



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Augustinergasse 3, Postfach 630, 1701 Freiburg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

608 2023 24

Urteil vom 4. Juni 2024

II. Sozialversicherungsgerichtshof

Besetzung	Präsidentin: Richter: Gerichtsschreiber:	Daniela Kiener Anne-Sophie Peyraud Marc Sugnaux Timothy Schertenleib
Parteien	A. _____, Klägerin , vertreten durch Rechtsanwalt Armin Sahli gegen B. _____ AG, Beklagte	
Gegenstand	Leistungen aus der Zusatzkrankentaggeldversicherung nach VVG Klage vom 15. Februar 2023	

Sachverhalt

A. A. _____ (nachfolgend: Versicherte oder Klägerin) war seit dem 1. Juli 2018 als Sachbearbeiterin ("*Gestionnaire administrative*") bei der *Fondation de Prévoyance* C. _____ (nachfolgend: Arbeitgeberin) mit Sitz in D. _____ angestellt. Im Rahmen dieser Anstellung war sie bei der B. _____ AG (nachfolgend: Versicherung oder Beklagte) kollektiv krankentaggeldversichert.

Am 5. August 2021 meldete die Arbeitgeberin der Versicherung, dass die Versicherte seit dem 7. Juli 2021 krankheitsbedingt (ohne nähere Angaben) arbeitsunfähig sei. Auch wird erwähnt, dass die Versicherte vom 7. bis 20. Juli 2021 im E. _____ hospitalisiert gewesen sei. Gestützt auf die Krankheitsmeldung und die eingereichten ärztlichen Zeugnisse der behandelnden Ärzte richtete die Versicherung ab dem 7. Juli 2021 Krankentaggeldleistungen aus.

Das Arbeitsverhältnis wurde per 30. November 2021 aufgelöst. Bis zu diesem Datum erhielt die Versicherte den vollen Lohn. Danach wurden die Krankentaggeldleistungen direkt an sie überwiesen.

B. Nachdem der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, trotz zweimaliger Aufforderung durch die Versicherung dieser keinen Arztbericht eingereicht hatte, gab die Versicherung am 20. Januar 2022 bei Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (nachfolgend: Gutachter), ein Parteigutachten in Auftrag. Die Versicherte wurde auf den 1. Februar 2022 in die Praxis des Gutachters aufgeboten und das Parteigutachten am 15. Januar 2022 (vermutlich aber 15. Februar 2022) erstattet. Darin stellt der Gutachter die Diagnose einer Anpassungsstörung (F43), attestiert der Versicherten in der angestammten Tätigkeit aber eine 100-prozentige Arbeitsfähigkeit seit dem Gespräch vom 1. Februar 2022. Ein Wechsel des Tätigkeitsgebiets sei nicht notwendig, entsprechend entfalle auch die Frage nach der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit.

Nach Einholung einer Stellungnahme ihres Vertrauensarztes Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, teilte die Versicherung der Versicherten mit Schreiben vom 15. März 2022 mit, die Taggeldleistungen würden ausnahmsweise noch bis zum 20. März 2022 ausgerichtet und danach eingestellt. In diesem Kontext wurde die Versicherte auch darauf hingewiesen, dass ein ärztliches Zeugnis nicht mehr genüge, um eine über den 20. März 2022 hinaus andauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Ein detaillierter Arztbericht würde aber dem Vertrauensarzt zur Stellungnahme vorgelegt.

Es folgte ein Schriftenwechsel, in dessen Rahmen die Versicherte diverse medizinische Berichte zu den Akten reichte und die Versicherung – nach Einholung einer weiteren Stellungnahme ihres Vertrauensarztes Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin – an der Leistungseinstellung festhielt.

C. Am 15. Februar 2023 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Armin Sahli, beim Kantonsgesicht Klage gegen die Versicherung. Sie stellt das Begehren, es sei die Klage gutzuheissen und die Beklagte unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu verpflichten, ihr für die Dauer vom 21. März 2022 bis zum 31. Januar 2023 Krankentaggeldleistungen von CHF 66'316.40 zuzüglich Zins zu 5 Prozent ab Klageeinleitung zu bezahlen; das Nachklagerecht für die Zeit ab dem 1. Februar 2023 werde vorbehalten. In der Begründung der Klage wird im Wesentlichen vorgebracht, dass mit den der Beklagten eingereichten medizinischen Berichten der Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit

über den 20. März 2022 hinaus habe nachgewiesen können. Auf das von der Beklagten in Auftrag gegebene Privatgutachten könne indes nicht abgestellt werden, da es unvollständig und widersprüchlich sei, nachweislich falsche Angaben enthalte und sich auch in seinen Schlussfolgerungen insgesamt als nicht nachvollziehbar erweise. Die Leistungseinstellung per 20. März 2022 sei deshalb zu Unrecht erfolgt.

Mit Eingabe vom 24. März 2023 beantragte die Beklagte eine Sistierung des Verfahrens, bis die von der Invalidenversicherungsstelle Freiburg in Auftrag gegebene Expertise (umfassende medizinische Untersuchung mit den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie und Rheumatologie) vorliege. Dieses Begehren wurde von der Instruktionsrichterin mit Verfügung vom 27. April 2023 abgewiesen.

In der Klageantwort vom 23. Juni 2023 beantragt die Beklagte eine Abweisung der Klage. Sie bringt vor, die Klägerin habe ihre Mitwirkungspflichten verletzt und sie durch ihr Verhalten daran gehindert, die medizinische Situation abzuklären. So sei bei Dr. med. G. _____ ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag gegeben worden. Die im Nachgang an das Gutachten eingereichten Arztberichte seien den Vertrauensärzten unterbreitet worden, welche zu den gleichen Schlussfolgerungen wie der Gutachter gekommen seien. Da die medizinischen Beurteilungen der Dres. med. G. _____, H. _____ und I. _____ auf allen wesentlichen Fakten beruhen würden sowie schlüssig und widerspruchsfrei seien, komme ihnen voller Beweiswert zu. Die Krankentaggeldleistungen seien somit zu Recht per 20. März 2022 eingestellt worden.

Es wurde ein zweiter Schriftenwechsel durchgeführt, in dessen Rahmen die Parteien an ihren Anträgen und deren Begründung festhielten.

D. Auf Ersuchen der Instruktionsrichterin vom 6. Februar 2024 machte die Beklagte in ihrer Eingabe vom 23. Februar 2024 Ausführungen dazu, wie die Policen-Nummern vergeben werden, und sie erklärte, dass die zu den Akten gereichte Versicherungspolice Nr. jjj (vormals Policen Nr. kkk resp. III, im internen System Police Nr. mmm) auf den zu beurteilenden Krankheitsfall Anwendung finde.

Mit Eingabe vom 9. April 2024 änderte die Klägerin das Rechtsbegehren dahingehend ab, als sie beantragte, es sei die Beklagte zu verpflichten, ihr für die Dauer vom 21. März 2022 bis zum 31. Januar 2023 Krankentaggeldleistungen von CHF 62'163.70 zuzüglich Zins zu 5 Prozent ab Klageeinleitung zu bezahlen; das Nachklagerecht für die Zeit ab dem 1. Februar 2023 werde vorbehalten. Ausserdem erklärte sie, auf die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung zu verzichten.

Am 15. Mai 2014 (recte: 14. Mai 2024) verzichtete auch die Beklagte auf die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung. Darüber hinaus hielt sie an ihrem Standpunkt fest, dass die Einschätzungen der Dres. med. G. _____, H. _____ und I. _____ auf allen wesentlichen Fakten beruhen würden und schlüssig und widerspruchsfrei seien, weshalb ihnen voller Beweiswert zukomme und auf die Einholung eines weiteren Gutachtens verzichtet werden könne.

E. Auf die weiteren Elemente des Sachverhalts wird, soweit für die Beurteilung der vorliegenden Klage notwendig, in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1. Zu beurteilen ist die Leistungspflicht aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Derartige Zusatzversicherungen unterstehen gemäss Art. 2 Abs. 2 Satz 2 des Bundesgesetzes vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) dem Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) (vgl. auch Art. 2 Ziff. 3 der Allgemeinen Bedingungen der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach VVG, Ausgabe 01.09.2016 [nachfolgend: AVB]). Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (Urteile BGer 4A_637/2020 vom 10. Mai 2021 E. 1.1; 4A_38/2015 vom 25. Juni 2015 E. 2), womit die Schweizerische Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) die massgebliche Verfahrensordnung bildet (Art. 1 Bst. a ZPO; BGE 138 III 558 E. 3.2, bestätigt in BGE 141 III 433 E. 2.4).

Das Kantonsgericht, II. Sozialversicherungsgerichtshof, ist als einzige kantonale Gerichtsinstanz für Klagen über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG zuständig (Art. 31 ZPO und Art. 7 ZPO i.V.m. Art. 53 Abs. 1 des kantonalen Justizgesetzes vom 31. Mai 2010 [JG; SGF 130.1] und Art. 28 Abs. 1 Bst. e des Reglements für das Kantonsgericht vom 22. November 2012 betreffend seine Organisation und seine Arbeitsweise [RKG; SGF 131.11]), ohne dass vorgängig ein Schlichtungsverfahren durchzuführen ist (BGE 138 III 558 E. 4; Urteile BGer 4A_394/2012 vom 4. Oktober 2012 E. 3; 4A_680/2014 vom 29. April 2015 E. 2.2). Auch die AVB bestätigen die Klagemöglichkeit am schweizerischen Wohnort des Versicherten (Art. 33 AVB).

1.2. Die Klage ist am 15. Februar 2023 formrichtig durch die rechtsgültig vertretene Klägerin beim örtlich und sachlich zuständigen Kantonsgericht erhoben worden. Die Partei- und Prozessfähigkeit der Klägerin sowie der Beklagten ist gegeben.

Auf die Klage ist einzutreten.

1.3. Es gilt das vereinfachte Verfahren (Art. 243 Abs. 2 Bst. f ZPO). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen (Art. 247 Abs. 2 Bst. a ZPO).

2.

2.1. Gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 10. Dezember 1907 (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 (BGE 141 III 241 E. 3.1 mit Hinweisen; 139 III 13 E. 3.1.3.1). Diese Grundregeln gelten auch im Bereich des Versicherungsvertrags (BGE 130 III 321 E. 3.1).

Damit hat bei Ansprüchen aus Versicherungsvertrag der Anspruchsberechtigte – in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte – die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruches zu beweisen. Er trägt nicht nur die Beweislast für den Eintritt des Versicherungsfalls, sondern auch für den Umfang des Anspruches. Entsprechend hat der Anspruchsberechtigte zu beweisen, dass er (weiterhin) Anspruch auf Taggelder hat, was unter ande-

rem voraussetzt, dass er nach wie vor arbeitsunfähig ist. Dagegen kann der Versicherer den Gegenbeweis antreten, etwa indem er die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nachweist; um einen von ihm zu erbringenden Hauptbeweis handelt es sich dabei aber nicht. Die Folgen der Beweislosigkeit bezüglich Arbeitsunfähigkeit trägt der Anspruchsberechtigte. Diese Beweislastverteilung ändert sich auch nicht dadurch, dass der Versicherer zunächst Taggeldleistungen erbrachte (Urteil BGer 4A_66/2017 vom 14. Juli 2017 E. 3.2).

2.2. Der Beweis gilt als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist. Absolute Gewissheit kann dabei nicht verlangt werden. Es genügt, wenn das Gericht am Vorliegen der behaupteten Tatsache keine ernsthaften Zweifel mehr hat oder allenfalls verbleibende Zweifel als leicht erscheinen. Ausnahmen von diesem Regelbeweismass, in denen eine überwiegende Wahrscheinlichkeit als ausreichend betrachtet wird, ergeben sich einerseits aus dem Gesetz selbst und sind andererseits durch Rechtsprechung und Lehre herausgearbeitet worden. Den Ausnahmen liegt die Überlegung zu Grunde, dass die Rechtsdurchsetzung nicht an Beweisschwierigkeiten scheitern darf, die typischerweise bei bestimmten Sachverhalten auftreten (vgl. BGE 128 III 271 E. 2b/aa). Die Beweiserleichterung setzt demnach eine "Beweisnot" voraus. Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn ein strikter Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich oder nicht zumutbar ist, insbesondere wenn die von der beweisbelasteten Partei behaupteten Tatsachen nur mittelbar durch Indizien bewiesen werden können. Eine Beweisnot liegt aber nicht schon darin begründet, dass eine Tatsache, die ihrer Natur nach ohne weiteres dem unmittelbaren Beweis zugänglich wäre, nicht bewiesen werden kann, weil der beweisbelasteten Partei die Beweismittel fehlen. Blosser Beweisschwierigkeiten im konkreten Einzelfall können nicht zu einer Beweiserleichterung führen. Für eine behauptete Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit dem Eintritt des Versicherungsfalls gilt somit das ordentliche Beweismass (BGE 148 III 105 E. 3.3.1 und 148 III 134 E. 3.4.1, je mit weiteren Hinweisen; Urteil BGer 4A_172/2022 vom 31. August 2022 E. 2.5).

2.3. Gemäss Art. 55 Abs. 1 ZPO haben die Parteien dem Gericht die Tatsachen, auf die sie ihre Begehren stützen, darzulegen und die Beweismittel anzugeben. Art. 55 Abs. 2 ZPO behält gesetzliche Bestimmungen über die Feststellung des Sachverhaltes und die Beweiserhebung von Amtes wegen ausdrücklich vor, wie sie in Art. 247 Abs. 2 i.V.m. Art. 243 Abs. 2 Bst. f ZPO für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung vorgesehen ist. Auf die Tragweite dieser Bestimmung braucht indessen nicht weiter eingegangen zu werden, denn in jedem Fall gilt, dass das Gericht das Recht von Amtes wegen anwendet (Art. 57 ZPO) (Urteil BGer 4A_535/2015 vom 1. Juni 2016 E. 3.1).

3.

3.1. 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 (NEBEL in Basler Kommentar zum VVG, 2001, Art. 100 N. 10 ff.). Art. 100 Abs. 1 VVG erklärt sodann die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) als anwendbar, soweit das VVG keine Vorschriften enthält.

3.2. Die Beklagte hat mit der C._____ International SA am 25. Februar 2020 den seit 1. Januar 2017 geltenden Vertrag betreffend kollektive Krankentaggeldversicherung mit Wirkung ab 1. Januar 2020 erneuert (Versicherungspolice Nr. kkk; vgl. Klageantwortbeilage 2 und Beilage zu act. 22). Versichert sind alle Mitarbeiter der in der Police namentlich aufgeführten Gesellschaften des C._____ -Konzerns, so unter anderem auch die Mitarbeiter der *Fondation de Prévoyance*

C._____. Die Beklagte konnte in ihrer Eingabe vom 23. Februar 2024 (act. 22) überzeugend darlegen, dass die Versicherungspolice Nr. kkk (resp. für die *Fondation de Prévoyance C._____* Nr. III) durch die Police Nr. jjj (resp. Nr. mmm) ersetzt worden seien und es sich dabei um ein- und dieselbe Police handelt. Gegen diese Ausführungen erhob auch die Klägerin keine Einwände (vgl. act. 24).

Gemäss der Versicherungspolice Nr. jjj (resp. für die *Fondation de Prévoyance C._____* Nr. mmm) ist das gesamte Personal versichert. Die Versicherung deckt die wirtschaftlichen Folgen einer Arbeitsunfähigkeit ab. Der maximal versicherte Jahreslohn liegt bei CHF 400'000.- pro Person. Im Krankheitsfall sind 90 Prozent (vom 1. bis zum 30. Tag) resp. 75 Prozent (vom 31. bis zum 730. Tag) des versicherten Lohnes versichert. Eine Wartefrist wurde nicht vereinbart (Klageantwortbeilage 2 und Beilage zu act. 22).

Die auf die Versicherungspolice Nr. jjj resp. kkk anwendbaren AVB (Allgemeine Bedingungen der kollektiven Krankentaggeldversicherung nach VVG, Ausgabe 01.09.2016) sehen vor, dass die versicherten Personen in der Versicherungspolice aufgeführt sind (Art. 5 Ziff. 1). Die versicherten Personen können unter anderem die Arbeitnehmer sein (Art. 5 Ziff. 2 1. Lemma). Alle Schadenfälle, die während der Dauer der kollektiven Versicherungsdeckung auftreten, werden dem Kollektivvertrag angerechnet (Art. 6 Ziff. 1). Die Versicherungsdeckung beginnt für jeden Versicherten mit dem Tag des Inkrafttretens seines Arbeitsvertrags, frühestens jedoch mit dem Inkrafttreten der Police, und endet unter anderem mit der Beendigung des Arbeitsvertrags (Art. 11 Ziff. 1 und 2 Bst. a). In der Schweiz wohnhafte Versicherte, die nicht mehr zum Kreis der Versicherten zählen, haben das Recht, ihre Versicherungsdeckung ohne neuen Vorbehalt in der Einzelversicherung fortzuführen. Der Versicherte hat dieses Recht innert 90 Tagen nach dem Tag, an dem er aus dem Kreis der Versicherten ausscheidet, geltend zu machen (Art. 12 Ziff. 1 Sätze 1 und 2). Beim Übertritt garantiert der Versicherer eine Versicherungsdeckung, die dem Betrag des Taggelds, der Wartefrist und der Leistungsdauer der kollektiven Police entspricht (Art. 12 Ziff. 3 Satz 1).

Versichert sind eine volle oder teilweise Arbeitsunfähigkeit, diese muss jedoch mindestens 25 Prozent betragen (Art. 13 Ziff. 1 und 2). Dabei gilt als Krankheit jede unbeabsichtigte Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die medizinisch und objektiv feststellbar und nicht auf einen Unfall oder dessen Folgen zurückzuführen ist, und ausserdem eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Unfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 Ziff. 3 Satz 1). In Ergänzung zu dieser Bestimmung hält die Versicherungspolice Nr. kkk fest, dass eine Krankheit erst dann vorliegt, wenn die Arbeitsunfähigkeit während mindestens 3 Tagen ärztlich bestätigt ist (Klageantwortbeilage 2 und Beilage zu act. 22).

4.

Unbestritten ist, dass die Klägerin seit Beginn ihres Arbeitsvertrags (1. Juli 2018) bei der Beklagten kollektiv krankenversichert war. Nach der Meldung des Krankheitsfalls durch die Arbeitgeberin mit Formular vom 5. August 2021 anerkannte die Beklagte ihre Leistungspflicht und richtete der Klägerin vom 7. Juli 2021 bis zum 20. März 2022 Krankentaggeldleistungen aus. Zuletzt betrug das ausgerichtete Taggeld CHF 190.45 (Klagebeilage 10).

Unbestritten ist auch, dass die Klägerin, nachdem der Arbeitsvertrag per Ende November 2021 aufgelöst worden war, in die Einzelversicherung übergetreten ist. Die entsprechende Erklärung der Klägerin, die Versicherungsdeckung in der Einzelversicherung fortzuführen zu wollen, findet sich in den ins Recht gelegten Akten aber nicht.

Streitig ist indessen, ob die Beklagte ihre Krankentaggeldleistungen zu Recht per 20. März 2022 eingestellt hat. Sie tat dies unter Berufung auf das Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 15. Februar 2022 (Klageantwortbeilage 16) sowie die Stellungnahmen der Vertrauensärzte Dres. med. H. _____ vom 8. März 2022 (Klageantwortbeilage 20) und I. _____ vom 20. März 2022 (Klageantwortbeilage 24), die auf eine volle Arbeitsfähigkeit seit dem Datum der Untersuchung durch den Gutachter vom 1. Februar 2022 schliessen. Die Klägerin wiederum beruft sich auf diverse medizinische Berichte ihrer Ärzte, die ihr auch über den 20. März 2022 hinaus eine volle Arbeitsunfähigkeit attestieren.

4.1. Es wurde bereits gesagt, dass die Klägerin den Hauptbeweis dafür erbringen muss, dass sie über den 20. März 2022 hinaus arbeitsunfähig war (vgl. vorstehende E. 2.1). Sie beruft sich dabei auf die folgenden medizinischen Berichte:

4.1.1. Vom 7. Juli 2021 bis 20. Juli 2021 war die Klägerin in der Universitätsklinik für Rheumatologie und Immunologie des E. _____ zur multimodalen Komplextherapie hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 13. September 2021 stellt Dr. med. N. _____, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, die folgenden Diagnosen: Chronische Kopfschmerzen rechts occipital mit Ausstrahlung nach fronto-temporal, Granulomatose mit Polyangiitis (ES 10/2014, ED 11/2014), unklare Visusbeeinträchtigung sowie Meningeom hochfrontal links (08/2021), ohne Indikation für eine (radio-)chirurgische Therapie. Die Ärztin berichtet, bei der Patientin liege ein chronisches Kopfschmerzsyndrom vor. Die Schmerzen seien seit 5 Jahren zunehmend, occipital rechtsbetont mit Ausstrahlung in die rechte Gesichtsseite. Die dreimalige Infiltration des Nervus occipitalis (12.11.2020, 01.12.2020 und 11.02.2021) habe kein Ansprechen gezeigt. Klinisch hätten sich insbesondere myofasziale Triggerpunkte des M. trapezius ohne aktuelle Hinweise auf eine Radikulopathie gezeigt, der Spurlingtest sei nicht pathologisch gewesen. Ambulante Physiotherapie sowie medikamentöse Analgesie hätten nur eine transiente Besserung gebracht. Während der Hospitalisation habe eine definitive Abklärung der Problematik im Sinne einer ätiologischen Auseinandersetzung im Vordergrund gestanden. Bereits bekannt gewesen sei ein Meningeom hochfrontal links (MRI vom 21.11.2019). Am 13.07.2021 sei ein erneutes MRI durchgeführt worden (Befunde: bekanntes Meningeom hoch frontal links mit einem Durchmesser von ca. 10mm, DVA [Developmental Venous Anomaly] frontal rechts). Die Patientin sei bereits ambulant bei den Neurochirurgen angebunden. Aus neurochirurgischer Sicht hätten die Schmerzen keinen Zusammenhang mit dem stabilen Meningeom. Weitere neurologische Abklärungen würden empfohlen (Klagebeilage 24; vgl. auch die Berichte vom 16. Februar 2021, 11. Dezember 2020, 19. November 2020 und 13. August 2020 der Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie des E. _____, Klageantwortbeilage 37).

Für den Zeitraum vom 7. Juli 2021 bis 30. September 2021 wurde der Klägerin von den Ärzten der Universitätsklinik für Rheumatologie und Immunologie des E. _____ eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Klagebeilage 8).

4.1.2. Am 26. August 2021 berichtete Dr. med. O. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin sowie Leitender Arzt der Universitätsklinik für Rheumatologie und Immunologie des E. _____ über einen insgesamt stationären, bezüglich der okzipitalen Kopfschmerzen regredienten Gesundheitszustand. Aufgrund der sozialen Belastungssituation sei die Patientin bis zum 30. September 2021 arbeitsunfähig (Klagebeilage 23).

Am 2. März 2022 berichtete derselbe Arzt über eine ambulante Konsultation vom 25. Februar 2022 und bestätigte die gestellten Diagnosen. Anamnestisch würden weiterhin Schmerzen im Schulter-/

Nackenbereich und damit verbunden Erschöpfbarkeit und ungenügende Fokussierung im Alltag erwähnt. Klinisch bestehe eine leichtgradige Einschränkung der unteren und oberen Halswirbelsäule, hauptsächlich tendomyotisch bedingt, dies bei Druckdolenz im Bereich des Mastoids bds. wie auch des Trapezius. Zudem würden sich kostotransversale Dysfunktionen zeigen, welche im Rahmen der heutigen ambulanten Konsultation hätten mobilisiert werden können. Die Situation sei für die Patientin sehr frustrierend, insbesondere die ungenügende Fokussierung im Alltag, die rasche Erschöpfbarkeit sowie die Konzentrationsminderung würden sie sehr limitieren, dies durch anamnestisch Kopfschmerzen und Nackenbeschwerden verursacht. Die Entität der Schmerzen, insbesondere die Frage, ob die Beschwerden nun im Rahmen der Granulomatose mit Polyangiitis bestehen oder aufgrund eines Sturzes im 11/2019 auf die rechte Seite, lasse sich aktuell nicht beantworten. Ebenfalls lasse sich die Frage nach Selbstlimitierung nicht konklusiv beantworten, auch wenn hierfür aus der heutigen ambulanten Konsultation mehrere Faktoren vorliegen dürften (Klagebeilage 21).

4.1.3. Der behandelnde Hausarzt, Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, wiederum stellt in seinem Bericht vom 29. Januar 2022 die folgenden Diagnosen: chronische therapieresistente Cephalen, aggraviert durch ein Schädel-Hirn-Trauma 11/2019, Granulomatose mit Polyangiitis, bestehend seit 11/2014, und Erschöpfungsdepression/Burnout, bestehend seit 04/2021, aggraviert durch Mobbingssituation 05/2020-2021. Die Kopfschmerzen und die depressive Entwicklung werden als mittelgradig bis schwer bezeichnet, die Patientin leide namentlich unter Schlaflosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Gewichtsverlust. Sie stelle sich alle 3-4 Wochen bei ihm vor und suche auch einen Psychologen auf. Aktuell sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben (auch nicht partiell), sobald aber die depressive Symptomatik unter Kontrolle sei, sei eine neue Stelle zu erwägen (Klagebeilage 20).

Dieselben Diagnosen werden auch im Bericht vom 9. März 2022 gestellt. Die beklagten Schmerzen werden mit mittelgradig bis schwer (Kopfschmerzen) resp. schwer (Nackenschmerzen) angegeben, die depressive Entwicklung mit leicht. Aufgrund der Kopfschmerzen sei es der Patientin nicht möglich, sich auf die Arbeit zu konzentrieren (Klagebeilage 22).

Dr. med. F. _____ attestierte der Klägerin vom 1. Oktober 2021 bis 30. April 2022 und vom 1. Juli 2022 bis 28. Februar 2023 eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit (Klagebeilagen 8, 28; vgl. auch Klagebeilage 35).

Am 9. Februar 2023 äusserte sich der Hausarzt ein weiteres Mal zum Krankheitsgeschehen. Die Aetiologie der Beschwerden dürfte multifaktoriell sein: Im Rahmen der bestehenden Granulomatose (Autoimmunerkrankung), einer mindestens mittelgradigen depressiven Entwicklung und eines Schädel-Hirn-Traumas im Jahr 2019. Die bestehende ausgeprägte Anpassungsstörung dürfte auch in diesem multifaktoriellen Kontext gesehen werden. Die Patientin sei aktuell und bis auf weiteres nicht oder nur begrenzt arbeitsfähig (Klagebeilage 35).

4.1.4. Auf Zuweisung des Hausarztes wurde die Klägerin am 3. Dezember 2021 von Dr. med. P. _____, Facharzt für Neurologie, untersucht. In seinem Bericht vom selben Tag stellte der Arzt die Diagnosen einer locoregionalen Granulomatose mit Polyangiitis sowie von chronischen Spannungskopfschmerzen (zusätzlich Medikamentenübergebrauchskopfschmerz, vermutlich damit assoziierte neuropsychologische Störungen wie Konzentrationsstörungen und Wahrnehmungsstörung). Der Kopfschmerz könne nicht klar klassifiziert werden, ein Spannungskopfschmerz käme in Frage, ebenso eine "wahrscheinliche" Migräne. Die Symptome seien teils widersprüchlich (Belastungsintoleranz, trotzdem mache sie Gymnastik während der Kopfschmerzen), eine funktionelle Teil-

ursache sei anzunehmen (eine GON-Infiltration habe zu transienter Taubheit am Gesäss geführt), ebenso ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz. Er empfehle, eine psychosomatische Beurteilung einzuholen (Klagebeilage 25).

4.1.5. Auf Zuweisung von Dr. med. P. _____ wurde die Klägerin am 15. März 2022 in der ambulanten Sprechstunde der Universitätsklinik für Neurologie, Psychosomatische Medizin, des E. _____ untersucht. Im Bericht vom 29. März 2022 erachtet Dr. med. Q. _____ Fachärztin für Infektiologie und für Allgemeine Innere Medizin, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen als ursächlich, eine Sensitivierung bei *action* und *pain proneness* als begünstigende Faktoren werde vermutet. Als Zeichen der zentralen Sensitivierung zeige sich die erhöhte Druckempfindlichkeit (Alpopeg) in der klinischen Untersuchung. Auch unter Berücksichtigung der erlittenen Konflikte am letzten Arbeitsplatz und der Belastung durch die somatische Erkrankung und die chronische Schmerzstörung sei der Patientin ein psychologisches Coaching empfohlen worden. Ferner sei eine ambulante Physiotherapie mit Fokus auf Entspannung und Achtsamkeit besprochen worden (Klagebeilage 26).

4.1.6. Vom 15. Mai 2022 bis 8. Juni 2022 befand sich die Klägerin in der Privatklinik R. _____ in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 14. September 2022 stellt Dr. med. S. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die folgenden Diagnosen: mittelgradige depressive Episode mit starken Konzentrationsstörungen und Antriebslosigkeit (F32.1), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) und Reaktionen auf schwere Belastung mit Erschöpfungssymptomatik (F43.8). Bei der Patientin handle es sich um eine komplexe Problematik. Es sei bei ihr eine Wegener Vaskulitis (heute bekannt als Granulomatose mit Polyangiitis) diagnostiziert worden und diese sei bisher noch nicht behandelt worden. Die Ursache für ihre Kopfschmerzen könnte also auch diese Autoimmunerkrankung sein. Es bräuchte weitere diagnostische Untersuchungen. Von der Gesamtsituation fühle sich die Patientin erschöpft und nicht richtig verstanden. Starke Konzentrationsstörungen seien beim Aufenthalt vorhanden gewesen, aktuell sei die Ursache für die Kopfschmerzen und für die Konzentrationsstörungen unklar. Von der psychischen Seite könne gesagt werden, dass die Patientin mit der ganzen Situation überfordert sei. Sie wolle gerne wieder arbeiten, aufgrund der starken Kopfschmerzen mit Konzentrationsstörungen werde nun aber ein kleiner Arbeitseinstieg empfohlen. Alle Symptome zusammen mit den Augenproblemen, welche sich stark verschlimmert hätten, würden zeigen, dass sie noch weitere immunologische und neurologische Untersuchungen bräuchte. Für eine weitere Diagnostik werde ein Aufenthalt auf einer Immunologie-, Neurologie- oder Psychosomatikstation empfohlen. Die Kostengutsprache für den geplanten Aufenthalt auf der psychosomatischen Station der Rehaklinik T. _____ sei aber abgelehnt worden (Klagebeilage 27; die letzte Seite des Berichts findet sich in Klagebeilage 8).

Der Patientin wurde vom 17. Mai 2022 bis 2. Juli 2022 eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Klagebeilagen 8, 28).

4.1.7. Am 8. Juni 2022 berichtete Dr. med. U. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, über eine im Rahmen des Aufenthalts in der Privatklinik R. _____ stattgehabte naturaltherapeutische Behandlung vom 31. Mai 2022 bis 7. Juni 2022, in dessen Rahmen sich die HWS-Beweglichkeit eindrücklich verbessert habe und der neuralgieforme Schmerz fast vollständig verschwunden sei. Insgesamt habe die Patientin weniger Schmerzen und fühle sich viel besser. Es sei vorgesehen, die Naturaltherapie unter ambulanten Bedingungen weiterzuführen (Klagebeilage 29).

4.1.8. Am 22. September 2022 und 20. Dezember 2022 fanden zwei weitere Infiltrationen statt (Klagebeilagen 31, 32).

4.1.9. Am 12. und 26. Januar 2023 wurde die Klägerin durch Dr. med. V. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, rheumatologisch beurteilt. Dieser stellte die folgenden Diagnosen: ANCA assoziierte Kleingefässvaskulitis (ES 10/2014, ED 11/2014), chronische zervikozepale Kopfschmerzen mit Ausstrahlung Ohr rechts, Meningeom hochfrontal links, Glaukom anamnestisch, Myopie. Die ANCA-assoziierte Kleingefässvaskulitis sei zurzeit in Remission, das Hauptproblem der Patientin sei weiterhin die zervikozepale Schmerzproblematik, wobei bereits in Jugendjahren ein HWS-Distorsionstrauma aufgetreten sei. Zwischenzeitlich seien immer wieder Nackenbeschwerden aufgetreten, zusätzlich werde auch über Schulterbeschwerden rechts geklagt. Die Patientin sei umfänglich abgeklärt worden, wobei keine ursächliche Pathologie gefunden worden sei. Bei bekanntem Glaukom sei ebenfalls eine entsprechende Therapie laufend. Klinisch zeige sich eine artikuläre Disfunktion im Bereich der oberen HWS, zusätzlich seien vor allem ausgeprägte myofasziale Begleitbefunde vorhanden, insbesondere im Bereich des Sternocleidomastoideus rechts. Aktivierte Triggerpunkte in der Muskulatur könnten die Beschwerden der Patientin miterklären. Bei zusätzlich leichter Impingement-Symptomatik der Schulter sei in der aktuellen Schultersonographie lediglich eine leichte Supraspinatussehnentendinose mit minimaler Ansatzverkalkung und Bursareizung ersichtlich. Ob dies ebenfalls einen Einfluss auf die Problematik habe, sei vorerst spekulativ (Klagebeilagen 33, 34).

4.2. Bei den vorgelegten Arztzeugnissen steht ausser Zweifel, dass die Klägerin den Hauptbeweis erbringen konnte, dass sie über den 20. März 2022 hinaus und bis mindestens 31. Januar 2023 arbeitsunfähig war. Für diesen Zeitraum wurde der Klägerin von den Ärzten der Universitätsklinik für Rheumatologie und Immunologie des E. _____ und der Privatklinik R. _____ sowie von ihrem Hausarzt – mit Ausnahme der Periode vom 1. Mai bis 16. Mai 2022 – eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit attestiert. Zu erwähnen ist auch, dass sämtliche Ärzte, die sich zur Arbeitsfähigkeit der Klägerin geäussert haben, von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen sind. Auch wenn die Ursache der hauptsächlich beklagten Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und der Erschöpfbarkeit bislang nicht restlos geklärt werden konnte, so wurden der Klägerin von den beigezogenen Fachärzten verschiedene somatische und psychiatrische Diagnosen gestellt und nur ein Arzt (Dr. med. O. _____) verweist auf eine soziale Belastungssituation und eine mögliche Selbstlimitierung (Bericht vom 2. März 2022; Klagebeilage 21). Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang namentlich die verschiedentlich erwähnte multifaktorielle resp. komplexe Problematik mit einer noch unbehandelten Granulomatose mit Polyangiitis, einem Schädel-Hirn-Trauma 11/2019, einer depressiven Entwicklung (F32.1), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychiatrischen Anteilen (F45.41) und einer Erschöpfungssymptomatik (F43.8). Die Klägerin hat zwei stationäre Aufenthalte sowie zahlreiche Infiltrationen hinter sich, die aber jeweils nur kurzzeitig zu einer gewissen Entspannung der Beschwerdesymptomatik geführt haben.

5.

Bleibt zu prüfen, ob die Beklagte den Gegenbeweis zu erbringen mag, dass über den 20. März 2022 hinaus keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorgelegen hat. Sie beruft sich dabei auf die folgenden medizinischen Akten:

5.1. In der von der Beklagten in Auftrag gegebenen Expertise von Dr. med. G. _____ (Klageantwortbeilage 16) wird einzig eine Anpassungsstörung (F43) festgehalten. Diese limitiere sich zeitlich auf die Zeit, als die Klägerin noch gearbeitet habe. Eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer

Sicht liege aber spätestens seit dem Datum der Untersuchung vom 1. Februar 2022 nicht mehr vor (Gutachten S. 9, 10). Anlässlich der Untersuchung konnte der Gutachter keine klinischen Befunde im kognitiven Bereich erheben, namentlich keine Schwierigkeiten bei der Aufmerksamkeit, der Auffassungsgabe, der Konzentration und dem Lang- oder Kurzzeitgedächtnis (Gutachten S. 6-7); auch konnte er keine depressive Beschwerdesymptomatik feststellen (Gutachten S. 7). Die Schilderungen der Patientin und die erhobenen Befunde würden also nicht übereinstimmen, bei starken Kopfschmerzen könnten aber die beklagten kognitiven Beeinträchtigungen durchaus auftreten (Gutachten S. 8).

Die Klägerin hält dem Gutachten entgegen, dass es nachweislich falsche Angaben enthalte. So sei sie auf den 1. Februar 2022, 12.30 Uhr, vorgeladen worden (vgl. Klageantwortbeilage 15). Bereits um 13.41 Uhr habe sie im Restaurant, das sich in einer Gehdistanz von 7 Minuten von der Praxis des Gutachters befinde (Klagebeilage 18), einen Kaffee und Kuchen bezahlt (Klagebeilage 19), weshalb das gesamte Gespräch von Begrüssung bis Verabschiedung allerhöchstens 45 Minuten dauern können (Klage S. 7). Nach der Begrüssung habe der Gutachter in seinen Unterlagen geblättert und erklärt, dass er das falsche Dossier vor sich habe; er müsse ihr Dossier noch holen. Von den maximal 45 Minuten seien also schon einige Minuten vergangen, bis der Gutachter überhaupt die richtigen Akten zur Hand gehabt und vom Inhalt Kenntnis genommen habe. Er sei also auf das Gespräch mit der Klägerin auch nicht vorbereitet gewesen (Klage S. 8). Ausserdem sei das Gutachten unvollständig. So habe die Klägerin dem Gutachter berichtet, dass sie als Kind mehrere Gehirnerschütterungen erlitten habe, nach einem Autounfall sei bei ihr sogar ein Schleudertrauma diagnostiziert worden. Ausserdem habe sie vor rund 20 Jahren eine Blutvergiftung erlitten. Diese Informationen wie auch die berufliche Anamnese würden im Gutachten gänzlich fehlen (Klage S. 9)

Diese Tatsachenbehauptungen werden von der Beklagten nicht bestritten. Zwar erklärt die Beklagte in ihrer Klageantwort unter "A. Formelles", dass sämtliche Ausführungen der Klägerin als bestritten gelten, sofern sie nicht mit den Ausführungen der Beklagten übereinstimmen oder ausdrücklich als zutreffend anerkannt werden (Klageantwort S. 2). Aus dem Umkehrschluss aus Art. 222 Abs. 2 Satz 2 ZPO, wonach die beklagte Partei darzulegen hat, welche Tatsachenbehauptungen der klagenden Partei *im Einzelnen* anerkannt oder bestritten werden, folgt gemäss der herrschenden Lehre aber, dass sogenannte pauschale Bestreitungen unzulässig sind (vgl. MEIER, Die Behauptungs-, Bestreitungs- und Substantiierungslast im ordentlichen und vereinfachten Verfahren nach dem Verhandlungsgrundsatz der Schweizerischen Zivilprozessordnung, 2015, Rz. 254 ff. mit Hinweisen auf Literatur und Rechtsprechung). Das Gericht kann folglich die behaupteten Tatsachen als unbestritten hinnehmen.

Weit schwerwiegender wiegt aber, dass der Gutachter zum Zeitpunkt, als er das Gutachten erstattete, über keine medizinischen Akten betreffend die Klägerin verfügte (vgl. Gutachten S. 2). Umso mehr erstaunt es, dass er die Klägerin nicht auf ihre Hospitalisation vom 7. bis 20. Juli 2021 im E._____ angesprochen hat, die auf der Krankheitsmeldung vom 5. August 2021 vermerkt ist (vgl. Klageantwortbeilage 4), welche dem Gutachter offensichtlich vorgelegen hat (vgl. Gutachten S. 1: "*Pour la réalisation du présent rapport, je me suis basé sur [l'É]tude de votre dossier que vous avez eu l'amabilité de me transmettre*"). Zudem enthält das Gutachten keine Anamnese der Krankheitsgeschichte, respektive beschränkt sich diese auf stattgefundene und abgesagte psychiatrische und psychologische Konsultationen sowie die (Nicht-)Einnahme von psychotropen Medikamenten (vgl. Gutachten S. 4). Zwar wird auch erwähnt, dass die Klägerin viele Schmerzmittel einnimmt. Diese Aussage lässt der Gutachter aber einfach im Raum stehen und fragt nicht weiter nach.

Weiter hat die Klägerin dem Gutachter anlässlich der Untersuchung vom 1. Februar 2022 zwar den Bericht von Dr. med. F. _____ vom 29. Januar 2022 überreicht, welcher auf chronische therapieresistente Cephalen, eine Granulomatose mit Polyangiitis und eine Erschöpfungsdepression/Burnout verweist (vgl. Klageantwortbeilage 19). Dieser Bericht ist aber nur sehr kurz gehalten und war für den Gutachter offenbar nicht lesbar (vgl. Gutachten S. 2: "*Le rapport est illisible [écrit à la main]*"). Die übrigen dem Gericht vorliegenden Arztberichte, die teils vor teils nach der Untersuchung vom 1. Februar 2022 datieren und u.a. auch den Fachbereich der Psychiatrie beschlagen (so namentlich die Berichte der Dres. med. Q. _____ und S. _____), wurden dem Gutachter nie vorgelegt.

Es ist also festzustellen, dass das Gutachten nicht nur falsche Angaben enthält und unvollständig ist, sondern auch das Krankheitsgeschehen nicht vollständig erfasst. So gründet die Meinung des Gutachters einzig auf einem knappen Bericht des Hausarztes und einem höchstens 45-minütigen Gespräch (ohne Tests und umfassender medizinischer Anamnese), was bei Weitem nicht ausreicht, um eine psychiatrische Diagnose zu stellen oder zu vereinen. Dies dürfte auch der Beklagten bewusst gewesen sein, hat sie doch im Schreiben vom 15. März 2020 der Klägerin gegenüber signalisiert, dass, sollte ein Arztbericht bei ihr eingehen, der das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit ärztlich bestätige, dieser dem Vertrauensarzt vorgelegt werde (vgl. Klageantwortbeilage 21). Das Gutachten ist also aus all diesen Gründen nicht geeignet, ernsthafte Zweifel an den anderslautenden (begründeten) Berichten der behandelnden Ärzte zu begründen.

5.2. Die Beklagte beruft sich ausserdem auf zwei Stellungnahmen der Vertrauensärzte Dres. med. H. _____ und I. _____.

Dr. med. H. _____ beschränkt sich in seiner Stellungnahme vom 8. März 2022 (Klageantwortbeilage 20) darauf, sich dem Gutachten anzuschliessen. Da auch ihm die Berichte der behandelnden Ärzte nicht vorgelegen haben, kann auf das bereits Gesagte verwiesen werden.

Dr. med. I. _____ wiederum wurden die folgenden medizinischen Berichte vorgelegt: Berichte vom 29. Januar 2022 und 9. März 2022 von Dr. med. F. _____, Bericht vom 3. Dezember 2021 von Dr. med. P. _____, Bericht vom 9. Februar 2022 der Schmerzsprechstunde des W. _____ (vgl. Klageantwortbeilage 19) sowie Bericht vom 2. März 2022 von Dr. med. O. _____. Inwiefern sich der Vertrauensarzt mit diesen Berichten tatsächlich auseinandergesetzt hat, ist dem Bericht vom 20. März 2022 (Klageantwortbeilage 23) aber nicht zu entnehmen. So hält der Vertrauensarzt fest, dass alle Ärzte chronische Kopfschmerzen diagnostizieren würden, ohne eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren, was aber nicht den Tatsachen entspricht (vgl. namentlich die Berichte von Dr. med. F. _____, die sehr wohl eine Arbeitsunfähigkeit ab dem 7. Juli 2021 ärztlich bestätigen; Klageantwortbeilage 19). Zudem erwähnen die Dres. med. F. _____, O. _____ und P. _____ in ihren Berichten auch eine Granulomatose mit Polyangiitis, Dr. med. F. _____ zusätzlich eine Erschöpfungsdepression/Burnout und Dr. med. O. _____ eine unklare Visusbeeinträchtigung. Der Arzt des W. _____, Dr. med. X. _____, Facharzt für Anästhesiologie mit interdisziplinärem Schwerpunkt in Interventioneller Schmerztherapie (SSIPM), wiederum erwähnt ein spondylogenes posttraumatisches Schmerzsymptom. Diese Diagnosen werden vom Vertrauensarzt in seiner Stellungnahme aber nicht erwähnt, geschweige denn diskutiert. Stattdessen hält der Vertrauensarzt fest, dass er in den vorgelegten Berichten nirgendwo einen Hinweis auf die Diagnose eines "Long COVID" erkennen könne ("*Je ne vois nulle part une notion ou un diagnostic de "Long COVID"*"). Diese Aussage scheint aus der Luft gegriffen, geht doch den dem Vertrauensarzt vorgelegten Berichten nicht hervor, dass die von der Klägerin beklagten Kopfschmerzen von den behandelnden Ärzten je mit einem Long-COVID-Syndrom in Verbindung gebracht worden wären. Als mögliche Ursachen der beklagten Schmerzen werden vielmehr ein Schädel-Hirn-Trauma

11/2019 resp. ein posttraumatisches Schmerzsyndrom, eine depressive Entwicklung (Erschöpfungsdepression/Burnout), eine bislang nicht behandelte Granulomatose mit Polyangiitis sowie Verspannungen oder ein Medikamentenübergebrauch genannt. Wenn der Vertrauensarzt die von der Klägerin beklagten Symptome einzig mit Blick auf ein mögliches Long-COVID-Syndrom beurteilt, muss davon ausgegangen werden, dass er die ihm vorgelegten Bericht nicht (richtig) gelesen oder verstanden hat. Damit ist auch diese Stellungnahme nicht geeignet, ernsthafte Zweifel an den Berichten der behandelnden Ärzte zu begründen.

5.3. Weitere Beweise werden von der Beklagten nicht offeriert. Namentlich erachtet sie auch die Einholung eines Gerichtsgutachtens als nicht notwendig (Klageantwort S. 12; Eingabe vom 15. Mai 2014 [recte: 14. Mai 2024], act. 26). Ein solches wäre denn auch nicht geeignet, begründete Zweifel an den Berichten der behandelnden Ärzte zu erbringen, da sich die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vom 20. März 2022 bis 31. Januar 2023 nur auf die subjektiven Vorbringen der Klägerin und die echtzeitliche medizinische Dokumentation stützen könnte, die bereits in das Verfahren eingebracht wurde und – wie gesehen – eine volle Arbeitsunfähigkeit für diesen Zeitraum bestätigt (vgl. vorstehende E. 4).

Damit scheidet die Beklagte mit ihrem Gegenbeweis.

6.

Bleibt zu prüfen, ob sich die Beklagte zu Recht darauf beruft, die Klägerin sei ihren Mitwirkungspflichten nicht nachgekommen und habe durch ihr Verhalten eine Abklärung des medizinischen Sachverhalts verhindert.

6.1. Gemäss Art. 39 Abs. 2 Ziff. 2 VVG kann der Versicherungsvertrag verfügen, dass die Auskünfte (Art. 39 Abs. 1 VVG) und Belege, insbesondere auch ärztliche Bescheinigungen (Art. 39 Abs. 2 Ziff. 1 VVG), bei Verlust des Versicherungsanspruchs, binnen bestimmter, angemessener Frist gemacht werden müssen. Die Frist läuft von dem Tage an, an dem der Versicherer den Anspruchsberechtigten, unter Androhung der Säumnisfolgen, schriftlich aufgefordert hat, diese Mitteilungen zu machen.

Enthält der Vertrag eine Verwirkungsklausel, so kann diese vereinbarte Rechtsfolge aber nur eintreten, wenn der Versicherer dem Versicherten bereits im Vertrag (und nicht erst mit der schriftlichen Mahnung) eine angemessene Frist zur Erfüllung der Auskunfts- und Mitwirkungspflichten eingeräumt hat; diese Frist muss "bestimmt", d.h. genau (nach Tagen, Wochen o.a.) bemessen sein (LANDOLT/PRIBNOW, Privatversicherungsrecht, 2022, Rz. 650; in diesem Sinne bereits KELLER/RÖLLI, Kommentar zum Schweizerischen Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 1968, S. 574). Hinzu kommt eine besondere Erfüllungsaufforderung; die Vertragsabrede bzw. Vereinbarung in den AVB allein genügt nicht. Der Anspruchsberechtigte ist also nach Eintritt des Versicherungsfalls nochmals ausdrücklich zur Erfüllung seiner Pflichten innert der vereinbarten Frist anzuhalten und ausserdem auf die Säumnisfolgen aufmerksam zu machen. Dafür ist Schriftform vorgeschrieben. Dass die Mahnung die verlangten Auskünfte möglichst präzise umschreiben sollte, vor allem falls dies noch nicht geschah, versteht sich von selbst. Die gewährte Frist beginnt zu laufen, sobald die Aufforderung des Versicherers beim Anspruchsberechtigten eingetroffen ist (zum Ganzen: NEF *in* Basler Kommentar zum VVG, 2001, Art. 39 N. 17).

Wenn der Vertrag als Sanktion für die Verletzung der Auskunfts- und Mitwirkungspflichten die Verwirkung des Versicherungsanspruchs vorsieht, sind somit die strengen Formalien von Art. 39 Abs. 2 VVG einzuhalten. Dazu gehört auch die Statuierung einer bestimmten Frist in den AVB (vgl.

auch Urteil HG160187-O des Handelsgerichts des Kantons Zürich vom 27. Juli 2017 E. 3.4.2, das Bezug nimmt auf NEF). Dieser Nachteil tritt aber nach Art. 45 Abs. 1 VVG nicht ein, wenn die Verletzung nach den Umständen als eine unverschuldete anzusehen ist (zum Ganzen: Urteil BGer 4A_350/2007 vom 3. Oktober 2007 E. 3.4; siehe auch Urteil KG FR 608 2021 125 vom 13. Oktober 2022 E. 6).

6.2. Die AVB sehen in Art. 26 verschiedene Pflichten des Versicherten vor: Er hat unter anderem dem Versicherer unaufgefordert oder auf Verlangen alle Unterlagen, die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig sind (Vollmacht, medizinische Belege, Verfügung und/oder Abrechnung anderer Versicherer usw.) zu liefern und ihm ausserdem unverzüglich jede Änderung seiner Situation mit möglichen Auswirkungen auf den Leistungsanspruch (Änderung des Unfähigkeitsgrads, Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse, Anspruch auf Leistungen Dritter u.a.) zu melden (Ziff. 2), das ärztliche Personal, das er konsultiert hat, vom Arzt- und Berufsgeheimnis gegenüber dem Vertrauensarzt des Versicherers zu befreien (Ziff. 3), mit dem Versicherer und von ihm beauftragten Dritten (Schadeninspektoren, Sachbearbeiter, Ärzte u.a.) zusammenzuarbeiten, insbesondere deren Anweisungen zu befolgen, die verlangten Unterlagen zu liefern und die Fragen des Versicherers vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten (Ziff. 4) und spätestens 6 Monate nach Beginn der Unfähigkeit einen Leistungsantrag bei der Invalidenversicherung oder, auf Empfehlung des Versicherers, bei einer anderen Sozialeinrichtung zu stellen (Ziff. 5). Ausserdem unterliegt der Versicherte der Schadenminderungspflicht, was ihn insbesondere zur Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungseinrichtungen (Invaliden-, Unfall-, Militärversicherung u.a.) verpflichtet (Ziff. 6).

Wenn der Versicherte diese Pflichten nicht einhält, können die Leistungen vorübergehend oder definitiv gekürzt oder verweigert werden (Art. 18 Ziff. 2 Bst. b AVB). Ausserdem können die Leistungen dann vorübergehend oder definitiv gekürzt oder verweigert werden, wenn sich der Versicherte weigert, bei den Anordnungen des Versicherers mitzuwirken (z.B. sich von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen), oder wenn er ohne triftigen Grund nicht zu einer vom Versicherer angeordneten Vorladung erscheint, wenn er sich weigert, Auskünfte zu Tatsachen zu geben, von denen er Kenntnis hat und die für die Berechnung des Leistungsanspruchs relevant sein können oder wenn er den Leistungsantrag bei der Invalidenversicherung nicht oder nicht rechtzeitig stellt (Art. 18 Ziff. 2 Bst. c-e).

6.3. Vorliegend ist festzustellen, dass eine nach Tagen, Wochen o.a. bestimmte Frist, innert welcher die versicherte Person mitzuwirken hat, um sich nicht dem Vorwurf der Verletzung von Verhaltenspflichten auszusetzen, weder in der Versicherungspolice noch in den AVB definiert wurde. In letzteren findet sich unter Art. 13 Ziff. 3 Bst. b lediglich die Bestimmung, dass der Versicherer Leistungen für eine ärztlich attestierte und nachgewiesene Unfähigkeit übernimmt, die Bestätigungen des Arztes auf regelmässigen Konsultationen in seiner Praxis beruhen und dem Versicherer mindestens einmal pro Monat vorgelegt werden müssen. Um eine Verwirkungsklausel im Sinne von Art. 39 Abs. 2 Ziff. 2 VVG handelt es sich dabei aber nicht, wurden doch in besagter Bestimmung keinerlei Säumnisfolgen vereinbart. Auch wurde die Klägerin von der Beklagten nie unter Androhung der Säumnisfolgen zur Einreichung von Arztberichten aufgefordert. Die Beklagte kann sich somit bereits aus diesem Grund nicht auf eine Verletzung der Mitwirkungspflichten berufen, um der Klägerin ihren Leistungsanspruch zu verweigern.

6.4. Es ist zwar nicht von der Hand zu weisen, dass der Beklagten zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit keine Arztberichte, sondern nur Arztzeugnisse eingereicht wurden. Die Beklagte hat aber auch keine solchen von der Klägerin verlangt. Mit Schreiben vom 5. Januar 2022 und 25. Januar 2022 hat die Beklagte vom Hausarzt der Klägerin, Dr. med. F. _____, erstmals einen Arztbericht

einverlangt (Klageantwortbeilage 13), der aber nie eingereicht wurde, weshalb sie bei Dr. med. G. _____ ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag gegeben hat (Klageantwortbeilagen 14, 15). Die Klägerin ist zur Untersuchung vom 1. Februar 2022 erschienen, hat dem Gutachter einen Arztbericht ihres Hausarztes, datiert vom 29. Januar 2022, überbracht und auch auf seine Fragen geantwortet; Gegenteiliges lässt sich dem Gutachten auf jeden Fall nicht entnehmen (vgl. Klageantwortbeilage 16). Auch hat sie sich auf Aufforderung der Beklagten bei der Invalidenversicherung angemeldet (vgl. Klageantwortbeilage 18, 38).

Ausserdem liess die Klägerin der Beklagten am 15. März 2022 verschiedene Arztberichte zukommen, so die Berichte vom 29. Januar 2022 und 9. März 2022 von Dr. med. F. _____, den Bericht vom 3. Dezember 2021 von Dr. med. P. _____, den Bericht vom 9. Februar 2022 der Schmerzsprechstunde des W. _____ und den Bericht vom 2. März 2022 von Dr. med. O. _____ (Klageantwortbeilage 19). Diese Eingabe hat sich ganz offensichtlich mit dem Schreiben der Beklagten vom selben Tag gekreuzt (vgl. Klageantwortbeilage 21). In diesem Schreiben machte die Beklagte die Klägerin unter anderem darauf aufmerksam, dass sie die Möglichkeit habe, einen detaillierten Arztbericht einzureichen, der dann dem Vertrauensarzt vorgelegt werde ("*Seul un rapport médical détaillé sera pris en compte par notre médecin-conseil pour examiner le bien-fondé d'une telle prolongation [de l'incapacité de travail]*"). Ein ähnlicher Hinweis findet sich auch im Schreiben der Beklagten vom 16. August 2022 ("Sollten die Schlussfolgerungen des Gutachters umstritten sein, könnte nur ein vollständiger und detaillierter medizinischer Bericht unserem Vertrauensarzt ermöglichen, unsere Stellungnahme neu zu bewerten"; Klageantwortbeilage 32). Von der Möglichkeit, der Beklagten detaillierte Arztberichte einzureichen, um die Arbeitsunfähigkeit über den 20. März 2022 hinaus nachzuweisen, machte die Klägerin aber nicht nur in der bereits erwähnten Eingabe vom 15. März 2022 Gebrauch, sondern auch in der Eingabe vom 19. September 2022, mit welcher der Beklagten die Berichte von Dr. med. O. _____ vom 26. August 2021 und 2. März 2022, der Austrittsbericht von Dr. med. N. _____ vom 13. September 2021, der Bericht von Dr. med. P. _____ vom 3. Dezember 2021, der Bericht von Dr. med. Q. _____ vom 29. März 2022, der Austrittsbericht von Dr. med. S. _____ vom 14. September 2022 und weitere Arztzeugnisse betreffend den Zeitraum vom 1. März 2022 bis 30. September 2022 vorgelegt wurden (Klageantwortbeilage 33). Schliesslich reichte die Klägerin mit Eingabe vom 14. November 2022 drei Berichte der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie des E. _____ vom 16. Februar 2021, 11. Dezember 2020, 19. November 2020 und 13. August 2020 sowie weitere Arztzeugnisse betreffend den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis 31. Dezember 2022 zu den Akten (Klageantwortbeilage 37).

Wie die Beklagte unter diesen Umständen argumentieren kann, die Klägerin habe ihre Mitwirkungspflichten verletzt und sie daran gehindert, den medizinischen Sachverhalt abzuklären, erschliesst sich dem Gericht nicht. Vielmehr hat die Beklagte selbst der Klägerin die Möglichkeit gegeben, Arztberichte nachzureichen. Von dieser Möglichkeit hat die Klägerin mehrfach Gebrauch gemacht. Zwar hat die Beklagte einen Teil dieser Berichte ihrem Vertrauensarzt zur Stellungnahme unterbreitet, eine ernsthafte Prüfung der Berichte erfolgte nach Lage der Akten aber nie (vgl. zuvor E. 5.2).

6.5. Der Vorhalt, die Klägerin habe mit ihrem Verhalten Vertragspflichten verletzt und die Beklagte daran gehindert, den medizinischen Sachverhalt abzuklären, ist unter den gegebenen Umständen nicht begründet und eine Leistungseinstellung mit der Begründung der Verletzung von Vertragspflichten seitens der Klägerin nicht rechters.

7.

7.1. Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass die Klägerin seit dem 7. Juli 2021 bis mindestens zum 31. Januar 2023 zu 100 Prozent arbeitsunfähig war (vgl. zuvor E. 4 und 5).

Die Klägerin war vom 1. Juli 2018 bis zum 30. November 2021 bei der *Fondation de Prévoyance C._____* angestellt. Sie bezog bis und mit November 2021 den vollen Lohn (vgl. Klagebeilage 9). Danach wurden ihr noch bis zum 20. März 2022 Taggeldleistungen ausgerichtet (vgl. Klagebeilage 10). Entsprechend verlangt sie mit vorliegender Klage, es seien ihr ab dem 21. März 2022 bis zum 31. Januar 2023 Krankentaggelder im Gesamtbetrag von CHF 62'163.70 zu bezahlen (Eingabe vom 9. April 2024; act. 24). Dieser Betrag setzt sich wie folgt zusammen (Klage S. 14; vgl. auch Lohnabrechnungen, Klagebeilage 9, und Eingabe vom 9. April 2024, act. 24):

Bruttoeinkommen (monatlich CHF 6'684.-)	CHF 80'208.00
Zuzüglich Krankenkassenbeitrag (monatlich CHF 130.-)	CHF 1'560.00
Zuzüglich 13. Monatslohn	CHF 6'684.00
Zuzüglich Bonuszahlung	CHF 6'990.00
Versichertes Jahresbruttogehalt	CHF 95'442.00
Taggeld (bei einer Deckung von 75 Prozent)	CHF 196.10
Taggeld vom 21. März 2022 bis 31. Januar 2023 (317 Tage)	CHF 62'163.70

Diese Berechnung und namentlich auch der Deckungsgrad von 75 Prozent wird von der Beklagten nicht bestritten (vgl. Klageantwort, Duplik und Eingabe vom 15. Mai 2014 [recte: 14. Mai 2024]; act. 9, 19, 26).

7.2. Die Klägerin macht die Ausrichtung von Verzugszinsen zu 5 Prozent ab Klageeinleitung geltend.

Den AVB sind keine Bestimmungen über den Verzugszins in Bezug auf Leistungen der Beklagten zu entnehmen. Gemäss Art. 100 Abs. 1 VVG finden auf den Versicherungsvertrag die Bestimmungen über das Bundesgesetz betreffend das Schweizerische Obligationenrecht vom 30. März 1911 (OR; SR 220) Anwendung, soweit das VVG keine Vorschriften enthält. Art. 104 Abs. 1 OR sieht vor, dass der Schuldner, welcher mit der Zahlung einer Geldschuld in Verzug ist, einen Verzugszins zu 5 Prozent für das Jahr zu bezahlen hat. Der Eintritt des Verzugs setzt die Fälligkeit der Forderung sowie die Mahnung durch den Gläubiger voraus. Lehnt der Versicherer zu Unrecht seine Leistungspflicht definitiv ab, bedarf es keiner Mahnung. Fälligkeit und Verzug treten dann sofort ein, und die Deliberationsfrist gemäss Art. 41 Abs. 1 VVG wird überflüssig, wenn sie nicht schon abgelaufen ist (NEF, Art. 41 N. 20).

Vorliegend haben die Parteien keinen bestimmten Zeitpunkt für die Erfüllung der geschuldeten Krankentaggeldleistungen vereinbart. Da die Beklagte ihre Leistungspflicht zu Unrecht ablehnte, ist – wie beantragt – ab dem Datum der Klageeinleitung (15. Februar 2023) ein Verzugszins von 5 Prozent geschuldet.

7.3. Damit ist die Klage auf Zusprechung von Krankentaggeldern für den Zeitraum vom 21. März 2022 bis zum 31. Januar 2023 im Umfang von insgesamt CHF 62'163.70 zuzüglich 5 Prozent Zins ab dem 15. Februar 2023 gutzuheissen.

8.

Das vorliegende Verfahren ist kostenlos (Art. 114 Bst. e ZPO).

Die Prozesskosten, worunter auch die Kosten einer berufsmässigen Vertretung fallen (Art. 95 Abs. 1 Bst. b i.V.m. Art. 95 Abs. 3 Bst. b ZPO) werden der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 106 Abs. 1 Satz 1 ZPO). Der Tarif wird nach dem kantonalen Justizreglement vom 30. November 2010 (JR; SGF 130.11) festgelegt. Gemäss Art. 65 JR wird das als Parteientschädigung geschuldete Honorar aufgrund eines Stundentarifs von CHF 250.- festgesetzt, welcher im vorliegenden Fall (Streitwert insgesamt CHF 62'163.70) nach Art. 66 Abs. 2 Bst. a JR gemäss Abstufung in Anhang 2 um 22,20 Prozent auf CHF 305.50 erhöht wird. Korrespondenz und Telefongespräche, die zur Führung des Prozesses notwendig waren und den Rahmen einer einfachen Aktenverwaltung nicht überschreiten, insbesondere Übermittlungsschreiben, Gesuche um Fristerstreckung oder um Verschiebung einer Verhandlung, geben einzig Anspruch auf ein Pauschalhonorar von höchstens CHF 500.- (Art. 67 Abs. 1 JR). Die Kosten für Kopien, Portos und Telefonate werden pauschal auf 5 Prozent der Grundentschädigung ohne Zuschlag festgelegt (Art. 68 Abs. 2 JR). Die Reiseentschädigungen umfassen sämtliche Kosten (Transport, Mahlzeiten usw.) sowie die aufgewendete Zeit; sie werden nach den Art. 76 ff. JR festgesetzt (Art. 68 Abs. 3 JR). Im Übrigen werden die zur Führung des Prozesses notwendigen Auslagen zum Selbstkostenpreis verrechnet (Art. 68 Abs. 1 JR).

Die Klägerin macht einen Aufwand für ihre anwaltliche Vertretung im vorliegenden Klageverfahren (inkl. vorprozessuale Anwaltskosten) von insgesamt CHF 11'478.95, basierend auf einem Stundenansatz von CHF 250.-, geltend (Honorarnote vom 9. April 2024 von Rechtsanwalt Armin Sahli; Beilage zu act. 24). Dieser Betrag wird von der Beklagten nicht bestritten (Stellungnahme vom 15. Mai 2014 [recte: 14. Mai 2024], act. 26) und der geltend gemachte zeitliche Aufwand von 40 Stunden 35 Minuten ist angemessen. Da die Klägerin mit ihrem Rechtsbegehren vollumfänglich obsiegt, sind ihr die gesamten Parteikosten von der Beklagten zu ersetzen.

(Dispositiv auf der nächsten Seite)

Der Hof erkennt:

I. Die Klage wird gutgeheissen.

Die B. _____ AG wird verpflichtet, A. _____ für den Zeitraum vom 21. März 2022 bis zum 31. Januar 2023 Krankentaggeldleistungen von CHF 62'163.70 zuzüglich Zins von 5 Prozent ab dem 15. Februar 2023 zu bezahlen.

II. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

III. A. _____ wird zu Lasten der B. _____ AG eine Parteientschädigung für Honorar und Auslagen des Rechtsvertreters von insgesamt CHF 11'478.95 (davon Mehrwertsteuer von CHF 715.45 zu 7,7 Prozent und CHF 110.30 zu 8,1 Prozent) zugesprochen.

IV. Zustellung.

Dieses Urteil kann innert 30 Tagen nach seiner Eröffnung mit Beschwerde in Zivilsachen beim Bundesgericht angefochten werden. Das Beschwerderecht und die übrigen Zulässigkeitsvoraussetzungen sind in den Art. 72-77 und Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht vom 17. Juni 2005 (BGG) geregelt. Die begründete Beschwerdeschrift ist beim Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, einzureichen.

Freiburg, 4. Juni 2024/dki

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber