



I. Kammer

Sozialversicherungsrichterin Grünig, Vorsitzende
Sozialversicherungsrichter Spitz
Ersatzrichterin Maurer Reiter
Gerichtssekretärin Kobel

Urteil vom 30. Mai 2007

in Sachen

X

Klägerin

vertreten durch Rechtsanwalt Hanspeter Zraggen
Badenerstrasse 15, Postfach 6925, 8023 Zürich

gegen

Y S.A.

Beklagte

Zustelladresse: Y Versicherung
Rechtsabteilung

Sachverhalt:

1.

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

X 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. F, Spezialärztin für Neurologie, vom 14. März 2005 zuhanden der Invalidenversicherung, Urk. 30/14 S. 1-6, mit den beigelegten Berichten von Dr. med. H, 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 Hirslanden 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 Stadtspitals Triemli aufgesucht hatte (Austrittsbericht vom 19. März 2002, Urk. 2/2). Aufgrund einer erneuten Beschwerdeverstärkung stellte X am 13. Januar 2004 ihre Arbeitstätigkeit ein und wurde ab dann von ihrem Hausarzt Dr. med. S zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Bericht von Dr. S 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 X rheumatologisch von Dr. med. R, Spezialärztin für Physikalische Medizin, behandelt (Bericht von Dr. R 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. V, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Berichte von Dr. V vom 20. Juni 2004 zuhanden der Invalidenversicherung, Urk. 30/16 S. 1-4; vgl. auch Urk. 30/11 S. 1 und S. 2).

den der Y und vom 4. März 2005 zuhanden der Invalidenversicherung, Urk. 9/23 und Urk. 30/12).

- 1.2 Die Y holte nach der Krankschreibung von X zunächst den Bericht von Dr. R vom 15. März 2004 (Urk. 9/20) und den Bericht von Dr. S vom 23. März 2004 (Urk. 9/21) ein. Danach liess sie die Versicherte durch ihren Vertrauensarzt Dr. med. B, Facharzt für Allgemeine Medizin, untersuchen. Auf dessen Empfehlung hin (vgl. das Schreiben von Dr. B vom 30. April 2004, Urk. 6/10) hielt sich X daraufhin von Ende Mai bis Mitte Juni 2004 zur muskuloskelettalen Rehabilitation in der Zürcher Höhenklinik Davos 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. R vom 5. Mai 2004, Urk. 2/3 = Urk. 6/11).

Anschliessend liess die Y den bereits erwähnten Bericht von Dr. V vom 20. Juni 2004 (Urk. 9/23) und den Bericht der Zürcher Höhenklinik Davos vom 6. Oktober 2004 erstellen (Urk. 9/25 mit den Fragen von Dr. B vom 30. September 2004, Urk. 9/24) und liess daraufhin durch Dr. med. M, Spezialarzt für physikalische Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, das Gutachten vom 6. Dezember 2004 anfertigen (Urk. 2/6 = Urk. 6/13; vgl. auch die Schreiben der Y an die Versicherte und an Dr. M je vom 5. November 2004, Urk. 9/26 und Urk. 9/27).

- 1.3 Nachdem die Y das Arbeitsverhältnis mit X per Ende August 2004 aufgelöst (vgl. Urk. 30/11 S. 1 und S. 3) und ihr danach noch Taggelder aus der Taggeldversicherung P 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 Y daraufhin das Zeugnis von Dr. S vom 28. Januar 2005, Urk. 2/9 = Urk. 6/14) und das Zeugnis von Dr. R vom 31. Januar 2005 (Urk. 2/10 = Urk. 6/15) zukommen, und diese holte hierzu die Stellungnahme von Dr. B vom 3. März 2005 ein (Urk. 6/16). Danach teilte die Y 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 Y

hielten die Parteien an ihren Standpunkten fest (Schreiben von Rechtsanwalt Dr. Herbert Menzi vom 23. März 2005, Urk. 6/4; Schreiben der Y vom 11. April 2005, Urk. 6/5; Schreiben von Rechtsanwalt Hanspeter Zraggen vom 3. Mai 2005, Urk. 6/6; Schreiben der Y vom 20. Mai 2005, Urk. 6/7; Schreiben von Rechtsanwalt Hanspeter Zraggen vom 30. Juni 2005, Urk. 6/8; Schreiben der Y vom 18. Juli 2005, Urk. 6/9).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

unter Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten."

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

"Die Klage sei vollumfänglich abzuweisen.

eventualiter

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

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Klägerin."

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).

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 X verneint (Urk. 30/49), und die Beschwerde dagegen ist Gegenstand des Verfahrens Nr. P1.2006.00654, welches ebenfalls mit Datum von heute entschieden wird. Zu diesen beigezogenen Akten, die unter anderem ein Gutachten von Dr. med. T, Spezialärztin für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, vom 14. September 2005 (Urk. 30/29) und ein Gutachten von Dr. med. Fa, 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 Gais 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).

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

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Aufgrund der Höhe der eingeklagten Taggeldsumme beläuft sich der Streitwert der vorliegenden Klage auf Fr. 46'956.00.
2. Strittig und zu prüfen ist, ob die Klägerin gegenüber der Beklagten nach Ende Dezember 2004 Anspruch auf weitere Taggelder aus der Taggeldversicherung P hat.
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 P anbelangt, so erlischt der Leistungsanspruch nach Art. 3.1 ZVB P definitiv nach Bezug des vereinbarten Taggeldes während 720 Tagen. Ausserdem enthält Art. 1.4 ZVB P 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).

3.2 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 P über die begrenzte Leistungspflicht während 60 Tagen bei "einer Depression oder einem Nervenzusammenbruch", indem sie aufgrund des Gutachtens von Dr. M 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).

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 Ausschluss- beziehungsweise Begrenzungsvorschriften in Art. 4.1.10 AVB und Art. 1.4 ZVB P Bestandteil von AGB, sodass deren Bedeutung für den strittigen Taggeldan-

spruch nach den erwähnten Grundsätzen der Rechtsprechung zu den AGB zu ermitteln ist.

- 3.4 Dabei stellt sich als erstes die Frage, ob die AVB und die ZVB P 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 P nicht ausgehändigt worden seien, und dies ist, wie die Beklagte in der Duplik zu Recht dargetut (vgl. Urk. 17 S. 3), auch deshalb unwahrscheinlich, weil die Klägerin selber Angestellte bei der Beklagten war. Demgemäss sind die AVB und die ZVB P im Sinne der Grundsätze über die Globalübernahme in ihrer Gesamtheit zum Inhalt des Versicherungsvertrags geworden.

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 P, 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 Par-

teien (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 dürfe (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. Vorliegendenfalls 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 Versicherungsrechts 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 Möller/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 körperliche Beeinträchtigung, etwa eines hirnologischen 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.

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. la = Praxis 82/1993 Nr. 211 S. 802 Erw. la). 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 Was des Weiteren die Auslegung von Art. 1.4 ZVB P 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 P aufgeführten, sondern bei allen psychischen Krankheiten, die unter Art. 4.1.10 AVB fallen, im Rahmen der Taggeldversicherung P gestützt auf Art. 1.4 ZVB P während des dort statuierten beschränkten Zeitraumes Leistungen zu erbringen.

3.6 Ist damit der Inhalt von Art. 4.1.10 AVB und Art. 1.4 ZVB P 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.

Während die Gerichtspraxis eine Inhaltskontrolle nur verdeckt, im Rahmen der dargelegten Auslegungsgrundsätze 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.).

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 persönlichkeitsverletzend 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 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 Übernahme 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).

Den Vorbringen der Klägerin (Urk. 12 S. 2) ist darin zuzustimmen, dass die Ungleichbehandlung körperlicher und psychischer Krankheiten - anders als des Öfteren 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 Z Versicherungs-Gesell-

schaft und der Y Versicherung (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 G Versicherungen (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 P 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 P für die Klägerin persönlich 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).

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

4.

4.1 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.

4.2

4.2.1 Was die organischen Befunde des Bewegungsapparates anbelangt, so hatte Dr. H im Juli 2002 eine leichte Fehlform der Wirbelsäule festgestellt, hatte die Wirbelsäule jedoch als relativ gut beweglich beschrieben, und auf den Röntgenaufnahmen der Halswirbel- und der Brustwirbelsäule aus dem Jahr 2000, welche die Beschwerdeführerin mitgebracht hatte, hatte Dr. H keine wesentlichen degenerativen Veränderungen erkennen können. Ebenso wenig hatte Dr. H Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Neurokompression finden können (vgl. Urk. 30/14 S. 14-15).

Bei den weiteren Abklärungen von Ende 2003 ergaben die neuen Bildaufnahmen der Halswirbelsäule eine gering- bis mässiggradige Osteochondrose im Bereich C4-7 mit Akzentuierung im Segment C5/C6 und dortiger deutlicher anteriorer Spondylose bei ansonsten regelrechten osteoartikulären Verhältnissen (Urk. 30/14 S. 10). Das Röntgenbild der Brustwirbelsäule zeigte ebenfalls eine

mehrsegmentäre, als leichtgradig bezeichnete Osteochondrose, und auch hier wurden die osteoartikulären Verhältnisse im Übrigen als regelrecht bezeichnet (Urk. 30/14 S. 11). Eine Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule schliesslich ergab Zeichen einer mässiggradigen Diskopathie im Segment L5/S 1 mit einer Diskusprotrusion, jedoch ohne eigentliche Diskushernie und wiederum ohne Neurokompression, und Dr. H fand die Wirbelsäule immer noch praktisch durchgehend frei beweglich. Des Weiteren brachte eine Übersichtsdarstellung des Beckens beginnende degenerative Veränderungen an den beiden Hüftgelenken zu Tage. Schliesslich beschrieb Dr. H eine zeitweise aufgetretene Karpaltunnelsymptomatik als zurückgebildet auf das konsequente nächtliche Tragen einer Handgelenkmanschette hin (vgl. Urk. 30/14 S. 13).

4.2.2 In der nachfolgenden Zeit ab Anfang 2004 stellten die medizinischen Fachpersonen, welche die Beschwerdeführerin untersuchten und behandelten, keine zusätzlichen, andersartigen organischen Befunde im Bereich der Wirbelsäule, der Hüftgelenke und der Hände fest. Die Zürcher Höhenklinik Davos ging in ihren Berichten über den Rehabilitationsaufenthalt der Beschwerdeführerin vom Mai/Juni 2004 von den nämlichen organischen Veränderungen aus (vgl. Urk. 30/16 S. 6, S. 9 und S. 11), und die Schilderungen dieser Veränderungen von Dr. R und Dr. S vom März 2004 gegenüber der Beklagten (Urk. 9/20 und Urk. 9/21) sowie von Dr. F, Dr. R und Dr. S vom März und vom April 2005 zuhanden der Invalidenversicherung (vgl. Urk. 30/14 S. 5, Urk. 30/15 S. 1, Urk. 30/16 S. 1) sind ebenfalls damit vergleichbar.

Auch Dr. M machte im Gutachten vom Dezember 2004 im Wesentlichen die gleichen Feststellungen wie bereits Dr. H. Dabei beurteilte er die schon beschriebenen degenerativen Veränderungen in der Wirbelsäule als geringgradig und altersentsprechend (Urk. 2/6 S. 6 und S. 7 = Urk. 6/13 S. 6 und S. 7), und neurologische Auffälligkeiten konnte auch er - abgesehen von Anzeichen für ein beidseitiges Karpaltunnelsyndrom (vgl. Urk. 2/6 S. 4 f. = Urk. 6/13 S. 4 f.) - wiederum nicht feststellen (vgl. Urk. 2/6 S. 6 = Urk. 6/13 S. 6). Zu den gleichen Ergebnissen gelangte schliesslich Dr. T anlässlich der Begutachtung vom September 2005 zuhanden der Invalidenversicherung; insbesondere fiel bei ihr die Untersuchung der peripheren und zentralen Nerven normal aus, und Symptome eines Karpaltunnelsyndroms fehlten nunmehr (Urk. 30/29 S. 3).

4.3

4.3.1 Währenddem nach dem Gesagten die organischen Befunde als solche in den medizinischen Unterlagen im Wesentlichen einheitlich beschrieben werden,

herrschen Diskrepanzen hinsichtlich der einschränkenden Auswirkungen dieser Befunde.

- 4.3.2 So legte Dr. R im Zeugnis vom 31. Januar 2005 dar, dass die Schmerzen der Beschwerdeführerin mit den radiologischen Veränderungen bei der bestehenden bilateralen breitbasigen Diskushernie lumbosakral hinreichend erklärt werden könnten und dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, die eindeutig auf die Rückensituation zurückzuführen sei, währenddem der psychische Zustand der Beschwerdeführerin mit depressiver Entwicklung reaktiv, aufgrund der therapieresistenten Schmerzsymptomatik beeinträchtigt sei, ohne dass er jedoch die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (Urk. 2/10 = Urk. 6/15), und Dr. S verwies im Zeugnis vom 28. Januar 2005 (Urk. 2/9 = Urk. 6/14) im Wesentlichen auf diese Beurteilung von Dr. R.

Dieser Beurteilung, die nicht näher begründet ist, widersprechen indessen die detaillierteren, mit präzisen Argumenten untermauerten Einschätzungen der übrigen rheumatologischen Fachpersonen. So hatte Dr. H schon in ihrem ersten Bericht vom Juli 2002 festgehalten, dass die geklagten Schmerzen nicht von den - geringfügigen - degenerativen Veränderungen herrührten, sondern dass es sich dabei um weichteilrheumatisch-muskuläre Beschwerden handle (Urk. 30/14 S. 15). In ihrem weiteren Bericht vom November 2003 hielt Dr. H die Schmerzen nach wie vor für muskulär bedingt und machte dafür weniger die festgestellten radiologischen Befunde als vielmehr die leichte Fehlförmigkeit der Wirbelsäule sowie die fehlende körperliche Ausgleichsbetätigung bei der vorwiegend sitzenden Tätigkeit der Beschwerdeführerin verantwortlich. Sie schrieb den Beschwerden jedoch keinen invalidisierenden Charakter zu, und machte insbesondere darauf aufmerksam, dass ihr deutliche sogenannte Waddell-Zeichen als Indizien für einen nichtorganischen Hintergrund von Schmerzen (vgl. Debrunner, Orthopädie/Orthopädische Chirurgie, 4. Auflage, Bern 2002, S. 851) aufgefallen seien (vgl. Urk. 30/14 S. 12-13). Auf derartige positive Waddell-Zeichen wies im Dezember 2004 auch Dr. M wieder hin (vgl. Urk. 2/6 S. 4 = Urk. 6/13 S. 4), nachdem im Juni 2004 bereits die Fachpersonen der Zürcher Höhenklinik Davos eine gewisse Symptomausweitung beobachtet hatten (vgl. Urk. 30/16 S. 6). Sowohl Dr. M als auch - im September 2005 - Dr. T konnten sodann keine eindeutigen Insertionstendopathien, Myogelosen oder Tendomyosen feststellen (vgl. Urk. 2/6 S. 4 = Urk. 6/13 S. 4, Urk. 30/29 S. 2), und beiden rheumatologischen Gutachtenspersonen fiel auf, dass die Druckschmerzen, welche die Beschwerdeführerin schilderte, einen diffusen, wechselnden und inkonstanten Charakter hätten und teilweise erst mit Verspätung angegeben würden (vgl. Urk. 2/6 S. 4 = Urk. 6/13 S. 4, Urk. 30/29

S. 3). Dementsprechend gelangten sowohl Dr. M als auch Dr. T in Übereinstimmung mit Dr. H zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht nicht wesentlich in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei (Urk. 2/6 S. 8 = Urk. 6/13 S. 8, Urk. 30/29 S. 3 f.). Dabei betonte Dr. M, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von einer psychischen Problematik herrühre, die er als schwere Depression mit Beteiligung des Bewegungsapparates einstufte (vgl. Urk. 2/6 S. 7 f. = Urk. 6/13 S. 7 f.), währenddem Dr. T die Beurteilung einer allfälligen psychischen Problematik in das Gebiet einer psychiatrischen Fachperson verwies und nur festhielt, dass 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 Zürcher Höhenklinik Davos 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. H, Dr. M und Dr. T die Sichtweise von Dr. R und von Dr. S 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 P 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. M habe die durch ein organisches Substrat nicht erklärbaren Schmerzen immerhin der rheumatologischen Diagnose einer Fibromyalgie zugeordnet (vgl. Urk. 1 S. 6). Denn Dr. M hielt zwar tatsächlich fest, es fänden sich generalisierte periartikuläre Druckdolenzen 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. T

konnte später die periartikulären Druckpunkte nicht mehr feststellen (vgl. Urk. 30/29 S. 3).

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. V 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. V 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. R vom 31. Januar 2005 (Urk. 2/10 = Urk. 6/15) und im Bericht von Dr. F im Bericht vom 14. März 2005 (Urk. 30/14 S. 6). Das Vorliegen eines depressiven Zustandsbildes fiel des Weiteren auch Dr. S (vgl. Urk. 30/16 S. 1 und S. 2), den Ärzten der Zürcher Höhenklinik Wald (vgl. Urk. 30/16 S. 6 f., S. 9 und S. 11) und vor allem wiederum Dr. M auf (Urk. 2/6 S. 4 und S. 7 = Urk. 6/13 S. 4 und S. 7). Dr. Fa 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 und S. 14), und Dr. med. Sa, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in einem Bericht vom 15. September 2006, den die Klägerin im Prozess Nr. IV.2006.00654 hatte einreichen lassen (Urk. 47), eine mittelgradige bis schwergradige depressive Störung (ICD-10 Code F32.11 und F32.2). Die Klinik Gais schliesslich bestätigte im Austrittsbericht vom 19. Februar 2007 sowohl die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode von Dr. Sa als auch - im Sinne eines Verdachts - die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung von Dr. Fa (Urk. 40 S. 1 und S. 2).
- 4.4.2 Damit ist das Vorhandensein einer psychischen Beeinträchtigung, die bis in die Zeit vor dem Jahr 2004 zurückreicht, als solches unbestritten. Sodann fällt die Diagnose einer Depression ohne weiteres unter die "psychischen" beziehungsweise "psychosomatischen" Krankheiten im oben definierten Sinne von Art. 4.1.10 AVB. Das Gleiche gilt vorliegendenfalls aber auch für die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Sie wird in ICD-10 Code F45.4

definiert als "andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann". Da die körperlichen Befunde der Klägerin nach dem Gesagten im Herbst 2004 kaum mehr an den geklagten Schmerzen beteiligt waren und damit ab dann nicht einmal mehr als relevante Teilursache eingestuft werden können, muss die diagnostizierte Schmerzstörung ebenfalls als Erkrankung qualifiziert werden, die kein körperliches Substrat aufweist und somit unter die Ausschlussbestimmung in Art. 4.1.10 AVB zu subsumieren ist. Ob es diese Bestimmung im Sinne der Sichtweise der Beklagten auch erlauben würde, bei einem Zusammenwirken von körperlichen Befunden und einer psychischen Problematik die psychische Problematik von der Leistungspflicht auszunehmen (vgl. Urk. 5 S. 6, Urk. 37 S. 4 f.) - was aufgrund der vorstehend vorgenommenen restriktiven Auslegung als fraglich erscheint - kann daher offen bleiben.

4.5 Damit hat die Beklagte ihre Taggeldleistungen per Ende Dezember 2004, also nach eher mehr als den 60 Tagen, auf welche die Leistungspflicht in 1.4 ZVB P begrenzt ist, zu Recht eingestellt. Dass aufgrund der vorhandenen Unterlagen, wie im Urteil des Prozesses Nr. IV.2006.00654 festgehalten wird, die Auswirkungen der vorhandenen psychischen Problematik auf die Arbeitsfähigkeit der Klägerin noch nicht abschliessend feststehen, weshalb die SVA, IV-Stelle, diesbezüglich mit jenem Urteil zu einer nochmaligen psychiatrischen Begutachtung der Klägerin verpflichtet wird, ändert an der vorliegend fehlenden Leistungspflicht der Beklagten nichts. Denn anders als die Klägerin dies in der Stellungnahme vom 5. September 2006 ausführen liess (vgl. Urk. 33), würde am fehlenden organischen Substrat der geklagten Schmerzen nichts ändern, wenn die Klägerin entsprechend der Auffassung von Dr. Fa (vgl. Urk. 30/32 S. 14) auch aus psychiatrischer Sicht höchstens zu 20 % eingeschränkt in ihrer Leistungsfähigkeit wäre.

5. Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Klage. Auf die Überlegungen der Beklagten zum fehlenden Anspruch auf Taggelder bei fehlendem Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 5 S. 8 f., Urk. 17 S. 3) braucht damit nicht mehr eingegangen zu werden.
- 6.
- 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 höchstgerichtlichen 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
- Y Versicherung 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).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

Die Vorsitzende

Die Gerichtssekretärin

Grünig

Kobel

EM/KB/KE

versandt

20. Juni 2007