

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2015.00040

vom 6. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2015.00040

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2015.00040 du 6 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2015.00040 del 6 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1963, war im Rahmen ihrer unselbständigen Erwerbstätigkeit aufgrund der durch ihre Arbeitgeberin, die O.____, bei der Mutuel Assurances SA (nachfolgend Mutuel), abgeschlossenen kollektiven Krankentaggeldversicherung für ein Krankentaggeld versichert (Urk. 8/2). Ab 25. März 2013 wurde der Versicherten von ihrem Hausarzt wegen neuralgiformen Schmerzen links frontal mit sekundär auftretendem Schwindel und orthostatischer Unsicherheit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 8/8). Die Mutuel anerkannte ihre Leistungspflicht und richtete der Versicherten – nach Ablauf der vereinbarten 90-tägigen Wartefrist (vgl. Urk. 8/2) – ab 25. Juni 2013

Taggelder auf Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus (vgl. Urk. 8/41).

E. 1.1.1

Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen nach Art. 12 Abs. 3 KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Das Bundesgericht subsumiert kollektive Krankentaggeldversicherungen wie alle weiteren Taggeldversicherungen in ständiger Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (Urteil des Bundesgerichts 4A_47/2012 vom 12. März 2012 E. 2 mit weiteren Hinweisen). Die Kantone können gestützt auf Art. 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).

E. 1.1.2

Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach Art. 32 ZPO. Demnach ist bei Streitigkeiten aus Konsumentenverträgen für Klagen der Konsumentin oder des Konsumenten das Gericht am Wohnsitz oder Sitz einer der Parteien zuständig (Art. 32 Abs. 1 lit. a ZPO). Im Übrigen sehen auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten in Art. 33 Abs. 2 einen Gerichtsstand am Wohnsitz oder Sitz einer der Parteien vor (Urk. 8/1). Die Klägerin hat ihren Wohnsitz im Kanton Zürich; damit ist die örtliche Zuständigkeit des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich gegeben.

E. 1.2

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. 3.2 und 4.6). Das Gericht darf einer Partei nicht mehr und nichts

anderes zusprechen, als sie verlangt, und nicht weniger, als die Gegenpartei anerkannt hat (Art. 58 ZPO). Es stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a i.V.m. Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO), erhebt von Amtes wegen Beweis (Art. 153 i.V.m. Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO) und bildet seine Überzeugung nach freier Würdigung der Beweise (Art. 157 ZPO).

E. 1.3.1

Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten. Der Vertragsinhalt richtet sich häufig nach vorformulierten Allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB; Michael Iten, *Der private Versicherungsvertrag: Der Antrag und das Antragsverhältnis unter Ausschluss der Anzeigepflicht*, Freiburg, 1999, S. 23 N71; vgl. auch Alfred Maurer, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, 3. Aufl., Bern 1995, S. 150 f.). Das Schweizerische Obligationenrecht (OR) gilt immer subsidiär, wenn das VVG, das hinsichtlich des (Zusatz-)Versicherungsvertrages zahlreiche vom OR abweichende oder dieses ergänzende Bestimmungen enthält, eine Frage nicht regelt (vgl. Art. 100 Abs. 1 VVG).

E. 1.3.2

Vorformulierte Vertragsbestimmungen sind grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen. Kann der wirkliche übereinstimmende Parteiwille (Art. 18 Abs. 1 OR) nicht ergründet werden, ist auf den mutmasslichen Willen abzustellen. Letzterer ist nach dem Vertrauensgrundsatz aufgrund aller Umstände des Vertragsschlusses zu ermitteln. Dabei hat der Richter vom Wortlaut auszugehen und die Klauseln im Zusammenhang so auszulegen wie sie nach den gesamten Umständen verstanden werden dürfen und mussten; er hat auch zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint. Der Richter orientiert sich dabei am dispositiven Recht, weil derjenige Vertragspartner, der dieses verdrängen will, das mit hinreichender Deutlichkeit zum Ausdruck bringen muss (Urteil des Bundesgerichts 4A_39/2009 vom 7. April 2009, E. 3.4 mit Hinweisen). Bei juristischen Fachausdrücken oder Begriffen, die in der Rechtssprache eine festumrissene Bedeutung haben, gilt vermutungsweise der fachtechnische Sinn (vgl. Stoessel, in: *Basler Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag*, Basel 2001, Vorbemerkungen zu Art. 1-3 Rz 24).

E. 1.4

Art. 87 VVG gewährt demjenigen, zu dessen Gunsten die kollektive Unfall- oder Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, mit dem Eintritt des Unfalls oder der Krankheit ein selbständiges Forderungsrecht auf die Versicherungsleistungen im Versicherungsfall gegen den Versicherer (vgl. Urteil des Bundesgerichts 5C.41/2001 vom 3. Juli 2001 E. 2c; Peter Stein, *Basler Kommentar VVG*, Basel 2001, Art. 87 VVG N 15; Willy Koenig, *Der Versicherungsvertrag*, in: *Schweizerisches Privatrecht*, VII/2, Basel 1979, S. 729).

E. 1.5

Der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - hat die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruches (Art. 39 VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrages, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs. Dem Versicherer trifft demgegenüber die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglich vorgeesehenen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag

gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen (BGE 130 III 321 E. 3.1 S. 323; Urteil des Bundesgerichts 4A_393/2008 vom 17. November 2008 E. 4.1).

Nach Art. 8 des Zivilgesetzbuches (ZGB) hat, wo es das Gesetz nicht anders be stimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden bzw. rechtsvernichtenden oder rechts hindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Der Eintritt des Versicherungsfalls ist nach diesen Grundsätzen vom Anspruchsberechtigten zu beweisen (BGE 130 III 321 E. 3.1 S. 323; BGE 141 III 241 E. 3.1).

Daran ändert nichts, dass die Versicherung zunächst Taggelder ausbezahlt hat; macht sie geltend, die Umstände hätten sich geändert oder die Leistungen seien von vornherein zu Unrecht erbracht worden und die versicherte Person sei (wie der) arbeitsfähig, so hat die versicherte Person zu beweisen, dass sie (weiterhin) arbeitsunfähig ist und daher Anspruch auf Taggelder hat (BGE 141 III 241 E.

3.1).

E. 1.6

Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniesst der beweispflichtige Anspruchsberechtigte insofern eine Beweiserleichterung, als er in der Regel nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Allerdings kann der Versicherer im Rahmen des Gegenbeweises Indizien geltend machen, welche die Glaubwürdigkeit des Ansprechers erschüttern oder erhebliche Zweifel an seinen Schilderungen erwecken. Gelingt der Gegenbeweis, dürfen die vom Anspruchsberechtigten behaupteten Tatsachen nicht als überwiegend wahrscheinlich und damit nicht als bewiesen anerkannt werden. Der Hauptbeweis ist vielmehr gescheitert (BGE 130 III 326 E. 3.4 mit Hinweis, Urteil des Bundesgerichts 5C.146/2000 vom 15. Februar 2001 E. 4b mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung (Urteile des Bundesgerichts 4A_382/2014 vom 3. März 2015 E. 5.3 und 4A_316/2013 vom 21. August 2013 E. 6.2) kann sich, wenn der strikte Beweis nach der Natur der Sache nicht möglich beziehungsweise nicht zumutbar ist, auch der Versicherer in Bezug auf Tatsachen, für welche ihm die Beweislast obliegt, auf eine Reduktion des Beweismasses auf den Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit berufen.

E. 2

Am 25. November 2015 reichte die Versicherte Klage gegen die Mutuel ein und beantragte, diese sei zu verpflichten, ihr für die Periode vom 1. November 2014 bis 24. März 2015 Krankentaggelder im Betrag von Fr. 30'384.-- zuzüglich Zins zu 5 % seit dem 25. März 2015

oder eventuell für die Periode vom 1. November 2014 bis 31. Januar 2015 Krankentaggelder im Betrag von mindestens Fr. 19'412.-- samt Zins zu 5 % ab 1. Februar 2015 auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Klageantwort vom 17. Februar 2016 schloss die Mutuel auf Abweisung der Klage (Urk. 7). Die Parteien hielten mit Replik vom 25. April

2016 (Urk. 12) beziehungsweise Duplik vom 14. Juni 2016 (Urk. 16) an ihren Rechtsbegehren fest. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Grundlage für den geltend gemachten Taggeldanspruch ist primär der Kollektivversicherungsvertrag zwischen der O. ___ als frühere Arbeitgeberin der Klägerin und der Beklagten. Unstreitig ist die massgebende Versicherungspolice diejenige vom 20. November 2009 (Urk. 8/2). Demzufolge sind die darin genannten Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), Ausgabe 1. Januar 2011, anwendbar (vgl. Urk. 8/2 S. 9). Ausserdem sind die Bestimmungen des VVG massgebend (vgl. Art. 2 Ziff. 3 AVB).

E. 2.2

Gemäss Police vom 20. November 2009 (Urk. 8/2) ist bei einer Krankheit 100 % des Gehalts

versichert, wobei die Leistungen höchstens 730 Tage mit Anrechnung der Wartezeit dauern. Die Wartezeit beträgt 90 Tage (S. 2).

E. 2.3

Gemäss Art. 3 Abs. 1 Satz 1 AVB (Urk. 8/1) gilt als Krankheit jede unbeschriebene Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die medizinisch feststellbar und nicht auf einen Unfall oder dessen Folgen zurückzuführen ist, und ausserdem eine medizinische Untersuchung, Behandlung oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person teilweise oder vollkommen unfähig ist, ihren Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit in ihrem Tätigkeitsbereich auszuüben. Sie muss zudem auf eine Beeinträchtigung einer körperlichen oder geistigen Gesundheit zurückzuführen sein. Bei einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit kann von der versicherten Person auch eine Tätigkeit in einem anderen Beruf oder einem anderen Tätigkeitsbereich verlangt werden (Art. 3 Abs. 5 AVB).

E. 2.4

Laut Art. 12 AVB wird das Taggeld bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % erbracht (Abs. 1). Ist der versicherten Person zuzumuten, dass sie ihre Arbeitsfähigkeit in einem anderen Beruf oder einer angepassten Tätigkeit ausübt, entrichtet der Versicherer das Taggeld vorübergehend während drei bis fünf Monaten, sofern die versicherte Person die notwendigen Schritte unternimmt, wie Arbeitssuche, Eintragung in die Arbeitslosenversicherung, Einreichen eines IV-Gesuchs usw. (Abs. 19).

E. 3.1

Die Klägerin machte geltend (Urk. 1), sie sei seit dem 25. März 2013 arbeitsunfähig, da sie an invalidisierenden linksseitigen Kopfschmerzen und Dauer-schwindel ohne fassbares organisches Korrelat und einem therapieresistenten myofaszialen Schmerzsyndrom im Nacken-/Schultergürtel und Hemikranium links leide (S. 3 Ziff. III. 1). Der von der Beklagten beauftragte psychiatrische Gutachter habe im Gutachten vom 16. August 2014 behauptet, sie sei aus psychiatrischer Sicht ab sofort arbeitsfähig. Es sei indessen unerklärlich, weshalb weder der Gutachter noch die Beklagte selbst gemerkt hätten, dass sie hätte polydisziplinär (sicherlich neurologisch, rheumatologisch und otorhinolaryngologisch) untersucht werden müssen (S. 4 Ziff. III. 2).

Die IV-Stelle habe sie umfassend abklären lassen und deren Gutachter seien am 31. Dezember 2014 zum Schluss gekommen, dass die bisherige Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht höchstens noch mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 70 % ausgeübt werden könne. Der neurologische Teilgutachter habe ausgeführt, dass eine 20%ige Leistungseinschränkung vorliege und der behandelnde Arzt habe im Bericht vom 6. April 2015 festgehalten, dass aufgrund von andauernden, unerwartet auftretenden Ohnmachtsanfällen keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei (S. 4 Ziff. III. 3).

Da ihr weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit zumutbar sei, müsse die Beklagte ab dem 1. November 2014 rückwirkend weiterhin das Taggeld ausrichten. Die übereilige und ohne genügende medizinische Abklärungen erfolgte Einstellung der Taggelder per 31. Oktober 2014 sei keinesfalls rechens (S. 7 Ziff. IV. 4).

Sollte das Gericht wider Erwarten zum Schluss kommen, dass ihr eine angepasste Tätigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 20 % tatsächlich zumutbar gewesen sei, hätte ihr die Beklagte eine Übergangsfrist für den Berufswechsel gewähren und ihr mindestens bis zum 31. Januar 2015 Taggelder ausrichten müssen (S. 7 Ziff. IV. 5).

E. 3.2

Dagegen machte die Beklagte geltend (Urk. 7), zwei Psychiater seien von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen. Der Neurologe sei aufgrund der Migräneproblematik von einer Leistungseinschränkung von 20 % in der angestammten Tätigkeit seit März 2013 ausgegangen. Der Otorhinolaryngologe habe keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit erkennen können, solange keine sturzgefährdende Tätigkeit ausgeführt werde und häufige Kopffrotationen vermieden werden könnten. Die Rheumatologin habe eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert, wobei die Befunde der rheumatologischen Untersuchung lediglich auf den subjektiven Angaben der Klägerin beruht hätten. Überdies sei sie von einem unkorrekten Tätigkeitsprofil ausgegangen. Es müsse somit auf das schlüssige neurologische Gutachten mit der höchsten attestierten Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden (S. 6 unten f.).

Gemäss gesamtmedizinischer Beurteilung sei eine maximale Arbeitsunfähigkeit von 20 % ausgewiesen. Diese Einschränkung bestehe ohne Änderung seit dem 25. März 2013. Da erst ab einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % eine Leistung geschuldet sei, seien die ausbezahlten Leistungen zu Unrecht erbracht worden. Die Beklagte verzichte jedoch auf deren Rückforderung (S. 8).

E. 3.3

Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Klägerin ab 1. November 2014 weiterhin Anspruch auf Krankentaggelder hat.

E. 4.1

Mit Arztbericht vom 9. Mai 2013 (Urk. 8/8) diagnostizierte Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, neuralgiforme Schmerzen links frontal mit sekundär auftretendem Schwindel und orthostatischer Unsicherheit, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden (Ziff. 2.1). Weiter nannte er ein Colon irritabile, das sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (Ziff. 2.2). Es bestehe seit dem 25. März 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 6.1).

Am 10. Juli 2013 (Urk. 8/12) diagnostizierte Dr. Z.____ neuralgiforme Gesichtsschmerzen und starker Schwindel mit Gangunsicherheit (Ziff. 3.1). Als Symptom führte er Kopfschmerzen in der linken Gesichtshälfte, Schmerzen im Nacken links sowie einen schwankenden Gang an (Ziff. 4.2).

E. 4.2

Im Austrittsbericht der A.____ vom 15. Oktober 2013 (Urk. 2/6 = Urk. 8/16) diagnostizierten die Ärzte nach dem stationären Aufenthalt vom 1. bis 28. September 2013 Folgendes (S. 1): - invalidisierende linksseitige Kopfschmerzen und Dauerschmerzen ohne fassbares organisches Korrelat - als somatoformes und vegetativ-autonomes Syndrom mit neuralgiformen Schmerzen links bei Status nach Sinusitis 2002 - Schmerzverarbeitungsstörung - Schädel MRI 04/2013 unauffällig - Status nach Triggerpunkttherapie mit probatorischer infiltratorischer Blockade C2/3 (06/2013) ohne Erfolg - Dauerschwindel mit ausgeprägter Gangstörung vermutlich im Rahmen einer Störung der vestibulospinalen Reflexe - Polyarthralgien (Kiefer-, Hüfte-, Schulter-, Finger-, Knie- und Zehengelenke beidseits) - Verdacht auf Bruxismus - anamnestisch Verdacht auf Trigeminalneuralgie links - anamnestisch rezidivierende Synkopen unklarer Genese - Assessment: - HADS-Test bei Austritt A/D 3/8 von je 21 Punkten

Bei Austritt habe die Klägerin subjektiv über eine Besserung der Intensität der Kopfschmerzen berichtet. Das Schwindelgefühl habe sich nicht verbessert. Die Klägerin habe von der aktiven Physiotherapie, insbesondere der Wassertherapie und der Entspannung, profitiert. In der Selbständigkeit hätten im Laufe des Aufenthalts Fortschritte beobachtet werden können, die Klägerin habe sich bis Ende des Aufenthalts auf Stationsebene bewegen können und sei sogar einmal in Davos spazieren gegangen. Sie habe sich psychophysisch stärken und Kopfschmerzbewältigungsstrategien, welche sie nur teilweise anzuwenden vermochte, erlernen können. Die Selbstsorge, das Abgrenzen sowie der Aktionsradius seien teilweise verbessert (S. 3 oben).

Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Dauer des Aufenthalts sowie für weitere zwei Wochen bis zum 12. Oktober 2013. Je nach Verlauf des noch bestehenden Schwindels sollte im Verlauf mit einer schrittweisen Arbeitsaufnahme begonnen werden (S. 3 Mitte).

E. 4.3

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im psychiatrischen Untersuchungsbericht zu Händen der Beklagten vom 16. August 2014 (Urk. 2/9 = Urk. 8/25) eine Somatisierungsstörung (F45.0), vorwiegend, aber nicht nur im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung. Hinweis für eine affektive Erkrankung mit episodentartigem Verlauf einer Depression beziehungsweise einer bipolaren Störung fanden sich in der Vorgeschichte keine (S. 4 unten).

Der psychopathologische Befund sei zum Zeitpunkt der Untersuchung durch eine ausgeglichene Stimmungslage gekennzeichnet gewesen. Die affektive Auslenkbarkeit sei ebenfalls intakt gewesen. Im Affekt habe sich die Klägerin besorgt über ihren Gesundheitszustand gezeigt. Im Auftreten habe sie sich situationsangemessen und freundlich und im Ton verbindlich verhalten. Sie habe mit fester Stimme gesprochen und sei in der Lage gewesen, Blickkontakt zu halten. Psychomotorisch sei sie ausgeglichen gewesen. Die kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Auffassung, Merkfähigkeit, Erinnerung und Umstellungsfähigkeit im Gespräch seien im Rahmen der klinischen

Prüfung während der Untersuchung intakt gewesen. Ein flüssiger Gesprächsverlauf sei durchgehend möglich gewesen. Die Klägerin sei äusserlich gepflegt erschienen (S. 4 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsunfähigkeit nicht mehr nachvollziehbar, die Klägerin sei aus psychiatrischer Sicht ab sofort wieder arbeitsfähig (S. 5).

E. 4.4

Das von der IV-Stelle eingeholte polydisziplinäre Gutachten des C. ___ vom 31. Dezember 2014 (Urk. 2/10) beruht auf Untersuchungen in den Fachgebieten Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Otorhinolaryngologie und Psychiatrie. Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 58 f.): - Panvertebralsyndrom mit/bei - diskreter Fehlf orm (klinisch relative Abflachung thorakale Kyphose, diskrete thorakal linkskonvexe Skoliose, radiologisch Streckhaltung zervikal, Hyperlordose lumbal) - leichtgradigen Spondylarthrosen HWK/BWK1 beidseits und minimalen degenerativen Veränderungen des atlantodentalen Übergangs - muskulärer Dysbalance - Tendinitis calcarea Supraspinatussehne links - multifaktorieller Kopfschmerz - Spannungskopfschmerz - aufgepfropfte Migräne - atypischer Gesichtsschmerz links mit teilweise neuralgiformer Semio-logie - Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (MÜKS) - cervicogene Kopfschmerzkomponente - funktionelle Beschwerde-Überlagerung - andere somatoforme Störungen (F45.8), sehr wahrscheinlich mit ätiologisch unklarem Schwindelsyndrom - teils mit präsynkopalen und vereinzelt auch synkopalen Zuständen - kein Epilepsie-Nachweis - mit unauffälliger peripherer vestibulärer Funktion - DD zervikogen-propriozeptiv bedingt - am ehesten vegetativ und orthostatisch bedingt - Tinnitus beidseits (ICD-10 H93.1) - aktuell mittelgradig kompensiert

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden aufgeführt (S. 59): - Ansatzentzündung retrotrochantär und wahrscheinliche Bursitis trochantica beidseits - belastungsabhängiger Knieschmerz beidseits mit/bei - Valgus-Fehlstellung, Überstreckbarkeit - beginnender medialer Gonarthrose rechts - beginnende Fingerpolyarthrose und Knotenbildungen in den Beuge-sehnen der Zeige- bis Ringfinger - Cervicobrachialgie links - kein relevantes Cervicalsyndrom - kein radikuläres Reiz- und Ausfallssyndrom - Schwierigkeiten in der Berufsausbildung (die Versicherte habe keine Lehre absolviert)

In der zusammenfassenden Beurteilung wurde festgehalten, gesamtmedizinisch sei festzuhalten, dass der Klägerin keine schweren körperlichen Tätigkeiten mehr zumutbar seien. Seitens der Schwindelsymptomatik im Sinne einer Gangunsicherheit bei zwar unauffälliger peripherer vestibulärer Funktion, aber differenzialdiagnostisch möglicher zervikogen-propriozeptiv bedingter Ursache ergäben sich aber trotzdem zusätzliche qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, so dass sturzgefährdende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit häufigen Kopfrotationen von der Klägerin gemieden werden sollten. Weiterhin möglich seien leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeiten, im Rahmen welcher ein dauerndes oder wiederholtes Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen oder Arbeiten in der Höhe nicht notwendig seien. Bei solchen Tätigkeiten müssten die obigen qualitativen Einschränkungen ebenfalls berücksichtigt werden. In einer solchen adaptierten Tätigkeit bestehe auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen eine Einschränkung von 20 %. Leider sei es aufgrund der spärlichen und bezüglich des Bewegungsapparates nur wenig

aussagekräftigen Vorakten nicht möglich, retrospektive zur Arbeitsfähigkeit der Klägerin Stellung zu nehmen. Die Beurteilung gelte ab der Begutachtung und sei durch alle involvierten Ärzte gemeinsam erfolgt (S. 63).

E. 4.5

Dr. med. Z. ___ (vgl. E. 4.1) wiederholte im Bericht vom 6. April 2015 (Urk. 2/11) im Wesentlichen die von den Ärzten der A. ___ gestellten Diagnosen (vgl. E. 4.2) und führte aus, die Klägerin sei zurzeit nicht arbeitsfähig. Es komme immer wieder zu Ohnmachtsanfällen, die unerwartet auftraten. Diese Anfälle verunmöglichten bereits die Bewältigung des Arbeitswegs. Bei Arztbesuchen werde sie jeweils von Familienangehörigen gefahren. Zu Hause könne die Klägerin einfache Haushaltsarbeiten meist sitzend erledigen.

E. 5.1

Die Beklagte stellte ihre Leistungen gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. B. ___ (E. 4.3), worin dieser eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht als nicht mehr nachvollziehbar erachtete. Zum Zeitpunkt der Auftragsvergabe an Dr. B. ___ lagen der Beklagten Arztberichte des Hausarztes (E. 4.1) sowie der Austrittsbericht der Ärzte der A. ___ vom 15. Oktober 2013 (E. 4.2) vor. Hieraus war ersichtlich, dass die von der Klägerin geklagten Beschwerden spezialärztlich (neurologisch und otorhinolaryngologisch) abgeklärt wurden, ohne dass ein organisch fassbares organisches Korrelat hatte gefunden werden können. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Klägerin auf eigene somatische Untersuchungen verzichtete und die Beklagte nur noch psychiatrisch untersuchen liess.

E. 5.2

Das psychiatrische Gutachten von Dr. B. ___ (E. 4.3) fusst auf sorgfältigen umfassenden Abklärungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und begründet die Einschätzung des Gutachters in nachvollziehbarer Weise sowie in der Auseinandersetzung mit den Vorakten. Der Gutachter legt die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation nachvollziehbar dar. Bezüglich Diagnostik und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit decken sich seine Feststellungen mit denjenigen des psychiatrischen Teilgutachters der C. ___, welcher - wie Dr. B. ___ - keine psychiatrische Erkrankung im versicherungsmedizinischen Sinne feststellen konnte und der Klägerin eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestierte.

E. 5.3

Insoweit die Klägerin geltend machte, aus dem Gutachten der C. ___ (E. 4.4) gehe hervor, dass sie aus rheumatologischer Sicht die bisherige Tätigkeit höchstens noch mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 70 % ausüben könne, kann dem nicht gefolgt werden. Die rheumatologische Expertin hielt im Gutachten fest, dass ein mehrheitlich muskulo-tendinöses bedingtes Schmerzsyndrom vorliege bei wenigen, nicht ausgeprägten degenerativen Veränderungen, welches sich hauptsächlich im Bereich des Achsenskeletts, des linken Schultergürtels und Beckengürtels manifestiere, und hielt fest, dass der Klägerin aufgrund der langjährigen Schmerzsymptomatik körperlich schwere Arbeiten nicht mehr zumutbar seien. Eine angepasste, leichte bis intermittierend mittel schwere, wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeit, ohne dauerndes oder wiederholte Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen oder Arbeiten in der Höhe, könne der Klägerin vollschichtig zugemutet werden (Urk. 2/10 S. 25).

Es trifft zwar zu, dass die Expertin die letzte Arbeitsstelle der Klägerin als nicht optimal angepasst erachtete, weshalb sie von einer Einschränkung in der Leistungsfähigkeit von etwa 70 % ausging. Allerdings stützte sie sich bezüglich Ausgestaltung der letzten Arbeitsstelle allein auf die Aussagen der Klägerin anlässlich der rheumatologischen Untersuchung, wonach diese angegeben haben soll, ihre Tätigkeit vor allem im Sitzen ausgeübt zu haben (S. 26). Dass die Klägerin ihre Tätigkeit vorwiegend im Sitzen ausgeübt hatte, mag wohl zu treffen sein, allerdings ist aufgrund des Stellenbeschreibs der ehemaligen Arbeitgeberin, bei welcher die Klägerin im Backoffice der Acquisition tätig war, davon auszugehen, dass diese ihre Tätigkeiten nicht zwingend nur sitzend ausüben konnte, denn administrative Tätigkeiten können durchaus auch wechselbelastend ausgeübt werden.

Somit ist davon auszugehen, dass die Klägerin in rheumatologischer Hinsicht in der bisherigen Tätigkeit bei einer geeigneten Arbeitsorganisation keine Leistungseinbuße zu verzeichnen hat. Anzuführen bleibt ausserdem, dass der Klägerin ursprünglich auch nicht aufgrund von Rückenbeschwerden, sondern aufgrund von neuraliformen Schmerzen links frontal mit sekundär auftretendem Schwindel und orthostatischer Unsicherheit eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (vgl. oben E. 4.1).

E. 5.4

Der neurologische Gutachter des C.____ hielt in seiner Beurteilung zusammenfassend fest, dass sich unter Berücksichtigung der gesamten Datenlage eine organisch-neurologische Ursache der Schwindelbeschwerden und der Cervicobrachialgie links nicht objektivieren lasse. Es müsse von einer wesentlichen funktionellen Beschwerdegrundlage ausgegangen werden. Neurologisch könne die in validisierende Beschwerdeauswirkung seit März 2013 nicht mit organischen Faktoren begründet werden (Urk. 2/10 S. 36 Mitte).

Wenn der Neurologe der Klägerin infolge der Kopfschmerzproblematik, insbesondere des Migräneanteils, trotz fehlender objektivierbarer Ursache eine 20%ige Leistungseinbuße attestierte, führte er diese folglich allein auf die subjektiv empfundenen Beschwerden der Klägerin zurück. Damit vermag aber seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit die Beweistauglichkeit des Gutachtens von Dr. B.____ nicht zu entkräften.

Da im Übrigen Taggelder erst ab einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % ausgerichtet werden (vgl. E. 2.4), kann die Klägerin aus der vom Neurologen attestierten Leistungseinbuße von 20 % ohnehin nichts zu ihren Gunsten ableiten.

E. 6

Da die Klägerin spätestens seit August 2014 in ihrer angestammten Tätigkeit wieder vollständig arbeitsfähig ist, war die Beklagte nicht verpflichtet, ihr vor der Taggeldeinstellung per Ende Oktober 2014 eine Übergangsfrist für einen Berufswechsel zuzugestehen. Anzumerken bleibt, dass eine Übergangsfrist ohnehin nur zu gewähren ist, sofern sich die versicherte Person um eine andere beziehungsweise angepasste Tätigkeit bemüht. Solche Bemühungen machte die Klägerin weder geltend, noch sind solche aus den Akten ersichtlich.

E. 7

Zusammenfassend ist aufgrund der medizinischen Aktenlage davon auszugehen, dass bei der Klägerin spätestens seit der Begutachtung durch Dr. B.____ keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorgelegen hat. Demzufolge ist die Einstellung der Leistungen durch die Klägerin per

31. Oktober 2014 nicht zu beanstanden und die Klage abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Klage wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas - Mutuel Assurances SA - Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Tiefenbacher

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