

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2013.00024 vom 24. Februar 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-02-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2013.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2013.00024 du 24 février 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2013.00024 del 24 febbraio 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1965, war bis zum 31. Januar 2012 bei der Y.____ GmbH, als Informatiker angestellt und dadurch bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: ZÜRICH) im Rahmen einer Kollektiv-Krankentaggeldversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) gegen Erwerbsausfall bei Krankheit versichert (Urk. 14/1/16 S. 3, Urk. 14/

E. 1.1

Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen nach Art. 12 Abs.

E. 1.2

Streitigkeiten aus den Zusatzversicherungen gemäss VVG sind dem Privatrecht zuzuordnen (BGE 124 III 46 E. 1a). Das Schweizerische Obligationenrecht (OR) gilt immer subsidiär, wenn das VVG, das hinsichtlich des Versicherungsvertrages zahlreiche vom OR abweichende oder dieses ergänzende Bestimmungen enthält, eine Frage nicht regelt (vgl. Art. 100 Abs. 1 VVG).

E. 1.3

Das Gericht stellt den Sachverhalt unabhängig vom Streitwert von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO). Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht alle rechtserheblichen Sachverhaltselemente zu berücksichtigen hat, die sich im Verlaufe des Verfahrens ergeben, auch wenn die Parteien diese nicht angeführt haben, gilt nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien. Er entbindet die Parteien nicht davon, Beweise beizubringen und bei der Erstellung des Sachverhalts mitzuwirken (BGE 125 III 231 E. 4a; Mazan in: Basler Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, 2. Auflage, 2013, N 9 und N 13 zu Art. 247). Ebenso schliesst er die antizipierte Beweiswürdigung nicht aus (Urteil des Bundesgerichts 5C.206/2006 vom 9. November 2006 E. 2.1) und verleiht den Parteien keinen Anspruch, dass alle möglichen Beweise abgenommen werden, und auch keinen Anspruch auf ein bestimmtes Beweismittel (BGE 125 III 231; Urteil des Bundesgerichts 5C.34/2006 vom 27. Juni 2006 E. 2a).

E. 1.4

Gemäss Art.

E. 3

KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Die Kantone können gestützt auf Art.

E. 3.2

und 4.6).

Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des hiesigen Gerichts zur Beurteilung der eingereichten Klage ist gegeben.

E. 7

der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten in diesem Gebiet sachlich zuständig ist. Im Kanton Zürich liegt die Zuständigkeit beim Sozialversicherungsgericht (§ 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Verfahren richtet sich nach der ZPO, wobei das einfache Verfahren zur Anwendung gelangt (Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO) und die Klage direkt beim Gericht anhängig zu machen ist (BGE 138 III 558 E).

E. 8

des Zivilgesetzbuches (ZGB) hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden beziehungsweise rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung müssen im Privatversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen lediglich mit dem Beweisgrad der überwiegenen Wahrscheinlichkeit erwiesen sein (BGE 130 III 321 E. 3.1 und 3.5). Das gilt auch für den Beweis von anspruchshindernden Tatsachen (Praxis 80/1991, Nr. 230, S. 964 f. E. 3b [Urteil des Bundesgerichts vom 22. November 1990]). 2.

2.1

Der Kläger begründet seine Klage damit, dass er den erlittenen Skiunfall, welcher (auch aus Sicht der Unfallversicherung, vgl. Urk. 2/15-16) mittlerweile als Krankheit taxiert worden sei, der Beklagten korrekt und fristgerecht im Februar 2011 gemeldet und seither immer die aktuellen Arztzeugnisse eingereicht habe. Die Beklagte habe vom 1. Februar bis 30. Juni 2011 Taggelder anerkannt, seither aber trotz teilweiser Arbeitsunfähigkeit kein Taggeld mehr ausgerichtet (Urk. 1 S. 2). 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beklagte auf den Standpunkt, sie habe für den Zeitraum vom 1. März bis 30. Juni 2011 Taggelder gestützt auf eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgerichtet, obwohl eine solche gestützt auf das eingeholte Gutachten von Dr. med. A. ___ vom 15. Oktober 2012 nur bis 7. März 2011 ausgewiesen gewesen sei. Nach Ansicht der Gutachterin sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 31. Januar bis Anfang März 2011 nachvollziehbar, danach habe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit des Klägers bestanden, ab 11. Oktober 2011 eine solche von 90 %. Da gemäss den Vertragsbedingungen eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 25 % keinen Anspruch auf Leistungen gebe, hätte dem Kläger ab dem 8. März 2011 kein Taggeldanspruch mehr zugestanden (Urk. 13 S. 4 ff.). 3.

Unter den Parteien ist unbestritten, dass Ansprüche aus der Kollektivtaggeldversicherung strittig sind. Vereinbarung wurde gemäss Police (Urk. 14/3) ein Kranken taggeld von 80 %

des Verdienstes mit einer Leistungsdauer von 730 Tagen pro Fall und einer Wartefrist von 30 Tagen.

Gemäss Ziff. 2

lit. a der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Beklagten für die kollektive Kranken-Lohnausfallversicherung nach VVG, Ausgabe 1/2007 (Urk. 14/4),

gilt als Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Sind Gesundheitsstörungen nur zum Teil auf versicherte Krankheiten zurückzuführen, werden die Leistungen angemessen gekürzt (lit. c).

Gemäss Ziff. 6 AVB ist die Arbeitsfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf berücksichtigt. Eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 25 % gibt keinen Anspruch auf Leistungen (Ziff. 8.8 AVB). 4.

4.1

Am 23. Februar 2011 berichtete der seit 9. Februar 2011 erstbehandelnde Arzt Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, der Unfallversicherung des Klägers betreffend das

Ereignis vom 30. Januar 2011 (Urk. 14/2/ZM1). Als Befunde erhob er lumbale Rückenschmerzen sowie eine Sensibilitätsstörung in der linken Fusssohle und er diagnostizierte eine Diskushernie S1 (Ziff. 2). Betreffend den Ereignisverlauf anfangs Februar hielt er auftretende Schmerzen fest, verneinte jedoch ein Unfallereignis (Ziff. 3a) und attestierte dem Kläger eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit als Informatiker ab dem 31. Januar 2011 (Ziff. 6) und mit Arztzeugnis vom 22. März 2011 (Urk. 14/2/ZM2) ab 8. März 2011 eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit.

Mit Zeugnis vom 6. Juli 2011 (Urk. 14/2/ZM3) attestierte er ohne Angaben von Gründen eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 50 % vom 1. bis 30. Juni 2011. 4.2

Am 10. Juni 2011 berichtete Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, dem behandelnden Arzt Dr. B.____ (Urk. 14/2/ZM9). Er nannte als Diagnose eine Diskushernie L5/S1 links mit persistierender Radikulopathie S1 links und führte aus, seit dem 30. Januar 2011 beklage der Kläger tieflumbale Rückenschmerzen und vor allem dominante radikulopathische Schmerzen im linken Bein, entsprechend klassisch S1 ohne wesentliche Besserungstendenz bis heute. Die Nachtruhe sei gestört, die Aktivitäten seien eingeschränkt und die Belastung nehme zu. Als Behandlung empfahl er zunächst eine epidurale Infiltration L5/S1 links (S. 1). 4.3

Mit Bericht vom 6. Juli 2011 wies Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, den Kläger einem Spezialisten zur klinischen Beurteilung eines konservativen Vorgehens zu (Urk. 14/2/ZM5a-b). Als Diagnose nannte er ein lumboradikuläres Schmerz- und leichtes Ausfallsyndrom S1 links sowie einen Status nach einem thorakolumbalen Morbus Scheuermann (S. 1 oben). In der Anamnese hielt er unter anderem fest, dass der Kläger bisher in einem Pensum von 80 % gearbeitet habe (S. 1 unten). 4.4

Die am 18. Juli 2011 im E.____ durchgeführte bildgebende Untersuchung ergab eine leichte skoliotische Fehllage mit Hyperlordose der Lendenwirbelsäule (LWS) ohne Gefüge

störung , eine Chondrosis

intervertebralis der unteren Brustwirbelsäule (BWS) , eine fortgeschrittene Chondrosis intervertebralis

Lendenwirbelkörper (LWK)

5/ S a kral wirbelkörper (S WK)

1 mit bilateralen Spondylarthrosen , keine höher gradige ossäre Einengung des Spinalkanals sowie weder ein en

Fraktur nachweis noch umschriebene Osteolysen (Urk. 14/2/ZM4). 4.5

Ab dem 9. Juli 2011 stand der Kläger bei Dr. med. F.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin , in Behandlung. Dieser diagnostizierte im Bericht vom 23. Dezember 2011 (Urk. 14/2/ZM17) ein lumboradikuläres

Schmerzsyndrom S1 links , traumatisch seit dem Unfall vom 30. Januar 2011 , und eine sequestrierte Diskushernie L5-S1 mediolateral links mit sensiblem Defizit bei einwandfreier Motorik S2 links. Er hielt rückblickend in seiner Erstbeurteilung fest, bezüglich Diagnosestellung seien Klinik und Bildgebung absolut kongruent. Zuvor habe der Kläger nie Rückenschmerzen gehabt, die Gewalteinwirkung beim Skiunfall Ende Januar 2011 auf die Wirbelsäule sei massiv gewesen, wes halb er , Dr. F.____ , von einer traumatischen Genese ausgehe. Seit Wochen sei keine Verbesserung mehr eingetreten .

In der Verlaufsbeurteilung erwähnte Dr. F.____ eine signifikante subjektive Verbesserung bezüglich h Schmerz und Schmerzmanagement; objektiv bestehe ein zunehmendes sensomotorisches Defizit S1 links. Seit dem 1. September 2011 bestehe eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei er aufgrund der Fortschritte per Januar 2012 für drei bis fünf Monate von einer Reduktion der Arbeitsunfähigkeit auf 60 % ausgehe (S. 1).

Mit ärztlichen Zeugnissen attestierte Dr. F.____ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Juli bis 30. August 2011 (Urk. 14/2/ZM13), eine solche von 75 % vom 1. September bis 31. Dezember 2011 (Urk. 14/2/ZM14-15), eine solche von 60 % vom 2. bis 29. Februar 2012 (Urk. 14/2/ZM16) und eine solche von 60 % vom 1. März bis 31. Mai 2012 (Urk. 14/2/ZM19). 4.6

Am 15. Oktober 2012 erstatte Dr. med. A.____ , Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, ihr von der Beklagten in Auftrag gegebene s rheumatologisch/allgemeininternistische s

Gutachten (Urk. 14/2/ZM21). Sie stützte sich dabei auf die ihr zur Verfügung gestellten Akten (S. 3 ff.), die Anamnese (S. 8 ff.) sowie auf ihre am 27. September 2012 durchgeführte rheumatologische und allgemeininternistische Untersuchung (S. 12 ff.) .

Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie ein chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom S1 links und einen Morbus Scheuermann mit residuellen Läsionen (S. 13 Ziff. 6.1). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Fussdeformität mit Knick-Senk-Spreizfuß beidseitig (S. 13 Ziff. 6.2).

In ihrer Beurteilung führte die Gutachterin aus, der Kläger habe im Januar 2011 bei einer Skifahrt eine Verdrehung im Bereich des Rumpfes bemerkt, ohne gestürzt zu sein. Anschliessend habe er sofort starke Rückenschmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich bemerkt. Erst ein paar Wochen später respektive zwei bis drei Wochen nach diesem Ereignis habe er eine Ausstrahlung in das linke Bein mit zusätzlich dort angegebenem Taubheitsgefühl verspürt. Ein e i m Februar 2011 durchgeführte bildgebende Untersuchung der Lendenwirbelsäule habe eine Diskushernie auf Höhe L5/S1 mit Affektion der Nervenwurzel S1 links bestätigt. Die durchgeführte analgetische Therapie sei wenig effizient gewesen. Der zuvor als Informatiker tätig gewesene Kläger habe dann seine Arbeitstätigkeit nicht mehr wie gewohnt durchführen können, da er auch schwere Lasten von mehr als fünf Kilogramm Gewicht habe heben müssen (S. 13 Ziff. 13).

Nach dem drei Monate nach dem Ereignis von Ende Januar 2011 trotz analgetischer Therapie kein Effekt vorhanden gewesen sei, habe Dr. C.____, Arzt in der Wirbelsäulenchirurgie in der G.____ Klinik, eine Schmerzintervention mit einer epiduralen Infiltration auf Höhe L5/S1 linksseitig empfohlen, was aber vom Kläger nicht gewünscht worden sei. Aufgrund der progredienten, therapieresistenten Situation habe sich der Kläger dann bei Dr. F.____ in Behandlung begeben, wobei physiotherapeutische Massnahmen bis dahin nicht stattgefunden hätten. Unter der Therapie in der Spiraldynamik hätten sich nun Verbesserungen der Schmerzsituation gezeigt. Aus den Einträgen der Krankengeschichte sei jedoch nicht nachvollziehbar, warum ab 1. Juli 2011 wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, da zuvor im Zeitraum ab 8. März 2011 eine Arbeitsfähigkeit von nahezu 80 % bestanden habe und am 12. Juli 2011 von Dr. F.____ vermerkt worden sei, dass ein chronischer stabiler Zustand ohne Verbesserungstendenz seit Monaten bestehe (S. 14). Dagegen sehe sie bezüglich der Arbeitsfähigkeit die attestierten Arbeitsunfähigkeiten vom 31. Januar bis 30. Juni 2011 als richtig und nachvollziehbar an, obwohl die Arbeitsunfähigkeit in dieser Zeit nur noch 20 % betragen habe und der Kläger seine Arbeitstätigkeit bis Ende Juni 2011 habe nachgehen können. Dies sei auch noch nachvollziehbar, da mit den konservativen Therapiemassnahmen mit einer Genesung innerhalb von sechs Monaten nach einem Diskushernien-Ereignis gerechnet werden könne (S. 15 f.). 4. 7

Auf die Frage der Beklagten nach einer Beurteilung der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit ab dem 31. Januar 2011 bis 31. Januar 2012 nahm die Gutachterin (gestützt auf die Angaben in der Krankengeschichte von Dr. F.____) wie folgt Stellung (S. 19 Ziff. 8.4):

Die attestierte Arbeitsunfähigkeit vom 31. Januar bis 8. März 2011 von 50 % sei nachvollziehbar, da davon ausgegangen werden müsse, dass sich bei symptomatischen Diskushernien im Rahmen von konservativen Therapien erst nach zirka drei Monaten eine deutliche Besserung einstellen könne. Der Zustand sei aber auch von Dr. F.____ als chronisch stabil beschrieben worden, was bedeute, eine Änderung des Gesundheitszustandes habe nicht stattgefunden. Indessen habe der Kläger aber trotzdem bereits im März die Arbeitsunfähigkeit von 50 auf 80 % steigern und bis zum 30. Juni 2011 erhalten können. Die von Dr. F.____ für den 1. Juli bis einschliesslich 31. August 2011 attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit des Klägers sowie diejenige von 75 % seit dem 1. September 2011 und von 60 % seit dem 2. Januar 2012 seien nicht nachvollziehbar (S. 19 f.). Gestützt auf die Dokumentation von Dr. F.____

betreffend die Krankengeschichte würde sie aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % wieder ab 1. November 2011 sowie im weiteren Verlaufe eine Steigerung dieser auf 75 % spätestens im Dezember 2011 sehen, da im Bericht von Dr. F. ___ erwähnt werde, dass es sich um signifikante Verbesserungen handeln würde, welche sicherlich nicht erst seit seinem Bericht vom 23. Dezember 2011 eingetreten seien, sondern schon zuvor. Eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit von 100 % im angestammten Beruf hätte demzufolge ab 1. Januar 2012 wieder gegeben sein müssen. Anzumerken bleibe, dass der Kläger aber ab Januar 2012 weiterhin in seiner angestammten Tätigkeit in adaptierter Form (ohne Heben schwerer Lasten von mehr als 10 kg sowie repetitiven Arbeiten Überkopf und gebückt) arbeiten sollte (S. 20 f.). Zusätzlich seien repetitive Rumpfrotationen sowie langes Sitzen, Gehen und Stehen

zu vermeiden. Zudem sollte ein erhöhter Pausenbedarf noch berücksichtigt werden, welcher mit einer Leistungseinbusse von maximal 10 % zu bemessen wäre (S. 21). 5. 5.1

Der Kläger beantragt die Zusprache von Taggeldern über den 30. Juni 2011 hin aus (Urk. 1 S. 1). Es ist somit zu prüfen, wie es sich ab diesem Zeitpunkt mit seiner Arbeitsfähigkeit verhält. 5.2

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Klageverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 5.3

Dem Gutachten von Dr. A. ___ (vgl. vorstehend E. 4.6) kommt voller Beweiswert zu, da es schlüssig erscheint, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei ist und die in E. 5.2

genannte Kriterien vollumfänglich erfüllt.

Dr. A. ___ führt in ihrem Gutachten

schlüssig aus, dass die vom 31. Januar bis 30. Juni 2011 attestierten Arbeitsunfähigkeiten nachvollziehbar seien, hingegen ab 1. Juli 2011 weiterhin eine 80%ige Arbeitsfähigkeit hätte bestehen müssen, da weder aus den Einträgen der Krankengeschichte Hinweise für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers ersichtlich seien

noch eine gesundheitliche

Verschlechterung medizinisch erklärbar sei. Auch in der Krankengeschichte von Dr. F. ___ sei einzig vermerkt, dass ein chronisch stabiler Zustand seit Monaten ohne

Besserungstendenz bestanden habe , weshalb auch daraus nicht auf eine Verschlechterung geschlossen werden könne (vgl. vorstehend E. 4.6) .

Für die Richtigkeit der Einschätzung der Gutachterin spricht sowohl

die Beurteilung durch Dr. B.____ , welcher den Kläger bis am 7. März 2011 als zu 50 % und hernach als zu 80 % arbeitsfähig erklärte (vgl. vorstehend E. 4.1) , als auch der Umstand , dass es dem Kläger möglich war, wieder in einem Pensum von 80 % zu arbeiten (vgl. vorstehend E. 4.3).

Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass der Kläger seit Ende Januar 2011 bis 7. März 2011 in seiner angestammten Tätigkeit zu 50 % eingeschränkt und hernach zu 80 % arbeitsfähig gewesen war. Aufgrund des stabilen Zustandes des Klägers ist auch nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab Juli 2011 zu schliessen , sondern gemäss den Arztberichten in der zweiten Jahreshälfte gar auf eine Verbesserung. Einzig aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs und des Belastungsprofils

ist beim Kläger von einer verminderten Leistungsfähigkeit von 10 % auszugehen . 5.4

Nicht abgestellt werden kann demgegenüber auf die Einschätzung des behandelnden Arztes Dr. F.____ , welcher als einziger Arzt und entgegen der Verfügung der Unfallversicherung vom 24. Mai 2012 (vgl. Korrespondenz Krankenversicherung VISANA, Urk. 2/15-16) den Skiunfall vom 30. Januar 2011 als Unfall im Rechtssinne qualifizierte und seither von keiner objektiven Verbesserung des Gesundheitszustandes des Klägers ausging (vgl. vorstehend E. 4.5) . Namentlich begründete er die attestierten Arbeitsunfähigkeiten - insbesondere die angebliche vollständige Arbeitsunfähigkeit des Klägers vom 1. Juli bis 30. August 2011 - nicht , womit er den Widerspruch zwischen dem von ihm beschriebenen (Urk. 14/2/ZM10)

seit Monaten bestehenden chronisch stabilen Zustand sowie

der – im Vergleich zu den vorbehandelnden Ärzten – attestierten Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % nicht aufzulösen vermag .

Selbst wenn die Gutachterin die Sichtweise des behandelnden Arztes Dr. F.____ einnehmen und dessen Ansichten folgen würde, käme sie aus rheumatologischer Sicht zu anderen Schlüssen betreffend die Arbeitsfähigkeit des Klägers

(vgl. vorstehend E. 4.7) . 5.5

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte gestützt auf die medizinische Einschätzung durch Dr. A.____ von einer nahezu vollständigen Arbeitsfähigkeit ab 1. Juli 2011 ausging . Eine solche ist aufgrund der medizinischen Akten überwiegend wahrscheinlich und wird nicht zuletzt bestätigt durch die tatsächliche Aktivität (80% ige

Arbeits t ä t igkeit) des Klägers

bereits ab dem 8. März 2011. Eine Verschlechterung ist nicht glaubhaft dargelegt worden . Damit ist zusammenfassend festzuhalten, dass ab dem 1. Juli 2011 keine leistungsbegründende Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen war. Der Kläger hat somit keine weiteren Ansprüche aus der Kollektivtaggeldversicherung der Beklagten.

Bei diesem Ergebnis erübrigt sich auch die Behandlung der weiteren klageweise geltend gemachten Begehren (vgl. Urk. 1 S. 1, Urk. 10 S. 2).

Demnach ist die Klage vollumfänglich abzuweisen. 6. 6.1

Gemäss Art. 114 lit . e ZPO ist das Verfahren kostenlos. 6.2

6.2.1

Nach der zu altArt . 47 Abs. 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) ergan genen, weiterhin gültigen höchstrichterlichen Rechtsprechung hat der obsie ge ne de Versicherungsträger Anspruch auf eine Parteientschädigung, falls er durch einen externen Anwalt vertreten ist (Urteil des Bundesgerichtes 4A_194/2010 vom 17. November 2010, E. 2.2.1, nicht publiziert in: BGE 137 III 47; Urteil des Bu ndesgerichts 5C.244/2000 vom 9. Januar 2001, E. 5 mit Hin weisen).

Nachdem die obsiegende Beklagte durch einen externen Anwalt vertreten ist, steht ihr eine Parteientschädigung zu. 6.2.2

Die Kantone sind zuständig, die Tarife für die Prozesskosten festzusetzen (Art.

96 ZPO). Das zürcherische Ausführungsgesetz zur ZPO, das GOG, enthält keine für das Sozialversicherungsgericht anwendbare Tarifbestimmung (vgl. 7.

Teil des GOG). Dasselbe gilt für die Verordnung über die Anwaltsgebühren (LS 215.3). Diese regelt ausdrücklich nur die Parteientschädigungen vor den Schlichtungsbehörden, den Zivilgerichten und den Strafbehörden. Die Bemessung der Parteientschädigung richtet sich somit nach § 34 GSVGe r sowie den §§ 1, 5 und 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer). Gemäss § 34 Abs. 1 GSVGer ist die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert festzusetzen.

Die Beklagte hat den Antrag auf Zusprechung einer Parteientschädigung zu Lasten des Klägers gestellt und ist anwaltlich vertreten. Aufgrund der genann ten Kriterien ersche int eine ermessensweise auf Fr. 1' 6 00.-- festzusetzende Ent schädigung (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als gerechtfertigt. Das Gericht erkennt:

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