

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2005.00028

vom 30. Mai 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-05-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KK.2005.00028

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2005.00028 du 30 mai 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KK.2005.00028 del 30 maggio 2007

Erwägungen

E. 1

1.1 J. ____, geboren 1954, arbeitete ab dem 1. April 1996 vollzeitlich bei der Krankenkasse X. ____, als Sachbearbeiterin (vgl. die Angaben vom 28. Februar 2004 [richtig 2005] im Fragenbogen für den Arbeitgeber zuhanden der Invalidenversicherung, Urk. 30/11 S. 1-3). Neben ihrer Eigenschaft als Arbeitnehmerin war J. ____ bei der X. ____ gegen Erwerbsausfall versichert (Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung [mit subsidiärer Unfalldeckung] gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag [VVG], Ausgabe 10.01 [nachfolgend AVB], Urk. 2/12; Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung [mit subsidiärer Unfalldeckung] gemäss VVG, Ausgabe 10.01 [nachfolgend ZVB, Urk. 6/1).

J. ____ leidet seit längerer Zeit an rezidivierenden Rückenbeschwerden, die im Juli 2002 und im November 2003 wegen Schmerzverstärkungen Anlass zu rheumatologischen und auch neurologischen Abklärungen gaben (vgl. den Bericht von Dr. med. A. ____, Spezialärztin für Neurologie, vom 14. März 2005 zuhanden der Invalidenversicherung, Urk. 30/14 S. 1-6, mit den beigelegten Berichten von Dr. med. B. ____, Spezialärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, vom 18. Juli 2002 und vom 26. November 2003, Urk. 30/14 S. 14-15 und Urk. 30/14 S. 12-13, und mit den Röntgenberichten der Klinik C. ____ vom 26. November 2003, Urk. 30/14 S. 10 und Urk. 30/14 S. 11), nachdem die Versicherte bereits im März 2002 wegen einer Schmerzattacke die Notfallstation des Spitals Q. ____ aufgesucht hatte (Austrittsbericht vom 19. März 2002, Urk. 2/2). Aufgrund einer erneuten Beschwerdeverstärkung stellte J. ____ am 13. Januar 2004 ihre Arbeitstätigkeit ein und wurde ab dann von ihrem Hausarzt Dr. med. D. ____ zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Bericht von Dr. D. ____ vom 30. April 2005 zuhanden der Invalidenversicherung, Urk. 30/16 S. 1-4; vgl. auch Urk. 30/11 S. 1 und S. 2).

Ab Februar 2004 wurde J. ____ rheumatologisch von Dr. med. E. ____, Spezialärztin für Physikalische Medizin, behandelt (Bericht von Dr. E. ____ vom 31. März 2005 zuhanden der Invalidenversicherung, Urk. 2/11 und Urk. 30/15); ausserdem war sie - bereits seit dem Jahr 2003 (vgl. Urk. 30/1 S. 5) - in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. F. ____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Berichte von Dr. F. ____ vom 20. Juni 2004 zuhanden der X. ____ und vom 4. März 2005 zuhanden der Invalidenversicherung, Urk. 9/23 und Urk. 30/12).

Die X. ____ holte nach der Krankschreibung von J. ____ zunächst den Bericht von Dr. E. ____ vom 15. März 2004 (Urk. 9/20) und den Bericht von Dr. D. ____ vom 23.

März 2004 (Urk. 9/21) ein. Danach liess sie die Versicherte durch ihren Vertrauensarzt Dr. med. R.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, untersuchen. Auf dessen Empfehlung hin (vgl. das Schreiben von Dr. R.____ vom 30. April 2004, Urk. 6/10) hielt sich J.____ daraufhin von Ende Mai bis Mitte Juni 2004 zur muskuloskelettalen Rehabilitation in der Klinik G.____ auf (Austrittsbericht vom 15. Juni 2004, Urk. 2/5/1 = Urk. 30/16 S. 6-8; Austrittsbericht Physiotherapie vom 14. Juni 2004, Urk. 2/5/2 = Urk. 30/16 S. 9-10; Austrittsbericht Ergotherapie vom 11. Juni 2004, Urk. 30/16 S. 11-12; vgl. auch das Überweisungsschreiben von Dr. E.____ vom 5. Mai 2004, Urk. 2/3 = Urk. 6/11).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anschliessend liess die X.____ den bereits erwähnten Bericht von Dr. F.____ vom 20. Juni 2004 (Urk. 9/23) und den Bericht der Klinik G.____ vom 6. Oktober 2004 erstellen (Urk. 9/25 mit den Fragen von Dr. R.____ vom 30. September 2004, Urk. 9/24) und liess daraufhin durch Dr. med. O.____, Spezialarzt für physikalische Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, das Gutachten vom 6. Dezember 2004 anfertigen (Urk. 2/6 = Urk. 6/13; vgl. auch die Schreiben der X.____ an die Versicherte und an Dr. O.____ je vom 5. November 2004, Urk. 9/26 und Urk. 9/27).

1.3 Ä Ä Ä Ä Nachdem die X.____ das Arbeitsverhältnis mit J.____ per Ende August 2004 aufgelöst (vgl. Urk. 30/11 S. 1 und S. 3) und ihr danach noch Taggelder aus der Taggeldversicherung ausgerichtet hatte (vgl. die Leistungsübersicht in Urk. 9/28), teilte sie ihr mit Schreiben vom 28. Dezember 2004 mit, dass ihre noch bestehende Arbeitsunfähigkeit psychische Gründe habe und die Taggeldausrichtung daher den reglementarisch vorgesehenen zeitlichen Beschränkungen unterworfen sei. Dementsprechend werde sie am 30. Dezember 2004 die letzte Taggeldabrechnung erhalten, wobei auf eine Rückforderung von bereits gewährten Leistungen verzichtet werde (Urk. 6/2). Die Versicherte liess der X.____ daraufhin das Zeugnis von Dr. D.____ vom 28. Januar 2005, Urk. 2/9 = Urk. 6/14) und das Zeugnis von Dr. E.____ vom 31. Januar 2005 (Urk. 2/10 = Urk. 6/15) zukommen, und diese holte hierzu die Stellungnahme von Dr. R.____ vom 3. März 2005 ein (Urk. 6/16). Danach teilte die X.____ der Versicherten mit Schreiben vom 17. März 2005 mit, dass sie an der TaggeldEinstellung per Ende 2004 festhalte (Urk. 6/3). Im nachfolgenden Briefwechsel zwischen der Versicherten beziehungsweise deren Rechtsvertretern und der X.____ hielten die Parteien an ihren Standpunkten fest (Schreiben von Rechtsanwalt Dr. Y.____ vom 23. März 2005, Urk. 6/4; Schreiben der X.____ vom 11. April 2005, Urk. 6/5; Schreiben von Rechtsanwalt Hanspeter Zraggen vom 3. Mai 2005, Urk. 6/6; Schreiben der X.____ vom 20. Mai 2005, Urk. 6/7; Schreiben von Rechtsanwalt Hanspeter Zraggen vom 30. Juni 2005, Urk. 6/8; Schreiben der X.____ vom 18. Juli 2005, Urk. 6/9).

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Eingabe vom 29. September 2005 (Urk. 1) liess J.____, vertreten durch Rechtsanwalt Hanspeter Zraggen, gegen die X.____ Klage erheben mit den folgenden Anträgen (Urk. 1 S. 1):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä "Die Beklagte sei zu verpflichten, der Klägerin weiterhin ab 1. Januar 2005 vertragsgemäss Krankentaggelder zu entrichten, nämlich für den

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Januar CHF 5'332 nebst Verzugszins von 5 % seit 1. Februar 2005

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Februar CHF 4'816 nebst Verzugszins von 5 % seit 1. März 2005

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä März Fr. 5'332 nebst Verzugszins von 5 % seit dem 1. April 2005

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä April CHF 5'160 nebst Verzugszins von 5 % seit dem 1. Mai 2005

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Mai CHF 5'332 nebst Verzugszins von 5 % seit 1. Juni 2005

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Juni CHF 5'160 nebst Verzugszins von 5 % seit dem 1. Juli 2005

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Juli CHF 5'332 nebst Verzugszins von 5 % seit 1. August 2005

Â Â Â Â Â Â Â Â Â August CHF 5'332 nebst Verzugszins von 5 % seit 1. September 2005

Â Â Â Â Â Â Â Â Â September CHF 5'160 nebst Verzugszins von 5 % seit dem 1. Oktober 2005;

Â Â Â Â Â Â Â Â Â unter Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten."

Â Â Â Â Â Â Â Â Â In der Klageantwort vom 3. November 2005 (Urk. 5) stellte die X. ____ die Anträge (Urk. 5 S. 2):

Â Â Â Â Â Â Â Â Â "Die Klage sei vollumfänglich abzuweisen.

Â Â Â Â Â Â Â Â Â eventualiter

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Die Klage sei im Umfang von Fr. 45'924.-- abzuweisen.

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Klägerin."

Â Â Â Â Â Â Â Â Â In der Replik vom 5. Dezember 2005 (Urk. 12) und in der Duplik vom 4. Januar 2006 (Urk. 17) blieben die Parteien bei ihren Standpunkten, worauf der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 6. Januar 2006 geschlossen wurde (Urk. 19).

Â Â Â Â Â Â Â Â Â In der Folge zog das Gericht mit Verfügung vom 16. August 2006 (Urk. 27) die Akten der Invalidenversicherung bei (Urk. 30/1-57); die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, hatte mit Einspracheentscheid vom 13. Juni 2006 einen Rentenanspruch von J. ____ verneint (Urk. 30/49), und die Beschwerde dagegen ist Gegenstand des Verfahrens Nr. IV.2006.00654, welches ebenfalls mit Datum von heute entschieden wird. Zu diesen beigezogenen Akten, die unter anderem ein Gutachten von Dr. med. H. ____, Spezialärztin für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, vom 14. September 2005 (Urk. 30/29) und ein Gutachten von Dr. med. K. ____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Januar 2006 (Urk. 30/32) enthalten, liess die Klägerin mit Eingabe vom 5. September 2006 (Urk. 33) und die Beklagte mit Eingabe vom 6. Oktober 2006 (Urk. 37) Stellung nehmen. Das Gericht zog danach aus dem Verfahren Nr. IV.2006.00654 noch einen Bericht der Klinik N. ____ vom 19. Februar 2007 bei, wo sich die Versicherte vom 7. bis zum 27. Dezember 2006 aufgehalten hatte (Urk. 40). Die Parteien äusserten sich hierzu mit Eingabe vom 14. März 2007 (Urk. 43) beziehungsweise mit Eingabe vom 16. März 2007 (Urk. 44).

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Â Â Â Â Â Â Â Â Aufgrund der Höhe der eingeklagten Taggeldsumme beläuft sich der Streitwert der vorliegenden Klage auf Fr. 46'956.00.

2. Â Â Â Â Â Â Â Â Strittig und zu prüfen ist, ob die Klägerin gegenüber der Beklagten nach Ende Dezember 2004 Anspruch auf weitere Tagelder aus der Taggeldversicherung hat.

E. 3

3.1 Art. 4 AVB enthält unter dem Titel "Die Deckungsbegrenzung" eine Aufzählung von verschiedenen Sachverhalten, die von der Versicherung ausgeschlossen sind. In Art. 4.1.10 AVB figurieren als Anwendungsfall "die Geisteskrankheiten, psychischen oder psychosomatischen Krankheiten oder Nervenkrankheiten" (Urk. 2/12 S. 1).

Was die Leistungen der Taggeldversicherung anbelangt, so erlischt der Leistungsanspruch nach Art. 3.1 ZVB definitiv nach Bezug des vereinbarten Taggeldes während 720 Tagen. Ausserdem enthält Art. 1.4 ZVB die folgende Regelung: "In Abweichung von Art. 4.1.10 AVB wird bei einer Depression oder einem Nervenzusammenbruch während höchstens 60 Tagen nach Ablauf der Wartefrist ein Taggeld von maximal Fr. 150.-- entrichtet" (Urk. 6/1).

Die Beklagte stützte sich bei ihrer Leistungseinstellung per Ende 2004 auf die Vorschrift über den Versicherungsausschluss bei "Geisteskrankheiten, psychischen oder psychosomatischen Krankheiten oder Nervenkrankheiten" in Art. 4.1.10 AVB und auf die als Ausnahmenvorschrift hierzu konzipierte Bestimmung in Art. 1.4 ZVB über die begrenzte Leistungspflicht während 60 Tagen bei "einer Depression oder einem Nervenzusammenbruch", indem sie aufgrund des Gutachtens von Dr. O. ___ vom Dezember 2004 (Urk. 2/6 = Urk. 6/13) die Auffassung vertrat, das Leiden der Klägerin sei mindestens seit dem 1. September 2004, dem Beginn der Taggeldausrichtung, psychisch bedingt (vgl. Urk. 6/5 S. 2).

E. 3.3

Nach Art. 33 VVG haftet der Versicherer, soweit das VVG nicht anders bestimmt, für alle Ereignisse, welche die Merkmale der Gefahr, gegen deren Folgen Versicherung genommen wurde, an sich tragen, es sei denn, dass der Vertrag einzelne Ereignisse in bestimmter, unzweideutiger Fassung von der Versicherung ausschliesst.

Diese Norm, die sogenannte Unklarheitsregel (vgl. Fuhrer, in: Honsell et al. [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, VVG, Basel 2001 [nachfolgend VVG-Kommentar], Art. 33 VVG, S. 464 Rz 11), hat nach der Rechtsprechung und Lehre dort, wo dem Versicherungsvertrag vorformulierte Allgemeine Versicherungsbedingungen (nachfolgend AGB) zugrunde liegen, im Wesentlichen keine selbständige Bedeutung, sondern ist Bestandteil der allgemeinen Grundsätze, welche die Rechtsprechung für die Anwendbarkeit und Auslegung solcher Versicherungsbedingungen aufgestellt hat (vgl. Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 464 Rz 9, S. 466 f. Rz 19 und S. 540 f. Rz 247 ff., auch mit Hinweisen auf eine abweichende Lehrmeinung).

Vorliegendenfalls sind die zur Diskussion stehenden Ausschlussbeziehungsweise Begrenzungsvorschriften in Art. 4.1.10 AVB und Art. 1.4 ZVB Bestandteil von AGB, sodass deren Bedeutung für den strittigen Taggeldanspruch nach den erwähnten Grundsätzen der Rechtsprechung zu den AGB zu ermitteln ist.

Dabei stellt sich als erstes die Frage, ob die AVB und die ZVB überhaupt Bestandteil des zur Diskussion stehenden Taggeldversicherungsvertrags geworden sind.

Von einer Übernahme von AGB ist rechtsprechungsgemäss nicht nur dann auszugehen, wenn die versicherte Person die AGB des Versicherers in voller Kenntnis ihrer rechtlichen Tragweite übernimmt (sogenannte Vollübernahme), sondern

auch dann, wenn die Übernahme ohne Kenntnisnahme der einzelnen Bestimmungen erfolgt, unter der Voraussetzung, dass der AGB-Verwender den Kunden vor Vertragsabschluss auf die AGB hingewiesen und ihm die Möglichkeit verschafft hat, in zumutbarer Weise von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen (sogenannte Globalübernahme; vgl. Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 474 ff. Rz 41 ff.).

Die Klägerin liess in der Replik zwar vorbringen, sie habe vor dem Versicherungsfall keine Kenntnis von den AGB der Beklagten gehabt (Urk. 12 S. 2). Indessen machte sie nicht geltend, dass ihr die AVB und die ZVB nicht ausgehändigt worden seien, und dies ist, wie die Beklagte in der Duplik zu Recht dartut (vgl. Urk. 17 S. 3), auch deshalb unwahrscheinlich, weil die Klägerin selber Angestellte bei der Beklagten war. Demgemäss sind die AVB und die ZVB im Sinne der Grundsätze über die Globalübernahme in ihrer Gesamtheit zum Inhalt des Versicherungsvertrags geworden.

E. 3.5

3.5.1 Damit stellt sich die weitere Frage nach der Auslegung der zitierten Vorschriften in Art. 4.1.10 AVB und Art. 1.4 ZVB, auf die sich die Beklagte bei der Begrenzung ihrer Taggeldzahlungen berief.

3.5.2 Bei der Auslegung einer AGB-Bestimmung ist vom Wortlaut auszugehen, wie ihn der Vertragspartner des AGB-Verwenders nach der Verkehrssitte und nach Treu und Glauben verstehen durfte und musste; nicht massgebend ist somit insbesondere die juristische, technische oder wissenschaftliche Bedeutung eines Begriffs. Im Sinne einer Ausnahme geht allerdings unter anderem dort eine vom allgemeinen Sprachgebrauch abweichende fachspezifische Bedeutung vor, wo ein technischer Ausdruck auszulegen ist, welcher der versicherten Gefahr eigen ist (vgl. Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 493 Rz 103 ff.).

Führen weder der Wortlaut noch die übrigen Auslegungsregeln - die Umstände des Vertragsabschlusses wie etwa Vertragszweck und Interessenlage der Parteien (vgl. Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 495 f. Rz 110 f.) - zu einem klaren Ergebnis beziehungsweise zu verschiedenen ernsthaft vertretbaren Deutungen, so ist nach der schon dargelegten Unklarheitsregel, die für Versicherungsverträge in Art. 33 VVG konkretisiert wird, diejenige Deutung anzuwenden, die für die versicherte Person am günstigsten ist (vgl. Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 510 Rz 150 ff.). Es gilt im Rahmen dieser Unklarheitsregel das Restriktionsprinzip, welches besagt, dass für die versicherte Person ungünstige AGB-Bestimmungen eng auszulegen sind (vgl. Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 517 ff. Rz 178 ff.). Hingegen wird in der neueren Lehre die Auffassung abgelehnt, dass die versicherungsvertragliche Sondernorm in ihrer Tragweite insoweit über die allgemeine Unklarheitsregel hinausgehe, als eine im Sinne von Art. 33 VVG zweideutige Klausel überhaupt nicht angewendet werden dürfte (so Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 3. Auflage, Bern 1995, S. 247 f.; demgegenüber die gegenläufige Meinung von Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 540 f. Rz 247 ff.).

3.5.3 Die Klausel in Art. 4.1.10 AVB enthält zwar medizinisch-technische Wendungen. Von einem Laien kann jedoch nicht erwartet werden, dass er sich vorgängig zum Vertragsabschluss medizinisch - und juristisch - besonders kundig macht. Dementsprechend ist bei der Auslegung die medizinische - und die juristische - Fachsprache zwar zu berücksichtigen; diese Fachsprachen können jedoch nur insoweit

massgebend sein, als sie auch im allgemeinen Sprachverständnis verankert sind.

Das Sozialversicherungsgericht hat in einem früheren Urteil (Urteil in Sachen A. vom 2. Juni 1998, Prozess Nr. KK.1998.00008) erwogen, dass den Begriffen der "Geisteskrankheiten" und der "Nervenkrankheiten" weder nach der medizinischen Fachsprache noch nach der juristischen Terminologie noch nach dem allgemeinen Sprachgebrauch eine klare, unzweideutige Bedeutung zukomme, und hat deshalb - gestützt auf die dargelegte frühere Lehrmeinung - einer AGB-Klausel, welche für diese Krankheiten eine Leistungsbeschränkung statuierte, die Anwendung versagt. Vorliegendfalls ist in Zusammenfassung der damals angeführten Argumente zu bestätigen, dass die Begriffe der "Geisteskrankheiten" und der "Nervenkrankheiten" heute als medizinische Fachbegriffe nicht mehr gebräuchlich sind, dass die Rechtsnormen den Begriff der "Nervenkrankheiten" nicht kennen und den Begriff der "Geisteskrankheiten" mit unterschiedlicher Bedeutung verwenden (vgl. Art. 369 des Zivilgesetzbuches [ZGB], Art. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] beziehungsweise Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] in der vor Inkrafttreten des ATSG gültig gewesenen Fassung) und dass schliesslich die beiden Begriffe auch im Alltagsgebrauch mit unterschiedlicher Bedeutung verwendet werden.

Demgegenüber ist der allgemeine Begriff der "psychischen Krankheiten" in der Alltagssprache gebräuchlich und allgemeinverständlich. "Psychisch" hat hier die Bedeutung von "seelisch" (vgl. Duden, Die deutsche Rechtschreibung, 24. Auflage, Mannheim 2006, S. 816) und steht im Gegensatz zur Wendung "körperlich". Eine psychische Krankheit ist somit nach dem allgemeinen Sprachverständnis eines Laien eine Krankheit, der keine körperlich feststellbaren Befunde zugrundeliegen. Auch der juristische Sprachgebrauch kennt die Unterteilung der Gesundheitsschäden in solche psychischer und in solche körperlicher Natur; im Versicherungsrecht spielt diese Unterscheidung insbesondere im Anwendungsbereich des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung (Adäquanz) eine wesentliche Rolle (vgl. BGE 115 V 133 und die seither ergangene Rechtsprechung). Die medizinische Fachsprache trifft die Unterteilung in psychische und in körperliche Gesundheitsschäden im Sinne der juristischen und der Alltagssprache als Grobeinteilung ebenfalls (vgl. etwa Müller/Laux/Deister, Psychiatrie, Stuttgart 1996, S. 17). Sie anerkennt im Rahmen der genaueren Unterscheidung von Störungsgruppen allerdings auch die Wechselwirkungen von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen und subsumiert dementsprechend unter den Begriff der psychischen Störungen auch solche, die nicht im Gegensatz zu einer körperlichen Störung stehen, sondern sich entweder auf dem Hintergrund einer körperlichen Beeinträchtigung, etwa eines hirnrorganischen Befundes, manifestieren (vgl. Freyberger/Schneider/Stieglitz [Hrsg.], Kompendium Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatische Medizin, 11. Auflage, Basel 2002, S. 40 ff.) oder die eine körperliche Störung mit organischem Befund hervorrufen (vgl. Freyberger/Schneider/Stieglitz, a.a.O., S. 170 ff.). In diesen beiden Bereichen deckt sich die medizinische Fachsprache nicht mehr vollends mit der juristischen und mit der Alltagssprache, da krankhafte Veränderungen des Körpers auszumachen sind. Bei der Auslegung von Art. 4.1.10 AVB sind sie demnach zugunsten der versicherten Person vom Begriff der "psychischen Krankheiten" auszunehmen. Der letztere Bereich - die

psychischen Störungen, die zu organischen Befunden führen - wird fachmedizinisch auch unter den Begriff der psychosomatischen Erkrankungen eingeordnet, der einen Unterbegriff der psychischen Krankheiten darstellt (vgl. Freyberger/Schneider/Stieglitz, a.a.O., S. 170 ff. und S. 383 f.). Dieser letztere Bereich ist deshalb zugunsten der versicherten Person auch vom Begriff der "psychosomatischen Krankheiten" im Sinne von Art. 4.1.10 AVB auszunehmen. Eine weitere Kategorie des medizinischen Unterbegriffs der psychosomatischen Erkrankungen umfasst solche Krankheiten, die sich in körperlich empfundenen Beschwerden im Sinne von veränderten Körperfunktionen manifestieren, ohne dass jedoch ein organisches Substrat für diese Beschwerden feststellbar ist (vgl. Freyberger/Schneider/Stieglitz, a.a.O., S. 383 f.). Hier wiederum gehen auch der allgemeine Sprachgebrauch und die juristische Fachsprache von einer psychischen Erkrankung aus, die im Gegensatz zu einer körperlichen Erkrankung steht, sodass diese Erkrankungen als "psychische Krankheiten" und als "psychosomatische Krankheiten" im Sinne von Art. 4.1.10 AVB zu qualifizieren sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit ist zusammengefasst festzuhalten, dass in Anwendung der Unklarheitsregel und des Restriktionsprinzips alle diejenigen Erkrankungen der psychiatrischen Diagnostik unter die Ausschlussbestimmung in Art. 4.1.10 AVB fallen, die kein körperliches Substrat aufweisen. Dass diese Erkrankungen nicht einzeln aufgezählt werden, schadet der Anwendbarkeit dieser Bestimmung nicht, da die Rechtsprechung schon festgehalten hat, es genüge, dass eine gesamte Gattung genau und unzweideutig umschrieben werde (vgl. BGE 118 II 345 Erw. 1a = Praxis 82/1993 Nr. 211 S. 802 Erw. 1a). Die getroffene Auslegung von Art. 4.1.10 AVB stimmt im übrigen im Wesentlichen überein mit derjenigen, wie sie die Klägerin in der Klageschrift selber vortragen liess (Urk. 1 S. 5). Und soweit die Klägerin in der Replik darauf hinweisen liess, dass auch körperliche Krankheiten ohne organisches Substrat existierten, wie etwa das Schleudertrauma der Halswirbelsäule und die Fibromyalgie (vgl. Urk. 12 S. 3), so fallen diese Leiden tatsächlich nicht in die psychiatrische Diagnostik und lassen sich damit auch nicht unter Art. 4.1.10 AVB subsumieren.

3.5.4 Ä Ä Was des Weiteren die Auslegung von Art. 1.4 ZVB betrifft, nach der bei den psychischen Erkrankungen einer "Depression" und eines "Nervenzusammenbruchs" in Abweichung von Art. 4.1.10 AVB während einer begrenzten Zeit Leistungen zu erbringen sind, so ist der letztere Ausdruck in der medizinischen Fachsprache veraltet und wird in der Alltagssprache ebenfalls nicht mit einer klar umrissenen Bedeutung verwendet. Zugunsten der versicherten Person sind daher nicht nur bei den explizit in Art. 1.4 ZVB aufgeführten, sondern bei allen psychischen Krankheiten, die unter Art. 4.1.10 AVB fallen, im Rahmen der Taggeldversicherung gestützt auf Art. 1.4 ZVB während des dort statuierten beschränkten Zeitraumes Leistungen zu erbringen.

3.6 Ä Ä Ä Ist damit der Inhalt von Art. 4.1.10 AVB und Art. 1.4 ZVB ausgelegt, so kann man sich weiter die Frage nach der Zulässigkeit einer Regelung stellen, welche für körperliche und für psychische Krankheiten nicht die gleichen Leistungen vorsieht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Während die Gerichtspraxis eine Inhaltskontrolle nur verdeckt, im Rahmen der dargelegten Auslegungsgründe und der nachstehend noch zu diskutierenden Ungewöhnlichkeitsregel vornimmt, befürwortet die Lehre eine offene Inhaltskontrolle anhand von Art. 19 Abs. 2 des Obligationenrechts (OR), welche Norm vom Gesetz abweichende Vereinbarungen ausschliesst, die gegen die öffentliche Ordnung, gegen die guten Sitten oder gegen das Recht der Persönlichkeit verstossen (vgl. Fuhrer,

VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 519 ff. Rz 184 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Selbst wenn eine Inhaltskontrolle in Anwendung von Art. 19 Abs. 2 OR zugelassen würde, könnte jedoch die Ungleichbehandlung der psychischen Krankheiten noch nicht als ordnungswidrig, sittenwidrig oder als persöhnlichkeitsverletzend eingestuft werden. Eine andere Frage ist, ob eine solche Ungleichbehandlung, hinter der ein gewisses Misstrauen gegenüber denjenigen Erkrankungen erkennbar ist, die nicht durch sichtbare Befunde offenkundig werden, aus gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Sicht als angemessen erscheint. Eine solche allfällige Unangemessenheit macht die von der Beklagten getroffene Regelung indessen rechtlich noch nicht unanwendbar.

3.7 Ä Ä Ä Zu prüfen ist hingegen noch, ob dieser Regelung gestützt auf die sogenannte Ungewöhnlichkeitsregel die Anwendung zu versagen ist. Diese besagt, dass eine ungewöhnliche Klausel von der globalen Äbernahme von AGB ausgenommen ist, wenn die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei auf sie nicht besonders aufmerksam gemacht worden ist (vgl. Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 480 Rz 57). Dabei muss die fragliche Klausel sowohl objektiv als auch subjektiv ungewöhnlich sein (Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S. 481 Rz 60), und die subjektive Ungewöhnlichkeit ist nach einem individuellen Massstab zu beurteilen, es kommt mithin auf das spezifische Fachwissen, die Branchenkenntnisse und die allgemeine Geschäftserfahrung des betreffenden Konsumenten an (Fuhrer, VVG-Kommentar, Art. 33 VVG, S.482 Rz 63).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Den Vorbringen der Klägerin (Urk. 12 S. 2) ist darin zuzustimmen, dass die Ungleichbehandlung körperlicher und psychischer Krankheiten - anders als des Äfteren in ausländischen privaten Krankenversicherungen - in den Krankenzusatzversicherungen nach VVG nicht sehr verbreitet ist. Vielmehr werden oftmals nur die Folgen aussergewöhnlicher Gefahren, wie kriegerische Ereignisse, Einwirkung von atomarer Strahlung und Erdbeben, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, wie dies in den von der Klägerin eingereichten Taggeld-Versicherungsbedingungen der V.____ und der W.____ (Urk. 13/1 S. 3 Art. 6 Abs. 3 und Urk. 13/2 S. 4 f. Art. 19), aber auch in den von der Beklagten beigebrachten Taggeld-Versicherungsbedingungen der Z.____ (Urk. 18 S. 3 Art. 8) der Fall ist. In objektiver Hinsicht ist die Regelung in Art. 4.1.10 AVB und Art. 1.4 ZVB somit zumindest nicht gerade gewöhnlich. Was die subjektive Seite anbelangt, so wies die Beklagte allerdings darauf hin, dass die Klägerin bei ihrer beruflichen Tätigkeit mit ihren Versicherungsprodukten immer wieder zu tun gehabt habe (vgl. Urk. 17 S. 3). Unter diesen individuellen Gegebenheiten kann die Regelung in Art. 4.1.10 AVB und Art. 1.4 ZVB für die Klägerin persöhnlich nicht als ungewöhnlich beurteilt werden. Dies muss selbst dann gelten, wenn die Klägerin entgegen der Darstellung der Beklagten (vgl. Urk. 17 S. 3) nicht in der eigentlichen Kundenberatung tätig gewesen wäre, sondern lediglich Kunden empfangen, aber immerhin auch Kundendaten im EDV-System erfasst hätte, wie in der Replik vorgetragen wurde (vgl. Urk. 12 S. 2).

3.8 Ä Ä Ä Damit steht fest, dass die betreffende Regelung auf den zur Diskussion stehenden Krankheitsfall grundsätzlich anwendbar ist.

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Zu prüfen ist weiter, ob das Leiden der Klägerin entsprechend der Auffassung der Beklagten als "psychische" beziehungsweise "psychosomatische" Krankheit im Sinne von Art. 4.1.10 AVB zu qualifizieren ist.

die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht für eine leichte, nicht monotone, abwechslungsreiche Arbeit mit Sitzen und Stehen sowie ohne das Tragen und Heben von Lasten mindestens zu 80 % arbeitsfähig sei und dass sie rheumatologischerseits weiterhin ganztags in ihrem Beruf arbeiten könne und im Rahmen von 3 x 20 Minuten Pause Positionswechsel sowie leichtere Turnübungen mit Dehnungen durchführen könne (Urk. 30/29 S. 3 f.). Eine gegenteilige Beurteilung lässt sich sodann entgegen der Annahme in der Replik (Urk. 12 S. 2) auch den Ausführungen der Klinik G. nicht entnehmen, gab doch die Klinik im Bericht vom 6. Oktober 2004 (Urk. 9/25) ausdrücklich an, sie habe keine Leistungsfähigkeits-Evaluation durchgeführt und der Klägerin nur während der Dauer des dortigen Aufenthaltes eine Arbeitsunfähigkeit attestiert, nehme aber keine weitergehende Beurteilung vor.

4.3.3 In rheumatologischer Hinsicht vermögen somit die einhelligen, klar begründeten Beurteilungen von Dr. B., Dr. O. und Dr. H. die Sichtweise von Dr. E. und von Dr. D. zu widerlegen. Damit ist entsprechend der zutreffenden Ansicht der Beklagten davon auszugehen, dass die Klägerin bei der Auflösung ihres Arbeitsverhältnisses per Ende August 2004, spätestens aber ab Anfang November 2004, als bis zur Leistungseinstellung per Ende Jahr die in Art. 1.4 ZVB vorgesehene Zeitspanne von 60 Tagen zu laufen begann, von ihren körperlichen Befunden her nicht mehr wesentlich eingeschränkt war in ihrem angestammten Beruf. Daran ändert auch der Hinweis in der Klageschrift nichts, Dr. O. habe die durch ein organisches Substrat nicht erklärbaren Schmerzen immerhin der rheumatologischen Diagnose einer Fibromyalgie zugeordnet (vgl. Urk. 1 S. 6). Denn Dr. O. hielt zwar tatsächlich fest, es würden sich generalisierte periartikuläre Druckdolenz im Sinne eines Fibromyalgiesyndroms (Urk. 2/6 S. 7 = Urk. 6/13 S. 7). Wie schon erwähnt, wies er jedoch andernorts auf den diffusen, wechselnden und inkonstanten Charakter der Schmerzangabe hin (vgl. Urk. 2/6 S. 4 = Urk. 6/13 S. 4), und Dr. H. konnte später die periartikulären Druckpunkte nicht mehr feststellen (vgl. Urk. 30/29 S. 3).

E. 4.4

4.4.1 Was den psychischen Gesundheitszustand anbelangt, so stimmen die Angaben in den medizinischen Unterlagen darin überein, dass bei der Klägerin eine depressive Symptomatik besteht. Diese Symptomatik geht offenbar bereits auf die Zeit vor der Arbeitseinstellung vom Januar 2004 zurück, denn Dr. F. führte in seinem Bericht 20. Juni 2004 (Urk. 9/23) aus, die Klägerin leide seit dem Tod ihres Bruders im Jahr 1994 an depressiven Zuständen und sie habe bei ihm schon ab dem 14. Januar 2003 in Behandlung gestanden. Im Bericht vom 4. März 2005 zuhanden der Invalidenversicherung (Urk. 30/12) legte Dr. F. dann dar, dass sich die depressive Entwicklung als Folge der seit Ende 2003 chronischen Rückenbeschwerden fortgesetzt habe, und vergleichbare Aussagen finden sich im Zeugnis von Dr. E. vom 31. Januar 2005 (Urk. 2/10 = Urk. 6/15) und im Bericht von Dr. A. im Bericht vom 14. März 2005 (Urk. 30/14 S. 6). Das Vorliegen eines depressiven Zustandsbildes fiel des Weiteren auch Dr. D. (vgl. Urk. 30/16 S. 1 und S. 2), den Ärzten der Klinik G. (vgl. Urk. 30/16 S. 6 f., S. 9 und S. 11) und vor allem wiederum Dr. O. auf (Urk. 2/6 S. 4 und S. 7 = Urk. 6/13 S. 4 und S. 7). Dr. K. stellte in seinem Gutachten vom 5. Januar 2006 sodann die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Code F45.4 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10), die mit depressiven und ängstlichen Störungen einhergehe (Urk. 30/32 S. 12

6.1. Die Beklagte stellte den Antrag auf Zusprechung einer Prozessentschädigung (Urk. 5 S. 2).

6.2. Gemäss § 34 Abs. 1 und Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Partei auf Antrag oder nach Massgabe anderer Gesetze Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Nach § 34 Abs. 2 GSVGer in der bis Ende 2004 in Kraft gewesenen Fassung stand den Versicherungsträgern und den Gemeinwesen in der Regel kein Anspruch auf eine Prozessentschädigung zu, und die neue, seit dem 1. Januar 2005 in Kraft stehende Fassung von § 34 Abs. 2 GSVGer sieht einen Anspruch der Versicherungsträger und Gemeinwesen auf eine Prozessentschädigung nur vor, soweit er von anderen Gesetzen nicht ausgeschlossen ist. Nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung stellt im Bereich der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung die Regelung in Art. 85 Abs. 3 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (VAG) (beziehungsweise die identische Regelung im früheren Art. 47 Abs. 3 VAG) keine Vorschrift dar, welche den Anspruch des obsiegenden Versicherungsträgers auf eine Parteientschädigung ausschliesst (Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts in Sachen E. vom 9. Januar 2001, 5C.244/2000, Erw. 5 mit Hinweisen). Auch unter der Herrschaft der neuen Fassung von § 34 Abs. 2 GSVGer muss jedoch die Rechtsprechung weitergelten, wonach eine Partei in der Regel nur Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat, wenn sie anwaltlich vertreten ist, und einer unvertretenen Partei lediglich ausnahmsweise eine Entschädigung zugesprochen wird, 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 Hinweis auf BGE 113 Ia [richtig Ib] 356 f. Erw. 6b sowie auf die nicht publizierte Erw. 4 von BGE 124 III 229).

6.3. Da die Beklagte im vorliegenden Verfahren nicht durch einen externen Rechtsvertreter vertreten war, sondern ihre Interessen durch die Angestellten in ihrem Rechtsdienst wahrte, und die Kriterien für die Entschädigung einer unvertretenen Partei nicht erfüllt sind, ist ihr Antrag auf Zusprechung einer Prozessentschädigung abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der Antrag der Beklagten auf Zusprechung einer Prozessentschädigung wird abgewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Hanspeter Zraggen unter Beilage einer Kopie von Urk. 47

- X. unter Beilage einer Kopie von Urk. 47

- Bundesamt für Privatversicherungen

5. Da der Streitwert Fr. 30'000.-- übersteigt, kann gegen diesen Entscheid innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (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).

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