

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2013.00044

vom 29. Mai 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2013.00044

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2013.00044 du 29 mai 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2013.00044 del 29 maggio 2015

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1970, arbeitete seit 1998 als Finanzberater für die Firma Y.____ (vgl. Urk. 2/4). Die Arbeitgeberin hatte für ihre Mitarbeiter bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Zürich) für krankheitsbedingten Erwerbsausfall eine Taggeldversicherung abgeschlossen (Police Nr. E.____, gültig ab 1. Januar 2011; Urk. 9/B1). Für die Personengruppe 1, zu der André Travé gehörte, war für die Dauer von 730 Tagen, abzüglich einer Wartefrist von 14 Tagen, ein Taggeld im Umfang von 80 % des Verdienstes versichert (Urk. 9/B1 S. 4; vgl. auch Urk. 2/1).

E. 1.2

Ab 1. September 2011 wurde dem Versicherten ärztlich eine krankheitsbedingte vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Schadenmeldung vom 20. September 2011 sowie diverse Arztatteste und -berichte; Urk. 2/4-7). Ab 15. September 2011 richtete die Zürich Taggelder aus (Fr. 422.54 entsprechend 80 % des in der Schadenmeldung angegebenen Verdienstes von Fr. 192'781.50 pro Jahr; Urk. 2/8/1-5). Die Taggeldzahlungen erfolgten bis und mit 29. Februar 2012 (vgl. Urk. 2/8/5). Gemäss vertrauensärztlicher Beurteilung bestand ab 1. März 2012 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 2/7 S. 3). Bereits zuvor, das heisst am 31. Januar 2012, hatten der Versicherte und die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per sofort einvernehmlich aufgehoben (Urk. 2/3).

Mit Schreiben vom 3. April 2012 orientierte die Zürich den Versicherten über die Möglichkeit zum Übertritt von der Kollektiv- in eine Einzeltaggeldversicherung (Urk. 2/10). Am 2. Mai 2012 ersuchte der Versicherte um eine Offerte (Urk. 2/11). Am 9. Mai 2012 erstellte die Zürich eine schriftliche Vertragsofferte (Urk. 9/B4).

E. 1.3

In der Nacht vom

E. 2

Am 13. Dezember 2013 erhob der Versicherte Klage gegen die Zürich. Er stellte das Rechtsbegehren, die Zürich sei zu verpflichten, ihm Fr. 231'551.92 zuzüglich 5 % Zins seit 1. Januar 2014 zu bezahlen (Urk. 1). Die Zürich beantragte in der Klageantwort vom 4. März 2014 die Abweisung der Klage (Urk. 8). In Replik (Urk. 13) und Duplik (Urk. 17) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Auf die Ausführungen der Parteien und die Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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

E. 2.1

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 zu bringen 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). 2.2

Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat gemäss Art. 8 des Zivilgesetzbuches (ZGB) derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Nach dieser Grundregel hat der Anspruchsberechtigten die

Tatsachen zur "Begründung des Versicherungsanspruches" (Marginalie zu Art. 39

VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen (BGE 130 III 321 E.

3.1). Im Privatversicherungsrecht müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen sein (BGE 130 III 321 E. 3.5). Das gilt auch für den Beweis von anspruchshindernden Tatsachen, für welche die Beweislast aufgrund von Art. 8 ZGB beim Versicherer liegt (Praxis 80/1991, Nr. 230, S. 964 f. E. 3b [Urteil des Bundesgerichts vom 22. November 1990]). 3.

E. 2.5

f.) 5.2

Nahm sich der Kläger ab 1. März 2012 zunächst eine Auszeit, schliesst dies einen Tagelohnanspruch im vornherein aus, denn der damit verbundene

Erwerbsausfall war Folge einer persönlichen Entscheidung des Klägers, nicht jedoch Folge einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit. Es fehlte mit anderen Worten am erforderlichen Kausalzusammenhang zwischen Erwerbsausfall und beeinträchtigtem Gesundheitszustand. 5.3

Offen ist, wie lange die Phase der Auszeit geplant war respektive wie lange sie effektiv andauerte. Die Auszeit diene nach Darstellung des Klägers der beruflichen

Neuorientierung und der Stellensuche (Urk. 1 S. 4 Ziff. 2.5). Ohne dies zeitlich einzugrenzen wies der Kläger darauf hin, er habe erkennen müssen, dass er aus psychischer Sicht nicht in der Lage gewesen sei, eine neue Stelle anzutreten (Urk. 1 S. 5 Ziff. 2.6). Ein konkretes Stellenangebot habe er im Juli 2012 aus gesundheitlichen Gründen ablehnen müssen (Urk. 13 S.

3 Ziff. 3; vgl. auch Urk. 2/24).

Bereits ab März 2012 habe er sich in einer psychisch schlechten Verfassung befunden. Bis Juni 2012 habe er zurückgezogen und ohne soziale Kontakte in seiner Eigentumswohnung gelebt. Nach deren Verkauf habe er vorübergehend bei seiner Schwester gewohnt. Auch dort habe er sich praktisch in seinem Zimmer eingeschlossen und nicht die Kraft aufbringen können, sich um seine Angelegenheiten zu kümmern (Urk. 13 S. 3 f. Ziff. 3).

Einerseits schilderte der Kläger

den Verlauf ab März 2012

als ungünstig, andererseits aber suchte er ab März 2012 effektiv eine neue Stelle. Einzelheiten zu seinen Bemühungen machte der Kläger nicht aktenkundig, jedoch ist davon auszugehen, dass ihm gemäss seiner Darstellung im Juli 2012 schliesslich ein konkretes Stellenangebot gemacht wurde. Das Angebot schlug der Kläger in der Folge zwar aus, doch lässt der Umstand, dass er sich bis Juli 2012 um einen beruflichen Wiedereinstieg bemühte, nur den Schluss zu, dass er sich auch subjektiv als grundsätzlich arbeitsfähig einstufte. Erst mit der Ablehnung der angebotenen Stelle änderte sich diese Überzeugung. Eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ist somit bis Juli 2012 nicht überwiegend wahrscheinlich. 5.4

Für die Zeit nach der Ablehnung der angebotenen Stelle, namentlich ab August 2012 macht der Kläger eine deutliche Verschlechterung seines psychischen Zustandes geltend. Ausschlaggebend dafür war nach seiner Darstellung vor allem der Tod seines Vaters (Urk. 1 S. 5 Ziff. 2.6, Urk. 13 S. 3 f. Ziff. 3).

Ab August 2012 ist einzig eine Konsultation beim Hausarzt Dr. Z. ___ am 28. September 2012 aufgrund eines akuten Hautproblems dokumentiert (Urk. 2/21).

Echtzeitliche Berichte oder Atteste über ab März 2012 erfolgte Arztkonsultationen oder Behandlungen im Zusammenhang mit einer erneuten psychischen Dekompensation fehlen unbestrittenermassen (vgl. Urk. 1 S. 4 Ziff. 3). Der Kläger hielt fest, er habe es unterlassen, sich ab März 2012 weiter ärztlich behandeln zu lassen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 2.6). Eine Behandlung im Zusammenhang mit psychischen Problemen fand erstmals wieder im Februar 2013 (Behandlung in der

Klinik A. ___ am 22. Februar 2013; Urk. 2/12) statt.

Ob und gegebenenfalls in welchem Umfang die Arbeitsfähigkeit des Klägers vor der Behandlung in der Klinik A. ___ im Februar 2013 beeinträchtigt war,

kann

entgegen der Auffassung des Klägers

retrospektiv nicht zuverlässig beurteilt werden. Auf die Frage des Rechtsvertreters des Klägers, ob Angaben zur Arbeitsfähigkeit ab 1. März 2012 bis 31. Januar 2013 möglich seien, hielt Dr. Z. ___ am 29. Oktober 2013 fest, theoretisch könne er dazu keine Angaben

machen , weil er den Kläger seit dem 2 5. Februar 2012 , abgesehen von einer Konsultation am 2 8. September 2012 wegen eines Hautproblems , bis zum 2 5. Februar 2013 nicht mehr behandelt habe. Aus der Schilderung des Klägers und derjenigen seiner Schwester sei allerdings zu schliessen, dass er auch in der Zeit da zwischen wahrscheinlich arbeitsunfähig gewesen sei (Urk. 2/21).

Die blosse Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsunfähigkeit genügt als Beweis nicht. Nötig ist eine überwiegende Wahrscheinlichkeit. Hierfür wären zeitnahe ärztliche Feststellungen nötig. Angaben von

Familienangehörigen oder Freunden

(vgl. Urk. 13 S. 4) vermögen

eine

zeitnahe

ärztliche Beurteilung nicht zu ersetzen . Es fehlt somit auch für die Zeit ab August 2012 am Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit. 5.5

Am 2 2. Februar 2013 begab sich der Kläger notfallmässig in die Klinik A.____ , wo er bis zum 2 3. Februar 2013 behandelt wurde. Im Austrittsbericht vom 2 6. Februar 2013 nannten die Ärzte der Klinik als Diagnose eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2) und als Differentialdiagnose eine depressive Störung. Ferner führten die Ärzte aus, der Eintritt sei aufgrund einer Exazerbation einer Burnout- Symptomatik mit starkem sozialem Rückzug seit drei Tagen und nicht auszuschliessender suizidaler Krise infolge familiärer Belastungsfaktoren erfolgt (Urk. 2/12).

Am 8. März 2013 liess sich der Kläger von Dr. med. G.____ , Fachärztin FMH für Innere Medizin sowie Psychosomatische und Psychosoziale Medizin, Oberärztin der Klinik H.____ , untersuchen. Diese nannte am 1 1. März 2013 als Diagnose eine mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom, teilweise agitiert (ICD-10 F 32.11) , mit sozialem Rückzug und multipler sozialer Belastung (ICD-10 Z63.0, Z63.4, Z56, Z59) . Bisher sei er hausärztlich betreut worden. Auf eine Psychotherapie

habe er sich bisher nicht eingelassen. Aktuell sei es zu einer krisenartigen Zuspitzung der Situation mit sozialem Rückzug und suizidalen Gedanken gekommen. Momentan sei einer stationären Behandlung der Vorzug zu geben (Urk. 9/B/6).

Eine stationäre Behandlung des Klägers erfolgte vom 2 5. März bis 1 9. April 2013 in der Herberge B.____ . Dem Bericht der Therapieeinrichtung vom 1 7. Mai 2013 ist zu entnehmen, der Kläger habe sich stark mit seinen Schattenseiten und seinen verdrängten Ängsten auseinandergesetzt. Er habe begonnen, seine finanzielle Situation zu regeln und er habe erste Schritte in Richtung berufliche Neuorientierung getan. Im Laufe des Aufenthaltes habe sich der Kläger neue Einsichten und Erkenntnisse erarbeitet, um aus immer wiederkehrenden Verhaltensmustern aussteigen zu können. Jedoch benötige er noch einiges an Zeit und Nachbetreuung, um die gewonnenen Erkenntnisse umsetzen zu können (Urk. 2/14) .

Dem Bericht der Firma C.____ vom 5. Juni 2013 über die Nachbetreuung in Form eines Gesundheits- und Berufscoachings ist zu entnehmen, die Nachbetreuung

habe zu einer Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt. Für das letzte Quartal 2013 könne mit einer vollständigen Genesung gerechnet werden. Die Gesundheitschance werde durch den Hausarzt Dr. Z.____ erfolgen (Urk. 2/15).

Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich der Hausarzt Dr. Z.____ in verschiedenen Attesten. In diesen ging er von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab 1. Februar bis Ende Juni 2013 aus (Urk. 2/16/1-5). Im Bericht vom 23. Juni 2013 zu Händen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, hielt er sodann fest, es bestehe bereits seit 1. September 2011

bis dato eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 2/17 S. 4 Ziff. 1.6). Im Kurzbericht vom 23. Juni 2013 zu

Händen der Beklagten hielt Dr. Z.____ fest, realistisch sei ein Arbeitsbeginn im vierten Quartal 2013 (Urk. 2/19). Auf die Frage des Rechtsvertreters des Klägers, wie sich die Arbeitsfähigkeit seit dem 1. Juli 2013 entwickelt habe, hielt Dr. Z.____ am 29. Oktober 2013 fest, dies könne er nicht beurteilen, da er nach dem 21. Juni 2013 keinen Kontakt mehr mit dem Kläger gehabt habe (Urk. 2/21). Der behandelnde Psychiater Dr. D.____ führte in einem undatierten Schreiben an den Rechtsvertreter des Klägers (die vorangehende Anfrage des Rechtsvertreters datiert vom 28. Oktober 2013; vgl. Urk. 2/22) aus, er erachte den Kläger in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Finanzplaner als zu 100 % arbeitsunfähig. In einer geeigneten Tätigkeit mit geregelter Arbeitszeit, fixem Salär, im Innendienst und ohne Vorgesetztenfunktion sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ab 1. Januar 2014 auszugehen (Urk. 2/23). 5. 6

Der Austrittsbericht der

Klinik A.____

vom 26. Februar 2013 dokumentiert erstmals seit Februar 2012 wieder eine ärztliche Behandlung psychischer Beschwerden am 22. und 23. Februar 2013. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde von den Ärzten der Klinik A.____ nicht attestiert. Eine krankheitsbedingte vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte hingegen Dr. G.____ am 11. März 2013. Diese hatte den Kläger

am 8. März 2013 untersucht (Urk. 9/B/6). Auch Dr. Z.____ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit. Im Attest vom 28. Mai 2013 nannte er eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 1. Februar 2013 (Urk. 2/16/1). Im Bericht vom 23. Juni 2013 zu Händen der IV-Stelle erwähnte er zudem eine ununterbrochene vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 1. September 2011 (Urk. 2/17 S. 4 Ziff. 1.6).

Mit der attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit September 2011 wider spricht Dr. Z.____

nicht nur seiner Einschätzung im Januar 2012 (vgl. Urk. 2/5/4), sondern auch seinen Angaben vom 29. Oktober 2013, als er fest hielt, theoretisch könne er zu einer Arbeitsunfähigkeit ab 1. März 2012 keine Angaben machen, weil er den Kläger seit dem 25. Februar 2012, abgesehen von einer Konsultation am 28. September 2012 wegen eines Hautproblems, bis zum 25. Februar 2013 nicht mehr behandelt habe (vgl. Urk. 2/21 Ziff. 4).

Ebenso wenig kann auf die ab 1. Februar 2013 attestierte Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden, da Dr. Z.____ den Kläger im Jahr 2013 erstmals am 25. Februar 2013 wegen

Erschöpfungsdepression und Burn out wieder behandelt hat te (vgl. Urk. 2/21 Ziff. 1-2). Die erste nach der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit im März 2012 (vgl. vorstehende E . 4) nachvollziehbar attes tierte Arbeitsunfähigkeit bezieht sich somit auf den 25. Februar 2013 und die Folgezeit . Ob bereits am 2 2. Februar 201 3 , anlässlich der Behandlung in der Klinik A.____ respektive beim Austritt am Tag darauf eine Arbeitsunfähigkeit bestand, bleibt mangels eines entsprechende n Attest s der dort behan deln den Ärzte offen. 6 .

6.1

Die ergänzenden Vertragsbedingungen zu den AVB sehen in Ziff. 8.6 lit . h eine Nachdeckung für Versicherungsfälle vor, die nach Erlöschen des Versiche rungs schutzes noch nicht abgeschlossen sind (Urk. 2/2 S.

7). Für die versicher ten Arbeit nehmer endet der Versicherungsschutz mit dem 3 0. Tag nach dem Tage, an dem der Anspruch auf mindestens den halben Lohn aufhört (Ziff. 16.2 lit a der AVB ; Urk. 2/2 S. 9).

Die Firma Y.____ und der Kläger lösten ihre Zusammenarbeit am 3 1. Januar 2012 ein vernehmlich per sofort auf. Damit erloschen auch die Lohnansprüche des Klä gers (Urk. 2/3). Der Versicherungsschutz aus der Kollektivversicherung endete am 3 0. Tag nach dem 3 1. Januar 2012, das heisst am 1. März 2012 (2012 war ein Schaltjahr). Bereits per 2 9. Februar 2012 hatte die Beklagte den am 20. September 2011 gemeldeten Schadensfall abgeschlossen (vgl. Urk. 2/8/5, Urk. 2/9) . Ab 1. März 2012 war der Kläger aus ärztlicher Sicht wieder arbeits fähig (Urk. 2/17 S. 3 f.). Da der Versicherungsfall noch vor dem Erlöschen des Ver sicherungsschutzes abgeschlossen war , fällt ein Nachdeckungsanspruch ausse r Betracht . 6.2

Das erneute Auftreten einer Krankheit (Rückfall) gilt gemäss den ergänzenden Vertragsbedingungen zu den AVB hinsichtlich Leistungsdauer und Wartefrist - sofern diese pro Krankheitsfall vereinbart wurden - als neuer Krankheitsfall, wenn die versicherte Person ihretwegen während 12 Monaten ununterbrochen nicht arbeitsun fähig war (Ziff. 8.7; Urk. 2/2 S. 7).

Im Zusammenhang mit dem am 2 0. September 2011 gemeldeten Schadensfall (Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Erkrankung) war der Kläger ab 1. März 2012 wieder voll ar beitsfähig (vgl. vorstehende E . 4). Eine erneute ärztlich at te stierte Arbeitsunfähigkeit (wiederum infolge psychischer Erkrankung) bestand frühestens ab 2 5. Februar 2013 (vgl. vorstehende E .

5.6). Auf die Zeit dazwi sche n entfallen mithin nicht ganz zwölf Monate, während denen von einer un unterbrochenen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Die Voraussetzung gemäss Ziff. 8.7 der ergänzenden Vertragsbedingungen zu den AVB ist damit zwar grund sätzlich erfüllt, jedoch ist zu berüc ksichtigen, dass für den Kläger der Versicherungs schutz aus der Kollektivversicherung am 1. März 2012 endete. Gestützt auf die genannte Versicherungsbestimmung kann er somit keinen Anspruch auf Tag gelder geltend machen. 6.3

Gemäss Ziff. 18.1 der AVB kann die in der Schweiz oder Lichtenstein wohn hafte versicher te Person bei Austritt aus dem K reis der Versicherten oder bei Auflösung des Vertrages in die Einzelversicherung übertreten. Das Übertritts recht ist innert 90 Tagen entweder nach dem Austritt, der Auflösung des Ver trages oder dem Ende des Leistungsbezuges g eltend

zu machen (Urk. 2/2 S. 9).

Am 2. Mai 2012 ersuchte der Kläger in Form einer
Offertanfrage

um den Übertritt in die Einzelversicherung (Urk. 2/11). Zu diesem Zeitpunkt waren sowohl seit dem Ende des Leistungsbezuges am 29. Februar 2012 als auch seit dem Austritt aus dem Kreis der versicherten Personen am 1. März 2012 noch keine 90 Tage verstrichen. Die Beklagte reichte mit der Klageantwort eine am 9. Mai 2012 ausgefertigte Vertragsofferte für eine Einzeltaggeldversicherung ein (Urk. 9/B/4). Ob diese dem Kläger tatsächlich auch zugestellt wurde, ist nicht aktenkundig.

Fest steht indessen, dass es in der Folge zu keinem Vertragsabschluss kam. Der Kläger machte in der Klageschrift geltend, seine Offertanfrage vom 2. Mai 2012 sei unbeantwortet geblieben (Urk. 1 S. 4 Ziff. 2.5). Die Beklagte machte in der Klageantwort geltend, der Kläger habe seinerseits auf die Offerte nicht reagiert (Urk. 8 S. 4 Ziff. 16). Der Kläger liess in der Replik die Behauptung der Beklagten unwidersprochen. Es ist somit davon auszugehen, dass der Kläger, aus welchen Gründen auch immer, die Offerte nicht retournierte und auf einen Übertritt in die Einzelversicherung verzichtete.

Aus den dargelegten Gründen (diese Erwägung und vorstehende E. 8-9) steht fest, dass der Kläger keinen Anspruch auf weitere Taggelder mehr hat. Mit den von der Beklagten geleisteten Taggeldern (15. September 2011 bis 29. Februar 2012 im Schadensfall 278/11-368'473) ; Urk. 2/8/1-5) hat es sein Bewenden. Auf weitere von den Parteien erörterte Aspekte (u.a. teilweise von der Beklagten für das Jahr 2013 anerkannte Arbeitsunfähigkeit, Verletzung vertraglicher Obliegenheiten durch den Kläger) ist bei der gegebenen Sach- und Rechtslage nicht einzugehen, sondern es ist die Klage abzuweisen.

E. 3

KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Dazu gehören auch Streitigkeiten aus Krankentaggeldversicherungen nach dem VVG (BGE 138 III 2, 558 E. 2). Die Kantone können gestützt auf Art.

E. 3.1

Der Kläger vertritt den Standpunkt, seine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit

habe über den von der Beklagten anerkannten Zeitpunkt hinaus bis zum 31. Dezember 2013 andauert, weswegen nicht nur bis 29. Februar 2012, sondern auch ab März 2012 bis zum Erreichen der maximalen Bezugsdauer Anspruch auf Taggelder bestehe. Zwar sei das Arbeitsverhältnis bereits per 31. Januar 2012 einvernehmlich beendet worden, jedoch bestehe gemäss den anwendbaren ergänzenden Vertragsbedingungen zu den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) für die Kranken-Lohnausfallversicherung nach VVG (Ausgabe 1/2007, auf die in der Police E. ___ verwiesen wird; vgl. Urk. 9/B/1/1 S.

10) nach Beendigung des Versicherungsschutzes für denselben Krankheitsfall Anspruch auf Nachleistung (Urk. 1 S. 9 ff. Ziff. 3.1-2).

E. 3.2

Die Beklagte ist hingegen der Auffassung, für die Zeit ab März 2012 sei eine Arbeitsunfähigkeit des Klägers nicht nachgewiesen. Ausser am 18. Januar 2012 habe er im gesamten Jahr 2012 im Zusammenhang mit dem behaupteten Leiden keinen Arzt aufgesu

cht. Den Arbeitsunfähigkeitsattesten für die betreffende Zeit lägen keine echtzeitlichen Feststellungen zu Grunde (Urk. 8 S. 8 Ziff. 29 f.). 4.

4.1

Am 20. September 2011 orientierte die Firma Y.____ die Beklagte über eine seit dem 1. September 2011 bestehende Arbeitsunfähigkeit des Klägers, die voraussichtlich 30 Tage dauern werde. Behandelnder Arzt sei Dr. Z.____ (Urk. 2/4). 4.2

Dr. Z.____

ging in der Folge von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bis 31.

Januar 2012 aus (Urk. 2/5/1-4). Im Bericht vom 12. Dezember 2011 nannte er als Diagnose den Verdacht auf ein Burn-out. Er habe den Kläger überzeugen können, dass er psychologische Hilfe brauche. Eine entsprechende Behandlung sei eingeleitet worden (Urk. 2/6). 4.3

Am 24. Januar 2012 erstattete Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Pharmazeutische Medizin, zu Händen der Beklagten ein konsiliarisches Gutachten. Dr. F.____ untersuchte den Kläger am 11. Januar 2012 und diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F. 43.21). Er stellte fest, das Krankheitsbild sei mittlerweile fast vollständig rückläufig. Eine weitere ärztliche Behandlung, insbesondere durch Dr. Z.____, sei jedoch weiterhin angezeigt, dies im Hinblick auf die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nach längerer krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit und Stellenverlust. Dem Kläger sei nachdrücklich geraten worden, sich eng an die Vorgaben des Arztes zu halten. Die laufende Behandlung sei medizinisch notwendig und zweckmässig und sie folge allgemein anerkannten fachlichen Grundsätzen. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit als Finanzberater sei aus psychiatrischer Sicht angemessen gewesen. Gemäss der aktuellen Befundlage könne eine solche noch bis Ende Februar bestätigt werden. Hernach sei der Kläger als Finanzberater wieder voll arbeitsfähig (Urk. 2/7 S. 3 Ziff. 4-5).

Die Prognose sei günstig. In der Regel sei eine längere depressive Reaktion innerhalb weniger Monate wieder rückläufig. Beim Kläger habe mittlerweile eine fast vollständige Remission erreicht werden können. In Rechnung zu stellen sei nach der Kündigung des langjährigen Arbeitsverhältnisses die schwierige berufliche Situation des Klägers. Dessen ungeachtet sei die Erkrankung nunmehr fast vollständig rückläufig und psychosoziale Belastungsfaktoren komme für sich genommen noch kein Krankheitswert zu. Wichtig sei die Fortsetzung der Behandlung (Urk. 2/7 S. 3 f.).

Ziff. 4-6). 5. 5.1

Zum gesundheitlichen Verlauf ab März 2012 führte der Kläger aus, nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit der Firma Y.____ per 31. Januar 2012 beziehungsweise nach der durch Dr. F.____ prognostizierten Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit ab 1. März 2012 habe er sich eine Auszeit genommen. Er habe in Ruhe seine berufliche Zukunft planen und sich nach einer geeigneten Arbeitsstelle umsehen wollen. In der Folge habe er aber erkennen müssen, dass er aus psychischer Sicht nicht in der Lage gewesen sei, eine Stelle anzutreten (Urk. 1 S. 4 f. Ziff.

E. 7

Ausgangsgemäss hat die vertretene Beklagte gestützt auf § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streit Sache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 3'700.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt:

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