

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2021.00046

vom 17. Februar 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-02-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2021.00046

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2021.00046 du 17 février 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2021.00046 del 17 febbraio 2023

Erwägungen

E. 1

Ziff.

E. 1.1

Kollektive Kr an kentaggeldversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) 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 Zuständigkeit des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich wurde von der Beklagten nicht bestritten (vgl. Urk. 6 ; vgl. ferner auch Art. 18 und Art. 32 Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Art. 35 Abs. 1 lit. a ZPO).

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 den Stoff selbst 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). Allerdings ist es dem Gericht unter der Geltung der sozialen Untersuchungsmaxime nicht verwehrt, seinem Entscheid auch Tatsachen zugrunde zu legen, die von den Parteien zwar nicht behauptet wurden, dem Gericht im Laufe des Verfahrens aber bekannt geworden sind (Urteil des Bundesgerichts 4A_388/2021 vom 14. Dezember 2021 E. 5.1).
2. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beklagte der Klägerin ausstehende Taggelder für den Zeitraum vom 23. Mai 2016 bis 19. August 2017 im Betrag von Fr. 32'714.50 zzgl. 5 %

Zins ab 18. Juli 2017 zu bezahlen hat, nämlich 454 Tage à Fr. 102.40 = Fr. 46'489.60 abzüglich der in jenem Zeitraum von der Invalidenversicherung bezogenen Taggelder (19 Tage à Fr. 102.40 = Fr. 1'945.60) und Rentenbeträffe (14.75 Monate à Fr. 802.-- = 11'829.50 ; vgl. Urk. 1 S. 17) .

Hauptstreitpunkt ist dabei die Arbeits (un) fähigkeit der K lägerin mit Bezug auf ihren vertraglichen Be schäftigungsgrad, der nach übereinstimmender Darstellung der Parteien 60 % be trug (Urk. 1 Ziff. 5; Urk. 6 S. 2 unten ; Urk. 16 zu Ziff. 12). Bei Abschluss des Schriftenwechsels war unbestritten (vgl. Urk. 6 S. 9 f. und Urk. 16 zu Ziff. 11; Urk. 12 S. 3 unten), dass die Forderung noch nicht verjährt ist (vgl. Verzichtserklärungen, Urk. 13/2 und 2/2). Mit Eingabe vom 24. November 2022 machte die Beklagte indessen geltend, die Verzugszinsen würden von der letzten Verjäh rungs einrede verzichtserklärung nicht mit erfasst (Urk. 25 Ziff. 5). 2.2

Bei der A blehnung einer über den 22. Mai 20 16 hinausgehenden Leistungspflicht stützt e sich die

Beklagte auf die psychiatrischen Beurteilungen von Dr. Z.____ . Eine erneute, fachärztlich nachvollziehbar begründete Verschlechterung des psy chischen Zustandes nach dem Klinikaufenthalt im Herbst 2015 sei erst im Rah men der psychiatrischen Hospitalisation ab 6. Februar 2017

dokumentiert . Da zwischen sei die Klägerin weder fachpsychiatrisch behandelt worden, noch habe sie die angegebenen Medikamente eingenommen. Zudem sei die Diagnose einer schweren Depression nicht lege artis erfolgt. Es handle es sich somit

um einen Rückfall im Februar 2017 , für d en mangels Übertritt s in die Einzelversicherung keine Versicherungsdeckung bestehe . Im C.____ -Gutachten werde sogar bis Ende August 2017 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und erst ab dann eine Verschlechte rung des Gesundheitszustandes bzw. ein Rückfall angenommen. Auf das Gutach ten könne abgestellt werden (Urk. 6 S. 12-1 5 ; Urk. 25 Ziff. 3 f.) . 2.3

Die Klägerin hielt indessen dafür, im fraglichen Zeitraum habe eine volle Arbeits unfähigkeit bestanden ; es gehe somit um Nachleistungen und nicht um einen Rückfall . Dr. med. D.____

sei seit dem Jahr 2008 in der Psychiatrie tätig , habe im August 2017 den Titel Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erhalten und am 5. A ugust 2016 explizit zu den Überlegungen von Dr. Z.____ , der n icht alle relevanten Akten gekannt habe, Stellung genommen . Dr. D.____ s Einschät zung habe sich im Rahmen der stationären Behandlungen , der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 18. Oktober 2016 sowie der P oten tialabklärung Ende 2016

bestätigt . Im C.____ - Gutachten werde ebenfalls festgehal ten , dass sich ihr Zustand n ach der Hospitalisation im Herbst 2015 Ende 2015

bis zur Hospitalisation im Februar/März 2017 verschlechtert habe . Auch danach sei ihr Gesundheitszustand bei weiterhin notwendige r Psychotherapie, psychiatri sche r Spitex und erneut e r Hospitalisation im August 2017 noch instabil gewesen . Im C.____ -Gutachten werde ebenfalls ausgeführt , dass die Symptomatik schwan kend und die Beurteilung von Dr. D.____ nachvollziehbar sei , weshalb auch auf dessen echtzeitliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzustellen sei . Entgegen Dr. Z.____ sei zudem auch d as Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen

zum Schluss gekommen, dass keine schadenmindernden Massnahmen in Betracht kämen, keine Inkonsistenzen beständen, auf das A.____-Gutachten abzustellen sei und trotz der psychosozialen Belastungsfaktoren eine verselbständigte psychische Störung vorliege. Darüber hinaus sei sie sehr motiviert, wie etwa die absolut freiwillige Teilnahme an der Potenzialabklärung zeige

(Urk. 1 Ziff. 32 ff. ; Urk. 12 S.

2- 7). 3. 3.1

Ausdrücklicher Bestandteil der zwischen der damaligen Arbeitgeberin der Klägerin und der Beklagten vereinbarten Kollektiven Taggeldversicherung VVG zum Rahmenvertrag CURAVIVA Schweiz, Kollektivvertrag Nr. 1437267, gültig ab 1. Januar 2014 (Urk. 2/9 = 7/78, insbesondere S. 7), bilden die "Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Kollektive Taggeldversicherung nach VVG", Ausgabe 2006. Davon reichten die Parteien zwei Exemplare mit unterschiedlicher Aufmachung ein, die sich aber in den entscheidungswesentlichen Bestimmungen nicht unterscheiden (Urk. 2/

E. 1.3

Darüber hinaus

hielt die SWICA Krankenversicherung AG

gestützt auf die

ergänzende

Stellungnahme

von Dr. Z.____ vom 14. Juni 2016 auch fest (Urk. 2/23), nachdem der Versicherte mit Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2014/387 vom 15. April 2016 (Urk. 2/20), basierend auf dem

polydisziplinären Gutachten des A.____ vom 21. März 2013 (Urk. 2/21),

rückwirkend ab 1. Juni 2012 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zugesprochen worden war (Urk. 2/20; ferner Urk. 2/25).

Vom 21. November bis 16. Dezember 2016 nahm die Versicherte an einer Potenzialabklärung der Invalidenversicherung in der B.____ teil, die sie vorzeitig beendete (Urk. 2/29). Sodann löste der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis mit ihr per Ende 2016 auf (Urk. 7/47).

E. 1.4

In den darauffolgenden Jahren kam es zu weiteren stationären psychiatrischen Behandlungen, insbesondere

vom

E. 5

; Urk.

2/8; Urk. 2/18 S. 16; Urk. 13/1 S. 35 f.). Über dieses Anstellungsverhältnis war sie bei der SWICA Krankenversicherung AG durch den Kollektivvertrag Nr. 1437267 gegen Lohnausfall bei Krankheit versichert. Gemäss Police, gültig vom 1. Januar 2014 bis 31. Dezember 2016, war pro Krankheitsfall ein Taggeld in Höhe von 80% des versicherten

Lohnes während einer Leistungsdauer von maximal 730 Tagen abzüglich einer Wartefrist von 30 Tagen vereinbart (Urk. 2/9 S.1 und 2 ; Urk. 1 Ziff. 6). 1. 2

Ab dem 24. August 2015 wurde der Versicherten von den sie behandelnden Ärzten teils eine volle, teils eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 2/12, 2/14-16 , 2/22 und 2/31). Ihr letzter effektiver Arbeitstag war der 24. Dezember 2015

(Urk. 2/18 S. 16).

Die Krankmeldung (Urk. 2/13)

bei der SWICA Krankenversicherung AG war im November 2015 – nach einer einmonatigen Hospitalisation zwecks Rehabilitation bei chronischem lumbospondylogenen Syndrom

(vgl. Urk. 2/3) – erfolgt. Diese erbrachte nach Ablauf der Wartefrist Taggelder

(Urk.

2/11) und beauftragte im Februar 2016 alsdann den Psychiater Dr. med. Z.____

mit einer Beurteilung des Gesundheitszustandes der Versicherten . Gestützt auf dessen Gutachten

vom 2. Mai 2016 (Urk. 2/18)

teilte die SWICA Krankenversicherung AG

der Versicherten mit Schreiben vom 11. Mai 2016 mit, dass sie spätestens ab dem Untersuchungsdatum

im Arbeitspensum von 60 % wieder als zu 100 % arbeitsfähig erachtet werde , weshalb ab dem 23. Mai 2016 kein Taggeldanspruch mehr bestehe (Urk. 2/19).

E. 5.4

Als Zwischenfazit ist deshalb festzuhalten, dass im Zeitpunkt der Einstellung der Taggeldleistungen im Mai 2016 weiterhin eine Arbeitsfähigkeit der Klägerin von 50 % bestand und auch in den Folgemonaten nicht mit einer wesentlichen

Steigerung derselben

zu rechnen

war. Mit dem Bericht von Dr. D.____ vom 25. Januar 2016, seinen ärztlichen Attesten sowie dem Gutachten von Dr. Z.____

sind letztlich keine Untersuchungsergebnisse dokumentiert, die auf eine relevante gesundheitliche Veränderung

im Jahr 2016 schliessen

lassen würden, nachdem der Gesundheitszustand seit Jahren schon reduziert war . Es gibt zudem Hinweise, dass die vom ambulanten Behandler attestierte Arbeitsunfähigkeit über 50 % vor derhand im Zusammenhang mit der konkreten Situation am Arbeitsplatz der Klägerin stand. Einerseits differenzierte Dr. D.____ im Attest für August 2016 zwischen einer vollen Arbeitsunfähigkeit bei der bisherigen Arbeitgeberin und einer sonstigen Arbeitsunfähigkeit von lediglich 50 % (vgl. E. 4.5), andererseits legen die Angaben der Klägerin nahe, dass ihr ihre Persönlichkeitsstruktur Ende 2015 vor allem aufgrund der

gestiegenen Arbeitslast nach einem Personalabbau zu schaffen machte (vgl. E. 4.7) und sie damals auch nicht mehr sicher war, ob sie diesen Beruf weiter ausüben soll (vgl. E. 4.2) .

Mit Blick auf die Argumentation der Klägerin ist zu ergänzen , dass P rof. G.____

(retrospektiv) zwar zum Schluss kam,

die gesundheitliche Verschlechterung dürfte bereits ab Dezember 2015 begonnen habe n . Diese wirkte sich jedoch auch nach seiner Beurteilung

nicht (oder zumindest nicht nachweislich) vor Ende August 2017 auf die Arbeitsfähigkeit aus , die er bis dahin weiterhin mit 50 % quantifizierte (vgl. E. 4.9.2 und 4.11.2).

Ferner setzt der Taggeldanspruch nach Art. 12 AVB voraus, dass die versicherte Person nach « ärztlicher Feststellung » arbeitsunfähig ist. Der Austrittsbericht der B.____

zur Potentialabklärung, datiert vom 22.

Dezember 2016, wurde von Ergo- und Arbeitstherapeuten v erfasst und stellt demnach keine genügende Beurteilungsgrundlage dar , während Dr. D.____

der Klägerin erst nachträglich und ohne Begründung für die Zeit vor der erneuten stationären Behandlung ab Februar 2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. E. 4.8).

Im Bericht zur Potentialabklärung wurden

im Vergleich zu den Arztberichten

zudem besonders kognitive Defizite , eine anhaltende Erschöpfung und Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung hervorgehoben (vgl. E. 4.6).

Dabei wurde später in der Begutachtung vom 15. Mai 2018 erneut (dazu Urk. 13/1 S. 19) ein erheblicher Substanzkonsum (THC) festgestellt, der solche Beschwerden miterklären könnte (vgl. E.

4.9.1). Es kann daher nicht mit dem ordentlichen Beweismass der vollen Überzeugung eine krankheitswertige gesundheitliche Verschlechterung im November/Dezember 2016 angenommen werden , was umso mehr gelten muss, als es im Februar/März 2017 unter stationären

Bedingung mit eingeschränkter Möglichkeit zum Substanzkonsum

rasch zu einer Besserung mit zunehmendem

Aktivitätenniveau im öffentlichen Raum,

unabhängigere Agieren und Eingehen einer neuen Partnerschaft gekommen war

(vgl. E. 4.7 und 4.8) .

E. 5.5

Es bleibt mit Blick auf die später verfassten Unterlagen zu erwähnen, dass unter den zuletzt genannten Aspekten eine schwere Ausprägung der Depression, wie sie die Ärzte des Sanatoriums H.____ im Austrittsbericht vom 26. April 2017 postulierten (vgl. E. 4.7), und von Prof. G.____ in Abrede gestellt wurde (vgl. E. 4.9.2) , wenig plausibel scheint . Die Ärzte

äusserten sich auch nicht zur Arbeitsfähigkeit beim Klinikaustritt Ende März 2017. Ihrem Bericht ist aber

immerhin zu entnehmen, dass mit der Klägerin die Wiederaufnahme des Belastungstrainings thematisiert wurde, diese jedoch zuerst den Umzug infolge der Trennung von ihrem bisherigen Partner

abschliessen wollte (vgl. E. 4.7).

Dr. D.____ berichtet e

später (vermutlich im September 2017) , dass aufgrund psychosozialer Belastungen zwischenzeitlich erneut eine voll e Arbeitsunfähigkeit habe attestiert werden müssen, wobei er einzig die Wohnsituation näher aus führte. Da nach wohnte d ie Klägerin zwischen April und September 2017 teils bei ihrem Vater, teils bei einer Freundin und teils bei ihrem neuen , im Sanatorium H.____ kennengelernten

Partner (vgl. E. 4.8), nachdem sie sich gegen ein be treutes Wo hnen entschieden hatte (vgl. E. 4.7). Für die rückwirkend für die Zeit vor dem Klinikaufenthalt attestierte volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 4.5) findet sich dabei ebenso wenig eine Erklärung, wie für die Abstufung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Klinikaufenthalt (vgl. E 4.8).

Z usammenfassend waren die Ärzte des Sanatoriums H.____ somit der Auffas sung, die Klägerin könnte im April 2017 wieder beruflich eingegliedert werden . Dr. D.____

entsprach indessen mit Bescheinigung einer vollen Arbeits un fähig keit vorderhand i hrem Wunsch, dass sie vor der Arbeitsaufnahme ih re Wohn situation regeln wollte. Die von ihm attestierte Arbeits un fähigkeit begründet e er nicht; i ns besondere erhellt sich aus seinen Angaben nicht, weshalb es für die Klägerin belastend gewesen sein soll, bei den angegebenen Personen zu w ohnen , so dass sich ihr Gesundheitszustand bis zur vollen Arbeitsunfähigkeit verschlech terte. Im Gutachten von Prof. G.____ wurde denn auch ein völlig anderer Grund für die Krise im August 2017 genannt, nämlich Übergriffe ihres früheren Freundes (vgl. E. 4.9.2). Wann die Klägerin nach dem stationären Aufenthalt im Frühjahr 2017 zudem (wieder) in welchem Umfang begann, Cannabis zu konsumieren, lässt sich anha nd der Akten nicht feststellen. 6.

Nach dem vorstehend Ausgeführten lässt sich mit den ordentlichen Beweismass der vollen Überzeugung für den Zeitraum vom 23. Mai 2016 bis 19. August 2017 nur eine (anhaltende)

Arbeits un fähigkeit von 50 % bezogen auf ein Vollzeitpensum in der angestammten wie auch einer angepassten Tätigkeit bestätigen . Aus genommen davon ist e ine volle Arbeitsunfähigkeit während der stationären Be handlung vom 6. Februar bis 31. März 2017 . Dannzumal war die Klägerin indes sen bereits aus dem Kreis der Versicherten ausge schieden und ihr Versicherungs schutz erloschen .

Wie in E. 3.3 erörtert, wird das Taggeld bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit entspre chend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet, allerdings erst ab einer Min destarbeitsunfähigkeit von 25 %. Bei einer Arbeits (un) fähigkeit von 50 % (bezo gen auf ein Vollzeitpensum) in der angestammten Tätigkeit und einem versicher ten Arbeitspensum von 60 % beträgt die Einkommenseinbusse $\frac{1}{6}$ und das Tag geld folglich gerundet Fr. 17.-- (= Fr. $46'727.25 \times 0.8 : 365 \times 0.17$) . Mit anderen Worten beträgt die teilweise Arbeitsunfähigkeit knapp 17 %, womit die Beklagte eine über den 23. Mai 2016

hinausgehende Leistungspflicht zu Recht verneinte. Die Klage ist folglich abzuweisen. Offen gelassen werden kann unter diesen Umständen die Frage der Anrechnung der halben Rente der Invalidenversicherung auf die Taggeldleistungen im eingeklagten Zeitraum, obschon diese im Wesentlichen den seit Jahren vorbestehenden Erwerbsausfall und nicht den bei der Beklagten versicherten Verdienst deckte. 7.

Das Verfahren ist kostenlos, da es sich um eine Streitigkeit aus einer Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung handelt (vgl. Art. 114 lit. e ZPO i.V.m. § 33 Abs. 1 GSVGer). 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

Februar bis 31.

März 2017 (Urk. 2/30), im August 2017 (Urk. 2/32, Frage 1.3) sowie ab 30. Juli 2018, kurz nach Beginn eines von der Invalidenversicherung verfüzten Belastbarkeitstrainings (Urk. 2/35-36). Derweilen liess die SWICA Krankenversicherung AG die Versicherte mit Schreiben vom 18.

Juli 201

E. 7

wissen, dass sie an der mitgeteilten Leistungseinstellung festhalte (Urk. 2/33).

Im Juli 2019 brachte die Versicherte ein Kind zur Welt. Danach liess die Invalidenversicherung sie erneut begutachten. Das jüngste psychiatrisch-orthopädische Gutachten der C.____, datiert vom 30. März 2021 (Urk. 7/77.2). Gestützt hierauf erhöhte die Invalidenversicherung

mit Verfügung vom 5. August 2021

die bisherige halbe auf eine ganze Invalidenrente mit Wirkung ab 1. November 2017 (Urk. 22). 2.

2.1

Mit Eingabe vom 13. Dezember 2021 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Fleisch (Urk. 3), Klage gegen die SWICA Krankenversicherung AG (Urk. 1). Darin

beantragte sie, die Beklagte sei zu verpflichten, ihr nach Abzug der Leistungen der Invalidenversicherung Krankentaggelder für den Zeitraum vom 23. Mai 2016 bis 19. August 2017 im Restbetrag von Fr. 32'714.50 zuzüglich 5 % Zins ab dem 18. Juli 2017 zu leisten; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MWSt) zulasten der Beklagten (Urk. 1 S. 2 und 17). 2.2

Mit Verfügung vom 20. Dezember 2021 setzte das Sozialversicherungsgericht der Beklagten eine Frist von 30 Tagen zur Einreichung der Klageantwort an (Urk. 4). Diese wurde am 28. Januar 2022 erstattet mit dem Antrag, die Klage sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Klägerin abzuweisen (Urk. 6 S.

2). Mit Verfügung vom 1. Februar 2022

ordnete das Gericht einen zweiten Schriftenwechsel an (Urk.

E. 8

). In der innert erstreckter Frist (Urk. 9 und 10)

eingereichten Replik vom 30. Mai 2022 hielt die Klägerin an ihrem Antrag fest (Urk. 12 S.

1). Ebenso hielt die Beklagte in der Duplik vom 4.

Juli 2020 an der Abweisung der Klage fest. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie dabei erstmals um Sistierung des Verfahrens bis zum Abschluss des Verfahrens der Invalidenversicherung (Urk.

16). Die ihr mit Verfügung vom 6.

Juli 2022 angesetzte Frist zur Wahrung des rechtlichen Gehörs liess die Klägerin unbenutzt verstreichen (Urk.

17; Zustellbeleg Urk.

18), was der Beklagten mit Verfügung vom 23. September 2022 mitgeteilt wurde (Urk.

19). 2.3

Auf Anfrage des Gerichts (Urk. 20) reichte die Klägerin mit Schreiben vom 10. November 2022 (Urk. 21) so dann die jüngste Rentenverfügung der Invalidenversicherung vom 5. August 2021 (Urk. 22) ein. Infolgedessen trat das Sozialversicherungsgericht mit Verfügung vom 16. November 2022 nicht auf den Sistierungsantrag der Beklagten ein und setzte jener gleichzeitig Frist an, um sich zum invalidenversicherungsrechtlichen Entscheid zu äussern (Urk. 23). Deren Stellungnahme vom 24. November 2022 (Urk. 25) wurde der Klägerin mit Verfügung vom 26. Januar 2023 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 26). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

und Urk. 7/78).

Da das Vertragsverhältnis eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung 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]; Art. 1 lit.

b AVB). Am 1. Januar 2022 trat zwar das revidierte Versicherungsvertragsgesetz (nVVG) in Kraft. Für zu jenem Zeitpunkt bereits abgeschlossene Verträge, wie den vorliegenden Kollektivversicherungsvertrag, gelangen nach der Übergangsbestimmung in Art. 103a nVV jedoch

(abgesehen von den Formvorschriften und dem Kündigungsrecht, die hier ohne Belang sind) weiterhin die Bestimmungen des VVG zur Anwendung, wie sie bis 31. Dezember 2021 gegolten haben.

Subsidiär finden die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) Anwendung (Art.

100 Abs. 1 VVG). 3.2

Die Parteien sind sich sodann einig, dass das Arbeitsverhältnis der Klägerin per 31. Dezember 2016 endete, womit sie aus dem versicherten Betrieb (bzw. versicherten Personenkreis , Art. 5 AVB) ausschied und ihr Versicherungsschutz nach Art. 25 in Verbindung mit Art. 42 A VB erlosch (Urk. 2/10 und 7/78, jeweils S.

7

f.) . Ein Übertritt in die Einzelversicherung steht nicht zur Diskussion (Urk. 6 S.

E. 13

oben ; Urk. 12 S. 6 oben).

Die Klägerin brachte aber

zutreffend vor (Urk. 12 S. 5 f.), dass in Ziff. 4.4 des Kollektivversicherungsvertrags abweichend zu den vor genannten Versicherungsbedingungen eine " Nachleistung bei Austritt mit

laufender Arbeitsunfähigkeit " vorgesehen ist. Danach bezahlt die Beklagte das Taggeld für Krankheiten, die während der Vertragsdauer eingetreten sind, noch bis zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer, wobei die Leistungen der Kollektivversicherung belastet werden. Neue Arbeitsunfähigkeiten sind hingegen explizit nur versichert , sofern vom Übertritt in die Einzelversicherung Gebrauch gemacht wurde (vgl. Urk.

2/9 und 7/78, jeweils S. 4) . 3.3

Als Arbeitsunfähigkeit gilt nach Art. 16 AVB die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Nach drei Monaten Arbeitsunfähigkeit wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Arbeitsausfälle wegen ambulanten Untersuchungen oder Behandlungen begründen keinen Taggeldanspruch (Art. 17 AVB) .

Ist die versicherte Person nach ärztlicher Feststellung arbeitsunfähig, bezahlt die Beklagte bei voller Arbeitsunfähigkeit das im Vertrag aufgeführte Tag geld (Art. 12 AVB) . Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % wird das Taggeld gemäss Art. 13 AVB entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.

S peziell e Regeln greifen bei

Personen, die als arbeitslos im Sinne von Art. 10 des Bundesgesetz es über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (AVIG) gelten (dazu Art. 14 AVB; zu den einzel nen Bestimmungen: Urk. 2/ 10 und Urk. 7/78) . 3.4

Gemäss der auch im Bereich des Versicherungsvertrags geltenden Grundregel von Art. 8 des Zivilgesetzbuches (ZGB) hat dabei der Anspruchsberechtigte

die Tatsachen zur "Begründung des Versicherungsanspruches" (Marginalie zu Art. 39 VVG) zu beweisen. Es ist daher

an der Klägerin als Versicherte, die Tatsachen bezüglich des Eintritts des Versicherungsfalls und des Umfangs des Anspruchs zu behaupten und zu beweisen. Daran ändert n ichts, dass die Beklagte die Leistung von Taggeldern eingestellt hat, nachdem sie solche zunächst ausbezahlte. Viel mehr hat auch in diesem Fall die versicherte Person

nachzuweisen, dass sie (weil weiterhin) einen Anspruch auf Taggelder hat. Wie das Bundesgericht in seiner jüngsten Rechtsprechung betonte, gilt für die behauptete Arbeitsunfähigkeit nicht das reduzierte Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, sondern das ordentliche Beweismass der vollen Überzeugung. Der Beweis gilt somit als erbracht, wenn das Gericht nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist. Absolute Gewissheit kann dabei nicht verlangt werden. Es genügt, wenn das Gericht am Vorliegen der behaupteten Tatsache keine ernsthaften Zweifel mehr hat oder allenfalls verbleibende Zweifel als leicht erscheinen (vgl. BGE 148 III 105 E. 3.3.1; Urteile des Bundesgerichts 4A_144/2021 vom 13. September 2021 E. 4.2. 1 und 5.2 und 4A_86/2022 vom 8. April 2022 E.

3.1 und 4.3). Gelingt es indessen der Beklagten, im Rahmen des ihr zustehenden Gegenbeweises bei einer Gesamtwürdigung der Beweise an der Sachdarstellung der Klägerin erhebliche Zweifel zu wecken, so ist deren Hauptbeweis gescheitert (vgl. BGE 130 III 321 E. 3.4-5). 4. 4.1

Zum Vorzustand der Klägerin ist dem polydisziplinären A.____-Gutachten vom 21. März 2013 im Auftrag der Invalidenversicherung zu entnehmen, dass der Klägerin nach einer Sequesterentfernung aufgrund der somatischen Befunde körperlich schwere, insbesondere rückenbelastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Sie sollte zudem nicht in Zwangshaltungen arbeiten müssen. Aus somatischer Sicht sei sie in der bisherigen Tätigkeit als Sozialagogin und Betreuerin, in der sie sich frei bewegen könne und nicht repetitiv mit Lasten über 10 kg hantieren müsse, somit voll arbeitsfähig.

Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere aus der chronischen Schmerzsymptomatik, die durch das psychosomatische Leiden dominiert werde. Diesbezüglich billige man der Klägerin nach operiertem Rücken und möglicherweise somatisch mitbedingter Schmerzproblematik eine gesamthafte Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit von 50 % zu. Hierbei betrage der psychosomatische Anteil 40 %, die somatische Komponente 10 %. Mit Blick auf die Überwindbarkeit des Leidens bestünden als Begleiterkrankungen eine Panik- sowie eine Angst- und depressive Störung gemischt. Von einer misslungenen Behandlung könne bei somatischen Therapieansätzen nicht gesprochen werden. Anamnestic sei Hauptursache der psychosomatischen Problematik ein kulturell bedingter familiärer Konflikt. Auch der überraschende Tod der Mutter sei nicht adäquat verarbeitet worden (vgl. Urk. 2/21 S. 43 f.) 4.2

Im

vorliegend zu beurteilenden

Versicherungsfall wurde der Klägerin erstmals mit Arzteugnis vom 24. August 2015 ab sofort bis 30. August 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit attestiert (Urk. 2/12).

Vom 14. September bis 10. Oktober 2015 wurde sie sodann in den

Kliniken E.____ (Klinik für Rheumatologie und internistische Rehabilitation) stationär behandelt.

Gemäss Austrittsbericht "Psychosomatik" vom 14. Oktober 2015

(Urk. 2/14) fanden fünf fach psychiatrische Konsultationen statt

und wurde Einsicht in psychiatrische Behandlungsunterlagen genommen.

Die Klägerin berichtete mitunter, dass das Arbeitspensum von 60 % sie vollumfänglich beanspruche. Die übrige Zeit brauche sie, um sich zu erholen. Für den Haushalt und den Hund bleibe kaum Zeit. Mit ihrer Familie gehe es zum Glück seit zwei Jahren besser. Seit geraumer Zeit sei sie irgendwie definitiv erschöpft und nach bald 15 Jahren im agogischen Dienst nicht mehr sicher, ob dieser Berufsweg für sie noch der richtige sei.

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. F.____, diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1), eine Panikstörung/episodisch paroxysmale Angst (ICD-10: F41.0; Differentialdiagnose generalisierte Angststörung, ICD-10: F41.1) sowie eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10: F45.4).

Zur Kupierung der Panikattacken habe man zur mitgebrachten Medikation mit Johanniskraut und Quetiapin zusätzlich

Temesta

expidet verordnet. Dr. F.____ attestierte der Klägerin eine volle Arbeitsunfähigkeit bis einige Tage nach dem Aufenthalt;

ab 19. Oktober 2015 bestehe eine 50%ige-Arbeitsfähigkeit (auch Urk. 2/15). Die Klägerin werde mittelfristig zukünftig auf keinen Fall mehr als 50 % arbeitsfähig sein. Vor einer Steigerung jenseits dieser Marke werde mittelfristig ausdrücklich gewarnt. Die Klägerin neige unverändert dazu, sich zu überfordern. Aus arbeitsmedizinischer Sicht gehe es prioritär darum, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zu erhalten.

Sollte man mittelfristig mehr verlangen, drohe die langfristige, wahrscheinlich volle Arbeitsunfähigkeit. Noch eindringlicher sei vor einer 100%igen Krankenschreibung (somatopsychische

Dekonditionierung) zu warnen. 4.3

Im Bericht vom 25. Januar 2016 attestierte Dr. D.____ der Klägerin vom 16. bis 29. November 2015 und ab dem 26. Dezember 2015 bis auf Weiteres erneut eine volle Arbeitsunfähigkeit

(Urk. 2/16). Er

diagnostizierte (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (ICD-10: F33.2) mit vermehrten Ängsten und Zwangsgedanken vor dem Hintergrund eines gesellschaftlichen, kulturellen Konflikts, (2) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: 45.41) bei einer familiären Belastungssituation, (3) eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) sowie (4) den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei körperlichem und sexuellem Missbrauch in der Partnerschaft, aktuell mit anfallsartigen traumatischen Erinnerungen mit deutlicher vegetativer Symptomatik und Dissoziationen.

Aufgrund der schweren depressiven Symptome (schwere Antriebsminderung und Affektstarrheit, zeitweise suizidale Gedanken, schwere Störungen der Vitalgefühle) sei die Klägerin in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit vollständig eingeschränkt. Selbst kleinste Haushaltstätigkeiten würden sie derzeit überfordern. Einen Versuch mit Cipralextropfen ab dem 21. Dezember 2015 habe die Klägerin wegen starker Übelkeit abbrechen müssen.

Geplant sei ein Versuch mit Lithium. Pregabalin habe zu einer Reduktion der Angstsymptomatik geführt . 4 .4 4 .4 .1

Am 2. Mai 2016 erstattete

Dr. Z. ____

sein Gutachten im Auftrag der Beklagten.

Die Klägerin gab an , sie habe mit 18 Jahren in Serbien traditionell einen Albaner heiraten müssen.

Jener habe sie betrogen, mit Tropfen betäubt, um mit ihr schlafen zu können , sie geschlagen

und psychisch fertig gemacht. Mit 22 Jahren habe sie sich scheiden lassen (Urk. 2/18 S. 22) .

Ihre Mutter sei im Jahr 2007 an einem akuten Herzinfarkt verstorben (Ur k.

2/18 S . 15). Damals habe sie auch zwei Schleudertraumen als Auto lenkerin erlitten (Urk. 2/18 S. 18).

Seit

5,5 Jahren wohne sie

mit ihrem Freund zusammen . Schulden und Beteiligungen habe sie keine.

Schon das Aufstehen bereite ihr aufgrund der Schmerzen Schwierigkeiten. Es sei ihr alles zu viel. Sie könne noch ab und zu den Boden wischen , nicht aber alleine einkaufen . Ihr Freund staubsauge und trage die schweren Sachen. Hobbies habe sie keine, sie habe alles verloren. Sie habe nur einen Chihuahua, mit dem sie zweimal täglich 20 Minuten nach draussen gehe . Sie treffe keine Freunde und habe keinen Besuch. Der Bruder könne nur kurz alleine, nicht aber mit Frau und Kind vorbei kommen. Sie esse nichts zu Mittag, schaue den ganzen Tag fern und warte auf ihren Freund. Er koche am Abend, danach würden sie gemeinsam die Küche aufräumen

(Urk. 2/18 S. 17 f. und 23) .

Sie habe Angst davor, dass jemand schlimm erkrankte oder ihrem Freund / Vater etwas Schlimmes zustosse . Sie habe schlimme Verlustängste , denke nur negativ und habe Panikattacken . Sie könne allein keine öffentlichen Verkehrsmittel nutzen , fahre nie Bus oder Tram. Grössere Menschenansammlungen seien problematisch (Urk. 2/18 S. 24).

Im Jahr 2015 sei ihr alles zu viel gewesen. Sie habe während der Autofahrt plötzlich nicht in den Tunnel fahren können. Sie habe Angst- und Panikattacken bekommen und auf dem Weg zur Arbeit drei- / viermal anhalten müssen. Einige Male hätten sie die Geschwister (zu denen ein guter Kontakt bestehe , Urk. 12/18 S. 14 unten) vom Pannestreifen auf der Autobahn abholen müssen. Seit Anfang April 2016 fahre sie

kurze Strecken. Sie habe ihre Arbeit gerne gemacht. Sie sei hingegangen, obschon sie todmüde gewesen sei und sehr viel Verantwortung übernehmen müssen, nur um eine Tagesstruktur zu haben und durchzuhalten. Danach habe sie nur noch geweint. Trotz der Medikamente (Temesta) sei es ihr nicht gut gegangen. Die Klienten hätten haufenweise Probleme. Psychosoziale Belastungen habe es keine gegeben – weder mit dem Freund noch auf der Arbeit. Sie könne nicht sagen, was zur Dekompensation im Dezember 2015 geführt

habe (Urk. 2/18 S. 22 f.) . Vom 10. Oktober bis 24. Dezember 2015 habe sie 50 % gearbeitet (Urk. 2/18 S. 16 Mitte). 4 .4 .2

Dr. Z.____

qualifizierte die gegenwärtige depressive Episode

als leicht bis mittel gradig. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit billigte er der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie der Panikstörung/episodisch paroxysmale Angst , Differentialdiagnose generalisierte Angststörung zu (Urk. 2/18 S. 32).

Es liege keine psychiatrische Erkrankung vor, die geeignet sei, das positive Leistungsbild mittel- bis längerfristig im

60

%- P en sum

als Behindertenbetreuerin zu mindern . Bezogen auf jenes bestehe ab sofort eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bei voller Leistungsfähigkeit. In einer leidens angepassten Tätigkeit bei einem konfliktarmen Arbeitgeber ohne besondere Anforderungen an das Anpassungsvermögen oder

Termin- und Zeitdruck sei die Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Vollzeitpensum allenfalls um 30 % eingeschränkt und könne bei der jungen Klägerin nach Anpassung der Therapie innert acht Wochen auf 100 % gesteigert werden. Die Angaben gälten spätestens ab der Begutachtung , überwiegen d wahrscheinlich bereits ab 19. Oktober 2015 (vgl. Urk.

2/18 S. 41 und 47 f. ; Urk. 2/23 S. 4 und 7) . 4 .4 .3

Zur Begründung

führte er

aus , die psychopathologischen Auffälligkeiten im Befund würden auf eine mindestens leichte bis mittelgradige depressive Störung schliessen

lassen .

Das berichtete , zwanghaft kreisende Denken und Grübeln habe sich nicht objektivieren lassen . Die soziale Teilnahme sei im privaten Bereich nicht wesentlich eingeschränkt, die Klägerin habe zu allen Angehörigen guten Kontakt. Das Tagesprofil weise auf ein reduziertes Aktivitätsniveau hin, wobei sich die Klägerin aufgrund körperlicher Beschwerden eingeschränkt fühle . Die Angaben seien nicht objektivierbar (Urk. 2/18 S. 35 f.) . In den häuslichen und ausserberuflichen Pflichten sowie Freizeitaktivitäten , aber auch in ihrer Wegfähigkeit sei sie nicht eingeschränkt (Urk. 2/18 S. 31 f.).

Die mittelgradige depressive Episode habe sich trotz fachärztlicher Behandlung offensichtlich nur leicht gebessert (erkennbar chronischer Verlauf über mehrere Jahre mit unwesentlicher Besserung, Urk. 2/18 S. 38 oben) .

Aktenkundig sei ein subjektives Schmerzsyndrom, wodurch sich die Klägerin insuffizient und im Selbstwertgefühl reduziert erlebe. Aufgrund der angegebenen körperlichen Schmerzen ohne ausreichende Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat sei bereits in der Vergangenheit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen

Faktoren diagnostiziert worden. Gegenwärtig stehe die Schmerzsymptomatik jedoch nicht im Vordergrund (Urk. 2/18 S. 36) .

Es lägen

erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren (finanzieller Engpass, Migrationshintergrund, Rentenstreit) vor . Bis auf die psychotherapeutische Behandlung bei m Hausarzt / Psychotherapeuten habe bis anhin keine adäquate Behandlung stattgefunden . Pregabalin und Quetiapin würden angesichts der Medikamentspiegel nicht in der angegebenen Dosis eingenommen . Zusammenfassend liege ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild bezüglich Aktenlage, Eigenanamnese, Beobachtung, Untersuchungsbefund , Tests zur Beschwerdevalidierung, Selbsteinschätzung und Medikamenten-Monitoring vor

(vgl. Urk.

2/18/ 39 f.; Urk. 2/23 S. 3 f.). 4 .4 . 4

Zum Bericht der Kliniken E.____ vom 14. Oktober 2015 hielt Dr. Z.____ fest, zur

Diagnostik und Leistungsfähigkeit ergäben sich keine Diskrepanzen. Es könne darauf abgestellt werden.

Nicht nachvollziehbar sei eine volle Arbeitsunfähigkeit, wie sie von Dr. D.____ im Bericht vom 25. Januar 2016 attestiert worden sei . Die Kriterien für eine schwere depressive Episode seien nicht erfüllt. Zudem sei weder eine fachärztliche psychiatrisch bzw. stationäre Behandlung veranlasst worden , noch würden die Medikamente eingenommen. Ebenso wenig lägen die Diagnosekriterien einer PTBS vor. Es sei auch unzulässig, die beiden Diagnosen gleichzeitig zu stellen

(vgl. Urk. 2/18 S . 43-45 ; Wiederholung, Urk. 2/23 S. 5) .

In der Stellungnahme vom 14. Juni 2016 (Urk. 2/23)

ergänzte

Dr. Z.____ zum vorgelegten A.____ -Gutachten vom 21. März 2013 (Urk. 2/21) , histrionisch akzentuierte Persönlichkeitszüge würden aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Eine Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2) sei nur zu diagnostizieren , wenn weder die Angst noch die Depression eindeutig vorherrsche und keine der Störungen für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertige. Folglich hätten die depressiven Symptome den Schweregrad einer leichten depressiven Episode nicht erreicht und eine zusätzliche Panikstörung sei nicht nachvollziehbar . Das psychiatrische Teilgutachten sei, wie vom RAD dargetan, weder mit Bezug auf die diagnostische Einschätzung noch die Beurteilung der

Leistungsfähigkeit nachvollziehbar (Urk.

2/23 S. 6). 4 .5

Dr. D.____ gab hierauf in

der Stellungnahme vom 5. August 2016 zu bedenken , liege keine Dysthymie vor, würden depressive Episoden meist fluktuierend mit depressiven Phasen unterschiedlicher Ausprägung und symptomfreien Intervallen verlaufen. Im Dezember 2015 habe die Klägerin unter suizidalen Gedanken gelitten, jedoch keinen Suizidplan entwickelt und sei

absprachefähig gewesen . Eine fürsorgerische Unterbringung wäre daher nicht angemessen gewesen. Die damalige Symptomatik habe die Diagnose einer schweren depressiven Episode gerechtfertigt

(Urk. 2/24 Ziff. 1). Nicht nachvollziehbar sei indessen , dass

Dr.

Z.____ bei einer nur leichten bis mittelgradigen depressiven Episode mit dem Medikamentenspiegel argumentiere bzw. entgegen den Leitlinien dringend ein Antidepressivum fordere (Urk. 2/24 Ziff. 5).

Zudem habe die Klägerin bei der Spiegelbestimmung Pregabalin und Quetiapin in Absprache mit ihrem Arzt bereits reduziert gehabt. Ab 18. März 2016 sei eine Behandlung mit Trittico eingeleitet worden . Jener Spiegel habe vernachlässigbar unterhalb des Referenzbereichs gelegen, was Dr. Z.____ gewusst, aber nicht berücksichtigt habe (Urk. 2/24 Ziff. 3).

Er selbst verfüge

über eine abgeschlossene systemische Psychotherapieausbildung, habe diverse Weiterbildungen / Seminare besucht, sei seit dem Jahr 2008 durchgehend psychiatrisch / psychotherapeutisch tätig und habe die schriftliche psychiatrische Facharztprüfung erfolgreich bestanden. Derzeit sei er an der Abschlussarbeit für die mündliche Prüfung. Den Fach arzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie werde er voraussichtlich im August 2017 erhalten

(Urk. 2/24 Ziff. 4).

Ferner

habe die Klägerin vom 16. bis 29. November 2015 montags, mittwochs und freitags jeweils vier Stunden gearbeitet bzw. sei nur zu 70 % arbeitsunfähig gewesen. Erst ab

dem 26. Dezember 2015 sei ihr eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden (Urk. 2/24 Ziff. 2) . Im Übrigen beurteilte Dr. D.____

sie auch vom 7. März bis 20. Juni 2016 als voll arbeitsunfähig . Für den Monat August 2016 differenzierte er zwischen einer vollen Arbeitsunfähigkeit beim alten Arbeitgeber und einer sonstigen Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 2/22). 4 . 6

Das Modul A Arbeitsdiagnostik/Potentialabklärung, das vom 21. November bis 16. Dezember 2016 geplant war, wurde gemäss

ergo-/arbeitstherapeutischem Austrittsbericht der B.____ vom 22. Dezember 2016

per 9. Dezember 2016 frühzeitig beendet . Eine Reduktion der Teilnahme auf Montag, Mittwoch und Freitag jeweils von 10 bis 12 Uhr habe die Klägerin anfänglich als deutliche Entlastung wahrgenommen. Dennoch habe sie sich bei deutlich eingeschränkter Regenerationsfähigkeit erschöpft gefühlt

und die reduzierte Tagesstruktur nicht aufrecht erhalten können . Sie richte einen sehr hohen Leistungsanspruch an sich, wodurch sie sich zusätzlich unter Druck setze. Schwierigkeiten hätten sich durchgehend in den kognitiven Merkmalen gezeigt. Sich über einen längeren Zeitraum zu konzentrieren, sei schwierig gewesen. Sie habe sich rasch ablenken lassen und das Arbeitstempo sei deutlich reduziert gewesen. Grosse

Schwierigkeiten habe es ihr bereitet, Entscheidungen zu treffen. Der Arbeitsweg sei belastend gewesen, insbesondere das Fahren mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

Eine direkte Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sei somit nicht erreichbar. Die Belastbarkeit sei deutlich reduziert und die gesundheitliche Stabilisierung mit einer intensiven therapeutischen Begleitung, z.B. in Form eines stationären Aufenthalts, scheint notwendig zu sein.

(Urk. 2/29). 4.7

Vom 6. Februar bis 31. März 2017 erfolgte eine stationär-psychiatrische Behandlung im Sanatorium H. _____. Im Austrittsbericht vom 26. April 2017 wurde eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dependenten und histrionischen Anteilen (ICD-10: F61.0) diagnostiziert. Als Nebendiagnosen aufgelistet wurden eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41).

Die Klägerin schilderte mitunter Zwangsgedanken aggressiven Inhalts; sie habe sich vorgestellt, mit einem Messer oder einer Schere ihren Partner, ihren Hund oder sich selbst zu verletzen. Einige Monate habe sie die Wohnung dann nicht mehr verlassen und lebe immer noch sozial zurückgezogen. Im Dezember 2016 habe sie sich auf dem Arbeitsweg vorgestellt, andere Reisende vor den Zug zu stossen oder selber vor den Zug zu springen. Im Jahr 2012 habe sie sich vorübergehend durch starkes Kratzen an den Armen selbst verletzt und bis heute immer wieder Suizidgedanken (Überdosis Medikamente) gehegt. Im Dezember 2015 sei sie wegen des steigenden Arbeitsanfalls infolge eines ökonomisch bedingten Personalabbaus, ihres eigenen Perfektionismus sowie ihrer mangelnden Abgrenzungsfähigkeit dekompenziert.

(Urk. 2/30 S. 1 f.).

Die Ärzte berichteten, es sei eine Behandlung der generalisierten Angststörung mit Lyrica begonnen worden. Die Medikation mit Jarsin sei gestoppt, diejenige mit Trittico beibehalten worden. Im Verlauf der Therapie habe es die Klägerin geschafft, zunehmend unabhängiger zu agieren. In einem wichtigen Familiengespräch hätten die Brüder zu ihrer Überraschung ihr Anliegen nach einem selbst bestimmten Leben positiv aufgenommen. Kurze Zeit nach dem Eintritt habe sich die Klägerin von ihrem Partner getrennt. Da sie Angst vor dem Alleinsein und der Bewältigung des Alltags gehabt habe, seien Besichtigungen für ein betreutes Wohnen organisiert worden. Letztlich habe sie sich entschieden, zu einer Freundin zu ziehen. Es sei eine psychiatrische Spitex für drei Monate organisiert worden. Bezüglich der Ängste im öffentlichen Raum sei eine stufenweise Expositionstherapie etabliert worden (Klinikgelände, öffentliche Verkehrsmittel, Aufenthalte in der Stadt, Besuche abendlicher Veranstaltungen), wobei sie das Salsa-Tanzen als Ressource entdeckt habe.

Sie wolle auch wieder in den Turnverein gehen. Beim Austritt habe die Klägerin sich wieder vermehrt im öffentlichen Raum bewegen können, obwohl die Ängste weiterhin bestanden hätten. Die Wiederaufnahme des Belastbarkeitsstrainings sei thematisiert worden, wobei sich die Klägerin durch den Umzug und den damit einhergehenden Konflikt bereits sehr belastet gefühlt habe und zunächst diesen Schritt habe abschliessen wollen. Der Zustand bei Austritt sei gebessert bei weiter bestehenden depressiven und ängstlichen

Symptomen

(Urk. 2/30 S. 4 f.).

Es wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit für die Dauer des Klinikaufenthalts attestiert (Urk. 2/31). 4 .8

Im nächsten, undatierten Bericht übernahm Dr. D.____ die soeben genannten Diagnosen (Urk. 2/32 Frage 1.1) . Er führte aus, die

Klägerin befürchte negative Konsequenzen ihrer Entscheidungen, weshalb sie diese häufig delegiere. Oft ver suche sie, Aufmerksamkeit und Anerkennung über körperliche oder seelische Lei den zu erhalten. Hintergrund seien Identitätsschwierigkeiten im Kontext eines kulturellen Konflikt s und de r intern alisierten strengen Erwartungen und Bestra fungen

der Mutter. All dies koste sie viel psychische Energie ; auf zusätzliche psy chosoziale Belastungen reagiere sie überfordert , m it Angst, Panik oder depressi ven Symptomen.

Sie habe in der Therapie schon einiges gelernt und umsetzen können , sich e twa vo m Partner getrennt .

Sie habe dann bei m neuen Partner, einer Freundin und d em Vater gewohnt, was zur neuerlichen Dekompensation beige tragen haben könnte. Ende August 2017 habe eine stationäre Krisenintervention stattgefunden .

Aufgrund d e r psychosozialen Belastungen sei zwischenzeitlich eine volle Arbeitsunfähigkeit nötig gewesen. Voraussichtlich Ende September 2017 könne sie eine Wohnung beziehen und wolle sich dann wieder dem Arbeits leben widmen (Urk. 2/32 Frage 1.4).

Als A gogin sei sie mit ihren persönlichen Themen massiv überfordert . Bei der Arbeit könnten sich die Belastungen in Angstzuständen, Insuffizienzgefühlen, vermehrten Schmerzen, Überforderungsgefühl und Abgrenzungsschwierigkeiten bemerkbar machen. Zudem könnte die Klägerin mit Entscheidungen überfordert werden, sollte ihre Verantwortungsfähigkeit und Kompetenz falsch eingeschätzt werden. Anzustreben sei eine Tätigkeit, die weniger Abgrenzungsfähigkeit erfor dere und psychisch weniger belastend sei . Als langfristiges Ziel strebe sie eine Arbeitsfähigkeit von 50 % an. Ab 1. Oktober 2017 bestehe eine solche von 30 % . Vier Stunden pro Tag könnte sie in Zukunft bewältigen. Möglicherweise könne die Arbeitsfähigkeit in einigen Jahren gesteigert werden (Urk. 2/32 Fragen 1.6-1.8). Die Rückbildung der depressiven und ängstlichen Anteile habe die Prognose etwas gebessert, die Persönlichkeitsstörung bedürfe aber

einer mehrjährigen The rapie (Urk. 2/32 Frage 1.4).

Letztlich bescheinigte Dr. D.____ der Klägerin vom 19. Dezember 2016 bis 14. Januar 2018 abermals eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. Urk. 2/31). Es ist anzumerken, dass das erste Ar zt zeugnis, mit dem eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 19. Dezember 2016 bis 15. Januar 2017 attestiert wurde, vom 5. Januar 2017 datiert. Ebenfalls im Nachhinein, nämlich am 3. April 2017, bescheinigte er eine Verlängerung der vollen Arbeitsunfähigkeit vom 16. Januar bis 6. Februar 2017. 4.9 4.9.1

Die erst (nach dem hier interessierenden Zeitraum)

von der Inv alidenversicherung beim C.____ durchgeführte psychiatrische Begutachtung b lieb ergebnislos. Prof. Dr. med. G.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie

Neurologie , konstatierte im Gutachten vom 24. Mai 2018 , die im Blutserum vorgefundenen Werte von 2,42 μ g/l THC und 1,07 μ g /l 11-Hydroxy-THC seien hoch und entsprächen Rauschwerten . Der THC- Carbonsäurewert von 61.8 μ g /l THC liege nur knapp unter dem Grenzwert von $\geq 75 \mu$ g /l für einen dauerhaften und gewohnheitsmäßigen THC-Konsum .

Zudem gebe die Klägerin an, drei- bis viermal in der Woche Benzodiazepine einzunehmen. Im Urindrogenscreening sei diese Substanz zwar nicht nachweisbar gewesen , doch der angegebene nicht leitliniengerechte Gebrauch sei kritisch zu sehen (im Detail: Urk. 13/1 S. 56 - 60) .

Eine Diagnosestellung, Beurteilung der Fähigkeitsstörungen sowie Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei erst nach vollständigem Substanzentzug (THC) möglich. Die Auswirkungen des Substanz-Einnahmeverhaltens der Klägerin auf die Psychopathologie seien bisher völlig unzureichend gewürdigt bzw. gänzlich ausgeblendet worden. Dabei würden deutliche Parallelen zwischen dem anhaltenden Konsum von THC respektive einer low dose- Benzodiazepineinnahme

sowie dem Störungsbild der Klägerin auffallen . Der Gebrauch der genannten Substanzen beeinflusse dieses prolongierend und verstärkend, jedoch nicht auslösend. Auslöser sei unumstritten ein ungelöster Ambivalenzkonflikt soziokultureller Prägung (vgl. Urk. 13/1 S. 60 f.). 4.9.2

Es

komme hinzu , dass divergierende Einschätzungen zur Schwere der rezidivierenden depressiven Störung vorlägen, jedoch die psychopathologischen Befunde unzureichend seien und keine schwere Depression belegen könnten. Gesagt werden könne jedoch, dass es ab Ende 2015 ganz offensichtlich zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Störungsbildes der Klägerin gekommen sei , das nach dem stationären Aufenthalt in der Klinik H.____ offenbar gebessert gewesen sei (Februar 2017) und Vorniveau erreicht habe, jedoch durch die traumatisierende Gewalterfahrung im August 2017 (Übergriffe des früheren Freundes, Urk. 13/1 S. 63) vorübergehend erneut eine Verschlechterung erfahren habe und nur allmählich das Vorgangsniveau erreicht habe

(vgl. Urk. 13/1 S. 61). 4.9.3

Prof. G.____ fügte an, die Anamnese gestalte sich schwierig, da die Klägerin darauf fixiert scheine, dass es ihr " psychisch schlecht" gehe. In der Schilderung ihrer Beschwerden bleibe sie sehr vage. Diskrepanz gebe sie an, einerseits das Haus nie zu verlassen, wobei ihr auch der Weg zur Potentialabklärung schwer gefallen sei. Andererseits gehe sie mit ihrem neuen Freund Salsa

tanzen. Fremd anamnestic habe die Angstproblematik seit der Entlassung aus dem Sanatorium H.____ deutlich gebessert. Die Klägerin beklage zudem subjektive Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit, steuere aber gelegentliche in Fahrzeug. Dabei würden die THC-Werte die neuro-kognitiven Einschränkungen erklären und eine Fahrtauglichkeit bezweifeln lassen. Die diffuse Schilderung ihrer Ängste stehe in einem gewissen Widerspruch zur Funktionalität. So sei es der Klägerin gelungen, im Mai 2018 einen Umzug zu ihrem Freund zu organisieren und durchzuführen. Auch sei sie mit ihm kürzlich im Urlaub gewesen. Gesamthaft sei eine Diskrepanz zwischen den eher diffusen Angaben zu ihren Beschwerden und ihrem tatsächlichen Lebensvollzug ersichtlich, die am

ehesten auf die histrionische Persönlichkeit der Klägerin zurückzuführen sei, die ihre Beschwerden ausgestaltet darlege (vgl. Urk. 13/1 S. 6 f.). 4.10

Nach Rücksprache mit dem Behandler (vgl. Urk. 2/34 S. 3) leistete die Invalidenversicherung Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining vom 2. Juli bis 28.

September 2018 bei der Stiftung I.____. Dieses wurde beendet, da die Klägerin ab dem 30. Juli 2018 in der Klinik J.____

hospitalisiert

war

(vgl. Urk. 2/35 und 2/36 ; Urk. 7/77.2, psychiatrisches Teilgutachten, S. 16 f.).

Im Mai 2019 heiratete sie ihren Freund, der gleichzeitig mit ihr in der Klinik H.____ behandelt worden war . Im Juli 2019 kam das gemeinsame Kind zur Welt. Nach einer erneuten psychiatrischen Hospitalisation entschied sich die Klägerin

im Mai

2020 für den Abbruch einer erneuten Schwangerschaft (vgl. Urk. 7/77.2, psychiatrisches Teilgutachten, S. 4 und 11 ; Urk. 13/1 S. 33 unten). 4.11

4.11.1

Das jüngste Gutachten des C.____, erstattet im Auftrag der Invalidenversicherung, datiert vom 30. März 2021 (Urk. 7/77.2). In der Konsensbeurteilung (Ziff. 4) wurde der Klägerin aus orthopädischer Sicht bezogen auf ein Vollzeitpensum eine quantitativ unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % für eine rückenadaptierte Tätigkeit mit intermittierend stehender, gehender und sitzender Körperposition attestiert. Empfohlen wurden eine analgetische Basismedikation, eine Co-Medikation mit Siralud sowie ein physiotherapeutisch angeleiteter Aufbau der rücken- und rumpfstabilisierenden Muskulatur. 4.11.2

Aus psychiatrischer Sicht wurden eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, ängstlich-selbstunsicheren und histrionischen Anteilen (ICD-10: F61.0), eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) sowie eine rezidivierende depressive Störung mit im Verlauf durchschnittlich mittelgradig bis beginnend schweren depressiven Episoden (ICD-10: F33.1) diagnostiziert. Während der stationären Aufenthalte habe definitionsgemäss keine Arbeitsfähigkeit bestanden, ansonsten sei bis Ende August 20

E. 17

von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Aufgrund der Gewalterfahrung habe dann vorübergehend eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab Anfang 2018 habe wieder eine Arbeitsfähigkeit von 30 % vorgelegen. Nach der Aufnahme in die Tagesklinik der B.____ am 9. Januar 2019 sei es zu keiner nachhaltigen Erholung mehr gekommen, weshalb ab jenem Zeitpunkt keine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mehr gegeben sei.

Es liege ein mässiggradiger bis schwerer Gesundheitsschaden vor. Es sei eine Mindering der Resilienz seit Kindheit anzunehmen. Mit Zunahme der Belastungen im Verlauf sei es zur psychischen Dekompensation gekommen, die sich zunächst auf mässiggradigem Niveau stabilisiert habe. Inzwischen habe sich diese trotz leitliniengerechter Behandlung unter gewissen Schwankungen chronifiziert mit allmählicher Verschlechterung der Pathologie

und häufigen psychiatrischen Hospitalisierungen, was

gemäss Mini-ICF zur anhaltenden Belastbarkeitsminderung, Reduktion der Stresstoleranz sowie deutlicher Reduktion der Durchsetzungsfähigkeit und sekundärer anhaltender mittelgradiger Störung der Affektsteuerung geführt habe. Ein deutlicher Leidensdruck sei ausgewiesen. Es seien keine Diskrepanzen zwischen dem Aktivitätsniveau und den geltend gemachten beruflichen Einschränkungen offenkundig. Es handle sich um ein verselbständigtes, nicht mehr durch eigene Willensanstrengung überwindbares Leiden. Psychosoziale Belastungen würden die Problematik in gewissem Masse unterhalten, das Störungsbild jedoch nicht direkt dominieren. Die Ressourcenlage sei dünn. Die Klägerin könne auf eine erfolgreiche Berufsausbildung zurückblicken und sei leistungsorientiert, was sie aber viel Kraft gekostet habe und die Verschlechterungstendenz miterkläre. Medizinisch-theoretisch dürfte die Verschlechterung Ende 2015 schleichend eingesetzt haben. 4.11.3

Die Klägerin gab an, sie habe Angst, der Tochter etwas anzutun. Sie seien in das ehemalige Reiheneinfamilienhaus der Schwiegereltern gezogen, weil sie die Versorgung der Familie nicht mehr geschafft habe. Ihr Ehemann habe deswegen sein Arbeitspensum auf 60 % reduziert. Für kurze, bekannte Strecken nutze sie das Auto. Das Befahren von Tunneln habe sich unter Brintellix deutlich gebessert. Sie habe ein sehr kleines soziales Netzwerk, mit aber guten Kontakten. Sie gehe gerne in der Natur spazieren, ansonsten habe sie keine speziellen Hobbies (vgl. Urk.

7/77.2, psychiatrisches Teilgutachten, S. 8 und 11). An zwei Vormittagen pro Woche kümmere sie sich allein um die Tochter, ansonsten seien jeweils der Ehemann oder die Schwiegereltern anwesend. Nach dem Frühstück kümmere sie sich um die Tochter und gehe mit ihr zum Spielplatz. Man führe gemeinsam den Hund auf einer ihr bekannten Strecke aus. Mittags wärme sie das vom Ehemann vorgekochte Essen auf. Nach dem Mittagsschlaf der Tochter gehe sie mit dieser und dem Hund eine Runde spazieren. Sie versuche auch, kleinere Haushaltsarbeiten zu erledigen. Abends koche der Ehemann, dann helfe sie die Küche aufzuräumen. Beim Abendspaziergang gehe sie meist nicht mit. Dann bade man die Tochter. Zwischen 20.30 und 21 Uhr gehe sie zu Bett (vgl. Urk. 7/77.2, psychiatrisches Teilgutachten, S. 18). Sie nutze gelegentlich noch CBD zum Entspannen. Sonst habe sie keinen Kontakt mehr mit THC oder Drogen (vgl. Urk. 7/77.2, psychiatrisches Teilgutachten, S. 19, ferner S. 24). An Medikamenten nehme sie täglich Brintellix und etwa dreimal pro Woche Temesta. Irfen nehme sie nach Bedarf zwei bis drei Tabletten am Tag. Das MTT sei wegen Corona ausgesetzt (vgl. Urk.

7/77.2, psychiatrisches Teilgutachten, S. 20). 5.5.1

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass es der Klägerin nach der ersten invalidenversicherungsrechtlichen Begutachtung im Jahr 2013

(vgl. E. 4.1) offenbar gelungen war, ihr Arbeitspensum bis ins Jahr 2015 auf 60 % zu steigern. Im August 2015 kam es jedoch zu einer gesundheitlichen Verschlechterung mit insbesondere Panikattacken (vgl. E. 4.2 und 4.4.1). Um diese zu mindern, wurde im Rahmen der

mehr wöchigen stationären Behandlung in einer Klinik für Rheumatologie und internistischen Rehabilitation mit

fünf psychiatrischen Konsultationen mitunter die Medikation angepasst. Beim Austritt wurde der Klägerin (wie

schon zuvor im A.____-Gutachten)

eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert. Dabei wurde sinngemäss

betont, dass ein höheres Arbeitspensum zu einer erneuten Dekompensation und anhaltend höhergradigen Arbeitsunfähigkeit führen würde. Gleichzeitig wurde davor gewarnt, die Klägerin weiterhin vollständig krank zuschreiben, da diese so körperlich und psychisch immer weniger belastbar sein würde (vgl. E. 4.2). Der Beweiswert des entsprechenden psychosomatischen Aus trittberichts vom 14. Oktober 2015 ist medizinisch nicht umstritten und wird auch von Dr. Z.____ ausdrücklich anerkannt

(vgl. E. 4.4.4) . 5.2

Nach dem Klinikaustritt arbeitete die Klägerin soweit ersichtlich maximal 50 % (vgl. E. 4.4.1 und 4.5 am Ende), bis Dr. D.____ sie ab dem 26. Dezember 2015

unter Hinweis auf eine Verschlechterung der depressiven Symptomatik wieder voll arbeitsunfähig schrieb (vgl. E. 4.3). Sowohl Dr. Z.____ (vgl. E. 4.4.4) als auch Prof. G.____ (vgl. E. 4.9.2) sehen im Bericht von Dr. D.____ vom 25. Januar 2016 keine zureichende Grundlage für die Diagnostizierung einer schweren depressiven Episode. Im Rahmen des vorliegenden Prozesses ist die medizinische Situation Ende 2015 nicht relevant. So bilden nur Leistungen ab dem 23. Mai 2016 Prozessgegenstand, wobei Dr. D.____

in der Stellungnahme vom 5. August 2016 selbst einräumte, dass der Verlauf der rezidivierenden depressiven Störung fluktuierend sei und sich die Diagnose aufgrund der bei der Berichterstattung festgestellten Symptomatik gerechtfertigt hätte (vgl. E. 4.5). Zum von Dr. Z.____

einige Monate später erhobenen psychopathologischen Befund äusserte er sich nicht. Aufgrund desselben (im Detail: Urk. 2/18 S. 26 ff.) bestehen zumindest erhebliche Zweifel an einer im Frühjahr 2016 noch andauernden schweren depressiven Symptomatik. Dr. Z.____

ist diesbezüglich auch beizupflichten, dass bei einer über mehrere Monate andauernden schweren depressiven Symptomatik zu erwarten gewesen wäre, dass sich die Klägerin (wie in früheren und späteren Krisensituationen) stationär hätte

behandeln lassen. Aus den im weiteren Verlauf des Jahres 2016 von Dr. D.____

ausgestellten Arztzeugnisse

(Urk. 2/22) ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine veränderte Befundlage, weshalb diese keine volle Arbeitsunfähigkeit zu belegen vermögen. 5.3

Es ist allerdings festzuhalten, dass Dr. Z.____

selbst einräumte, im Minimum liege eine leichte bis mittelgradige depressive Episode vor und die depressive Symptomatik habe sich offensichtlich nur leicht bzw. über mehrere Jahre nur unwesentlich gebessert. Sodann bestätigte auch er eine chronische Schmerzstörung, mass diese r

aber unter

Hinweis darauf, dass diese Symptomatik derzeit nicht im Vordergrund stehe, keinerlei Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei .

Im Wesentlichen berücksichtigte Dr. Z.____ bei seiner Beurteilung nur Befunde, die auf seiner eigenen Beobachtung beruhten.

Die ergänzend und zur Plausibilisierung erhobenen eigenanamnestischen Angaben liess er unter Hinweis darauf, dass er diese nicht objektivieren könne, mehr oder weniger ausser Acht. Sodann bestehen an seiner Einschätzung, dass mit einer adäquaten Therapie innert zwei Monaten eine volle Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten zu erreichen gewesen wäre , gewisse

Zweifel. Abgesehen davon, dass bis dahin nur eine unwesentliche Besserung trotz langjähriger Behandlung mit auch stationären Auf enthalten eingetreten war, kann dabei der Argumentation von Dr. D.____ hinsichtlich seiner Fachkenntnisse, des Medikamentenspiegels (vgl. auch Urk. 2/18 S. 24 oben) und der fraglichen Indikation eines Antidepressivums bei einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode (bzw. der eingeschränkten Erfolgsaussichten auch in Kombination mit den diagnostizierten psychischen Begleiterkrankungen) gefolgt werden (vgl. E. 4.5) .

Letztlich erschliesst sich aus dem Gutachten von Dr. Z.____

nicht, inwiefern sich der Gesundheitszustand der Klägerin nach dem Klinikaustritt im Oktober 2015

(respektive gegenüber der Einschätzung der Gutachter des A.____) bis im Frühjahr 2016 massgeblich gebessert und der Klägerin nach einer fünfmonatigen Auszeit wieder ein 60 %-Arbeitspensum in der angestammten bzw. ein noch höheres Arbeitspensum in einer angepassten Tätigkeit zumutbar sein sollte .

Allein mit dem Hinweis auf den Rentenstreit, die knappen finanziellen Eigenmittel und den Migrationshintergrund der in der Schweiz aufgewachsenen Klägerin lässt sich ein invalidisierendes psychisches Leiden jedenfalls nicht in Zweifel ziehen .

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