

\_\_\_\_\_ **Versicherungsgericht**  
KANTON AARGAU 3. Kammer

**VKL.2017.12 / AW / fi**

Art. 40

**Urteil vom 6. März 2018**

\_\_\_\_\_ Besetzung  
Oberrichterin Plüss, Präsidentin  
Oberrichterin Gössi  
Oberrichter Hartmann  
Gerichtsschreiberin Wittwer

\_\_\_\_\_ Kläger  
A.  
vertreten durch lic. iur. Dominik Frey, Rechtsanwalt,

\_\_\_\_\_ Beklagte  
**X. Versicherungen**  
vertreten durch lic. iur. Matthias Steiner,

\_\_\_\_\_ Gegenstand  
Klageverfahren betreffend Krankentaggeldleistungen nach VVG

---

## **Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:**

### **1.**

#### **1.1.**

Der 1955 geborene Kläger arbeitete zuletzt als Leiter der Firma B. Ab dem 23. Juni 2015 wurde der Kläger zu 100 % arbeitsunfähig gemeldet. Sein Arbeitgeber leistete bis zum 20. September 2015 Lohnfortzahlung. Per 30. September 2015 wurde das Arbeitsverhältnis aufgelöst.

#### **1.2.**

Nach Ablauf einer Wartefrist von 90 Tagen entrichtete die Beklagte dem Kläger ab dem 21. September 2015 gestützt auf eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ein Taggeld in der Höhe von Fr. 345.50 pro Tag. Nach Durchführung medizinischer Abklärungen stellte die Beklagte mit Schreiben vom 23. Februar 2016 ihre Taggelderleistungen per 31. Mai 2016 ein. Der Kläger machte mit Schreiben vom 13. April 2016 geltend, es sei ab Mai 2016 von einer Arbeitsfähigkeit von 20 % mit langsamer schrittweiser Steigerung auszugehen. Die Beklagte hielt nach weiteren Abklärungen mit Schreiben vom 14. Juni 2016 an der Leistungseinstellung per 31. Mai 2016 fest. Mit Schreiben vom 5. August 2016 forderte der Kläger die Beklagte erneut auf, auf ihren Einstellungsentscheid zurückzukommen, was die Beklagte mit Schreiben vom 17. Oktober 2016 ablehnte.

### **2**

#### **2.1.**

Am 29. März 2017 erhob der Kläger Klage gegen die Beklagte und stellte folgende Anträge:

"1. Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger Leistungen aus der Krankentaggeldversicherung im Betrag von Fr. 60'082.45 zu bezahlen, nebst 5% Zins auf

- Fr. 8'292.00 seit 01.07.2016
- Fr. 8'568.40 seit 01.08.2016
- Fr. 8'568.40 seit 01.09.2016
- Fr. 7'566.45 seit 01.10.2016
- Fr. 7'393.70 seit 01.11.2016
- Fr. 6'219.00 seit 01.12.2016
- Fr. 6'149.90 seit 01.01.2017
- Fr. 4'975.20 seit 01.02.2017
- Fr. 2'349.40 seit 01.03.2017

2. Unter Kosten und Entschädigungsfolgen zu lasten der Beklagten."

#### **2.2.**

Am 3. Mai 2017 reichte der Kläger eine weitere Eingabe ein.

**2.3.**

Mit Klageantwort vom 16. August 2017 beantragte die Beklagte innert erstreckter Frist die Abweisung der Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers.

**2.4.**

Mit Replik vom 17. Oktober 2017 hielt der Kläger an seinen Rechtsbegehren gemäss Klage vom 29. März 2017 fest.

**2.5.**

Mit Duplik vom 8. Januar 2018 hielt die Beklagte innert erstreckter Frist an ihren in der Klageantwort vom 16. August 2017 gestellten Rechtsbegehren fest.

---

**Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.**

Der abgeschlossene Krankentaggeldversicherungs-Vertrag untersteht dem VVG. Massgebend für die Beurteilung von Ansprüchen aus diesem Vertrag sind die in Versicherungsvertrag enthaltenen Bedingungen, die Vertragsbedingungen zur Kollektiv-Krankentaggeldversicherung der X. Versicherungen, \_\_\_\_\_ (AVB), Ausgabe 2004 (Klagebeilage [KB] 26), sowie die Bestimmungen des VVG (vgl. Bst. G1 AVB). Soweit das VVG keine Vorschriften enthält, sind die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) anwendbar (Art. 100 Abs. 1 VVG).

Kollektive Krankentaggeldversicherungen nach VVG werden nach ständiger bundesgerichtlicher Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung subsumiert (Urteile 4A\_680/2014 vom 29. April 2015 E 21 und 4A\_47/2012 vom 12. März 2012 E 2).

Streitigkeiten aus kollektiven Krankentaggeldversicherungen nach VVG sind privatrechtlicher Natur. Für das Verfahren findet die ZPO Anwendung (vgl. Art. 243 Abs. 2 lit. f i.V.m. Art. 7 ZPO; BGE 138 III 558 E 3.2 S. 560 f.).

**2.**

**2.1.**

Der zwischen der vormaligen Arbeitgeberin des Klägers, der Firma B., und der Beklagten abgeschlossene Krankentaggeldversicherungs-Vertrag (\_\_\_\_\_; vgl. KB 25) vermittelt einen Anspruch auf Leistungen für die wirtschaftlichen Folgen von ärztlich bestätigter, krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit von mindestens 25 % (Bst. D2 AVB, rechte Spalte). Bis zum Einsetzen der Leistungen der beruflichen Vorsorge (2. Säule) wird ein Krankentag-

geld während maximal 730 Tagen, abzüglich der vereinbarten Wartefrist (vorliegend 90 Tage; vgl. KB 27), ausgerichtet (Bst. D4 AVB). Die Höhe des Taggeldes richtet sich nach dem massgebenden Lohn und dem vereinbarten Prozentsatz des Taggeld-Ansatzes (vgl. Bst. G9 AVB) sowie dem Grad der Erwerbsunfähigkeit (Bst. D3 AVG).

## **2.2.**

Gemäss Bst. G15 AVB liegt Erwerbsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person ganz oder teilweise ausserstande ist, infolge Krankheit ihren Beruf oder eine andere zumutbare Tätigkeit auszuüben, und dadurch der Versicherte oder sein Arbeitgeber durch seine Lohnfortzahlungspflicht eine finanzielle Einbusse erleidet.

## **2.3.**

Als zumutbar gelten Tätigkeiten, die dem Versicherten angesichts seiner beruflichen Ausbildung sowie seiner physischen und intellektuellen Eignung auf dem für ihn praktisch in Betracht kommenden Arbeitsmarkt erfahrungsgemäss wirklich zugänglich sind (Bst. G16 AVB).

## **3.**

### **3.1.**

Der Kläger macht geltend, die Beklagte habe sich bei ihrem Entscheid auf das von ihr in Auftrag gegebene Gutachten der Klinik C. vom 5. Februar 2016 gestützt, wobei es sich nicht um ein neutrales, sondern ein Partei- bzw. Privatgutachten handle, das als solches im Zivilprozess nicht als Beweismittel, sondern als blosser Parteibehauptung gelte. Ausserdem erweise sich dieses Gutachten als mangelhaft und nicht verwertbar. Insbesondere hätten sich die vom Gutachter empfohlenen Massnahmen als unrealistisch und nicht adäquat herausgestellt, zumal der Kläger bei deren Befolgung weitere gesundheitliche Schädigungen hätte in Kauf nehmen müssen. Stattdessen habe der Kläger davon Abstand genommen und mit Erfolg den Ratschlägen seiner behandelnden Ärztinnen vertraut. Der Erfolg der Massnahmen - er sei seit dem 7. April 2017 wieder voll arbeitsfähig - gebe daher den Einschätzungen der Firma D. Recht. Die Einstellung der Taggeldleistungen per 31. Mai 2016 aufgrund des Gutachtens der Klinik C. sei somit zu Unrecht erfolgt und die Beklagte habe folglich über dieses Datum hinaus Krankentaggelder gemäss den von seiner Hausärztin, Dr. med. E., attestierten Arbeitsunfähigkeiten auszurichten (Klage, S. 15 ff.).

### **3.2.**

Die Beklagte bringt vor, die fachärztliche psychiatrische Abklärung des Klägers habe ergeben, dass dieser (ab Februar 2016) zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sei und nach einer stationären Reha-Behandlung wieder zu 100 % arbeitsfähig werden würde. Die Einwände des Klägers und seiner Therapeuten gegen die stationäre Behandlung und gegen den erho-

benen Arbeitsunfähigkeitsgrad seien durch einen zweiten Facharzt Psychiatrie widerlegt worden. Die Beweislast für die behauptete Unwirksamkeit der stationären Reha sowie für die weiterbestehende Arbeitsunfähigkeit liege beim Kläger. Die beigebrachten Stellungnahmen seiner Therapeuten würden sich jedoch als zu allgemein erweisen und widersprüchen sich in Teilen. Der Kläger könne nicht beweisen, dass er auch bei durchgeführter stationärer Reha über den 31. Mai 2016 hinaus von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % betroffen gewesen wäre. Das Fehlen dieses Beweises sei auf die Verweigerung der stationären Reha zurückzuführen und vom Kläger zu tragen. Dasselbe gelte folglich für den Lohnausfall, welcher durch die gewählte langsame Rekonvaleszenz entstanden sei (Klageantwort, S. 20).

#### 4.

##### 4.1.

Der vorliegende Fall betrifft eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung, bei welcher im gerichtlichen Verfahren die gemässigte Untersuchungsmaxime und das Prinzip der Rechtsanwendung von Amtes wegen gelten (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO).

Die beschränkte beziehungsweise soziale Untersuchungsmaxime bezweckt, die schwächere Partei zu schützen, die Gleichheit zwischen den Parteien zu garantieren und das Verfahren zu beschleunigen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung obliegt dem Gericht bei der sozialen Untersuchungsmaxime jedoch einzig eine verstärkte Fragepflicht. Wie im ordentlichen Zivilprozess im Rahmen der Verhandlungsmaxime haben die Parteien dem Gericht den Sachverhalt zu unterbreiten und tragen die Verantwortung für die Sachverhaltsermittlung. Insbesondere haben sie die Beweismittel zu benennen und beizubringen (BGE 130 III 102 E 2.2 S. 107; 125 III 231 E 4a S. 238; Urteile 4A\_333/2015 vom 27. Januar 2016 E 6.1 sowie 4A\_491/2014 vom 30. März 2015 E 2.6.1; vgl. auch PETER GUYAN, in: Basler Kommentar zur ZPO, 2. Aufl. 2013, N. 3 ff. zu Art. 153 ZPO, insb. N. 9; FRANZ HASENBÖHLER, in: ZPO Kommentar, 3. Aufl. 2016, N. 5 ff. zu Art. 153 ZPO; BERND HAUCK, in: ZPO Kommentar, N. 33 zu Art. 247 ZPO). Das Gericht ist nicht verpflichtet, die Akten von sich aus zu durchforsten, um abzuklären, was sich daraus zu Gunsten der Partei, die das Beweismittel eingereicht hat, herleiten liesse (Urteile 4A\_491/2014 vom 30. März 2015 E 2.6.1; 4A\_497/2008 vom 10. Februar 2009 E 4.2 sowie 5C.134/2004 vom 1. Oktober 2004 E 2.2). Die Untersuchungsmaxime ändert auch nichts an der formellen Beweislast. Im Fall der Beweislosigkeit fällt daher der Entscheid zu Ungunsten jener Partei aus, welche aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableitet (BGE 116 V 136 E 4b S. 140; HAUCK, a.a.O., N. 37 zu Art. 247 ZPO).

#### **4.2.**

Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat gemäss Art. 8 ZGB 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. Der Eintritt des Versicherungsfalls ist nach diesen Grundsätzen vom Anspruchsberechtigten zu beweisen (BGE 130 III 321 E. 3.1 S. 323; 141 III 241 E. 3.1 S. 242; Urteil 4A\_246/2015 vom 17. August 2015 E. 2.2; ROLAND SCHAER, Modernes Versicherungsrecht, 2007, S. 572).

#### **4.3.**

Selbst wenn die Versicherung zunächst Taggelder ausbezahlt, in der Folge jedoch geltend macht, die Umstände hätten sich geändert oder die Leistungen seien von vornherein zu Unrecht erbracht worden und die versicherte Person sei (wieder) arbeitsfähig, hat die versicherte Person zu beweisen, dass sie (weiterhin) arbeitsunfähig ist und daher Anspruch auf Taggelder hat (BGE 141 III 241 E. 3.1 S. 243). Im Falle der Beweislosigkeit trägt mithin nicht die Versicherung, sondern die versicherte Person die Beweislast (Urteil 4A\_246/2015 vom 17. August 2015 E. 2.2).

#### **4.4.**

Bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen bedarf es, wie für Zivilverfahren üblich, grundsätzlich des vollen Beweises. Nach dem Regelbeweismass gilt ein Beweis als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist und ihm allfällige Zweifel als unerheblich erscheinen (BGE 132 III 715 E. 3.1 S. 719).

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, gelangt das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zur Anwendung (BGE 130 III 321 E. 3.2 S. 324 f.). Im Zusammenhang mit dem Eintritt des Versicherungsfalls geht die Rechtsprechung davon aus, dass in der Regel eine Beweisnot gegeben ist, sodass das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit genügt (BGE 130 III 321 E. 3.2 S. 325). Ein Sachverhalt gilt dann als überwiegend wahrscheinlich, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (BGE 130 III 321 E. 3.3 S. 325; Urteil 4A\_458/2008 vom 21. Januar 2009 E. 2.3).

#### 4.5.

Im Zivilprozess stellt ein Privatgutachten kein Beweismittel dar. Ärztlichen Stellungnahmen, die von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht werden, ist als Parteigutachten die Qualität von blossen Parteibehauptungen beizumessen (BGE 141 III 433 E. 2.6 S. 437; 140 III 24 E. 3.3.3 S. 29; 140 III 16 E. 2.5 S. 24).

#### 4.6.

Dabei ist zu beachten, dass nur Tatsachenbehauptungen bewiesen werden müssen, die ausdrücklich bestritten sind. Bestreitungen sind so konkret zu halten, dass sich bestimmen lässt, welche einzelnen Behauptungen des Klägers damit bestritten werden. Die Bestreitung muss ihrem Zweck entsprechend so konkret sein, dass die Gegenpartei weiss, welche einzelne Tatsachenbehauptung sie beweisen muss. Der Grad der Substanziierung einer Behauptung beeinflusst insofern den erforderlichen Grad an Substanziierung einer Bestreitung. Je detaillierter einzelne Tatsachen eines gesamten Sachverhalts behauptet werden, desto konkreter muss die Gegenpartei erklären, welche dieser einzelnen Tatsachen sie bestreitet. Je detaillierter mithin ein Parteivortrag ist, desto höher sind die Anforderungen an eine substanziierte Bestreitung. Diese sind zwar tiefer als die Anforderungen an die Substanziierung einer Behauptung; pauschale Bestreitungen reichen indessen nicht aus. Erforderlich ist eine klare Äusserung, dass der Wahrheitsgehalt einer bestimmten und konkreten gegnerischen Behauptung infrage gestellt wird. Parteibehauptungen, denen ein Privatgutachten zugrunde liegt, werden meist besonders substanziiert sein. Entsprechend genügt eine pauschale Bestreitung nicht. Die Gegenpartei ist vielmehr gehalten zu substanziiieren, welche einzelnen Tatsachen sie konkret bestreitet. Wird eine Tatsachenbehauptung von der Gegenpartei substanziiert bestritten, so vermögen Parteigutachten als reine Parteibehauptungen diese allein nicht zu beweisen. Als Parteibehauptungen mögen sie allenfalls zusammen mit - durch Beweismittel nachgewiesenen - Indizien den Beweis zu erbringen. Werden sie aber nicht durch Indizien gestützt, so dürfen sie als bestrittene Behauptungen nicht als erwiesen erachtet werden (vgl. zum Ganzen: BGE 141 III 433 E. 2.6 S. 437 mit Hinweisen).

#### 5.

Beweisthema ist vorliegend zum einen die Arbeitsunfähigkeit (bzw. die Erwerbsunfähigkeit i.S.v. Bst. G15 AVB; vgl. E.2.2 hievor) des Klägers in der Zeitperiode vom 1. Juni 2016 bis und mit 17. Februar 2017. Für die Zeit ab dem 18. Februar 2017 geht der Kläger selbst von einer nicht mehr anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit von nur noch 20 % aus (vgl. Klage, S. 23). Auch wenn die Beklagte seit 21. September 2015 zunächst gestützt auf eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % Taggelder ausbezahlt hatte (vgl. KB 5), in der Folge mit Schreiben vom 23. Februar 2016 (KB 1) und vom 14. Juni 2016 (KB 22) jedoch geltend machte, der Kläger sei (ab

Februar 2016) nur noch zu 50 % arbeitsunfähig, hat der Kläger zu beweisen, dass er (weiterhin bzw. in der hier strittigen Zeitperiode) in höherem Ausmass arbeitsunfähig war (vgl. E 4.3 hievor) und daher ab 1. Juni 2016 bis 17. Februar 2017 grundsätzlich Anspruch auf dementsprechende Taggeldleistungen hatte (vgl. dazu E 6 hienach).

Soweit die Beklagte zudem geltend macht, der Kläger wäre ab 1. Juni 2016 nicht mehr arbeitsunfähig gewesen, hätte er sich nach Aufforderung durch die Beklagte mit Schreiben vom 23. Februar 2016 (KB 1) in die im Gutachten der Klinik C. empfohlene stationäre Rehabilitationsbehandlung begeben (vgl. Klageantwort, S. 15 f., 20), handelt es sich nicht um eine Frage der Arbeitsunfähigkeit an sich. Vielmehr geht es darum, ob der Kläger mit dem Nichtantritt der von der Beklagten geforderten stationären Reha die ihm obliegende Schadenminderungspflicht verletzt hat und sich daher den bei Durchführung einer solchen Behandlung gutachterlich prognostizierten Wegfall der restanzlichen Arbeitsunfähigkeit von 50 % anrechnen lassen muss. Als rechtsaufhebende und somit von der Beklagten zu beweisenden Tatsache (vgl. E 4.2 hievor) ist diese Frage erst einem zweiten Schritt zu prüfen (vgl. dazu E 7 hienach).

## 6.

### 6.1.

Der Kläger macht im hier relevanten Zeitraum (1. Juni 2016 bis 17. Februar 2017) aufgrund eines Depressionsleidens eine Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit wie folgt geltend (Klage, S. 20, 23):

<u>"Arbeitsunfähigkeitsgrad</u>	<u>Periode</u>
[...]	[...]
80%	01.06.2016 - 09.09.2016
70%	10.09.2016 - 28.10.2016
60 %	29.10.2016 - 23.12.2016
50 %	24.12.2016 - 20.01.2017
40%	21.01.2017 -17.02.2017
[...]	[...]

Der Kläger stützt sich dabei auf die von seiner behandelnden Ärztin, Dr. med. E., Fachärztin für Allgemeine Medizin, \_\_\_\_\_, attestierten Arbeitsunfähigkeiten (vgl. KB 3) sowie die Berichte der Firma D., \_\_\_\_\_, vom 11. April 2016 (KB 12), 14. April 2016 (KB 13) sowie vom 2. August 2016 (KB 17), wo er auf Veranlassung seiner Hausärztin insgesamt sieben Wochen in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen sei und anschliessend bis heute ambulant betreut werde. Auch die Firma D. habe eine Arbeitsfähigkeit von 20 % ab Mai 2016 mit langsamer, schrittweiser Steigerung und bei weiterhin eingeschränkter Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit empfohlen (vgl. Klage, S. 20 f.).

## 6.2.

Die Beklagte bestreitet die vom Kläger behauptete psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Klageantwort, S. 8 f., 13 f.; Duplik, S. 10), wobei sie sich auf das von ihr bei der Klinik C., \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_, eingeholte psychiatrische Gutachten vom 5. Februar 2016 (KB 9) und die dort attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab Februar 2016 beruft (vgl. Klageantwort, S. 3 f., 12 f., 18 f., 20) sowie den Bericht von Dr. med. F., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Juni 2016 (KB 15; vgl. Klageantwort, S. 6).

Dr. med. G., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Gutachten der Klinik C. fest, anlässlich der Exploration am 2. Februar 2016 habe er beim Kläger weder eine eigenständige und selbstunterhaltende depressive Störung noch eine rezidivierende depressive Störung feststellen können. Eine depressive Symptomatik im Rahmen einer Anpassungsstörung (Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion [ICD-10: F43.21] gegenwärtig weitgehend remittiert) könne aber bestätigt werden. Gleichzeitig könne beim Kläger eine mittelschwere körperliche Erschöpfung festgestellt werden (Psychophysische Erschöpfung [ICD-10: 273.0]), welche seine psychische Belastbarkeit zusätzlich einschränke. Deswegen könne ihm ab Februar 2016 trotz leichtgradiger depressiver Symptome noch eine höchstens 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden, die allerdings gegenwärtig vordergründig auf die Erschöpfung zurückzuführen sei (vgl. KB 9 S. 8 ff.). Gemäss Bericht von Dr. med. F. vom 6. Juni 2016 sei die von Dr. med. G. attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus versicherungspsychiatrischer Sicht nachvollziehbar (KB 15 S. 3 f.).

## 6.3.

Die klägerische Tatsachenbehauptung, wonach psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen im hier relevanten Zeitraum (1. Juni 2016 bis 17. Februar 2017) zu einer höheren als 50%igen Arbeitsunfähigkeit geführt hätten, wird damit durch die Beklagte substantiiert bestritten, weshalb sie nicht als erwiesen erachtet werden kann (vgl. E 4.6 hievor). Jedoch anerkennt die Beklagte für die strittige Zeitperiode - wie in vorstehender E 6.2 dargelegt - grundsätzlich eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, weshalb eine solche für den Zeitraum vom 1. Juni 2016 bis 20. Januar 2017 als erwiesen zu gelten hat. Für die Zeit vom 21. Januar bis zum 17. Februar 2017 macht der Kläger selbst eine nur noch 40%ige Arbeitsunfähigkeit geltend (vgl. E 6.1 hievor), worauf er zu behaftet ist.

## 6.4.

Soweit der Kläger einen Beizug der Akten der Invalidenversicherung sowie der Arbeitslosenversicherung beantragt, ist nicht ersichtlich, was er daraus genau ableiten will, zumal er die aus seiner Sicht relevanten Dokumente der Klage bereits beigelegt hat (vgl. Klage, S. 6 ff., und KB 10 f.,

13 f.). Das Beweisverfahren dient nicht dazu, fehlende Behauptungen zu ersetzen oder zu ergänzen (Urteil des Bundesgerichts 4A\_504/2015 vom 28. Januar 2016 E. 2.4). Im Übrigen wäre es auch im Falle eines Aktenbezugs nicht Aufgabe des Gerichts, die Akten von sich aus zu durchforsten, um abzuklären, was sich daraus zu Gunsten der Partei, die das Beweismittel eingereicht hat, herleiten liesse (vgl. Urteile des Bundesgerichts 4A\_491/2014 vom 30. März 2015 E. 2.6.1; 4A\_497/2008 vom 10. Februar 2009 E. 4.2 sowie 5C.134/2004 vom 1. Oktober 2004 E. 2.2). Die vom Kläger zudem beantragte Parteibefragung soll dazu dienen, einen von ihm vermuteten Mangel im Gutachten der Klinik C. zu bestätigen (vgl. Klage, S. 16). Dabei übersieht der Kläger, dass er - und nicht die Beklagte - hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzung der Arbeitsunfähigkeit beweibelastet ist (vgl. E. 4.2 f. hievor). Selbst wenn der behauptete Mangel erwiesen wäre, änderte sich nichts daran, dass dem Kläger der Nachweis der von ihm behaupteten Arbeitsunfähigkeitsgrade aufgrund der substantiierten Bestreitung durch die Beklagte nicht gelingt. Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass der Kläger an anderer Stelle einen fachlichen Mangel im Gutachten der Klinik C. verneint (vgl. Klage, S. 18 f.). Nach dem Gesagten sind die Beweisanträge des Klägers abzulehnen.

## **7.**

### **7.1.**

Die Beklagte macht sodann geltend, der Kläger habe die ihm obliegende Schadenminderungspflicht verletzt, indem er sich der gutachterlich empfohlenen stationären Reha-Behandlung verweigert habe, welche gemäss Dr. med. G. zu einer vollständigen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit innert vier bis sechs Wochen geführt hätte, womit beim Kläger auch im hier strittigen Zeitraum keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorgelegen hätte. Dies müsse sich der Kläger anrechnen lassen. Wie unter vorstehender E. 5 dargelegt und entgegen ihren Ausführungen (vgl. Klageantwort, S. 20; Duplik, S. 5 f., 8 ff.) ist die Beklagte hinsichtlich des Nachweises einer Verletzung der Schadenminderungspflicht beweibelastet, zumal es sich um eine rechtsaufhebende Tatsache handelt (vgl. E. 4.2).

### **7.2.**

Der Kläger bringt vor, das gutachterlich empfohlene Vergehen sei unrealistisch, nicht adäquat und erweise sich auch als kontraproduktiv. So habe die Firma D. denn auch in ihrer Stellungnahme vom 9. Februar 2017 (KB 20) klar festgehalten, dass sie die von der Klinik C. vorgeschlagenen Massnahmen als nicht empfehlenswert und eher krankheitsaufrechterhaltend einstufe, da der Kläger im geschützten Rahmen einer Klinik bereits eine ausreichende psychische Stabilität erreicht habe und für eine weitere Zustandsverbesserung die Auseinandersetzung mit Schwierigkeiten in der gewohnten Umgebung notwendig geworden seien.

Auch sei dem Kläger nach seinen stationären Aufenthalten in der Firma D. von seinen behandelnden Ärzten explizit empfohlen worden, auf eine erneute stationäre psychosomatische Rehabilitation zu verzichten, da ein erneuter stationärer Aufenthalt die Gefahr einer dauernden Traumatisierung bedeutet hätte. Aus diesem Grund sei in Abstimmung mit seiner Hausärztin, Dr. med. E., frühzeitig entschieden worden, den Kläger mit einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie zur weiteren Stabilisierung zu begleiten, statt ihn einzuliefern. Schwerpunkt sei dabei gewesen und sei auch weiterhin die Entwicklung von neuen und nachhaltigen Lebensperspektiven, wozu auch Massnahmen zur körperlichen Ertüchtigung, Stärkung der psychischen Belastbarkeit, Neuordnung persönlicher Beziehungen und zur beruflichen Neuausrichtung gehörten. Es verstehe sich von selbst, dass der Kläger dem Rat seiner behandelnden Ärzte vertraut habe und nicht blindlings den Ergebnissen einer einstündigen Befragung durch eine externe Person gefolgt sei (Klage, S. 17 f.). Schliesslich habe auch der ebenfalls von der Beklagten beauftragte Dr. med. F. mit Schreiben vom 6. Juni 2016 festgehalten, dass die von der Klinik C. empfohlene stationäre Behandlung nur bedingt nachvollziehbar sei (Klage, S. 17, 19; vgl. zum Ganzen auch Replik, S. 6 ff., 11 f. [mit Replikbeilage 1], sowie E 31 hievor).

### 7.3.

Die Pflicht zur Schadenminderung beinhaltet im Bereich der Gesundheitsschäden abdeckenden Personenversicherungen, sich in fachgemässe ärztliche Behandlung und Pflege zu begeben und sich den indizierten medizinischen Massnahmen zu unterziehen (MARCEL SÜSSKIND, in: Basler Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz, Nachführungsband, 2012, ad N 14 und 16 zu Art. 61 VVG, S. 210). Dabei haben die privaten Personenversicherer die Autonomie des Versicherten hinsichtlich der ärztlichen Behandlung zu achten, es sei denn die Vertragsbestimmungen räumen dem Versicherer ein entsprechendes Mitspracherecht ein (vgl. SÜSSKIND, a.a.O., ad N 14 und 16 zu Art. 61 VVG, S. 211 m.w.H.).

### 7.4.

Zum einen wird eine Verletzung der Schadenminderungspflicht nach dem vorstehend Ausgeführten (vgl. E 7.2) vom Kläger substantiiert bestritten. Zum andern ist festzuhalten, dass die AVB der Beklagten kein Mitspracherecht hinsichtlich konkreter ärztlicher Behandlung einräumen (vgl. insbesondere Bst. GB AVB), sodass der Versicherer nicht befugt ist, einen bestimmten Arzt oder eine spezifische Behandlung bzw. gewisse Therapiemodalitäten vorzuschreiben. Dass der Kläger seinen Pflichten in Bezug auf die Abklärung der Leistungspflicht nachgekommen ist (und sich namentlich auf Anordnung der Beklagten in der Klinik C. begutachten liess) und dass er seit Eintritt des Schadenfalles bis zur Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit in regelmässiger fachärztlicher Behandlung und Kontrolle stand (vgl. Bst. GB AVB zu den Obliegenheiten im

Schadenfall), bestreitet die Beklagte nicht. Zusammenfassend ist eine Verletzung der Schadenminderungspflicht durch den Kläger damit nicht erwiesen; vielmehr ist dieser durch die von ihm auf Anraten seiner behandelnden Ärzte gewählte fachärztliche Behandlung seiner Pflicht zur Schadenminderung nachgekommen (vgl. E 7.3).

## **8.**

Im Ergebnis ist damit eine Arbeitsunfähigkeit des Klägers im hier relevanten Zeitraum im Umfang von 50 % vom 1. Juni 2016 bis 20. Januar 2017 sowie von 40 % vom 21. Januar 2017 bis 17. Februar 2017 erstellt (siehe insb. E 6.3), weshalb die Beklagte die Krankentaggeldleistungen per 31. Mai 2016 zu Unrecht eingestellt hat. Die Klage ist daher teilweise gutzuheissen.

Der Taggeldanspruch des Klägers beläuft sich bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auf Fr. 345.50 pro Tag (KB 5). Das Taggeld beträgt folglich Fr. 172.75 bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % und Fr. 138.20 bei einer Arbeitsunfähigkeit von 40 %.

Die Beklagte ist demnach zu verpflichten, dem Kläger für die Dauer vom 1. Juni 2016 bis zum 20. Januar 2017 Taggeldleistungen in der Höhe von Fr. 40'423.50 (234 Taggelder à Fr. 172.75) sowie für die Dauer vom 21. Januar bis 17. Februar 2017 in Höhe von Fr. 3'869.60 (28 Taggelder à 138.20) und damit von insgesamt Fr. 44'293.10 zu entrichten.

## **9.**

### **9.1.**

Der Kläger beantragt einen Verzugszins von 5 % jeweils ab dem ersten Tag des auf das Monatsbetreffnis folgenden Monats (vgl. Antragsziffer 1 sowie die Zusammenstellung in der Klage, S. 25).

### **9.2.**

Gemäss Art. 41 Abs. 1 VVG wird eine Versicherungsleistung nach Ablauf von vier Wochen nach dem Zeitpunkt, an welchem der Versicherung alle Angaben vorliegen, um sich von der Richtigkeit des Anspruches überzeugen zu können, fällig. Fälligkeit tritt sofort ein, wenn nach Klärung der Anspruchsbegründung der Versicherer den Versicherungsanspruch anerkennt oder seine Leistungspflicht zu Unrecht bestreitet (JÜRGEN NEF, in: Basler Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], 2001, N 16 zu Art. 41 VVG; HÄBERLI/HUSMANN, Krankentaggeld, versicherungs- und arbeitsrechtliche Aspekte, Bern 2015, Rz. 293).

Da die AVB und das Versicherungsvertragsgesetz keine Vorschriften zum Verzugszins enthalten, finden die Art. 102 ff. OR Anwendung (Art. 100 Abs. 1 VVG). Nach Art. 102 Abs. 1 OR wird, wenn eine Verbindlichkeit fällig ist, der Schuldner durch Mahnung des Gläubigers in Verzug gesetzt.

Wenn für die Erfüllung ein bestimmter Verfalltag verabredet wurde, kommt der Schuldner schon mit Ablauf dieses Tages in Verzug (Art. 102 Abs. 2 OR). Lehnt ein Versicherer zu Unrecht seine Leistungspflicht definitiv ab, bedarf es keiner Mahnung des Versicherten. Fälligkeit und Verzug treten dann sofort ein und eine Deliberationsfrist wird überflüssig, wenn sie nicht schon abgelaufen ist (NEF, a.a.O., N 20 zu Art. 41 VVG). Denn diesfalls erklärt der Schuldner unmissverständlich, dass er nicht leisten werde, weshalb sich eine Mahnung als überflüssig erweisen würde. Der Gläubiger kann daher analog Art. 108 Ziff. 1 OR auf sie verzichten. Dies gilt auch dann, wenn die eindeutige und definitive Verweigerungserklärung schon vor Fälligkeit der Forderung abgegeben wurde (antizipierter Vertragsbruch; WOLFGANG WEGAND, in: Basler Kommentar zum Obligationenrecht I, 6. Aufl. 2015, N 11 zu Art. 102 OR m.w.H.; vgl. auch GROLIMUNDMILLARD, in: Basler Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz, Nachführungsband, 2012, ad N 20 zu Art. 41 VVG mit Hinweis auf das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich KK.2005.00009 vom 27. März 2006 E. 8.2 ff.; HÄBERLIHUSMANN, a.a.O., Rz 297).

Ein Schuldner, welcher mit der Zahlung einer Geldschuld in Verzug ist, hat einen Verzugszins von 5 % zu bezahlen (Art. 104 Abs. 1 OR). Bei einer sich aus mehreren betragsmässig gleichen Prämien zusammengesetzten Forderung kann vom mittleren Verfall ausgegangen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_777/2010 vom 15. Juni 2011 E 5.1; BGE 131 III 12 E 9.5 S. 25).

### 9.3.

Dass vorliegend ein Verfalltag vereinbart worden wäre, lässt sich den Akten nicht entnehmen und wird vom Kläger auch nicht geltend gemacht. Mangels Verfalltags ist daher grundsätzlich von einem Mahngeschäft auszugehen (Art. 102 Abs. 1 OR). Mit Schreiben vom 23. Februar 2016 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass sie die Taggeldleistungen per 31. Mai 2016 einstellen werde (KB 1), was sie mit Schreiben vom 14. Juni 2016 (KB 22) und vom 17. Oktober 2016 (KB 24) bestätigte. Die Beklagte erklärte damit bereits am 23. Februar 2016 - vor den (Mahn-)Schreiben des Klägers vom 13. April 2016 (KB 21) und 5. August 2016 (KB 23) - unmissverständlich, dass sie nicht leisten werde. Entgegen den Vorbringen der Beklagten (Klageantwort, S. 20) setzten Fälligkeit und Verzug vorliegend deshalb bereits ab 1. Juni 2016 ein (vgl. E 9.2 hievor). Die Forderung des Klägers auf Zahlung eines Verzugszinses von 5 % jeweils ab dem auf die Fälligkeit der einzelnen Monatsbeträge (jeweiliges Monatsende) folgenden Tag ist somit nicht zu beanstanden.

Die Beklagte schuldet dem Kläger folglich einen Verzugszins von 5 % seit 1. Juli 2016 auf dem Betrag von Fr. 5'182.50 (30 Taggelder a Fr. 172.75 für Juni 2016), seit 1. August 2016 auf dem Betrag von Fr. 5'355.25

(31 Taggelder à Fr. 172.75 für Juli 2016), seit 1. September 2016 auf dem Betrag von Fr. 5'355.25 (31 Taggelder à Fr. 172.75 für August 2016), seit 1. Oktober 2016 auf dem Betrag von Fr. 5'182.50 (30 Taggelder à Fr. 172.75 für September 2016), seit 1. November 2016 auf dem Betrag von Fr. 5'355.25 (31 Taggelder à Fr. 172.75 für Oktober 2016), seit 1. Dezember 2016 auf dem Betrag von Fr. 5'182.50 (30 Taggelder à Fr. 172.75 für November 2016), seit 1. Januar 2017 auf dem Betrag von Fr. 5'355.25 (31 Taggelder à Fr. 172.75 für Dezember 2016), seit 1. Februar 2017 auf dem Betrag von Fr. 4'979.20 (20 Taggelder à Fr. 172.75 für 1. bis 20. Januar 2017 [Fr. 3'455.00] und 11 Taggelder à Fr. 138.20 für 21. bis 31. Januar 2017 [Fr. 1'520.20]) sowie seit 1. März 2017 auf dem Betrag von Fr. 2'349.40 (17 Taggelder à Fr. 138.20 für 1. bis 17. Februar 2017).

## **10.**

### **10.1.**

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 114 lit. e ZPO).

### **10.2.**

#### **10.2.1.**

Nach Art. 106 Abs. 1 ZPO werden die Prozesskosten, zu welchen die Parteientschädigung gehört (Art. 95 Abs. 1 lit. b ZPO), der unterliegenden Partei auferlegt. Hat keine Partei vollständig obsiegt, so werden die Prozesskosten nach dem Ausgang des Verfahrens verteilt (Art. 106 Abs. 2 ZPO).

#### **10.2.2.**

Mit seinem Klagebegehren beantragt der Kläger die Zahlung von Taggeldern in der Höhe von Fr. 60'082.45. Mit der Zusprache von Taggeldern in der Höhe von Fr. 44'293.10 obsiegt er mit einem Anteil von 74 % und unterliegt zu 26 %. Die Beklagte obsiegt zu 26 % und unterliegt zu 74 %. Bei Verrechnung des Obsiegens von Kläger und Beklagter resultiert ein Obsiegen des Klägers in der Höhe von 48 %. Die Beklagte hat dem Kläger deshalb 48 % seiner Parteikosten zu ersetzen.

Ausgehend vom Streitwert von Fr. 60'082.45, im Hinblick auf die Bedeutung und Schwierigkeit des Falles und unter Berücksichtigung des mutmasslichen Aufwands des Rechtsvertreters des Klägers ist von einer Entschädigung im Umfang von Fr. 6'000.00 auszugehen (§ 8a Abs. 1 lit. b Ziff. 3 i.V.m. § 8a Abs. 2 des Dekrets über die Entschädigung der Anwälte [Anwaltstarif; AnwT]). 48 % davon entsprechen einer Parteientschädigung von Fr. 2'880.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), welche die Beklagte dem Kläger zu bezahlen hat.

---

**Das Versicherungsgericht erkennt:**

**1.**

In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger für die Zeit vom 1. Juni 2016 bis 17. Februar 2017 Krankentaggelder von insgesamt Fr. 44'293.10 nebst Zins zu 5 % seit 1. Juli 2016 auf dem Betrag von Fr. 5'182.50, seit 1. August 2016 auf dem Betrag von Fr. 5'355.25, seit 1. September 2016 auf dem Betrag von Fr. 5'355.25, seit 1. Oktober 2016 auf dem Betrag von Fr. 5'182.50, seit 1. November 2016 auf dem Betrag von Fr. 5'355.25, seit 1. Dezember 2016 auf dem Betrag von Fr. 5'182.50, seit 1. Januar 2017 auf dem Betrag von Fr. 5'355.25, seit 1. Februar 2017 auf dem Betrag von Fr. 4'975.20 sowie seit 1. März 2017 auf dem Betrag von Fr. 2'349.40 zu bezahlen.

**2**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Die Beklagte hat dem Kläger eine Parteientschädigung von Fr. 2'880.00 zu bezahlen.

---

Zustellung an:

den Kläger (Vertreter; 2-fach)

die Beklagte (Vertreter; 2-fach)

die eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA

---

**Rechtsmittelbelehrung** für die Beschwerde in Zivilsachen (Art. 72 ff., Art. 90 ff. BGG)

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen**, von der schriftlichen Eröffnung der vollständigen Ausfertigung des Entscheides an gerechnet, die Beschwerde an das Schweizerische Bundesgericht erhoben werden.

Die Beschwerde ist schriftlich oder in elektronischer Form beim **Schweizerischen Bundesgericht, 1000 Lausanne 14** einzureichen. Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschriften bzw. eine anerkannte elektronische Signatur zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht (Art. 95 ff. BGG) verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in den Händen hat; ebenso ist der angefochtene Entscheid beizulegen (Art. 42 BGG).

---

Aarau, 6. März 2018

**Versicherungsgericht des Kantons Aargau**  
3. Kammer