

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20110630_d_zh_o_01 vom 30. Juni 2011

FINMA Versicherungsrecht, 2011-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20110630_d_zh_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20110630_d_zh_o_01 du 30 juin 2011

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20110630_d_zh_o_01 del 30 giugno 2011

Erwägungen

E. 1.1

Das grundsätzlich anwendbare Versicherungsvertragsgesetz (VVG) enthält ausser in Art. 87 VVG keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld. Es sind deshalb vorab einmal die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend. Unbestrittenermassen galten für die Zeit vom 19. März 1998 bis zum 31. Dezember 2003 die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) für die Kollektive Krankentaggeldversicherung 01.91 (Urk. 2/36). Ab dem 1. Januar 2004 galten die AVB für die Krankentaggeldversicherung für das Personal 07.03 (Urk. 2/3, Urk. 15 S. 3, Urk. 20 S. 1, Urk. 23). Da vorliegend Ansprüche für die am 26. November 2008 gemeldeten Beschwerden zu prüfen sind, kommen die ab dem Januar 2004 geltenden AVB 07.03 zur Anwendung. Die nachfolgend zitierten Bestimmungen entstammen daher den AVB 07.03.

E. 1.2

Gemäss Art. A6 AVB 07.03 gilt als Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert und eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Gesundheitsstörungen infolge Schwangerschaft oder Geburt sind Krankheiten gleichgestellt, wobei Art. B1 Abs. 3 vorbehalten bleibt (Urk. 2/3 S. 3). Art. A7 AVB 07.03 mit dem Titel "Rückfälle" hält fest, dass das erneute Auftreten einer Krankheit (Rückfall) als neue Krankheit gilt, wenn der Versicherte während 12 Monaten ihretwegen nicht arbeitsunfähig war. In Bezug auf die Leistungsdauer wird festgehalten, das Taggeld werde pro Krankheit nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist längstens während der in der Police aufgeführten Leistungsdauer bezahlt. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % zählen für die Bemessung der Leistungsdauer voll. Tritt während eines Krankheitsfalls ein zusätzlicher Krankheitsfall ein, werden die anspruchsberechtigten Tage des ersten Falls an die Leistungsdauer angerechnet (Art. B3 Abs. 1 bis 3 AVB 07.03). Tritt sodann nach Erschöpfung der maximalen Leistungsdauer ein neuer Krankheitsfall ein, so besteht für diesen Fall nur Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person zuvor ihre Arbeitsfähigkeit ganz oder teilweise wiedererlangt hat und nur im Umfang der durch die neue Krankheit bedingten zusätzlichen Arbeitsunfähigkeit (Art. B3 Abs. 4 AVB 07.03). 2.

E. 1.3

Am 26. November 2008 ersuchte die Versicherte um weitere Krankentaggeldleistungen für eine ab dem 14. September 2008 attestierte Arbeitsunfähigkeit (Urk. 16/5/M2). Die Axa holte medizinische Berichte ein (Urk. 16/5/M3-M4) und teilte X. ___ mit Schreiben vom 18. Februar 2009 mit, sie habe keinen Anspruch auf Taggeldleistungen, da die maximale Leistungsdauer von 700 Tagen erschöpft sei und keine neue Krankheit vorliege (Urk.

16/5/5). Die Versicherte liess daraufhin mit diversen Schreiben erklären, sie sei mit der Einschätzung der Axa nicht einverstanden. Es seien ihr die Krankentaggelder auszurichten, da eine neue Krankheit vorliege (Urk. 16/5/9, Urk. 16/5/12). Die Axa hielt jedoch an ihrer Einschätzung fest (Urk. 16/5/10, Urk. 16/5/14).

E. 2

Die Taggelder seien gestützt auf den versicherten Verdienst von Fr. 36'000.-- (= Fr. 98.65 pro Tag) zu berechnen.

E. 2.1

Die Klägerin macht im Wesentlichen geltend, die Axa habe im Zeitraum vom 25. Oktober 2000 bis zum 13. Oktober 2002 Krankentaggeldleistungen aufgrund der Diagnose einer Tendovaginitis erbracht. Nach der Einstellung der Taggeldzahlungen am 13. Oktober 2002 sei eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, womit sie eine mindestens teilweise Arbeitsfähigkeit wieder erlangt habe. Zwischen Oktober 2002 und November 2007 beziehungsweise September 2008 sei denn auch gegenüber der Axa keine Arbeitsunfähigkeit erwähnt worden. Sie sei ab dem 14. September 2008 aufgrund einer somatoformen Schmerzstörung zu 100 % krankgeschrieben. Dabei handle es sich nicht um einen Rückfall zu einer in der Zeit vom 25. Oktober 2000 bis zum 13. Oktober 2002 diagnostizierten Krankheit. Zwar seien verschiedentlich psychische Beschwerden erwähnt worden, zu keinem Zeitpunkt sei aber aufgrund dieser Beschwerden eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Zudem könne die Beklagte allein aufgrund des erstmals im November 2001 diagnostizierten zervikospondylogenen Syndroms keinen Rückfall ableiten und die Leistungspflicht verneinen. Die ab September 2008 attestierte Arbeitsunfähigkeit basiere nämlich nicht auf einem zervikospondylogenen Syndrom, sondern auf den Diagnosen einer mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störung, eines chronischen multilokulären Schmerzsyndroms bei langjähriger Schulterproblematik, eines Lumbovertebralsyndroms und Hypästhesien am linken Arm mit somatoformen und dissoziativen Anteilen. Es liege somit eine neue Erkrankung für die verbliebene 50%ige Arbeitsfähigkeit vor, welche vor dem Eintritt der erneuten Erkrankung im September 2008 vorgelegen habe. Die Beklagte sei zumindest für die verbleibende 50%ige Restarbeitsfähigkeit leistungspflichtig (Urk. 1, Urk. 20).

Dagegen bringt die Beklagte zusammengefasst vor, das im September 2008 gemeldete Ereignis stelle einen Rückfall und keinen neuen Krankheitsfall dar. Denn zwischen den im September 2008 genannten Diagnosen und den in den Jahren davor erhobenen Befunden bestehe ein Konnex. Es habe sich immer um denselben Symptomenkomplex mit organisch nicht nachweisbaren Schmerzen und psychischen Beschwerden gehandelt. Nicht einzig die der Axa gemeldeten Diagnosen, für welche Leistungen erbracht worden seien, seien für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit von Bedeutung. Hinsichtlich des erneuten Auftretens einer Krankheit und der Qualifizierung als Rückfall müsse sodann lediglich ein Zusammenhang zu einem früheren entschädigten Versicherungsfall gegeben sein. Zudem habe vor der neuen Anmeldung im September 2008 keine zwölfmonatige 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden, vielmehr sei seit dem 25. Oktober 2000 eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Schliesslich habe sie vom 25. Oktober 2000 bis zum 13. Oktober 2002 Leistungen erbracht, womit die Leistungspflicht von 700 Tagen erschöpft sei (Urk. 15, Urk. 23).

E. 2.2

Unbestritten- und belegtermassen richtete die Beklagte unter Berücksichtigung einer Wartezeit von 30 Tagen vom 22. bis zum 30. November 1999 gestützt auf eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, vom 12. Dezember 1999 bis zum 14. Februar 2000 sowie vom 11. bis zum 18. Juli 2000 gestützt auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit insgesamt 82 Taggelder aus (Urk. 1, Urk. 15, Urk. 16/1/div. 1-2). Im Zeitraum vom 25. Oktober 2000 bis zum 13. Oktober 2002 erbrachte die Beklagte sodann gestützt auf Arbeitsunfähigkeiten zwischen 50 und 100 % 700 Taggelder (Urk. 1, Urk. 15, Urk. 2/12 S. 2, Urk. 16/2/div. 1-2, Urk. 16/2/div. 1). Nach einem längeren Unterbruch bezahlte die Beklagte sodann weitere 42 Taggelder gestützt auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Dauer vom 26. Dezember 2007 bis zum 5. Februar 2008 (Urk. 1, Urk. 15, Urk. 16/5/M1, Urk. 16/5/div. 1).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die am 26. November 2008 gemeldete krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ab dem 14. September 2008 gemäss Art. A7 AVB 07.03 als Rückfall zu qualifizieren ist. Dabei gilt das erneute Auftreten einer Krankheit als neue Krankheit, wenn die Versicherte während 12 Monaten ihretwegen nicht arbeitsunfähig war. 3.

E. 3

Die Taggelder seien bis zur Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit respektive bis zum Ablauf der vertraglich vereinbarten Dauer von 700 Tagen auszurichten.

E. 3.1

Vorweg zu beurteilen ist, welcher Gesundheitsschaden am 26. November 2008 vorlag. Im Arztbericht von Dr. med. D.____ vom 26. November 2008 (vgl. Urk. 15 S. 7) wurde die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung aufgeführt, welche seit Jahren bestehe. Die Versicherte sei deswegen vom 14. bis zum 22. September 2008 im Spital E.____ hospitalisiert gewesen (Urk. 16/5/M2). Vom Spital E.____ befindet sich lediglich ein ärztliches Zeugnis für eine Arbeitsunfähigkeit vom 14. bis zum 25. September 2008 in den Akten (Urk. 2/23). Daraufhin wurde die Versicherte für die Dauer der Behandlung vom 25. September bis zum 31. Oktober 2008 von Chiropraktor Dr. F.____ krank geschrieben (Urk. 2/24). Er hielt in seinem Bericht vom 13. Februar 2009 fest, nach Ausschluss degenerativer oder diskogener Schmerzsyndrome stehe der Verdacht auf ein somatoformes Schmerzsyndrom oder ein Fibromyalgiesyndrom im Vordergrund (Urk. 16/5/M4). Vom 31. Oktober bis zum 5. Dezember 2008 hielt sich die Versicherte sodann in der Psychosomatischen Abteilung der Klinik G.____ auf. Aus deren Bericht vom 27. Januar 2009 gehen die Diagnosen eines chronischen multilokulären Schmerzsyndroms mit/bei langjähriger Schulterproblematik, einem Lumbovertebralsyndrom mit Ausstrahlung ins linke Bein, Hypästhesien im linken Arm und somatoformen sowie dissoziativen Anteilen und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig mit soziophoben Ängsten sowie bei einem Status nach einem Suizidversuch 1993 hervor (Urk. 16/5/M3; vgl. auch Urk. 2/26). Gestützt auf die erwähnten, im Wesentlichen übereinstimmenden medizinischen Berichte ist festzuhalten, dass bei der Versicherten im September 2008 ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom sowie eine gegenwärtig mittelgradige depressive Störung vorlagen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass sich die Diagnosen eines multilokulären Schmerzsyndroms und einer somatoformen Schmerzstörung nicht ausschliessen, da die beiden Diagnosen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und des generalisierten diffusen Schmerzsyndroms nicht voneinander unabhängige,

nebeneinander bestehende Krankheitsbilder charakterisieren, sondern dasselbe, durch organische Befunde nicht hinreichend erklärbares Beschwerdebild einmal aus der Sicht der Psychiatrie und einmal aus der Sicht der Orthopädie kennzeichnen.

E. 3.2.1

Zu prüfen ist sodann, ob aufgrund der oben erwähnten Erkrankung während 12 Monaten vor dem 14. September 2008 eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat. Dabei sind für die Beurteilung dieser Frage auch die Akten der IV-Stelle sowie Arbeitsunfähigkeiten zu berücksichtigen, welche nicht der Axa gemeldet wurden. Denn in Art. A7 AVB 07.03 wird nicht eine Leistungspflicht der Axa während 12 Monaten vorausgesetzt, sondern lediglich eine Arbeitsunfähigkeit (vgl. hierzu auch Urteil des Bundesgerichts in Sachen X. vom 16. November 2006, 5C.179/2006).

E. 3.2.2

Entgegen der Auffassung der Klägerin erbrachte die Axa bereits im Zeitraum vom 25. Oktober 2000 bis zum 13. Oktober 2002 Taggeldleistungen aufgrund eines Symptomenkomplexes, welcher mit dem im November 2008 gemeldeten Beschwerdebild mit diversen Schmerzen und einer rezidivierenden depressiven Störung im Wesentlichen übereinstimmt. Zwar wurden anfänglich lediglich eine Tendovaginitis und eine Tendinopathie links diagnostiziert (Urk. 16/2/M1-M7). Bereits am 9. Oktober 2001 wurde jedoch in einem Bericht der Medizinischen Klinik des Spitals E.____ unter anderem ein Fibromyalgiesyndrom (Urk. 17/7/4) und im Bericht der H.____ vom 12. Dezember 2001 unter anderem ein chronisches lumbospondylogenes und chronisches zervikospondylogenes Syndrom mit Tendenz zur Fibromyalgie sowie eine Depression (Urk. 17/7/3) diagnostiziert. Eine Somatisierungsstörung ergibt sich sodann aus dem Bericht der Frauenklinik des Spitals E.____ vom 19. Dezember 2001 (Urk. 17/7/2; vgl.

auch Urk. 17/7/1). Auch gegenüber der Axa nannte Dr. med. I.____ in den Berichten vom 26. April 2002 (Urk. 16/2/M8) und vom 26. September 2002 (Urk. 16/2/M9) die Diagnosen eines zervikospondylogenen Syndroms und einer rezidivierenden depressiven Verstimmung mit dem Hinweis auf einen chronischen Verlauf. Die von ihm ursprünglich gestellte Diagnose einer Tendovaginitis und Tendinopathie links erwähnte er hingegen nicht mehr (Urk. 16/2/M1). Somit ist - entgegen der Auffassung der Klägerin - nicht davon auszugehen, dass die Taggeldzahlungen im Zeitraum vom 25. Oktober 2000 bis zum 13. Oktober 2002 lediglich aufgrund einer Tendovaginitis und Tendinopathie links erfolgten. Vielmehr wurde in besagtem Zeitraum von diversen Ärzten ein Schmerzsyndrom beschrieben, welches sich durch Schmerzen in verschiedenen Körperteilen (multilokulär) auszeichnete und für welches ein organisches Korrelat fehlte. Dabei wird mit der Diagnose Fibromyalgiesyndrom ebenfalls ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage umschrieben (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 29. Mai 2009 in Sachen X., KK.2007.00019, Erw. 4.2 und 4.3, mit dem Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2008 in Sachen M., I 70/07, Erw. 5 mit Hinweisen). Zudem lag zweifellos ein depressives Geschehen vor, welches von der Klägerin nicht grundsätzlich bestritten wird (Urk. 1 S. 6). Dabei ist - entgegen der Auffassung der Klägerin (Urk. 1 S. 6) - für die Klärung der Frage, ob ein Rückfall vorliegt, nicht notwendig, dass die Diagnose von einem Psychiater gestellt, oder für sie eine gesondert ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, zumal sie im Rahmen einer Schmerzerkrankung auftrat.

E. 3.2.3

Des Weiteren ergeben sich aus dem A.____-Gutachten vom 30. März 2006 die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige Episode mit Somatisierung und dissoziativer Hemisymptomatik links, eines sensiblen Ulnarissyndroms links unklarer Genese, eines zervikovertebralen und lumbovertebralen Schmerzsyndroms bei Haltungsschwäche und ausgeprägter Dekonditionierung der Nacken- und Rumpfmuskulatur sowie Migräne (Urk. 17/29/1 S. 9). Dabei ist in Übereinstimmung mit der Einschätzung des Bundesgerichts im Urteil vom 24. August 2009 (vgl. Urk. 17/55) davon auszugehen, dass im Wesentlichen ein subjektives Schmerzempfinden ohne hinreichend erklärbares organisches Substrat sowie eine depressive Erkrankung vorlagen (Urk. 17/55, Erw. 3.3 und Erw. 3.4.2, S. 5 f.), was den im November 2008 gestellten Diagnosen entspricht. Zudem attestierten die Gutachter eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 17/29/1 S. 11), die zwar aufgrund der im Sozialversicherungsrecht anzuwendenden Rechtsprechung als überwindbar eingeschätzt wurde, deren Feststellung aber im vorliegenden Fall darzulegen vermag, dass die Arbeitsfähigkeit bereits seit längerer Zeit aufgrund derselben Problematik eingeschränkt war.

E. 3.2.4

Schliesslich hatte die Klägerin der Axa am 2. März 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 26. November 2007 bis zum 5. Februar 2008 aufgrund eines akuten Lumbovertebralsyndroms gemeldet (Urk. 16/5/M1). In seinem Bericht vom 8. April 2008 führte Dr. F.____ diesbezüglich aus, die Behandlung der akuten Zervikodorsalgie mit Manipulation und Interferenzstrom habe zu einer deutlichen Besserung geführt. In den Folgebehandlungen habe die Versicherte jedoch - obwohl keine organischen Ursachen hätten eruiert werden können - über massive lumbale, zervikodorsale, Knie-, Ellenbogen- und Schulterschmerzen geklagt. Die Art der Beschwerden (diffus und kaum zu objektivieren) würden an ein Fibromyalgiesyndrom erinnern, wobei psychosoziale Aspekte zumindest eine gewisse Rolle spielen würden (Urk. 16/5/M4 S. 3-4). Zwar wurde in erster Linie ein akutes Lumbovertebralsyndrom gemeldet (Urk. 16/5/M1). Gestützt auf den Bericht von Dr. F.____, welcher im Wesentlichen mit den bereits erwähnten medizinischen Einschätzungen übereinstimmt, bestand jedoch auch vom 26. November 2007 bis zum 5. Februar 2008 ein Beschwerdekomples, welcher sich durch ein multilokuläres Schmerzsyndrom ohne organisches Korrelat manifestierte.

E. 3.3

Zusammenfassend lag somit zum einen sowohl im Zeitraum vom 25. Oktober 2000 bis zum 13. Oktober 2002, im Zeitraum bis zur erneuten Anmeldung am 26. November 2008 und auch danach immer im Wesentlichen derselbe Symptomenkomplex mit einem multilokulären Schmerzsyndrom sowie einer rezidivierenden depressiven Störung vor. Dieses Beschwerdebild führte zum anderen nicht nur im Zeitraum vom 25. Oktober 2000 bis zum 13. Oktober 2002 und im Zeitpunkt der A.____-Begutachtung, sondern auch vom 26. November 2007 bis zum 5. Februar 2008 zu einer Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 17/29/1 S. 11; vgl. auch Erw. 3.2.4). Während mehr als 12 Monaten lag somit eine Arbeitsunfähigkeit gestützt auf die im Wesentlichen immer gleich gebliebenen Diagnosen vor. Damit handelt es sich bei der am 26. November 2008 gemeldeten Erkrankung - entgegen der Auffassung der Klägerin - um einen Rückfall im Sinne von Art. A7 AVB 07.03.

Zu erwähnen ist sodann, dass sich die von der Klägerin geltend gemachte 50%ige Erwerbstätigkeit (Urk. 1 S. 5 f.) trotz der bestehenden Beschwerden nicht nachvollziehen lässt. So ergibt sich aus dem Haushaltbericht vom 9. Dezember 2002 nicht, dass sie einer Erwerbstätigkeit nachgegangen ist (Urk. 17/12). Zudem erwähnte sie gegenüber den A.____-Gutachtern Ende 2005/Anfang 2006, dass sie seit zwei Jahren nichts mehr arbeite (Urk. 17/29/1 S. 6; vgl. auch Urk. 17/29/2 S. 2). In der Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der IV-Stelle hielt der damalige Rechtsvertreter sodann - in Abweichung von den Ausführungen der jetzigen Vertreterin (Urk. 20 S. 2) - fest, die Versicherte habe die Arbeit nicht wegen der Kinder eingeschränkt beziehungsweise aufgegeben, sondern wegen ihrer Krankheit (Urk. 17/47 S. 4). Schliesslich wies die Klägerin die behauptete Erwerbstätigkeit auch nicht - beispielsweise mittels einer Arbeitgeberbescheinigung - aus.

E. 3.4

Da das Vorliegen eines Rückfalls bejaht wurde, kann die Klägerin nur noch einen Taggeldanspruch im Rahmen der Differenz zwischen dem höchstmöglichen Anspruch von 700 Taggeldern und den bereits

im Zeitraum vom 25. Oktober 2000 bis zum 13. Oktober 2002 ausgerichteten Taggeldern (Urk. 16/2/div. 1) beanspruchen. Zu prüfen ist somit, ob für den erwähnten Symptomenkomplex mit diversen Schmerzen und einer rezidivierenden depressiven Störung bereits die vertraglich vereinbarte maximale Anzahl Krankentaggelder (700) geleistet wurde. Dies ist ebenfalls zu bejahen, denn - wie bereits erwähnt - lag in jenem Zeitraum im Wesentlichen dasselbe Beschwerdebild vor (vgl. Erw. 3.2.2). Zudem zählen sowohl gemäss Art. B3 Abs. 2 der bis 31. Dezember 2003 geltenden AVB 01.91 als auch gemäss Art. B3 Abs. 2 AVB 07.2003 für die Bemessung der Leistungsdauer auch Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % voll (Urk. 2/36 S. 5). In Bezug auf den Einwand der Klägerin, es sei nicht klar, ob die Sperrfrist bei Schwangerschaft (vgl. Art. B1 Abs. 4 AVB 01.91, Urk. 2/36 S. 5) eingehalten worden sei (Urk. 1 S. 7), bleibt zu sagen, dass diese Frage offen bleiben kann. Massgeblich ist allein, ob die 700 Krankentaggelder aufgrund desselben Krankheitsbildes ausbezahlt wurden, was sich aus der Leistungsaufstellung (Urk. 16/2/div. 1) ergibt und zudem nicht bestritten wurde (Urk. 1 S. 7). Ob schliesslich die Beklagte gestützt auf Art. B3 Abs. 1 AVB 01.91 (Urk. 2/36 S. 5) für jede neu gestellte Diagnose im Zeitraum vom 25. Oktober 2000 bis zum 13. Oktober 2002 jeweils die gesamte Anzahl Taggelder hätte ausrichten müssen (Urk. 1 S. 7), kann offen gelassen werden. Denn gemäss Art. 46 VVG verjähren Forderungen aus dem Versicherungsvertrag in zwei Jahren nach dem Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet. Für die Prüfung weiterer Taggeldansprüche wegen der diversen im Zeitraum vom 25. Oktober 2000 bis zum 13. Oktober 2002 gestellten Diagnosen besteht somit ohnehin kein Raum mehr. Schliesslich führt auch der Umstand, dass die Axa vom 26. Dezember 2007 bis zum 5. Februar 2008 Krankentaggeldleistungen erbracht hat, nicht zu einer anderen Beurteilung der oben erwähnten strittigen Fragen. Damit hat die Klägerin für die am 26. November 2008 gemeldete krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Taggelder der Axa. Die Klage ist somit abzuweisen. Das Gericht erkennt:

E. 4

Eventualiter seien von der Beklagten weitere medizinische Abklärungen durchzuführen.

E. 5

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge." Nachdem die Versicherte den Bericht von Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, vom 25. November 2009 eingereicht hatte (Urk. 9-10), beantragte die Axa mit Klageantwort vom 12. März 2010 die Abweisung der Klage (Urk. 15). Mit Verfügung vom 16. März 2010 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 19). Mit Replik vom 27. April 2010 (Urk. 20) beziehungsweise Duplik vom 20. Mai 2010 (Urk. 23) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Die Duplik wurde der Versicherten mit Schreiben vom 25. Mai 2010 zugestellt (Urk. 24). Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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