



II. Kammer

Sozialversicherungsrichter Mosimann, Vorsitzender
Sozialversicherungsrichter Meyer
Sozialversicherungsrichterin Pfiffner Rauber
Gerichtssekretär Volz

Urteil vom 11. Januar 2006

in Sachen

X

Lättenstrasse 71, 8142 Uitikon Waldegg
Klägerin

gesetzlich vertreten durch die Eltern F und E

diese vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Guido Brusa
Strassburgstrasse 10, 8004 Zürich

gegen

Y Versicherungen AG

Beklagte

Sachverhalt:

1. Die am 9. Januar 2002 geborene X ist seit ihrer Geburt bei der Y Krankenkasse obligatorisch gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und bei der Y Versicherungen AG gemäss dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) im Rahmen der Krankenzusatzversicherung O versichert (Urk. 15/1). Am 23. Dezember 2002 wurde am Kinderspital Zürich erstmals eine juvenile myelomonozytäre Leukämie (JMML) bei der Versicherten diagnostiziert (Urk. 15/14). Am 2. Mai 2003 ersuchten die Eltern der Versicherten, E und F, die Y Versicherungen AG um Kostengutsprache für eine Behandlung der Versicherten mittels Knochenmarktransplantation am Universitätsklinikum Freiburg, Deutschland (Urk. 15/9), worauf die Y Versicherungen AG mit Schreiben vom 6. Mai 2003 das Gesuch um Kostengutsprache ablehnte (Urk. 15/10). Am 12. Juni 2003 schlossen die Mutter der Versicherten, F, und das Universitätsklinikum Freiburg, Deutschland, einen Vertrag zur Behandlung der Versicherten in Deutschland (Urk. 15/13). Am 27. Juni 2003 wurde die Versicherte am Universitätsklinikum Freiburg, Deutschland, mittels einer allogenen Knochenmarktransplantation behandelt (Urk. 15/17). Mit Schreiben vom 3. August 2004 teilte die Y Versicherungen AG der Versicherten mit, dass sie dafür keine Leistungen aus Krankenzusatzversicherung ausrichten werde. Ein Anspruch auf Leistungen für Behandlungen im Ausland stehe gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter dem Vorbehalt einer vorgängigen Genehmigung durch die Y Versicherungen AG. Eine solche Genehmigung habe die Y Versicherungen AG jedoch nicht erteilt (Urk. 15/23).

2. Mit Eingabe vom 7. Januar 2005 erhoben die Eltern der Versicherten als deren gesetzliche Vertreter, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Brusa, Zürich, Klage gegen die Y Versicherungen AG mit dem Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2):
 - „1. Es sei die Beklagte zu verpflichten, die Kosten der ärztlichen Leukämiebehandlung ab 07.01.2003 im Universitätsklinikum Freiburg, Deutschland, zu übernehmen, soweit diese nicht durch die zuständigen Sozialversicherer (NG/KVG) gedeckt sind.
 2. Es sei die Beklagte insbesondere und konkret zu verpflichten, den Betrag von Fr. 279'000.--, zuzüglich Zins zu 5 % ab 01.01.2004, aus ärztlicher Behandlung im Universitätsklinikum Freiburg zu bezahlen (Teilklage), bzw. vorzuleisten.
 3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten.“

Mit Klageantwort vom 16. März 2005 beantragte die Y Versicherungen AG die Abweisung der Klage (Urk. 14 S. 11). Mit Verfügung vom 2. Mai 2005 wurde das Verfahren bis zur Erledigung des bei der Y Krankenkasse hängigen krankenversicherungsrechtlichen Einspracheverfahrens in Sachen der Versicherten betreffend Übernahme der Kosten der Behandlung am Universitätsklinikum Freiburg, Deutschland, sistiert (Urk. 18), worauf die Y Krankenkasse am 26. Mai 2005 den diesbezüglichen Einspracheentscheid erliess (Urk. 26). Mit Verfügung vom 25. Juli 2005 wurde die am 2. Mai 2005 angeordnete Verfahrenssistierung aufgehoben (Urk. 28). Am 29. August 2005 wurde am hiesigen Gericht eine Referentenaudienz durchgeführt (Protokoll Seiten 5-6), worauf der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 5. September 2005 (Urk. 37) geschlossen wurde. Am 26. September 2005 reichte die Versicherte unaufgefordert eine weitere Stellungnahme ein (Urk. 41). Es wurde Einblick in die Akten des zur Zeit am hiesigen Gericht unter der Bezeichnung KV.2005.00058 anhängigen krankenversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahrens in Sachen der Versicherten genommen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

- 1.1 Die Klägerin macht geltend, dass der örtliche Geltungsbereich ihrer Zusatzversicherung auch die Grenzzonen zur Schweiz umfasse, und dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten die Grenzzonen dem Inland gleichstellten, weshalb eine medizinische Behandlung in den Grenzzonen eine Inlandbehandlung darstelle. Der in den AVB für Auslandbehandlungen vorgesehene Genehmigungsvorbehalt durch die Beklagte gelte daher für eine Behandlung in den Grenzzonen nicht. Da es sich bei der durchgeführten Behandlung am Universitätsklinikum Freiburg, Deutschland, um eine Behandlung in einer Grenzzone zur Schweiz gehandelt habe, bestehe ein Anspruch der Versicherten auf Übernahme der Kosten dieser Behandlung (Urk. 1).
- 1.2 Die Beklagte bringt hiegegen vor, dass gemäss ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen Leistungen aus der Zusatzversicherung für Auslandbehandlungen nur ergänzend zu Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung auszurichten seien. Da für die vorliegende Behandlung am Universitätsklinikum Freiburg keine Leistungen gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) geschuldet seien, entfalle eine Leistungspflicht der Beklagten. Sodann seien Leistungen für Auslandbehandlungen nur bei Zustimmung der

Beklagten geschuldet. Mangels einer Zustimmung der Beklagten bestehe für die am Universitätsklinikum Freiburg durchgeführte Behandlung der Beschwerdeführerin keine Leistungspflicht der Beklagten (Urk. 14 S. 11).

- 1.3 Im Streite steht daher der Anspruch der Klägerin auf Übernahme der Kosten der ab 7. Januar 2003 durchgeführten medizinischen Behandlung der Klägerin am Universitätsklinikum Freiburg, Deutschland, aus dem mit der Beklagten abgeschlossenen Krankenzusatzversicherungsvertrag, zuzüglich Zins von 5% ab 1. Januar 2004.

2.

- 2.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung im Sinne von Art. 12 Abs. 2 KVG unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 3 KVG dem VVG. Die daraus herrührende Streitigkeit ist daher zivil- und vermögensrechtlich (BGE 124 III 46 Erw. 1 und 232 Erw. 2b), wobei Art. 47 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) für das Klageverfahren bei Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung von Bundesrechts wegen ein einfaches und rasches Verfahren sowie die Untersuchungsmaxime vorschreibt. Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ist im Kanton Zürich das hiesige Gericht sachlich zuständig (§ 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Verfahren richtet sich nach den Bestimmungen des GSVGer, wobei ergänzend das Gesetz über den Zivilprozess (ZPO) sinngemäss Anwendung findet (§ 28 GSVGer).
- 2.2 Die Eltern der Klägerin schlossen für diese mit der Beklagten eine Krankenzusatzversicherung „O“ für Aufenthalte in der Privatabteilung eines Spitals oder einer Klinik ab (Urk. 15/1). Unbestritten (Urk. 1, Urk. 14) ist, dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen „Einzel-Krankenzusatzversicherung“ (nachfolgend: AVB; Urk. 15/3) und die ergänzenden Bedingungen „Zusatzversicherung O“ (nachfolgend: ZVB; Urk. 15/4) durch Übernahme Bestandteil des streitigen Versicherungsvertrages geworden sind.
- 2.3 Laut Art. 4 der AVB gelten die abgeschlossenen Versicherungsdeckungen in der Schweiz, in Liechtenstein und in den Grenzzonen zur Schweiz (Zonen, die für die Erteilung einer Grenzgängerbewilligung anerkannt sind; Ziff. 1). Sie gelten auch in den anderen Ländern, wenn sich der Versicherte dort vorübergehend während nicht mehr als 12 aufeinander folgenden Monaten aufhält (Ziff. 2). Bei einem vorübergehenden Aufenthalt von über 12 Monaten in anderen Ländern kann der Versicherungsnehmer für maximal 5 Jahre die Beibehaltung seiner

Versicherungsdeckung verlangen. Eine Prämie ist gemäss Y-Tarif im Voraus zu entrichten. Der Versicherte hat überdies einen Vertreter in der Schweiz zu bezeichnen. Als Wohnsitz gilt der Wohnsitz des Vertreters (Ziff. 3). Der Versicherte kann sich nur dann zur Behandlung ins Ausland begeben, wenn er die schriftliche Genehmigung der Y hat (Ziff. 4).

2.4 Gemäss Art. 1 Ziff. 2 der AVB sind die versicherten Leistungen in den Spezialen Versicherungsbedingungen (SVB) umschrieben. Laut Art. 2 der SVB hat der Versicherte, ausser im Notfall, die freie Wahl zwischen den öffentlichen und privaten Heilanstalten auf der Liste der von den Kantonen (kantonale Planung) anerkannten Heilanstalten (Ziff. 1). Der Versicherte muss eine Heilanstalt oder deren Abteilung wählen, die der Art der von ihm benötigten Pflegemassnahmen entspricht (Ziff. 2).

3.

3.1 Vorformulierte Vertragsbestimmungen sind grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen. Gemäss Art. 18 Abs. i des Obligationenrechts (OR) ist bei der Beurteilung eines Vertrages sowohl nach Form als nach Inhalt der übereinstimmende wirkliche Wille und nicht die unrichtige Bezeichnung oder Ausdrucksweise zu beachten, die von den Parteien aus Irrtum oder in der Absicht gebraucht wird, die wahre Beschaffenheit des Vertrages zu verbergen. Es ist demnach in erster Linie der festgestellte wirkliche Wille der Vertragsparteien massgebend. Lässt sich dieser nicht feststellen, ist der mutmassliche Parteiwillen zu ergründen. Dieser ist nach dem Vertrauensgrundsatz zu ermitteln (BGE 119 II 372 Erw. 4b); danach sind Willenserklärungen der Parteien so auszulegen, wie sie vom Empfänger in guten Treuen verstanden werden durften und mussten (BGE 111 II 279 Erw. 2b). Dabei hat das Gericht vom Wortlaut auszugehen und zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint. Es orientiert sich dabei am dispositiven Recht, weil derjenige Vertragspartner, der dieses verdrängen will, das mit hinreichender Deutlichkeit zum Ausdruck bringen muss.

3.2 Seit Aufgabe der Eindeutigkeitsregel (Urteil des Bundesgerichts vom 2. März 1998 4C.24/1997 Erw. 1c; zur alten Praxis: BGE 111 II 287 Erw. 2) kann indes nicht mehr ausschliesslich auf den klaren Wortlaut abgestellt werden. Aus Art. 18 OR folgt, dass ein klarer Wortlaut für die Auslegung nicht unbedingt entscheidend und eine reine Wortauslegung unzulässig ist. Selbst wenn eine Vertragsbestimmung auf den ersten Blick klar erscheint, kann sich aus den anderen Vertragsbestimmungen, aus dem von den Parteien verfolgten

Zweck und aus weiteren Umständen ergeben, dass der Wortlaut der strittigen Bestimmung nicht genau den Sinn der Vereinbarung unter den Parteien wiedergibt (BGE 127 III 444 Erw. lb; Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 24. Oktober 2002, 5C.87/2002, Erw. 2.2).

- 3.3 Schliesslich und subsidiär wird die Geltung vorformulierter AVB durch die sogenannte Unklarheits- und die Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt. Nach der Unklarheitsregel sind mehrdeutige Klauseln in Versicherungsverträgen gegen den Versicherer als deren Verfasser auszulegen (BGE 122 III 121 Erw. 2a, 126 III 391 Erw. 9d). Diese Regel ist indessen erst dann anzuwenden, wenn die übrigen Auslegungsmittel zu keinem Resultat führen und der bestehende Zweifel nicht anders beseitigt werden kann (BGE 122 III 124 Erw. 2d).
 - 3.4 Nach der Ungewöhnlichkeitsregel sind von der globalen Zustimmung zu allgemeinen Geschäftsbedingungen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht besonders aufmerksam gemacht worden ist (BGE 119 II 446 Erw. la). Im Bereich der AVB kann diese Regel zur Anwendung gelangen, wenn der durch Bezeichnung und Werbung beschriebene Deckungsumfang ganz erheblich reduziert wird, so dass gerade die häufigsten Risiken nicht mehr gedeckt sind, wenn Sinn und Tragweite einer Bestimmung infolge komplizierter Formulierung verklausuliert sind oder wenn sie aufgrund ihres Standorts innerhalb der AVB für den Versicherungsnehmer überraschend und unerwartet erscheint.
- 4.
- 4.1 Laut Art. 4 der AVB gelten die abgeschlossenen Versicherungsdeckungen nicht nur in der Schweiz sondern auch in den Grenzzonen zur Schweiz, wobei es sich dabei um Zonen handelt, welche laut Art. 4 der AVB für die Erteilung einer Grenzgängerbewilligung anerkannt sind. Eine Auslegung des Begriffes „Grenzzonen“ nach dem Wortlaut führt zu keinem eindeutigen Ergebnis. Die Auslegung hat sich somit am dispositiven Recht zu orientieren.
 - 4.2 Laut Art. 4 Abs. 3 der Verordnung über die schrittweise Einführung des freien Personenverkehrs zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Europäischen Gemeinschaft und deren Mitgliedstaaten sowie unter den Mitgliedstaaten der Europäischen Freihandelsassoziation (Verordnung über die Einführung des freien Personenverkehrs) vom 22. Mai 2002 bestimmen sich die für die Erteilung von Grenzgängerbewilligungen EG/EFTA massgebenden Grenzzonen nach den mit den Nachbarstaaten abgeschlossenen Grenzgängerabkommen.

4.3 Der Grenzübertritt von Personen zwischen den Grenzzonen der Schweiz und der

Bundesrepublik Deutschland wird im Abkommen zwischen dem Schweizerischen Bundesrat und der Regierung der Bundesrepublik Deutschland über den Grenzübertritt von Personen im kleinen Grenzverkehr vom 21. Mai 1970 (SR 0.631.256.913.63) geregelt (Art. 1 Abs. 1). Gemäss Art. 1 Abs. 2 dieses Abkommens sind Grenzzonen in der Bundesrepublik Deutschland die Stadt Freiburg, die kreisfreie Stadt Kempten (Allgäu), die Landkreise Breisgau-Hochschwarzwald, Lörrach, Waldshut—Tiengen, Schwarzwald-Baar—Kreis, Tuttlingen, Konstanz, Sigmaringen, Biberach, Ravensburg, Bodenseekreis, Lindau (Bodensee) und Oberallgäu.

4.4 Folglich ist davon auszugehen, dass die Parteien den Begriff „Grenzzonen“ in

Art. 4 der AVB im Sinne von Art. 1 Abs. 2 des obenerwähnten Abkommens verstehen mussten. Als Zwischenergebnis ist demnach festzuhalten, dass die zwischen den Eltern und der Klägerin und der Beklagten abgeschlossenen Versicherungsdeckungen auch die Stadt Freiburg, Deutschland, mitumfassten, und dass das Universitätsklinikum Freiburg, welches sich in der Stadt Freiburg, Deutschland, befindet, innerhalb der Grenzzonen im Sinne von Art. 4 der AVB liegt.

5.

- 5.1 Unbestrittenermassen hatte die Beklagte einer Behandlung der Klägerin in Freiburg, Deutschland, nicht zugestimmt. Fraglich ist daher, welche Bedeutung Ziff. 4 von Art. 4 der AVB zukommt. Laut dieser Bestimmung dürfen sich versicherte Personen nur mit einer schriftlichen Genehmigung der Beklagten zur Behandlung ins Ausland begeben.
- 5.2 Bei der Interpretation breit angelegter allgemeiner Vertragsbestimmungen muss der systematischen Auslegung erhebliches Gewicht beigemessen werden (BGE 122 III 123 Erw. 2c mit Hinweisen). Einzelne Vertragsbestimmungen sind nicht isoliert, sondern anhand des Vertrages in seiner Gesamtheit auszulegen.
- 5.3 In Art. 4 der AVB ist der örtliche Geltungsbereich der Versicherung geregelt, wobei Ziff. 1 dieser Bestimmung den örtlichen Geltungsbereich grundsätzlich auf das Staatsgebiet der Schweiz beschränkt. Dem Staatsgebiet der Schweiz gleichgestellt sind das Gebiet des Fürstentums Liechtenstein und die Grenzzonen zur Schweiz. Ziff. 2 und Ziff. 3 von Art. 4 der AVB regeln den Geltungsbereich der Versicherung im übrigen Ausland. Auf Grund seiner systematischen Stellung am Schluss des Art. 4 der AVB hinter dessen Ziffern 2 und 3 ist der in Ziff. 4 des Art. 4 der AVB enthaltene Begriff des „Auslandes“ im Sinne des in

den in Ziff. 2 und Ziff. 3 enthaltenen Begriffs der „anderen Länder“ zu verstehen. Von Ziff. 4 des Art. 4 der AVB nicht betroffen ist demnach das schweizerische Staatsgebiet und dem in Ziff. 1 dieser Bestimmung gleichgestellten Staatsgebiet des Fürstentums Liechtenstein und sowie die Gebiete der Grenzzonen im Sinne der Grenzgängerabkommen mit den Nachbarstaaten.

- 5.4 Zu prüfen bleibt, welche Bedeutung Ziff. 1 von Art. 2 der ZVB hat, wonach die versicherten Personen, ausser im Notfall, die freie Wahl zwischen den öffentlichen und privaten Heilanstalten auf der Liste der von den Kantonen anerkannten Heilanstalten haben. Dabei handelt es sich bei den ZVB im Vergleich zu den AVB nicht um individuell ausgehandelte besondere Vertragsbedingungen (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, Bern 1995, S. 158; Gerhard Stoessel, Basler Kommentar, Vorbemerkungen zu Art. 1-3 VVG N 25), sondern um standardisierte allgemeine Versicherungsbedingungen, denen im Vergleich zu den Bestimmungen der AVB kein Vorrang zukommt. Der Vertrag ist auch in Bezug auf die ZVG in seiner Gesamtheit auszulegen.
- 5.5 Nach dem Wortlaut von Ziff. 1 von Art. 2 der ZVB wäre eine stationäre Behandlung nur in den öffentlichen und privaten Heilanstalten möglich, welche auf einer der Spitalisten der schweizerischen Kantone aufgenommen sind. Dabei handelt es sich jedoch ausschliesslich um schweizerische Leistungserbringer (vgl. Art. 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung). Wie bereits erwähnt (Erw. 3.2), ist ein klarer Wortlaut für die Auslegung jedoch nicht unbedingt entscheidend. Selbst wenn eine Vertragsbestimmung auf den ersten Blick klar erscheint, kann sich aus den anderen Vertragsbestimmungen, aus dem von den Parteien verfolgten Zweck und aus weiteren Umständen ergeben, dass der Wortlaut der strittigen Bestimmung nicht genau den Sinn der Vereinbarung unter den Parteien wiedergibt (BGE 129 III 702 E. 2.4.1 mit Hinweisen).
- 5.6 Eine Auslegung von Art. 2 der ZVB nach dem Wortlaut schliesse Leistungserbringer aus dem Fürstentum Liechtenstein und den Grenzzonen zur Schweiz aus. Dies kann vom massgebenden objektiven Gesichtspunkt aus beurteilt jedoch nicht der Wille der Parteien gewesen sein. Art. 2 der ZVB ist vielmehr nicht isoliert sondern im Gesamtzusammenhang mit Art. 4 der AVB auszulegen. In Ziff. 1 von Art. 4 der AVB haben die Parteien, wie oben unter Erw. 4.4 erwähnt, die Versicherungsdeckungen auf das Staatsgebiet des Fürstentums Liechtenstein und auf die Grenzzonen der Nachbarländer zur Schweiz ausgedehnt. Eine Beschränkung der Wahl der stationären Leistungserbringer auf die in den Spitalisten der schweizerischen Kantone aufgeführten (ausschliesslich schweizerischen) Spitäler und Kliniken stünde daher in Widerspruch zu Art. 4

der AVB und kann demnach nicht dem hypothetischen Willen der Parteien entsprechen. Eine Auslegung von Art. 2 der ZVB anhand des gesamten Vertrages und insbesondere von Art. 4 der AVB ergibt, dass die Klägerin in guten Treuen davon ausgehen durfte, dass die Versicherungsdeckung und somit auch eine stationäre Heilbehandlung nicht nur in der Schweiz, sondern auch im Fürstentum Liechtenstein und in den Grenzzonen zur Schweiz gewährleistet sei. Dies lässt den Versicherungsvertrag im Hinblick auf die in Art. 2 der ZVB fehlende Erwähnung der Heilanstalten im Fürstentum Liechtenstein und in den Grenzzonen zur Schweiz demzufolge als planwidrig unvollständig und lückenhaft erscheinen.

- 5.7 Ist ein lückenhafter Vertrag zu ergänzen, so hat das Gericht - falls dispositive Gesetzesbestimmungen fehlen - zu ermitteln, was die Parteien nach dem Grundsatz von Treu und Glauben vereinbart hätten, wenn sie den nicht geregelten Punkt in Betracht gezogen hätten. Bei der Feststellung dieses hypothetischen Parteiwillens hat das Gericht sich am Denken und Handeln vernünftiger und redlicher Vertragspartner sowie an Wesen und Zweck des Vertrages zu orientieren (BGE 129 III 380 Erw. 2; 115 II 488 Erw. 4b; 111 II 262 Erw. 2a, je mit Hinweisen).
- 5.8 Vorliegend ist davon auszugehen, dass die Parteien die Versicherungsdeckung in der Schweiz, im Fürstentum Liechtenstein und in den Grenzzonen zur Schweiz vereinbaren wollten. Nach dem Vertrauensprinzip ist der Vertrag daher dahingehend auszulegen, dass die Parteien der Klägerin das freie Wahlrecht einräumen wollten unter den in der Schweiz, im Fürstentum Liechtenstein oder in den Grenzzonen der Nachbarländer zur Schweiz als Leistungserbringer zugelassenen Spitälern und Kliniken. In diesem Sinne ist der vorliegende Versicherungsvertrag daher zu ergänzen.
- 5.9 Nach Gesagtem ist demnach davon auszugehen, dass der Klägerin auf Grund des mit der Beklagten bestehenden Krankenzusatzversicherungsvertrages die freie Wahl unter den zugelassenen öffentlichen und privaten Spitälern und Kliniken der Grenzzonen der Nachbarländer zur Schweiz zustand. Dazu gehörte auch die Stadt Freiburg, Deutschland. Es ist sodann davon auszugehen, dass das Universitätsklinikum Freiburg als Anstalt der Universität Freiburg, Deutschland, als Leistungserbringer von den zuständigen deutschen Behörden zugelassen wurde. Eine Leistungspflicht der Beklagten für die ab 7. Januar 2003 durchgeführte medizinische Behandlung der Klägerin am Universitätsklinikum Freiburg, Deutschland, ist im Grundsatz daher zu bejahen.

6.

- 6.1 Mit Verfügung vom 28. Dezember 2004 und mit dem diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 26. Mai 2005 (Urk. 26) verneinte die Y Krankenkasse einen Anspruch der Klägerin auf Übernahme der Kosten der ab 7. Januar 2003 durchgeführten medizinische Behandlung der Klägerin am Universitätsklinikum Freiburg, Deutschland, aus der obligatorischen Krankenversicherung gemäss dem KVG. Am 17. Juni 2005 erhob die Klägerin Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Y Krankenkasse vom 26. Mai 2005. Gegenwärtig ist am hiesigen Gericht unter der Bezeichnung KV.2005.00058 ein krankenversicherungsrechtliches Beschwerdeverfahren in Sachen der Klägerin hängig.
- 6.2 Mit Verfügung vom 30. September 2003 und mit dem diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 19. August 2004 (Urk. 2 in Prozess Nr. IV.2004.00581) verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, einen Anspruch der Klägerin auf medizinische Massnahmen für das Geburtsgebrechen Nr. 329 gemäss dem Anhang zur Verordnung über Geburtsgebrechen. Gegen den Einspracheentscheid vom 19. August 2004 erhob die Klägerin am 8. September 2004 Beschwerde. Gegenwärtig ist am hiesigen Gericht unter der Bezeichnung IV.2004.00581 ein invalidenversicherungsrechtliches Beschwerdeverfahren in Sachen der Klägerin hängig.
- 6.3 Klageweise bezifferte die Klägerin die Geldsumme, zu deren Zahlung die Gegenpartei verpflichtet werden soll, mit Fr. 279'000.-- (Urk. 1 S. 2). Wenn die Leistungsklage - wie vorliegend - betraglich beziffert ist, hat das Gericht grundsätzlich über Beginn und Höhe des Anspruchs zu befinden, wenn es diesen im Grundsatz bejaht, denn diese Punkte gehören zum Streitgegenstand (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 4. September 2001, B 14/01).
- 6.4 Art. 8 ZGB regelt für das Bundeszivilrecht einerseits die Beweislastverteilung und gibt andererseits der beweispflichtigen Partei einen Anspruch darauf, für rechtserhebliche Vorbringen zum Beweis zugelassen zu werden (BGE 126 III 317 Erw. 4a). Wie weit die anspruchsbegründenden Tatsachen dabei inhaltlich zu substantzieren sind, damit sie unter die massgeblichen Bestimmungen des materiellen Rechts subsumiert werden können, bestimmt das materielle Bundesrecht (BGE 123 III 188 Erw. 3e; BGE 108 II 337 Erw. 2 und 3). Die jeweiligen Anforderungen ergeben sich einerseits aus den Tatbestandsmerkmalen der angerufenen Norm und andererseits aus dem prozessualen Verhalten der Gegenpartei. Tatsachenbehauptungen müssen dabei so konkret formuliert sein, dass ein substanziiertes Bestreiten möglich ist oder der Gegenbeweis angetreten

werden kann (vgl. BGE 127 III 368 Erw. 2b, 126 III 317 Erw. 4a, 117 II 113 Erw. 2). Bestreitet der Prozessgegner das an sich schlüssige Vorbringen der behauptungsbelasteten Partei, kann diese gezwungen sein, die rechtserheblichen Tatsachen nicht nur in den Grundzügen, sondern so umfassend und klar darzulegen, dass darüber Beweis abgenommen werden kann (BGE 108 II 341 Erw. 3 S. 341 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts in Sachen A vom 25. Februar 2003, 4C.341/2002, Erw. 2.3).

- 6.5 Die Klägerin belegt ihre Forderung von Fr. 279'000.-- mittels einer Aufstellung von im Zeitraum vom 28. März 2003 bis 28. Juni 2004 angefallenen Heilbehandlungskosten im Umfang von Fr. 279'341.41 (Urk. 2/11 = Urk. 15/26 Beilage). Betragsmässig wird die eingeklagte Forderung von der Beklagten sodann nicht bestritten (Urk. 14). Anhaltspunkte, welche an der betraglichen Richtigkeit der eingeklagten Forderung zweifeln liessen, sind in den Akten zudem nicht zu erkennen, weshalb die eingeklagte Forderung im Betrag von Fr. 279'000.-- masslich als ausgewiesen zu gelten hat.
- 6.6 Laut Art. 16 Ziff. 1 der ZVB werden die in den speziellen Bedingungen garantierten Leistungen zusätzlich zu denjenigen vergütet, die von der bei der Y Krankenkasse oder einem anderen Versicherer geschlossenen obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss dem KVG vorgesehen sind. Laut Ziff. 3 dieser Bestimmung erlischt der Leistungsanspruch, wenn die versicherte Person nicht mehr über diese Versicherungsdeckung verfügt (Urk. 15/4). Folglich besteht gemäss dem zwischen den Parteien bestehenden Krankenzusatzversicherungsvertrag nur ein Anspruch auf Übernahme der nicht von der obligatorischen Krankenversicherung getragenen Kosten. Der vertragliche Leistungsanspruch erstreckt sich daher nur auf die von der Y Krankenkasse, dem Krankenversicherer der Klägerin, nicht übernommenen Kosten.
- 6.7 Indes sind in Art. 16 der ZVB einzig die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung nicht hingegen diejenigen der Invalidenversicherung erwähnt. Art. 16 ZVB stellt daher keine genügende vertragliche Grundlage dar, um eine Überversicherung in Bezug auf Leistungen der Invalidenversicherung auszuschliessen. Gemäss Art. 48 VVG kann jedes wirtschaftliche Interesse, das jemand am Ausbleiben eines befürchteten Ereignisses hat, Gegenstand der Schadensversicherung sein. Nach der Rechtsprechung (BGE 104 II 47 ff. Erw. 4, bestätigt in BGE 119 II 364 f. Erw. 4 f.) ist bei Prüfung ob eine Summen- oder Schadensversicherung vorliege die Rechtsnatur der zu erbringenden Leistung im Einzelfall zu prüfen. Sobald die vermögensrechtliche Einbusse eine selbstständige Bedingung des Anspruchs auf Leistung sei, liege eine Schadensversicherung vor. Dies ist bei vorliegender Krankenzusatzversicherung selbstredend der

Fall. Denn bei vorliegender Versicherung ist nicht eine bestimmte, durch die Police festgelegte Summe geschuldet, sondern der Versicherer hat für die effektiven Heilungskosten aufzukommen. Deshalb liegt eine Schadensversicherung im Sinne von Art. 48 VVG vor. Bei einer Leistung der Invalidenversicherung für den gleichen Schaden läge demnach eine Überversicherung vor, weshalb Vorleistungen der Klägerin bei nachträglicher Leistung der Invalidenversicherung allenfalls nach den Grundsätzen der ungerechtfertigten Bereicherung zurück zu fordern sind.

7.

7.1 Klageweise beantragt die Klägerin sodann die Entrichtung eines Zinses von 5% ab 1. Januar 2004 (Urk. 1 S. 2).

7.2 Der Schuldner einer Geldschuld hat, soweit nichts anderes vereinbart worden ist, von Gesetzes wegen Verzugszins zu zahlen, sobald er mit der Zahlung der Schuld in Verzug gerät (Art. 104 Abs. 1 OR). Dieser Regelung liegt die Fiktion zugrunde, dass der verzugsbelastete Schuldner bis zur Erfüllung weiterhin über den Geldbetrag verfügen kann und der Gläubiger dadurch eine entsprechende Vermögenseinbusse erleidet. Es bedarf weder eines Schadensnachweises durch den Gläubiger noch eines Verschuldens des Schuldners, weshalb dieser auch dann Verzugszins zahlen muss, wenn er im Zeitpunkt des Verzugseintritts von seiner Zahlungspflicht oder deren Höhe keine Kenntnis hatte (Wolfgang Wiegand, Basler Kommentar, Obligationenrecht I, 3. Aufl., N. 1 zu Art. 104 OR; BGE 130 III 596 f. Erw. 3, 129 III 540 Erw. 3.1, 83 II 442 Erw. 2e; 123 III 245 Erw. 4b).

7.3 Die Verzugszinspflicht setzt einerseits die Fälligkeit der Forderung und andererseits die Inverzugsetzung des Schuldners voraus. Fälligkeit bedeutet, dass der Gläubiger die Leistung fordern kann und der Schuldner erfüllen muss. Gemäss Art. 41 Abs. 1 VVG wird die Forderung aus dem Versicherungsvertrage mit dem Ablaufe von vier Wochen, von dem Zeitpunkte an gerechnet, fällig, in dem der Versicherer Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruches überzeugen kann.

7.4 Vorliegend haben die Parteien mit Übernahme von Art. 19 der AVB vereinbart, dass die Beklagte ihre Leistungen innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt sämtlicher Auskünfte und medizinischer Unterlagen, die es ermöglichen, ihre Leistungspflicht festzustellen, zu gewähren hat (Urk. 15/3). Damit liegt die Vereinbarung eines Verfalltages vor, mit dessen Ablauf der Verzug auch ohne Mahnung eintritt (vgl. Jürg Nef, Basler Kommentar, N 21 zu Art. 41 VVG).

7.5 Am 1. Oktober 2004 (Urk. 15/26) reichte die Klägerin der Beklagten eine Kostenübersicht für die im Zeitraum vom 28. März 2003 bis 28. Juni 2004 angefallenen Heilbehandlungskosten im Umfang von Fr. 279'341.41 (Beilage zu Urk. 15/26). Nach weiterer schriftlich und mündlich geführter Korrespondenz zwischen den Parteien (vgl. Urk. 15/27-29) reichte die Klägerin der Beklagten mit Schreiben vom 24. November 2004 (Urk. 15/30 S. 3) medizinische Berichte des Universitätsklinikums Freiburg, Deutschland (Urk. 15/5, Urk. 15/8, Urk. 15/12, Urk. 15/17-20), ein. Spätestens mit Erhalt des Schreibens vom 24. November 2004 und dessen Beilagen am 25. November 2004 (Eingangsstempel; vgl. Urk. 15/29) ist demnach davon auszugehen, dass die Beklagte sämtliche Angaben erhalten hatte, welche für die Prüfung des Leistungsanspruchs erforderlich waren. Folglich begann die dreissigtägige Frist gemäss Art. 19 der AVB am 26. November 2004 zu laufen und lief am 25. Dezember 2004 ab. Am 26. Dezember 2004 war die Forderung daher fällig. Gleichzeitig trat Verzug ein. Der Verzugszins von 5 % ist von der Beklagten demnach ab 26. Dezember 2004 geschuldet.

B. Nach Gesagtem besteht ein Anspruch der Klägerin aus der mit der Beklagten abgeschlossenen Krankenzusatzversicherung für die ab 7. Januar 2003 im Universitätsklinikum Freiburg, Deutschland, durchgeführte Heilbehandlung. Die Klage ist daher im Umfang von Fr. 279'000.--, zuzüglich Zins von 5% ab 26. Dezember 2004, gutzuheissen mit der Feststellung, dass allfällige für den gleichen Schaden von der Invalidenversicherung und der obligatorischen Krankenversicherung ausgerichtete oder noch auszurichtende Leistungen anzurechnen sind.

9. Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Ausgangsgemäss hat die teilweise obsiegende Klägerin Anspruch auf eine um 1/8 reduzierte Prozessentschädigung, welche in Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses mit Fr. 3'000.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bemessen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Klage wird im Umfang von Fr. 279'000.--, zuzüglich Zins zu 5 % ab 26. Dezember 2004, teilweise gutgeheissen mit der Feststellung, dass allfällige von der Invalidenversicherung und der obligatorischen Krankenversicherung für den gleichen Schaden ausgerichtete oder noch auszurichtende Leistungen an die Leistungen der Beklagten angerechnet werden.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die Beklagte wird verpflichtet, der Klägerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Dr. Guido Brusa
 - Y Versicherungen AG
 - Bundesamt für Privatversicherungen
5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 **Tagen** seit der Zustellung beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wegen Verletzung von Bundesrecht im Sinne von Art. 43 des Bundesgesetzes über die Organisation der Rechtspflege (OG) durch eine dem Art. 55 OG entsprechend Eingabe Berufung gemäss Art. 50 OG an das Schweizerische Bundesgericht erhoben werden.

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

Der Vorsitzende



Mosimann

Der Gerichtssekretär

Volz

BR/VM/LR

Die Frist steht während folgender Zeiten still: Vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August, vom 18. Dezember bis und mit dem 1. Januar.