

VKL.2010.20 / us / fi

Art. 169

Urteil vom 12. Oktober 2010

Besetzung Oberrichterin Plüss, Präsidentin
 Oberrichterin Briner
 Oberrichter Müller
 Gerichtsschreiber Schmidhauser

Klägerin **A.**,
 vertreten durch den Rechtsschutz Y.

Beklagte **X. Versicherungen**

Gegenstand Klageverfahren betreffend Krankentaggeldleistungen nach VVG

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Die 1956 geborene A. war seit dem 1. Juni 1988 bei der Firma Firma B., in _____, als Mitarbeiterin "Maschinen- und Anlagenbedienungen" angestellt und im Rahmen des Kollektivvertrages der Arbeitgeberin bei der X., krankentaggeldversichert. Vom 5. bis 27. Februar 2007 war A. zu 100 % und ab dem 28. Februar 2007 noch zu 50 % arbeitsunfähig. Mit Arbeitsvertragsänderung vom 22. Mai 2007 wurde der Beschäftigungsgrad von 80 % auf 50 % ab 1. Juli 2007 reduziert. Die X. erbrachte daraufhin Krankentaggeldleistungen vom 2. Juli 2007 bis 9. Januar 2008. Vom 28. Juli bis 23. August 2008 war die Versicherte in der Klinik C. hospitalisiert. Die X. erklärte, das Krankentaggeld weiterhin auszurichten. Das Arbeitsverhältnis mit der Firma B. wurde daraufhin per 28. Februar 2009 aufgelöst und die Versicherte trat in die Einzelversicherung über.

1.2.

In der Folge holte die X. bei der Klinik D. (Prof. Dr. med. E., FMH Neurologie), ein neurologisches Gutachten zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten ein. Gestützt auf dieses Gutachten stellte die X. die Krankentaggeldleistungen mit Schreiben vom 9. Juni 2009 (recte: 9. Juli 2009) auf den 12. Juli 2009 ein. Auf den Einwand von Dr. med. F., in _____, hin wurde dieser Entscheid mit Schreiben vom 10. August 2009 bestätigt. Am 26. Oktober 2009 forderte die Versicherte die X. auf, die vertraglichen Taggeldleistungen zu erbringen. Daraufhin wurde der Leistungsanspruch mit Schreiben vom 2. November 2009 erneut verneint. Nach Einreichung medizinischer Unterlagen durch die Versicherte veranlasste die X. ein psychiatrisches Gutachten in der vorerwähnten Klinik D. Nachdem die Versicherte weitere ärztliche Unterlagen eingereicht hatte, lehnte die X. mit Schreiben vom 18. Februar 2010 die Ausrichtung von Taggeldern nach dem 12. Juli 2009 weiterhin ab.

2.

2.1.

Mit Eingabe vom 16. März 2010 liess A. gegen X. Klage erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

"1. Die Beklagte sei zu verpflichten, der Klägerin für die ab dem 13. Juli 2009 ausgewiesene 100 %ige Arbeitsunfähigkeit die vertraglich vereinbarten Taggelder auszurichten.

2. Eventualiter seien die Taggelder bis zum Abschluss der medizinischen Abklärungen, d.h. bis zum Zeitpunkt der Erstellung des psychiatrischen Gutachtens, auszurichten.

3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge."

Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, X. berufe sich bei der Ablehnung ihrer Leistungspflicht auf die vollumfänglich bestehende Arbeitsfähigkeit der Klägerin in ihrer bisherigen oder in einer anderen Tätigkeit. Dabei stütze sie sich auf die eingeholten Gutachten des Neurologen E. sowie des Psychiaters G. Die Abklärungen seien aufgrund der Diagnosen jedoch nicht vollständig gemacht worden. Das Gutachten von Prof. E. entspreche sodann nicht den bundesgerichtlichen Beweisanforderungen. Zudem hätte die Beklagte die Taggelder mindestens bis zum 7. Januar 2010 erbringen müssen, da ihre medizinischen Abklärungen erst in diesem Zeitpunkt abgeschlossen gewesen seien.

Das Gutachten von Prof. E. sei sodann weder schlüssig noch vollständig. Es erstaune, dass die Beklagte aufgrund der gestellten Diagnosen eine neurologische Untersuchung angeordnet habe. Ein Neurologe könne zwar Ausfallsymptome aufgrund der diagnostizierten Diskushernien feststellen. Er vermöge aber die Arbeitsfähigkeit aufgrund der rheumatoiden Arthritis nicht schlüssig zu beurteilen. Die Äusserung von Prof. E. betreffend einer "gut kompensierten Arthritis" sei nicht nachvollziehbar, da hierfür in den Berichten keine Anhaltspunkte vorhanden seien. Sowohl vom Rheumatologen Dr. med. F. als auch im Bericht des Kantonsspitals I. vom 17. August 2009 werde vielmehr von einer aktiven rheumatoiden Arthritis berichtet. Es sei darauf hinzuweisen, dass Prof. E. kein Rheumatologe sei. Im Übrigen habe seine Formulierung keinerlei Beweiswert. Die Klägerin sei jedenfalls aufgrund dieser Diagnose nach wie vor in Behandlung.

Im gleichen Bericht werde im Übrigen nach erfolgtem neuem MRI eine Nervenwurzelkompression L4 festgehalten. Es erstaune, dass Prof. E. zwei Monate vorher das Vorhandensein einer solchen ausgeschlossen habe. Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung seien keine Aufnahmen der LWS gemacht worden. Man könne sich fragen, auf was sich der Gutachter in seiner Beurteilung eigentlich abstütze. Ein Problem auf Höhe S1 werde in keinem der dem Gutachter zur Verfügung stehenden Berichte erwähnt. Die auf der Höhe L4/5 festgestellte Diskushernie werde im Gutachten mit keinem Wort erwähnt. Diese Symptomatik sei jedoch seit längerem bekannt gewesen. Von Beschwerden auf Höhe S1 sei zu keinem Zeitpunkt die Rede gewesen. Seine Schlussfolgerungen beruhten somit auf falschen Annahmen und seien nicht vollständig.

Was die HWS betreffe, so werde in den ärztlichen Berichten von einer schweren und einer mittelschweren segmentalen Einengung bei Diskushernie C4/5 und C5/6 berichtet. Auch bezüglich dieser Diagnose erfolge

keine fundierte Auseinandersetzung des Gutachters. Er begnüge sich damit zu erwähnen, dass die Beweglichkeit der Wirbelsäule ausserhalb der formalen Prüfung störfrei gewesen sei. Der letzte Bericht bezüglich HWS stamme zudem von der Klinik H. vom Januar 2009. Dort sei eine Implantation eines Verteilkatheters für die Schmerztherapie durchgeführt worden, worauf über eine deutliche Schmerzbesserung berichtet worden sei. Tatsache sei jedoch, dass ein solcher Verteilkatheter bloss vorübergehende Schmerzlinderung bringe und die Diskushernien nach wie vor vorhanden seien. Dies bestätige auch Dr. med. F. in seiner Stellungnahme vom Mai 2009. Die Untersuchung durch den Gutachter habe sechs Monate nach diesem Eingriff stattgefunden. Weitere Arztberichte betreffend HWS nach dem Januar 2009 hätten sich in den Akten nicht befunden. Der Gutachter stütze sich somit für die Beurteilung der HWS- und LWS-Beschwerden auf nicht aktuelle Berichte. Er habe es nicht für notwendig erachtet, nochmals eine bildgebende Befunderhebung zu machen. Zudem habe er auch noch eine kurze psychische und neuropsychologische Untersuchung durchgeführt, obschon dies grundsätzlich weder zum Auftrag gehört noch etwas zur Arbeitsfähigkeit bezüglich der vorhandenen Diagnosen ausgesagt habe. Es müsse von einer rein subjektiven Beurteilung des Gutachters ausgegangen werden.

In seiner Stellungnahme vom 30. Juli 2009 habe Prof. E. eingeräumt, dass zur abschliessenden Beurteilung eine rheumatologische und psychiatrische Begutachtung angezeigt gewesen wäre. In der Folge habe die Beklagte nur eine psychiatrische Begutachtung durchgeführt. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass das Gutachten von Prof. E. den notwendigen Beweisanforderungen nicht entspreche. Aufgrund der Diagnosen hätte eine rheumatologische Begutachtung vorgenommen werden müssen. Da dies von der Beklagten nicht veranlasst worden sei, sei vollumfänglich auf die Facharztberichte des Kantonsspitals I. und auf deren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abzustellen, wonach die Klägerin nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig sei. Somit sei die Beklagte ab dem 13. Juli 2009 vollumfänglich leistungspflichtig.

2.2.

Am 24. März 2010 stellte die Klägerin dem Gericht noch einen aktuellen Bericht des Kantonsspitals I., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 1. März 2010 zu.

2.3.

Die Beklagte stellte in ihrer Klageantwort vom 12. April 2010 folgendes Rechtsbegehren:

" Es sei die Klage vollumfänglich abzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Klägerin. "

Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, die Klägerin habe seit 2004 verschiedene längere Arbeitsunfähigkeiten ausgewiesen. Bereits im März 2007 habe der Hausarzt von sich aus gegenüber der Arbeitgeberin Stellung genommen, um die vielen Absenzen der Klägerin zu erklären. Die Arbeitgeberin habe sich sehr flexibel gezeigt und der Klägerin angeboten, die Arbeitszeit selbst zu gestalten und Pausen einzulegen. Man habe jedoch keinen Einsatz der Klägerin feststellen können. Die von der Klinik C. aufgrund eines einmonatigen stationären Aufenthalts im August 2008 festgehaltene Arbeitsfähigkeit von 50 % habe die Klägerin nicht verwertet; sie habe sich für gar nicht arbeitsfähig gehalten. Der unabhängige Gutachter Prof. E. habe die Klägerin eingehend untersucht und sei in seinem Gutachten zum Schluss gekommen, dass sie für leichte Tätigkeiten voll arbeitsfähig sei. Das psychiatrische Gutachten habe ebenfalls keine Hinweise für eine psychische Erkrankung ergeben und eine volle Arbeitsfähigkeit bestätigt. Bei dieser Sach- und Rechtslage habe die X. bei fehlender Arbeitsunfähigkeit zu Recht die Taggelderleistungen eingestellt.

Die Klägerin verweise auf den Hausarzt Dr. med. J., den Rheumatologen Dr. med. F. und die Beurteilung des Kantonsspitals I. vom 8. Dezember 2009. Bezüglich des Hausarztes sei mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärzte und behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagten, weshalb ihren Angaben eine geringere Beweiskraft zukomme. Dies treffe sowohl auf das Kantonsspital I. als auch auf den Hausarzt Dr. med. J. und auch auf den langjährigen behandelnden Dr. med. F. zu, welche jeweils auf Wunsch der Klägerin Berichte eingeholt bzw. erstellt hätten. Dr. med. F. habe zudem auf eine depressive Entwicklung hingewiesen, die gemäss dem Facharzt und der Klägerin selbst gar nicht bestehe. Auch diese Intervention zugunsten der Klägerin, die sich schliesslich als nicht stichhaltig erwiesen habe, lasse diesen Arzt als voreingenommen erscheinen. Demgegenüber habe sich Prof. E. überzeugend zur medizinisch nicht nachvollziehbaren Arbeitsunfähigkeit des Kantonsspitals I. geäussert. Offenbar könnten die Befunde und die Diagnose allein keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit begründen. Die Einschränkungen hätten in der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit eruiert werden können, was jedoch an der mangelnden Leistungsbereitschaft der Klägerin gescheitert sei.

2.4.

In ihrer Replik vom 11. Mai 2010 hielt die Klägerin an den in der Klage gestellten Anträgen und deren Begründung vollumfänglich fest.

2.5.

Mit Duplik vom 2. Juni 2010 hielt die Beklagte ebenfalls an ihren in der Klageantwort gemachten Ausführungen fest und stellte erneut den Antrag auf Abweisung der Klage.

2.6.

Mit Instruktionsverfügung vom 24. August 2010 wurde die Beklagte aufgefordert, dem Gericht den Krankentaggeldversicherungsvertrag der damaligen Arbeitgeberin, der Firma B., in _____, einzureichen. Am folgenden Tag gingen beim Gericht die Versicherungspolice der Versicherten ab 1. Januar 2010, eine Zusammenstellung der vom 12. Februar 2003 bis 12. Juli 2009 bezahlten Krankentaggelder (Zahlung an Arbeitgeberin bzw. Klägerin) sowie die Kollektiv-Taggeldversicherung (Rahmenvertrag der Krankentaggeldversicherung des K.) ein. Diese Eingaben der Beklagten wurden in der Folge samt Beilagen der Klägerin zur Kenntnisnahme zugestellt.

2.7.

Schliesslich wurde der Bericht des Kantonsspitals I. vom 1. März 2010 (vgl. Ziff. 2.2. hievore) der Beklagten noch zur Kenntnis- und allfälligen Stellungnahme zugestellt. Mit Eingabe von 22. September 2010 (Eingang) liess sich die X. dazu vernehmen. Diese Eingabe wurde daraufhin der Klägerin zur Kenntnisnahme zugestellt.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Mit AGVE 2005, S. 89 ff., wurde die sachliche Zuständigkeit in Änderung der bisherigen Praxis für Fälle aus dem Bereich der Krankentaggeldversicherung nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dem Versicherungsgericht zuerkannt. Die örtliche Zuständigkeit richtet sich im Bereich der Krankentaggeldversicherung nach VVG nach dem Bundesgesetz über den Gerichtsstand in Zivilsachen (GestG; SR 272). Gemäss Art. 3 Abs. 1 lit. b GestG ist für die Behandlung von Klagen gegen eine juristische Person das Gericht an deren Sitz zuständig. Es steht den Parteien aber frei, einen abweichenden Gerichtsstand zu vereinbaren (Art. 9 GestG). Dies wurde vorliegend in Art. 29 Ziff. 2 AVB festgelegt (Klageantwortbeilage [KAB] 38, S. 28), wonach ein Wahlgerichtsstand am Wohnsitz der versicherten Person oder am Sitz der Gesellschaft besteht. Auf die Klage kann somit eingetreten werden.

2.

Bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit war die Klägerin bei der Firma B., _____, angestellt. Für das Personal der Firma B. besteht mit der Beklagten ein Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrag nach VVG (Police Nr. _____). Vereinbart wurde ein Krankentaggeld von 100 %

bzw. 90 % des Lohnes gemäss den Bestimmungen des L-GAV für die Dauer von 730 Tagen und einer Wartefrist von 0 Tagen (vgl. Rahmenvertrag zwischen K. und der Beklagten [eingereicht mit Eingabe vom 19. August 2010]). Beim Versicherungsvertrag handelt es sich um eine Taggeldversicherung basierend auf dem VVG. Entsprechend ist der Versicherer in der Ausgestaltung der Taggeldversicherung frei und sind im vorliegenden Fall die Bestimmungen des VVG sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Ausgabe 2009; KAB 38) massgebend.

3.

Die Beklagte erbrachte unbestrittenermassen die vertraglichen Taggeldleistungen bis und mit 12. Juli 2009 und stellte die Leistungen ab 13. Juli 2009 gestützt auf das Gutachten von Prof. Dr. med. E. ein (Klagebeilagen [KB] 2 und 7]). Die Klägerin wendet dagegen ein, dass sie nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig sei. Sie stützt sich dabei insbesondere auf die Berichte von Dr. med. F. sowie jene der Rheumaklinik des Kantonsspitals I.

3.1.

Gemäss Art. 8 Ziff. 1 der Zusatzbedingungen (ZB) zu den AVB (Taggeldversicherung _____ nach VVG) bezahlt die X. – wenn der Versicherte nach ärztlicher Feststellung arbeitsunfähig ist – bei voller Arbeitsunfähigkeit das versicherte Taggeld entsprechend dem entstandenen und nachgewiesenen Lohnausfall. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet (Art. 8 Ziff. 2 ZB; vgl. KAB 38, S. 25).

Nach Art. 9 ZB ist Arbeitsunfähigkeit 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. Steht fest, dass der Versicherte unter dem Blickwinkel der Schadenminderungspflicht einen Berufswechsel vorzunehmen hat, so hat ihn die Kasse dazu aufzufordern und ihm zur Stellensuche eine angemessene Übergangsfrist einzuräumen, während welcher das bisherige Krankentaggeld geschuldet bleibt. Die Praxis geht von einer Übergangsfrist von drei bis fünf Monaten ab Ansetzung der Frist aus (BGE 114 V 289 E. 4b, 111 V 239 E. 2a; RKUV 1987 K 720 S. 108, 2000 K 112 S. 122). Diese Frist hat auch die Funktion einer Abgrenzung zur Arbeitslosenversicherung. Hat die versicherte Person nach Ablauf dieser Übergangsfrist keine Stelle gefunden, so hat sie als arbeitslos zu gelten.

3.2.

Streitig ist im vorliegenden Fall, ob die Klägerin aufgrund ihres Gesundheitszustands über den 12. Juli 2009 (Einstellung der Ausrichtung von Krankentaggeldern) hinaus als arbeitsunfähig zu qualifizieren ist. Dabei ist vorab auf die medizinischen Unterlagen einzugehen.

3.3.

3.3.1.

Die Beklagte veranlasste im Rahmen der Überprüfung der Arbeitsfähigkeit der Klägerin bei der Klinik D. (Prof. Dr. med. E., FMH Neurologie) eine Begutachtung, wobei der Gutachter in seinem Gutachten vom 26. Juni 2009 folgende Diagnosen stellte: "Kein sicherer oder wahrscheinlicher Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem, der Wirbelsäule, der paravertebralen Strukturen sowie der grossen und kleinen Körpergelenke. Gut kompensierte rheumatoide Arthritis. Gut kompensiertes Asthma bronchiale". Bei der Beurteilung hielt der Gutachter im Wesentlichen fest, die durchgeführte Begutachtung habe keinen sicheren oder wahrscheinlichen Anhaltspunkt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem, der Wirbelsäule, der paravertebralen Strukturen sowie der grossen und kleinen Körpergelenke ergeben. Demgegenüber sei ein deutlicher Hinweis auf eine demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden auffällig gewesen. Insbesondere sei eine Diskrepanz zwischen der anamnestischen Angabe zur aktuellen Schmerzstärke und dem nicht schmerzbeeinträchtigten klinischen Eindruck zu erheben. Auch habe eine deutliche Diskrepanz zwischen der in der formalen Untersuchung demonstrierten Bewegungseinschränkung und der ausserhalb der formalen Prüfung zu beobachtenden völlig freien Beweglichkeit bestanden. Die aus den Akten dokumentierten ersichtlichen Daten würden für eine ausreichend pharmakogen immunmodulierend behandelte rheumatische Grunderkrankung sprechen. Angesichts des erhobenen Befundes sei diese also als grundsätzlich gut kompensiert und ohne sicher behindernden Effekt zu klassifizieren, so dass eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in der bislang ausgeübten Tätigkeit als durchaus möglich erscheine. Dabei sei auch die anamnestisch berichtete asthmatische Grunderkrankung ausreichend berücksichtigt.

Für die beklagte Schmerzsymptomatik entlang der Wirbelsäule und der Gelenke habe kein hinreichend sicheres Befundkorrelat gefunden werden können, insbesondere sei die Beweglichkeit der Wirbelsäule ausserhalb der formalen Prüfung ohne sichere Störung gewesen, und die Fingergrund- und Mittelgelenke seien frei von Schwellung oder Rötung gewesen. Auch seien die Kennreflexe für C8 und S1 seitengleich auslösbar gewesen. Die Kennmuskulatur und die Dermatome für C8 und S1 seien ohne umschriebene Parese bzw. sensiblen Ausfall, sodass ein relevantes Befundkorrelat für die anamnestisch beklagte Schmerzprojektion nicht zu

erheben gewesen sei. Zusammenfassend ergäben sich keine ausreichenden medizinischen Argumente, namentlich keine belegbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen, die gegen eine Arbeitsfähigkeit in der bislang ausgeübten (ungelernten) Tätigkeit in dem bisherigen Umfang von 80 % sprächen. Für Verweistätigkeiten mit leichter körperlicher Belastung sei auch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % durchaus vertretbar (KB 7 bzw. KAB 18).

3.3.2.

Mit Bericht vom 24. Juli 2009 nahm Dr. med. F., Facharzt Innere Medizin, Spez. Rheumatologie, in _____, zum Gutachten von Prof. E. Stellung. Er hielt im Wesentlichen fest, die Situation sei nicht ganz so einfach, wie sie von Kollege E. beurteilt und dargestellt worden sei. Er bestehe darauf, dass die Klägerin arbeitsunfähig sei. An der Wirbelsäule bestehe eine grosse Diskushernie C5/6, weniger C4/5 links, welche über längere Zeit eine massive radikuläre Schmerzausstrahlung verursacht habe, die erst mit einer Neurolyse der Nervenwurzel C6 habe etwas beruhigt werden können und die zurzeit weniger ausgeprägte Beschwerden verursache. Zur "gut kompensierten rheumatoiden Arthritis" sei zu sagen, dass im Frühling 2009 mehrere Arthritiden vorhanden gewesen seien. Eine Arthritis des linken Kniegelenkes habe zuletzt anfangs Juli 2009 mit intraartikulären Steroiden behandelt werden müssen, ebenso eine Fingergelenksarthritis PIP III rechts. Die von Kollege E. beschriebene gut kompensierte rheumatoide Arthritis müsse in Frage gestellt werden. Eine Arbeitsunfähigkeit in dieser Situation sei mehr als vertretbar (KB 8 bzw. KAB 17).

3.3.3.

Mit Schreiben vom 30. Juli 2009 nahm Prof. E. zum vorerwähnten Bericht von Dr. med. F. Stellung. Er führte dazu im Wesentlichen aus, der Interpretation von Dr. med. F. könne er sich nicht anschliessen. Die Patientin habe keine dem Dermatome C6 zuzuordnende radikuläre Schmerzsymptomatik angegeben. Anamnestisch beschrieben worden sei eine Schmerzprojektion zu den Fingern 4 und 5 (also eine dem Dermatome C8 zuzuordnende Symptomatik). Die bildmorphologisch beschriebenen Befunde im Übergang C5/6 bzw. C4/5 seien also nicht geeignet, eine derartige Symptomatik zu erklären. Darüber hinaus habe sich im Untersuchungsbefund auch keinerlei Anhaltspunkt für eine radikuläre Symptomatik ergeben; insbesondere seien die Kernreflexe seitengleich sicher auslösbar gewesen. Dr. med. F. komme selber zur Feststellung, dass derzeit "weniger ausgeprägte Beschwerden" bestünden. Ungeachtet der uneinheitlichen klinischen Einschätzung bestehe hier also zumindest ein Konsens dergestalt, dass eine gravierende Beschwerdesymptomatik nicht vorliege, eine Arbeitsunfähigkeit so also kaum begründet werden könne.

Der bei der am 17. Juni 2009 durchgeführten körperlichen Untersuchung erhobene Befund habe keinerlei Anhaltspunkt für eine aktive oder mit behindernden Defekten abgelaufene Gelenkserkrankung ergeben. Die von Dr. med. F. gestellte Diagnose einer rheumatoiden Arthritis solle dennoch ausdrücklich nicht in Abrede gestellt werden. Eine Arbeitsunfähigkeit sei jedoch nicht allein mit einer Diagnose begründbar. Vielmehr sei der Beleg einer klinisch relevanten, resultierenden behindernden Gesundheitsbeeinträchtigung mit hinreichender Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit zu erbringen. Dies sei im Fall der Patientin nicht gegeben. Vielmehr bestünden – wie im Gutachten ausgeführt – sehr deutliche Hinweise auf eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden. Soweit Dr. med. F. nun in der Zwischenzeit trotz der von ihm durchgeführten laufenden immunmodulierenden Therapie weitere Erkrankungsschübe im Bereich der Gelenke erhoben habe, wäre es von Interesse, deren Belege zu kennen. Nach nochmaliger gründlicher Prüfung des Gutachtens ergebe sich keine Notwendigkeit zu einer Änderung in der Beantwortung der Gutachterfragen. Gerne sei er aber bereit, nach Vorlage weiterer klinischer und paraklinischer Befunddaten seitens von Dr. med. F. das Gutachten gegebenenfalls nochmals zu überarbeiten. Auf Wunsch des Auftraggebers könne auch eine rheumatologische und psychiatrische Mitbegutachtung veranlasst werden (KB 9 bzw. KAB 6).

3.3.4.

Die Klägerin wurde am 14. August 2009 im Kantonsspital I., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, untersucht, wobei ein MRI der LWS veranlasst wurde. Die Ärzte (Dr. med. L., Assistenzärztin; Prof. Dr. med. M.) stellten in ihrem Bericht vom 17. August 2009 folgende Diagnosen (KB 4 bzw. KAB 15):

- "1. Rheumatoide Arthritis, ED 11/05
 - Rheumafaktor, Anti-CCP, ANA positiv
 - Methotrexat s.c. seit 01/06, Chlorochin
 - DAS 28 5,5 bei BSR 18 mm/h
 - Sicca-Symptomatik, anti-SS-A und SS-B negativ
 - V.a. Karpaltunnelsyndrom bds
2. Chronisches myotendinotisches Schmerzsyndrom
 - 18/18 positive Tenderpoints
 - Depression, psychosoziale Belastungssituation
3. Cervicospondylogenes Syndrom bei Discushernie C5/6 und C4/5 li
4. Lumboradiculäres Reizsyndrom L4 links
 - bei Status nach Discushernien-Operation L4/5 li 2004
 - MRI LWS 19.08.2008: breitbasige Diskushernie L4/5, osteodiskäre Einengung und Nervenwurzelkompression L4 links
5. Chronisch asthmatische Bronchitis, ED 06/08
6. Status nach serösem Zystadenom und tuboovariellen Verwachsungen Adnexe re
 - diagnostische Laparoskopie und Adnexektomie re 18.11.08".

Unter dem Titel "Beurteilung und Procedere" äusserten sich die Ärzte u.a. zur Therapie der aktiven rheumatoiden Arthritis. Im Weiteren wurde ausgeführt, dass eine sekundäre Sicca-Symptomatik, wahrscheinlich im Rahmen der Grunderkrankung, bestehe. Bei klinisch lumboradikulärer Reizsymptomatik von L4 links habe sich im neuen MRI der LWS eine osteodiskäre foraminale Enge mit leichter Nervenwurzeleinengung gezeigt. Bei Bedarf werde auf Zuweisung hin gerne eine Nervenwurzelinfiltration oder eine gepulste Radiofrequenztherapie durchgeführt. Die Arbeitsfähigkeit werde anlässlich der Verlaufskontrolle evaluiert (KB 14 bzw. KAB 15).

3.3.5.

Im Schreiben des Kantonsspitals I., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation (Dr. med. N., Assistenzarzt; Prof. Dr. med. M.), vom 18. November 2009 wurde über die Verlaufskontrolle vom 9. November 2009 berichtet (KB 18 bzw. KAB 11). Eine weitere Nachkontrolle fand am 7. Dezember 2009 statt. Im entsprechenden Bericht vom 8. Dezember 2009 wurde im Rahmen der Beurteilung ausgeführt, bei fluktuierend mässig bis hoher Aktivität bei bekannter rheumatoider Arthritis und Nebenwirkungen unter Humira werde eine Therapie mit MabThera begonnen. Eine Besserung der Symptomatik sollte in den ersten 6 bis 8 Wochen zu erwarten sein. Im Hinblick auf die nun vorherrschende L4-Symptomatik links sowie die Lumbalgien sei nochmals eine Infiltration angesprochen worden. Diese könne erst nach der MabThera-Therapie erfolgen. Die Arbeitsfähigkeit werde "weiterhin als 0 %" erachtet. Bei Stabilisierung der rheumatoiden Arthritis sowie nach infiltrativem Vorgehen lumbal, ebenso cervical, sei die Aufnahme einer leichten Arbeit in vermindertem Pensum und mit der Möglichkeit zur Einnahme von Wechselpositionen, Kurzpausen sowie mit Hebelimiten denkbar. Das Ausmass sowie der Zeitrahmen seien momentan noch nicht abzusehen (KB 19 bzw. KAB 4).

3.3.6.

Am 7. Januar 2010 wurde über die Klägerin ein psychiatrisches Gutachten in der Klinik D. erstattet. Der Gutachter (Dr. med. G., Psychiatrie) konnte anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 10. Dezember 2009 keine Symptome feststellen, die auf eine depressive Erkrankung hinwiesen. In seiner Beurteilung hielt er zusammenfassend fest, dass man auch keine Anhaltspunkte für eine andere, dem psychiatrischen Fachgebiet zuzuordnende Erkrankung finde. Aus psychiatrischen Gründen bestehe keine Einschränkung der Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, und der Wiedereinstieg in die Berufswelt wäre sofort möglich. Aus psychiatrischen Gründen sei die Leistungsfähigkeit nicht vermindert. Ein nichtmedizinisches Problem, durch welches die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt wäre, habe nicht festgestellt werden können.

Aus psychiatrischer Sicht sei eine Anpassung der Tätigkeit nicht erforderlich (KB 16 bzw. KAB 5).

3.3.7.

Mit Schreiben vom 22. Januar 2010 nahm Prof. E. zum Bericht der Rheumaklinik des Kantonsspitals I. vom 8. Dezember 2009 Stellung. Er hielt dazu im Wesentlichen fest, ein Untersuchungsbefund, der eine behindernde Wurzelkompression L4 links untermauern würde, werde nicht beschrieben. Ebenso lasse sich dem Bericht kein vollständiger Untersuchungsbefund entnehmen. Die Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit beruhe somit im Wesentlichen auf der Annahme einer neurologischen Störung (Wurzelkompression L4 links), für die keine Belege eines körperlichen Untersuchungsbefundes und keine fachärztliche Untersuchung genannt würden. Der gesamte Bericht sei somit formal und inhaltlich nicht dazu geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. An seiner gutachterlichen Einschätzung ergebe sich also keine Änderung. Absehbar sei jedoch, dass nunmehr der Schwerpunkt der Argumentation auf rheumatologische Beschwerden verlagert werde, sodass sich grundsätzlich die Überlegung einer rheumatologischen Zusatzbegutachtung ergebe (KAB 2).

3.3.8.

Im Bericht des Kantonsspitals I., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 1. März 2010 wurde ausgeführt, die Patientin sei am 24. Februar 2010 ambulant nachkontrolliert worden. Bei der Beurteilung wurde zusammenfassend festgehalten, insgesamt bestehe eine für die Patientin schwierige Situation mit diversen Beschwerdeherden von degenerativer Seite (zervikal lumbal), jeweils deutlichen myogelotischen Anteilen sowie der rheumatoiden Arthritis. Die Arbeitsfähigkeit werde im momentanen Zustand als nicht gegeben erachtet. Für den Monat März sei ein Arbeitszeugnis für eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden. Weiter werde eine Physiotherapie wegen der wiederkehrenden Muskelverspannungen (Pectoralis, zervikal, lumbal, Tractus etc.), welche die Patientin im Alltag stark einschränkten, als wichtig erachtet (KB 23).

4.

4.1.

Sowohl für die Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge als auch für die Beurteilung der Wahrscheinlichkeit namhafter Verbesserungen des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit ist das Gericht regelmässig auf Angaben ärztlicher Berichte angewiesen. Nach der Rechtsprechung hat der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Bei einander widersprechenden medizini-

schen Berichten hat das Gericht das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, weshalb es auf die eine und nicht auf die andere medizinische Beurteilung abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichtes kommt es entscheidend darauf an, 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 der Expertise begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 ff., E. 1c; Ulrich Meyer, Rechtliche Vorgaben an die medizinische Begutachtung, in: Schaffhauser/Schlauri, Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 23 f.; Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl., Bern 1994, S. 25).

4.2.

Vorweg ist festzuhalten, dass das Gutachten von Prof. Dr. med. E., FMH Neurologie (Klinik D.), vom 26. Juni 2009 insofern an Beweiskraft einbüsst, als es sich bei diesem Gutachter ausschliesslich um einen Neurologen handelt. Die Klägerin leidet gemäss den in den oben wiedergegebenen Arztberichten gestellten Diagnosen jedoch vor allem an rheumatischen Beschwerden (rheumatoide Arthritis, zervikospodylogenes Syndrom bei Diskushernie C5/6 und C4/5 links, lumboradikuläres Reizsyndrom L4 links). Zudem ergab eine MRI-Aufnahme der LWS, die am 19. August 2009 und somit nach der Begutachtung durch Prof. E. vom Juni 2009 (Untersuchung vom 17. Juni 2009) durchgeführt wurde, die Diagnose "breitbasige Diskushernie L4/5, osteodiskäre Einengung und Nervenwurzelkompression L4 links" (vgl. KB 14 und 23). Diese Diagnose blieb vom Gutachter E. unberücksichtigt. Wie dargelegt, wird die Klägerin von den Ärzten des Kantonsspitals I., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, als zu 100 % arbeitsunfähig bezeichnet. Zwar wurde in den beiden Berichten vom 17. August und 18. November 2009 keine Beurteilung zur Frage der Arbeitsfähigkeit abgegeben (vgl. KB 14/KAB 15 und KB 18/KAB 11), aus den Angaben im Bericht vom 8. Dezember 2009, worin die Arbeitsfähigkeit der Klägerin mit "weiterhin als 0 %" qualifiziert wurde, muss indessen geschlossen werden, dass diese Beurteilung auch hinsichtlich der früheren Berichte galt, ansonsten nicht von "weiterhin" die Rede gewesen wäre (vgl. KB 19/KAB 4). Im Übrigen wurde auch im vorliegend jüngsten Bericht der Rheumaklinik des Kantonsspitals I. vom 1. März 2010 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für den Monat März 2010 attestiert, weshalb davon auszugehen ist, dass diese bisher andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit auch weiterhin anhält (KB 23).

In diesem Bericht wurde sodann darauf hingewiesen, insgesamt bestehe für die Patientin "eine schwierige Situation mit diversen Beschwerdeherden von degenerativer Seite (zervical lumbal), jeweils deutlichen myogelotischen Anteilen sowie der rheumatoiden Arthritis". Dementsprechend wurde – wie erwähnt – eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit im Monat März 2010 angegeben. Diesen Berichten des Kantonsspitals I., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, kommt – gegenüber der Begutachtung des Neurologen Prof. Dr. med. E. – erhöhte Beweiskraft zu, da sie auf eigenen Untersuchungen von Rheumatologen (Prof. Dr. med. M., Chefarzt; Assistenzärzte L. und N.) vom 14. August und 7. Dezember 2009 sowie 24. Februar 2010 beruhen und die Darlegungen und Beurteilungen der medizinischen Situation eher einleuchten, als diejenigen von Prof. E. Sie beruhen denn auch - wie erwähnt - im Gegensatz zur Beurteilung von Prof. E. auf dem jüngsten MRI der LWS vom 19. August 2009, weshalb der Beurteilung der Ärzte des Kantonsspitals I. höheres Gewicht zukommen muss. Im Übrigen wies auch Prof. E. in seiner Stellungnahme vom 22. Januar 2010 u.a. darauf hin, es sei absehbar, dass der Schwerpunkt der Argumentation auf rheumatologische Beschwerden verlagert werde, sodass sich grundsätzlich die Überlegung einer rheumatologischen Zusatzbegutachtung einstelle (KAB 2; vgl. Erw. Ziff. 3.3.7. hievor). Gegen eine rheumatologische Mitbegutachtung hatte er bereits in seiner Stellungnahme vom 30. Juli 2009 nichts einzuwenden und er stellte auch eine Überarbeitung seines Gutachtens nach Vorlage weiterer klinischer und paraklinischer Befunddaten in Aussicht (KB 9; vgl. Erw. Ziff. 3.3.3.). Demnach erscheint es im vorliegenden Fall als korrekt, die Beschwerden der Klägerin hauptsächlich aus rheumatologischer Sicht zu beurteilen und auf eine rheumatologische Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit der Klägerin abzustellen. Eine Zusatzbegutachtung ist indessen nicht notwendig. Die vorliegenden rheumatologischen Berichte des Kantonsspitals I. genügen zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands und der Arbeits(un)fähigkeit der Klägerin und es besteht daher kein Grund, weshalb nicht auf diese Berichte und die darin enthaltene fachärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung abgestellt werden sollte.

4.3.

Die hier massgebende Beurteilung der Ärzte der Rheumaklinik des Kantonsspitals I. steht im Weiteren auch in Übereinstimmung mit der Stellungnahme des behandelnden Rheumatologen Dr. med. F., Innere Med., Spez. Rheumatologie, in _____, vom 24. Juli 2009, welcher ausführte, die Situation sei nicht derart einfach, wie sie von Prof. E. beurteilt und dargestellt werde. Er führte ausdrücklich aus, "er bestehe darauf, dass bei Frau A. eine Arbeitsunfähigkeit" vorhanden sei. Dies begründete er damit, an der Wirbelsäule bestehe eine grosse Diskushernie C5/6, weniger C4/5 links, welche über längere Zeit eine massive radikuläre Schmerzausstrahlung verursacht habe, welche man erst mit einer

Neurolyse der Nervenwurzel C6 etwas habe beruhigen können und die zurzeit weniger ausgeprägte Beschwerden verursache. Im Weiteren führte er aus, zur "gut kompensierten rheumatoiden Arthritis" sei zu sagen, dass im Frühling 2009 mehrere Arthritiden vorhanden gewesen seien. Er habe eine Arthritis des linken Kniegelenks im Mai 2009 und zuletzt anfangs Juli 2009 mit intraartikulären Steroiden behandeln müssen, ebenso eine Fingergelenksarthritis rechts. Die von Prof. E. beschriebene gut kompensierte rheumatoide Arthritis müsse in Frage gestellt werden. Eine Arbeitsunfähigkeit in dieser Situation sei mehr als vertretbar (KB 8; vgl. Erw. Ziff. 3.3.2. hievor). Demnach ist auch aufgrund dieser Beurteilung des behandelnden Rheumatologen Dr. med. F. davon auszugehen, dass die Klägerin auch nach dem 13. Juli 2009 als vollständig arbeitsunfähig qualifiziert werden muss. Entgegen der Auffassung der Beklagten können die Berichte des Kantonsspitals I. und des langjährigen behandelnden Rheumatologen Dr. med. F. nicht pauschal als "voreingenommen" oder "parteiisch" abgetan werden, da hierfür keine Anhaltspunkte bestehen. Dass die Klägerin nach den Angaben der Beklagten keinerlei Bemühungen unternahm, auf die Anpassungen der Arbeitgeberin einzugehen und Arbeitsversuche zu wagen, kann ihr unter den gegebenen Umständen nicht vorgeworfen werden.

5.

Nach dem Gesagten ist die Beklage zu verpflichten, der Klägerin ab dem 13. Juli 2009 für die aufgrund der vorliegenden massgebenden fachärztlichen Berichte ausgewiesene vollständige Arbeitsunfähigkeit die vertraglich vereinbarten Krankentaggelder auszurichten.

6.

6.1.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 85 Abs. 3 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen [VAG]).

6.2.

Ausgangsgemäss ist der Klägerin eine Parteientschädigung zu Lasten der Beklagten zuzusprechen (§ 64 Abs. 3 VRPG i.V.m. § 112 Abs. 1 ZPO).

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

In Gutheissung der Klage wird die Beklage verpflichtet, der Klägerin für die ab dem 13. Juli 2009 ausgewiesene vollständige Arbeitsunfähigkeit die vertraglich vereinbarten Krankentaggelder auszurichten.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Die Beklagte wird verpflichtet, der Klägerin eine Parteienschädigung in richterlich genehmigter Höhe von Fr. 1'905.50 (Honorar von Fr. 1'850.00 und Auslagen von Fr. 55.50) zu bezahlen.

Zustellung an:
die Klägerin (Vertreterin; 2fach)
die Beklagte
das Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung

Beschwerde in Zivilsachen

Dieser Entscheid kann wegen Verletzung von Bundesrecht, Völkerrecht, kantonalen verfassungsmässigen Rechten und interkantonaem Recht **in-
nert 30 Tagen** seit Zustellung mit der **Beschwerde in Zivilsachen** beim **Schweizerischen Bundesgericht**, 1000 Lausanne 14, angefochten werden. Die unterzeichnete Beschwerde muss das Begehren, wie der Entscheid zu ändern ist, sowie in gedrängter Form die Begründung, inwiefern der angefochtene Akt Recht verletzt, mit Angabe der Beweismittel enthalten. Der angefochtene Entscheid und als Beweismittel angerufene Urkunden sind beizulegen (Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [Bundesgerichtsgesetz, BGG] vom 17. Juni 2005).

Aarau, 12. Oktober 2010

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Plüss

Schmidhauser