

No.

Vergütet der Versicherer gemäss AVB bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheiten oder Unfällen, insoweit für sie die Militärversicherung, die Eidgenössische Invalidenversicherung oder ein Versicherer nach UVG aufzukommen hat, im Rahmen der versicherten Leistungen nur den "nicht gedeckten Teil des Lohnausfalles", hat er bei Bestehen einer Leistungspflicht der IV die Differenz zwischen der Vergütung der IV und dem effektiv erlittenen Lohnausfall (100%), jedoch nicht mehr als das vereinbarte Taggeld, zu bezahlen.

(Krankenversicherung)

Bezirksgericht Zürich, 12. Juli 1995,
H. c. Basler Versicherungs-Gesellschaft, Basel

Gründe: Der Kläger war bis Anfang 1991 Angestellter der Firma Z. AG. Unbestrittenmassen war er in dieser Funktion bei der Beklagten kraft eines zwischen seiner Arbeitgeberin und der Beklagten abgeschlossenen Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrages gegen Lohnausfall bei Krankheit versichert. Da der Kläger seit dem 14. Januar 1991 infolge Krankheit zu 100% arbeitsunfähig wurde und blieb, richtete die Beklagte ihm das versicherte Taggeld von 80% des Lohnausfalles bis zum Ende der Taggeldberechtigung (vertraglich vereinbarte Leistungs(höchst)dauer bis zum 2. Januar 1993) aus. Dieses basierte (letztendlich für die gesamte Leistungsperiode) auf einem deklarierten Monatslohn von Fr. 3'488.--.

Nachdem die für den Kläger zuständige Ausgleichskasse des schweizerischen Gewerbes jenem mit Verfügung vom 7. Juli 1993 wegen dauernder und voller Erwerbsunfähigkeit eine ganze Invalidenrente von anfänglich Fr. 1'085.-- und ab 1. Januar 1993 Fr. 1'220.-- zugesprochen hatte, erstellte die Beklagte zu deren Handen eine Überversicherungsberechnung, in welcher sie einen ihr zustehenden Betrag von Fr. 10'480.05 errechnete, den die Ausgleichskasse ihr am 26. August 1993 dann auch überwies.

In der Folge nahm sich das Fürsorgeamt der Stadt Zürich der Regelung der finanziellen Verhältnisse des Klägers an. Dessen Rechtsdienst überprüfte unter anderem auch die von der Beklagten an den Kläger ausgerichteten Taggeldleistungen und rügte - was vorliegend allein wesentlich ist - mit Schreiben vom 8. Februar 1994 u.a. deren Überversicherungsberechnung bzw. die ihrer Ansicht nach zu niedrigen Taggeldleistungen. Auf diese Rüge trat die Beklagte vorerst mit keinem Wort ein, weshalb sich der Rechtsdienst des Fürsorgeamtes am 22. Februar 1994 telefonisch an die (für den konkreten

Fall nicht zuständige) Generalagentur der Beklagten in Zürich wendete, um sich über die Handhabung des für die Taggeldberechnung massgeblichen Art. 22 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Beklagten, welche unbestrittenermassen Vertragsbestandteil bilden, zu informieren. Offenbar bestätigte der dortige Sachbearbeiter die Ansicht des Rechtsdienstes des Fürsorgeamtes, wobei allerdings strittig ist, ob er dies mit oder ohne Kenntnis der konkreten Akten resp. des konkreten Falles tat. In der Folge forderte das Fürsorgeamt die Beklagte auf, den seiner Meinung nach vertraglich geschuldeten bzw. im Rahmen der Überversicherungsberechnung von der Ausgleichskasse zuviel empfangenen Zusatzbetrag von Fr. 5'935.30 zurückzuerstatten, was die Beklagte unter Hinweis auf die ihr noch immer richtig erscheinende und ihrer eigenen Berechnung zugrundeliegende Auslegung von Art. 22 AVB indessen ablehnte. Nachdem auch vor dem Friedensrichter keine Einigung zustande gekommen war, klagte der Vertreter des Klägers eine Forderung von Fr. 5'797.45 ein.

Der eben geschilderte Sachverhalt ist zwischen den Parteien weitestgehend unbestritten. Umstritten ist lediglich, ob der Sachbearbeiter der Generalagentur Zürich der Beklagten seine Auskunft betreffend Berechnungsweise der versicherten Leistung mit oder ohne Kenntnis des konkreten Falles gegeben habe - eine Frage, die für die rechtliche Beurteilung jedoch ohne wesentlichen Belang bleibt. Insbesondere wird beidseits anerkannt, dass aufgrund des zwischen der Beklagten und der Arbeitgeberin des Klägers abgeschlossenen Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrags ein selbständiger Leistungsanspruch des Klägers gegenüber der Beklagten begründet wurde (vgl. Art. 76 VVG und Art. 112 Abs. 2 OR; Guhl/Merz/Koller, Das schweizerische Obligationenrecht, 8. A., Zürich 1991, S. 166) und das versicherte Taggeld bei - ebenfalls anerkannter - Vollinvalidität (nach einer Karenzfrist von zwei Tagen) grundsätzlich im Umfang von 80% des versicherten (letzten) Lohnes des Klägers geschuldet ist bzw. war. Auch herrscht Einigkeit darüber, dass die beidseits angerufenen AVB (Ausgabe 1986) vertraglich übernommen wurden und damit integrierender Bestandteil des Versicherungsvertrages darstellen.

Strittig ist einzig, inwieweit die seitens der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) bzw. der zuständigen Ausgleichskasse des schweizerischen Gewerbes geleisteten Beiträge die konkrete Höhe der (subsidiären) Leistungspflicht der Beklagten beeinflussen. Da von keiner Seite behauptet wurde, es liege eine den AVB derogierende individuelle bzw. spezielle (schriftliche, mündliche oder konkludent geschlossene) Parteivereinbarung (vgl. Gauch/Schluop, Schweizerisches Obligationenrecht, Allgemeiner Teil, 5. A., Zürich 1991, N. 1139) bezüglich dieser Frage vor, ist sie allein aufgrund der mitübernommenen AVB (in Verbindung mit dem konkreten Versicherungsvertrag, der diesbezüglich jedoch nur die versicherte Leistung (Taggeld, berechnet auf der Basis von 80% des Lohnes) festsetzt) zu beantworten. Diese enthalten mit Art. 22 eine gerade diese Problematik (und mithin auch jene der sog. "Überversicherung") ausdrücklich aufgreifende Koordinationsregel. Der vorliegende Rechtsstreit dreht sich mithin einzig und allein um die (reine Rechts-)Frage (Gauch/Schluop, a.a.O., N. 1201) nach der zutreffenden Auslegung von Art. 22 AVB.

Unter dem Titel "Wann besteht nur teilweise oder kein Versicherungsschutz?", der einen Untertitel des Abschnitts 2.1 ("Umfang der Versicherung") darstellt, enthält Art. 22 AVB folgende Bestimmung: "Kein Anspruch auf eine Leistung besteht bei Arbeitsunfä-

higkeit infolge Krankheiten oder Unfällen, soweit für sie die Militärversicherung, die Eidgenössische Invalidenversicherung oder ein Versicherer nach UVG aufzukommen hat. Die 'Basler' vergütet im Rahmen der versicherten Leistungen nur den durch diese Versicherungen nicht gedeckten Teil des Lohnausfalles. Diese Anrechnung von Sozialversicherungsleistungen erfolgt auch bei zum voraus fixierten Lohnsummen." Strittig ist zwischen den Parteien insbesondere, was mit der Wendung gemeint sei, die Beklagte vergüte "im Rahmen der versicherten Leistungen nur den ... nicht gedeckten Teil des Lohnausfalles".

Der Kläger macht in diesem Zusammenhang geltend, die Bestimmung sei so zu verstehen, dass die Beklagte, soweit sie in Konkurrenz mit einem anderen Versicherer zur Leistung verpflichtet sei, während der vertraglich vereinbarten Leistungsdauer den gesamten, von diesem anderen Leistungsverpflichteten nicht ersetzten effektiven Lohnausfall ("nicht gedeckter Teil des Lohnausfalls") zu erstatten habe. Eine umfangmässige Anspruchsbegrenzung ergebe sich lediglich (aber doch) durch die vereinbarte Taggeldhöhe bzw. die versicherte Lohnquote (in casu: 80%), worauf der Zusatz "im Rahmen der versicherten Leistungen" hindeute. Beide Satzteile hätten im Rahmen der gesamten Bestimmung demnach einen spezifischen Sinn: Mit der in Art. 22 AVB getroffenen Regelung (bzw. mit den beiden im Streit liegenden Wortwendungen) solle einerseits verhindert werden, dass der Versicherte (Kläger) durch den Umstand der Existenz mehrerer zahlungspflichtiger Versicherer gesamthaft gesehen einen über den effektiven Lohnausfall (100%) hinausgehenden Betrag erhalte (Verhinderung einer Uebersicherung; versicherungsrechtliches "Bereicherungsverbot"; "nicht gedeckter Teil des Lohnausfalls"). Andererseits bezwecke die Vorschrift aber auch zu verhindern, dass die Beklagte bei gleichzeitiger Leistungspflicht eines anderen Versicherers unter bestimmten Umständen (konkret: bei einer zusätzlichen IV-/UVG- oder Militärversicherungsleistung, die unter 20% des effektiven Lohnausfalles liegt) eine umfangmässig über der vertraglich vereinbarten Höhe (in casu: 80% des Lohnes; "im Rahmen der versicherten Leistungen") liegende Zahlungsverpflichtung treffe (d.h. in Fällen der vorliegenden Art zwischen 81% und 99% des effektiven Ausfalls). Mit anderen Worten: Allein aus der zu ihrer eigenen hinzutretenden fremden Verpflichtung zur Leistungserbringung solle der Beklagten kein Nachteil erwachsen, selbst wenn dies dem Kläger durchaus - wenn auch nur im Rahmen der Differenz zwischen versichertem und effektivem Lohnausfall - zum Vorteil gereichen kann.

Begründet wird diese Auffassung - neben rein auslegungstechnischen Argumenten - auch mit dem Hinweis auf die sog. "Unklarheitsregel", welche bei mehrdeutig formulierten Allgemeinen Vertragsbedingungen eine Auslegung zu Lasten des Verfassers verlangt. Zur Bekräftigung der Unklarheitsqualifikation wurde klägerischerseits insbesondere auf den Umstand hingewiesen, dass sogar ein Sachbearbeiter der Beklagten selbst die vom Kläger vertretene Auffassung geteilt habe. Ferner berief sich der Kläger - unter Hinweis auf verschiedene andere Kollektiv-Krankentaggeld-versicherungs-AVB - auf die sog. "Ungewöhnlichkeitsregel".

Demgegenüber behauptet die Beklagte, die zitierte Bestimmung sei weder unklar noch ungewöhnlich. Vielmehr ergebe sich bereits aus ihrem Wortlaut eindeutig und unmissverständlich, dass keineswegs gewollt sei, dass der Kläger bei Konkurrenz mehrerer Versicherer je in den Genuss des Ersatzes des effektiven Lohnausfalls komme. Ge-

genteils sei vereinbart, dass jener (auch) im Falle des Zusammentreffens der beklag- tischen mit der Leistungspflicht eines der genannten anderen Versicherer gesamthaft gesehen, d.h. nach erfolgter Addition aller Versicherungsleistungen, nicht mehr erhalte, als er aufgrund des Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrages allein empfangen würde. Die Leistungspflicht der anderen Versicherungen ersetze demnach jene der Be- klagten im betreffenden Umfang, und diese habe nur den von den übrigen Versicherern nicht gedeckten Anteil der bei ihr versicherten Lohnquote (in casu 80%) zu erstatten. Jede Interpretation gegen diesen klaren und unmissverständlichen Wortlaut sei deshalb weder notwendig noch zulässig. Folglich bleibe gar kein Raum für eine Auslegung von Art. 22 AVB, geschweige denn für die Anwendung der Unklarheits- oder Ungewöhnlich- keitsregel. Letzteres vorab auch deshalb, weil der Kläger die abweichenden (und von ihm als "gewöhnliche" bezeichneten) Koordinationsbestimmungen anderer Versiche- rungen ohnehin nicht gekannt habe. Dieser stark der sog. "Eindeutigkeitsregel" verhaf- teten Auffassung ist von vornherein mit Skepsis zu begegnen, steht doch fest, dass selbst ein klarer Wortlaut - was hier indessen nicht zutrifft - keineswegs von der Über- prüfung des durch ihn nahegelegten Sinnes mittels der übrigen Auslegungsmittel dis- pensiert (vgl. Gauch/Schluep, a.a.O., N. 1221).

Entgegen der Ansicht der Beklagten ist der Wortlaut der zitierten AVB-Bestimmung keineswegs so klar und eindeutig formuliert, dass er zwingend nur gerade eine einzige Deutung zulassen würde bzw. sein wahrer Sinn von vornherein evident wäre. Vielmehr lässt er mehrere Interpretationen zu, was sich zumal darin zeigt, dass ihm - in Abwei- chung der von der Beklagten selbst praktizierten Handhabung - offenbar sogar von ei- nem Sachbearbeiter der "Basler" jene Bedeutung beigegeben wurde, die vom Kläger behauptet wird. Die (strittige) Frage, ob dieser Mitarbeiter seinen Standpunkt in Kennt- nis oder Unkenntnis der Akten bzw. Umstände des konkreten Schadenfalls preisgab, ändert nichts daran, dass die klägerische Interpretation nicht ohne weiteres als unzu- treffend betrachtet werden kann. Die Mehrdeutigkeit des Wortlauts von Art. 22 AVB ma- nifestiert sich ferner darin, dass schon die Argumentation der Beklagten selbst nicht konsequent nur einen, sondern - genau genommen - zwei verschiedenen (und je von jener des Klägers abweichenden) Deutungen das Wort redet. So widerspricht sich die Beklagte mit der Art und Weise, wie sie die Berechnungen vorgenommen hat, in gewis- sem Sinne selbst, wurden - mit den Leistungen der IV addiert - im konkreten Fall doch nicht - wie das nach ihrer Auffassung vereinbart gewesen sein soll - nur 80% (Fr. 33'670.80), sondern rund 86% (Fr. 13'101.30 von der IV + Fr. 23'189.75 von der Be- klagten Fr. 36'291.05) des effektiv erlittenen Lohnausfalles (Fr. 42'088.50) vergütet. Folglich ist der Inhalt der strittigen und mehrdeutigen Bestimmung tatsächlich durch Auslegung festzustellen. Hiefür ist auf die allgemein anerkannten Regeln zurückzugrei- fen.

Vordergründigstes Ziel der Auslegung ist die Feststellung des übereinstimmenden wirklichen Willens der Vertragsparteien (subjektive Auslegung; vgl. Gauch/Schluep, a.a.O., N. 1200 m.w.Hinw.). Lässt sich dieser - wie hier - nicht mit Sicherheit eruieren, muss stattdessen eine objektivierte Auslegung Platz greifen (Rückgriff auf den mut- masslichen Willen der Vertragsparteien). "Hierbei hat der Richter das als Vertragswille anzusehen, was vernünftig und redlich (korrekt) handelnde Parteien unter den gegebe- nen (auch persönlichen) Umständen durch die Verwendung der auszulegenden Worte

oder ihr sonstiges Verhalten ausgedrückt und folglich gewollt haben würden (...). Massgebend ist hier also der (so verstandene) objektive Sinn des Erklärten" (Gauch/Schluep, N. 1201 m.w.Hinw.).

Primäres Auslegungsmittel ist bei der vorliegend allein relevanten objektivierten Auslegung der Wortlaut der von der Parteien verwendeten Vertragsklausel. Er geniesst den Vorrang (Gauch/Schluep, a.a.O., N. 1206, 1220, 1228). Daneben ist vor allem auch das systematische Element von Bedeutung. Es verlangt, die einzelnen Ausdrücke stets auch im Zusammenhang, in dem sie stehen, als Teil des Ganzen aufzufassen (Gauch/Schluep, a.a.O., N. 1210). Als ergänzende Auslegungsmittel können ferner auch die Umstände des Vertragsschlusses und die Verkehrsübung Hinweise auf den mutmasslich gewollten Inhalt liefern (vgl. Gauch/Schluep, a.a.O., N. 1212 ff.). Als allgemeine Grundsätze der Vertragsauslegung (sog. "Auslegungsregeln" bzw. Vermutungen, die den genaueren Sinn bestimmter Worte festlegen) sind insbesondere zu erwähnen: Auslegung ex tunc und nach Treu und Glauben (zumal nach dem Vertrauensprinzip), keine rein grammatikalische (begriffsformalistische) Auslegung, ganzheitliche Auslegung (systematisches Element), gesetzeskonforme Auslegung und - vor allem für Zweifelsfälle im Zusammenhang mit allgemeinen Geschäftsbedingungen - Unklarheitsregel (vgl. Gauch/Schluep, a.a.O., N. 1222 ff.).

Der im Zentrum des Auslegungsvorgangs stehende Wortlaut von Art. 22 AVB allein lässt grundsätzlich drei mögliche Deutungen zu, von denen die erste - rein intuitiv - als naheliegendste erscheint:

Er kann erstens (im Sinne des klägerischen Verständnisses) dahingehend interpretiert werden, dass die Beklagte den gesamten von den konkurrierenden Versicherungen (in casu: IV) nicht gedeckten Teils des effektiv erlittenen Lohnausfalles (d.h. bis 100%) zu vergüten habe, wobei die versicherte Leistung (80% des Lohnes bzw. vereinbartes Taggeld) die Leistungspflicht im Sinne eines absoluten Höchstbetrages nach oben begrenzt (Variante 1).

Daneben kann man die Vorschrift vom Wortlaut her (im Sinne der von der Beklagten geübten Praxis) auch in dem Sinne deuten, dass die Beklagte zu einer dem versicherten Lohnquotienten (in casu: 80%) entsprechenden (verhältnismässigen) Deckung des nach erfolgter Leistung der konkurrierenden Versicherungen noch ungedeckten Teils des effektiven Lohnausfalles verpflichtet sei (Variante 2).

Schliesslich wäre auch jene Variante vom Wortlaut gedeckt, welche lediglich eine Vergütung des von den anderen Versicherungen nicht übernommenen Teils des bei der "Basler" versicherten Lohnausfalls vorschreibt, so dass die Leistungen aller Versicherungen zusammen (nur) die Höhe des mit der Beklagten vereinbarten Taggeldes (in casu: 80% des effektiven Lohnausfalls) ergeben bzw. die "Basler" die durch die anderen Versicherungen erbrachten Leistungen bis zur Höhe des bei ihr versicherten Lohnes ergänzt (Variante 3).

Von diesen drei Varianten entspricht allein die zuerst genannte dem - mangels Nachweises des von den Parteien tatsächlich Gewollten (subjektive Auslegung) - in casu massgeblichen objektiven Sinn der Vorschrift (objektivierte Auslegung), was anhand der nachstehenden Erörterungen näher zu begründen ist.

Versichert ist gemäss den unmissverständlichen Formulierungen in den AVB (und den Besonderen Bedingungen zur Krankenpolice) ein Taggeld, nicht etwa eine Lohnquote

(Art. 2 und 21 AVB und Titel des 2. Abschnitts vor Art. 21 ff. AVB). Der Lohn bzw. dessen versicherte Quote stellt demgegenüber lediglich die Grundlage für die Berechnung des von der Versicherung zu vergütenden Taggeldes dar. Einmal festgesetzt, stellt jenes dann eine absolute, betragsmässig fixierte Grösse (in Franken) dar. Umfangmässig entspricht die "versicherte Leistung" dann diesem Betrag (vgl. Überschrift zum Abschnitt 2.1: "Umfang der Versicherung"). Er ist für die vertraglich festgelegte Dauer der Leistungspflicht zu vergüten.

Ersichtlich nimmt die Wendung "im Rahmen der versicherten Leistungen" auf den so umschriebenen Leistungsinhalt bzw. -umfang Bezug (vgl. Überschrift zu Abschnitt 2.1). Unter Berücksichtigung dieser vertraglichen Systematik ist besagte Wendung also gleichzusetzen mit "im Rahmen des versicherten Taggeldes". Folglich steckt das nach den Vorgaben des konkreten Vertrages errechnete Taggeld den umfang- bzw. betragsmässigen "Rahmen", d.h. die betragsmässige Begrenzung der Leistungspflicht (auch) im Falle von Drittleistungen (in casu: IV) ab. Diese Begrenzung bezieht sich nach dem eben Ausgeführten auf eine absolute Grösse (in Franken). Sie besagt im Resultat, dass die Beklagte im Falle von Drittdeckungen höchstens das vereinbarte Taggeld zu leisten verpflichtet ist. Diese Wortwendung verfolgt den Zweck, zu verhindern, dass die Beklagte bei geringfügigen Drittleistungen (in casu unter 20% des Lohnausfalles) einen höheren Betrag zu bezahlen hätte als in jenem Fall, da keine anderen Versicherungen für das versicherte Risiko eintreten müssen. Auf Seiten des Begünstigten (Kläger) findet die Vergütungspflicht der Beklagten ihre Grenze gemäss Wortlaut (und Zweck) von Art. 22 AVB in der Höhe des erlittenen Lohnausfalles.

Demgegenüber liegt es eher fern, die Wendung "im Rahmen der versicherten Leistungen" als reine Verhältnisgrösse bzw. Prozentquote (Variante 2; in casu 80% des nicht anderweitig gedeckten Teils des effektiven Erwerbsausfalls; Berechnungspraxis der Beklagten) aufzufassen. Eine dahingehende Interpretation läge nicht nur ausserhalb des allgemeinen Sprachgebrauchs der Worte "im Rahmen"; genau dieser ist beim hier zur Diskussion stehenden grammatischen Auslegungselement aber allein massgebend (vgl. Gauch/Schluep, a.a.O., N. 1207 f.). Sie widerspräche auch der Vertragssystematik bzw. dem Gebot der ganzheitlichen Auslegung. Wollte man besagter Vorschrift den von der Beklagten geltend gemachten Sinn geben, müsste dies durch entsprechende Wortwahl klarer zum Ausdruck gebracht werden, was sich etwa mit Formulierungen wie z.B. "proportional zur versicherten Leistung", "im Verhältnis zur bei der 'Basler' versicherten Deckung", "im Verhältnis zur versicherten Lohnquote" oder "im Verhältnis zum versicherten Teil des Lohnes" bewerkstelligen liesse.

Ein weiteres Argument für die Richtigkeit der hier vertretenen Auslegung ergibt sich aus der Verwendung des Begriffes "Lohnausfall": ohne Kenntnis der AVB anderer Versicherungen können juristisch nicht bewanderte (und selbst juristisch gebildete!), durchschnittliche, vernünftig und redlich (korrekt) handelnde Vertragsparteien (zumal Versicherte) den Unterschied zwischen den Formulierungen "nicht gedeckter Teil des Lohnausfalles" und "nicht gedeckter Teil des effektiven Lohnausfalls" gar nicht erst nicht ausmachen. Und selbst bei Kenntnis (z.B. infolge Vergleichs verschiedener AVB) müssen vernünftige Parteien nicht damit rechnen, dass die blosser Zugabe des Wortes "effektiv" zu einem entscheidenden Bedeutungswandel der Wendung führen könnte, handelt es sich dabei doch lediglich um ein Adjektiv mit rein präzisierender, d.h. verdeutli-

chender Funktion. (Dies im Gegensatz zum Zusatz "versicherter" Lohnausfall, bei welchem dem ergänzenden Adjektiv zweifellos eine sinnwandelnde - einschränkende - Bedeutung zukäme.) Der Durchschnittsleser darf den Begriff "Lohn-ausfall" also (auch unter den konkreten Umständen) entsprechend seiner allgemeinen Sprachbedeutung im Sinne von "tatsächlichem" oder "effektivem" Lohnausfall verstehen. Soll darunter - wie in Variante 3 umschrieben - nur die versicherte Lohneinbusse (80% des tatsächlichen Erwerbsausfalles) verstanden werden, müsste diese Abweichung vom allgemeinen Wortverständnis sprachlich besonders zum Ausdruck gebracht werden (z.B. durch Formulierungen wie "nicht gedeckter Teil des versicherten Lohnausfalles/Taggeldes" oder "Ergänzung der anderweitigen Versicherungsleistungen bis zur Höhe des versicherten Lohnes").

An dieser Würdigung vermag auch die Einwendung der Beklagten nichts zu ändern, wonach die klägerische Argumentation Formulierungen betreffend Leistungen vergleiche, die nicht vergleichbar seien. Gegenteilig scheint die Beklagte in ihrer Argumentation Begriffe zu vergleichen, die in verschiedenem Zusammenhang stehen und deshalb einander nicht gegenüber gestellt werden können. Denn im Gegensatz zu den AVB der anderen Gesellschaften, die alle (zumindest sinngemäss) den "effektiven Lohnausfall" als oberste Deckungsgrenze beim Begünstigten nennen, führen die AVB der Beklagten in diesem Zusammenhang keineswegs den Begriff der "versicherten Leistungen" an. Vielmehr steht diese Wendung parallel zu den in den anderen AVB verwendeten Worten "höchstens das versicherte", "vereinbarte" oder "auf der Police aufgeführte Taggeld", welche ebenfalls eine Begrenzung der privat versicherten Leistung auf den vereinbarten Höchstbetrag (in Franken) bezwecken. Die sich vom Zweck her (Statuierung der obersten Deckungsgrenze beim Empfänger, Verhinderung einer Uebersicherung) entsprechenden Begriffe müssen deshalb in den Wendungen "Lohnausfall" (Art. 22 AVB "Basler") und "effektiver Lohnausfall" (übrige AVB) gesehen werden. Allein sie können miteinander verglichen und auf ihre Sinnidentität oder -abweichung hin überprüft werden.

Auch die Verkehrsübung spricht eher für die hier vertretene Auslegung, gestalten doch zahlreiche andere Versicherungsgesellschaften ihre diesbezügliche AVB-Bestimmung (unmissverständlich) im hier bevorzugten Sinne aus. Allerdings ist fraglich, ob diese Übung in casu berücksichtigt werden darf. Denn einerseits haben sich die Parteien ihr wohl nicht unterworfen (vgl. Gauch/Schluep, a.a.O., N. 1218 f.). Zudem weichen die betreffenden Klauseln von der hier zur Diskussion stehenden von ihrem Wortlaut her doch merklich ab, weshalb primär auf diesen und auf die übrigen Auslegungskriterien abzustellen und die Verkehrsübung aus der Betrachtung auszuklammern ist.

Entgegen der beklagten Auffassung sprechen auch Überschrift und Einleitung zu Art. 22 AVB keineswegs gegen den genannten Sinn der Bestimmung. Sie "betiteln" allein die Tatsache, dass insoweit keine Versicherungsleistungen erbracht werden ("Kein Anspruch auf eine Leistung besteht ..."), als diese im Verbund mit den Zahlungen der IV zu einer Entschädigung führen würden, welche über dem "Lohnausfall" liegt. Diesfalls beschränkt sich die Leistungspflicht der Beklagten auf den nicht gedeckten Teil des Lohnausfalls; diese hat mit anderen Worten nicht immer (und automatisch) das volle vereinbarte Taggeld zu erbringen. (Ersichtlich zielt diese Regelung auf die Verwirklichung des allgemeinen Grundsatzes ab, wonach der Versicherte sich durch die

Summe aller Versicherungsleistungen nicht bereichern soll.) Insofern sind die vereinbarten Leistungen (Taggelder) nicht vollumfänglich zu erbringen bzw. zu kürzen, d.h. in diesen Fällen "besteht nur teilweise oder kein Versicherungsschutz" bzw. "kein Anspruch auf eine Leistung" (durch die Beklagte). Hingegen lassen sich dem Titel und dem Ingress keine Hinweise auf das genaue Ausmass der Begrenzung der Leistungspflicht entnehmen. Es wird mit anderen Worten nur festgehalten, dass Kürzungen des vereinbarten Taggeldes möglich sind, nicht jedoch, in welchem Umfang. Diese Frage wird erst in den nachfolgenden Lemmas aufgegriffen, wobei das erste Lemma die Kürzungs-, das zweite die Tatbestände des gänzlichen Wegfalls der Leistungspflicht umschreibt. Gegenteiligenfalls müsste der Ingress z.B. wie folgt lauten: "Kein über das versicherte Taggeld hinausgehender Anspruch besteht..." oder "Die versicherte Leistung wird gekürzt oder ist nicht geschuldet, ...".

Auch das Wort "Anrechnung" in Art. 22 AVB bringt keine weitere Klärung im Blick auf die Auslegung der Bestimmung. Noch weniger stellt es die bisherigen Überlegungen zum richtigen Sinn der Norm in Frage. Denn "Anrechnung" bedeutet nur, dass die Leistung des Drittversicherers beim Empfänger bzw. bei dessen Lohnausfall entsprechend in Anschlag zu bringen ist. Es verdeutlicht nur den Gedanken der möglichen Kürzung des geschuldeten Taggeldes. Die Grösse, an die angerechnet wird, ist dann allein in den beiden hier zur Diskussion stehenden Wendungen ("nicht gedeckter Teil des Lohnausfalles"/"im Rahmen der versicherten Leistungen") enthalten.

Für den Fall, dass man nach Anwendung aller relevanter Auslegungsregeln noch immer Zweifel über den wahren Sinn der Bestimmung hegen wollte (was in casu nach dem bisher Ausgeführten eher zu verneinen ist), führt die Anwendung der genau für derartige Konstellationen entwickelten und allseits anerkannten Unklarheitsregel zu einem endgültigen Resultat. Nach dieser Regel geht die (lege artis diagnostizierte!) Mehrdeutigkeit einer von einer Partei vorformulierten Vertragsbestimmung zu Lasten des Verfassers, hier also zu Lasten der beklagten Versicherungsgesellschaft ("in dubio contra stipulatorem bzw. assecuratorem"; vgl. dazu Gauch/Schlupe, a.a.O., N. 1231 ff.). Sie ist mit anderen Worten in dem für den Versicherten günstigsten Sinne auszulegen, in casu also im Sinne der in Variante 1 genannten Bedeutung.

Wollte die Versicherung dem Art. 22 AVB demgegenüber den von ihr angeführten Sinn geben, müsste die Vorschrift eindeutiger abgefasst sein. Das wäre z.B. mittels folgender Formulierungen möglich: "Die 'Basler' ergänzt die Leistungen dieser Versicherungen bis zur Höhe des versicherten Taggeldes" (für Variante 3). Oder: "Die 'Basler' vergütet nur den durch diese Versicherungen nicht gedeckten Teil des effektiven Lohnausfalles, und zwar (nur) proportional zum versicherten Lohnquotienten" (für Variante 2). Mindestens müsste die Beklagte (ohne Abänderung der Bestimmung) bei Vertragsschluss eine (beweisbare) präzisierende (und annahmebedürftige) Erklärung bezüglich der Interpretation von Art. 22 AVB abgeben, welche dann als individuelle Abrede der vorliegend massgeblichen objektivierten Betrachtungsweise vorgehen würde, da sie den tatsächlichen Parteiwillen klar zum Ausdruck bringen würde (subjektive Auslegung).

Bei diesem Erkenntnisstand erübrigt sich - entgegen der Ansicht des Klägers - der (vor allem auch hinsichtlich der Rechtsfolgen nicht unproblematische) Rückgriff auf die "Ungewöhnlichkeitsregel" von vornherein. Deshalb kann offenbleiben, ob diese hier

überhaupt zur Anwendung gelangen könnte (vgl. dazu Gauch/Schluemp, a.a.O., N. 1141 ff.).

Zusammenfassend ist der zur Diskussion stehenden (und auf rein privatrechtlicher Vereinbarung beruhenden) Koordinationsregel von Art. 22 AVB bereits gemäss der hier notwendigen objektivierten Auslegung - jedenfalls aber aufgrund der Unklarheitsregel - folgender Sinn beizumessen: Besteht eine Leistungspflicht der IV, so ist die Beklagte verpflichtet, die Differenz zwischen der Vergütung der IV und dem effektiv erlittenen Lohnausfall (100%) zu bezahlen. In keinem Fall braucht sie aber mehr zu leisten als das vereinbarte Taggeld. Eines Rückgriffs auf die im öffentlichen Sozialversicherungsrecht statuierten Grundsätze bedarf es für diese Erkenntnis nicht.

An dieser Auffassung vermag auch der beklagte Hinweis auf die angebliche Billigung dieser Praxis durch das Bundesamt für Privatversicherungswesen nichts zu ändern. Denn einerseits sagt das ins Recht gereichte Schreiben nichts über den dort konkret zur Diskussion stehenden Fall aus. Darüber hinaus könnte die Beklagte aber selbst dann, wenn es sich dort - wie sie behauptet - tatsächlich um einen gleich gelagerten Fall gehandelt haben sollte, daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Denn es ist nicht Aufgabe der (Versicherungs-)Aufsichtsbehörde, generell über die richtige Anwendung von Vertragsbestimmungen zu wachen. Vielmehr hat sie gemäss Art. 17 Abs. 2 VAG nur zu überwachen, dass anlässlich der Geschäftstätigkeit der Versicherungen das schweizerische Recht über das private Versicherungswesen beachtet wird (insofern besteht, entgegen der klägerischen Ansicht, also durchaus eine Rechtmässigkeitskontrolle auch über die AVB). Ferner hat sie gegen Missstände einzuschreiten, welche die Interessen des Versicherten gefährden. Da im hier zur Diskussion stehenden Bereich tatsächlich Vertragsfreiheit herrscht, verstösst die strittige Bestimmung - ob nun so oder anders ausgelegt - zweifellos nicht gegen das schweizerische Recht, weshalb die Aufsichtsbehörde aus der Sicht der ihr obliegenden Rechtmässigkeitskontrolle zurecht keinen Handlungsbedarf sah - es lag eben kein Gesetzesverstoss vor. Und solange sich die von der Versicherung praktizierte Anwendung der AVB nicht im Bereich des offensichtlich Missbräuchlichen (das nicht mit dem bloss Unzutreffenden verwechselt werden darf!) bewegt - was in casu angesichts des Interpretationsspielraums des unklaren und auf den ersten Blick mehrdeutigen Wortlauts von Art. 22 AVB zu bejahen ist, bestand auch kein Grund, unter aufsichtsrechtlichem Titel gegen die geübte Praxis einzuschreiten (die unrichtige Auslegung stellte keinen Missstand dar). In diesem Sinne darf das Schreiben der Aufsichtsbehörde also tatsächlich nicht dahingehend aufgefasst werden, als würde es den Inhalt von Art. 22 AVB autoritativ und mit allseits verbindlicher Wirkung feststellen. Solches steht vielmehr allein dem ordentlichen Zivilrichter zu. Deshalb vermag der Entscheid des Bundesamtes für Privatversicherungswesen keine präjudizielle Wirkung für das vorliegende Verfahren zu entfalten. Er stellt lediglich fest, dass die von der Beklagten geübte Praxis nicht gegen die versicherungsrechtlichen Vorschriften verstösst und dass sie auch nicht so (qualifiziert) falsch sei, dass darin ein eigentlicher "Missstand" im Sinne von Art. 17 Abs. 2 VAG zu sehen wäre.

Nach all dem erweist sich die klägerische Argumentation als zutreffend und die auf jener beruhende Bezifferung der durch die Beklagte versicherten Leistung als richtig. Da die Beklagte ihre Leistungspflicht demnach bislang nur teilweise erfüllt hat, ist sie zu verpflichten, dem Kläger den ihm vertraglich zustehenden, noch nicht ausbezahlten Dif-

ferenzbetrag in der eingeklagten Höhe von Fr. 5'797.45 (zuzüglich 5% Zins seit 23. Februar 1994; vgl. Art. 102 OR und Art. 104 Abs. 1 OR) zu leisten.

I. Inhaltsverzeichnis

XXX (Krankenversicherung)
X, 1 (Auslegung des Vertrages)

II. Gesetzesregister

VVG 76
OR 102, 104, 112
VAG 17

III. Sachregister

Auslegung

Grundsätze für die - der AVB
einer unklaren Bestimmung
nach dem Vertrauensprinzip

Kollektivversicherung

Anspruchsberechtigter in der -

Taggeld

Leistungen Dritter