



VV.2014.86/E

**Das Verwaltungsgericht  
des Kantons Thurgau  
als Versicherungsgericht**

in der Besetzung:

Dr. J. Spring, Präsident  
R. Bartholdi  
R. Wenger-Lenherr  
J. Laager, Gerichtsschreiber

**hat am 2. Juli 2014**

in Sachen

**A.**,  
v.d. RA Stefan Gerschwiler,

Kläger

gegen

**X. Versicherungen,**

Beklagte

betreffend **Forderung aus Zusatzversicherung zur sozialen  
Krankenversicherung (Krankentaggeld)**

- Klage vom 31. März 2014

**entschieden:**

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Mitteilung an:
  - RA Stefan Gerschwiler, zuhanden des Klägers
  - X. Versicherungen,  
(Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_)
  - Bundesamt für Gesundheit,  
Schwarzenburgstrasse 165, 3003 Bern
  - Eidg. Finanzmarktaufsicht FINMA,  
Einsteinstrasse 2, 3003 Bern

**Rechtsmittel**

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach der Eröffnung beim Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, Beschwerde erhoben werden. Sie hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen.

## Sachverhalt

A., geboren am 10. April 1959, war im Rahmen eines Kollektivversicherungsvertrages zwischen der X. Versicherungen (nachfolgend: X. bzw. Beklagte) und seiner Arbeitgeberin, der Firma B., krankentaggeldversichert. Ab 26. Mai 2011 wurde er aufgrund von psychischen Problemen zu 100% arbeitsunfähig geschrieben und machte Taggeldansprüche geltend (act. 24 der X., nachfolgend „act.“ zitiert). Am 31. Oktober 2011 kündigte ihm die Firma B. das Arbeitsverhältnis per 31. Januar 2012 (kläg. act. 18 und 19). Ein Übertritt von A. in die Einzeltaggeldversicherung der X. erfolgte nicht. Ab 26. Mai 2011 bis 16. November 2012 richtete die X. A. 451 Taggelder zu einem Ansatz von Fr. 214.75 aus (kläg. act. 24). Mit Verfügung vom 20. Februar 2013 wies die IV-Stelle des Kantons Thurgau einen Anspruch von A. auf Leistungen der Invalidenversicherung (IV) ab. Dabei stützte sie sich auf ein Gutachten von Dr. med. C., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. Oktober 2012, der A. aus psychiatrischer Sicht als zu 100% arbeitsfähig bezeichnet hatte (act. 16). Die Verfügung der IV-Stelle wurde auf Beschwerde hin vom Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau als Versicherungsgericht mit Entscheid VV.2013.84/E vom 30. April 2013 bestätigt. Dieses Urteil erwuchs unangefochtenen in Rechtskraft. Mit Schreiben vom 9. November 2012 erklärte die X. gegenüber A., dass die Krankentaggelder bis 16. November 2012 ausgerichtet, hernach jedoch eingestellt würden. Am 21. März 2013 bestätigte die X. die Einstellung der Taggeldzahlungen per 17. November 2012 (act. 3). Mit Schreiben vom 22. November 2013 forderte A., vertreten durch RA Stefan Gerschwiler, die X. zur Weiterausrichtung der Taggeldleistungen für den Zeitraum vom 16. November 2012 bis 6. Mai 2013 auf (act. 4). Die X. hielt jedoch gemäss Schreiben vom 20. Dezember 2013 an der Einstellung der Taggeldzahlungen per 17. November 2012 fest (act. 6).

Mit Eingabe vom 31. März 2014 liess A. beim Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau als Versicherungsgericht Klage gegen die X. erheben mit folgendem Rechtsbegehren:

„Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger CHF 36'507.50 nebst Zins zu 5% seit 25. November 2013 zu bezahlen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beklagten.“

Dabei machte er im Wesentlichen geltend, dass es für ihn im Nachgang zur Kündigung seines Arbeitsverhältnisses keine Veranlassung gegeben habe, aktiv einen Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung der kollektiven Krankentaggeldversicherung erklären zu müssen, um weitere Leistungen der X. im Krankheitsfall zu beanspruchen. Des Weiteren sei das Gutachten von Dr. C. vom 31. Oktober 2012 nicht schlüssig und damit nicht beweiswertig. Vielmehr sei auf die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und die medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte der Klinik E., \_\_\_\_\_, Deutschland, abzustellen, aufgrund derer ihm vom 26. Mai 2011 bis 6. Mai 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei.

Mi Klageantwort vom 29. Mai 2014 beantragte die X. die vollumfängliche Abweisung der Klage, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten von A.

Am 2. Juli 2014 fand vor dem Versicherungsgericht auf entsprechenden Antrag von A. hin eine öffentliche mündliche Verhandlung statt, in deren Rahmen Replik, Duplik, Triplik und Quadruplik entgegengenommen wurden.

Auf die Vorbringen der Parteien und die Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen näher eingegangen.

## Erwägungen

1.
  - 1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen nach Art. 12 Abs. 3 KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Das Bundesgericht subsumiert kollektive Krankentaggeldversicherungen wie alle weiteren Taggeldversicherungen unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (Urteil des Bundesgerichts 4A\_47/2012 vom 12. März 2012, E 2 mit Hinweisen). 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 Thurgau liegt die Zuständigkeit beim Verwaltungsgericht als Versicherungsgericht (§ 69a Abs. 1 Ziff. 3 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG]). Die örtliche Zuständigkeit ergibt sich vorliegend aus Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO.
  - 1.2 Massgebliche Verfahrensordnung für Streitigkeiten aus der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung bildet die ZPO, wobei die Klage direkt beim Gericht anhängig zu machen ist (BGE 138 III 558 E 3.2 und 4.6). Das Gericht darf einer Partei nicht mehr und nichts anderes zusprechen, als sie verlangt, und nicht weniger, als die Gegenpartei anerkannt hat (Art. 58 ZPO). Es stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a i. V. mit Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO), erhebt von Amtes wegen Beweis (Art. 153 i. V. mit Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO) und bildet seine Überzeugung nach freier Würdigung der Beweise (Art. 157 ZPO).
  - 1.3 Gemäss Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB) 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 Tatsa-

chen 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.

Wer gegenüber dem Versicherer einen Anspruch erhebt, ist für den Eintritt des Versicherungsfalls behauptungs- und beweispflichtig, wobei er insoweit eine Beweiserleichterung genießt, als er den Eintritt des Versicherungsfalls als überwiegend wahrscheinlich zu belegen vermag. Überwiegend wahrscheinlich ist eine Tatsache, wenn zwar die Möglichkeit besteht, dass es sich auch anders hätte verhalten können, diese Möglichkeit jedoch weder eine massgebende Rolle spielt noch vernünftigerweise in Betracht fällt. Dem Versicherer steht ein - aus Art. 8 ZGB abgeleitetes - Recht auf Gegenbeweis zu. Gelingt ihm der Beweis von Umständen, die den Hauptbeweis erschüttern, so dürfen die vom Anspruchsberechtigten behaupteten Tatsachen nicht als überwiegend wahrscheinlich gemacht anerkannt werden und der Hauptbeweis ist gescheitert (Urteil des Bundesgerichts 4A\_96/2007 vom 26. Juni 2007, E 4.1 mit Hinweis auf BGE 130 III 321 E 3.3 f.).

2

2.1 Die Beklagte hat die Taggeldleistungen aus dem Kollektivversicherungsvertrag mit der ehemaligen Arbeitgeberin des Klägers per 17. November 2012 eingestellt. In ihrem Schreiben vom 20. Dezember 2013 (act. 6) bzw. in ihrer Klageantwort stützt sie sich zum einen auf das Gutachten von Dr. C. vom 31. Oktober 2012 (act. 16). Zum andern macht sie geltend, dass der Kläger - obwohl er korrekt über die Möglichkeit informiert worden sei - nach seinem Austritt aus dem Betrieb per 31. Januar 2012 nicht in die Einzeltaggeldversicherung übergetreten sei. Der Kläger seinerseits verlangt die Weiterausrichtung der Taggeldleistungen über den 16. November 2012 hinaus. Er habe die Ausführungen der Beklagten bzw. seiner ehemaligen Arbeitgeberin anlässlich einer Besprechung vom 31. Oktober 2011 nicht so interpre-

tieren müssen, dass seinerseits ein aktives Handeln notwendig gewesen wäre, um in die Einzelversicherung überzutreten. Ausserdem sei das Gutachten von Dr. C. nicht schlüssig und damit nicht beweiswertig.

2.2 Als erstes ist die Situation hinsichtlich des Nichtübertritts des Klägers in die Einzeltaggeldversicherung der Beklagten zu prüfen.

2.2.1 Gemäss Ziff. 43 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten für die kollektive Taggeldversicherung nach VVG, Ausgabe 2006 (AVB, kläg. act. 3), wird unter dem Titel „Was geschieht, wenn der Vertrag gekündigt wird oder ein Versicherter aus den Diensten seines bisherigen Arbeitgebers ausscheidet?“ ausgeführt, dass dem in der Schweiz wohnhaften Versicherten bei Austritt aus dem Kreis der Versicherten oder bei Auflösung des Vertrags das Recht zustehe, in die Einzelversicherung überzutreten. Das Übertrittsrecht sei innert 90 Tagen schriftlich geltend zu machen. Sodann hat gemäss Ziff. 44 AVB der Versicherungsnehmer den ausscheidenden Versicherten über das Übertrittsrecht und über die Frist für den Übertritt in die Einzelversicherung rechtzeitig zu informieren.

2.2.2 Anlässlich der mündlichen Verhandlung reichte die Beklagte ein Schreiben vom 1. Februar 2012 nach, gemäss welchem dem Kläger eine Offerte für den Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung (mit dem Hinweis auf die Möglichkeit, bis zum 30. April 2012 überzutreten) zugestellt wurde. Im Schreiben wird weiter festgehalten, dass ohne seinen Bescheid bis 30. April 2012 die Beklagte davon ausgehe, dass der Kläger auf das Übertrittsrecht verzichte. Nach Ablauf der Frist verfalle das Übertrittsrecht. Sodann wird im Schreiben ausgeführt, dass unabhängig von seiner Entscheidung über seinen künftigen Versicherungsschutz die Taggeldleistungen „für die bestehende Arbeitsunfähigkeit“ weiter ausgerichtet würden.

Der Kläger bzw. dessen Ehefrau bestritten anlässlich der mündlichen Verhandlung, das betreffende Schreiben der Beklagten vom 1. Februar 2012 er-

halten zu haben. In dieser Hinsicht ist grundsätzlich die Beklagte als beweisbelastet zu betrachten. Das Schreiben wurde mit normaler Post, das heisst nicht per Einschreiben, zugestellt. Dessen ungeachtet bestätigten der Kläger und seine Ehefrau anlässlich der mündlichen Verhandlung vom 2. Juli 2014, dass der Übertritt in die Einzelversicherung thematisiert worden sei.

2.2.3 Ob dem Kläger das Schreiben der Beklagten vom 1. Februar 2012 mit der entsprechenden Offerte für den Übertritt in die Einzelversicherung tatsächlich zugestellt wurde oder nicht, kann vorliegend dahingestellt bleiben. Unbestrittenermassen wurde der Kläger anlässlich der Besprechung vom 31. Oktober 2011 an seinem vormaligen Arbeitsplatz zusammen mit den Vertretern seiner damaligen Arbeitgeberin und der Case Managerin der Beklagten unter anderem (von den Vertretern der Firma B.) darauf hingewiesen, dass ihm grundsätzlich das Recht zustehe, in die Einzelversicherung der kollektiven Krankentaggeldversicherung überzutreten. Dies wurde alsdann auch in der Freistellungsbestätigung vom 31. Oktober 2011 (kläg. act. 19) bestätigt, in welcher unter Ziff. 9 Folgendes festgehalten wurde:

„Wir machen dich ausdrücklich darauf aufmerksam, dass die Deckung für Nichtbetriebsunfälle in der Regel 30 Tage nach Vertragsbeendigung endet (vgl. dennoch UVG 3/2). Du hast jedoch die Möglichkeit, für die Dauer von maximal 180 Tagen bei der Suva eine Einzelabredeversicherung abzuschliessen. Falls du keine solche Einzelabredeversicherung abschliesst, hast du deiner privaten Krankenkasse mitzuteilen, dass eine eventuell bestehende Sistierung des Unfallschutzes aufzuheben sei. Zudem hast du grundsätzlich das Recht, in die Einzelversicherung unserer kollektiven Krankentaggeldversicherung überzutreten" (Seite 2, kläg. act. 19).

Dass dieser Hinweis im Rahmen der Besprechung vom 31. Oktober 2011 erfolgt ist, wird auch vom Kläger ausdrücklich anerkannt (vgl. S. 6 oben der Klageschrift vom 31. März 2014). Entgegen der Auffassung des Klägers kann der in der Freistellungsbestätigung vom 31. Oktober 2011 in Ziff. 9 enthaltene Hinweis nicht so verstanden werden, dass vom Kläger überhaupt kein aktives Handeln im Sinne einer positiven Erklärung gegenüber der Beklagten für den Übertritt in die Einzelversicherung verlangt gewesen wäre. Selbst

wenn von der Darstellung des Klägers ausgegangen würde, wonach er das anlässlich der mündlichen Verhandlung vom 2 Juli 2014 nachgereichte Schreiben der Beklagten vom 1. Februar 2012 nicht erhalten haben sollte, ist dennoch von einer rechtsgenügenden Information über die Möglichkeit des Übertritts auszugehen. Zwar verlangt Ziff. 44 AVB (kläg. act. 3) durch den Versicherungsnehmer (das heisst die vormalige Arbeitgeberin des Klägers) nicht nur eine Information über das Übertrittsrecht sondern auch über die Frist für den Übertritt in die Einzelversicherung. Im Schreiben vom 1. Februar 2012 wurde auf diese Frist bis 30. April 2012 explizit hingewiesen. Ob anlässlich des Gesprächs vom 31. Oktober 2011 durch die Vertreter der Firma B. ebenfalls auf diese 90-tägige Frist ab Austritt aus dem Betrieb (Ziff. 43 AVB) hingewiesen worden ist, geht aus der Freistellungsbestätigung vom 31. Oktober 2011 (kläg. act. 19) nicht hervor. Allerdings wird in Ziff. 9 dieser Freistellungsbestätigung sowohl auf den Ablauf der Deckung für Nichtbetriebsunfälle innert 30 Tagen nach Vertragsbeendigung sowie auf die maximale Dauer für eine Einzelabredeversicherung bei der Suva von maximal 180 Tagen hingewiesen. Vor diesem Hintergrund wäre vom Kläger nach Treu und Glauben (Art. 2 ZGB) zu erwarten gewesen, spätestens innert diesen 180 Tagen, das heisst bis Ende Juli 2012, eine entsprechende Erklärung für einen Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung gegenüber der Beklagten abzugeben, und zwar unabhängig davon, dass dem Kläger die Taggeldleistungen für den laufenden Krankheitsfall weiterhin ausgerichtet wurden. Auch bis Ende Juli 2012 ging jedoch kein entsprechender Antrag auf Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung bei der Beklagten ein.

- 2.2.4 Unmassgeblich ist dabei namentlich auch der Hinweis des klägerischen Rechtsvertreters anlässlich der mündlichen Verhandlung vom 2 Juli 2014, wonach gemäss dem Schreiben vom 1. Februar 2012 unabhängig von der Entscheidung des Klägers über seinen künftigen Versicherungsschutz die Taggeldleistungen weiter ausgerichtet würden. Dieser Hinweis erfolgte ausdrücklich mit dem Vermerk, dass es dabei um die Taggeldleistungen „für die bestehende Arbeitsunfähigkeit“ ging. Sollten Taggeldleistungen für einen

neuen Krankheitsfall oder für das erneute Auftreten einer bestehenden Krankheit (und einer daraus abgeleiteten Arbeitsunfähigkeit) zur Diskussion stehen, konnte der Kläger auch aufgrund der angeführten Formulierung im Schreiben vom 1. Februar 2012 - ohne den Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung - nicht mehr mit entsprechenden Taggeldleistungen der Beklagten rechnen.

2.2.5 Somit ist davon auszugehen, dass der Kläger in rechtsgenügender Weise auf sein Übertrittsrecht aufmerksam gemacht wurde, er den Übertritt in die Einzelversicherung der Beklagten in der Folge aber nicht erklärt hat und somit auch kein Versicherungsschutz aufgrund einer Einzeltaggeldversicherung der Beklagten besteht.

2.3 Damit stellt sich die Frage, ob dem Kläger ein Anspruch gestützt auf den bisherigen Kollektivversicherungsvertrag zwischen der X. und der Firma B. zusteht.

2.3.1 In ihrem Schreiben vom 21. März 2013 (act. 3) bestätigte die Beklagte die Einstellung der Taggeldzahlungen per 17. November 2012 und führte gegenüber dem Kläger Folgendes aus:

„Sie sind seit dem 24. Februar 2013 in der Klinik E. in stationärer Behandlung. Gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Kollektivkrankentaggeldversicherung Art. 42, Ausgabe 2006, erlischt der Versicherungsanspruch per Austritt aus dem versicherten Betrieb. Für laufende Krankheitsfälle richten wir die Taggeldleistungen weiterhin aus. Beim erneuten Auftreten von bestehenden Krankheiten muss jedoch der Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung erfolgt sein, damit wir einen weiteren Anspruch auf Leistungen prüfen können. In ihrem Fall ist kein Übertritt erfolgt.“

In einem späteren Schreiben vom 20. Dezember 2013 (act. 6) wies die Beklagte darauf hin, dass sie sich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten von Dr. C. abstütze, welches durch die IV veranlasst worden sei. Erneut wies sie darauf hin, dass der Übertritt in die Einzelversicherung nicht erfolgt sei, obwohl der Kläger die Offerte für einen entspre-

chenden übertritt in die Einzelversicherung per 1. Februar 2012 fristgerecht erhalten habe.

2.3.2 Gemäss Ziff. 25 AVB entfällt die Taggeld-Leistungspflicht der Beklagten nach Erlöschen des Versicherungsschutzes. Der Versicherungsschutz erlischt gemäss Ziff. 42 mit dem Austritt des einzelnen Versicherten aus dem versicherten Betrieb. Nachdem unbestrittenemassen kein übertritt des Klägers in die Einzeltaggeldversicherung im Sinne von Ziff. 43 ff. AVB erfolgt ist, wäre gemäss dem Wortlaut der angeführten Bestimmungen der AVB grundsätzlich von einem Erlöschen des Taggeldanspruchs des Klägers mit dessen Austritt aus dem Betrieb der Firma B. per 31. Januar 2012 auszugehen. Die Beklagte hat die Taggeldleistungen jedoch auch nach diesem Austritt vorderhand trotzdem noch bis 16. November 2012 weiter ausgerichtet. Aus dem Schreiben vom 21. März 2013 (act. 3) ist abzuleiten, dass die Beklagte auch nach dem Austritt des Klägers vorläufig noch von einem „laufenden Krankheitsfall“ ausgegangen ist, aufgrund dessen ihm noch Taggeldleistungen ausgerichtet wurden. Nach Eingang des Gutachtens von Dr. C. vom 31. Oktober 2012 (act. 16) bei der Beklagten am 7. November 2012 stellte diese sich -wie sich aus dem Schreiben vom 21. März 2013 (act. 3) ableiten lässt- auf den Standpunkt, dass dem Kläger ab 17. November 2012 mangels eines „laufenden Krankheitsfalles“ (und mangels eines Übertritts des Klägers in die Einzeltaggeldversicherung) kein Taggeld-Anspruch mehr zustehe. Somit gilt es zu prüfen, ob die Beklagte zu Recht aufgrund des Gutachtens von Dr. C. davon ausging, dass ab 17. November 2012 kein „laufender Krankheitsfall“ mehr gegeben war.

2.3.3 Dr. C. gelangte in seinem Gutachten vom 31. Oktober 2012 (act. 16) zum Ergebnis, dass der Kläger aus psychiatrischer Sicht zu 100% arbeitsfähig sei (vgl. Ziff. 7, S. 36 des Gutachtens). Dieses Gutachten und die Frage der Arbeitsfähigkeit des Klägers bildete bereits Gegenstand eines sozialversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahrens betreffend IV-Leistungen vor

dem Versicherungsgericht. Im Entscheid VV.2013.84/E vom 30. April 2013 stellte das Versicherungsgericht in E. 3.1 und 3.2 Folgendes fest:

„3.1 Im Gutachten vom 31. Oktober 2012 verneint Dr. C. eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In Anlehnung an die internationale Klassifikation psychischer Störungen lasse sich festhalten, dass sich im Rahmen der Untersuchung keinerlei Hinweise für das Vorliegen einer organisch, einschliesslich einer symptomatischen psychischen Störung, einer Störung durch psychotrope Substanzen, einer Schizophrenie, einer schizotypen oder wahnhaften Störung ergeben hätten. Es sei gut möglich, dass der Beschwerdeführer an einer depressiven Episode gelitten habe, sein Verhalten sei aber als Reaktion auf eine psychosoziale Belastung zu sehen und es fänden sich aktuell keine sicheren Hinweise auf eine eigenständige psychiatrische Krankheit. Weder in den Akten noch bei der Anamnese oder in den aktuellen Untersuchungen hätten sich zudem irgendwelche Hinweise gezeigt, die für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung sprechen würden. Hingegen sei von einer starken Aggravation bis sogar Simulation psychischer Symptome auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt.

3.2 Das Versicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es die gestellten Fragen umfassend beantwortet, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und Schlussfolgerungen enthält, die so begründet sind, dass sie nachvollzogen werden können (BGE 125 V 351 E 3a, 122 V 157 E 1c; Riemer-Kafka [Hrsg.], Versicherungsmedizinische Gutachten, Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden, 2. Aufl., Basel 2012, S. 31 ff.). Das Gutachten von Dr. C. vom 31. Oktober 2012 erscheint als schlüssig und nachvollziehbar. Dr. C. setzt sich sowohl mit den Vorbringen des Beschwerdeführers wie auch mit seinen Untersuchungsbefunden auseinander und begründet seine Schlussfolgerungen einlässlich. Die relevanten medizinischen Vorakten lagen ihm vor und wurden im Gutachten wiedergegeben und gewürdigt. Zudem hat Dr. C. auch zu den im Rahmen der vorgebrachten Einwendungen neu eingereichten Berichten der Klinikambulanz E. Stellung genommen und es ist eine neuropsychologische Beurteilung durch Dr. D. erfolgt, wobei sich erhebliche Diskrepanzen und Auffälligkeiten gezeigt haben. Dr. C. hat im Übrigen ausführlich dargelegt, weshalb die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung nicht gestellt werden kann. Wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen Facharztes und Begutachtungsauftrag des bestellten medizinischen Exper-

ten ist es zudem nicht geboten, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen und psychosoziale Belastungsfaktoren sind denn auch nicht invalidisierend. Ein sogenanntes „Burn-out“ stellt ebenfalls keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar. Das „Burn-out“ wird zwar unter dem Diagnose-Code ICD-10 Z73.0 aufgeführt, es entspricht aber keiner Erkrankung im Sinne der anerkannten internationalen Klassifikationssysteme (vgl. dazu Entscheid des Bundesgerichts 8C\_302/2011 vom 20. September 2011, E. 2.3). Gestützt auf das überzeugende Gutachten von Dr. C. ist daher ein psychischer Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu verneinen, wobei Dr. C. denn auch festhielt, dass sich keine Hinweise dafür finden liessen, dass zu einem früheren Zeitpunkt im IV-rechtlichen Sinne eine anhaltende und therapeutisch nicht mehr zu beeinflussende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen hätte."

- 2.3.4 Von diesem Ergebnis ist nach wie vor auszugehen. Dem vermag auch der Kläger mit seinen Vorbringen im vorliegenden Verfahren nichts Entscheidrelevantes entgegenzusetzen. So enthalten etwa die zahlreichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der Klinikambulanz E. (kläg. act. 25 - 34, 38 - 47) keine Begründung für die jeweils fortlaufend attestierte Arbeitsunfähigkeit. Dr. C. hat zum Austrittsbericht der Klinik E. betreffend den Aufenthalt des Klägers vom 11. September 2011 bis 11. Dezember 2011 (Bericht vom 15. Dezember 2011, act. 17) eingehend und nachvollziehbar in seinem Gutachten vom 31. Oktober 2012 (act. 16) Stellung genommen (vgl. hierzu vorstehend E. 2.3.3). Die weiteren Arztbericht der Klinik E. vom 12. Dezember 2012 (kläg. act. 49), vom 14. Januar 2013 (kläg. act. 50), vom 28. März 2013 (kläg. act. 51) und vom 9. April 2013 (kläg. act. 52) vermögen letztlich nichts an der schlüssigen Einschätzung von Dr. C. zu ändern. Im Bericht vom 12. Dezember 2012 (kläg. act. 49) wird - allerdings ohne eingehendere Begründung - von Prof. Dr. F., Leiter der Klinikambulanz E., angeführt, dass dem Gutachten von Dr. C. „nicht in allen Teilen“ gefolgt werden könne, was Prof. Dr. F. vermutungsweise darauf zurückführt, dass der Kläger in der Klinikambulanz E. über Wochen - und nicht nur für einen kurzen Moment - gesehen worden sei. Zu Recht wies die Vertreterin der Beklagten anlässlich der mündlichen Verhandlung darauf hin, dass die Dauer einer Untersuchung im

Rahmen einer Begutachtung nicht ausschlaggebend ist. Massgeblich ist vielmehr, ob das Gutachten inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Zu beachten ist, wie vom Versicherungsgericht bereits im Entscheid VV.2013.84/E vom 30. April 2013 angeführt, auch, dass im Rahmen der Beweiswürdigung die relevante Verschiedenheit von Behandlungs-/Therapieauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits zu berücksichtigen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_170/2009 vom 6. Mai 2009, E 2.2, mit Hinweisen). Zudem ist bei entsprechenden Berichten von behandelnden Spezialärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass solche Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E 3a/cc, Urteile des Bundesgerichts 9C\_1061/2009 vom 11. März 2010, E 2.2.2, 9C\_768/2011 vom 8. Februar 2012, E 2.3, und 9C\_842/2009 vom 17. November 2009, E 2 2). Irgendwelche Hinweise, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise von Dr. C. sprechen würden, sind nicht ersichtlich.

- 2.3.5 Dr. C. stellte in seinem Gutachten fest, dass die während des Aufenthalts in der Klinik E. bestehende depressive Episode lediglich vorübergehender Natur war; bereits während des Aufenthaltes sei eine deutliche Verbesserung beschrieben worden (S. 41 f. des Gutachtens von Dr. C., act. 16, vgl. auch S. 7 des Berichts von Prof. Dr. F., Klinik E., vom 15. Dezember 2011, act. 17). Die vom Kläger geltend gemachten psychisch bedingten Einschränkungen im vorliegend zur Diskussion stehenden Zeitraum ab 17. November 2012 qualifizierte die Beklagte - sofern und soweit überhaupt von medizinisch bedingten Einschränkungen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Klägers) ausgegangen werden kann - damit zu Recht als „erneutes Auftreten einer bestehenden Krankheit“ (vgl. act. 3). Für Leistungen aus einem derartigen neuen Krankheitsfall fehlt es allerdings mangels Übertritts des Klägers in die Einzelversicherung der Beklagten an einer Anspruchsgrundlage.

- 2.4 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beklagte die Taggeldleistungen zu Recht per 16. November 2012 eingestellt hat. Der Sachverhalt erweist sich sodann auch als ausreichend erhoben. Nicht ersichtlich ist, inwiefern weitergehende Abklärungen, so etwa in Form einer Einvernahme der behandelnden Ärzte/Ärztinnen der Klinik E. oder der Ehefrau des Klägers als Zeugen/Zeuginnen oder eines neuen medizinischen Gutachtens, zu entscheiderelevanten Erkenntnissen führen würden. Auf entsprechende Abklärungen ist daher in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten. Die Klage ist unbegründet und damit abzuweisen.
3. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 114 lit. e ZPO). Im Verfahren vor dem Versicherungsgericht wird obsiegenden Behörden oder mit öffentlichrechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel zudem keine Parteientschädigung zugesprochen. In Anwendung dieser Bestimmung hat das Bundesgericht denn auch der Suva und den privaten UVG-Versicherern sowie - von Sonderfällen abgesehen - den Krankenkassen keine Parteientschädigungen zugesprochen, weil sie als Organisationen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben zu qualifizieren sind (BGE 112 V 356 E 6). Dies gilt gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau auch für Klagen aus Zusatzversicherungen. Abgesehen davon ist die Beklagte auch nicht durch eine externe/unabhängige Rechtsanwältin vertreten. Eine Parteientschädigung ist daher nicht zuzusprechen.