

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2019.00027

vom 6. Januar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2019.00027

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2019.00027 du 6 janvier 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2019.00027 del 6 gennaio 2021

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1959, war

über sein Anstellungsverhältnis bei der

Y.____

bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Allianz) durch Kollektivvertrag gegen Lohnausfall bei Krankheit versichert. Gemäss Police- Nr.

«...», gültig ab 1. Januar 201

E. 1.2

Das Gericht stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO). Nach dem Willen des Gesetzgebers ist das Gericht im Rahmen der sozialen Untersuchungsmaxime gemäss Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO allerdings nur einer erhöhten Fragepflicht unterworfen (vgl. Art. 247 Abs. 1 ZPO). Wie unter der Verhandlungsmaxime müssen die Parteien selbst den Stoff beschaffen. Das Gericht kommt ihnen nur mit spezifischen Fragen zur Hilfe, damit die erforderlichen Behauptungen und die entsprechenden Beweismittel genau aufgezählt werden. Es ermittelt aber nicht aus eigenem Antrieb. Ist eine Partei durch einen Anwalt vertreten, kann und muss sich das Gericht ihr gegenüber wie bei Geltung der Verhandlungsmaxime zurückhalten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 4A_702/2016 vom 23. März 2017 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 141 III 569 E. 2.3.1 bis 2.3.3 und die dortigen Verweise). 2. 2.1

S trittig und zu prüfen ist, ob die Beklagte dem Kläger für den Zeitraum vom 1. März bis 10. Juni 2018 (102 Tage à Fr. 341.92, Arbeitsunfähigkeit von 50 %) und vom 1. bis 13. August 2018 (13 Tage à 341.92, Arbeitsunfähigkeit von 100 %) Krankentaggelder von insgesamt Fr. 21'882.96 zuzüglich 5 % Zins seit 14. August 2018 zu bezahlen hat (Urk. 1 S. 2 und 11; Urk. 7 Ziff. 14). 2.2

Der Kläger machte im Wesentlichen geltend, die Beklagte habe die Beurteilungen von Dr. Z.____

und Dr. F.____, bei denen er seit Jahren in Behandlung stehe,

zuvor jeweils anerkannt. Derweilen verfüge Dr. B.____

als Neurologin nicht über die Fachkenntnisse

und Methoden zur Beurteilung des psychischen Zustandes, während Dr. A.____

ihn letztmals im April 2017 untersucht habe und nur eine volle Arbeitsunfähigkeit in Abrede stelle .

Im Übrigen handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung mit zwischenzeitlichen Besserungen . Dr. F. ____

beschreibe eine depressive Episode seit dem Frühjahr 2018 auf grund des Tod e s des Hundes und eine r Operation des Lebensgefährten , wobei die Beklagte eine vo lle Arbeitsunfähigkeit während der stationären Behandlung im Juni/Juli 2018 auch anerkannt habe

(Urk. 1 Ziff. III. 4 und III.

E. 4

, war für das gesamte Personal (vor Eintritt ins AHV-Alter) jeweils pro Ver sicherungsfall ein Taggeld in der Höhe von 80 % des versicherten Lohnes wäh rend einer Leistungsdauer von maximal 730 Tagen abzüglich einer Wartefrist von 30 Tagen vereinbart (Urk. 8/1 45).

E. 4.1

N ach Art. 8 des Schweizerisches 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, wäh rend 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. 4 .2

Im Rahmen des Versicherungsvertrags hat somit der Anspruchsberechtigte die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsanspruchs (Art. 39 VVG) zu behaupten und zu beweisen. Da der Nachweis rechtsbegründend er Tatsachen in diesem Bereich indessen regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, geniess

er insofern eine Beweiserleichterung, als er nur eine überwiegende Wahr schein lichkeit für das Bestehen des geltend gemachten A nspruchs darzutun hat (Urteil des Bundesgerichts 4A_85/2017 vom 4. September 2017 E. 2.3 mit Hinweis auf BGE 141 III 241 E. 3). Dem Versicherer steht das Recht auf Gegenbeweis zu. Für dessen Gelingen ist nur erforderlich, dass der Hauptbeweis erschüttert wird (Urteil des Bundesgerichts 4A_592/2015 vom 1 8. März 2016 mit Hinweisen, etwa auf BGE 130 III 321 E. 3.4). 4 .3

Nach diesen Grundsätzen sind konkret der Eintritt des Versicherungsfalls wie auch der Umfang des Anspruchs vom Anspruchsberechtigten zu beweisen. Den Versicherer trifft demgegenüber die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglich vorgesehenen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unver bindlich machen (BGE 141 III 241 E. 3.1; 130 III 321 E. 3.1; Urteil des Bundes gerichts 4A_432/2015 vom 8. Februar 2016 E. 2.1). Daran ändert nichts, dass der Versicherer zunächst Taggelder ausbezahlt hat. Macht dieser geltend, die Umstände hätten sich geändert oder die Leistungen seien von vornherein zu Unrecht erbracht worden und die versicherte Person sei (wieder) arbeitsfähig, so hat die versicherte Person zu beweisen, dass sie (weiterhin) arbeitsunfähig ist und daher Anspruch auf Taggelder hat. Im Falle der Beweislosigkeit trägt mithin nicht der Versicherer, sondern die versicherte Person die Beweislast (Urteile des Bun desgerichts 4A_246/2015 vom 1 7.

August 2015 E. 2.2; 4A_243/2017 vom 30. Juni 2017 E. 3.2.2). Der Versicherer kann den Gegenbeweis antreten, etwa indem er die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nachweist; dabei handelt es sich jedoch nicht um einen von ihm zu erbringenden Hauptbeweis (Urteil des Bundesgerichts 4A_66/2017 vom 14. Juli 2017 E. 3.2). 5. 5.1

Für die behauptete Arbeitsunfähigkeit vom 1. März bis 10. Juni 2018 stützt sich der Kläger auf ein erstmals am 19. März 2018 ausgestelltes, fortlaufend ergänztes Formular mit dem Titel „Arbeitsunfähigkeitszeugnis G.____“, worin Dr. Z.____ ihm für den genannten Zeitraum einmal monatlich die Fortdauer der Arbeits(un)fähigkeit von 50 % bestätigte. Das Attest enthält keine Befunde oder Diagnosen, mithin keinerlei Angaben, die eine Überprüfung dieser Einschätzung erlauben würde (Urk. 8/130).

Der jüngste Bericht von Dr. Z.____, verfasst

zusammen

mit der Psychologin

lic. phil. H.____

zuhanden der Invalidenversicherung, datiert ein Jahr zurück vom 22. März 2017. Darin wurde unter Berücksichtigung der vom Kläger angegebenen früheren depressiven Episoden

eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), diagnostiziert und angemerkt, die aktuelle Episode dauere seit drei Jahren an. Es wurde eine Arbeitsfähigkeit von 40 % (vgl. dazu Urk. 8/47) seit 28. Februar 2017 postuliert und darauf hingewiesen, dass die Leistungsfähigkeit des Klägers in einem Job mit weniger Verantwortung mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder steigen würde, ob mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit in der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden könne, sei schwierig zu beantworten (Urk. 8/44).

Somit indizieren weder die Diagnose noch die Prognose hinreichend eine über ein weiteres Jahr anhaltende, insbesondere im Voraus im Umfang bestimmte Arbeitsunfähigkeit. 5.2

Die medizinischen Überlegungen und Schlussfolgerungen von Dr. Z.____, die zur attestierten Teilarbeitsunfähigkeit von Anfang März bis Mitte Juni 2018 führten, sind letztlich nicht dokumentiert und können aus diesem Grund

auch nicht nachvollzogen werden. Insbesondere fehlt es an rechtzeitig erhobenen Befunden und einer Beschreibung der damals konkret noch vorhandenen Einschränkungen des Leistungsvermögens. Die von Dr. Z.____ erstellten Unterlagen lassen daher nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine Arbeitsunfähigkeit des Klägers von 50 % im fraglichen Zeitraum schliessen. Daran vermögen seine Fachkenntnisse nichts zu ändern. Die Beklagte hat denn auch das Recht, die Angaben der Behandler wie im vorliegenden Fall in Frage zu stellen und eigene Abklärungen zu tätigen (vgl. Art. 10 Abs. 1 AB). Wie sie zutreffend darlegte, ändern die davor und danach von ihr mitunter gestützt auf die Atteste von Dr. Z.____

erbrachten Leistungen nichts daran, dass letztlich der Kläger im Bestreitungsfall jederzeit beweisen muss, dass er weiterhin arbeitsunfähig ist, und nicht etwa sie

den Wegfall der Arbeitsunfähigkeit nachzuweisen hat (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 4A_66/2017 vom 14. Juli 2017 E. 3.2).

Die Substantiierungspflicht der Beklagten richtet sich dabei nach den Vorbringen des Klägers (vgl. Urteil des Bundesgerichts 4A_178/2015 vom 11. September 2015 E. 2.6). Beruft sich der Kläger im Rahmen einer Depression im Wesentlichen auf ein Arztzeugnis, das keinerlei Angaben ausser dem Grad der Arbeitsunfähigkeit enthält, ist eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem medizinischen Sachverhalt im fraglichen Zeitraum weder nötig noch möglich. 5. 3

Ferner beruft sich der Kläger auf die von Dr. F.____ im Rahmen des stationären Aufenthalts in der E.____ vom 11. Juni bis 31. Juli 2018 verfasste Stellungnahme vom 27. Juli 2018, die seines Erachtens nicht nur eine volle Arbeitsunfähigkeit im zweiten eingeklagten Zeitraum (erste Hälfte August 2018) belegt, sondern auch Rückschlüsse auf die Teilarbeitsunfähigkeit von März bis Mitte Juni 2010 erlaubt.

Dr. F.____ führte aus, nach Angaben des Klägers sei Auslöser der aktuellen Depression am ehesten, dass sein Hund am 15. April 2018 verstorben sei und sein Lebenspartner – ohne mit ihm Rücksprache genommen zu haben – beabsichtige, sich einem grösseren Eingriff zu unterziehen. Zum aktuellen Befund notierte er

insbesondere leichtes Grübeln, Stimmung noch gedrückt und rezidivierend auch Stimmungsschwankungen, Insuffizienzerleben und Zukunftsängste, Anhedonie, Störung der Vitalgefühle, Antrieb reduziert und rezidivierend innere Unruhe, aber keine klinisch relevanten Schlafstörungen.

Dr. F.____ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, einen Zolpidemmissbrauch sowie anamnestisch den Verdacht auf eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Hierfür attestierte er dem Kläger eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab Klinikeintritt bis 13. August 2018; ab dem 14. August 2018 sei wieder ein Teilpensum von 50% möglich. Während des Aufenthalts wurde die Medikation angepasst. Zudem erhielt der Kläger Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Physiotherapie, Reittherapie, Gestaltungstherapie, Sport/Aktive Erholung und Körpertherapie

(Urk. 8/136).

Ergänzend ist dem Austrittsbericht der E.____

vom 3. September 2018

zu entnehmen, der Lebenspartner habe dem Kläger eine Woche vor dem Tod des Hundes mitgeteilt, dass er sich ein Magenband einsetzen lasse. Zum Psychostatus beim Eintritt wurde insbesondere festgehalten

subjektiv starke Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Grübeln, die Stimmung sei aktuell etwas gebessert, seit er wisse, dass er in die Klinik eintreten könne, Insuffizienzerleben und Zukunftsängste, Anhedonie, Störung der Vitalgefühle, Antrieb reduziert, rezidivierende leichte innere Unruhe und Einschlafstörungen. Ferner bestätigte Dr. F.____

zunehmend das Vorliegen einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, da der Kläger eine gute Wirkung (länger konzentriert, fokussierter) unter der Umstellung von Ritalin auf Ritalin LA angegeben hatte.

Eine Arbeitsunfähigkeit attestierte er ihm nur noch vom 11. Juni bis 14. August 2018. Im Übrigen hielt er fest, dass im Verlauf der psychotherapeutischen Gespräche immer deutlicher geworden sei, dass der Kläger in einer für ihn unbefriedigenden Partnerschaft

lebe, gemeinsame Paargespräche geführt worden seien und diese sich bereits positiv auf das Verhältnis zum Lebenspartner wie auch auf die Stimmung und den Antrieb des Klägers ausgewirkt hätten. Zusammenfassend sei es unter den Behandlungsmodulen zu einer guten Besserung der depressiven Symptomatik gekommen. Der Kläger beabsichtigte, die psychotherapeutische Behandlung beim Psychotherapeuten aus der Klinik ambulant fortzusetzen (Urk. 8/148).

Im Übrigen bestätigte Dr. F.____ anlässlich des Telefonats mit der Beklagten vom 23. August 2018 (Urk. 8/150) und einem weiteren Bericht vom 2. Oktober 2018 (Urk. 8/159), dass der Kläger weiterhin in seiner ambulanten Behandlung stand und seit 14. August 2018 wieder voll in der angestammten Tätigkeit arbeitsfähig war. 5.4

Zunächst ist festzuhalten, dass Dr. F.____ bezüglich des Auslösers bzw. Beginns der von ihm im Sommer 2018 stationär behandelten depressiven Episode

explizit nur die Angaben des Klägers wiedergab. Danach begann sich dessen

Zustand zu verschlechtern, nachdem ihn der Lebenspartner über eine geplante Operation informiert hatte und kurz darauf sein Hund verstarb. Der Vollständigkeit halber sei angefügt, dass sich beides erst im April 2018 ereignete und diese Ereignisse sich nicht sichtlich in den Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen von Dr. Z.____

niederschlugen (vgl. Urk. 8/130 und 8/100).

Dr. F.____

beschränkte sich korrekterweise stets auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab Eintritt in die Klinik, zumal er den vorangehenden Verlauf der Arbeitsfähigkeit weder aus eigener Wahrnehmung noch gestützt auf zeitliche Befunde des Behandlers hätte beurteilen können. Ergänzend sei angemerkt, dass Dr. Z.____

im ärztlichen Einweisungszeugnis, ausgestellt am 30. Mai 2018, keine medizinische Indikation für einen stationären Aufenthalt dargetat. Er beschränkte sich darauf festzuhalten, dass der Kläger einen stationären Aufenthalt machen wolle, nun da sein Hund gestorben sei, und dieser habe bereits selbst mit der Bettendisposition telefoniert, die ihn über die Möglichkeit einer Privatabteilung mit kürzeren Wartezeiten informiert habe (vgl. Urk. 8/128).

Als Zwischenschlussfolgerung ist deshalb festzuhalten, dass aus den Berichten von Dr. F.____ nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit vom 1. März bis dem 10. Juni 2018 geschlossen werden kann.

Für die Qualifikation als mittelgradige depressive Episode müssen sodann mindestens zwei der drei typischen Symptome einer Depression gegeben sein: depressive Stimmung (1), Verlust von Interesse oder Freude (2) und Antriebsmangel sowie erhöhte Ermüdbarkeit (3). Zusätzlich müssen drei oder besser vier der weiteren Symptome vorhanden sein: verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühl von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken/-handlungen/erfolgte Selbstverletzung, Schlafstörungen und verminderter Appetit. Einige der Symptome müssen in ihrem Schweregrad besonders ausgeprägt sein oder aber es ist durchgehend ein besonders breites Spektrum von Symptomen vorhanden (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Kli

nisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 169-174). Insofern ist die von Dr. F.____ vorgenommene Qualifikation als mittelgradige depressive Episode bei fehlenden Hinweisen auf ausgeprägte objektive Befunde schon beim Eintritt als eher wohlwollend zu bezeichnen.

Es kommt hinzu, dass im Laufe der stationären Behandlung eine gute Besserung der depressiven Symptomatik wie auch der kognitiven Fähigkeiten im Rahmen der Umstellung auf Ritalin LA erreicht wurde. Im Übrigen wurde einzig festgehalten, dass der Kläger beabsichtigte, die Therapie beim Klinik-Psychotherapeuten fortzusetzen, was keine entsprechende Empfehlung oder Notwendigkeit belegt. Unter diesen Umständen kann die von Dr. F.____ attestierte volle Arbeitsunfähigkeit während zwei weiterer Wochen im Anschluss an den Klinikaustritt nicht mehr als schlüssig begründet gelten. Insbesondere ist nicht nachvollziehbar, weshalb nach dem stationären Aufenthalt mit gesundheitlicher Besserung eine massiv höhere Arbeitsunfähigkeit als davor postuliert wurde und kurz darauf die Arbeit von einem auf den anderen Tag wieder voll aufgenommen werden konnte. 5.5

Dementsprechend

überzeugend sind die Ausführungen von Dr. A.____, der - wie von der Beklagten vorgebracht (Urk. 7 Ziff. 12) - in seiner Aktenbeurteilung vom 18. September 2018

zum Bericht von Dr. F.____ vom 27. Juli 2018 vorab festhielt, dass bereits aufgrund der erhaltenen Therapien nicht von einer ausgeprägten Störung der Handlungsenergie bzw. des allgemeinen psychischen Energielevels ausgegangen werden könne, wie es für relevante depressive Störungsbilder mit handlungsbezogenen Funktionseinschränkungen typisch sei, vielmehr liege eine affektbetonte depressive Anpassungsstörung vor. Versicherungsmedizinische Veranschlagungen stünden bekanntlich nicht unter dem Primat des Subjektiven und Psychodynamischen, wie es exemplarisch von der E.____ beschrieben werde. Die vordiagnostizierte mittelschwere depressive Episode werde nicht durch eine nachvollziehbare psychopathologische Befunderhebung mit objektivierte Funktionsdefiziten und ressourcenorientierter Einschätzung der Arbeitsfähigkeit begründet, sondern die ärztliche Gesamteinschätzung und das subjektive Narrativ würden die „grobkursorische“ ärztlich-therapeutische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit implizieren (Urk. 8/175). 5.6

Darüber hinaus kam Dr. B.____

in ihrer Untersuchung vom 23. Januar 2018 zum Schluss, die berufsbezogene neurologisch-leistungspsychologische Abklärung habe im kognitiven Bereich unter Berücksichtigung eines prämorbid mittleren Leistungsprofils sowie bei ordentlichem Leistungswillen im Untersuchungsgang eine durchwegs intakte kognitive Leistungsfähigkeit ergeben. Ein depressionsassoziiertes kognitives Ausfallmuster lasse sich nicht objektivieren. Auch relevante Auswirkungen eines allfälligen Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms fänden sich nicht. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom Juni 2017 zeige sich eine signifikante Befundbesserung. Dabei bot sie auch die Zustellung der Testbefunde an (Urk. 8/101).

Es ist

grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen, weshalb etwa eine neuropsychologische Abklärung nur eine Zusatzuntersuchung darstellt, welche bei

begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3).

Insoweit kann nicht ohne Weiteres der von der Beklagten übernommenen (Urk. 7 Ziff. 12) Auffassung von Dr. A.____

gefolgt werden, der in der soeben erwähnten Aktenbeurteilung eine qualifizierte verhaltensneurologische Untersuchung der psychiatrischen Befunderhebung gleichstellt (Urk. 8/175). Werden allerdings wie vorliegend in einer solchen Untersuchung keine nennenswerten Einschränkungen festgestellt und auch in den Arztberichten hauptsächlich explizit subjektive Leistungseinbußen beschrieben, so lässt dies zumindest Zweifel am Fortbestehen einer Beeinträchtigung aufkommen, wie sie von Dr. Z.____

in seinem letzten Bericht vom 22. März 2017 mit verminderter Konzentrationsfähigkeit, eingeschränkter Merkfähigkeit und stark verminderter Energie sowie rascher Ermüdbarkeit begründet wurde (vgl. Urk. 8/44).

Im Übrigen wurden auch in der ADHS-Abklärung vom 21. Februar 2018 einzig leichte verbale Gedächtnisstörungen und leichte Konzentrationsstörungen (Ablenkbarkeit) festgestellt, insbesondere aber auf eine hinsichtlich der Aufrechterhaltung der Depression ungünstige Persönlichkeitsstruktur hingewiesen (Urk.

8/109). Im beruflichen Werdegang (vgl. Urk. 8/148 „Sozialanamnese“) wie auch in den Berichten der untersuchenden Psychiater finden sich indessen keine Anhaltspunkte für relevante Persönlichkeitsdefizite, geschweige denn eine Persönlichkeitsstörung.

Ergänzend kann auf die E-Mail von Dr. B.____ vom 25. April 2018 verwiesen werden (Urk. 8/114), zumal der Kläger selbst keine Behauptungen zu diesem Bericht aufstellte. 5.7

Wie die Beklagte zutreffend dargelegt hat (Urk. 7 Ziff. 25), erörterte Dr. A.____ in der Aktenbeurteilung vom 18. September 2018 schliesslich

eingehend, dass das aktuelle Krankheitsgeschehen im Kontext eines richtungsweisend reaktiven Geschehens normativ kein selbständiges psychiatrisches Störungsbild im versicherungsmedizinischen Sinne begründe. Die in der Aktenlage aufgeführten medizinalfremden Kontext- und psychosozialen Belastungsfaktoren würden per se als überwindbar gelten. Die ressourcenorientierte objektive Aspektierung von Funktionspotenzial bzw. Leistungsbeeinträchtigungen implizierten nicht die geforderte Erheblichkeit eines psychischen Störungsbildes unter anderem mit durchgehender Einschränkung aller Funktionsbereiche im Alltag und im persönlichen Verhalten und Erleben. Bei Fehlen einer psychopathologischen Befunderhebung, welche schwere Funktionsdefizite in allen vergleichbaren Lebensbereichen und damit eine volle Arbeitsunfähigkeit im versicherungsmedizinischen Sinne nicht begründen könne, und bei Vorliegen beschriebener richtungsweisender medizinalfremder Belastungsfaktoren und Determinanten, beinhaltet die Beurteilung der sogenannten „Wertigkeit“ von Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen seitens Behandler immer auch eine „sozialpraktische“ und „karitative“ Dimension in vertiefter Kenntnis der Persönlichkeit und Lebenssituation eines Patienten (Urk. 8/175).

Wie bereits in E. 3.4 vorweggenommen, kann unter den gegebenen Umständen offengelassen werden, ob diese im Bereich der Sozialversicherungen zutreffende Würdigung auch im Rahmen der vorliegend geltenden privatrechtlichen Versicherungsbedingungen vollumfänglich Gültigkeit beanspruchen kann.

6.

Zusammenfassend ist dem Beschwerdeführer der Nachweis für die seitens der Beklagten hinreichend substantiiert bestrittene Arbeitsunfähigkeit von 50 % zwischen dem 1.

März und 10. Juni 2018 sowie von 100 % zwischen dem 1. und 13.

August 2018 misslungen. Weitere Beweismittel wurden vom anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer nicht offeriert, der seitens der Beklagten beantragte Beizug der Akten der Invalidenversicherung erübrigt sich ausgangsgemäss. Die Beschwerde ist folglich ohne Weiterungen abzuweisen. 7.

Das Verfahren ist kostenlos, da es eine Streitigkeit aus einer Krankentaggeldversicherung betrifft, welche gemäss bundesgerichtlicher Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung; KVG) zu subsumieren ist (vgl. Art. 114 lit. e ZPO i.V.m. § 33 Abs. 1 GSVG und das Urteil des Bundesgerichts 4A_680/2014 vom 29. April 2015 E. 2.1 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 142 V 448 E. 4.1).

Der nicht durch einen externen Rechtsanwalt vertretenen obsiegenden Beklagten steht praxismässig keine Parteientschädigung zu (BGE 133 III 439 E. 4). Das Gericht erkennt:

E. 6

).

Die Allianz erbrachte weitere Taggelder für den Zeitraum vom 11. Juni bis 31. Juli 2018 (Urk. 8/137; vgl. Urk. 18 Ziff. III.7). Eine darüber hinausgehende Leistungspflicht lehnte sie ab (Urk. 8/142 und 8/164). Daran hielt sie auch mit Schreiben vom 9. August 2019 (Urk. 8/174) gestützt auf die Aktenbeurteilung von Dr. A.____ vom 18. September 2019 (Urk. 8/175) fest, die sie nach schriftlichem Einwand des Versicherten vom 29. Juli 2019 (Urk. 8/172) eingeholt hatte (vgl. Urk. 1 Ziff. III.3 und III.5; Urk. 7 Ziff. 8). 2.

Mit Eingabe vom 15. August 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Teichmann, Klage gegen die Allianz. Darin beantragte er, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm Taggelder in der Höhe von Fr. 21'882.96 zuzüglich 5 % Zins seit 14. August 2018 zu bezahlen, nämlich Fr. 17'438.-- für den Zeitraum vom 1. März bis 10. Juni 2018 und Fr. 4'444.96 für den Zeitraum vom 1. bis 13. August 2018; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. MWST

zu Lasten der Beklagten (Urk. 1 S. 2 und 11). Mit Verfügung vom 20. August 2019 wurde der Beklagten eine Frist von 30 Tagen zur Einreichung einer Klageantwort angesetzt (Urk. 4). Diese wurde innert erstreckter (Urk. 6) Frist mit Eingabe vom 21. Oktober 2019 vom Rechtsdienst der Beklagten erstattet mit dem Antrag, die Klage sei abzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Klägers (Urk. 7). Die fehlende Vollmacht der unterzeichnenden Rechtsanwältin MLaw

Fierz wurde innert mit Verfügung vom 25. Oktober 2019 (Urk. 9) angesetzter Frist nachgereicht (Urk. 12).

Mit Verfügung vom 8. November 2019 wurden die Parteien dazu aufgefordert, dem Gericht mitzutreten, falls sie eine Hauptverhandlung wünschten – unter der Androhung, dass im Säumnisfall ein Verzicht angenommen und ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet würde (Urk. 14). Entsprechendes geschah mit Verfügung vom 10. Dezember 2019, da die

Parteien ex- bzw. implizit auf eine Hauptverhandlung verzichtet hatten (Urk. 17). In der jeweils fristgemäss (Urk. 20 -22) eingereichten Replik vom 3. Februar 2020 (Urk. 18) und Duplik vom 9. März 2020 (Urk. 23) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Die Beklagte verlangte neu die Edition der Akten der Invalidenversicherung (Urk. 23 S. 5-7). Die Duplik wurde dem Kläger mit Verfügung vom 10. März 2020 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 24), dessen Rechtsvertreter in der Folge eine Honorarnote einreichte (Urk. 25). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Kollektive Krankentaggeldversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) – wie eine dieser Klage zugrunde liegt – werden vom Bundesgericht in ständiger Praxis unter den Begriff der Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung subsumiert (BGE 142 V 448 E. 4.1). Die Kantone können ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für solche Streitigkeiten zuständig ist (Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung; ZPO). Im Kanton Zürich liegt die Zuständigkeit beim Sozialversicherungsgericht (§ 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Verfahren richtet sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach Art. 244 bis 247 ZPO (vereinfachtes Verfahren; Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO). Die Klage wird direkt beim Gericht anhängig gemacht (BGE 138 III 558 E. 3.2 und 4.6).

Die vom Kläger dargelegte örtliche und sachliche Zuständigkeit der Kollegialbehörde des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich (Urk. 1 S. 2) wird von der Beklagten nicht bestritten (vgl. Urk.

E. 7

S. 2; vgl. auch Art. 18 und Art. 32 Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Art. 35 Abs. 1 lit. a der Schweizerischen Zivilprozessordnung, ZPO).

E. 12

f.; Urk. 18 Ziff. III.5 -8, III.12 f. und III.17). Gemäss Dr. F. ___ sei die psychotherapeutische Behandlung nach dem Aufenthalt ambulant fortzusetzen; eine Heilung habe er somit klar verneint, was die volle Arbeitsunfähigkeit begründe (Urk. 18 Ziff. III.9). Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beklagte die eingeklagten Zeiträume anders handhabt (Urk. 18 Ziff. III.3 und III.13).

Im Übrigen bedürfe es beim privatrechtlichen Konsumentenvertrag keiner Invalidität, sondern einer Arbeitsunfähigkeit; die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung sei nicht anwendbar. Die Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Invalidenversicherung sei aus dem Recht zu weisen (Urk. 1 Ziff. III.13 am Ende; Urk. 18 Ziff. III. 8 und III.16).

Weiter werde die Anwendbarkeit der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Ausgaben 2008, bestritten. Mit dem Verweis auf jene Bestimmungen anerkenne die Beklagte allerdings, dass Krankheit die psychische Gesundheit mitumfasse und eine Krankheit, die wie bei ihm eine Behandlung erfordere, genüge. Damit sei unerheblich, ob er auch arbeitsunfähig gewesen sei (Urk. 18 Ziff. III.11). 2.3

Die Beklagte hielt indessen dafür, eine Arbeitsunfähigkeit in den strittigen Zeiträumen sei durch die Berichte der Behandler trotz unstrittiger Fachkompetenz nicht schlüssig nachgewiesen (Urk. 7 Ziff. 7,

E. 16

, 20 und 26 f.). Gemäss Dr.

A. ___ und Dr. B. ___

sei ab 31. Januar 2018 keine psychopathologische Alteration mit Krankheitswert mehr objektivierbar gewesen (Urk. 7 Ziff. 7 und 13), selbst wenn dies dem Kläger erst am 9. Februar 2018 mitgeteilt worden sei und sie weitere

Taggelder bezahlt habe (Urk. 23 Ziff. 4).

Letzteres ändere nichts an der Beweislastverteilung (Urk. 23 Ziff. 14).

Dr. B. ___

habe am 23. Januar 2018 eine signifikante Befundverbesserung festgestellt und mit E-Mail vom 25. April 2018 erläutert, dass die Behandlung keine objektiven Befunde oder Funktionseinschränkungen im Privatleben festgestellt hätten, die weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöchten (Urk. 7 Ziff. 9 f. und 23). Dr. A. ___

teile ihre Auffassung und habe zudem

auf die Handlungsenergie im Rahmen der vielen Therapien sowie das von der Versicherungsmedizin abweichende Verständnis von Dr. F. ___ hinsichtlich des Primats des Subjektiven hin gewiesen (Urk. 7 Ziff. 11 f. ,

E. 17

und 25 ; Urk. 23 Ziff. 6 , 8 und 20 f.).

Der RAD habe Dr. B. ___ s Einschätzung ebenfalls für plausibel

befunden; die Invalidenversicherung habe das Leistungsbegehren des Klägers abgewiesen, weil die Arbeitsunfähigkeit in psychosozialen Faktoren gründe (Urk. 7 Ziff. 24 ; Urk. 23 Ziff. 8) und damit keine versicherte Folge einer gesundheitlichen Beeinträchtigung sei (Urk. 7 Ziff. 19 und 31; Urk. 23 Ziff. 13) . Dr. F. ___

habe übrigens erst ab Klinikeintritt eine Arbeitsunfähigkeit attestiert , das Attest von Dr. Z. ___

enthalt e

keine überprüfbaren Angaben (Urk.

7 Ziff.

E. 21

f.) . Letztlich sei eine Diagnose allein nicht richtungsweisend , sondern die Funktionseinbussen müssten objektivierbar bzw. konstant in allen vergleichbaren Lebensbereichen vorhanden sein (Urk. 23 Ziff. 9). 3. 3.1

Zwischen den Parteien kontrovers diskutiert wird im Wesentlichen nur das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit des Klägers in den fraglichen Zeiträumen. Offensichtlich unstrittig ist , dass der Kläger bei der Beklagten im Rahmen einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach VVG gegen die Folgen einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit versichert war. Während der Kläger in der Klage gänzlich darauf verzichtete, die Anspruchsgrundlage der eingeklagten Forderung darüber hinaus näher zu erörtern (vgl. Urk. 1 S. 2), reichte die Beklagte mit der Klageantwort die Kollektiv-

Krankenversicherung, Police Nr. «...», vom 18. November 2013 ein (Urk. 8/145) und verwies auf die Allgemeinen Bedingungen (AB) für die Kollektiv-Krankenversicherung sowie die Zusatzbedingungen (ZB) für die Krankentaggeld-Versicherung, beide in der Ausgabe 2008 (Urk. 7 Ziff. 19). In der Replik bestritt der Kläger einzig die Anwendbarkeit der erwähnten Versicherungsbedingungen und ohne hierfür Gründe darzutun oder die seines Erachtens relevanten Versicherungsbedingungen und Vertragsbestimmungen zu nennen (vgl. Urk. 18 Ziff. III. 11). 3.2

Mangels anderweitiger Anhaltspunkte ist somit davon auszugehen, dass die Beklagte und das Treuhandbüro des Klägers die vorliegende Versicherungspolice «...» abschlossen, worin unter dem Titel „Geltende Bedingungen“ mit unter die AB und ZB, jeweils in der Ausgabe 2008, zum integrierenden Vertragsbestandteil erklärt wurden. Da das Vertragsverhältnis eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 4A_680/2014 vom 29. April 2015 E. 2.1 mit Hinweisen) betrifft, sind nebst den vertraglichen Bestimmungen auch diejenigen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) zu beachten (Art. 2 Abs. 2 des am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung, KVAG; vgl. auch Art. 1 lit. c AB, Urk. 8/145). 3.3

Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten und sich der Vertragsinhalt regelmässig nach den vorformulierten Allgemeinen Vertragsbedingungen richtet (Iten, Der private Versicherungsvertrag: Der Antrag und das Antragsverhältnis unter Ausschluss der Anzeigepflicht, Freiburg 1999, S.

23). Art. 100 Abs. 1 VVG erklärt sodann die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) als anwendbar, soweit das VVG keine Vorschriften enthält.

Die Auslegung der vorformulierten allgemeinen Versicherungsbedingungen richtet sich grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie jene individuell verfasster Vertragsklauseln (BGE 135 III 225 E. 1.3; 133 III 675 E. 3.3). Kann der wirkliche übereinstimmende Parteiwille (Art. 18 Abs. 1 OR) nicht ergründet werden, ist somit zu eruieren, wie der Versicherungsnehmer die AVB nach ihrem Wortlaut und Zusammenhang sowie den gesamten Umständen nach Treu und Glauben verstehen durfte und musste (BGE 133 III 675 E. 3.3; allgemein BGE 133 III 61 E. 2.2.1; 132 III 268 E. 2.3.2).

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 (BGE 133 III 607 E. 2.2).

Die Geltung vorformulierter allgemeiner Geschäftsbedingungen wird durch die Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt. Danach sind von der global erklärten Zustimmung alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die zustimmende Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht wurde (Urteil des Bundesgerichts 4A_499/2018 vom 10. Dezember 2018 E. 3.3.3 insbesondere mit Hinweisen auf und in Auseinandersetzung mit BGE 109 II 452 und 138 III 411). Schliesslich und subsidiär müssen mehrdeutige Klauseln nach der Unklarheitsregel gegen den Versicherer als deren Verfasser ausgelegt werden (BGE 131 V 27 E. 2.2; 126 III 388 E. 9d; 122 III 118 E. 2a; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 4A_41/2012 vom 31. Mai 2012 E. 3.3 mit Hinweisen). 3.4

Für die Definition der vorliegend vom Kläger behaupteten Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit stützte sich die Beklagte auf Art. 1 ZB und Art. 3 Ziff. 1 AB (Urk. 7 Ziff. 19 und 31). Der Kläger erörterte hierzu, damit anerkenne die Beklagte, dass bei krankheitsbedingtem Erwerbsausfall ein Versicherungsfall bestehe, wobei Krankheit die psychische Gesundheit mitumfasse und die Krankheit eine medizinische Untersuchung, Behandlung oder Arbeitsunfähigkeit voraussetze. Da er sich in ärztlicher Behandlung befunden habe, sei also unerheblich, ob er tatsächlich krankheitsbedingt arbeitsunfähig gewesen sei (Urk. 18 Ziff. 11).

Es trifft zu, dass nach der allgemeinen Definition in Art. 3 Abs. 1 AB, die im Wortlaut Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) entspricht, Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit ist, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Dies ändert allerdings nichts am Umstand, dass gemäss Art. 1 ZB Taggelder [nur] bei Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit versichert sind, die einen Erwerbsaufall zur Folge hat. Diese Bestimmung ist weder zweideutig formuliert, noch ungewöhnlich.

Als Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 3 Abs. 3 AB gilt die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, sowohl im bisherigen als auch in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Arbeitsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Arbeitsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Diese letzte Bestimmung entspricht im Wesentlichen Art. 6 und Art. 7 Abs. 2 ATSG.

Auch ohne expliziten Verweis auf die Bestimmungen des ATSG besteht aufgrund des klaren Wortlauts der Versicherungsbestimmungen kein Raum für eine Auslegung. Eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit allein genügt noch nicht

zur Begründung eines Leistungsanspruchs. Vorausgesetzt wird vielmehr eine gesundheitliche Beeinträchtigung, welche die Arbeitsfähigkeit objektiv betrachtet nachweislich beeinträchtigt.

Ob die Beklagte angesichts der engen Anlehnung an das ATSG für ein Krankheitsgeschehen aufzukommen hat, dass einzig in psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren gründet, das Beschwerdebild also keine davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde mitumfasst und insofern keine selbstständige psychische Störung bzw. Krankheit im Sinne von Art. 3 ATSG besteht (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2), braucht vorliegend

nicht abschliessend geklärt zu werden. 4.

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