

1. Das Rechtsbegehren Ziff. 1 wird abgewiesen.
2. Das Rechtsbegehren Ziff. 2 wird abgewiesen,
3. Die Gerichtskosten werden inklusive Auslagen bestimmt auf total Fr. 12'000.-. Die Hälfte davon, ausmachend Fr. 6'000.-, hat der Kläger dem Staat Bern zu bezahlen, unter Vorbehalt der unentgeltlichen Prozessführung. Die andere Hälfte, ausmachend Fr. 6'000.-, wird aus dem Vorschuss der Beklagten bezogen. Der Kläger hat diesen Betrag der Beklagten zu ersetzen.
4. Der Kläger wird unter Vorbehalt der unentgeltlichen Prozessführung zur Bezahlung der Kosten des Aussöhnungsversuchs von Fr. 200.- verurteilt. Die Kosten des UP-Verfahrens werden zur Hauptsache geschlagen.
5. Der Kläger hat der Beklagten deren Anwaltskosten zu ersetzen. Die Höhe der Anwaltskosten beider Parteien wird nach Eingang der Kostennoten bestimmt.

Eröffnet.

mündlich begründet und öffentlich verkündet, unter Hinweis auf die Möglichkeit, Form und Frist einer Appellation an das Obergericht des Kantons Bern.

Erwägungen zum Zivilurteil vom 22. September 1998 in der Streitsache

Kläger

v.d. Fürsprecher P. M. Sch., F.str., in B.

v.d. Fürsprecher J.-M. G., S.gasse, in B.

Beklagte

Mit dem Gesuch um amtliche Ladung zum Aussöhnungsversuch gemäss Art. 144 ff. ZPO vom 09.07.1997 stellte Fürsprecher P. M. Sch. im Namen seines Mandanten folgende Rechtsbegehren:

1. Die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger für die Zeit vom 01.02.1997 bis 31.06.1997 Krankentaggeldversicherungsleistungen in der Höhe von CHF 35'063.50 zuzüglich Zinsen von 5% seit 01.07.1997 zu bezahlen.
2. Es sei festzustellen, dass eine Zahlungspflicht der Beklagten aus dem Krankentaggeldversicherungsvertrag Police Nr. ... solange besteht, als die Beklagte an den Kläger nicht Leistungen für 730 ganze Tage innert 900 effektiven Tagen erbracht hat.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Gleichen Tags reichte der Vertreter des Klägers ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung ein. Mit Verfügung vom 11.07.1997 lud der Gerichtspräsident 1 des Gerichtskreises V die Parteien für den 11.09.1997 zum Aussöhnungsversuch vor. Mit Verfügung vom 22.07.1997 wurde dieser Termin auf den 30.10.1997 verschoben. Der an diesem Datum durchgeführte Aussöhnungsversuch wurde vom zuständigen Richter für fruchtlos erklärt und dem Kläger die Klagebewilligung erteilt. Mit dem Entscheid vom 26.11.1997 wurde dem Gesuch des Klägers

um Gewährung der unentgeltlichen, Prozessführung entsprochen und es wurde ihm Fürsprecher P. M. Sch. als amtlicher Anwalt zugeordnet.

Am 22.04.1998 leitete der Kläger eine Forderungs- bzw. Feststellungsklage gegen die Beklagte ein, mit welcher die materiell gleichen Rechtsbegehren wie im Aussöhnungsversuch gestellt wurden:

Die Beklagte sei zu verurteilen, dem Kläger für die Zeit vom 01.02.1997 bis 31.06.1997 Krankentaggeldversicherungsleistungen in der Höhe von CHF 35'063.50 zuzüglich Zinsen von 5% seit 01.07.1997 zu bezahlen.

Es sei festzustellen, dass eine Zahlungspflicht der Beklagten aus dem Krankentaggeldversicherungsvertrag Police Nr. ... solange besteht, als die Beklagte an den Kläger nicht Leistungen für 730 ganze Tage innert 900 aufeinanderfolgenden Tagen erbracht hat. unter Kosten und Entschädigungsfolge.

In seiner Klageantwort vom 14.07.1998 stellte Fürsprecher G. im Namen der Beklagten das Rechtsbegehren die Klage sei abzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Im Rahmen der Hauptverhandlung änderte der Vertreter des Klägers Ziff. 2 seines Rechtsbegehrens, welche neu lautet: 2. Es sei festzustellen, dass eine Zahlungspflicht der Beklagten gegenüber dem Kläger aus dem Krankentaggeldversicherungsvertrag Police Nr. ... solange besteht, als der Kläger in Folge einer versicherten Krankheit seine Arbeitstätigkeit zu mindestens 50 % nicht ausüben kann und als die Beklagte an den Kläger nicht Leistungen für 730 ganze Tage innert 900 Tagen erbracht hat, längstens bis zum 31.12.2015.

Der angerufene Richter ist unbestritten sachlich und örtlich zuständig.

In der Zeit von 1985 bis zum 31.12.1993 arbeitete der Kläger bei der beklagten Versicherungsgesellschaft, wo er mit der Beratung und dem Verkauf von Versicherungsleistungen an Unternehmen befasst war. Während dieser Anstellung gehörte er der Kollektivversicherung für das Personal der S. an.

Nach der Auflösung dieses Arbeitsverhältnisses schloss der Kläger am 11.02.1994 einen Kollektiv-Krankenversicherungsvertrag (Police ...) mit der Beklagten ab. Dabei wurde die fixe Summe von Fr. 160'000.- als Jahresverdienst zu 80% versichert. Diese Versicherung wurde den allgemeinen Versicherungsbedingungen der Kollektiv-Krankenversicherung (AVB B 952) unterstellt.

Nach der Feststellung einer endogenen Depression im Frühling 1994 zahlte die Beklagte dem Kläger nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Karenzfrist von 30 Tagen, also ab dem 18.05.1994, Krankentaggelder aus. Ebenfalls auf Grund dieser Erkrankung wurde dem Kläger mit Verfügung vom 01.07.1997 rückwirkend per 01.04.1995 eine ordentliche IV-Rente zugesprochen. Die ausbezahlten Krankentaggelder wurden dem jeweiligen Umfang der Arbeitsunfähigkeit angepasst, so dass der Kläger vom 18.05.1994 bis zum 28.02.1995 100%, vom 01.03.1995 bis zum 31.08.1995 66.66%, vom 01.09.1995 bis zum 31.01.1996 50% und vom 01.02.1996 bis zum 31.08.1996 erneut 66.66% des vertraglich vereinbarten Taggeldes erhielt.

Am 31.08.1998 hatte die Beklagte somit 628,16 effektiv zu 100% bezogene Taggelder an den Kläger ausbezahlt. Mit Schreiben vom 23.09.1996 teilte sie ihm dies mit und machte ihn gleichzeitig auch darauf aufmerksam, dass die Leistungspflicht bei einer weiterhin andauernden Arbeitsunfähigkeit von 66.66 % am 31.01.1997 erschöpft sei. Als Begründung der Erschöpfung ihrer Leistungspflicht verwies die Beklagte in ihrem Schreiben an Fürsprecher Sch. vom 18.02.1997 auf Ziff. 8.3. der AVB B 952, welche die Leistungsdauer auf 730 Tage festlege. In seinem Antwortschreiben vom 12.11.1996 stellte sich der Vertreter des Klägers auf den Standpunkt, die Leistungspflicht erlösche entgegen der Meinung der S. erst, wenn die Leistung für 730 ganze Tage innert 900 effektiven Tagen erbracht worden sei.

Die Bedeutung dieser Klausel über die Leistungspflicht war denn auch das zentrale Thema der Hauptverhandlung. Die Parteien stimmen nämlich darin überein, dass der zwischen den Parteien abgeschlossene Versicherungsvertrag den AVB Nr. B 952 für Kollektivversicherungen untersteht, dass ein Jahreslohn für Fr. 160'000.- zu 80% versichert wurde, dass beim

Kläger eine endogene Depression diagnostiziert wurde und dass die Beklagte bis zum 31.01.1997 730 volle Taggelder ausbezahlt hatte. Es wurde insbesondere auch die im Schreiben der S. vom 23.09.1996 angestellte Berechnung nicht bestritten. Bestritten ist hingegen die klägerische Auslegung der bereits erwähnten Klausel "730 innert 900 Tagen". Das Beweisverfahren ergab, dass es sich bei dabei um eine private Auslegung des Klägers handelt und nicht um die offizielle Auslegung der Beklagten. Der Kläger versteht die fragliche Klausel in dem Sinne, dass die Beklagte erst von ihrer vertraglichen Leistungspflicht befreit wird, wenn sie 730 volle Taggelder innert 900 Tagen leistet. Dabei argumentiert sein Vertreter, dass bei der Formulierung kein Redaktionsfehler der Beklagten vorliegen könne, da die Police sonst ja sehr klar und übersichtlich gestaltet worden sei. Zur Stützung der klägerischen Auslegung wurde auf die Stellungnahmen der Swica und des Bundesamtes für Sozialversicherungsrecht verwiesen. Auch der Beklagten sei also klar gewesen oder hätte klar sein sollen, dass die 900 Tage die Bedeutung hätten, welche ihnen der Kläger beimesse. Bei einem allfälligen Redaktionsfehler, der das Auseinanderfallen des erklärten und des tatsächlichen Willens sei, gelte gemäss Vertrauenstheorie, dass der Inhalt so auszulegen sei, wie ihn der Erklärungsempfänger verstehen durfte. Gestützt auf die Verkehrssitte, welche durch die bereits erwähnten Schreiben der Swica und des Bundesamtes für Sozialversicherung bewiesen würde, sei die Klausel im klägerischen Sinne auszulegen und es sei somit festzustellen, dass die Leistungspflicht der Beklagten noch nicht erschöpft sei.

Die Beklagte bestritt, dass es sich bei der Formulierung der fraglichen Klausel um einen Redaktionsfehler handle. Die 900 Tage hätten in Anbetracht der allgemein expansiveren Auslegung der Leistungspflicht der Versicherer einfach an Bedeutung verloren. Um eine sachgerechte Lösung zu ermitteln, sei die Auslegung auf die bundesgerichtliche Praxis abzustützen und in diesem Sinne die Zeitspanne für Leistungen über die 900 Tage-Grenze hinaus zu verlängern.

Zu Ziffer 1 des klägerischen Rechtsbegehrens:

In Anbetracht des Ergebnisses des Beweisverfahrens hat eine richterliche Auslegung der strittigen Klausel über die Leistungspflicht der Beklagten zu erfolgen. Bei der Auslegung ist aufgrund des Vertrauensgrundsatzes der wirkliche Wille der Parteien gemäss den gesamten Umständen zu ermitteln. Dabei soll eine sachgerechte Lösung gefunden werden. Ausgangspunkt dazu ist der allgemeine Sprachgebrauch, weiter ist die Auslegung der strittigen Formulierung grundsätzlich zu objektivieren.

Die vom Kläger angerufene Unklarheitenregel kann dabei aber erst zur Anwendung kommen, wenn durch Auslegung verschiedene sachgerechte Lösungen gefunden werden und sozusagen die Mehrdeutigkeit einer Bestimmung festgestellt wird, oder wenn der Wille der Parteien nicht aus Sinn und Wortlaut des Vertrages ermittelbar ist (vgl. zum Ganzen Maurer, Privatversicherungsrecht, 3. Aufl., S. 160 ff).

Beide Parteien ziehen zur Auslegung der strittigen Klausel das KUVG sowie das KVG und die dazugehörige Praxis herbei. Dies weil im Krankenversicherungsrecht die Klausel "720 Tage innert 900 Tagen" (erstmal in diesem Wortlaut in Art. 12 des 1964 revidierten KUVG) ebenfalls zur Umschreibung der Leistungspflicht der Kassen dient. Wie aber anlässlich der Hauptverhandlung festgehalten wurde, stellt der vorliegend zu beurteilende Versicherungsvertrag keine freiwillige Taggeldversicherung im Sinne des KVG dar, sondern untersteht als privatrechtlicher Versicherungsvertrag dem VVG und ist somit auch nach zivilrechtlichen Grundsätzen auszulegen. Das KUVG, das KVG, die dazugehörige Praxis und Lehre können als Teile des Sozialversicherungsrecht somit nicht direkt, sondern nur analog zur Auslegung der strittigen Klausel beigezogen werden.

Der Vertreter des Klägers führt zur Auslegung der Klausel den Briefwechsel mit dem Bundesamt für Sozialversicherung an. Diese Auskünfte des Bundesamtes für Sozialversicherungsrecht können aber deshalb nicht zur Auslegung der umstrittenen Klausel beitragen, weil

die Fragestellung seitens des klägerischen Fürsprechers im Schreiben vom 26.02.1998 nicht auf das in Frage stehende Problem, nämlich die anteilmässige Auszahlung von Taggelder bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit, gerichtet ist und somit das Amt für Sozialversicherung in seinem Antwortschreiben auf die Kernfrage gar keinen Bezug nimmt.

Anzumerken ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Antwort des BSV sich vor-allem auf die neuen Regelungen bezüglich Spitalpflege im obligatorischen Krankenpflegegrundversicherungsgesetz bezieht und auf die im Schreiben vom 26.02.1998 gestellte Frage überhaupt nur kurz eingegangen wird.

Bei der vom Kläger selbst eingeholten Erkundigung über die Praxis der Konkurrenzversicherung Swica gilt dasselbe, da auch hier die Fragestellung am zu beurteilenden Problem vorbei zielt.

Für die Auslegung der Klausel in Art. 72 KVG und in Art. 12 bis KUVG kann aber auf die Lehre und die Rechtsprechung des Bundesgerichts zurückgegriffen werden. Im sozialen Krankenversicherungsrecht wird zwischen dem Begriff der Bezugsdauer (720 Tage) und demjenigen der Grunddauer (900 Tage) unterschieden. BGE 98 V 75 beurteilt den Fall der anteilmässigen Kürzung von Krankentaggelder wegen Oberversicherung. Dabei kommt das Bundesgericht zum Schluss, dass im Sinne eines "Verhältnissatzes" bei einer Senkung des Taggeldes, die Bezugs- und die Grundperiode proportional verlängert werden. Ein Leistungsbezug über die Dauer von 900 Tagen hinaus ist somit möglich, nach Ende der proportional verlängerten Grundperiode endet die Leistungspflicht der Kassen aber.

Im Entscheid 98 V 81 nimmt es diese Praxis auf und wendet sie mit dem gleichen Ergebnis auf ein wegen Teilarbeitsunfähigkeit gekürztes Taggeld an.

Auch weitere Entscheide, insbesondere 115 V 388, weisen auf die zeitlich beschränkte Konzeption der Versicherungsleistungen hin.

Diese Rechtsprechung zur Formulierung "720 Tage innert 900Tagen" wirkte sich daraufhin auch auf die Formulierung von Art. 72 KVG aus.

In der Lehre wird diese Konzeption von Maurer zwar verschiedentlich kritisiert, aber auch seinen Ausführungen lässt sich die zeitliche Befristung der Leistungen der Versicherungsanstalten entnehmen (vgl. dazu Maurer, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Band II, S. 181; ders., Bundessozialversicherungsrecht, S. 287; ders. Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 113 ff).

Eine Auslegung analog zu den Regelungen von KVG und KUVG führt also dazu, dass die sogenannte Grunddauer von 900 Tagen proportional zur prozentualen Arbeitsunfähigkeit verlängert würde und danach die Leistungspflicht der Beklagten erlischt. Die Berechnung der Secura stimmt also mit derjenigen des Bundesgerichts für die soziale Krankenversicherung überein.

Weiter kann eine autonome Auslegung des strittigen Leistungsbegriffes aber auch aus dem Vertrag selbst erfolgen.

Da der klägerische Vertreter selbst erklärt der Anspruch seines Mandanten richte sich nach der Police Nr. ... und den AVB B 952, herrscht zwischen den Parteien Einigkeit, dass die Auslegung der streitigen Klausel nur unter Berücksichtigung des ganzen Vertragswerkes erfolgen kann.

Auf Seite 2 der Police wird die Leistungsdauer als 730 Tage innert 900 Tagen definiert. Der Kläger stellt sich auf den Standpunkt, dass die in Ziff. 8.3 AVB erwähnte Leistungsdauer sich nur auf die 720 Tage, nicht aber auf die 900 Tage bezieht. Demnach wären beispielsweise bei einer 50% Arbeitsunfähigkeit und somit einem Taggeld von 50% 1460 (2 x 730) Tage lang Taggelder zu bezahlen, die Frist von 900 Tagen würde aber gleich bleiben. Zwar behauptet auch Herr L. in seinem Parteiverhör, dass mit der Leistungsdauer die 730 Tage gemeint sind, und dass die 900 Tage die Höchstdauer darstellen. Abgesehen davon, dass Herr L. in einer anderen Versicherungssparte als der Beklagte arbeitete und sich nicht mit dem Verkauf dieser Art von Versicherungen und deren Spezialitäten beschäftigte, hat die Auslegung des Vertrages, wie oben ausgeführt, nach objektivierten Grundsätzen zu erfolgen.

Im vorliegenden Fall wird auf Seite 2 der Police eben nicht mehr wie im KVG und im KUVG zwischen Bezugs- und Grunddauer unterschieden, sondern es wird nur das Wort Leistungsdauer auf Seite 2 der Police benutzt und dieses bezieht sich offensichtlich auf die ganze Formulierung also sowohl auf die 730 Tage als auch auf die 900 Tage. Die Anwendung von Ziff. 8.3. AVB bewirkt also, dass beispielsweise bei einer 70% Arbeitsunfähigkeit die 730 Tage auf 1'043 Tage aufgerundet werden und die Frist von 900 Tagen auf 1286 Tage erhöht würde, was dann zum gleichen Ergebnis wie die analoge Auslegung nach KVG und KUVG führt: werden die 720 Taggeldtage nur anteilmässig angerechnet, so werden auch die 900 Tage proportional verlängert.

Diese Auslegungsergebnis wird durch die ganze Systematik des abgeschlossenen Vertrages, in welchem die Idee der zeitlichen Befristung der Leistung des Versicherers verschiedentlich erkennbar ist, gestützt. So soll gemäss der Regelung über die 6-monatigen Karenzfrist im Sinne von Ziff. 8.3.a AVB 952, welche bereits ihrer Formulierung an eine Begrenzung denkt, für ein Krankheitsfall grundsätzlich nur einmal und beschränkt eine Leistung erbracht werden. Eine Befristung ist auch e contrario aus der Tatsache ersichtlich, dass gemäss Seite 2 der Police bei Kinderlähmung und Tuberkulose die Leistungspflicht der Versicherung verlängert wird.

Die sachgerechte Lösung, die sich nach der vertragsautonomen sowie der analog zu KVG und KUVG vorgenommenen Auslegung ergibt, ist somit die folgende: Es müssen mindestens 730 Tage zu 100% ausbezahlt werden, dies innert einer proportional zur Arbeitsunfähigkeit verlängerten Leistungszeit. In casu müssen also die 730 Tage zu 100% bezahlt werden, dies geschah unbestrittenermassen bis zum 31.1.1997 und zwar innert 990 Kalendertagen, weshalb die Leistungspflicht der Beklagten per Ende Januar 1997 auch endete.

Zu Ziff. 2 des klägerischen Rechtsbegehrens:

Für ein Feststellungsbegehren im Sinne von Art. 174 ZPO ist unter anderem ein Feststellungsinteresse nötig. Der Kläger stellte sein Feststellungsbegehren für die Zeit vom 01.07.1997 bis längstens zum 31.12.2015. Dazu ist zu bemerken, dass für die Zeit bis zur Hauptverhandlung auf Leistung geklagt werden konnte, weshalb das Rechtsschutzinteresse beim Kläger für diese Zeit. Bezüglich der übrigen Zeitspanne kann das Feststellungsinteresse auch nur rein ideeller Natur sein (vgl. zum Ganzen Leuch/Marbach/Kellerhals, Die Zivilprozessordnung für den Kanton Bern, 3c zu Art. 174 ZPO). So genügt also das Interesse des Klägers zu wissen, in welchem Umfang er versichert ist und ob er sich allenfalls neu zu versichern hat, um den von ihm gewünschten Versicherungsschutz zu erhalten.

Aus den bezüglich Ziff. 1 des Rechtsbegehrens ausgeführten Gründen ist aber auch Ziff. 2 vollumfänglich abzuweisen.

Die Begehren des Klägers werden vollumfänglich abgewiesen, weshalb er als unterliegende Partei, unter Vorbehalt der unentgeltlichen Prozessführung, vollumfänglich kostenpflichtig wird. Er hat der Beklagten deren Gerichtskosten zu ersetzen und ihr eine angemessene Parteientschädigung zu bezahlen.