



II. Kammer

Sozialversicherungsrichter Mosimann, Vorsitzender  
Sozialversicherungsrichterin Pfiffner Rauber  
Ersatzrichterin Romero-Käser  
Gerichtssekretär Volz

**Urteil vom 8. Dezember 2008**

in Sachen

X

Kläger

vertreten durch Rechtsanwalt Michael Ausfeld

gegen

A **Zusatzversicherungen AG**

Beklagte

## Sachverhalt:

1. X, geboren 1964, war von 1989 bis 30. April 2006 als Triebwerk- und mechaniker vorerst bei der Y, und anschliessend übernahmebedingt bei der Z tätig (vgl. Urk. 9/3). Über diese war er bei der A Zusatzversicherungen AG (nachfolgend: A ) im Rahmen eines kollektiven Krankenzusatzversicherungsvertrages gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) für ein Krankentaggeld versichert. Ab 31. Oktober 2005 war der Versicherte krankheitsbedingt arbeitsunfähig. Ab diesem Zeitpunkt richtete A dem Versicherten auf Grund von ärztlichen Zeugnissen bis 31. Juli 2006 Taggeldleistungen für eine volle Arbeitsunfähigkeit aus (Urk. 9/4-5).

Am 23. Juni 2006 stellte A dem Versicherten die Einstellung der Versicherungsleistungen per 1. August 2006 in Aussicht (Urk. 9/5), holte in der Folge beim behandelnden Arzt des Versicherten einen ausführlichen Bericht (Bericht vom 23. Oktober 2006; Urk. 9/9) ein und liess den Versicherten psychiatrisch begutachten (Gutachten vom 12. Januar 2007; Urk. 9/8). Am 11. April 2007 teilte A dem Versicherten mit, dass sie an ihrem Entscheid, die Versicherungsleistungen per 1. August 2006 einzustellen, festhalte (Urk. 9/16).

2. Mit Eingabe vom 4. Oktober 2007 erhob der Versicherte Klage gegen A mit dem Rechtsbegehren, es sei diese zu verpflichten, ihm Taggeldleistungen für die Zeit vom 1. August 2006 bis 28. Februar 2007 im Betrag von insgesamt Fr. 49'817.90, zuzüglich Zins von 5 % ab 20. Januar 2007, auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Mit Klageantwort vom 25. Januar 2008 beantragte A die Abweisung der Klage (Urk. 8 S. 2). Mit Replik vom 17. April 2008 hielt der Versicherte an seinem klageweise gestellten Rechtsbegehren fest (Urk. 15 S. 1), worauf A mit Duplik vom 13. Mai 2008 (Urk. 18) an ihrem Antrag auf Abweisung der Klage festhielt. Mit Verfügung vom 14. Mai 2009 (Urk. 19) wurde der Schriftenwechsel als geschlossen erklärt.

## Das Gericht zieht in Erwägung:

1.
  - 1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung im Sinne von Art. 12 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen

gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung dem VVG. Die daraus herrührende Streitigkeit ist daher zivil- und vermögensrechtlich (BGE 124 III 46 Erw. 1 und 232 Erw. 2b), wobei Art. 85 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG; in der ab 1. Januar 2006 gültigen Fassung; bis 31. Dezember 2005: Art. 47 Abs. 2) für das Klageverfahren bei Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung von Bundesrechts wegen ein einfaches und rasches Verfahren sowie die Untersuchungsmaxime vorschreibt. Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ist im Kanton Zürich das hiesige Gericht sachlich zuständig (§ 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Verfahren richtet sich nach den Bestimmungen des GSVGer, wobei ergänzend das Gesetz über den Zivilprozess (ZPO) sinngemäss Anwendung findet (§ 28 GSVGer).

- 1.2 Gemäss Art. 87 VVG haben versicherten Personen, zu welchen Gunsten eine kollektive Krankenzusatzversicherung abgeschlossen worden ist, ein selbstständiges Forderungsrecht gegen den Versicherer (vgl. dazu: Urteil des Bundesgerichts in Sachen Z. vom 3. Juli 2001, 5C.41/2001, Erw. 2c).
- 1.3 Gemäss der von der Beklagten für die Zeit vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2005 ausgestellten Versicherungspolice (Urk. 9/1) handelt es sich dabei um eine dem VVG unterstehende kollektive Krankenzusatzversicherung (Urk. 9/1 S. 1), wobei das Werkstatt- und Wartungspersonal sowie das administrative Personal für ein Krankentaggeld in Höhe von 90 % des effektiven Lohnes für eine Leistungsdauer von 730 Tagen innert 900 Tagen für je Versicherungsfall mit Abzug einer Wartefrist von 90 Tagen versichert war (Urk. 9/1 S. 2). Der Kläger war bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 31. Oktober 2005 (Urk. 9/4) bei der Z im Bereich Werkstatt- und Wartung tätig (vgl. Urk. 9/3) und zählte daher zum versicherten Personenkreis.
- 1.4 In der Versicherungspolice (Urk. 9/1 S. 3) wurde auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen „für die A Kollektiv-Taggeldversicherung nach KVG“, Ausgabe 1. Januar 1999/2000 (nachfolgend: AVB; Urk. 9/2), verwiesen. Die AVB wurden durch Übernahme Bestandteil des Versicherungsvertrages.
- 1.5 Gemäss Art. 9.3 lit. a der AVB erlischt der Versicherungsschutz für die einzelne versicherte Person mit dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis beziehungsweise aus dem Dienst des Versicherungsnehmers. Hingegen bleiben laut Art. 8.8 der AVB versicherte Personen, die während einer Arbeitsunfähigkeit oder infolge Invalidität aus dem Betrieb ausscheiden, für die Dauer der

ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zur Erschöpfung der Leistungsdauer, weiterhin im Kollektivvertrag versichert (Urk. 9/2).

- 1.6 In Art. 3.5 der AVB wird die Arbeitsunfähigkeit folgendermassen definiert (Urk. 9/2):

„Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer Krankheit oder eines Unfalls vorübergehend oder dauernd, vollständig oder teilweise nicht mehr fähig ist, ihren Beruf oder eine andere ihr zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Zumutbar ist eine andere Tätigkeit dann, wenn sie den Kenntnissen, Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person angemessen ist“.

- 1.7 Gemäss Art. 13.1 der AVB richtet sich die Höhe des Taggeldes bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit nach dem Ausmass der Arbeitsunfähigkeit. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von weniger als 25 % besteht kein Taggeldanspruch.

- 1.8 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

- 1.9 Gemäss Art. 8 des Zivilgesetzbuches hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden, rechtsvernichtenden oder rechtshindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit bestreitet. Diese Grundregel gilt auch im Bereich des Versicherungsvertrags. Im kollektiven Versicherungsvertrag hat daher der versicherte Dritte den Eintritt des Versicherungsfalles zu beweisen. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen (BGE 130 III 323 Erw. 3.1 mit Hinweisen).

Da der Nachweis rechtsbegründender Tatsachen im Bereich des Versicherungsvertrags regelmässig mit Schwierigkeiten verbunden ist, genießt der beweispflichtige Anspruchsberechtigte insofern eine Beweiserleichterung, als er in der Regel nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen des geltend

gemachten Versicherungsanspruchs darzutun hat. Allerdings kann der Versicherer im Rahmen des Gegenbeweises Indizien geltend machen, welche die Glaubwürdigkeit des Ansprechers erschüttern oder erhebliche Zweifel an seinen Schilderungen erwecken. Gelingt der Gegenbeweis, dürfen die vom Anspruchsberechtigten behaupteten Tatsachen nicht als überwiegend wahrscheinlich gemacht und damit nicht als bewiesen anerkannt werden. Der Hauptbeweis ist vielmehr gescheitert (BGE 130 III 326 Erw. 3.4 mit Hinweis).

2.

2.1 Im Folgenden ist anhand der medizinischen Aktenlage zu prüfen, ob nach dem 1. August 2006 eine einen Taggeldanspruch des Klägers begründende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % ausgewiesen war.

2.2 Dr. med. E diagnostizierte im Bericht des ... Medical Center vom 11. März 2006 eine Schlafstörung bei psychosozialer Belastungsstörung und einen Status nach Alkoholabusus. Vom 15. November 2005 bis 10. Februar 2006 sei der Kläger im Rahmen eines Alkoholentzugs stationär in der Forel Klinik behandelt worden. Seit dem 31. Oktober 2005 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 9/4 S. 1).

2.3 Die Ärzte der Forel Klinik, Fachklinik für Alkohol-, Medikamenten- und Tabakabhängige, Ellikon an der Thur, stellten nach einer Hospitalisation vom 15. November 2005 – 10. Februar 2006 unter anderem die folgenden Diagnosen (Urk. 13/1 S. 1):

- Alkoholabhängigkeitssyndrom vom Typ des Intoxikationstrinkens, abstinent in beschützender Umgebung
- schädlicher Gebrauch von Nikotin
- Adipositas

Der Klinikaufenthalt habe der Distanzierung vom Alkoholkonsum gedient. Wegen einer fehlenden Bereitschaft oder Fähigkeit des Klägers, sich auf einen psychotherapeutischen Prozess einzulassen, sei der Klinikaufenthalt begrenzt worden. Eine suchtspezifische Weiterbehandlung habe der Kläger abgelehnt (Urk. 13/1 S. 4).

2.4 Die Ärzte des Medizinischen Zentrums Geissberg, Kloten, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 19. Mai 2006 unter anderem eine Alkoholabhängigkeit, eine Arbeitslosigkeit und eine Adipositas (Urk. 13/2 S. 1). Auf Grund des protrahierten Verlaufs sei eine ambulante tagestherapeutische Rehabilitationsbehandlung indiziert. Während der Rehabilitationsbehandlung habe eine Arbeitsunfähigkeit

von 50 % bestanden. Nach Abschluss des Programms sei keine weitere Krankschreibung erfolgt. Der Kläger habe die Behandlung abgebrochen, weil er möglicherweise mit einer Krankschreibung im Umfang von 50 % nicht einverstanden gewesen sei, weil er unter Ängsten gelitten habe und weil er eine anti-depressive Medikation abgelehnt habe (Urk. 13/2 S. 2).

- 2.5 Med. pract. F diagnostizierte mit Bericht vom 14. Juni 2006 eine Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion sowie einen Status nach Alkoholabusus. Beim Kläger handle es sich um einen arbeitslosen und etwas vereinsamten Patienten, welcher wieder Mut fasse, um das Leben neu zu beginnen. Obwohl eine Depression oder eine Psychose nicht bestehe, benötige der Kläger eine psychotherapeutische Unterstützung im Sinne einer stützenden Gesprächstherapie (Urk. 9/6 S. 1). Der Kläger habe sich gefasst, treibe Sport, habe vom Alkoholkonsum Abstand genommen und versuche, sich beruflich neu zu orientieren. In ungefähr einem Monat werde wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit erreicht sein. Die Aufnahme der bisherigen Tätigkeit sei wegen Mobbinggefahr hingegen nicht angezeigt (Urk. 9/6 S. 2).
- 2.6 Der. med. G, Vertrauensarzt der Beklagten, stellte ab 1. August 2006 eine volle Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 9/7).
- 2.7 Med. pract. F erwähnte in seinem Bericht vom 23. Oktober 2006 (Urk. 9/9 = Urk. 2/8), dass die Ich-Stärke des Klägers durch regelmässig durchgeführte psychotherapeutische Gespräche habe verbessert werden können. Der Kläger habe den Alkoholkonsum drastisch reduziert, treibe jetzt regelmässig Sport und halte eine Diät ein. Es gehe ihm jedoch noch nicht so gut, dass er einer regelmässigen Tätigkeit nachgehen könnte (Urk. 9/9 S. 2).
- 2.8 Dr. med. H. Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte in seinem Gutachten vom 12. Januar 2007 das er im Auftrag der Beklagten erstellte (Urk. 9/11 = Urk. 2/6), dass die Alkoholproblematik beim Gesundheitszustand des Klägers eindeutig im Vordergrund stehe. Die Alkoholproblematik sei schwergewichtig ausgeprägt und sei nach den Behandlungen in der Forel Klinik und am Medizinischen Zentrum Geissberg erneut aufgetreten (Urk. 9/8 S. 6). Neben der Alkoholproblematik bestünden Hinweise auf eine selbstunsichere und ängstlich-vermeidende Persönlichkeit. Eine adäquate Behandlung der Alkoholproblems werde vom Kläger abgelehnt. Bei adäquater Behandlung des Alkoholproblems sei dem Kläger die uneingeschränkte Ausübung einer Arbeitstätigkeit zuzumuten (Urk. 9/8 S. 7).
- 2.9 Med. pract. F führte in seinem Bericht vom 8. Juli 2007 aus, dass er den Kläger in der Zeit vom 22. Mai 2006 bis 27. Februar 2007 behandelt habe.

Der Kläger habe unter Affektstarrheit, Ratlosigkeit und unter einer depressiven Verstimmung mit latenter Suizidalität gelitten. Während der Behandlungsdauer sei es immer wieder zu Rückfällen mit Alkoholmissbrauch gekommen. Der Kläger sei in psychischer Hinsicht zu wenig stabilisiert gewesen, um einer regelmässigen Arbeitstätigkeit nachzugehen (Urk. 9/18 = Urk. 2/9).

3.

3.1 In Würdigung der medizinischen Aktenlage fällt auf, dass die Ärzte des Medizinischen Zentrums Geissberg, Dr. G, Dr. H und med. pract. F in ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Klägers teilweise voneinander abwichen. Während die Ärzte des Medizinischen Zentrums Geissberg dem Kläger lediglich während der teilweise durchgeführten Rehabilitationsbehandlung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestierten und nach Abschluss der Behandlung keine Arbeitsunfähigkeit mehr feststellten (Urk. 13/2 S. 2), ging Dr. H davon aus, dass bei adäquater Behandlung des Alkoholproblems eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 9/8 S. 7). Damit übereinstimmend ging med. pract. F in seinem Bericht vom 14. Juni 2006 davon aus, dass ab ungefähr 14. Juli 2006 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisher ausgeübten Tätigkeit bestehe (Urk. 9/6 S. 2). Demgegenüber stellte med. pract. F in seinen Berichten vom 23. Oktober 2006 (Urk. 9/9 S. 2) und vom 8. Juli 2007 (Urk. 9/18) in der Zeit vom 22. Mai 2006 bis 27. Februar 2007 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit fest.

3.2 Nicht abgestellt werden kann vorliegend auf die Berichte von med. pract. F vom 23. Oktober 2006 (Urk. 9/9) und vom 8. Juli 2007 (Urk. 9/18). Denn es lässt sich diesen Berichten keine nachvollziehbare Begründung dafür entnehmen, weshalb dieser Arzt, welcher im Vergleich zu seinem vorgängigen Bericht vom 14. Juni 2006 (Urk. 9/6) einen grundsätzlich gleichen Befund erhob, in seinen Berichten vom 23. Oktober 2006 und vom 8. Juli 2007 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit feststellte, obwohl er in seinem vorgängigen Bericht vom 14. Juni 2006 dem Kläger ab Mitte Juli 2006 eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert hatte. Mangels einer nachvollziehbaren Begründung ist auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen von med. pract. F vom 23. Oktober 2006 (Urk. 9/9) und vom 8. Juli 2007 (Urk. 9/18) daher nicht abzustellen.

3.3 Demgegenüber ist davon auszugehen, dass der Bericht von med. pract. F vom 14. Juni 2006 (Urk. 9/6) und das Gutachten von Dr. H vom 12. Januar 2007 (Urk. 9/11) alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien (BGE 125 V 352 Erw. 3 mit Hinweisen; vgl. Erw. 1.8) für eine beweiskräftige

medizinische Entscheidungsgrundlage erfüllen (Beweiseignung). Dr. H begründete seine Schlussfolgerung einer vollen Arbeitsfähigkeit damit, dass beim Kläger eine Alkoholmissbrauchsproblematik im Vordergrund stehe, welche nicht adäquat behandelt werde, weil der Kläger eine solche Behandlung ablehne. Die nachvollziehbar begründete Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch Dr. H vermag daher auch inhaltlich zu überzeugen (Beweiskraft), womit ihr voller Beweiswert zukommt. Das Gleiche gilt auch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch med. pract. F vom 14. Juni 2006. Im Unterschied zu seinen späteren Berichten lässt sich darin eine nachvollziehbare Begründung für die darin enthaltene Feststellung einer vollen Arbeitsfähigkeit erkennen, sodass vorliegend darauf abzustellen ist.

- 3.4 Gestützt auf die Beurteilungen durch med. pract. F vom 14. Juni 2006 (Urk. 9/6) und durch Dr. H vom 12. Januar 2007 (Urk. 9/11) ist daher davon auszugehen, dass in der vorliegend streitigen Zeit ab 1. August 2006 eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisher ausgeübten Tätigkeit des Klägers als Servicetechniker bei der Z.
- 3.5 Die Einwendungen des Klägers vermögen an diesem Beweisergebnis nichts zu ändern, weshalb es angesichts der schlüssigen medizinischen Aktenlage keiner zusätzlichen Abklärung bedarf. Dem Kläger ist insbesondere nicht zu folgen, wenn er Dr. H wegen seiner Gutachtertätigkeit für die Beklagte für befangen halten will (Urk. 1 S. 4). Denn einerseits rechtfertigt nach der Rechtsprechung der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert. Andererseits kommt nach der Rechtsprechung selbst den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen (vgl. BGE 125 V 353 Erw. 3b/dd mit Hinweisen). Von ergänzenden Beweismassnahmen ist daher abzusehen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d mit Hinweis; RKUV 2006 Nr. U 578 S. 176 Erw. 3.6; SVR 2001 IV Nr. 10 Erw. 4b S. 28).
4. Nach Gesagtem gelingt es dem Kläger nicht, mit dem vorausgesetzten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % für die Zeit ab dem 1. August 2006 (vgl. Art. 13.1 der AVB) nachzuweisen. Gestützt auf die Beurteilungen durch Dr. H vom 12. Januar 2007 (Urk. 9/11) und durch med. pract. F vom 14. Juni 2006 (Urk. 9/6) ist vielmehr davon auszugehen, dass ab 1. August 2006 eine volle Arbeitsfähigkeit

in der bisher ausgeübten Tätigkeit des Klägers als Servicetechniker bzw. in einer ihm zumutbaren Tätigkeit bestand. Demnach ist die Klage abzuweisen.

### Das Gericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwalt Michael Ausfeld
  - A Versicherungen AG
  - Bundesamt für Privatversicherungen
4. Da der Streitwert Fr. 30'000.-- übersteigt (beträgt), kann gegen diesen Entscheid in-  
nert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden  
(Art. 72 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht,  
BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis  
und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie  
vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

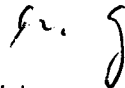
### Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

Der Vorsitzende



Mosimann

Der Gerichtssekretär



Volz

BR/VM/BJ

versandt

**29. Dez. 2008**