6. 1. 4

Was die Zeit ab März 2017 betrifft, kam

Dr. A.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 29. März 2017

zum Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 5. Januar 2017 nachvollziehbar zum Schluss, dass sich der Kläger von den Schüben der Colitis gemäss dem erwähnten Arztbericht erholt habe. Die Behandlung des Schubes mit Kortison in Tablettenform (Prednisolon) habe abgesetzt und mit lokal im Darm wirksamen Mitteln zur Rezidivprophylaxe

weitergeführt werden können. Auch erweist sich seine Schlussfolgerung, wonach im Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ jegliche Angaben über aktive Krankheitszeichen fehlten

und bereits bei Spitalaustritt am 19. Oktober 2016 keine Durchfälle, kein Fieber und keine Entzündungszeichen mehr nachweisbar gewesen seien, als begründet. Die Schilddrüsenfunktion sei inzwischen behandelt worden und es hätte eine leichte Unterfunktion resultiert, welche nicht zusätzlich behandelt werden müsse. Es sei üblich, dass nach einer schweren Krankheit noch mit einer gewissen Erholungszeit nach Abklingen der Akutsymptome gerechnet werden müsse. Deshalb sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis 31. Oktober 2016, von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit im November 2016 und von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ab 1. Dezember 2016 auszugehen (Urk. 10/M 1025). Zu den Berichten von Dr. F.\_\_\_\_

führte er am 10. Januar 2018 aus, dass die Colitis ulcerosa anfangs 2017 abgeheilt sei (normales

Calprotektin) und nun eine depressive Episode und ein leichtes Schlaf-Apnoe-Syndrom im Vordergrund stehen würden. Über den 28. Februar 2017 hinaus sei keine Arbeitsunfähigkeit belegt (Urk. 10/M 1029).

Diese gestützt auf die damalige Aktenlage erstellte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. A.\_\_\_\_ stellt den mit den Arbeitsunfähigkeitszeugnissen von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ erbrachten Hauptbeweis, auch wenn es sich nicht um eine gastroenterologische Einschätzung handelt, zumindest in Frage, zumal sie sorgfältig, nachvollziehbar und in Auseinandersetzung mit den entsprechenden Berichten und Laborwerten vorgenommen wurde. Zusätzlich und insbesondere werden die durch Dr. A.\_\_\_\_ genährten Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit durch das im Auftrag der IV-Stelle des Kantons Zug erstellte Gutachten der Medas

E.\_\_\_\_

vom 24. September 2018 bestärkt (Urk. 16/98), stellte doch der Gastroenterologe

Dr. O.\_\_\_\_ in seiner Untersuchung vom 26. Juni 2018 in schlüssiger Weise fest, dass die seit 2003 bekannte, schubweise verlaufende Colitis ulcerosa

seit über einem Jahr

beziehungsweise ab Sommer 2017 in vollständiger klinischer Remission sei (Urk. 16/98 S. 39 f. und S. 81 f f.) .

Das Gutachten der Medas

E.\_\_\_\_

ist, basierend auf den erforderlichen Untersuchungen, für die streitigen Belange umfassend, in Kenntnis der Vorakten und in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden abgegeben worden. Nachdem es auch in der Darlegung und Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und zu nachvollziehbaren Schlussfolgerungen gelangt, erfüllt es alle rechtsprechungsgemässen Kriterien (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c), welche die Verwertbarkeit eines ärztlichen Berichtes bestimmen. Was den Zeitpunkt der Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit anbelangt, gelangt dem Kläger der Hauptbeweis einer über Ende Februar 2017 hinausdauernden Arbeitsunfähigkeit infolge der Colitis ulcerosa nicht. Zwar schloss Dr. O.\_\_\_\_ auf das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit erst seit Mitte 2017 bei seither vollständiger klinischer Remission (Urk. 16/98/84). Zur Feststellung des Zeitpunkts der Remission stützte er sich aktenmässig auf einen Bericht von F.\_\_\_\_ vom 5.

Januar 2017 (Datum ist dem Bericht nicht zu entnehmen: Urk. 16/26/1-6; Eingang bei der IV-Stelle gemäss Aktenverzeichnis am 14. September 2017). Hinsichtlich der Colitis Ulcerosa notierte Dr. F.\_\_\_\_ aber eine seit Dezember 2016 stabile und befriedigende Situation (Urk. 16/26/4). Auch sind dem Bericht keine Hinweise auf seit der letzten Kontrolle durch Dr. D.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2016 (Urk. 16/98/76) eingetretene gastroenterologische Komplikationen oder eine dies bezügliche Verschlechterung zu entnehmen. Dessen Fachbeurteilung aber liess Dr. A.\_\_\_\_ – wie oben erwogen – nachvollziehbar zum Schluss kommen, dass sich der Kläger bereits im Dezember 2016 von seiner Colitis erholt hat. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung relativierten die Gutachter der Medas

E.\_\_\_\_ denn auch damit korrespondierend, dass die 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch einer leidensadaptierten Tätigkeit mindestens seit zirka Sommer 2017 vorliege (Urk. 16/98/45). Der RAD -Arzt

Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, stützte sich in seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 2018 grundsätzlich auf das Gutachten der Medas

E.\_\_\_\_, führte jedoch aus, dass bereits ab Ende 2016 beziehungsweise anfangs 2017 keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründbar gewesen sei (Urk. 16/100), was mit der Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ in seiner Einschätzung vom 29. März 2017 (Urk. 10/M1025) ebenso korrespondiert wie mit den Angaben von Dr. F.\_\_\_\_

im Arztbericht vom 28. Dezember 2017, wonach sich die Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. März 2017 vorwiegend aufgrund der durch Dr. H.\_\_\_\_ festgestellten psychischen Diagnosen beziehungsweise der chronischen Insomnie begründe (Urk. 10/A75). Folglich ging die Beklagte zu Recht

von einer –

bezüglich der Colitis ulcerosa

–

spätestens per 1. März 2017 vollständig gegeb enen Arbeitsfähigkeit aus . Der entsprechende Hauptbe wei s für die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Colitis gelingt dem Kläger nicht.

In Bezug auf die Hyperthyreose begründete Dr. Q.\_\_\_\_

unter Berück sichti gung der entsprechenden Arzt- und Laborberichte überzeugend, dass sich die Schild drüsenwerte seit Dezember 2016 im unteren Normbereich

befunden und nie zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt hätten ( Urk. 16/98 S. 69 ff. ) . 6.2

I m Folgenden ist nunmehr zu prüfen, ob beim Kläger ab März 2017 aufgrund von anderen gesundheitlichen Beschwerden eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat. 6.2.1

Mit Email vom

3. Januar 2018 stellte der Kläger der Beklagten unter anderem einen undatiert en Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ zu, worin eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom ( ICD-10 F32.11), eine generalisierte Angst stö rung ( ICD-10 F41.1) und eine Agoraphobie mit Panikattacken ( ICD-10 F40.01) so wie eine vol lständige Arbeitsunfähigkeit aufgeführt wurden (vorstehend E . 5.2.6 ). Bei Dr. H.\_\_\_\_

handelt es sich allerdings um einen Psychotherapeuten und nicht um einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie . Somit war er ohne psy chiatrische Fachkenntnisse nicht befähigt, ein psychiatrisches Krankheitsbild und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuverlässig zu beurteilen ( BGE 131 V 49 E. 1.2, Urteil des Bundesgerichts I 442/98 vom 4. Juli 2000 E. 2b ). Ausser dem sind dem Bericht keine Testungen zu entnehmen, nach denen die diag nos tizierte depressive Episode fachlich korrekt und nachvollziehbar ermittelt w orden wäre. D as Gutachte n der Medas

E.\_\_\_\_

führt demgegenüber nachvollziehbar aus, dass die vom Kläger geschilderten Symptome vorwiegend unspezifisch sind und keiner konkreten und relevanten psychischen Störung zugeordnet werden können . Zudem weist es auf einen auffälligen Symptomshift , diverse Inkonsistenzen und Aggravation hin . Die psychiatrische Begutachtung fand anfangs April 2018 und damit zeitnah zum massgebenden Beurteilungszeitraum statt. Zudem wäre eine (viel) frühere Überprüfung der der Beklagten erstmals am 3. Januar 2018 zur Kenntnis gebrachten psychischen Beschwerden (Urk. 10/65)

gar nicht möglich gewesen. An der schlüssigen Einschätzung des psychischen Gesundheit s zustan des des Klägers

durch das Gutachten der Medas

E.\_\_\_\_

ändert schliesslich

auch der am 26. November 2018

erstellte Bericht von Dr. S.\_\_\_\_

( Urk. 19/24 ) nichts. Zum einen wurde dieser Bericht erst knapp neun Monate nach dem vorliegend zu be urteile nden Zeitraum erstellt. Zudem kann d ie dem Bericht zugrundeliegende Untersuchung

auch erst kurz zu vor stattgefunden haben, da sie in Reaktion auf das Gutachten der Medas E.\_\_\_\_ (Eingang bei der IV-Stelle Zug am 2. Oktober 2018 , vgl. Aktenverzeichnis, in: Urk. 16 ) erfolgte . Zum anderen sind diesem Bericht

ebenfalls keine Befunde oder Testungen zu entnehmen, nach denen die mittel gradige depressive Episode mit somatischem Syndrom fachlich korrekt und nach vollziehbar ermittelt worden wäre. Der Psychostatus erschöpft sich zudem zu einem grossen Teil in der subjektiven Beschwerdeschilderung des Klägers und die angeblich en Konzentration sschwierigkeiten werden nicht weiter begründet. Eben so fehlt eine Auseinandersetzung mit den im Gutachten der Medas

E.\_\_\_\_

ausführlich dargelegten Inkonsistenzen und der Aggravation.

Aus diesen Gründen lässt sich gestützt auf den Bericht von Dr. S.\_\_\_\_ die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit vom 1. März 2017 bis 28. Februar 2018, respektive das Gelingen des diesbe züglichen Hauptbeweises durch den Kläger , nicht rechtfertigen. 6.2.2

Ebenfalls mit E - mail vom 3. Januar 2018 setzte der Kläger die Beklagte über zwei Berichte von Prof.

G.\_\_\_\_ vom 19. September und 2. Oktober 2017 in Kenntnis , in welchen dem Kläger eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde ( Urk. 10/ A 75).

Das Gutachten der Medas

E.\_\_\_\_

vom 24. September 2018 nahm auch hierzu ein gehend Stellung und begründete nachvollziehbar und unter Berücksichtigung der Testergebnisse , dass nur ein mildes bis beginnend moderates Schlafapnoe-Syndrom objektiviert werden könne . Dieses sei sicher nicht ausreichend, um eine Tages müdigkeit in der vom Kläger beschriebenen Form auszulösen. Insbesondere sei eine relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – auch vor dem Hintergrund des klinischen Eindrucks (keine rlei Auffälligkeiten ), der beobachteten Inkonsistenzen in der neuropsychologischen Untersuchung sowie der marginalen Behandlungsaktivitäten – nicht plausibel. Aus denselben Gründen könne auch aus der Diagnose des Restless - legs -Syndroms mit PLMS in leichter Ausprägung keine versicherungsmedizinische Auswirkung abgeleitet werden. Bezüglich der beklagten Insomnie könne in aller Regel von einer ausreichend guten Behandelbarkeit ausgegangen werden und eine diesbezügliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei nicht begründbar (Urk. 16/98/99 ff.) .

Diese ausführliche und schlüssige Beurteilung im Gutachten der Medas

E.\_\_\_\_ vermag die Arbeitsunfähigkeits einschätzung von Prof. G.\_\_\_\_ , insbesondere auch angesichts der berücksichtigten Inkonsistenzen , ernsthaft in Frage zu stellen. Damit ist dem Kläger auch in Bezug auf die schlafassoziierten Probleme der Beweis für den von ihm behaupteten Sachverhalt einer Arbeitsunfähigkeit für die strittige Zeitdauer ab März 2017 nicht gelungen.

6.3

Auf das (eventualiter) beantragte psychiatrische Gerichtsgutachten (vgl. Urk. 1 S. 6) kann schliesslich in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 4A\_571/2016 vom 23. März 2017 E. 4.1, 4A\_626/2015 vom 24. Mai 2016 E. 2.4 und 4A\_491/2014 vom 30. März 2015 E. 2.5) verzichtet werden. Der Kläger wurde mit dem zuhanden der IV-Stelle des Kantons Zug erstatteten Gutachten von 24. September 2018 hinreichend polydisziplinär beurteilt und sein Gesundheitszustand sowie die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind aufgrund der medizinischen Akten genügend abgeklärt. Ausserdem sind die Verhältnisse in der massgebenden Zeitspanne zu beurteilen. Dafür könnte zwangsläufig nur auf die damaligen oder kurz danach erstatteten Berichte und allenfalls Angaben von damals involvierten Personen abgestellt werden. Angesichts der unterdessen verstrichenen Zeit könnte eine Begutachtung zum aktuellen Zeitpunkt absehbar keine über die vorliegenden hinausgehenden zusätzlichen Erkenntnisse vermitteln (vgl. Urteil des Bundesgerichts 4A\_445/2016 vom 16. Februar 2017 E.

4.3).

Ebenso

wenig sind von der beantragten Befragung (vgl. Urk. 1 S. 6 und 14) der den Kläger behandelnden Ärzte massgebliche neue Erkenntnisse zu erwarten, zumal sich die betreffenden Ärzte bereits in den erstatteten Arztberichten hinlänglich äusserten.

6.4

Der Kläger hat folglich Anspruch auf ein Taggeld für die Zeit vom 30. März bis zum 25. April 2016. Was die Höhe desselben anbelangt, sind sich die Parteien grundsätzlich darin einig, dass dieses

bei einem AHV-pflichtigen Lohn von Fr. 220'000.-- pro Jahr (Art. 6 ZB) Fr. 482.19

beträgt (Fr. 220'000.-- : 365 x 0,8; vgl. Urk. 10/A1, 10/A3). Bezüglich des Ausmasses der Arbeitsunfähigkeit ist auf die Arztzeugnisse von Dr. Z. \_\_\_ (Urk. 10/M 1002) abzustellen, welche seitens der Vertrauensärzte der Beklagten grundsätzlich akzeptiert wurden (Urk. 10/M 1008, 10/M 1023). Dies ergibt für die Zeit vom 30. März

2016 bis 10. April

2016 bei einer Arbeitsunfähigkeit von 90 %

einen Betrag von Fr. 5'207.65 (0.9 x

## **E. 12**

Tage x Fr. 482.19), für die Zeit vom 11. April bis 17. April 2016 bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %

einen Betrag von Fr. 1'687.65 (0.5 x 7 Tage x Fr. 482.19) und für die Zeit vom 18. April bis 25. April 2016 bei einer Arbeitsunfähigkeit von 70 %

einen Betrag von Fr. 2'700.25 (0.7 x 8 Tage x Fr. 482.19). Gesamthaft führt dies unter Berücksichtigung der freiwilligen Schadenzahlung von Fr. 4'000.-- zu einem klägerischen Anspruch von Fr. 5'595.55 (Fr. 5'207.65 + Fr. 1'687.65 + Fr. 2'700.25 -

Fr. 4'000.--). 6.5

6.5.1

Der Kläger lässt einen Verzugszins von 5 % seit 28. August 2017 geltend machen (Urk. 1 S. 2 und 13).

Nach Art. 41 Abs. 1 VVG wird die Forderung aus dem Versicherungsvertrag mit dem Ablauf von vier Wochen (sogenannte Deliberationsfrist) von dem Zeitpunkt an gerechnet fällig, in dem der Versicherer Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruchs überzeugen kann. Auch im Bereich des Versicherungsrechts gerät der Versicherer nach herrschender Lehre erst mit der Mahnung in Verzug (Art. 102 Abs. 1 des Obligationenrechts, OR). Lehnt der Versicherer jedoch zu Unrecht seine Leistungspflicht definitiv ab, bedarf es keiner Mahnung. Fälligkeit und Verzug treten dann sofort ein, und die Deliberationsfrist wird überflüssig, wenn sie nicht schon abgelaufen ist (Nef, a.a.O., Art. 41 N 20). 6.5.2

Die AB und ZB der Beklagten (Urk. 10/A 1) enthalten keine besonderen Bestimmungen zum Verzugszins bezüglich der Leistungen der Beklagten. Es gelten somit die allgemeinen Regeln nach OR und VVG. Der Anspruch auf die Taggelder vom 30. März bis 25. April 2016 war fortlaufend entstanden. Die Beklagte hat die Zahlung von Taggeldern für diese Zeitspanne mit Schreiben vom 29. Juli 2016 definitiv abgelehnt (Urk. 10/A20). Fälligkeit und Verzug traten somit ab dem 29. Juli 2016 ein. Der Kläger beantragte – aufgrund der bis zum 28. Februar 2018 eingeklagten Taggelder – Verzugszinsen ab dem 28. August 2017 als mittlerem Verfalltag zwischen dem 24. Februar 2017 und dem 28. Februar 2018. Da die zu gesprochenen Taggelder im Betrag von Fr. 5'595.55 den Zeitraum vom 30. März bis 25. April 2016 und damit die frühest geschuldeten Leistungen

betreffen, sind die Verzugszinsen von 5 % nicht erst ab dem 28. August 2017, sondern bereits ab dem zur Berechnung des mittleren Verfalltages vom Kläger herangezogenen 24. Februar 2017 geschuldet. 6.6

Zusammenfassend ist die Beklagte in teilweiser Gutheissung der Klage zu verpflichten, dem Kläger den Betrag von Fr. 5'595.55 zuzüglich Zins von 5 % seit dem 24. Februar 2017 zu bezahlen. Im Übrigen ist die Klage abzuweisen. 7.7.1

Gemäss Art. 114 lit. e ZPO werden bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung keine Gerichtskosten gesprochen. Das Verfahren ist kostenlos. 7.2

Aus der Formulierung von Art. 114 ZPO ergibt sich, dass dessen lit. e nur die Gerichtskosten betrifft, nicht aber die Prozessentschädigung an die Gegenpartei (Urteil des Bundesgerichtes 4A\_194/2010 vom 17. November 2010 E. 2.2.1, nicht publiziert in: BGE 137 III 47). Diese umfasst den Ersatz der notwendigen Auslagen, die Kosten einer berufsmässigen Vertretung sowie in begründeten Fällen eine angemessene Umtriebsentschädigung, wenn eine Partei nicht berufsmässig vertreten ist (Art. 95 Abs. 3 ZPO). Die Kantone sind zuständig, die Tarife für die Prozesskosten festzusetzen (Art. 96 ZPO). Das zürcherische Ausführungsgesetz zur ZPO, das Gesetz über die Gerichts- und Behördenorganisation im Zivil- und Strafprozess (GOG), enthält keine für das Sozialversicherungsgericht anwendbare Tarifbestimmung (vgl. 7. Titel des GOG). Dasselbe gilt für die Verordnung über die Anwaltsgebühren. Diese regelt ausdrücklich nur die Parteientschädigungen vor den Schlichtungsbehörden, den Zivilgerichten und den Strafbehörden. Die Bemessung der Parteientschädigung richtet sich somit nach § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sowie den §§ 1, 5 und 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem

Sozialversicherungsgericht ( GebV

SVGer ). Gemäss § 34 Abs. 3 GSVGer ist die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert festzu setzen. Der vertretene Kläger obsiegt im Umfang von rund einem Dreissigstel . Bei einem gerichtsüblichen Ansatz von Fr. 220.-- zuzüglich Mehrwertsteuer ( MWSt ) ist ihm eine um 29/30 gekürzte Parteientschädigung von Fr. 1 00 .-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

7.3

Die Beklagte wurde nicht durch einen externen Anwalt vertreten. Sie hat somit praxismässig – mangels eines besonderen Aufwandes (vgl. BGE 110 V 72 E. 7) – keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 4A\_355/2013 vom 22. Oktober 2013 E. 4.2). Das Gericht erkennt:

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