

ZH_OBERGERICHT PP150049 vom 8. Juni 2016

ZH Obergericht, 2016-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_obergericht_PP150049

FR: ZH_OBERGERICHT PP150049 du 8 juin 2016

IT: ZH_OBERGERICHT PP150049 del 8 giugno 2016

Erwägungen

E. 1

Der Vater der Klägerin und Beschwerdeführerin (nachfolgend Klägerin) war ein Mitarbeiter der Beklagten und Beschwerdegegnerin (nachfolgend Beklagte). Durch dieses Anstellungsverhältnis war die Klägerin im Jahr 2011 bei der Versicherung D. _____ krankenversichert. Gemäss den Ausführungen der Klägerin sei die Beklagte verpflichtet gewesen, bei gewissen Vorkommnissen – wie z.B. einer Scheidung – die konkreten Instruktionen an Versicherungen zu erteilen, um die Klägerin in die Lage zu versetzen, direkt mit der entsprechenden Versicherung abrechnen zu können. Namentlich hätte die Beklagte den neuen Zivilstand ihres Vaters nach der Scheidung melden (Prot. I S. 20) bzw. die Erklärung abgeben müssen, dass die D. _____ direkt mit der Klägerin abrechnen könne. Die Beklagte habe diese Meldepflicht verletzt, wodurch der Klägerin ein Schaden entstanden sei (Urk. 16 Rz. 35). Die Mutter der Klägerin habe die Arztrechnungen der Klägerin für das Jahr 2011 bezahlt, die entsprechenden Rechnungen der D. _____ zugestellt und die Rückerstattung von Fr. 6'850.95 gefordert. Bis heute sei dieser Betrag jedoch weder an die Klägerin noch an deren Mutter überwiesen worden, weshalb sie davon ausgingen, dass die Überweisung an den Vater der Klägerin erfolgt sei. Der vorliegend geltend gemachte Betrag sei von der Mutter der Klägerin bezahlt worden, da die Klägerin damals noch nicht volljährig gewesen sei. Sollte die Forderung der Mutter der Klägerin zustehen, dann sei sie mit Abtretung vom 26. August 2014 (Urk. 17/31) an die Klägerin übergegangen (Urk. 16 Rz. 32). Primär macht die Klägerin jedoch einen Anspruch aus eigenem Recht geltend (Prot. I S. 18). Dementsprechend fordert die Klägerin den Betrag von Fr. 6'850.95 aus Schadenersatz (Urk. 16 Rz. 35).

E. 2

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich MWSt zulasten der Beklagten." Die Vorinstanz wies die Klage unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Klägerin mit Urteil vom 3. Dezember 2014 ab (Urk. 18 = Urk. 23).

E. 3

Dagegen erhob die Klägerin am 22. Januar 2015 rechtzeitig (vgl. Urk. 19) Beschwerde mit den folgenden Anträgen (Urk. 22 S. 2): " 1. Das Urteil des Bezirksgerichts Zürich vom 3. Dezember 2014 (Geschäfts-Nr. FV140104) sei aufzuheben und das Verfahren an die Vorinstanz zurückzuweisen. 2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich MWSt zu Lasten der Beschwerdegegnerin." Mit Urteil vom 4. Mai 2015 wies die Kammer die Beschwerde ab (Urk. 26, Dispositivziffer 1) und regelte die Kosten- und Entschädigungsfolgen für das Beschwerdeverfahren (Urk. 26, Dispositivziffer 2 bis 4).

E. 4

Die I. zivilrechtliche Abteilung des Bundesgerichts hiess die subsidiäre Verfassungsklage der Klägerin mit Urteil vom 21. Oktober 2015 gut und wies die Sache zu neuer Beurteilung an die Kammer zurück (BGer 4A_311/2015 vom 21. Oktober 2015 = Urk. 29 = Urk. 30).

E. 4.1

Ein Schadenersatzanspruch gestützt auf Art. 97 OR setzt eine Vertragsverletzung, einen Schaden, einen Kausalzusammenhang zwischen der Vertragsverletzung und dem Schaden sowie ein Verschulden voraus (CHK-Furrer/Wey, OR 97-98 N 24).

E. 4.2

Die Klägerin stützt sich bei ihrer Klage auf den Arbeitsvertrag zwischen ihrem Vater und der Beklagten und hält fest, dass weder sie noch ihre Mutter mit der Beklagten übereinstimmende Willenserklärungen ausgetauscht hätten (vgl. Prot. I S. 19). Die Vorinstanz prüfte nicht, ob der Klägerin ein direktes Forderungsrecht gegenüber der Beklagten zukommt, da sie davon ausging, dass kein Schaden vorliegt (vgl. Urk. 23 E. III/2). Ein direktes Forderungsrecht der Klägerin könnte sich aus einem Vertrag zugunsten Dritter ergeben (vgl. Art. 112 OR). So macht die Klägerin geltend, die Beklagte sei aufgrund des Arbeitsvertrages verpflichtet gewesen, dafür besorgt zu sein, für sie (und ihre Schwestern) eine Krankenversicherung abzuschliessen (Urk. 16 Rz. 12). Zudem sei die Beklagte verpflichtet gewesen, nach gewissen Vorkommnissen wie z.B. einer Scheidung die konkreten Instruktionen an die Versicherungen bzw. an die C.____, Inc., zu erteilen, dass in der vorliegenden Konstellation die Tochter eines ehemaligen Mitarbeiters berechtigt sei, direkt mit der Versicherung abzurechnen (Urk. 16 Rz. 23). Ob der Vater der Klägerin und die Beklagte im Rahmen des Arbeitsverhältnisses einen solchen Vertrag zugunsten der Klägerin abgeschlossen hatten und ob es der Willensmeinung der Vertragsparteien oder der Übung entsprochen hatte, dass der Klägerin ein selbstständiges Forderungsrecht zukommt (vgl. Art. 112 Abs. 2 OR), kann offengelassen werden, da die Klage, wie nachfolgend zu zeigen sein wird, selbst bei Bejahung eines Anspruches der Klägerin auf Abgabe der strittigen Erklärung abzuweisen wäre, weil es an der Voraussetzung des Kausalzusammenhangs mangelt.

- 7 - 4.3.1 Die Beklagte bestritt vor Vorinstanz die Deckung der von der Klägerin eingereichten Rechnungen durch die D.____ und erklärte, dass es Sache der Klägerin gewesen wäre, aufzuzeigen, dass die in Frage stehenden Leistungen unter die Deckung der D.____ fallen würden. Sie verwies dabei auf die neben der D.____ bestehenden Krankenversicherungen E.____ und F.____ bzw. G.____ (Prot. I S. 7, 14 und 28). Die Frage, ob die Rechnungen, auf welche sich die Klägerin bei ihrer Klage stützt (vgl. Urk. 4/11), überhaupt unter die Versicherungsdeckung der D.____ fallen, betrifft den für den Schadenersatzanspruch gestützt auf Art. 97 OR erforderlichen Kausalzusammenhang. Würden die den Rechnungen zugrundeliegenden Leistungen nicht unter die Deckung der D.____ fallen, wäre die unterlassene Erklärung bzw. Instruktion der Beklagten gegenüber der D.____ nicht kausal für den geltend gemachten Schaden im Umfang von Fr. 6'850.95.

4.3.2 Nachdem die Beklagte den Kausalzusammenhang zwischen der behaupteten Vertragsverletzung und dem Schaden bestritt, hat die Klägerin diesen zu beweisen. Dabei gilt nach konstanter bundesgerichtlicher Praxis für den Nachweis des natürlichen bzw. hypothetischen Kausalzusammenhangs das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGer 4A_318/2015 vom 2. November 2015, E. 4). Der Beweiserfolg

tritt ein, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (Hasenböhler, Das Beweisrecht der ZPO, Band 1, 2015, Rz. 5.62). Die Beurteilung der Adäquanz ist eine Rechtsfrage. Allerdings sind angesichts des Zusammenhangs zwischen der natürlichen und der adäquaten Kausalität auch Indizien zur Adäquanz vorzubringen (BGE 90 II 227 E. 3; vgl. zum Ganzen CHK-Furrer/Wey, OR 97-98 N 114). Beweismittel, mit welchen eine Tatsachenbehauptung bewiesen werden soll, sind möglichst präzise zu bezeichnen. Nur bei genauer Bezeichnung des beantragten Beweismittels ist es dem Gericht möglich, in seiner Beweisverfügung (vgl. Art. 154 ZPO) die zugelassenen Beweismittel selber hinreichend zu bezeichnen. Weiter ist die Gegenpartei lediglich bei ausreichender Bezeichnung des offerierten Beweismittels in der Lage, sich gegebenenfalls gegen den Beweisantrag zu wehren (ZK ZPO-Hasenböhler, Art. 152 N 15). Der Be-

- 8 - weis muss im Beweisantrag so bezeichnet werden, dass er direkt oder indirekt individualisierbar bzw. spezifiziert und lokalisierbar ist (BSK-ZPO-Guyan, Art. 152 N 3).

4.3.3 Die Klägerin behauptete den Kausalzusammenhang zwischen der geltend gemachten Vertragsverletzung und dem behaupteten Schaden im vorinstanzlichen Verfahren zunächst implizit, indem sie die Vertragsverletzung als die schadensbegründende Ursache angab. Nachdem die Beklagte in ihrer Stellungnahme zur Klage in der Folge bestritt, dass die geltend gemachten Rechnungen bzw. die diesen zugrundeliegenden Leistungen unter die Deckung der D._____ fallen würden, behauptete die Klägerin dies im Rahmen ihrer Replik nun explizit. Sie führte hierzu aus (Prot. I S. 18 f.): "Es wurde bestritten, dass die D._____ die konkreten Arztrechnungen hätte bezahlen müssen und dass diese unter die Deckung fallen. Als neue Behauptung bringe ich vor, dass die in Rz. 30 genannten Ärzte bereits früher Krankheitsbehandlungen erbracht haben, welche von der D._____ übernommen wurden. Als Beweis biete ich an: Rechnungen und Zahlungsbelege. Die Klägerin wird diese für die Leistungen vor dem Jahr 2011 nachreichen." Von diesem – für die zweite Instanz verbindlichen – Wortlaut des Protokolls und damit von dieser Beweisofferte ist auszugehen. Dies obwohl die Beklagte in der Folge die klägerische Beweisofferte anders zitierte (vgl. Prot. I S. 24). Damit offerierte die Klägerin als Beweis für die Deckung der in der Klagebegründung aufgezählten Leistungen durch die D._____ Rechnungen und Zahlungsbelege aus der Zeit vor dem Jahr 2011. Diese Beweisofferte kritisierte die Beklagte bereits im vorinstanzlichen Verfahren als ungenügend (Prot. I S. 24; vgl. auch Beschwerdeantwort Urk. 34 Rz. 39 f.). Ausreichend bezeichnet ist die Beweisofferte in Bezug auf die Rechnungen, ergibt sich aus dem Zusammenhang doch ohne Weiteres, dass Rechnungen für Behandlungen vor dem Jahr 2011 der in der Klagebegründung aufgelisteten Ärzte offeriert wurden (vgl. Urk. 16 Rz. 30). Bezüglich der Zahlungsbelege erweist sich der Beweisantrag hingegen als unzureichend. Die Klägerin gibt nicht an, wessen Zahlungen diese Belege aufzeigen sollen. Gemäss dem vorgelegenen Sachverhalt könnte es sich um Zahlungen der Mutter oder des Vaters der Klägerin oder aber auch der D._____ handeln. Es blieb unklar, um was

- 9 - für Zahlungsbelege es sich handelt, ob dies Einzahlungsbelege sind, welche aufzeigen, dass ein Elternteil der Klägerin die Rechnungen bezahlt hat, oder allenfalls Quittungen, welche die Rückerstattung durch die D._____ belegen. Es wäre der Vorinstanz vor diesem Hintergrund nicht möglich gewesen, die zugelassenen Beweismittel in der Beweisverfügung ausreichend zu bezeichnen (vgl. Art. 154 ZPO). Weiter konnte die

Beklagte diesen Beweisantrag nicht substantiiert bestreiten, worauf sie mit ihrer Rüge der ungenügenden Beweisofferte hinwies (vgl. Prot. I S. 24). Mangels hinreichender Bezeichnung musste dieses Beweismittel deshalb nicht abgenommen werden. Der Vollständigkeit halber kann festgehalten werden, dass der Vorinstanz in diesem Zusammenhang keine Verletzung der richterlichen Fragepflicht vorgeworfen werden kann. Zwar gilt im vereinfachten Verfahren die verstärkte Fragepflicht im Sinne von Art. 247 Abs. 1 ZPO, allerdings darf bei anwaltlicher Vertretung darauf vertraut werden, dass der mandatierte Rechtsvertreter den Prozessstoff sowohl behauptungs- wie auch beweis-mässig vollständig vorträgt (vgl. hierzu auch BGer 4A_57/2014 vom 8. Mai 2014, E. 1.3.2 mit weiteren Hinweisen). Zudem ist das Gericht nicht gehalten, bewusste prozessuale Nachlässigkeiten der Parteien auszugleichen. Eine solche liegt vor, wenn die Gegenpartei – wie vorliegend – hinreichend deutlich auf den entsprechenden Mangel hingewiesen hat und es die Partei dennoch unterlässt, ihre Ausführungen zu verbessern (BK ZPO-Killias, Art. 247 N 17). Damit wurde zum Beweis des Kausalzusammenhangs vorliegend lediglich der Beweisantrag "Rechnungen" formgerecht bezeichnet. 4.3.4 Selbst wenn jedoch auch in Bezug auf die Zahlungsbelege von einem ausreichenden Beweisantrag ausgegangen würde, könnten die offerierten Beweismittel "Rechnungen und Zahlungsbelege" den vorliegend in Frage stehenden Kausalzusammenhang nicht beweisen. Dies aus den folgenden Gründen: Die Klägerin erklärte nicht, inwiefern sich aus Rechnungen der in der Klagebe-gründung aufgezählten Ärzte aus der Zeit vor dem Jahr 2011 ergeben soll, dass die D._____ jene Leistungen gedeckt hatte. So wurde nicht behauptet, dass die D._____ auf den Rechnungen jeweils einen entsprechenden Vermerk angebracht bzw. die Rechnungen quittiert hätte. Selbst wenn sich die entsprechenden Leistungen der Versicherung aus den offerierten Rechnungen ergeben sollten, wäre

- 10 - damit noch nicht bewiesen, dass auch jene aus dem Jahr 2011 (vgl. Urk. 4/11), um welche es vorliegend geht, von der D._____ gedeckt wurden bzw. worden wären. Einerseits könnten sich die Versicherungspolice geändert haben, andererseits müssten die in der Replik offerierten Rechnungen die gleichen ärztlichen Behandlungen umfassen wie jene Rechnungen, auf welche die Klägerin ihre Klage stützt (vgl. Urk. 4/11). Dies wurde jedoch noch nicht einmal behauptet. Behauptet wurde lediglich, dass dieselben Ärzte bereits Leistungen erbracht hätten, welche von der D._____ gedeckt worden seien (Prot. I S. 18; vgl. auch den diesbezüglichen Einwand der Beklagten in Urk. 34 Rz. 39 f.). Das Beweismittel "Rechnungen" erscheint damit nicht tauglich, den Beweis des Kausalzusammenhangs zu erbringen. Entsprechendes gälte für die offerierten Zahlungsbelege, würde von einer ausreichenden Bezeichnung jener Beweisofferte ausgegangen. Die Versicherungsdeckung kann nicht alleine aus vor dem Jahr 2011 entstandenen Rechnungen oder Zahlungsbelegen abgeleitet werden. Um zu beweisen, dass die vorliegend behaupteten ärztlichen Behandlungen aus dem Jahr 2011 durch die D._____ gedeckt worden wären, müsste bekannt sein, welche Art von Leistungen im Jahr 2011 durch die H._____ überhaupt gedeckt wurden. Hierzu hätten die entsprechenden vertraglichen Bestimmungen zwischen der D._____ und der Beklagten bzw. der Muttergesellschaft der Beklagten, der C._____, Inc. (vgl. den Einwand der Beklagten, wonach sie nicht Vertragspartei sei [Prot. I S. 8 mit Verweis auf Urk. 13/3]), des Jahres 2011 beigezogen werden müssen. Lediglich aus diesen wäre ersichtlich, welche Leistungen durch die Versicherung abgedeckt waren. Einen diesbezüglichen Beweisantrag stellte die Klägerin jedoch nicht. Es gilt hierbei insbesondere zu berücksichtigen, dass gemäss den übereinstimmenden Parteiausführungen verschiedene Versicherungen

involviert waren. Die G._____ Versicherungen AG war erst ab dem Jahr 2012 zuständig (vgl. Prot. I S. 19, 24 und 28). Davor wurde die obligatorische Krankenkasse gemäss den unbestritten gebliebenen Ausführungen der Beklagten über die Versicherungen E._____ und F._____ abgedeckt (vgl. Prot. I S. 28). Die Klägerin zeigte nicht auf, was im Jahr 2011 unter die Deckung der D._____ fiel. Auch legte sie nicht dar, welche Versicherung (E._____, F._____ oder D._____, vgl. auch Urk. 17/21, in welcher der Vater der Klägerin von den Versicherungen "F._____/..." spricht) je-

- 11 - weils für welche Leistungen zuständig war. Dies blieb völlig unbekannt. Die Klägerin führte hierzu lediglich aus, dass über die G._____ ab dem Jahr 2012 gewisse Leistungen hätten abgerechnet werden können (Prot. I S. 19) bzw. es um Zahn- arztbehandlungen und um Auslandsaufenthalte gehe, welche nicht von der G._____ gedeckt würden (Prot. I S. 21). Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass die vorliegend interessierenden Behandlungen nicht durch die G._____ bzw. vor 2012 durch die E._____ oder F._____ abgedeckt worden wären, könnte dar- aus noch keine Deckung durch die D._____ abgeleitet werden. Hinzu kommt schliesslich, dass die Klägerin es auch unterliess, substantiiert darzulegen, was für ärztliche Behandlungen den vorliegend im Streite liegenden Rechnungen zu- grunde liegen. Sie bezeichnete diese lediglich pauschal als Krankheits- sowie Zahnarztbehandlungen (Urk. 16 Rz. 30) bzw. Auslandsaufenthalte (Prot. I S. 21) und reichte die entsprechenden Rechnungen ein (Urk. 4/11). Sie konkretisierte ih- re Ausführungen auch nicht, nachdem die Beklagte die Versicherungsdeckung durch die D._____ bestritten hatte (Prot. I S. 24). Damit bestünde jedoch selbst bei Kenntnis der entsprechenden vertraglichen Bestimmungen – welche jedoch nicht als Beweis offeriert wurden – mangels entsprechender, ausreichender Be- hauptung der Klägerin schlussendlich Unkenntnis über die Art der vorliegend er- brachten Behandlungen und damit über deren Deckung durch die D._____. Nach dem Gesagten gelang es der Klägerin nicht, die erforderliche überwiegende Wahrscheinlichkeit ihrer Tatsachenbehauptung darzulegen. 4.3.5 Weitere Beweismittel wurden in Bezug auf die Versicherungsdeckung nicht offeriert. Zwar beantragte die Klägerin im Zusammenhang mit "dem Forderungs- betrag" im Rahmen der Klagebegründung die Zeugeneinvernahme der "jeweiligen Ärzte gemäss Auflistung", offerierte die Mutter der Klägerin als Zeugin, beantragte den Beizug der Krankengeschichten und reichte die "Übersicht Zahlungen Kran- kenkasse/Zahnarzt 2011 für die Klägerin mit Kopien der darin erwähnten Rech- nungen" ein (Urk. 16 Rz. 30; Urk. 4/11), diese Beweisanträge stellte sie jedoch nicht im Zusammenhang mit der behaupteten Versicherungsdeckung durch die D._____. Die Versicherungsdeckung durch die D._____ behauptete sie explizit, wie bereits ausgeführt, erst anlässlich ihrer Replik. Dabei führte sie aus, als neue Behauptung vorzubringen, dass die genannten Ärzte bereits früher Krankheitsbe-

- 12 - handlungen erbracht hätten, welche von der D._____ übernommen worden seien, und offerierte hierzu lediglich die Beweismittel "Rechnungen und Zahlungsbelege" (Prot. I S. 18 f.). Beweisofferten sind grundsätzlich unmittelbar im Anschluss an die Tatsachenbehauptungen aufzuführen, die damit bewiesen werden sollen. Aus dem Zusammenhang muss klar werden, inwiefern die angerufenen Beweismittel den angestrebten Beweis erbringen sollen (BK ZPO-Hurni, Art. 55 N 45). Dabei gilt ein Beweismittel nur dann als formgerecht angeboten, wenn sich die Beweis- offerte eindeutig der damit zu beweisenden Tatsachenbehauptung zuordnen lässt (BGer 4A_414/2013 vom 28. Oktober 2013, E. 4.4). Es ist nicht Sache des Ge- richts, die Beweismittel danach zu

durchforschen, ob sich aus ihnen etwas zu Gunsten der Parteien ableiten lässt. Vorliegend behauptete die Klägerin nicht, dass diese im Zusammenhang mit dem Forderungsbetrag angebotenen Beweis- mittel den Beweis für die Versicherungsdeckung erbringen würden. Damit man- gelt es bereits an einer diesbezüglichen Behauptung bzw. an einer Beweisofferte. Folglich hätten im Zusammenhang mit der Versicherungsdeckung neben der Würdigung der Rechnungen und Zahlungsbelege keine weiteren Beweise abge- nommen werden können.

E. 4.4

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich in Bezug auf die Versicherungsdeckung durch die D._____ und damit bezüglich des Kausalzusammenhangs lediglich der Beweis Antrag "Rechnungen" als ausreichend erweist. Diese Rechnungen erscheinen allerdings nicht tauglich, um die Versicherungsde- ckung zu beweisen. Selbst wenn der Beweis Antrag in Bezug auf die Zahlungsbe- lege sodann als ausreichend erachtet würde, wäre auch dieses Beweismittel nicht geeignet, um die Deckung durch die D._____ zu beweisen. Vielmehr wäre hierzu der Beizug der Versicherungsbestimmungen zwischen der D._____ und der Be- klagten bzw. der C._____, Inc., notwendig gewesen. Ein solcher wurde jedoch nicht beantragt. Auch wurden im Zusammenhang mit der Versicherungsdeckung keine weiteren Beweis Anträge gestellt und wären damit keine weiteren Beweismit- tel abzunehmen gewesen. Damit liegen jedoch keine gewichtige Gründe vor, wel- che für die Richtigkeit der klägerischen Sachbehauptung sprechen. Die Klägerin konnte einen Kausalzusammenhang zwischen der nicht erfolgten Erklärung bzw. Instruktion der Beklagten und dem geltend gemachten Schaden nicht dartun.

- 13 - Dementsprechend mangelt es an einer Voraussetzung gemäss Art. 97 OR, wes- halb es bei der durch die Vorinstanz erkannten Abweisung der Klage bleibt und die Beschwerde abzuweisen ist. C. Kosten- und Entschädigungsfolgen Ausgangsgemäss wird die Klägerin kosten- und entschädigungspflichtig (Art. 106 Abs. 1 ZPO). Die Entscheidgebühr ist gestützt auf § 1 lit. b, § 2, § 4 Abs. 1 sowie § 12 Abs. 1 und 2 GebV OG auf Fr. 1'300.– festzusetzen. Die volle Parteient- schädigung ist unter Berücksichtigung dessen, dass jede Partei jeweils eine Rechtsschrift verfasst hat, auf Fr. 1'120.– festzulegen (§ 4, § 11 und § 13 Anw- GebV). Mangels eines entsprechenden Antrages und da die Beklagte Sitz im Aus- land hat und ihr Rechtsvertreter damit ohnehin nicht mehrwertsteuerpflichtig ist (vgl. Kreisschreiben der Verwaltungskommission des Obergerichts über die Mehrwertsteuer vom 17. Mai 2006, Ziff. 2.1.1) wird kein Mehrwertsteuerzuschlag zugesprochen. Es wird erkannt:

E. 5

Es wurde ein neues Verfahren eröffnet (vorherige Geschäfts-Nr. PP150003). Mit Eingabe vom 12. Februar 2016 erstattete die Beklagte die Beschwerdeantwort (Urk. 34), welche der Klägerin mit Verfügung vom 24. Februar 2016 zugestellt wurde (Urk. 35). B. Materielle Beurteilung 1. Die Vorinstanz erwog, gemäss Art. 97 OR i.V.m. Art. 8 ZGB obliege es der Klägerin, den von ihr geltend gemachten Schaden zu beweisen. Die D._____ ha- be der Mutter der Klägerin mit Schreiben vom 15. Mai 2012 mitgeteilt, wie sie vor- zugehen habe, damit ihr die Beiträge direkt ausbezahlt würden (mit Verweis auf Urk. 13/4). Konkret müsse ein US-Gerichtsentscheid eingereicht werden, welches

- 4 - das Recht des Kindes auf Erhalt von Leistungen feststelle. Die Klägerin lege in ihrer Begründung nicht dar, weshalb sie oder ihre Mutter diesen Vorgaben der Krankenkasse nicht nachgekommen seien. Sodann äussere sie sich auch nicht zur Frage, ob bzw. weshalb sie der Auffassung sei, dass die D._____ den geforderten Betrag nicht mehr auszahlen werde. Aus den von den Parteien eingereichten Unterlagen gehe nicht hervor, dass die D._____ den Anspruch definitiv abgewiesen habe, weshalb davon auszugehen sei, dass er nach wie vor geltend gemacht werden könne. Bestehe der Anspruch noch, so stehe dieser der Vermögensverminderung der Mutter der Klägerin gegenüber, weshalb kein Schaden vorliege (Urk. 23 E. III/2). 2. Die Klägerin rügt einerseits, die Vorinstanz habe ihr rechtliches Gehör verletzt, indem sie sich mit den wesentlichen Sachverhaltsvorbringen nicht auseinandergesetzt habe. Sie (die Klägerin) habe im Detail vorgetragen, dass ihr gegenüber der Beklagten bezüglich der Abrechnung mit der Krankenkasse eigene Rechte zustehen würden. Überdies habe sie konkrete Ausführungen zum Schaden gemacht. Unter dem Gesichtspunkt des Anspruches einer Partei auf rechtliches Gehör sei es unhaltbar, dass sich die Vorinstanz zu der gesamten geschilderten Ausgangslage (direkter Forderungsanspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten) nicht geäussert habe. Da die Vorinstanz zudem offengelassen habe, ob sich aus den Verträgen zwischen dem Vater der Klägerin und der Beklagten ein direkter Anspruch der Klägerin ergebe, obwohl sie genau dies behauptet und dazu die Edition der entsprechenden Dokumente verlangt habe, habe die Vorinstanz zudem den Sachverhalt unrichtig festgestellt (Urk. 22 Rz. 10 bis 15). Weiter bringt die Klägerin vor, die Vorinstanz habe eine unrichtige Rechtsanwendung vorgenommen, indem sie als Grundlage für den Schadenersatzanspruch irrtümlich Art. 97 OR angewendet habe. Da die durch die Beklagte pflichtwidrig nicht erfolgte Erklärung ihrer Natur nach umgehend nach der Änderung des Personstandes hätte vorgenommen werden müssen, befinde sich die Beklagte in Verzug nach Art. 107 Abs. 1 OR. Durch die vertragswidrige Leistungsverzögerung sei der Klägerin bzw. deren Mutter ein Verzugsschaden im Sinne von Art. 103 Abs. 1 OR im Umfang von Fr. 6'850.95 entstanden, welcher ihr – im Gegensatz zum Schadenersatzanspruch gemäss Art. 97 OR – kumulativ zum Primärleistungsanspruch

- 5 - zustehe. Wäre die Beklagte ihrer Verpflichtung im Jahr 2007 oder spätestens nach den Abmahnungen nachgekommen, so die Klägerin weiter, hätte sie (die Klägerin) ein eigenständiges direktes Rückerstattungsrecht gegenüber der D._____ und der geltend gemachte Betrag wäre ihrem Konto oder dem ihrer Mutter gutgeschrieben worden. Die Klägerin sei nun jedoch nach wie vor nur indirekt Begünstigte. Als solche habe sie kein Forderungsrecht gegenüber der D._____ und sei auf die Kooperation ihres Vaters angewiesen. Bis heute sei der Betrag in der Höhe von Fr. 6'850.95 weder der Mutter der Klägerin noch ihr selber überwiesen worden. Die Differenz-Formel führe damit zu einem Verspätungsschaden in der Höhe von Fr. 6'850.95. Der Umstand, dass die D._____ im Schreiben vom 15. Mai 2012 eine direkte Auszahlung bei Vorlage eines US-Gerichtsentscheidendes über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin in Aussicht stelle, ändere am Vorhandensein des Schadens in der Höhe von Fr. 6'850.95 nichts. Sie habe gegenüber der Beklagten einen Anspruch darauf, dass ihr direktes Forderungsrecht gegenüber der D._____ durch die Erklärung der Beklagten begründet werde. Sie müsse sich dabei nicht entgegenhalten lassen, dass theoretisch auch eine Erstreitigung des Forderungsrechts vor US-Gerichten in Betracht käme. Die Vorinstanz hätte prüfen müssen, ob ihr ein eigener Anspruch gegenüber der Beklagten zustehe, dies unabhängig davon, ob, wann, unter welchen Umständen und an wen die Krankenkasse D._____ bezahle

(Urk. 22 Rz. 16 bis 23). 3. Die I. zivilrechtliche Kammer des Bundesgerichts hielt in ihrem Urteil vom 21. Oktober 2015 fest, dass die Vorstellung der Klägerin, wonach es sich vorliegend um einen Schaden gestützt auf Art. 103 und nicht auf Art. 97 OR handle, falsch sei. Indem die Klägerin aber unmissverständlich auf die Weigerung der Beklagten zur Abgabe der Willenserklärung verwiesen habe, habe sie eine entsprechende schadensbegründende Pflichtverletzung behauptet (Urk. 30 E. 6.3). Weiter hielt das Bundesgericht fest, die Beklagte hätte einen Schaden verursacht, wenn nachgewiesen wäre, dass für die Auszahlung durch die Krankenversicherung eine Erklärung der Beklagten notwendig sei, dass die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf Abgabe dieser Erklärung habe und dass die Beklagte die Erfüllung dieser Verpflichtung verweigert habe. Ein durch die Beklagte verursachter Schaden könne auch dann vorliegen, wenn die Beklagte eine solchermassen ge-

- 6 - schuldete Erklärung nicht abgegeben habe und deshalb zwischenzeitlich die Auszahlung an den von der Mutter der Klägerin geschiedenen Vater ausbezahlt worden sei (Urk. 30 E. 5). 4. Schadenersatz im Sinne von Art. 97 OR

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