

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2017.00032 vom 24. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2017.00032

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2017.00032 du 24 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2017.00032 del 24 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

Der 1969 geborene X.____ arbeitete ab dem 1. März 2011 mit einem Beschäftigungsgrad von 100 % als Lagerist für die Firma A.____ AG (Urk. 8/3) und war über diese im Rahmen einer kollektiven Krankentaggeldversicherung nach VVG (Vertrags- Nr. 60051298) bei der Helsana Zusatzversicherung AG für ein Taggeld von 80 % des versicherten Lohns gegen Krankheit versichert, und zwar für eine Leistungsdauer von 730 Tagen nach einer Wartefrist von 30 Tagen (Urk. 8/

E. 1.1

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

E. 1.3

Die für das Sozialversicherungsgericht verbindliche Regelung der örtlichen Zuständigkeit im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung findet sich in 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). Kläger und Beklagte haben ihren Wohnsitz beziehungsweise Sitz im Kanton Zürich; damit ist auch die örtliche Zuständigkeit des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich gegeben.

E. 1.4

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. 1.5

Nach Art. 247 Abs.

E. 1.6

Nach Art. 8 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 bzw. rechtsvernichtenden oder rechtshindernden 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. Ist eine Krankentaggeldversicherung als Schadenversicherung ausgestaltet, setzt der Eintritt des Versicherungsfalls einen Schaden - namentlich einen Erwerbsausfall - voraus. Dabei gilt das herabgesetzte Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dem Versicherer steht gemäss Art. 8 ZGB das Recht auf Gegenbeweis zu. Für das Gelingen des Gegenbeweises ist nur erforderlich, dass der Hauptbeweis erschüttert wird (Urteil des Bundesgerichts 4A_592/2015 vom 18. März 2016, E. 3 mit Hinweisen).

E. 1.7

Im Rahmen eines Gutachtens hat die sachverständige Person aufgrund ihres Fachwissens über allgemein und jederzeit zugängliche Erfahrungstatsachen Auskunft zu geben. Der Gutachter ist im Gegensatz zum (allenfalls sachverständigen) Zeugen, der über eigene Wahrnehmungen aussagt, ersetzbar, weshalb er vom Gericht bestimmt wird. Von den Parteien in Auftrag gegebene Stellungnahmen sind, soweit sie über allgemein und jederzeit zugängliche Erfahrungstatsachen Auskunft geben, über die eine beliebige sachverständige Person Auskunft geben könnte, nach dem Willen des Gesetzgebers für sich allein nicht zum Beweis geeignet und fallen insoweit auch nicht unter den Begriff der Urkunde (BGE 141 III 433 E. 2.5.3 und E. 2.6). Von der Versicherung veranlasste Aktengutachten sind Musterbeispiel derartiger Parteigutachten. Denn die Akten können zur Beantwortung allfälliger Fachfragen jeder beliebigen sachverständigen Person unterbreitet werden (Urteil des Bundesgerichts 4A_85/2017 vom 4. September 2017, E. 2.2.1).

Allerdings ist zu beachten, dass nur Tatsachenbehauptungen bewiesen werden müssen, die ausdrücklich bestritten sind. Parteibehauptungen, denen ein Privatgutachten zugrunde liegt, werden meist besonders substantiiert sein. Entsprechend genügt eine pauschale Bestreitung nicht; die Gegenpartei ist vielmehr gehalten zu substantiieren, welche einzelnen Tatsachen sie konkret bestreitet. Wird eine Tatsachenbehauptung von der Gegenpartei substantiiert bestritten, so vermögen Parteigutachten allein diese grundsätzlich nicht zu beweisen. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass sie allenfalls als Parteibehauptungen zusammen mit - durch Beweismittel nachgewiesenen - Indizien den Beweis erbringen (BGE 141 III 433 E. 2.6).

E. 1.8

Das Recht auf Beweis wird durch die Nichtabnahme von beantragten Beweismitteln nicht verletzt, wenn das Gericht - ohne dabei in Willkür verfallen zu sein - bei pflichtgemässer antizipierter Beweismittelwürdigung zur Überzeugung gelangt, die Beweismittel vermögen keine Klärung herbeizuführen, seien zur Erbringung des Beweises untauglich oder könnten die bereits gebildete Überzeugung so oder so nicht mehr umstossen (Urteile des Bundesgerichts 4A_571/2016 vom 23. März 2017, E. 4.1, 4A_626/2015 vom 24. Mai 2016, E. 2.4, sowie 4A_491/2014 vom 30. März 2015, E. 2.5 mit Hinweisen).

E. 2

Es steht fest und ist unbestritten, dass der Kläger über die von seiner ehemaligen Arbeitgeberin mit der Beklagten abgeschlossene kollektive Krankentaggeldversicherung (Vertrags-Nr. 60051298) für ein Taggeld von 80 % seines

Jahreslohns von Fr. 63'180.-- gegen Krankheit versichert war, und zwar für eine Leistungsdauer von 730 Tagen mit einer Wartefrist von 30 Tagen (Urk. 8/1-2; vgl. auch Urk.

E. 7

S. 2 und 8, Urk. 8/1 S. 2, Urk. 8/2 S. 3), ist Arbeitsunfähig die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Das Taggeld wird bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet (Art. 12.1 AVB).

Die Berechnung der Taggeldhöhe erfolgt mittels Umrechnung des versicherten Lohnes auf ein volles Jahr und Teilung der versicherten Jahreslohnsomme durch die Zahl 365 bzw. 366 in Schaltjahren (Art. 21 AVB). 3.

3.1

Der Kläger macht geltend, bei ihm bestehe seit Mai 2016 anhaltend eine mittelgradige beziehungsweise schwere Depression. Er sei daher zu 100 % arbeitsunfähig (Urk.

E. 12

S. 2 ff. und 12). 3.2

Die Beklagte stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, in den Akten fehle ein ärztlicher Bericht, der geeignet sei, eine Arbeitsunfähigkeit des Klägers hinreichend zu begründen. Die Hausärztin Dr. B. ___ habe in ihrem Bericht nicht begründet, inwiefern die erhobenen Befunde den Kläger daran hindern würden, die bisherige Arbeit auszuüben. Dr. C. ___ habe sodann keine mittelschwere Depression, sondern lediglich eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) diagnostiziert bei Verdacht auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit dissozialen, paranoiden und narzisstischen Zügen. Dr. E. ___ seinerseits begründe in seinen Berichten nicht, weshalb der Kläger zu 100 % arbeitsunfähig sein solle; auch habe er keinen Therapievoranschlag unterbreitet, um der von ihm befürchteten Chronifizierung entgegenzuwirken. In seinem Zeugnis vom 16. September 2017 habe er lediglich notiert, der Kläger sei «seiner Ansicht nach» zu 100 % arbeitsunfähig. Mit einer solchen subjektiven Auffassung ohne Begründung gelinge der Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit nicht (Urk. 19 S. 3).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen der behandelnden Ärzte müsse auch die Erfahrungstatsache berücksichtigt werden, dass behandelnde Ärzte

aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zu ihren Patienten eher zu deren Gunsten aussagen würden, weshalb ihre Berichte mit Vorbehalt zu würdigen seien. Im Streitfall komme eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte kaum je in Frage. Dr. G. ___ habe in seinem Gutachten vom 22. Februar 2016 aufgezeigt, dass der klinische Befund einer Anpassungsstörung mit leichter depressiver Symptomatik im Sinne einer Verbitterungsstörung entspreche. Sodann habe er

schlüssig dargelegt, dass Verbitterungsstörungen typischerweise durch negative Lebensereignisse wie Kündigung, berufliche Herabwürdigung und Mobbing ausgelöst werden, woraufhin sich die Betroffenen oft ungerecht behandelt fühlen und mit Verbitterung, emotionaler Erregung und Aggressivität reagieren. Der Kläger habe ihm denn auch angegeben, in den letzten sechs Monaten seiner Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber gemobbt worden zu sein und weiterhin viel an die Mobbing-Situation zu denken. Laut dem Gutachter führe weder die Anpassungsstörung noch die von ihm ebenfalls diagnostizierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und dissozialen Zügen zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Entgegen der Ansicht des Klägers sei das Gutachten beweisrechtlich verwertbar. Nachvollziehbar sei auch die Empfehlung des Gutachters, wie der eine Arbeit aufzunehmen, da dies einer die Verbitterung fördernden Verharrenshaltung entgegenwirke. Der Kläger sei sodann beide Male freiwillig in die Klinik

D. ___ eingetreten. Dem Austrittsbericht der Klinik

D. ___ vom 21. September 2016 sei zu entnehmen, dass die Schlafstörung und der Antriebsmangel während der Hospitalisation zurückgegangen seien und die Niedergeschlagenheit persistiert habe, aber in keinem klinischen Ausmass. Eine Arbeitsunfähigkeit sei seitens dieser Klinik nicht attestiert worden.

Bereits von Beginn an sei lediglich eine Arbeitsunfähigkeit beim bisherigen Arbeitgeber als Folge der dortigen Mobbing-Situation ausgewiesen. Der Kläger trage die Beweislast dafür, dass eine

über den 30. April 2016 hinaus andauernde Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % in derselben Tätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber bestanden habe; da dieser Beweis nicht erbracht worden sei, seien die Taggelder zu Recht per 30. April 2016 eingestellt worden (Urk. 7, Urk. 19 S. 2).

3.3.1

Folgende bei den Akten liegenden ärztlichen Stellungnahmen enthalten Äusserungen zum Gesundheitszustand respektive zur Arbeitsfähigkeit des Klägers: 3.2

Die den Kläger laut Angabe in der Krankmeldung (Urk. 2/2) ab 18. Juni 2015 behandelnde Hausärztin Dr. B. ___ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 24. Juni 2015 eine depressive Störung mittleren Grades. Als Befunde nannte sie Impulsivität, eine depressive Stimmung sowie eine Schlafstörung. Der Kläger habe auch über Lustlosigkeit geklagt. Wegen mangelnder Belastbarkeit sei er vom 18. bis 28. Juni 2015 in der angestammten Tätigkeit als Lagerist zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/3). 3.3

Im Auftrag der Beklagten erstellte der Psychiater Dr. C. ___ gestützt auf seine Untersuchung des Klägers am 4. August 2015 sowie den Bericht von Dr. B. ___ vom 24. Juni 2015 ein Low-level - Assessment über den Kläger. Dem Bericht von Dr. C. ___ ist zu entnehmen, dass der Kläger dem Psychiater angab, seit sechs Monaten am Arbeitsplatz von drei Mitarbeitern gemobbt worden zu sein. Nachdem er von einem der Mitarbeiter, der nur telefoniert und Pausen gemacht habe, Videoaufnahmen angefertigt und diese dem Chef gezeigt habe, sei er per 23. April 2015 freigestellt worden mit einer Kündigungsfrist von zwei Monaten. Seit einer Woche sei er in der Klinik

D.____ hospitalisiert. Dr. C.____ diagnostizierte eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) bei Verdacht auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit dissozialen, paranoiden und narzisstischen Zügen (ICD-10: Z73.1). In seiner Beurteilung hielt er fest, der Kläger habe vor dem Hintergrund einer Konfliktsituation am Arbeitsplatz eine Anpassungsstörung entwickelt, wobei derzeit keine typisch depressiven Symptome wie Niedergeschlagenheit, psychomotorische Hemmung, Herabsetzung des Selbstwertgefühls sowie Anhedonie vorhanden seien. Vielmehr habe sich der Kläger mit einer Antriebssteigerung und einer gereizten Dysphorie präsentiert und habe offen von gewalttätigen Auseinandersetzungen in den letzten Wochen und Monaten sowie von autoaggressiven Gedanken berichtet. Ferner habe er relevante Störungen in der sozialen Kommunikation gezeigt und sich mit leichtgradigen kognitiven Defiziten präsentiert. Seine erhebliche Selbstzentriertheit, sein arrogantes, hochnäsiges Auftreten sowie die grundsätzlich berichtete Neigung, wenig auf existierende Normen und Regeln zu achten, sondern die Gerechtigkeit durch Selbstjustiz herstellen zu wollen, könnten im Sinne eines Persönlichkeitsstils mit narzisstischen und dissozialen, möglicherweise auch paranoiden Zügen interpretiert werden. In diese Richtung wiesen auch das Verhalten des Klägers im Untersuchungsgespräch sowie die fremdanamnestischen Angaben durch den beigezogenen türkischsprachigen Dolmetscher hin. Momentan sei der Kläger in keiner beruflichen Tätigkeit arbeitsfähig. Die aktuelle stationäre Behandlung folge den anerkannten Therapiegrundsätzen, wobei fraglich erscheine, ob der Kläger angesichts des nur teilweise vorhandenen Zielsyndroms von der antidepressiven Erkrankung in relevantem Ausmass profitieren könne (Urk. 2/5). 3.4

Nachdem sich der Kläger notfallmässig beim Psychiatricentrum J.____ vor gestellt hatte, weil der behandelnde Psychiater Dr. E.____ ferienabwesend war, trat er auf Zuweisung der ihn dort behandelnden Ärztin am 28. Juli 2015 in die Klinik

D.____ ein und hielt sich dort bis zum 1. September 2015 auf. In den Berichten vom 24. September und 23. November 2015 über den stationären Therapieaufenthalt diagnostizierten die Ärzte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) und bescheinigten dem Kläger eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 28. Juli bis 6. September 2015 mit dem Hinweis, die Arbeitsfähigkeit nach diesem Zeitraum müsse vom nachbehandelnden Psychiater Dr. E.____ beurteilt werden. Den Berichten der Klinik

D.____ ist weiter zu entnehmen, dass der Kläger den Ärzten gegenüber berichtet habe, seit rund 10 Monaten zunehmend unter einer depressiven Symptomatik zu leiden.

Belastungsfaktoren seien die seit mehreren Jahren bestehende psychische Krankheit seiner Ehefrau, die bei ihm zu Überlastungsempfinden geführt habe, die Absagen auf Bewerbungen, die er seit dem Verlust seiner letzten Arbeitsstelle erhalten habe sowie finanzielle Probleme. Laut Angaben des Klägers bestehe seit mehreren Jahren ein sozialer Rückzug; seine Familie sei sozial weitgehend isoliert. Zu Hause herrsche ein Chaos, er habe keine Kraft mehr für den Haushalt. Deshalb leide er unter Hoffnungslosigkeit mit lebensmüden Gedanken. Den Berichten der Klinik

D.____ ist weiter zu entnehmen, dass der Kläger vor fünf bis sechs Jahren wegen einer wenige Wochen anhaltenden depressiven Episode psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt wurde. Anamnese und aktuelle Befunde sprachen aus Sicht der Ärzte für eine depressive Episode mittelgradiger Ausprägung im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung; erfüllt seien die Kriterien einer niedergeschlagenen Stimmung seit über zwei Wochen, des Verlusts von Freude, eines verminderten Antriebs, von Klagen

über ein vermindertes Konzentrationsvermögen, einer psychomotorischen Hemmung, von Appetitverlust sowie Schlafstörungen. Trotz der Behandlung mit verschiedenen therapeutischen Ansätzen und der Unterstützung durch die hausinterne Sozialarbeitin habe die psychopathologische Symptomatik weitgehend fortbestanden, so dass er in stabilisiertem, aber nur teilremittiertem Zustand entlassen worden sei (Urk. 2/6/1). 3.5

Laut dem Verlaufsbericht vom 24. Dezember 2015 von Dr. E.____, welcher den Kläger seit dem 26. Juni 2015 in seiner Muttersprache Türkisch psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelte, wirkte der Kläger etwas verwahrlost; er sei jeweils psychomotorisch in sich gesunken gewesen, habe den Blickkontakt vermieden und mit leiser Stimme gesprochen, wobei das Denken inhaltlich depressiv und ängstlich gewirkt habe. Weiter hätten eine Antriebshemmung, Grübeln, Traurigkeit, Freud- und Lustlosigkeit beobachtet werden können. Zudem habe er über Schlafstörungen und vereinzelte Suizidideen berichtet. Dr. E.____

diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11). In seiner abschliessenden Beurteilung hielt er fest, der Kläger lebe in einer schwierigen psychosozialen Situation, da die Ehefrau seit Jahren depressiv sei und der Sohn ohne Lehre und Zukunftsaussichten. Zudem bestünden in der Familie finanzielle Schwierigkeiten. Zur Zeit sei er zu 100% arbeitsunfähig, die Prognose sei noch offen (Urk. 2/6/3). 3.7

Das psychiatrische Gutachten von Dr. G.____ und Dr. H.____ vom 22. Februar 2016 erging gestützt auf das von der Beklagten zur Verfügung gestellte Aktenossier, insbesondere den Low-level-Assessment-Bericht von Dr. C.____ vom 5. August 2015, den Bericht der Ärzte der Klinik

Dr.____ vom 23. November 2015 und den Befundbericht von Dr. E.____ vom 24. Dezember 2015, und die mit einem Dolmetscher erfolgte psychiatrische Exploration des Klägers durch Dr. H.____ am 2. Februar 2016 (Urk. 2/7/1 S. 1 und 5 ff.). In der Expertise wird angegeben, der Kläger habe während der psychiatrischen Exploration Augenkontakt gehalten und insgesamt psychisch nicht namhaft beeinträchtigt gewirkt. Das Denken sei auf eine vermeintlich ungerechtfertigte Behandlung durch Arbeitskollegen und den Arbeitgeber eingeengt gewesen. Mit Ausnahme von finanziellen Sorgen und Zukunftssorgen habe er keine Ängste geäussert. Anhaltspunkte für Suizidgedanken oder Pläne hätten gefehlt (Urk. 2/7/1 S. 7 ff.). Die Gutachter diagnostizierten eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und dissozialen Zügen (ICD-10: F60.9).

In ihrer abschliessenden Beurteilung hielten sie fest, der Kläger habe vorwiegend depressive Verstimmungen, Antriebs- und Motivationsprobleme, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Aggressionen, Reizbarkeit und Zukunftsängste geschildert. Die Beschwerden hätten sich in Zusammenhang mit einer als Mobbing wahrgenommenen beruflichen Auseinandersetzung im vergangenen Jahr entwickelt. Die AMDP-konform erhobenen Untersuchungsbefunde ergäben das Bild eines dysphorischen Versicherten, der ohne Hinweise für mnestiche oder konzentrationale Einschränkungen über seinen Werdegang und seine Beschwerden berichtet habe. Die Stimmung sei dabei gereizt, vorwurfsvoll, aggressiv gewesen und geprägt von inadäquaten Grössenphantasien, einer erhöhten Kränkbarkeit und Schuldzuweisungen gegenüber anderen ohne die Bereitschaft, allfällige eigene Beiträge zu

Konfliktsituationen zu erkennen . Klinische Zeichen einer Depressivität wie psychomotorische Hemmung, Antriebsstörung oder Niedergeschlagenheit hätten gefehlt. Die von den behandelnden Ärzten gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode könne vor diesem Hintergrund nicht bestätigt werden. Das klinische Bild entspreche einer Anpassungsstörung mit leichter depressiver Symptomatik im Sinne einer Verbitterungsstörung. Solche Störungen würden typischerweise durch negative Lebensereignisse wie Kündigung, berufliche Herabwürdigung und Mobbing ausgelöst, woraufhin sich die Betroffenen oft ungerecht behandelt fühlten und mit Verbitterung, emotionaler Erregung und Aggressivität reagierten. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei hierbei nicht beeinträchtigt, und diese Personen zeigten meist einen normalen Affekt bei Ablenkung. Die im psychopathologischen Befund aufscheinenden prämorbid-narzisstischen und dissozialen Persönlichkeitszüge könnten als prädisponierende Faktoren für die Entwicklung der Verbitterungsstörung angesehen werden. Weder die Anpassungsstörung noch die definitionsgemäss seit dem jungen Erwachsenenalter bestehende Persönlichkeitsstörung hätten jedoch eine Minderung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerist wie auch in jeder anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts zur Folge; der Kläger könne sein Verhalten nämlich durchaus kontrollieren. Zudem könne dieses Leiden therapiert werden. Ab sofort sei er zu 100 % arbeitsfähig. Aus therapeutischer Sicht sei die Wiederaufnahme einer Arbeit zu empfehlen, da dies einer die Verbitterung fördernden Verharrenshaltung entgegenwirke (Urk. 2/7/1 S. 9 ff.).

Gestützt auf das F.____-Gutachten gelangte der Vertrauensarzt der Helsana Dr. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in seiner Beurteilung vom 3. März 2016 zur Schlussfolgerung, dass der Kläger ab sofort wegen einer gesundheitlichen Besserung zu 100 % arbeitsfähig sei in sämtlichen Tätigkeiten (Urk. 8/5; vgl. auch Urk. 8/6). 3.8

Im Verlaufsbericht vom 26. März 2016 wiederholte Dr. E.____

die in seinem Vorbericht gestellten Diagnosen und Befunde im Wesentlichen (vgl. Urk. 2/6/3). Neu erwähnte er bei den Befunden angestaute innere Wut, einen verkehrten Tag-Nacht-Rhythmus und eine bereits etablierte depressive Weltsicht. Weiter führte er aus, der Kläger sei seiner Ansicht nach von den Gutachtern nicht korrekt erfasst worden. Zwar habe er auf die Frage des Gutachters, ob er arbeiten würde, wenn er eine Arbeit fände, mit «Ja» geantwortet; aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sei er zur Zeit aber zu 100 % arbeitsunfähig und keinesfalls in der Lage, eine Stelle anzutreten (Urk. 2/7/2). 3.9

Vom 15. August bis 7. September 2016 hielt sich der Kläger zum zweiten Mal in der Klinik

D.____ stationär auf. Dem Austrittsbericht vom 21. September 2016 ist zu entnehmen, dass er freiwillig eintrat und den Ärzten angab, mit Ausnahme der ein- bis zweimal pro Monat stattfindenden Gespräche bei Dr. E.____ über keine Tagesstruktur zu verfügen. Hauptbelastungsfaktoren seien die schwierige finanzielle Situation, der immer stärkere Rückzug, die Einschlafstörung und die Antriebsminderung. Seit Beendigung der Arbeit als Lagerist vor mehr als einem Jahr sei er ohne Arbeit. Der Lebensunterhalt werde von der IV-Rente der psychisch erkrankten Ehefrau finanziert. Er sei beim RAV angemeldet und gebe dort regelmässig Krankmeldungen ab. Durch diverse Situationen im Alltag, beispielsweise im Strassenverkehr, reagiere er mit starken Aggressionen, wobei es seit rund einem Jahr zu keinen Handgreiflichkeiten mehr gekommen sei. Es komme zu lebensmüden

Gedanken, sich mit der eigenen legalen Schusswaffe das Leben zu nehmen . Als psychopathologische Befunde nach AMDP bei Eintritt in die Klinik erwähnen die Ärzte eine Konzentrationsminderung, einen niedergeschlagenen Affekt und eine reduzierte Schwingungsfähigkeit. Antrieb und Psychomotorik seien gemindert gewesen , der Kläger habe erschöpft gewirkt. Auf Alltagssituationen habe er angespannt und aggressiv reagiert , ferner habe eine Einschlafstörung bestanden. Zuletzt habe er vor zwei Wochen lebensmüde Gedanken gehabt, wobei keine akute Suizidalität bestehe. Diagnostisch gingen die Psychiater der Klinik

D.____ von einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode (ICD-10: F.33.1) aus. Zum Therapieverlauf hielten sie fest, im Vordergrund der Symptomatik hätten Interessenverlust, Niedergestimmtheit sowie die Einschlafstörung gestanden. Die Depression sei von einer psychophysischen Angespanntheit und Dünnhäutigkeit begleitet worden. Nach Ergänzung der vorbestehenden Medikation seien die Schlafstörung und der Antriebsmangel zurückgegangen. Weitere Symptome wie Niedergeschlagenheit hätten fortbestanden, jedoch nicht in einem klinischen Ausmass (Urk. 2/9/1). 3.10

In einem weiteren Verlaufsbericht vom 28. Januar 2017 diagnostizierte Dr. E.____ neu eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.2) in sehr schwieriger psychosozialer Situation . Er hielt fest, der zweite stationäre Aufenthalt in der Klinik

D.____ habe leider auch keine Verbesserung des Gesundheitszustandes gebracht. Bei den geklagten Beschwerden erwähnte Dr. E.____ die gleichen Symptome wie in den Vorberichten. Auch der in diesem Verlaufsbericht festgehaltene Psychostatus entspricht im Wesentlichen demjenigen im Vorbericht. Zusätzlich legte Dr. E.____

dar, der Kläger sei etwas misstrauisch, wodurch er von seiner Umgebung, etwa dem Pflegepersonal der Tagesklinik, als etwas bedrohlich wahrgenommen werde. Deshalb sei er zu früh aus der Behandlung entlassen worden. Er sei nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig. Der Krankheitsverlauf tendiere stark dazu, sich zu chronifizieren (Urk. 2/9).

Dem letzten Verlaufsbericht von Dr. E.____ vom 16. September 2017 ist als Diagnose neu eine rezidivierende depressive Störung, schwankend zwischen mittelgradigen und schweren Episoden , gegenwärtig schwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.2) in sehr schwieriger psychosozialer Situation , zu entnehmen. Bei den subjektiv geklagten Beschwerden werden die gleichen Symptome wie in den Vorberichten aufgeführt, ebenso beim Psychostatus. Abschliessend führte Dr. E.____ aus, der Kläger sei schwer depressiv und könne trotz aller Bemühungen keine Tagesstruktur aufrecht erhalten . Seiner Ansicht nach sei er aufgrund der psychischen Probleme zu 100 % arbeitsunfähig. Der Krankheitsverlauf habe sich mittlerweile chronifiziert , die Prognose sei nicht gut (Urk. 16). 4. 4.1

Strittig und zu prüfen ist in erster Linie , ob der Kläger ab der Einstellung der Taggelderleistungen

am 1. Mai 2016 bis zum 15. Juni 2017 effektiv zu 100% arbeitsunfähig war. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Beklagte ab 1. Mai 2016 eine Zustandsverbesserung zu beweisen hat, sondern der Kläger mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit den Nachweis zu erbringen

hat, dass die Arbeitsunfähigkeit von 100 % weiter angedauert hat. Für eine Klageabweisung genügt es, dass Zweifel am Fortbestand einer Arbeitsunfähigkeit aufkommen, so dass diese nicht als überwiegend wahrscheinlich erscheint. Derartige Zweifel können auch allein durch Parteivorbringen beziehungsweise Privatgutachten ausgelöst werden (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 4A_85/2017 vom 4. September 2017, E. 2.3 mit Hinweis sowie 4A_445/2016 vom 16. Februar 2017, E. 4.2.1) . 4.2

In der Zeit vor dem 1. Mai 2016 (und ab Mitte Juni 2015) wurde dem Kläger in den Berichten der Hausärztin Dr. B.____ vom 26. Juni 2015 (Urk. 2/3), des von der Helsana beauftragten Arztes Dr. C.____ vom 5. August 2015 (Urk. 2/5), der den Kläger stationär behandelnden Ärzte der Klinik

D.____ AG vom 24. September sowie vom 23. November 2015 (Urk. 2/6/1-2) und des behandelnden Psychiaters

Dr. E.____ vom 24. Dezember 2015 (Urk. 2/6/3) wegen einer mittelgradigen depressiven Störung beziehungsweise – im Fall von Dr. C.____ – einer Anpassungsstörung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche beruflichen Tätigkeiten bescheinigt. 4.3

Die Beklagte be ruft sich zur Begründung ihres Standpunktes im Wesentlichen auf das F.____-Gutachten von Dr. G.____ und Dr. H.____ vom 22. Februar 2016 , in welchem erstmals seit Beginn der Erkrankung im Juni 2015 keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert wurde . Der Kläger macht zu Recht geltend, dass es sich bei dieser Stellungnahme um ein von der Beklagten eingeholtes Parteigutachten handelt, welche m grundsätzlich keine Beweisqualität zukommt, sondern bloss der Charakter substantiierten Parteivorbringen (vorstehend E. 1.7). Aus diesem Grund geht aber sein Vorwurf, er habe im Vorfeld der Begutachtung weder zur Person der Gutachter noch zu den Fragen Stellung nehmen können, an der Sache vorbei . Ferner finden die vom Kläger angeführten

Verfahrensgrundsätze bei der Einholung eines Gutachtens durch einen Sozialversicherer auf den Bereich der privaten Krankentaggeldversicherung keine Anwendung (Urteil des Bundesgerichts 8C_15/2015 vom 31. März 2015, E. 6.4).

Soweit der Kläger geltend macht, die F.____-Gutachter hätten ihn lediglich während 30 Minuten untersucht, ist ihm entgegen zuhalten, dass eine derartige

Untersuchungsdauer zwar eher kurz ist, eine hinreichende Erfassung des psychischen Gesundheitszustands einer Person im Grundsatz aber noch nicht verunmöglicht.

Immerhin werden in der Parteipexpertise Untersuchungsbefunde erwähnt , welche von den zuvor berichtenden Ärzten noch nicht festge stellt

wurden und vom Klä ger aktuell auch nicht substantiiert bestritten werden: Im Gegensatz zur Beobach tung von Dr. E.____ , dem gegenüber der Kläger laut Bericht vom 24. Dezember 2015 noch Blickkontakt vermied und mit leiser Stimme sprach (Urk. 2/6/3) , wird im F.____-Gutachten festgehalten, der Kläger habe mitunter dysphorisch und aggressiv gewirkt und den Augenkontakt zum Gutachter gehalten (Urk. 2/7/1 S. 8 und 10). Dies deutet

eher in Richtung einer zwischenzeitliche n Besserung der psychischen Symptomatik auf das von den Gutachtern behauptete Niveau einer leichten depressiven Störung hin. Im Übrigen ist für die Beurteilung allfälliger Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ohne Bedeutung, ob die depressive

Symptomatik diagnostisch bei den Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion oder den rezidivierenden depressiven Störungen eingeordnet wird .

Die Einschätzung der F.____ -Gutachter, dass der Kläger im Februar 2016 nur noch unter leichten depressiven Symptomen litt , wird durch verschiedene weitere Indizien gestützt : Der Kläger macht selbst geltend, er habe sich jeweils wegen einer Verschlechterung der psychischen Symptomatik beziehungsweise Phasen von Suizidalität in die

Klinik

D.____

begeben , um sich stationär behandeln zu lassen. Diese Ärzte erhoben bei Eintritt jeweils eine mittelgradig depressive Störung, was dafür spricht , dass die Depression vor der jeweiligen Verschlechterung weniger schwer war. Dass der Schweregrad der Symptomatik

schwankte, wohl auch infolge der stationären Behandlungen, ergibt sich auch aus den Berichten der Klinik

D.____ : Die Beklagte weist zu Recht darauf hin, dass im Bericht der Klinik

D.____

vom 2

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