

II. Kammer  
Sozialversicherungsrichter Mosimann, Vorsitzender  
Sozialversicherungsrichterin Käch  
Ersatzrichterin Romero-Käser  
Gerichtsschreiberin Ryf

**Urteil vom 22. November 2013**

in Sachen

X.\_\_\_\_  
Klägerin

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter  
Rechtsanwälte Pugatsch  
Beethovenstrasse 11, Postfach, 8027 Zürich

gegen

SWICA Krankenversicherung AG  
SWICA Gesundheitsorganisation, Rechtsdienst  
Römerstrasse 38, 8401 Winterthur  
Beklagte

## Sachverhalt:

1.

1.1X.\_\_\_\_, geboren 1974, war ab 1. August 2008 als Retail Channel Marketing Manager bei der Y.\_\_\_\_ tätig und über diese im Rahmen einer kollektiven Krankentaggeldversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) für die Folgen von krankheitsbedingtem Erwerbsausfall bei der SWICA Krankenversicherung AG (nachfolgend: SWICA) taggeldversichert (vgl. Urk. 10/6 Ziff. 1-3).

Die SWICA erbrachte nach Ablauf einer Wartefrist von 30 Tagen erstmals vom 1. September 2008 bis 31. Januar 2009 Krankentaggeldleistungen, wobei sie 123 Krankentaggelder bezahlte (vgl. Urk. 10/16 unten).

1.2Am 4. September 2009 meldete die Arbeitgeberin der SWICA eine seit 14. August 2009 bestehende krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit der Versicherten und bemerkte, es handle sich um einen Rückfall (Urk. 10/6 Ziff. 4 und Ziff. 10). Nach Ablauf einer Wartefrist von 30 Tagen erbrachte die SWICA erneut Taggeldleistungen (vgl. Urk. 10/16 unten).

Per Ende Mai 2010 kündigte die Y.\_\_\_\_ das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten. Diese machte von der Möglichkeit zum Übertritt in die Einzelversicherung Gebrauch (vgl. Urk. 10/6 S. 2) und schloss per 1. Juni 2010 mit der SWICA die Taggeldversicherung SALARIA nach VVG ab (Urk. 21/2).

Am 21. Januar 2011 erstatteten Prof. Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, und Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, B.\_\_\_\_, ein von der SWICA in Auftrag gegebenes neurologisches (Urk. 10/10) und psychiatrisches (Urk. 10/11) Gutachten. Gestützt darauf teilte die SWICA der Versicherten mit Schreiben vom 25. Januar 2011 (Urk. 10/12) mit, ab 1. Januar 2011 sei von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit, ab 1. Februar 2011 von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit und ab 1. März 2011 wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Sie werde die Taggeldzahlungen - ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis vorausgesetzt - entgegenkommenderweise noch bis 31. Januar 2011 zu 100 % und bis 28. Februar 2011 im Umfang von 30 % ausrichten. Per 1. März 2011 werde sie die Taggeldzahlungen einstellen.

Mit Schreiben vom 23. März 2011 (Urk. 10/18), welchem sie einen Bericht ihres behandelnden Psychiaters C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 15. März 2011 (Urk. 10/19) beilegte, ersuchte die Versicherte die SWICA, rückwirkend ab Februar 2011 volle Taggelder auszurichten. Am 11. April 2011 nahm Dr. A.\_\_\_\_ Stellung zur Eingabe der Versicherten und dem Bericht von med. pract. C.\_\_\_\_ (Urk. 10/20). Gestützt darauf teilte die SWICA der Versicherten mit Schreiben vom 20. April 2011 (Urk. 10/21) und

nachdem diese erneut um rückwirkende Ausrichtung der Taggeldleistungen bis zum Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer ersucht hatte (vgl. Urk. 10/23-24) - mit Schreiben vom 8. September 2011 (Urk. 10/25) mit, sie halte an der Schadenminderung per 1. März 2011 fest.

1.3 Das von der Versicherten mit Klage vom 7. Dezember 2011 (Urk. 10/27) beim Friedensrichteramt Winterthur erhobene Verfahren, in welchem sie die Bezahlung von Krankentaggeldern in der Höhe von Fr. 62'667.90 forderte, wurde nach am 30. Januar 2012 durchgeführter Schlichtungsverhandlung mit Verfügung vom 27. März 2012 (Urk. 10/34) als durch einstweiligen Klagerückzug erledigt abgeschlossen. Nach Einsicht in das zwischenzeitlich ergangene, von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, veranlasste Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 1. November 2011 (D.\_\_\_\_-Gutachten, Urk. 10/29) sowie den Vorbescheid der IV-Stelle vom 24. Januar 2012 (Urk. 10/33), mit welchem der Versicherten die Ausrichtung einer vom 1. September 2010 bis 31. August 2011 befristeten ganzen Invalidenrente in Aussicht gestellt worden war, hielt die SWICA mit Schreiben vom 23. Februar 2012 (Urk. 10/31) an ihrer Leistungseinstellung per Ende Februar 2011 fest.

2.

2.1 Mit Eingabe vom 23. April 2012 (Urk. 1), verbessert am 7. Mai 2012 (Urk. 5), erhob die Versicherte Klage gegen die SWICA und beantragte, es sei die Beklagte zu verpflichten, ihr das versicherte Krankentaggeld von Fr. 4'058.60 für den Monat Februar 2011 und Fr. 69'792.70 für die Monate März 2011 bis Januar 2012, insgesamt Fr. 73'851.30, zuzüglich Zins von 5 % seit dem 23. April 2012, zu bezahlen (Urk. 1 S. 2 oben, Urk. 5 S. 1 unten).

Mit Klagantwort vom 16. Mai 2012 (Urk. 9) beantragte die Beklagte, es sei die Klage vollumfänglich abzuweisen. Eventuell sei ein Krankentaggeld bis maximal 17. März 2011 zuzusprechen unter Verrechnung eines über die festgestellte Arbeitsunfähigkeit hinaus bezahlten Anspruchs ab 1. September 2008 bis 11. Oktober 2008 von 50 % sowie unter Wahrung der Drittauszahlung der IV-Nachzahlung an die Beklagte. Subeventuell sei ein Krankentaggeldanspruch bis maximal 4. April 2011 anzuerkennen (S. 2 Ziff. I.1-3).

2.2 Mit Verfügung vom 14. Juni 2012 (Urk. 11) wurde das Gesuch der Beklagten um Sistierung des Verfahrens bis zur rechtskräftigen Erledigung des Verfahrens bei der Invalidenversicherung (vgl. Urk. 9 S. 2 Ziff. I.4) abgewiesen und ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet.

Mit Replik vom 20. August 2012 (Urk. 13) hielt die Klägerin an ihrem Rechtsbegehren fest. Gleichzeitig reichte sie die Verfügung der IV-Stelle vom 7. August 2012 (Urk. 14) ein, mit welcher ihr eine vom 1. September 2010 bis 30. November 2011 befristete ganze Invalidenrente zugesprochen worden war. Mit Duplik vom 28. August 2012 (Urk. 17) erneuerte die Beklagte ihren Antrag auf Klageabweisung, was der Klägerin am 3. September 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 18).

Am 31. Oktober 2013 reichte die Beklagte auf telefonische Aufforderung des Gerichts (vgl. Urk. 19) hin die massgebenden Versicherungspolice (Urk. 21/1-2) ein.

## **Das Gericht zieht in Erwägung:**

1.

1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen nach Art. 12 Abs. 3 KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Die daraus herrührenden Streitigkeiten sind daher zivil- und vermögensrechtlich (BGE 124 III 46 E. 1 und 232 E. 2b).

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 nach Art. 244 bis 247 ZPO (einfaches 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). Das Gericht stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Art. 243 Abs. 1 lit. f ZPO). Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des hiesigen Gerichts zur Beurteilung der eingereichten Klage ist unstrittig gegeben.

1.2 Die Klage zielt auf Taggelder im Gesamtbetrag von Fr. 73'851.30 (zuzüglich Zins) für die Zeit vom 1. Februar 2011 bis 31. Januar 2012 (Urk. 5). Der Streitwert liegt damit über der für die einzelrichterliche Zuständigkeit relevanten Grenze von Fr. 20'000.-- (vgl. § 11 Abs. 1 GSVGer).

2.

2.1 Die Klägerin machte in ihrer Klage Taggeldansprüche in der Höhe von insgesamt Fr. 73'851.30, zuzüglich Zins zu 5 % seit 23. April 2012, geltend (Urk. 5), welche sich - ausgehend von einem Taggeldanspruch von Fr. 207.10 bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. Urk. 10/16) - wie folgt zusammensetzen:

Februar 2011: 28 Taggelder bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % (28 x Fr. 207.10) abzüglich der von der Beklagten im Februar geleisteten Taggelder für eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % in der Höhe von Fr. 1'740.20 (28 x Fr. 62.15, vgl. Urk. 10/16) = Fr. 4'058.60

März 2011 bis Januar 2012: 337 Taggelder bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % (337 x Fr. 207.10) = Fr. 69'792.70

Zur Substantiierung führte die Klägerin aus, sie leide unter verschiedenen orthopädischen und internistischen Gesundheitsbeschwerden, aufgrund welcher sie ab 14. August 2009 arbeitsunfähig geschrieben worden sei, sowie einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode, welche ihr behandelnder Psychiater im Verlauf als die Arbeitsfähigkeit unterhaltende Krankheit erhoben habe. Diese Gesundheitsbeschwerden hielten bis heute unverändert bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % an (Urk. 1 S. 3 Ziff. 6). Die Schadenminderungspflicht, auf welche sich die Beklagte berufe und gestützt auf welche sie - nach Kenntnisnahme vom vertrauensärztlichen Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ - ihre sofortige Vermittelbarkeit ab 1. März 2011 dekretiert habe, gelte nicht uneingeschränkt, da nur zumutbare Massnahmen zulässig

seien (Urk. 1 S. 6 oben). Gemäss D.\_\_\_\_-Gutachten sei sie spätestens, aber doch auch erst dann, ab dem Zeitpunkt der Begutachtung und Untersuchung im D.\_\_\_\_ am 7. September 2011 in der zuletzt ausgeübten Bürotätigkeit zu 80 % und in einer angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 1 S. 6 unten). Trotzdem habe sich die Beklagte geweigert, ihre Leistungen über den 28. Februar 2011 hinaus zumindest bis und mit 31. August 2011 zu erbringen. Die Zumutbarkeit der von ihr verlangten Schadenminderung sei nach dem D.\_\_\_\_-Gutachten für diese Zeitspanne klarerweise nicht gegeben und damit auch kein Grund für die Einstellung beziehungsweise Verweigerung der Taggeldleistungen zumindest bis Ende August 2011 (Urk. 1 S. 6 unten).

Gestützt auf die Berichte ihrer behandelnden Ärzte sei jedoch auch über den 31. August 2011 hinaus von einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen und die Beklagte somit leistungspflichtig. Die Beurteilung der D.\_\_\_\_-Gutachter, wonach ab Untersuchungsdatum im September 2011 keine signifikante Arbeitsunfähigkeit mehr vorhanden sei, überzeuge - aus näher dargelegten Gründen - nicht (Urk. 1 S. 7 Ziff. 7.2-3). Auch für die Zeit ab September 2011 sei die Überwindbarkeit der Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Zumutbarkeit bei der vorliegenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gegeben. Es bestehe ein im Lichte von BGE 130 V 352 nicht überwindbares chronifiziertes Schmerzsyndrom (Urk. 1 S. 7 unten, S. 8). Es sei ihr nicht zuzumuten, ihre anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit in objektiver Hinsicht zu überwinden (Urk. 1 S. 9).

2.2Die Beklagte stellte sich demgegenüber in ihrer Klageantwort (Urk. 9) zunächst auf den Standpunkt, die Klägerin habe massiv überklagt, da gemäss den Akten bereits während 612 Tagen (ohne Wartezeit von 30 Tagen) Taggeld bezahlt worden sei und bis zur Ausschöpfung der Genussberechtigung somit noch 78 Tage (720 - 30 - 612) verblieben. Somit ergebe sich ein Streitwert von maximal Fr. 16'153.80 (78 x 207.10), was der maximale Anspruch der Klägerin wäre, sofern sie im Zeitraum zwischen 1. Februar und 17. Mai 2011 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen wäre. Dies sei jedoch gestützt auf die klaren Gutachten von Prof. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ zu verneinen. Kein anderes Ergebnis resultierte, wenn stattdessen auf das von der IV-Stelle eingeholte D.\_\_\_\_-Gutachten abgestellt würde, da sich daraus ergebe, dass kein Krankheitssubstrat vorhanden sei und die D.\_\_\_\_-Gutachter klar ausgeführt hätten, dass spätestens zum Zeitpunkt der Begutachtung keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Die D.\_\_\_\_-Gutachter hätten sodann auf die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ verwiesen, der bereits am 4. April 2011 klar von „normalen“ neurologischen Befunden gesprochen habe (S. 3 f. Ziff. 1-2).

2.3In ihrer Replik (Urk. 13) bestritt die Klägerin, überklagt zu haben, da die Beklagte für die ab 14. August 2009 bestehende Arbeitsunfähigkeit, welche als neuer Krankheitsfall hinsichtlich Wartezeit und Leistungsdauer zu qualifizieren sei, bis und mit 28. Februar 2011 erst 410 Leistungstage erbracht habe, womit die für die ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit noch offene Leistungsdauer, abzüglich der 30-tägigen Wartezeit bis Ende Januar 2012 reiche (S. 3 Ziff. 4).

2.4Die Beklagte stellte sich in ihrer Duplik (Urk. 17) weiterhin auf den Standpunkt, es seien bereits 612 Krankentaggelder bezogen worden, so dass sich der allfällige Anspruch der Klägerin entsprechend reduziere. Da die Klägerin die Arbeit vor dem 14. August 2009 nicht wieder aufgenommen habe, sei nicht von einer neuen Krankheit auszugehen, weshalb die Leistungsdauer auch nicht neu zu laufen beginne (S. 2 f. Ziff. 4).

2.5Für die ab 14. August 2009 eingetretene Arbeitsunfähigkeit richtete die Beklagte unbestrittener- und belegtermassen (vgl. Urk. 2/15, Urk. 10/16) unter Berücksichtigung einer Wartezeit von 30 Tagen zunächst nach Massgabe der Kollektivtaggeldversicherung und hernach nach Massgabe der Einzeltaggeldversicherung SALARIA Taggeldleistungen für eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus. Im Februar 2011 reduzierte sie das Taggeld auf 30 %. Per Ende Februar 2011 stellte sie ihre Taggeldleistungen ein.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Klägerin im Februar 2011 Anspruch auf Taggelder für eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und ab März 2011 Anspruch auf (weitere) Taggelder hat und gegebenenfalls für wie lange.

### 3.

3.1Das grundsätzlich anwendbare VVG enthält ausser in Art. 87 keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld. Es sind deshalb vorab die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend. Der Taggeldanspruch der Klägerin ist gemäss den unstreitig anwendbaren (vgl. Urk. 21/2) Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Versicherungen nach VVG, Ausgabe 2009 (nachfolgend AVB VVG, Urk. 2/2 S. 10 ff.) und den Zusatzbedingungen der Taggeldversicherung SALARIA nach VVG, Ausgabe 2009 (nachfolgend ZB SALARIA VVG; Urk. 2/2 S. 25 ff.) zu beurteilen (vgl. auch Art. 2 Abs. 1 AVB VVG und Art. 1 Abs. 1 ZB SALARIA VVG).

3.2Nach Art. 3 ZB SALARIA VVG gilt als Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Art. 9 Satz 1 ZB SALARIA VVG definiert die Arbeitsunfähigkeit als die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Gemäss Satz 2 derselben Bestimmung wird nach drei Monaten Arbeitsunfähigkeit auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Vorausgesetzt für die Leistungspflicht des Versicherers ist laut Art. 8 ZB SALARIA VVG eine ärztlich festgestellte ganze oder eine teilweise Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 %, wobei bei voller Arbeitsunfähigkeit das Taggeld entsprechend dem entstandenen und nachgewiesenen Lohnausfall und bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet wird (Abs. 1 und Abs. 2).

3.3Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterinnen haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Dieser im Sozialversicherungsprozess allgemein gültige Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gelangt auch im Klageverfahren betreffend Leistungen aus der Zusatzversicherung zur

Anwendung (Christine Grünig, Verfahrensfragen in der Krankenversicherung, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Hrsg. Hans-Jakob Mosimann, Zürich 2001, S. 193 mit Hinweisen).

3.4 Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHJ 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4. Die Klägerin bezog erstmals vom 1. September 2008 bis 31. Januar 2009 Taggelder der Beklagten (vgl. Urk. 10/16 unten).

Gemäss Bericht des Instituts für Physiotherapie des F.\_\_\_\_ vom 22. September 2008 (Urk. 10/1 S. 1) waren ein akutes zervikoradikuläres Schmerz- und Ausfallsyndrom C7 mit/bei breitbasiger Diskushernie C5/6 mit möglicher Kompression der Nervenwurzel C6 rechts und Diskushernie (Sequestration) C6/7 mit Kompression der Nervenwurzel C7 und C8 (Magnetresonanztomographie, MRI, der Halswirbelsäule, HWS, vom 10. September 2008, Urk. 10/1 S. 3), ein Sturzereignis mit Beckenkontusion rechts vom 7. August 2008 sowie ein Status nach Verkehrsunfall im Jahr 2003 diagnostiziert.

5.

5.1 Im Zusammenhang mit der im September 2009 als Rückfall gemeldeten Arbeitsunfähigkeit ab 14. August 2009 (Urk. 10/6) ist den medizinischen Akten Folgendes zu entnehmen:

5.2 Am 28. Oktober 2009 führten A. Prof. Dr. Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Orthopädie und Traumatologie, und med. pract. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, im Auftrag der Beklagten im H.\_\_\_\_ ein General Assessment mit der Klägerin durch. In ihrem Bericht vom 11. November 2009 (Urk. 10/3) nannten sie folgende Diagnosen (S. 1):

chronisches belastungsabhängiges thorakales/zervikothorakales Schmerz- und Ausfallsyndrom C7 mit/bei breitbasiger Diskushernie C5/6 mit Verdacht auf Kompression C6 und Diskushernie C6/7 mit Kompression C7 und C8 (MRI vom 10. August [richtig: September, vgl. vorstehend E. 4] 2008)

anamnestisch Hyposensibilität Finger II und III rechts

Somatisierung: bewegungsabhängige Schmerzen im Bereich des Halses, der Schultern, der gesamten Wirbelsäule und des Beckens ohne Bewegungseinschränkung

psychische Belastung: Aggressivität, Übermüdung, schlechte körperliche Erholung, Schwindel, Kopfschmerzen

unklare Magen-/Darmbeschwerden (Sodbrennen, Völlegefühl, Blähungen)

Status nach Sturzereignis mit Beckenkontusion rechts am 7. August 2008

Status nach Verkehrsunfall 2003

Nikotinabusus

In ihrer Beurteilung führten die Ärzte aus, die Klägerin leide seit mehr als einem Jahr an wechselnden zervikothorakalen Schmerzen mit Ausstrahlungen in den rechten Arm. Die Ursache dieser Schmerzen sei unklar. Möglicherweise seien die Schmerzen durch Diskushernien mit Wurzelkompressionen im Bereich der unteren HWS verursacht oder allenfalls degenerativen Ursprungs oder allenfalls unspezifisch. Von anfangs Januar 2009 bis im Sommer 2009 seien die Schmerzen fast vollständig abgeklungen gewesen. Aus unklaren Gründen hätten sie jedoch im August 2009 wieder so stark zugenommen, dass die Klägerin wieder zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei (S. 2 Ziff. 2.1). Es sei anzunehmen, dass die Klägerin psychisch belastet sei (S. 2 Ziff. 2.2).

5.3 In seinem Bericht vom 6. Dezember 2009 (Urk. 10/2) nannte Dr. G.\_\_\_\_, I.\_\_\_\_, die bereits bekannten Diagnosen (S. 1). Er führte aus, die Klägerin sei ihm zur wirbelsäulenspezifischen Untersuchung wegen Armschmerzen rechts zugewiesen worden. In den letzten Monaten hätten die Beschwerden (Dermatom C6) sichtlich gebessert, es sei der Klägerin aber noch nicht möglich, während längerer Zeit (Stunden am PC) zu arbeiten, da sonst die Schmerzen im rechten Arm unweigerlich wieder zunehmen würden. Weiter bestehe zurzeit eine psychische Belastung, höchst wahrscheinlich ausgelöst durch die andauernde Ungewissheit betreffend die Schmerzen (S. 2 Mitte).

5.4 Vom 11. Februar bis 5. März 2010 hielt sich die Klägerin für eine stationäre, interdisziplinäre Gruppen- und Einzeltherapie mit Psychoedukation im H.\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht vom 11. März 2010 (Urk. 10/5) wurde ausgeführt, sie habe an allen Trainingseinheiten aktiv teilgenommen. Durch Umsetzung der verschiedenen Techniken (Entspannung, körperliche Aktivierung und kognitive Verarbeitung von Hindernissen oder Problemen) werde es ihr möglich sein, sich schrittweise wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren (S. 1). Empfohlen wurde eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab sofort mit monatlicher Steigerung um 10 % in einer Tätigkeit ohne Heben von schweren Lasten von mehr als 5 bis 10 Kilogrammen. Im Moment nicht empfehlenswert seien Arbeiten am Computer länger als zwei bis drei Stunden pro Tag. Empfohlen wurde, diese Stunden am Computer in den kommenden Monaten je nach klinischem Verlauf zu erhöhen (S. 2 oben).

5.5 In seinem Bericht vom 29. Juni 2010 (Urk. 10/4) führte Dr. G.\_\_\_\_, I.\_\_\_\_, aus, im Rahmen einer orthopädischen Sprechstunde vom 23. Juni 2010 habe die Klägerin berichtet, dass es ihr gar nicht gut gehe, sie sich müde und ausgebrannt fühle, ständig unter Strom stehe und sich die Situation in den letzten Wochen weiter sehr stark verschlechtert habe (S. 1 unten). Er habe ihr aufgezeigt, wie wichtig es sei, dass sie ihr

Heimprogramm, das sie im H.\_\_\_\_ erlernt habe, weiter durchführe, und sie für Juni und Juli 2010 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (S. 2).

5.6 Am 15. Dezember 2010 (Urk. 2/3) berichtete der med. pract. C.\_\_\_\_ zu Händen der IV-Stelle, die Klägerin sei heute zur Krisenintervention in seine ambulante psychiatrische Sprechstunde gekommen. Aus fachpsychiatrischer Sicht sei aktuell und bis auf weiteres die Teilnahme am Wiedereingliederungsprogramm nicht indiziert, da die psychische Situation sich im Sinne einer mittel- bis schwergradigen depressiven Exazerbation mit ausgeprägtem somatischem Syndrom verschlechtert habe.

5.7 Auf Veranlassung der Beklagten untersuchte Prof. Z.\_\_\_\_ die Klägerin am 5. Januar 2011 und verfasste gestützt darauf sowie auf die ihm zur Verfügung gestellten Akten und das psychiatrische Zusatzgutachten von Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 10/11) am 21. Januar 2011 sein neurologisches Gutachten (Urk. 10/10).

Er führte aus, die Klägerin habe während der gesamten Untersuchung - deutlich diskrepant zu ihren anamnestischen Angaben zur aktuellen Schmerzstärke - nicht schmerzgequält oder anderweitig beeinträchtigt gewirkt (S. 7 Ziff. 3). Die Untersuchung habe keinen sicheren oder wahrscheinlichen Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem, der Wirbelsäule sowie der paravertebralen Strukturen ergeben (S. 11 Ziff. 4, Ziff. 5). Demgegenüber habe sich ein deutlicher Anhalt für eine Aggravation (Diskrepanz zwischen der anamnestisch angegebenen Schmerzstärke und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck; prompt ablenkbare, demonstrativ anmutende Bewegungseinschränkungen) ergeben. Für die von der Klägerin vorgetragene Beschwerden im Bereich des rechten Armes und der rechten oberen Rumpfpartie habe sich kein ausreichendes somatisches Korrelat gefunden, sodass eine behindernde somatische Gesundheitsstörung mit einem die Arbeitsfähigkeit mindernden Effekt nicht ausreichend wahrscheinlich sei. Die aus den Aktdokumenten ersichtlichen bildmorphologischen Befunde von Bandscheibenvorfällen im Bereich der HWS seien angesichts des jetzt erhobenen Befundes ohne klinisches Korrelat und dementsprechend ohne eigenständigen Krankheitswert (S. 11 Ziff. 5).

Die bisherige Tätigkeit sei der Klägerin aus medizinischer Sicht noch zumutbar (S. 12 Ziff. 6.1 lit. d). Die Frage, ob der Klägerin rückwirkend per 1. Januar 2011 eine volle Arbeitsfähigkeit bescheinigt werden könne, bejahte Dr. Z.\_\_\_\_ aus neurologischer Sicht (S. 13 Ziff. 4). Als nichtmedizinisches Problem, welches die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige, nannte Prof. Z.\_\_\_\_ Aggravation (S. 13 Ziff. 2 lit. b).

5.8 Auf Veranlassung der Beklagten untersuchte auch Dr. A.\_\_\_\_ die Klägerin am 5. Januar 2011 und verfasste gestützt darauf sowie auf die ihm zur Verfügung gestellten Akten am 21. Januar 2011 sein psychiatrisches Gutachten (Urk. 10/11).

Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. A.\_\_\_\_ eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) mit Somatisierung (ICD-10 F45.0). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine zwanghaft histrionische Persönlichkeitsakzentuierung, ICD-10 F48.8 (S. 9 Ziff. 4).

Im Rahmen seiner Beurteilung führte er aus, aus der Lebensgeschichte der Klägerin ergäben sich Hinweise auf eine frühe Verunsicherung und Entwicklung wenig differenzierter, eher rigider und leistungsorientierter Bewältigungsstrategien. Bei vermutlich histrionischer Persönlichkeitsakzentuierung und rascher Verunsicherbarkeit durch auch nur leichte funktionelle Beeinträchtigungen ohne wesentliches organisches Korrelat sei die Klägerin - möglicherweise durch eine anhaltende psychische Überlastungssituation bei latenter Selbstwertproblematik einerseits und hoher Anspruchshaltung andererseits - an die Grenzen ihrer Kompensationsmöglichkeiten gestossen. Zusätzlich habe sich ein Partnerschaftskonflikt zugespitzt und durch Schwangerschaft sowie Frühabort seien weitere Irritationen erfolgt (S. 10 oben).

Aktuell bestehe eine eher agitiert depressive Symptomatik vom Ausmass einer leichten depressiven Episode, wodurch die Belastbarkeit für Arbeiten im angestammten Beruf oder Arbeiten mit vergleichbarem Anforderungsprofil weiter beeinträchtigt sei. Hinweise auf eine mittel- bis schwergradige depressive Exazerbation mit ausgeprägtem somatischem Syndrom, wie in der ärztlichen Bescheinigung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2010 beschrieben, hätten sich nicht mehr gefunden, sodass man bereits einen partiellen positiven Behandlungseffekt annehmen dürfe (S. 10 unten).

Die Konzentrations-, Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit sowie die Fähigkeit zur Perspektivenentwicklung seien eingeschränkt. Die Stimmung sei leicht deprimiert, affektiv bestehe eine Unausgeglichenheit mit raschem Wechsel zwischen dynamisch selbstbewusstem Auftreten und Resignation. Das Selbstwertgefühl sei beeinträchtigt (S. 11 Ziff. 6.1 lit. b). Durch die Symptomatik sei die Belastbarkeit für Arbeiten im angestammten Beruf oder Arbeiten mit vergleichbarem Anforderungsprofil zurzeit noch um 50 % gemindert (S. 11 Ziff. 6.1 lit. c). Die bisherige Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich noch zumutbar. Aktuell - und retrospektiv ab 1. Januar 2011 - bestehe aus seiner Sicht noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Ab 1. Februar 2011 sei eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % und ab 1. März 2011 wieder eine volle Belastbarkeit (Arbeitsfähigkeit von 100 %) zu erwarten (S. 11 Ziff. 6.1 lit. d).

5.9 Am 15. März 2011 berichtete med. pract. C.\_\_\_\_ über den Verlauf der psychiatrischen Behandlung der Klägerin seit dem 15. Dezember 2010 (Urk. 10/19). Er führte aus, mit der Klägerin seit der Konsultation vom 15. Dezember 2010, im Rahmen welcher er gestützt auf den damaligen psychischen Befund (vgl. S. 2 unten) eine depressive Episode schwergradig (ICD-10 F32.2) diagnostiziert habe, Einzelpsychotherapie durchzuführen. In der Zwischenzeit hätten zwölf Einzelsitzungen und zwei Gruppensitzungen stattgefunden, in denen sich die Klägerin weitgehend von ihren Suizidgedanken habe distanzieren können. Die Stimmungslage, Antriebslosigkeit, Versagensgefühle und Selbstvorwürfe hätten eine leichte Verbesserung gezeigt, welche nach wie vor als sehr labil angesehen werden müsse (S. 3 oben).

Zur Objektivierung der vom Gutachter Dr. A.\_\_\_\_ geäusserten Einschätzung bezüglich Psychostatus und Arbeitsfähigkeit habe er anlässlich der letzten Konsultation vom 10. März 2011 einen aktuellen Psychostatus erhoben und durch psychometrische Testverfahren ergänzt (S. 3 Mitte). Bei der Testung der Depressivität mittels Beck's Depression Inventar (BDI) sei die Klägerin auf einen Summenwert von 37 gekommen, was einer starken Ausprägung einer depressiven Störung entspreche (S. 3 unten).

Aus seiner klinischen Einschätzung sei auch weiterhin von einer aktuell bestehenden mittel-schwergradigen depressiven Störung auszugehen (S. 4 oben). Wie der Gutachter Dr. A.\_\_\_\_ zum Ergebnis komme, es liege eine „leichte depressive Störung mit Somatisierung“ vor, sei für ihn nicht nachvollziehbar. Umso mehr, da er eine „eher agitierte“ depressive Symptomatik festgestellt und als leichtgradig eingestuft habe, definitionsgemäss eine agitierte Symptomatik in der Regel aber bereits eine schwere Ausprägung impliziere, da insbesondere das Risiko bestehe, dass eine bestehende Suizidalität in eine Suizidhandlung umgesetzt werden könne. Die Verzweiflung und Agitiertheit der Klägerin als „zwanghaft histrionische Persönlichkeitsakzentuierung“ zu interpretieren, sei ebenfalls nicht nachvollziehbar. Das Ganze mit dem ICD-Code F48.8 zu versehen (sonstige näher bezeichnete neurotische Störung) sei eine Fehlbeurteilung, welche jeglicher Grundlage und Nachvollziehbarkeit entbehre. Möglicherweise meine der Gutachter ICD-10 F68.8, sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung. Die Kriterien für eine in der ICD-10 im Kapitel 6 genannten Persönlichkeitsstörungen könne er nach längerfristiger Behandlung der Klägerin, insbesondere auch ihrer stationären Behandlung im H.\_\_\_\_, mit Sicherheit nicht bestätigen (S. 4 unten, S. 5 oben).

5.10 In seiner Stellungnahme vom 11. April 2011 (Urk. 10/20) hielt Dr. A.\_\_\_\_ an seiner im Gutachten vom 21. Januar 2011 abgegebenen Beurteilung fest (S. 6), namentlich auch in diagnostischer Hinsicht (S. 1 f.). Er führte aus, eine Persönlichkeitsstörung habe er weder diagnostiziert noch differentialdiagnostisch erwogen (S. 2 unten). Med. pract. C.\_\_\_\_ lese aus seinem Gutachten sodann zu Unrecht heraus, dass er eigentlich eine agitierte Depression (ICD-10 F32.2) festgestellt habe. Aus dem von ihm dokumentierten psychischen Befund sei klar ersichtlich, dass mit Agitiertheit der rasche Wechsel zwischen engagiert dynamischer Beschreibung der Krankheitsentwicklung und den resignativ verzweifelt anmutenden Affekten bei den Angaben zur eigenen Befindlichkeit, der erlebten Ratlosigkeit in der Perspektivenentwicklung und den Berichten über belastende Lebensereignisse gemeint sei (S. 3 oben).

Med. pract. C.\_\_\_\_ habe am 15. Dezember 2010 eine schwergradige depressive Episode diagnostiziert. Ein derartiges Zustandsbild sei unvereinbar mit der Tatsache, dass mit der Klägerin über einen Zeitraum von eineinhalb Stunden eine Begutachtung mit Erhebung einer differenzierten biographischen und speziellen Anamnese habe durchgeführt werden können (S. 3 unten). Die von med. pract. C.\_\_\_\_ durchgeführte Testung der Depressivität mittels BDI sei für das Begutachtungsverfahren ungeeignet. Wie bei allen Selbstbeurteilungsverfahren bestehe eine Tendenz zur Verzerrung der Ergebnisse (S. 4 unten). Weiter bemerkte Dr. A.\_\_\_\_, dass med. pract. C.\_\_\_\_ keine antidepressive Psychopharmakotherapie verordne, obwohl für eine solche bei einer schweren depressiven Episode eine eindeutige Indikation bestünde (S. 5 unten). Anlässlich der Begutachtung am 5. Januar 2011 habe die Klägerin angegeben, abends 500 mg Hyperikum (Johanneskraut, geeignet zur Behandlung von leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden, hier nicht ausreichend dosiert) und 10 mg Trimipramin (psychomotorisch dämpfendes, Schlaf anstossendes Antidepressivum, niedrig dosiert) einzunehmen (S. 5 unten). Auch ohne eine suffiziente antidepressive Medikation sei das von med. pract. C.\_\_\_\_ für den 15. Dezember 2010 beschriebene depressive Syndrom zirka drei Wochen später nicht feststellbar gewesen und in seinem Schreiben vom 15. März 2011 seien keine nachvollziehbaren Anhaltspunkte dafür enthalten, dass eine derart beeinträchtigende Erkrankung wie eine schwere depressive Episode zwischenzeitlich aufgetreten sei (S. 6).

5.11 Am 31. Mai 2011 berichtete C.\_\_\_\_, nunmehr Dr. med., zu Händen des damaligen Rechtsvertreters der Klägerin (Urk. 2/9), der Gesundheitszustand der Klägerin habe in der Zwischenzeit eine langsame Besserung gezeigt. Die Behandlung sei dahingehend ergänzt worden, dass seit nunmehr einem Monat eine zusätzliche antidepressive Behandlung mit Venlafaxin 150 mg installiert worden sei. Darüber hinaus werde die Klägerin engmaschig von einer Psychologin begleitet. Zwischenzeitlich sei eine Hospitalisation in einer psychiatrischen Klinik in Erwägung gezogen worden, da sich insbesondere das Körpergewicht weiter reduziert habe, Schlafstörungen und depressive Symptome exazerbiert seien und insbesondere Antriebsstörungen, Energielosigkeit sowie sozialer Rückzug mit latent bestehender Suizidalität das klinische Bild geprägt hätten. Vor diesem Hintergrund sei aus seiner Sicht eine Arbeitsfähigkeit weiterhin nicht gegeben (S. 1).

Zur Stellungnahme von Dr. A.\_\_\_\_ vom 11. April 2011 bemerkte Dr. C.\_\_\_\_ schliesslich, dass diese - aus näher dargelegten Gründen (S. 1 f.) - weitere Ungereimtheiten und Unklarheiten in der Beurteilung des Gesundheitszustands der Klägerin aufwerfe (S. 2 unten).

5.12 Am 1. November 2011 erstatteten die Ärzte des D.\_\_\_\_ ein Gutachten im Auftrag der IV-Stelle (Urk. 10/29). Dieses stütze sich auf das IV-Dossier sowie die nachträglich eingegangenen Unterlagen (S. 2 ff.) und die am 7. September 2011 durchgeführten allgemeininternistischen (S. 5 ff.), psychiatrischen (S. 7 ff.) und orthopädischen (S. 12 ff.) Untersuchungen (vgl. S. 1).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19 Ziff. 5.1):

chronische Zervikobrachialgie der dominanten rechten Seite mit möglichem radikulärem Reiz- und sensomotorischem Ausfallsyndrom C6 und C7 rechts

radiologisch Diskusprotrusion Halswirbelkörper (HWK) 5/6 und HWK 6/7 ohne klaren Hinweis für Neurokompression

chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter unter anderem eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung, ICD-10 F54 (S. 19 Ziff. 5.2).

Die Gutachter führten aus, bei der orthopädischen Untersuchung sei die Beweglichkeit der HWS leicht eingeschränkt gewesen. Im Übrigen habe eine unauffällige Beweglichkeit der Wirbelsäule bestanden.

Aufgrund der radiologischen Befunde und der Ausstrahlungen sei ein radikuläres Reiz- und sensomotorisches Ausfallsyndrom C6/7 rechts möglich bei chronischer Zervikobrachialgie und einem chronischen Zervikalsyndrom. Die gesamte, von der Klägerin angegebene Beschwerdesymptomatik könne aber mit den klinischen und radiologischen Befunden aus orthopädischer Sicht nicht erklärt werden. Bei der Untersuchung hätten sich auch Inkonsistenzen ergeben, indem die Klägerin den rechten Arm durchaus spontan bewegt und

sich damit auf der Unterlage abgestützt habe (S. 19 f. Ziff. 6.2). Bei der psychiatrischen Untersuchung habe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Es habe eine leichte depressive Symptomatik bestanden, welche die Klägerin aber nicht wesentlich beeinträchtigt. Die somatisch nicht vollständig erklärbaren Beschwerden würden einer Schmerzverarbeitungsstörung zugeordnet. Im internistischen Status seien schliesslich weitgehend unauffällige Befunde erhoben worden (S. 20 oben). Zusammengefasst sei die Klägerin aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne häufigen Einsatz des rechten Armes über der Horizontalen zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. In einer Bürotätigkeit mit vorwiegender Bildschirmarbeit, wie sie die Klägerin zuletzt verrichtet habe, bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, in einem ganztägigen Pensum verwertbar. Körperlich schwere Tätigkeiten seien ihr nicht zumutbar (S. 20 Mitte, S. 21 Ziff. 6.9). Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit seit September 2008 eingeschränkt gewesen sei. Gemäss Beschreibung der akuten Symptomatik durch die Rheumaklinik des F.\_\_\_\_ sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis am 6. Oktober 2008 und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bis am 11. Oktober 2008 nachvollziehbar. Die nachfolgende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei schwierig, da entsprechende genaue Befunde in den Akten nicht vorhanden seien. Wahrscheinlich habe aber schon damals die von ihnen festgestellte Arbeitsfähigkeit bestanden. Diese könne sicher ab ihrem Untersuchungsdatum im September 2011 bestätigt werden (S. 20 Ziff. 6.3).

5.13 Am 22. Dezember 2011 (Urk. 2/4) berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, Innere Medizin, Rheumatologie FMH, MedX-Kräftigungstherapie, die Klägerin am 23. März 2011 erstmals gesehen zu haben und dass sie seit dem 3. Mai 2011 wegen ihrer finanziellen Situation nicht mehr zu weiteren Behandlungen erschienen sei. Dr. E.\_\_\_\_ nannte die bekannten somatischen Diagnosen sowie einen depressiven Verstimmungszustand. Er führte aus, aufgrund der langen Schmerzepisode und der Untergewichtigkeit sei eine massive Muskelabschwächung eingetreten, die sich insbesondere sehr negativ auf die Wirbelsäule ausgewirkt habe. Seines Erachtens könne nur mit einer allgemeinen Kräftigung die körperliche wie auch psychische Stabilität erreicht werden.

5.14 Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 11. Januar 2012 (Urk. 2/5), die Klägerin auf Zuweisung von Dr. C.\_\_\_\_ hin im Mai 2011 erstmals gesehen zu haben, da eine engmaschige Begleitung in der Nähe des Wohnorts indiziert gewesen sei. Als Diagnose nannte Dr. J.\_\_\_\_ eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Er führte aus, trotz regelmässiger stattfindender psychotherapeutischer Gespräche habe keine Stabilisierung oder Verbesserung der Symptomatik erreicht werden können (S. 1 unten). Die Gefühle der Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit seien durch die immer schwieriger werdende sozioökonomische Situation massiv verstärkt worden und hätten zwischenzeitlich zu einer erhöhten Selbstgefährdung geführt. Von einer Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit sei bis zur Klärung aller juristischen und sozialversicherungstechnischen Fragen nicht auszugehen (S. 2).

6.

6.1 Die Beklagte reduzierte beziehungsweise stellte die Taggeldleistungen aufgrund der Gutachten von Prof. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ vom Januar 2011 (vorstehend E. 5.7-8) ein. Während Dr. Z.\_\_\_\_ eine behindernde somatische Gesundheitsstörung mit einem die Arbeitsfähigkeit mindernden Effekt als nicht ausreichend wahrscheinlich erachtete, diagnostizierte Dr. A.\_\_\_\_ eine leichte depressive Episode mit Somatisierung und gelangte zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit der Klägerin dadurch seit Januar 2011 noch zu 50 % eingeschränkt gewesen sei. Ab Februar 2011 erwartete er eine 30%ige und ab März 2011 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit.

Die D.\_\_\_\_-Gutachter, welche die Klägerin rund acht Monate nach Prof. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ untersucht hatten, diagnostizierten eine chronische Zervikobrachialgie der dominanten rechten Seite mit möglichem radikulärem Reiz- und sensomotorischem Ausfallsyndrom C6 und C7 rechts und erachteten die Arbeitsfähigkeit der Klägerin in der angestammten Tätigkeit dadurch als zu 20 %, für eine leidensangepasste Tätigkeit jedoch nicht als eingeschränkt. Sodann diagnostizierten sie eine leichte depressive Episode sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung, welche sie als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bezeichneten. Die von ihnen attestierte Arbeitsunfähigkeit bestätigten sie sicher ab dem Datum ihrer Untersuchung, mithin dem 7. September 2011 (vgl. vorstehend E. 5.12).

6.2 Die Einschätzungen durch Prof. Z.\_\_\_\_ und dem am D.\_\_\_\_-Gutachten beteiligten Orthopäden Dr. K.\_\_\_\_ stimmen insofern überein, als beide die von der Klägerin geklagten Beschwerden aus organischer Sicht nicht oder zumindest nicht vollends erklären konnten. Während Prof. Z.\_\_\_\_ keinen sicheren oder wahrscheinlichen Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem, der Wirbelsäule oder den paravertebralen Strukturen feststellen konnte und aus neurologischer Sicht entsprechend von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausging, erachtete Dr. K.\_\_\_\_ ein radikuläres Reiz- und sensomotorisches Ausfallsyndrom C6/7 rechts zumindest als möglich und beurteilte die Arbeitsfähigkeit der Klägerin in der angestammten Tätigkeit dadurch als zu 80 % eingeschränkt. Für eine leidensangepasste Tätigkeit ging Dr. K.\_\_\_\_ von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus.

In zeitlicher Hinsicht führte Dr. K.\_\_\_\_ im Rahmen seiner orthopädischen Beurteilung aus, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit anhand vorliegender Dokumente sowie anamnestischer Angaben sei retrospektiv schwierig. Entsprechend dem Bericht der Rheumatologen des F.\_\_\_\_ vom 22. September 2008 könne von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 8. September bis 6. Oktober 2008 sowie einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit vom 7. bis 11. Oktober 2008 ausgegangen werden. Diese zeitlich begrenzte Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund der heutigen Untersuchung nachvollziehbar. Zu betonen sei aber, dass es im seitherigen Verlauf zu einer klaren Besserung gekommen sein dürfte und heute keine sicheren radikulären Ausfälle mehr vorlägen. Spätestens ab dem Zeitpunkt der heutigen Untersuchung bestehe für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/29 Ziff. 4.2.6-7).

6.3 Festzuhalten ist vorab, dass Dr. K.\_\_\_\_ keine Kenntnis vom Gutachten von Prof. Z.\_\_\_\_ vom Januar 2011 und damit auch nicht von den damals zu erhebenden organischen Befunden hatte. Da sich der von Prof. Z.\_\_\_\_

im Januar 2011 erhobene klinische Befund (Urk. 10/10 S. 7) aber im Wesentlichen mit dem von Dr. K.\_\_\_\_ im September 2011 erhobenen Befund (Urk. 10/29 S. 16 f.) deckt und die Befunde weder im Januar 2011 noch im September 2011 besonders auffällig waren, kann in somatischer Hinsicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die von Dr. K.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit bereits ab Januar 2011 bestand, zumal die Beurteilungen von Prof. Z.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ zumindest in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht divergieren. Soweit Prof. Z.\_\_\_\_ im Gegensatz zu Dr. K.\_\_\_\_, welcher im September 2011 von einer 20%igen Einschränkung in der angestammten Tätigkeit ausging, im Januar 2011 auch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit verneinte, ist festzuhalten, dass diese Diskrepanz zur Beurteilung des Taggeldanspruchs der Klägerin letztlich nicht von Belang ist, da eine Leistungspflicht der Beklagten eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % voraussetzt (vgl. vorstehend E. 3.2), eine solche für die vorliegende in Frage stehende Zeit ab Februar 2011 aber von keinem Somatiker bestätigt wurde. Mit Blick auf die medizinische Aktenlage ist denn auch davon auszugehen, dass eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Klägerin im Verlauf weniger durch physische als durch psychische Beeinträchtigungen bedingt war, zumal die Ärzte des I.\_\_\_\_ die Ursache der Schmerzen bereits im Oktober und Dezember 2009 als unklar bezeichneten und von einer psychischen Überlagerung berichteten (vgl. vorstehend E. 5.2-3).

6.4 In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand der Klägerin stimmen die Einschätzungen von Dr. A.\_\_\_\_ und dem am D.\_\_\_\_-Gutachten beteiligten Psychiater Dr. L.\_\_\_\_ insofern überein, als beide eine leichte depressive Episode diagnostizierten. Während Dr. A.\_\_\_\_ zusätzlich eine Somatisierung feststellte, nannte Dr. L.\_\_\_\_ als weitere Diagnose eine Schmerzverarbeitungsstörung.

Dr. A.\_\_\_\_ gelangte im Januar 2011 zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit der Klägerin aus psychiatrischer Sicht seit Januar 2011 noch zu 50 % eingeschränkt gewesen sei und erwartete ab Februar 2011 eine 30%ige und ab März 2011 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit. Demgegenüber verneinte Dr. L.\_\_\_\_ im Verlauf eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/29 S. 10 Ziff. 4.1.6).

6.5 Festzuhalten ist, dass Dr. L.\_\_\_\_ keine Kenntnis vom Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom Januar 2011 und damit auch nicht von den damals zu erhebenden psychiatrischen Befunden hatte.

Was die (rückblickende) Beurteilung durch Dr. L.\_\_\_\_ anbelangt, wonach die Arbeitsfähigkeit der Klägerin aus psychiatrischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt gewesen sei, so erscheint dies zumindest mit Blick auf den Bericht des Psychiaters med. pract. C.\_\_\_\_ vom März 2011 (vorstehend E. 5.9) von welchem Dr. L.\_\_\_\_ jedoch keine Kenntnis hatte - zweifelhaft, geht aus diesem doch hervor, dass der psychische Befund jedenfalls im Dezember 2010 (Urk. 10/19 S. 2 unten), als die Klägerin med. pract. C.\_\_\_\_ im Rahmen einer Krisenintervention aufgesucht hatte, eine gewisse Schwere aufwies und eine daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit nicht ausgeschlossen erscheint. In seinem Gutachten vom Januar 2011 (vorstehend E. 5.8) legte Dr. A.\_\_\_\_ aber in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dar, dass es unter der im Dezember 2010 eingeleiteten Therapie zu einer Verbesserung gekommen ist und im Zeitpunkt seiner Untersuchung lediglich noch eine leichte Depressivität feststellbar war. Der von Dr. A.\_\_\_\_ erhobene Befund (Urk. 10/11 S. 8 f. Ziff. 3) steht im Einklang mit den von ihm gestellten Diagnosen und auch die Schilderungen der Klägerin zu ihrem aktuellen Tagesablauf (Urk. 10/11 S. 8 Ziff. 2.5), wonach sie meist um 8.00 Uhr aufstehe, Frühstücke, sich um ihre Wohnung kümmere, Bücher lese, im Internet surfe und weiter Kontakt zu Kolleginnen halte, lassen nicht auf eine ausgeprägte Depressivität schliessen. Anlässlich seiner Begutachtung im September 2011 konnte Dr. L.\_\_\_\_ ebenfalls eine lediglich leichte Depressivität erheben. Sodann berichteten auch er und Dr. K.\_\_\_\_ von Aktivitäten der Klägerin, welche gegen das Vorliegen eines massgeblich ausgeprägten psychischen Leidens sprechen. So etwa, dass diese angegeben habe, die Haushaltarbeiten selbständig zu erledigen, einkaufen zu gehen, Auto zu fahren, täglich eine bis eineinhalb Stunden Nordic Walking zu betreiben, in die Natur zu gehen, Entspannungsübungen zu machen, Bücher zu lesen, bis zu zwei Stunden im Internet zu surfen sowie gute Kontakte zur Nachbarin und auch zu zwei Kolleginnen zu unterhalten (Urk. 10/29 S. 7 unten, S. 8 oben, S. 13 Mitte).

6.6 Gestützt auf die Berichte des Psychiaters med. pract. C.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 5.9 und E. 5.11) kann sodann nicht überwiegend wahrscheinlich davon ausgegangen werden, dass die Depressivität der Klägerin in der Zeit zwischen der Begutachtung durch Dr. A.\_\_\_\_ im Januar 2011 und der Begutachtung durch Dr. L.\_\_\_\_ im September 2011 wesentlich ausgeprägter war, zumal auch Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom Mai 2011 (vorstehend E. 5.11) von einer wenn auch langsamen - Besserung sprach. Dass er die Besserung insbesondere auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit vorsichtig beurteilte, ist mit Blick auf seine Stellung als behandelnder Psychiater durchaus nachvollziehbar. Aufgrund eben dieser Vertrauensstellung ist seine Beurteilung aber rechtsprechungsgemäss (BGE 125 V 351 E. 3b/cc) auch mit Zurückhaltung zu würdigen. Sodann wies Dr. A.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom April 2011 (vorstehend E. 5.10) darauf hin, dass der Umstand, dass die Klägerin im Zeitpunkt seiner Untersuchung im Januar 2011 medikamentös nur ungenügend versorgt und trotzdem in der Lage war, sich während eineinhalb Stunden seiner Begutachtung zu unterziehen, gegen das Vorliegen einer ausgeprägteren Depressivität als der von ihm festgestellten spreche, was ohne Weiteres einleuchtet.

6.7 Mit Blick auf die von Dr. A.\_\_\_\_ bereits im Januar 2011 erhobenen nurmehr dezenten psychischen Befunde sowie die von ihm gestellten Diagnosen vermag seine (prospektive) Einschätzung, wonach die Klägerin ab Februar wieder zu 70 % und ab März wieder zu 100 % arbeitsfähig sein soll, zu überzeugen. Entgegen der Auffassung der Klägerin steht das D.\_\_\_\_-Gutachten der Annahme einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ab Februar 2011 und einer vollen Arbeitsfähigkeit ab März 2011 nicht entgegen, da Dr. L.\_\_\_\_ wie dargelegt gar davon ausging, dass die Arbeitsfähigkeit der Klägerin aus psychiatrischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt gewesen sei.

6.8 Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die Taggelder im Februar auf 30 % reduzierte und ab März 2011 einen weiteren Anspruch auf Taggeldleistungen verneinte. Die Klage ist daher abzuweisen.

7.

7.1 Gemäss Art. 114 lit. e ZPO ist das Verfahren kostenlos. Zu den Prozesskosten gehören die Gerichtskosten und die Parteientschädigung (Art. 95 Abs. 1 ZPO). Aus der Formulierung von Art. 114 ZPO ergibt sich, dass dessen lit. e nur die Gerichtskosten betrifft, nicht aber die Prozessentschädigung an die Gegenpartei (Urteil des Bundesgerichtes 4A\_194/2010 vom 17. November 2010, E. 2.1 nicht publiziert in: BGE 137 III 47). Diese umfasst den Ersatz der notwendigen Auslagen, die Kosten einer berufsmässigen Vertretung sowie in begründeten Fällen eine angemessene Umtriebsentschädigung, wenn eine Partei nicht berufsmässig vertreten ist (Art. 95 Abs. 3 ZPO).

7.2 Die Beklagte ist durch ihren eigenen Rechtsdienst vertreten. Da der Schriftenwechsel nicht mit besonderem Aufwand verbunden war, steht der Versicherung praxisgemäss keine Parteientschädigung zu (Urteil des Bundesgerichtes 5C.244/2000 vom 9. Januar 2001, E. 5 mit Hinweisen). Ihr Antrag auf Zusprechung einer Prozessentschädigung (Urk. 9 S. 2) ist daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Der Beklagten wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter  
SWICA Krankenversicherung AG  
Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA

5. Gegen diesen Entscheid kann innert **30 Tagen** seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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 Die Gerichtsschreiberin

MosimannRyf