

KK.2009.00005

Sozialversicherungsgericht
des Kantons Zürich
II. Kammer

Sozialversicherungsrichter Mosimann, Vorsitzender
Sozialversicherungsrichter Gräub
Ersatzrichterin Romero-Käser
Gerichtssekretärin Lienhard

Urteil vom 3. November 2010

in Sachen

X.____

Klägerin

vertreten durch Rechtsanwältin Christina Stutz-Berger
Aegeristrasse 50, Postfach 26, 6301 Zug

gegen

CSS Versicherung AG
Hauptsitz, Abteilung Recht & Compliance
Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern
Beklagte

Sachverhalt:

1. X.____, geboren 1969, war von Februar 2001 bis am 31. Dezember 2006 bei der Y.____ als Trust Officer und Stellvertreterin des Abteilungsleiters angestellt (vgl. Urk. 2/6; Urk. 35/45). Die Arbeitgeberin hatte für ihr Personal bei der CSS Versicherung AG (nachfolgend: CSS) eine Krankentaggeldversicherung für Unternehmen abgeschlossen (Urk. 11/2-3).

Das Arbeitsverhältnis wurde per 31. Dezember 2006 aufgelöst (Urk. 2/6). Während der Kündigungsfrist erkrankte die Versicherte und war seit 6. November 2006 arbeitsunfähig (vgl. Beilage zu Urk. 2/7, Urk. 2/8). Die CSS richtete vom 4. Februar bis am 31. Juli 2007 ein Taggeld auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus (Urk. 2/11, Urk. 2/22-24).

2.

2.1 Am 27. Januar 2009 erhob X.____ Klage gegen die CSS mit folgenden Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2):

„1. Es sei die CSS Versicherung AG zu verpflichten, der Klägerin Leistungen aus der Taggeldversicherung für die Zeit vom 1. Januar 2007 bis und mit 3. Februar 2007 im Betrag von CHF 8'568.00 [auszurichten].

2. Es sei die CSS Versicherung AG weiter zu verpflichten, der Klägerin Leistungen aus der Taggeldversicherung für die Zeit vom 1. August 2007 bis und mit 14. April 2008 im Betrag von CHF 61'362.00 auszurichten.

Eventualiter: Es sei die CSS Versicherung AG zu verpflichten, der Klägerin Leistungen aus der Taggeldversicherung für die Zeit vom 1. August 2007 bis und mit 31. Januar 2008 im Betrag von CHF 46'368.00 auszurichten.“

3. Es sei der Klägerin für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung sowie den unentgeltlichen Prozessbeistand in der Person der hier Unterzeichnenden

gestützt auf Art. 61 lit. f ATSG zu gewähren.

4. Alles unter Kosten- und Entschädigungspflicht zu Lasten der Beklagten.“

2.2 Mit Klageantwort vom 2. März 2009 stellte die CSS Antrag auf Nichteintreten auf die Klage mangels Zuständigkeit des angerufenen Gerichts. Sofern auf die Klage eingetreten werde, sei der Beklagten eine Nachfrist anzusetzen zur eingehenden Stellungnahme (Urk. 10).

Mit unangefochten in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 12. März 2009 (Urk. 17) bejahte das hiesige Gericht seine Zuständigkeit und trat auf die Klage von X.____ ein und setzte der Beklagten Frist zur materiellen Klageantwort, welche am 17. April 2009 erstattet wurde (Urk. 21).

Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 29. April 2009 (Urk. 23) trat das hiesige Gericht infolge Unentgeltlichkeit des Verfahrens auf das Gesuch der Klägerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung nicht ein und wies das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung mangels Bedürftigkeit ab. Sodann hielten die Parteien mit Replik vom 28. August 2009 (Urk. 28) und Duplik vom 22. September 2009 (Urk. 31) an ihren Anträgen fest. Auf entsprechende Aufforderung des hiesigen Gerichts vom 2. November 2009 (Urk. 32) erklärte die Klägerin mit Eingabe vom 10. Dezember 2009 (Urk. 34) Festhalten an Ziff. 2 und 4 ihres Rechtsbegehrens. Dazu äusserte sich die Beklagte mit Stellungnahme vom 12. Januar 2010 (Urk. 38), was der Klägerin am 18. Januar 2010 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 39).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 12 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung im Sinne von Art. 12 Abs. 2 KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Die daraus herrührende Streitigkeit ist daher zivil- und vermögensrechtlich (BGE 124 III 46 Erw. 1 und 232 Erw. 2b), wobei gemäss Art. 85 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) bei Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung von Bundesrechts wegen ein einfaches und rasches Verfahren vorgesehen ist, in dem das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt. Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ist im Kanton Zürich das hiesige Gericht sachlich zuständig (§ 2 Abs. 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 Streitigkeiten aus den Zusatzversicherungen gemäss VVG sind dem Privatrecht zuzuordnen (BGE 124 III 46 Erw. 1a). Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten (Michael Iten, Der private Versicherungsvertrag: Der Antrag und das Antragsverhältnis unter Ausschluss der Anzeigepflicht, Freiburg, 1999, S. 23 N71; vgl. auch Alfred Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Aufl., Bern 1995, S. 150 f.).

1.3 Das Vertragsrecht wird zur Hauptsache durch das Schweizerische Obligationenrecht (OR) geregelt. Das OR gilt immer subsidiär, wenn das VVG, das hinsichtlich des (Zusatz-)Versicherungsvertrages zahlreiche vom OR abweichende oder dieses ergänzende Bestimmungen enthält, eine Frage nicht regelt (vgl. Art. 100 Abs. 1 VVG).

1.4 Gemäss Art. 8 des Zivilgesetzbuches (ZGB) hat, wo es das Gesetz nicht anders bestimmt, derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Demgemäss hat die Partei, die einen Anspruch geltend macht, die rechtsbegründenden Tatsachen zu beweisen, während die Beweislast für die rechtsaufhebenden beziehungsweise -hindernden Tatsachen bei der Partei liegt, die den Untergang des Anspruchs behauptet oder dessen Entstehung oder Durchsetzbarkeit

bestreitet. Diese Grundregel kann durch abweichende gesetzliche Beweislastvorschriften verdrängt werden und ist im Einzelfall zu konkretisieren (BGE 128 III 273 Erw. 2a/aa mit Hinweisen). Sie gilt auch im Bereich des Versicherungsvertrags (BGE 130 III 323 Erw. 3.1). Nach dieser Grundregel hat der Anspruchsberechtigte - in der Regel der Versicherungsnehmer, der versicherte Dritte oder der Begünstigte - die Tatsachen zur Begründung des Versicherungsvertrags zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung gegenüber dem Anspruchsberechtigten berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen (vgl. zum Ganzen BGE 130 III 323 Erw. 3.1). Sobald das Gericht vom Beweisergebnis überzeugt ist, wird die Beweislastverteilung gegenstandslos (BGE 118 II 147 Erw. 3a unten und 114 II 291 Erw. 2a Mitte).

1.5 Art. 8 ZGB schreibt dem Gericht indes nicht vor, mit welchen Mitteln Beweise zu erheben und wie sie zu würdigen sind (BGE 122 III 219 Erw. 3c S. 223). Art. 8 ZGB schliesst insbesondere auch die antizipierte Beweiswürdigung nicht aus. Gemäss Art. 85 Abs. 2 VAG und § 23 Abs. 1 GSVGer gilt die freie Beweiswürdigung. Es bleibt dem Gericht daher unbenommen, von beantragten Beweiserhebungen deshalb abzusehen, weil es sie zum Vornherein nicht für geeignet hält, die behaupteten Tatsachen zu beweisen, oder weil es seine Überzeugung bereits aus anderen Beweisen gewonnen hat und davon ausgeht, dass weitere Abklärungen am massgeblichen Beweisergebnis nichts mehr zu ändern vermöchten (BGE 122 III 223 Erw. 3c mit Hinweisen).

1.6 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). Dieser dem Versicherer obliegende Gegenbeweis besteht indes nicht im strikten Beweis des Gegenteils, sondern bloss im Begründen von Zweifeln an der Richtigkeit der Sachdarstellung des hauptbeweisbelasteten Versicherungsnehmers. Je erheblicher die von ihm geweckten Zweifel an der Version des Versicherungsnehmers, desto höher sind die Beweisanforderungen an dessen Sachdarstellung (Urteil des Bundesgerichts in Sachen X.-Bank vom 15. Februar 2001, 5C.146/2000, Erw. 4b mit Hinweisen).

1.7 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).

1.8 In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

2.

2.1 Gemäss Versicherungspolice Nr. 02-116-282-373 (Urk. 11/2) wurde ein Versicherungsbeginn am 1. Januar 2006 und ein Versicherungsablauf am 31. Dezember 2008 vereinbart. Anwendbar sind die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) Ausgabe 01.2004 (Urk. 11/2 S. 2; Urk. 11/3). Die Leistungsdauer beträgt 730 Tage, die

Leistungshöhe 90 %, die Wartefrist 90 Tage (Urk. 11/2 S. 3).

2.2 Gemäss Art. 3.1 AVB ist Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Leistungsvoraussetzung ist eine ärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % (Art. 15.3 AVB).

3.

3.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beklagte zu Recht die Taggeldleistungen per 31. Juli 2007 einstellte. Zur Beantwortung dieser Frage ist anhand der medizinischen Akten zu prüfen, ob und in welchem Ausmass die Klägerin ab diesem Zeitpunkt arbeitsfähig war. Nicht mehr strittig ist die Frage der Wartefrist und damit der Taggeldleistungen vom 1. Januar 2007 bis und mit 3. Februar 2007 (vgl. Ziff. 1 der Klageanträge; Urk. 1; und Urk. 34 S. 2).

3.2 Die Klägerin machte geltend, sie sei im Zeitraum vom 1. August 2007 bis und mit 16. März 2008, eventualiter 31. Januar 2008, zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Vom 17. März 2008 bis und mit 14. April 2008 habe die Arbeitsunfähigkeit 50 % betragen. Für diesen Zeitraum seien Taggelder zu leisten; auf das Gutachten von Dr. med. Z.____ könne mangels Schlüssigkeit und Korrektheit nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 11 ff.). Zudem habe die Beklagte ohne Verschulden der Klägerin monatelang zugewartet, bis sie die Klägerin habe begutachten lassen. Der Gutachter habe deshalb rückwirkend eine Einschätzung vornehmen müssen, was sich ebenfalls auf die Qualität des Gutachtens auswirke. Die Begutachtung habe knapp zwei Stunden gedauert; es seien keinerlei Tests durchgeführt worden und das Gutachten enthalte Unwahrheiten (Urk. 28 S. 7 ff.).

3.3 Dem hielt die Beklagte entgegen, die Klägerin habe ihren Taggeldanspruch erst am 10. Mai 2007 geltend gemacht. Deren Hausärztin sei davon ausgegangen, dass die Klägerin ab dem 1. August 2007 wieder voll arbeiten könne. Dr. Z.____ habe in seinem Gutachten eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert. Dieses Gutachten sei fundiert und nachvollziehbar und das vorliegend einzige taugliche Beweismittel. Daraus ergebe sich, dass die Klägerin in der angestammten Tätigkeit als Angestellte eines Treuhandbüros nicht arbeitsunfähig sei, sondern krankheitsfremde Faktoren beteiligt seien (Urk. 21 S. 3 ff.).

4.

4.1 Bei den Akten liegen drei Arbeitsunfähigkeitsatteste, ausgestellt durch Dr. med. A.____, Allgemeinmedizin FMH, wonach die Klägerin vom 6. November 2006 bis 13. Mai 2007 infolge Krankheit zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 2/7/1). Mit Bericht vom 31. Mai 2007 zuhanden der Beklagten hielt Dr. A.____ fest, die Symptome seien ab September und Oktober 2006 aufgetreten. Hinsichtlich der Anamnese notierte Dr. A.____ „respiratorische Infekte, Burnout, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Psychotherapie, Antidepressiva, Helicobacter-Eradikation bei Ulcus duodeni“. Aktuell nähmen Leistung und Gewicht wieder langsam zu, die Prognose sei gut. Als nicht-medizinische Gründe mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. A.____ ein Burnout bei Mobbing am Arbeitsplatz. Aktuell unterziehe sich die Klägerin einer Psychotherapie und nehme Antidepressiva. Sie sei seit 6. November 2006 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 2/8 S. 1). Es könne ab 1. August 2007 mit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit zu 100 % gerechnet werden. Dr. A.____ führte weiter aus, die Klägerin habe ihre Stelle gekündigt und sei in dieser Zeit erkrankt. Seit dem 1. Januar 2007 sei sie stellenlos. Der Arbeitgeber habe die Anmeldung bei der Beklagten massiv hinausgezögert. Die Klägerin sei zur Zeit ohne Einkommen. Auch im Hinblick auf baldige Genesung sei Dr. A.____ der Beklagten um eine baldige Auszahlung der Taggelder sehr verbunden (Urk. 2/8 S. 2). Am 11. Mai 2007 attestierte Dr. A.____ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 17. Juni 2007 (Urk. 2/10/2) und am 8. Juni 2007 verlängerte Dr. A.____ die vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 30. Juni 2007 (Urk. 2/12/2). Sodann attestierte Dr. A.____ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 31. Juli 2007 (Urk. 2/13/2), bis 30. September 2007

(Urk. 2/14/2), bis 31. Oktober 2007 (Urk. 2/15/2), bis 30. November 2007 (Urk. 2/16/2) und bis 31. Dezember 2007 (Urk. 2/17/2). Am 4. Januar 2008 wurde wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 2/19), in der Folge wurde dies bis 16. März 2008 verlängert. Ab 17. März bis 14. April 2008 attestierte Dr. A.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 2/21).

Mit Schreiben vom 22. Juni 2007 hatte Dr. A.____ festgehalten, dass sich die Leistungsfähigkeit der Klägerin nach einer relativ stabilen Phase erneut verschlechtert habe, es seien wieder Nausea und Diarrhoe aufgetreten, zudem eine intermittierende Schlafstörung. Es liege eine ausgeprägte, hartnäckige Burnout-Situation vor. Die Klägerin sei in psychotherapeutischer Behandlung. Ein Arbeitsbeginn per 1. August 2007 sei unrealistisch (Urk. 2/18).

Am 19. November 2007 führte Dr. A.____ aus, dass die Klägerin weiterhin vollständig arbeitsunfähig sei. Aufgrund der psychotherapeutischen Behandlung und der neusten Erkenntnisse müsse von einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werden. Dieses Krankheitsbild sei oft mit einer längeren Behandlungs- und Heilungsdauer verbunden. Die Klägerin sei jedoch sehr motiviert; voraussichtlich sei sie ab 1. Januar 2008 zu 50 %, eventuell auch zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 2/25).

4.2 Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Gastroenterologie und Innere Medizin, diagnostizierte mit Bericht vom 27. April 2007 (Urk. 2/39) ein Ulcus duodeni, eine Helicobacter pylori - Gastritis, eine Lactoseintoleranz und einen G-6-Phosphatdehydrogenasemangel. Ursächlich für die abdominale Beschwerdesymptomatik sei ein florides Ulcus duodeni bei positivem Helicobacter-Nachweis, zusätzlich bestehe ein Laktasemangel, der eine Diätberatung erfordere (Urk. 2/39 S. 1 f.).

4.3 B.____, Psychotherapeutin SPV, stellte mit Bericht vom 9. Januar 2008 (Urk. 2/40 = Urk. 22/6) die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Sie erachte es als der Sache dienlich, als behandelnde Therapeutin der Krankentaggeldversicherung einen Bericht zukommen zu lassen mit der Bitte um Effizienz bezüglich Überweisung der ausstehenden Taggelder. Die Klägerin sei seit Dezember 2006 in psychotherapeutischer Behandlung. Vorausgegangen sei ein über viele Monate andauerndes Mobbing. Die Klägerin zeige eine erhöhte psychische und physische Vulnerabilität. Ausgelöst durch die sehr schmerzliche Mobbingenerfahrung sei ihre Biographie ins Rutschen geraten, so dass sie zeitweilig keine Stabilität mehr habe und unter flashbacks leide. Der Zustand ihrer Instabilität werde zusätzlich erschwert, weil die krankheitsbedingten, administrativ notwendigen Schritte nicht zum erwarteten Resultat führten. Erfahrungsgemäss handle es sich um eine Genesungsphase von zwei bis vier Jahren. In den psychotherapeutischen Sitzungen zeige sich die Klägerin motiviert, gesund zu werden (Urk. 2/40).

4.4 Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem am 13. Februar 2008 erstatteten Gutachten (Urk. 2/38) eine remittierte Anpassungsstörung mit trauriger Verstimmung (ICD-10 F43.2), Spätherbst 2006 bis Mitte 2007 (Urk. 2/38 S. 10). Im Jahr 2006 sei es zu einer schwierigen Situation am Arbeitsplatz gekommen, die zunächst mit Mehrarbeit bei der betrieblichen Umstellung und in der Folge mit einer „Mobbingsituation“ zu beschreiben sei. Zu diesem Zeitpunkt habe keine primär psychische Störung bestanden. Durch die Situation am Arbeitsplatz sei die Klägerin erheblich belastet gewesen und die Beschwerden, beispielsweise Schlafstörungen, Bauchschmerzen, gastrointestinale und urogenitale Symptome, hätten nachvollziehbar zugenommen. Schliesslich sei bis Sommer 2007 eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit anerkannt worden, wobei bereits aus dem Bericht von Dr. A.____ vom 31. Mai 2007 deutlich ersichtlich gewesen sei, dass nicht eine primär psychische Störung für die Verminderung der Arbeitsfähigkeit ursächlich gewesen sei. Dr. A.____ habe von einem Burnout und Müdigkeit sowie einer körperlichen Symptomatik berichtet und nicht-medizinische Gründe als die Arbeitsfähigkeit beeinflussend erachtet. Auch die weiteren genannten Fakten würden keinen Hinweis auf eine eigenständige psychische Störung ergeben: Schwindel, Durchfall, intermittierende Schlafstörungen, die

Burnout-Situation und die positive Motivation der Klägerin, sich wieder auf dem Arbeitsmarkt zu integrieren, sowie die laufende psychotherapeutische Behandlung liessen nicht hinreichend auf eine psychische Störung schliessen. Vielmehr ergebe beispielsweise die grosse Motivation, wieder zu arbeiten, einen Hinweis auf krankheitsfremde Faktoren, so zum Beispiel der Umstand, nicht die gewünschte Stelle gefunden oder das Arbeitszeugnis der früheren Arbeitgeberin erst im Januar 2008 erhalten zu haben (Urk. 2/38 S. 10 f.).

Die psychotherapeutische Behandlung sei im Dezember 2006 begonnen worden. Die Therapeutin habe bei der Klägerin kindliche Traumatisierungen, belastende Faktoren aus der Jugendzeit und auch traumatisierende Auseinandersetzungen mit den Eltern zu Tage gefördert und darauf hin die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) gestellt, was nicht nachvollziehbar sei. Eine solche Störung trete nach gravierenden Ereignissen wie beispielsweise dem Erleben von Todesfällen bei Kriegshandlungen oder Naturkatastrophen in unmittelbarer situativer Nähe nach wenigen Tagen, Wochen oder Monaten auf. Die durch den psychotherapeutischen Prozess nun aufgetretenen Erinnerungen der Klägerin stünden nicht in Beziehung zum eigenständigen Krankheitsbild einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die psychotherapeutische Arbeit als solche, die die Klägerin seit Ende 2006 über das ganze Jahr 2007 und anhaltend leiste, sei jedoch nicht als krankheitswertig einzuschätzen und begründe aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine andauernde Minderung ihrer Arbeitsfähigkeit. Insofern sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht auch die Angabe der Therapeutin, es handle sich erfahrungsgemäss um eine Genesungsphase von zwei bis vier Jahren, nicht nachvollziehbar (Urk. 2/38 S. 11 f.).

Hinsichtlich der ebenfalls von der behandelnden Therapeutin gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) sei anzumerken, dass weder aus den vorliegenden Unterlagen der Fachärztin für Allgemeinmedizin noch aus dem Bericht der Psychologin Hinweise auf eine durchgehend affektive Symptomatik im Sinne einer durchgehenden traurigen Verstimmung, eines Interessenverlustes, einer durchgehenden Antriebsminderung, die auf alle Bereiche des Lebens bezogen wäre, einer durchgehenden Appetitminderung oder eines andauernden Lebensüberdrusses ersichtlich seien. Die Klägerin selbst habe für die vergangenen Monate über keine derartige durchgehende depressive Symptomatik berichtet. Sie habe angegeben, in Bezug auf die berufliche Tätigkeit antriebsarm gewesen zu sein, sich jedoch insbesondere in den letzten Monaten sehr intensiv mit der Lektüre von Büchern über psychologische Themen zu beschäftigen, mehrere Stunden täglich einer Computertätigkeit nachzugehen und Zeitschriften und Nachrichten im Internet zu studieren. Der Appetitverlust im Frühjahr 2007, der allerdings auch mit einer Magenschleimhautentzündung in Verbindung gebracht werden könne, habe zu einem Gewichtsverlust von 4-5 kg geführt. Nach einer Diätberatung sowie einem Aufenthalt in einem Wellnesshotel im Sommer 2007 habe die Klägerin wieder ihr gewohntes Gewicht erreicht (Urk. 2/38 S. 12).

Zu keinem Zeitpunkt habe sie eine fachärztliche psychiatrische Behandlung wahrgenommen, was bei einer „ausgeprägteren“ depressiven Episode durchaus indiziert gewesen wäre. Es dürfe jedoch rückblickend aus versicherungspsychiatrischer Sicht davon ausgegangen werden, dass eine derartige eigenständige Erkrankung nicht vorgelegen habe, sondern dass die Klägerin vielmehr im Zuge der Kündigung und der Psychotherapie eine reaktive traurige Verstimmung entwickelt habe, der kein andauernder eigenständiger Krankheitswert eingeräumt werde. Am ehesten sei von einer Anpassungsstörung mit trauriger Verstimmung für den Zeitraum zwischen Spätherbst 2006 und Frühjahr 2007 auszugehen (Urk. 2/38 S. 12).

Die behandelnde Allgemeinmedizinerin sei mit Bericht vom 31. Mai 2007 von einer langsam zunehmenden Leistungsfähigkeit der Klägerin und einer 100%igen Wiederaufnahme der Arbeit ab 1. August 2007 ausgegangen. Für das erneute Bescheinigen einer vollen Arbeitsunfähigkeit nach diesem Zeitpunkt seien aus versicherungspsychiatrischer Sicht in Würdigung der vorliegenden Unterlagen und der aktuellen persönlichen Untersuchung überwiegend krankheitsfremde Faktoren anzunehmen. Insbesondere sei eine laufende Psychotherapie, die frühere Traumatisierungen aufdecke, keine hinreichende Begründung für die

Nichtwiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit. Es dürften vielmehr krankheitsfremde, konstellative Faktoren angenommen werden, indem die Klägerin keine ihrem Ausbildungsniveau und ihren Qualifikationen entsprechende Tätigkeit gefunden habe und auch im Zuwarten mit der Wiederaufnahme einer Tätigkeit von ihrer behandelnden Ärztin und der betreuenden Psychologin unterstützt worden sei. In diesem Fall sei es nicht das alleinige Verschulden der Klägerin, im Vertrauen auf die Bescheinigung der vollen Arbeitsunfähigkeit nicht mit ganzer Motivation die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit verfolgt zu haben. Gleichwohl könne keine eigenständige psychische Krankheit abgeleitet werden, die nach Sommer 2007 eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr begründet hätte (Urk. 2/38 S. 12 f.).

5.

5.1 Die von Dr. A.____ ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsatteste (Urk. 2/7/1; Urk. 2/10/2; Urk. 2/12/2; Urk. 2/13/2; Urk. 2/14/2; Urk. 2/15/2; Urk. 2/16/2; Urk. 2/17/2; Urk. 2/19; Urk. 2/21) vermögen für die hier interessierende Frage nach einer medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit über den 31. Juli 2007 hinaus nur wenig Aufschluss zu geben, da sie den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 1.7) nicht genügen.

Dr. A.____ hielt mit Bericht vom 31. Mai 2007 fest, dass Leistung und Gewicht der Klägerin aktuell wieder langsam zunehmen und die Prognose gut sei. Das von ihr festgestellte Burn-out bei Mobbing am Arbeitsplatz sei ein nicht-medizinischer Grund, welcher Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (Urk. 2/8 S. 1). Letzteres ist nachvollziehbar, ist das Burnout-Syndrom doch unter ICD-10 Z.73.0 und damit in der Kategorie "Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" aufgeführt und gehört damit zu den Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (ICD-10 Z.00-/99), denen jedoch kein versicherungsmedizinischer Krankheitswert zukommt. Die Z-Kategorisierung ist für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien ICD-10 A00-Y89 klassifizierbar sind. Dies, wenn irgendwelche Umstände oder Probleme vorliegen, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen, an sich aber keine bestehende Krankheit oder Schädigung sind (ICD-10 Band 1 Version 1.3, Gesamtausgabe Österreich-Schweiz-Deutschland, Kapitel XXI, S. 1239).

Gestützt auf diesen Bericht leistete die Beklagte Taggelder bis 31. Juli 2007 (vgl. Urk. 2/11). Soweit Dr. A.____ nach diesem Zeitpunkt eine andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit der Klägerin postulierte, so vermag dies nicht zu überzeugen: Am 22. Juni 2007 (Urk. 2/18) verwies Dr. A.____ diesbezüglich auf Nausea, Diarrhoe und eine intermittierende Schlafstörung, was an sich keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag, desgleichen die psychotherapeutische Behandlung. Zudem verwies Dr. A.____ - entgegen ihrer früheren Darstellung - nun zur Begründung der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit auf das Burn-out, was aus den vorgenannten Gründen nicht schlüssig ist. Das Schreiben vom 22. Juni 2007 entspricht mangels konkreter Diagnose sowie Anamnese- und Befunderhebung wie auch mangels Nachvollziehbarkeit den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 1.7) nicht. Dies gilt, aus den gleichen Gründen, auch für den Bericht vom 19. November 2007 (Urk. 2/25). Es liegt die Vermutung nahe, dass Dr. A.____ aufgrund ihrer Vertrauensstellung als behandelnde Hausärztin eher zugunsten ihrer Patientin urteilte (vgl. vorstehend Erw. 1.8). Dies insbesondere, als sich Dr. A.____ auch zugunsten der Klägerin für eine Auszahlung der Taggelder einsetzte und geltend machte, dies sei der Genesung zuträglich (vgl. Urk. 2/8 S. 2; Urk. 2/25).

5.2 Dr. C.____ äusserte sich nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, bestätigte aber die somatisch bedingte abdominale Beschwerdesymptomatik (Bericht vom 27. April 2007; Urk. 2/39).

5.3 Psychotherapeutin B.____ diagnostizierte ohne Angabe von Anamnese, Befunden oder einer Begründung eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Dies ist nicht nachvollziehbar, müssen dabei die Betroffenen doch einem Ereignis

von katastrophalem Ausmass oder aussergewöhnlicher Bedrohung ausgesetzt gewesen sein, das nahezu bei jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen zu sein (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), 5. Auflage 2005, F43.1). Für ein solches Ereignis sind vorliegend keine Anzeichen ersichtlich, insbesondere stellt Mobbing kein Ereignis von diesem Ausmass dar.

Auch die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) ist in keiner Weise belegt oder begründet. Psychotherapeutin B.____ verband zudem in fachlich und therapeutisch fragwürdiger Weise die von ihr festgestellte Instabilität der Klägerin mit dem Erfolg der Taggeldbemühungen (vgl. Urk. 2/40) und trat nach Lage der Akten mit der Klägerin zudem in ein über das übliche Mass der Therapie hinausgehendes Vertrauensverhältnis, indem sie der Klägerin in finanziellen Belangen behilflich war (vgl. Urk. 15 S. 2 Ziff. II 1. in Verbindung mit Urk. 16/1). Diesbezüglich ist auf die Erfahrungstatsache zu verweisen, dass behandelnde Spezialärzte, ebenso wie Hausärzte, mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc, BGE 122 V 160 Erw. 1c, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen B. vom 7. April 2006; I 750/05 Erw. 2.4.1).

Insgesamt vermag die Beurteilung durch Psychotherapeutin B.____ den praxismässigen Anforderungen an einen Arztbericht nicht zu genügen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

5.4 Dr. Z.____ berücksichtigte und diskutierte in seinem Gutachten vom 13. Februar 2008 (Urk. 2/38) die vorhandenen Akten, erhob eigene Befunde und begründete in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise seine Diagnose der remittierten Anpassungsstörung mit trauriger Verstimmung. Dieses Gutachten entspricht sämtlichen praxismässigen Beweisforderungen, weshalb vollumfänglich darauf verwiesen werden kann. Insbesondere legte Dr. Z.____ mit ausführlicher Begründung dar, weshalb mindestens ab dem 1. August 2007 - und schon vorher - keine eigenständige psychische Störung von Krankheitswert vorgelegen hatte, und weshalb auf die Berichte von Dr. A.____ und der Therapeutin B.____ nicht abgestellt werden könne. Dass Letzteres zutreffend ist, wurde vorstehend dargelegt. Im Übrigen erlaubte die Aktenlage es Dr. Z.____ entgegen der Ansicht der Klägerin durchaus, eine nachträgliche Beurteilung ihres Gesundheitszustandes und ihrer Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Auch vermögen allfällige Sachverhaltsabweichungen - sofern sie denn tatsächlich bestehen sollten - die Schlussfolgerungen von Dr. Z.____ nicht zu entkräften. Demzufolge vermag die Klägerin die geltend gemachte, einen Versicherungsanspruch begründende Arbeitsunfähigkeit für die Zeit nach dem 31. Juli 2007 auf Grund der Aktenlage nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darzutun. Die Folgen dieser Beweislosigkeit hat die Klägerin zu tragen.

6.

6.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beklagte zu Recht gestützt auf das Gutachten von Dr. Z.____ vom 13. Februar 2008 die Taggeldleistungen per 31. Juli 2007 einstellte. Weitere Abklärungen sind nicht zu treffen. Dies führt zur Abweisung der Klage.

6.2 Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Eine Partei hat in der Regel aber nur Anspruch auf eine Prozessentschädigung, wenn sie anwaltlich vertreten ist. Einer unvertretenen Partei wird lediglich ausnahmsweise eine Entschädigung zugesprochen, nämlich wenn sie sich über erhebliche Kosten ausweist oder einen sehr hohen, das übliche Mass übersteigenden Arbeitsaufwand gehabt hat (vgl. Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts in Sachen B.

vom 5. Oktober 2001, 5C.161/2001 mit Hinweisen).

6.3 Die Beklagte ist nicht anwaltlich vertreten und ihre Bemühungen haben auch nicht das Mass dessen überschritten, was Versicherer üblicherweise zur Besorgung ihrer Angelegenheiten auf sich zu nehmen haben. Der Beklagten, die ausdrücklich einen entsprechenden Antrag gestellt hat (Urk. 10 S. 2, Urk. 21 S. 2), ist daher trotz ihres Obsiegens keine Entschädigung zuzusprechen.

6.4 Festzuhalten bleibt mit Blick auf das Rechtsmittel, dass die Klägerin Taggeldforderungen im Betrag von Fr. 61'362.-- oder von Fr. 46'368.-- geltend machte (Urk. 1 S. 2; Urk. 34 S. 2). Damit übersteigt der Streitwert dieses Verfahrens jedenfalls Fr. 30'000.--.

Das Gericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Christina Stutz-Berger
 - CSS Versicherung AG
 - Bundesamt für Privatversicherungen
4. Da der Streitwert Fr. 30'000.-- übersteigt, kann gegen diesen Entscheid innert **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).