

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20130528_d_ag_o_02 vom 28. Mai 2013

FINMA Versicherungsrecht, 2013-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20130528_d_ag_o_02

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20130528_d_ag_o_02 du 28 mai 2013

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20130528_d_ag_o_02 del 28 maggio 2013

Erwägungen

E. 3

Kammer KANTON AARGAU VKL 2012.13 las 1 fi Art. 95 Urteil vom 28. Mai 2013
Besetzung Oberrichterin Plüss, Präsidentin Oberrichter Roth Oberrichter Hartmann
Gerichtsschreiberin Sikyc Kläger A. vertreten durch lic. iur. Viktor Györffy, Rechtsanwalt,
Beklagte X. Versicherungen Gegenstand Klageverfahren betreffend
Krankentaggeldleistungen nach WG

-2- Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten: 1. 1.1. Der 1965 gebotene Kläger arbeitete seit November 2007 mit einem 100 %-Pensum als Lastwagenchauffeur bei der Firma B. (Kla geantwortbeilage [AB] 1), welche bei der Beklagten für ihre Angestellten eine kollektive Krankentaggeldversicherung abgeschlossen hatte (Krankentaggeldversicherung für Unternehmen, Police Nr.:)‘ 1.2. Mit Arbeitsunfähigkeitsmeldung vom 24. Februar 2011 wurde der Beklagten mitgeteilt, der Kläger sei vom 13. Januar bis 11. März 2011 wegen einer psychischen Erkrankung vollständig arbeitsunfähig (AB 1). In einem Arztbericht vom 11. März 2011 (AB 3) hielt der Hausarzt des Klägers, Dr. med. C. , Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, fest, am 17. Januar 2011 sei der Kläger wegen einer akuten schweren Hyperventilation notfallmässig ins Spital gebracht worden. Seit 19. Januar 2011 befinde sich der Kläger bei Dr. med. C. in ärztlicher Behandlung. Neben einer rezidivierenden Hyperventilation weisen der Kläger Erschöpfungsgefühle und funktionelle Beschwerden auf. Ursache der Arbeitsunfähigkeit sei eine Anpassungsstörung beinahe Ehescheidung und beruflicher Überarbeitung mit akuter und rezidivierender Hyperventilation. Anfangs März 2011 ging Dr. med. C. davon aus, dass der Kläger in ein bis zwei Monaten die bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen könne. Die Prognose sei günstig. Zur Behandlung absolviere der Kläger zweimal pro Woche körperliches Training und erhalte Massagen. Zudem werde er medikamentös behandelt. f 3 Mit Schreiben vom 1. April 2011 (AB 4) informierte die Beklagte den Arbeitgeber des Klägers dahingehend, dass ein Taggeldanspruch nur aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit bestehe, welche auf krankheitsbedingte, medizinisch nachweisbare, objektivierbare Ursachen zurückzuführen sei. Nicht medizinische Faktoren wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, soziales Umfeld, Alter, Bildungsstand, Streitigkeiten am Arbeitsplatz oder Doppelbelastungen berechtigten nicht zum Bezug von Krankentaggeldleistungen. Da die Arbeitsunfähigkeit des Klägers auf nichtmedizinische Faktoren zurückzuführen sei, richte die Beklagte für die ab 13. Januar 2011 bestehende Arbeitsunfähigkeit keine Taggeldleistungen aus. 1.4. Nachdem die Firma B. das Arbeitsverhältnis mit dem Kläger mit Kündigungsschreiben vom 25. Mai 2011 per 31. Juli 2011 aufgelöst

-3- hatte, meldete sich der Kläger am 24. Juni 2011 bei der 1V-Stelle Aarau für berufliche Eingliederungsmassnahmen an (AB 7). 1.5. Im Auftrag der Beklagten erstellte Dr. med. D. Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten vom

E. 3.1.1

Der Kläger stellt sich auf den Standpunkt, er sei ab 13. Januar 2011 krankheitsbedingt arbeitsunfähig gewesen. Zu Beginn habe er während mehrerer Tage an Fieber, Gliederschmerzen, Halsschmerzen und Husten gelitten. Gleichzeitig habe er immer wieder Hyperventilationsattacken gehabt. Im Januar 2011 sei sein Tinnitus, an welchem er aufgrund eines Arbeitsunfalls mit einer Pneu-Explosion im Jahr 1996 leide, mit einem hohen Pfeifton zurückgekehrt. Die ersten vier Wochen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit habe er praktisch schlafend im Bett verbracht. Er habe in dieser Zeit nur unregelmässig gegessen und sei von seiner Tochter gepflegt worden. Diese Phase des Rückzugs habe zu einer ausgeprägten physischen Dekonditionierung geführt. Weiter weist der Kläger darauf hin, dass die psychiatrische Behandlung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung, die Y. Versicherungen

-16- bezahlt und damit eine gesundheitliche Störung mit Krankheitswert anerkannt worden sei.

E. 3.1.2

Die Beklagte macht in ihrer Klageantwort geltend, die behandelnden Ärzte hätten beim Kläger einzig Beeinträchtigungen festgestellt, welche von belastenden psychosozialen Faktoren herrührten, namentlich die Scheidung, die finanziellen Probleme sowie die Überanstrengung. Aus den Berichten von Dr. med. F. und Dr. med. C. würden sich keine objektiven psychiatrischen Befunde ergeben, welche sich von depressiven Verstimmungszuständen klar differenzieren liessen, nicht auf psychosozialen Faktoren beruhten und/oder zu einer psychiatrischen Diagnose berechtigten. Die Kriterien gemäss ICD-iD für eine psychiatrische Diagnose seien schlicht und einfach nicht erfüllt. Dr. med. D., Dr. med. F. und Dr. med. J. hätten eine psychische Störung per se verneint. Gestützt auf die von Dr. med. J. gemäss seinem Bericht vom 2. August 2011 erhobenen Befunde zieht die Beklagte den Schluss, von einer depressiven Verstimmung, einer Antriebslosigkeit oder Panik sei keine Rede. Der Bericht von Dr. med. J. spreche eindeutig gegen das Vorliegen einer psychischen Krankheit. Die subjektiven Angaben des Klägers würden keinerlei Anlass zur Diagnose einer leichten depressiven Episode oder gar zur Vermutung einer Panikstörung geben. Der Umstand, dass der Kläger erst Mitte Juli 2011 von einem Psychiater behandelt worden sei, werfe erhebliche Zweifel am Vorhandensein einer psychischen Störung auf. Auch die Gutachterin Dr. med. D. habe keine psychischen Einschränkungen oder Störungen feststellen können. Die von ihr gestellten Diagnosen hätten allesamt keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Schliesslich vertrete Dr. med. J. in seinem Bericht vom 21. Dezember 2011 die Auffassung, beim Kläger liege kein somatischer oder psychischer Gesundheitsschaden vor, welcher die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würde. Die von Dr. med. D. gestellten Diagnosen seien durchaus nachvollziehbar.

E. 3.1.3

Zu prüfen ist, ob die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Klägers als psychische Störung von Krankheitswert zu qualifizieren ist.

E. 3.2

Der zwischen der ehemaligen Arbeitgeberin des Klägers und der Beklagten abgeschlossene Krankentaggeldversicherungs-Vertrag vermittelt einen Anspruch auf Leistungen für die wirtschaftlichen Folgen von Krankheiten (Art. 1 AVB).

- 17- Nach Art. 2.5 AVB ist Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Die Definition von Krankheit in Art. 2.5 AVB entspricht weitgehend Art. 3 Abs. 1 ATSG. Die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit gemäss Art. 3 Abs. 1 ATSG ist als Funktionsstörung aufgrund pathologischer Prozesse zu verstehen und stellt einen von der Regel oder Norm abweichenden Körper- oder Geisteszustand dar (GEBHARD EUGSTER, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2. Aufl. 2007, 5. 475 N. 242 u. S. 477 N. 248). Zur Erfüllung des Krankheitsbegriffs muss im Grundsatz als unverzichtbares Element eine objektiv fassbare Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit vorliegen. Zudem muss die gesundheitliche Störung ein gewisses Mass an Beeinträchtigung verursachen (EUGSTER, a. a. O., S. 478 N. 250). Als Krankheit wird eine unfalltremde Gesundheitsbeeinträchtigung verstanden, welche eine Behandlungsbedürftigkeit oder eine Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht. Behandlungsbedürftigkeit liegt vor, wenn die Beeinträchtigung der Gesundheit die körperlichen oder geistigen Funktionen in so beträchtlichem Masse einschränken, dass der Patient ärztlicher Hilfe bedarf, die Gesundung ohne medizinische Hilfe wahrscheinlich nicht oder nicht mit Aussicht auf Erfolg innert angemessener Zeit zu erreichen wäre, oder wenn dem Patienten nicht zugemutet werden kann, ohne wenigstens den Versuch einer Behandlung zu leben (EUGSTER, a. a. O., 5. 478 N. 251). Als psychischer Gesundheitsschaden wird eine emotionale oder kognitive Störung bezeichnet (EUGSTER, a. a. O., S. 478 f. N. 259). Nicht jeder psychischen Beeinträchtigung kommt Krankheitswert zu. Grundsätzlich können jedoch alle in der Psychiatrie anerkannten psychischen Erkrankungen rechtlich als psychische Krankheit qualifiziert werden (EUGSTER, a. a. O., S. 483 N. 267). Der invalidenversicherungsrechtlichen Rechtsprechung ist zu entnehmen, dass bei psychischen Erkrankungen ein medizinisches Substrat unabdingbar ist, welches (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie eheliche, familiäre, schulische oder berufliche Probleme im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belas-

-18- tenden psychosozialen und soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Urteil 8C 730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren selbstständig und in sofern direkte Ursachen der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sind, liegt keine Krankheit vor. Wenn und soweit solche Umstände zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen,

indem sie einen verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrecht erhalten oder den Wirkungsgrad seiner — unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden — Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil 9C_537/201 I vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinw.).

E. 3.3

Im Januar 2011 stellte Dr. med. C. beim Kläger eine psychische Dekompensation fest und diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit akuter und rezidivierender Hyperventilation. Dr. med. F. diagnostizierte beim Kläger eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.00), Hyperventilationsattacken, anamnestisch seit Januar 2011, möglicherweise im Rahmen einer Panikstörung (ICD-10 F41.0), sowie einen Tinnitus aurium. Dr. med. J. diagnostizierte ein Burnout mit Hyperventilation und eine Anpassungsstörung (ICD-10 F41.0). Sowohl von Dr. med. C. als auch von Dr. med. F. wurde eine ärztliche und medikamentöse Behandlung für notwendig erachtet. Dass eine Behandlung notwendig war, wurde auch von den übrigen Ärzten nicht in Abrede gestellt. Vielmehr hielt Dr. med. J. in seiner Stellungnahme vom 21. Dezember 2011 (AB 23) fest, dass beim Kläger kein Gesundheitsschaden mit längerdauernder Arbeitsunfähigkeit vorliege — unter der Voraussetzung einer adäquaten medizinischen Behandlung. Dr. med. D. hielt es für durchaus möglich, dass die Ehescheidung, die strassenverkehrsrechtlichen Verzeigung oder die Belastung am Arbeitsplatz Auslöser einer Hyperventilation waren. Die Hyperventilation sei behandelbar. Bezüglich der von der Beklagten geäußerten Zweifel an einer psychischen Störung wegen der erst Mitte Juli 2011 beginnenden psychiatrischen Behandlung sind die Ausführungen von Dr. med. D. zur von Dr. med. C. und Dr. med. J. diagnostizierten Anpassungs-

- 19- störung zu berücksichtigen. Die Gutachterin wies darauf hin, dass eine Anpassungsstörung keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen würde und oft keiner psychiatrischen Behandlung bedürfe. Diese Einschätzung deckt sich mit der Beurteilung von Dr. med. C. Dr. med. C. prognostizierte in seinem Bericht vom 11. März 2011 einen günstigen Verlauf und eine voraussichtliche Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit in ein bis zwei Monaten. Ebenso erachtete er die Überweisung zum Psychiater anfänglich für nicht notwendig und die regelmässige hausärztliche Psychotherapie für ausreichend (vgl. AB 13). Aufgrund der nicht eintretenden Heilung überwies Dr. med. O. den Kläger schliesslich an Dr. med. F. zur psychiatrischen Behandlung. Die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte psychische Erkrankung kann nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale oder soziokulturelle Belastungssituation in Abrede gestellt werden. Aufgrund der Aktenlage ist davon auszugehen, dass der Kläger nicht nur an einer psychischen Verstimmung litt, sondern an einer psychischen Störung mit Krankheitswert. 4. 4.1. 4.1.1. Der Kläger stellt sich auf den Standpunkt, ihm sei von Dr. med. C. und Dr. med. F. bis und mit September 2011 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Im Oktober 2011 habe Dr. med. F. eine Arbeitsfähigkeit für eine probeweise Tätigkeit als gegeben erachtet. Eine schrittweise Wiedereingliederung sei nur mit Unterstützung der Invalidenversicherung möglich gewesen. Die Invalidenversicherung habe krankheitsbedingte Einschränkungen anerkannt und für die berufliche Wiedereingliederung Leistungen erbracht. Die Invalidenversicherung sei im Hinblick auf einen Arbeitsversuch vom 9. Januar bis 27. März 2012 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Der Kläger erläutert, die Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Arbeitslosenversicherung sei erfolgt, nachdem

die Beklagte die Ausrichtung von Krankentaggeldern verweigert habe. Der Kläger habe damit die Vorleistungspflicht der Arbeitslosenversicherung für derartige Fälle in Anspruch genommen, zu Recht, wie mit Einspracheentscheid der Arbeitslosenversicherung vom 14. November 2011 entschieden worden sei. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit habe er lediglich auf die sich widersprechenden ärztlichen Beurteilungen verwiesen. Die Inanspruchnahme von Vorleistungen durch die Arbeitslosenversicherung sei erst durch die Verweigerung von Krankentaggeldleistungen der Beklagten notwendig geworden. Ihm nun daraus einen Vorwurf zu machen, sei befremdlich. Wie aus den medizinischen Akten ersichtlich sei, wäre eine raschere Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit nicht möglich gewesen.

- 20 - Weiter weist der Kläger darauf hin, dass die beruflichen Massnahmen, welche ihm von der Invalidenversicherung gewährt worden seien, eine gesundheitlich bedingte Leistungsbeeinträchtigung voraussetzten. 4.1.2. Die Beklagte stellt sich auf den Standpunkt, die von Dt. med. D. ge. stellten Diagnosen hätten allesamt keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Weiter macht die Beklagte geltend, gegenüber der Arbeitslosenversicherung habe sich der Kläger auf den Standpunkt gestellt, er sei seit 1. August 2011 voll arbeitsfähig. Darauf sei er zu behaften. Auch die Arbeitslosenversicherung sei von einer Arbeitsfähigkeit des Klägers ausgegangen. Dr. med. D., Dr. med. G. und Dr. med. J. hätten eine psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verneint. Selbst wenn die von Dr. med. F. und Dr. med. C. gestellten Diagnosen tatsächlich gegeben gewesen wären, hätten diese nicht zu einer längerdauernden Arbeitsunfähigkeit geführt. Aus den Beurteilungen von Dr. med. D., Dr. med. G. und Dr. med. J. gehe eindeutig hervor, dass der Kläger auch bei Vorliegen einer psychischen Störung bereits weit vor Ende Juli 2011 wieder voll hätte arbeiten können. Der von der Invalidenversicherung unterstützte Arbeitsversuch sei nicht wegen einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit durchgeführt worden, sondern habe zum Ziel gehabt, die Leistungsfähigkeit des Klägers im Arbeitsmarkt abzuklären. Nach Ansicht der Beklagten besteht beim Kläger weder eine Krankheit noch eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit. Deshalb habe er keinen Anspruch auf Krankentaggelder. Eine Krankentaggeldversicherung komme ausschliesslich bei einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit zum Zuge und nicht bei einer auf krankheitsfremden Gründen basierenden Arbeitslosigkeit der versicherten Person. Letztere sei, wie im vorliegenden Fall, von der Arbeitslosenversicherung zu tragen. 4.2. Gemäss Art. 13.3 AVB ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, eine im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Die Ausführungen zur Arbeitsunfähigkeit in Art. 13.3 AVB entsprechen der Definition von Art. 6 ATSG. Somit ist unter Arbeitsunfähigkeit nach Art. 13.3 AVB grundsätzlich dasselbe zu verstehen wie unter der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG.

- 21 - Ob eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt, ist eine tatsächliche Frage, welche insbesondere von einem Arzt zu beantworten ist. Zwischen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und der Arbeitsunfähigkeit muss ein Kausalzusammenhang bestehen (Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, N. 18 zu Art. 3 ATSG). 4.3. Im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Klägers ist in erster Linie zu präzisieren, dass der Kläger aus gesundheitlichen Gründen die Arbeit niederlegte und aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung seiner Arbeitsfähigkeit einen Taggeldanspruch geltend machte, lange bevor er seine Arbeitsstelle bei der ehemaligen Arbeitgeberin verlor. Dass

der Kläger weit vor Ende Juli 2011 wieder hätte arbeiten können, lässt sich keinem ärztlichen Bericht, welcher gestützt auf eine vor Juli 2011 durchgeführte Untersuchung des Klägers verfasst wurde, entnehmen. Aufgrund der Aktenlage ist der Beurteilung von Dr. med. C. und Dr. med. F. zu folgen, dass beim Kläger eine psychische Dekompensation zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führte, welche bis Ende September 2011 andauerte. Dass psychosoziale Faktoren Auslöser der Dekompensation waren, ändert nichts daran, dass die Gesundheitsbeeinträchtigung Krankheitswert aufwies und eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte. Der Beurteilung von Dr. med. F. folgend, kam es ab Ende September 2011 zu einer Besserung des Gesundheitszustandes mit einer sukzessiven Steigerung der Arbeitsfähigkeit. Ab 5. bis 31. Oktober 2011 belief sich die Arbeitsfähigkeit auf $10\frac{3}{4}$, ab 1. November 2011 auf 50 %. Auch die Invalidenversicherung ging von einer Arbeitsunfähigkeit des Klägers von mindestens 50% ab Januar 2011 aus (vgl. RB 1). Im Rahmen eines von 9. Januar bis 30. März 2012 dauernden Arbeitstrainings zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit wurde mit dem Kläger ein Arbeitspensum von anfänglich 70% mit einer kontinuierlichen Steigerung auf 100% vereinbart und durchgeführt (RB 3). Die Einholung eines zusätzlichen Gutachtens drängt sich gestützt auf die klare Aktenlage somit nicht auf, und das entsprechende Gesuch (Ziff. 3 der Klage) ist — wie auch das Gesuch um Befragung des Klägers — abzuweisen. 5. 5.1. Der Kläger macht gegenüber der Beklagten einen Leistungsanspruch aus der kollektiven Krankentaggeldversicherung geltend. Er verlangt mit seiner Klage die Ausrichtung von 92 Taggeldern à CHF 188.75 für die Monate August, September und Oktober 2011 in der Höhe von CHF 17365.00. 5.2. Gemäss dem abgeschlossenen Vertrag über die kollektive Krankentaggeldversicherung wird bei einer ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartefrist von 30 Tagen (Versicherungspolice, Art. 14.1 AVB) das versicherte Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit erbracht (Art. 15.6 AVB). 5.3. Mit Eintritt der ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit am 13. Januar 2011 und nach Ablauf der Wartefrist von 30 Tagen entstand ein Taggeldanspruch des Klägers gegenüber der Beklagten. Entsprechend der im August und im September 2011 bestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit hat der Kläger einen Anspruch auf Taggeldzahlungen. Im Oktober 2011 betrug die Arbeitsunfähigkeit 90 %. Auch für Oktober 2011 besteht ein Taggeldanspruch. Zu berücksichtigen ist, dass sich der Kläger in diesem Zeitpunkt in keinem Arbeitsverhältnis mehr befand, bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet war und nach Art. 15.7 AVB und Art. 100 Abs. 2 WG 1. V. m. Art. 73 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Arbeitslosen bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % das volle Krankentaggeld auszurichten ist. 5.4. Zusammenfassend ist die (Teil-)klage gutzuheissen und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger Taggeldleistungen in der Höhe von CHF 17'365.00 für die Monate August, September und Oktober 2011 auszurichten. 6. 6.1. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 114 lit. e ZPO). 6.2. 6.2.1. Eine Parteientschädigung ist nach den allgemeinen Regeln zuzusprechen (Urteil 4A_194/2010 vom 17. November 2010). 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.

- 23 - 6.2.2. Mit seinem Klagebegehren beantragt der Kläger eine Leistung von CHF 17365.00. Die Beklagte beantragt die vollständige Verneinung des Leistungsanspruchs. Damit obsiegt der Kläger mit seinem Leistungsbegehren vollumfänglich. Ausgehend vom Streitwert von CHF 17365.00 beläuft sich die Grundentschädigung auf CHF 4'454.75 (3

Abs. 1 lit. a Ziff. 3 des Dekrets über die Entschädigung der Anwälte [Anwaltstarif, AnwT, SAR 291.150]). Unter Berücksichtigung eines Abzugs von 20 % wegen nicht durchgeführter Verhandlung (vgl. § 6 Abs. 2 AnwT), eines Zuschlags von 10 % für eine zusätzliche Rechtsschrift (vgl. § 6 Abs. 3 AnwT), eines Abzugs von 20 ¾ wegen der beschränkten Fragestellung (vgl. 7 Abs. 2 AnwT) zuzüglich von Pauschalen von 3 % für Auslagen und 8 % für Mehrwertsteuer ergibt sich eine Parteientschädigung von CHF 3'568.00, Das Versicherungsgericht erkennt:

E. 8

Oktober 2011 zur Arbeitsfähigkeit des Klägers (AB 18). Die Gutachterin diagnostizierte ein Burnout (ICD-10 Z73), Belastungen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz (ICD-10 Z56.6) und Probleme in Bezug auf andere psychosoziale Umstände (ICD-10 Z65). Nach Ansicht der Gutachterin war der Kläger zu keinem Zeitpunkt arbeitsunfähig. 1.6. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. D. vom 8. Oktober 2011 bestätigte die Beklagte mit Schreiben vom 14. Oktober 2011 die Verweigerung von Krankentaggeldleistungen an den Kläger (AB 19). 1.7. Mit Verfügung vom

E. 12

September 2011 entschied die Amtsstelle Arbeitslosenversicherung des Kantons Aargau, infolge fehlender Vermittlungsfähigkeit habe der Kläger ab 1. August 2011 keinen Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung. Es bestehe keine Vorleistungspflicht der Arbeitslosenversicherung (AB 24). Die dagegen erhobene Einsprache hiess die Amtsstelle Arbeitslosenversicherung des Kantons Aargau mit Einspracheentscheid vom

E. 14

November 2011 gut und hob die Verfügung vom 12. September 2011 auf (AB 26). Dem Einspracheentscheid vom 14. November 2011 ist zu entnehmen, dass, wenn gegensätzliche Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen und damit Zweifel an der Vermittlungsfähigkeit vorlägen, keine offensichtliche Vermittlungsunfähigkeit bestehe. Damit komme die gesetzliche Vermutung von Art.

E. 15

Abs. 3 der Arbeitslosenversicherungsverordnung (AVIV) zum Tragen, und die Arbeitslosenversicherung sei vorleistungspflichtig für Leistungen, deren Übernahme nach Art. 70 Abs. 2 lit. b des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) umstritten seien. 1.8. Nach einem erfolgreichen Arbeitsvetsuch und der Einarbeitung zum Lastwagenfahrer bei der Firma E. von Januar bis April 2012 mit Unterstützung der Invalidenversicherung wurde der Kläger bei der Firma E. fest angestellt (Replikbeilage [RB] 6).

-4- 2. 2.1. Mit Schreiben vom 13. März 2012 erhob der Kläger nach einer gescheiterten Schlichtungsverhandlung vor Friedensrichteramts des Kreises Aargau (vgl. Klagebeilage [KB] 2) beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau Klage und stellte folgende Anträge: Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger CHF 17365.00 zu bezahlen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten.“ 2.2. Mit Klageantwort vom 16. Mai 2012 reichte die Beklagte folgende Rechtsbegehren ein: 1. Die Klage vom 13.03.2012 sei abzuweisen. 2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers. Im Zusammenhang mit den Entschädigungsfolgen beantragte die Beklagte eine angemessene Parteientschädigung entsprechend dem Verfahrensausgang. 2.3. Mit Replik

vom 15. Oktober 2012, Duplik vom 4. Januar 2013 und Triplik vom 14. Januar 2013 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Auf die Begründungen der Parteien wird — soweit erforderlich — in den Er wägungen eingegangen. 2.4. Mit Verfügung vom 19. März 2013 wurden von der Beklagten verschie dene Unterlagen eingefordert. Das

Versicherungsgericht zieht in Erwägung: 1. 1.1. Zwischen der ehemaligen Arbeitgeberin des Klägers und der Beklagten besteht eine Krankentaggeldversiche wngs-Vertrag (Police Nr.)‘ welcher dem Bundesgesetz über den Versiche rungsvertrag (WG) untersteht. Massgebend für die Beurteilung von An sprüchen aus diesem Vertrag sind der Versicherungsvertrag, die Allge meinen Versicherungsbedingungen (AVB) zur Krankentaggeldversiche

-5- rung für Unternehmen, BVG-Koordinationsdeckung, Ausgabe 01.2008, und die Bestimmungen des WG. Kollektive Krankentaggeldversicherungen nach ‘iVG werden in ständiger bundesgerichtlicher Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung subsumiert (Urteil 4A_47/20 12 vom 12. März 2012 E. 2).

Streitigkeiten aus kollektiven Krankentaggeldversicherungen nach VVG sind privatrechtlicher Natur. Für das Verfahren findet die Schweizerische Zivilprozessordnung (ZPO) Anwendung (vgl. Art. 243 Abs. 2 lit. f i. V. m. Art. 7 ZPO; EGE 138 III 558 E. 3.2 S. 560 f.). Eine Klage kann direkt beim Gericht anhängig gemacht werden, es ist kein vorgängiges Schlichtungs verfahren durchzuführen (BGE 138 III 558 E. 4.6 5. 564). 1.2.

1.2.1. Gemäss Art. 24 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklag ten kann die versicherte Person bei Rechtsstreitigkeiten gegen die Be ktage in , an ihrem schweizerischen Wohnort oder am schweizeri schen Arbeitsort Klage erheben. Diese Bestimmung steht in Einklang mit Art. 35 Abs. 1 lit. a i. V. m. Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO, wonach für den Versi cherten bei Streitigkeiten aus einer Krankentaggeldversicherung ein Ge richtsstand am Wohnsitz oder Sitz einer der Parteien gewährleistet ist. Der Kläger hat Wohnsitz in , damit befindet sich eine örtliche Zu ständigkeit im Kanton Aargau. 1.2.2. Gemäss Art. 7 ZPO können die Kantone ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung zuständig ist. Im Kanton Aargau entscheidet über derartige Streitigkeiten das Versiche rungsgericht als einzige kantonate Instanz (14 des kantonalen Einfüh rungsgesetzes zur Schweizerischen Zivilprozessordnung [EG ZPO]). 1.2.3. Für die Beurteilung der mit Klage vom 13. März 2012 aufgehobenen Streitsache ist das Versicherungsgericht des Kantons Aargau somit örtlich und sachlich zuständig.

-6- 2. 2.1. 2.1.1. Gestützt auf die medizinische Einschätzung und Beurteilung der Arbeits fähigkeit durch seinen Hausarzt, Dr. med. C. sowie den behandelnden Psychiater, Dr. med. F. macht der Kläger der Beklagten gegen über einen Taggeldanspruch geltend. Im Sinne einer Teilklage verlangt er die Ausrichtung von 92 Taggeldern ä CHF 188.75 für die Monate August, September und Oktober 2011, insgesamt CHF 17365.00. Er vertritt die Auffassung, dass auf die Beurteilungen der beratenden Ärz tin der Beklagten, Dr. med. G. Fachärztin für Innere Medizin, und Dr. med. D. , welche ein psychiatrisches Gutachten vom 8. Ok tober 2011 verfasste, nicht abgestellt werden kann. Er moniert, Dr. med. G. habe ihn nie selbst untersucht und sich lediglich auf der Grundlage der medizinischen Akten geäußert. Die Gutachterin Dr. med. D. gehe in verschiedener Hinsicht von falschen Vorausset zungen aus, stelle unzutreffende Diagnosen und schätze die Arbeitsfä higkeit falsch ein. Sie habe lediglich eine Momentaufnahme über ihn an fertigen können. Dr. med.

D. habe die Anamnese und die tatsächlichen Verhältnisse nicht korrekt und mangelhaft erfasst. Zudem fehle eine ausreichende Auseinandersetzung mit den Berichten des behandelnden Psychiaters, Dr. med. F. Es gehe nicht an, die Erkenntnisse der behandelnden Ärzte schlichtweg zu übergehen. Dr. med. F. habe den Kläger über einen längeren Zeitraum hinweg betreut und sei dadurch in der Lage, die gesundheitliche Situation zutreffend einzuordnen. Dr. med. F. zeige in seinem Schreiben vom 8. November 2011 wesentliche Mängel des Gutachtens von Dr. med. D. auf. Auf den Vorwurf der Beklagten, Dr. med. F. habe sich für seine Beurteilung ausschliesslich auf die rein subjektiven Angaben seines Patienten gestützt, erwidert der Kläger, für die psychiatrische Diagnosestellung stehe notwendigerweise die Befragung des Patienten im Zentrum. Die von der Beklagten geforderte Plausibilisierung durch den Hamilton-Depressionstest sei nicht möglich. Die Hamilton-Depressionsskala diene der Quantifizierung einer Depression, jedoch nicht deren Verifizierung. Zum Beweis seines Leistungsanspruchs beantragt der Kläger die Einholung eines medizinischen Gerichtsgutachtens. 2.1.2. Die Beklagte stellt sich auf den Standpunkt, es könne einzig auf das Gutachten von Dr. med. D. abgestellt werden. Es geniesse vollen Beweiswert im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Dr. med. D. liefere logische und auf objektiven Beobachtungen beruhende Erklärungen. Anders als Dr. med. F. und Dr. med. C. stehe Dr. med. D. nicht in einem Vertrauensverhältnis zum Kläger. Die Gutachterin habe die Arbeitsfähigkeit des Klägers zeitnah und unvoreinge

-7- nommen beurteilt. Im Gegensatz dazu habe Dr. med. F. seine Diagnosen einzig auf der Basis von rein subjektiven Angaben des Klägers gestellt. Ein Arzt dürfe jedoch nicht ausschliesslich und unbesehen auf die subjektiven Angaben des Patienten abstellen. Er habe die Aufgabe, die vorgetragene Beschwerden einer objektiven Plausibilitätsprüfung zu unterziehen und einen psychopathologischen Befund zu erheben. Dr. med. F. habe die Angaben des Klägers nicht plausibilisiert, bei spielsweise mittels des Hamilton-Depressionstests. Zudem habe er den Umstand, dass der Kläger seine Beschwerden in demonstrativer Weise schildere und diese nicht mit den objektiven Befunden und Beobachtungen übereinstimmten, völlig ausgeblendet. Schliesslich fehle der Einschätzung von Dr. med. F. eine schlüssige Begründung. Der Beweiswert seiner Berichte sei deshalb wesentlich beeinträchtigt. Da der medizinische Sachverhalt genügend und umfassend abgeklärt sei und ein gerichtliches Gutachten nur noch retrospektive Aussagen ergeben würde, erübrige sich das Einholen eines weiteren Gutachtens. 2.1.3. Zur Beantwortung des Leistungsanspruchs des Klägers ist in erster Linie zu prüfen, auf welche medizinischen Unterlagen abzustellen ist. 2.2. 2.2.1. Bei Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung gelten im gerichtlichen Verfahren die gemässigte Untersuchungsmaxime (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO) und das Prinzip der Rechtsanwendung von Amtes wegen. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen jedoch eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, welche aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableitet (BGE 116 V 136 E. 4b S. 140; HAUcK, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, 2. Aufl. 2013, N. 37 zu Art. 247 ZPO). 2.2.2. Gemäss dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung sind die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an die förmlichen Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Das bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zu verlässige

Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Eine Tatsache darf nur dann als bewiesen angenommen werden, wenn der Rechtsanwender von ihrem Bestehen überzeugt ist (BGE 125V 351 E. 3a S. 352).

-8- Bei Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen gründet diese Überzeugung, wie für Zivilverfahren üblich, grundsätzlich auf dem vollen Beweis. Wenn Tatsachen, die Gegenstand des Beweises bilden, nach ihrer Art den vollen Beweis ausschliessen, gelangt das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zur Anwendung (BGE 130 III 321 E. 3,2 S. 324 f.). Ein Sachverhalt gilt dann als überwiegend wahrscheinlich, wenn für seine Existenz auf Grund der verfügbaren Anhaltspunkte eindeutig mehr spricht als für die Verwirklichung abweichender Tatsachen. Die blosser Möglichkeit eines Sachverhalts genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 126V 353 E. 5b 5. 360).

2.2.3. Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125V 351 E. 3a 5. 352). Der Arzt muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil 8C_11912012 vom 30. März 2012 E. 4). Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste (Urteil 9C69712012 vom 6. November 2012 E. 1.4) Bei Berichten von behandelnden Ärzten und Hausärzten ist auf Grund des für die Behandlung notwendigen Vertrauensverhältnisses der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese eher zu Gunsten der versicherten Person aussagen, so dass im Streitfall eine direkte Leistungs zusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte kaum je in Frage kommt (BGE 135 V 465 E. 4.5 5. 470, Urteil 8C_181/2012 vom 8. Juni 2012 E. 5.2).

2.3. 2.3.1. Im vorliegenden Fall ist dem Arztbericht von Dr. med. C. vom 3. Juli 2011 (AB 8) zu entnehmen, dass der Kläger nach jahrelanger psychischer Belastung aufgrund ehelicher und finanzieller Probleme und nach einer Phase starker Überarbeitung im Januar 2011 psychisch de kompensiert habe (AB 8). Am 17. Januar 2011 sei der Kläger wegen einer akuten schweren Hyperventilation notfallmässig ins Spital gebracht worden (AB 3). Im Spital habe der Kläger berichtet, seit

-9- vier Tagen an Fieber, Gliederschmerzen, Halsschmerzen und Husten gelitten zu haben. Heute habe er ein Kribbeln am ganzen Körper und ein Zusammenziehen der Brust verspürt und Angst bekommen. Das Gleiche habe er bereits am Vortag gehabt. In letzter Zeit fühle er sich sehr ausgelaugt durch die Arbeit und habe keine Freude mehr an seiner beruflichen Tätigkeit. Aufgrund der erhobenen Anamnese wurde die Diagnose einer akuten Hyperventilation gestellt. Nach dem Atmen durch die Hyperventilationsmaske habe sich der Kläger beruhigt und sei in gebessertem Allgemeinzustand wieder nach Hause entlassen worden (Bericht des Spitals vom 17. Januar 2011). Ab 19. Januar 2011 befand sich der Kläger bei Dr. med. C. in ärztlicher Behandlung (vgl. AB 3). Initial wurden regelmässig alle zwei Wochen hausärztliche Gespräche durchgeführt, in der Folge monatlich. Dr. med. C. verschrieb dem Kläger Antidepressiva und ordnete körperliches Training an (AB 3 u. 8). Dr. med. C. diagnostizierte eine Anpassungsstörung beinahe nach Ehescheidung und

beruflicher Überarbeitung mit akuter und rezidivierender Hyperventilation und wertete diese Diagnose als Krankheit. Eine Überlastung am Arbeitsplatz mit Burnout-Symptomen und eine chronische psychische Belastung im Rahmen einer Ehescheidung über Jahre hinweg seien als eigentliche krankheitskausale Faktoren zu qualifizieren. Auch psychosoziale Umstände würden bei entsprechend langer Dauer und entsprechendem Ausmass eine krankheitserzeugende Ursache darstellen (AB 5). Dr. med. O. erachtete den Kläger als in einem solchen Ausmass gesundheitlich beeinträchtigt, dass er ihm eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte. 2.3.2. Wegen einer Anpassungsstörung mit Suizidversuch war der Kläger im Juni 2006 bereits einmal zur stationären Behandlung in der Psychiatrischen Klinik - hospitalisiert gewesen, nachdem er sich Schnittwunden am linken Handgelenk zugefügt hatte. Diagnostiziert worden waren eine Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.20) mit einem Status nach Suizidversuch mittels Schnitten am 16. Juni 2006, Probleme in der Beziehung zur Ehepartnerin (ICD-10 Z63.0), akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) und emotional instabile Züge (AB 13). 2.3.3. Gestützt auf die von Dr. med. C. erhobenen Befunde verneinte Dr. med. G., Fachärztin FMH für Innere Medizin, beratende Ärztin der Beklagten, in einem Schreiben vom 3. Mai 2011 (AB 6) eine psychische Erkrankung des Klägers mit einer daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit. Sowohl eine Ehescheidung als auch eine Überarbeitung stellten

- 10- psychosoziale Probleme dar, welche nicht medizinischer Natur seien und keine monatelange volle Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten. 2.3.4. Dr. med. J. dessen Beurteilung sich auf ein persönliches Gespräch mit dem Kläger abstützt, diagnostizierte in seinem Bericht vom 2. August 2011 (AB 12) eine psychische Störung mit Krankheitswert. 2.3.5. Dr. med. F. Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in dessen Behandlung sich der Kläger ab 18. Juli 2011 befand, diagnostizierte eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.00), Hyperventilationsattacken, anamnestisch seit Januar 2011, möglicherweise im Rahmen einer Panikstörung (ICD-10 F41.0), sowie einen Tinnitus auralis (AB 17). Dr. med. F. empfahl eine Weiterführung der antidepressiver Medikation, des Fitnessstrainings und der alltagsorientierten Beratung in der Sprechstunde. Die weitere Behandlung habe durch den Hausarzt und eventuell durch einen niedergelassenen Psychiater zu erfolgen. Der Kläger sei in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt aufgrund rascher Ermüdbarkeit, reduzierter Ausdauer und Belastbarkeit. Er fühle sich den plötzlich auftretenden Hyperventilationsattacken gegenüber ausgeliefert und sei dann nicht fahrtauglich. Er habe Konzentrationsstörungen, einen hohen Schlafbedarf und sei akustisch abgelenkt durch Ohrgeräusche. In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lastwagen-Chauffeur sei der Kläger bis mindestens 15. September 2011 zu 100% arbeitsunfähig. Für die komplexen Anforderungen im Strassenverkehr als Lastwagenchauffeur bei Zeitdruck und langen Fahrten fehlten dem Kläger zur Zeit die nötige Konzentration und Ausdauer. Zudem habe der Kläger eine verminderte Anpassungsfähigkeit. Aufgrund des Ausmasses der Beschwerden könne vom Kläger aus psychiatrischer Sicht bis mindestens 15. September 2011 auch keine angepasste Tätigkeit erwartet werden. Ab 5. bis mindestens 31. Oktober 2011 werde im Sinne eines Arbeitsversuchs von einer Arbeitsfähigkeit von 20 % (8.4 Stunden pro Woche) in der angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur ausgegangen. Pro Tag seien maximal fünf Stunden Einsatz möglich. Bei Einsätzen über drei Stunden Dauer solle die Möglichkeit zu zwei Pausen von je 30 Minuten gegeben sein. Möglich seien auch Hilfstätigkeiten auf dem Bau im direkten Zusammenhang mit der Chauffeurstätigkeit. Zu erwarten sei eine sukzessive

Steigerung der Arbeitsfähigkeit während des folgenden halben Jahres. Als zentral werde die weitere intensive Begleitung des Klägers erachtet, um den erheblichen Verlust des Selbstvertrauens des Klägers an gemessen kompensieren zu können und um einen erfolgreichen Wieder-

—11— einstieg ins Arbeitsleben zu ermöglichen. Angestrebt werde eine schrittweise Steigerung der Belastung am Arbeitsplatz (AB 21). 2.3.6. Gestützt auf die medizinischen Akten und eine gutachterliche Untersuchung des Klägers am 28. September 2011 verfasste Dr. med. D. im Auftrag der Beklagten ein psychiatrisches Gutachten vom 8. Oktober 2011 (AB 18). Sie diagnostizierte ein Burnout (ICD-10 173), Belastungen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz (ICD-10 Z56.6) und Probleme in Bezug auf andere psychosoziale Umstände (ICD-10 Z65). Gemäss Gutachterin leistete der Kläger im Verlauf des Jahres 2010 weit überdurchschnittliche Arbeitszeiten und wies psychisch einen grossen Arbeitswillen auf. Aufgrund der anhaltenden Arbeitsüberlastung könne der Kläger in eine Situation geraten sein, in welcher er nicht mehr bereit gewesen sei, einen derartig überhöhten Arbeitsaufwand wie bisher zu betreiben. Aufgrund der Leistungsangaben des vom Kläger besuchten Fitness-Studios sei von einer ausserordentlichen Fitness auszugehen. Das regelmässige Fitnessstraining und die erzielten Leistungen würden gegen eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit des Klägers sprechen. Bei der Untersuchung habe die Gutachterin einen vitalen, kräftigen, jugendlich wirkenden Mann ohne Funktionseinschränkungen kennengelernt und eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Leidensdruck des Klägers, seinen anamnestischen Angaben und den erhobenen Befunden festgestellt. Auffällig seien die ausweichenden und wenig präzisen Angaben gewesen. Der Kläger habe seine Leidensgeschichte demonstrativ dargestellt und geprägt von einer grossen subjektiven Krankheitsüberzeugung. Da beim Kläger keine funktionellen psychischen Einschränkungen festzustellen gewesen seien, könne die Gutachterin die Diagnose einer leichten depressiven Störung, welche Dr. med. F. gestellt hatte, nicht bestätigen. Die klinischen Untersuchungsbefunde und die Werte der Hamilton Depressionsskala würden gegen die Diagnose einer leichten depressiven Störung sprechen. Die Gutachterin hielt weitestgehend fest, laut dem Kläger hätten sich seine Beschwerden und die Befunde seit Januar 2011 nicht wesentlich verändert. Der behandelnde Hausarzt sei von einer Anpassungsstörung ausgegangen. Aufgrund der Angaben des Klägers sei jedoch kein auslösendes Ereignis gegeben. Es sei eine Erschöpfung im Vordergrund gestanden, welche aufgrund der langen Dienstzeit gut nachvollziehbar sei. Eine Anpassungsstörung ziehe zudem keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit nach sich. Oft würde eine Anpassungsstörung ohne ärztliche Behandlung ausheilen. Eine Überweisung zum Psychiater sei deshalb nicht notwendig.

-12- Bezüglich der Hyperventilation führte die Gutachterin aus, es sei durchaus möglich, dass beim Kläger die Ehescheidung, die strassenverkehrsrechtliche Verzeigung oder der Stress am Arbeitsplatz als kausale Faktoren in Frage kämen. Eine Hyperventilation sei jedoch leicht behandelbar und begründe keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit. Nach Ansicht der Gutachterin bestand retrospektiv ab 12. Januar 2011 keine psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Bei der Überarbeitung handle es sich um ein arbeitsrechtliches Problem, welches auf der Ebene der Arbeitssituation zu lösen sei. 2.3.7. In einem Verlaufsbericht vom 7. Oktober 2011 (AB 21) schrieb Dr. med. F. es sei im September 2011 zu einer drei Wochen anhaltenden Verschlechterung im Zusammenhang mit einem Medikamentenwechsel gekommen, mit vermehrtem sozialem Rückzug,

Erschöpfung und ta gelangem Verbleiben im Bett, verbunden mit lebensmüden Gedanken. Dr. med. F. äusserte sich zum psychiatrischen Gutachten von Dt. med. D. vom 8. Oktober 2011 mit Stellungnahme vom 8. November 2011 (AB 22). Seiner Ansicht nach sind die von der Gutachterin gestellten Diagnosen nicht vollständig. Beim Kläger bestünden neben den von der Gutachterin gestellten Diagnosen aus dem Z-Kapitel auch eine leichte depressive Episode und Hyperventilationsattacken im Rahmen einer Panikstörung. Diesen Diagnosen lägen verschiedene psychopathologische Befunde zu Grunde. Damit seien die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 erfüllt. Der Kläger weise eine psychische Problematik auf, welche über ein Burnout, ein rein arbeitsbezogenes Erschöpfungssyndrom, hinausgehe. Seine Beschwerden erreichten den Krankheitswert einer depressiven Episode und einer Panikstörung. Ein erhöhter Summenwert in der Hamilton-Depressions-Skala könne die Diagnose einer depressiven Episode stützen, sei jedoch keine Voraussetzung dafür. Ein niedriger Punktwert spreche ebenso nicht notwendigerweise gegen die Diagnose einer depressiven Episode. Aufgrund der Angaben des Hausarztes und des Klägers sei zu schliessen, dass beim Kläger zu Beginn des Jahres 2011 ein schwereres Ausmass der depressiven Störung als momentan vorgelegen haben dürfte. Dafür spreche der wochenlange Rückzug ins Bett mit Hypersomnie und der Verpflegung durch die Tochter. Dass die Gutachterin rückwirkend ab Januar 2011 eine volle Arbeitsfähigkeit des Klägers postuliere, sei nicht nachvollziehbar. Im Behandlungszeitraum von 18. Juli bis 4. Oktober 2011 sei beim Kläger durch die aufgrund der krankheitsbedingten Beschwerden eine volle Arbeitsunfähigkeit als Lastwagenchauffeur festgestellt worden. Mittlerweile würden sich die depressiven Symptome und die Frequenz der Hyperventilationsattacken zurückbilden. Vom 5. bis

-13- 31. Oktober 2011 werde eine Arbeitsunfähigkeit von 90 % attestiert, ab 1. November 2011 eine solche von 50 %. 2.3.6. Nach Einschätzung von Dr. med. J. Regionaler Ärztlicher Dienst, vom 21. Dezember 2011 (AB 23) ist ausgehend von den erhobenen Befunden nicht von einem Gesundheitsschaden mit länger dauernder oder andauernder substantieller Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, nach Subtraktion psychosozialer Faktoren und unter Voraussetzung einer adäquaten medizinischen Behandlung. Die im Gutachten von Dr. med. D. vom 8. Oktober 2011 gestellten Diagnosen Burnout, Belastungen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz sowie Probleme in Bezug auf andere psychosoziale Umstände seien durchaus nachvollziehbar. 2.4. 2.4.1. Nicht abgestellt werden kann auf die blosser Aktenbeurteilung von Dr. med. G. beratende Ärztin der Beklagten, vom 3. Mai 2011 (AB 6). Im vorliegenden Fall divergieren die erhobenen Befunde und es geht nicht lediglich um die fachärztliche Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts, sondern von entscheidender Bedeutung ist eine persönliche Untersuchung des Klägers. 2.4.2. Beim Gutachten von Dr. med. D. steht die Schlussfolgerung, es sei im Zeitraum von Januar bis September 2011 nicht zu einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes des Klägers gekommen, im Widerspruch zur Aktenlage. Im Januar 2011 soll der Kläger während mehrerer Wochen praktisch nur geschlafen haben und von seiner Tochter verpflegt worden sein. In einem Bericht vom 3. Juli 2011 (AB 8) schrieb Dr. med. C. von einer sich ganz langsam abzeichnenden tendenziellen Besserung. Dr. med. F. hielt fest, dass zu Jahresbeginn wohl ein schwereres Ausmass der depressiven Störung vorgelegen habe, als während der psychiatrischen Behandlung durch ihn (AB 22). Aufgrund eines Medikamentenwechsels kam es im September 2011 zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit einem vermehrten sozialen Rückzug, Erschöpfung und tagelangem Verbleiben im Bett, verbunden

mit lebensmüden Gedanken (vgl. AB 21). Dr. med. D. erwähnte den Medikamentenwechsel und die Verschlechterung des Gesundheitszustands mit einer erneuten Bettlägerigkeit zwar, ging jedoch nicht weiter darauf ein. Ab Ende September 2011 kam es schliesslich zu einem Rückgang der depressiven Symptome und der Frequenz der Hyperventilationsattacken.

-14- Die Gutachterin stellte eine gute Kondition des Klägers fest. Diese Kondition ist jedoch vor dem Hintergrund des ab März 2011 zweimal wöchentlich betriebenen Fitnesstrainings zu sehen, welches Dr. med. C. dem nach mehreren Wochen Bettruhe dekonditionierten Kläger verordnet hatte. Wie die Gutachterin entgegen den durch die untersuchenden und behandelnden Ärzte in diesem Zeitraum erhobenen Befunden zum Schluss kommt, beim Kläger habe ab 12. Januar 2011 keine psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestanden, ist nicht nachvollziehbar. Die Gutachterin hielt fest, sie habe bei der gutachterlichen Untersuchung vom 28. September 2011 keine funktionellen psychischen Einschränkungen feststellen können. Aus dieser Untersuchung entgegen den von den behandelnden Ärzten erhobenen Befunden retrospektiv den Schluss zu ziehen, der Versicherte habe auch Monate vorher keine psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen aufgewiesen und sei voll arbeitsfähig gewesen, ist nicht plausibel. Der Einwand der Gutachterin, bei einer Überarbeitung handle es sich um ein arbeitsrechtliches Problem, ändert nichts daran, dass ein solches eine gesundheitliche Beeinträchtigung nach sich ziehen kann, Ihre Beurteilung steht im Widerspruch zu den Einschätzungen der behandelnden Ärzte. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit den divergierenden Beurteilungen fehlt jedoch. Gestützt auf seine psychiatrische Behandlung ab 18. Juli 2011 hatte Dr. med. F. beim Kläger eine psychische Erkrankung und eine daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Die Gutachterin erklärt mit keinem Wort, weshalb sie zu einer diametral entgegengesetzten Beurteilung kommt, notabene bezüglich eines Zeitraums, in welchem sie den Kläger nicht gesehen hatte. Ihre Beurteilung des Gesundheitszustands des Klägers für den Zeitraum von Januar bis Ende September 2011 ist somit rein spekulativ. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. ist weder schlüssig noch überzeugend, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann. Trotz Kenntnis des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. D. vom 8. Oktober 2011, welche eine Arbeitsunfähigkeit gänzlich verneinte, ging die Invalidenversicherung gemäss einem Beschluss vom 6. Januar 2012 (RB 1) von einer seit Januar 2011 anhaltenden Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % aus. 2.4.3. Da für ein psychiatrisches Gutachten ein zeitnahe persönliches Gespräch von entscheidender Bedeutung ist, wird mit der Einholung eines weiteren Gutachtens die psychische Verfassung des Klägers im Jahr 2011 nicht fundierter zu ermitteln sein. Für den Zeitraum von Januar 2011 bis zur Begutachtung durch Dr. med. D. liegen zudem bereits die im Spital und die von Dr. med. C., Dr. med. J. sowie von Dr. med. F. erhobenen Befunde vor.

- 15- Gemäss geltender Rechtsprechung (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470f.) kommt im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung kaum je in Frage. Vor diesem Hintergrund ist im Rahmen der Beweiswürdigung zu prüfen, ob die Aussagen der behandelnden Ärzte Dr. med. C. und Dr. med. F. als zuverlässig, schlüssig und überzeugend zu werten sind und im konkreten Fall ausnahmsweise darauf abgestellt werden kann. Dr. med. C. ist Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, Dr. med. F. Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Nach Ansicht von Dr. med. C. und Dr. med. F. war es beim

Kläger im Januar 2011 zu einer psychischen Dekompensation gekommen. Ihre Einschätzung, dass eine versicherte Person nach einer jahrelangen psychischen Belastung und einer Phase starker Überarbeitung psychisch dekompenieren kann, scheint plausibel. Erst recht, wenn man berücksichtigt, dass beim Kläger bereits im Juni 2006 wegen psychischer Gesundheitsbeeinträchtigungen eine psychiatrische Hospitalisation notwendig war. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch der von der Gutachterin erwähnte hohe Arbeitswille des Klägers. Die Beurteilung von Dr. med. C. und Dr. med. F., dass der Kläger ab Januar 2011 an einer psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit litt, ist überzeugend und nachvollziehbar. Ihren Berichten kommt voller Beweiswert zu. Damit ist auf ihre Feststellungen und Beurteilungen des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Klägers abzustellen, um dessen Leistungsanspruch zu beurteilen. 3.

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