



L Kammer

Sozialversicherungsrichterin Grünig als Einzelrichterin  
Gerichtssekretärin Tanner Imfeld

## Urteil vom 30. November 2006

in Sachen

X

Klägerin

gegen

**Y Versicherung AG**

Beklagte

### Sachverhalt:

#### 1.

- 11 Am 14. Januar 2001 hatte X beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Klage gegen die damalige Y-Versicherung erhoben (Verfahren KK.2001.00002). Dabei beantragte sie den Weiterbestand der von der Y-Versicherung rückwirkend aufgehobenen Zusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), die teilweise Kostenübernahme des Abonnements für das Krafttraining in den Jahren 1996 und 1997 im

Betrag von je Fr. 200.--, die Entschädigung der ärztlichen Verordnungen des Rückentrainings von Dr. med. J sowie die Zusprache einer angemessenen Umtriebsentschädigung. Die Y-Versicherung anerkannte die Klage insoweit, als auch nach dem 29. Februar 2000 vom Fortbestand der Y-Standardversicherung (AVB-Ausgabe 01.1997; Krankheit und Unfall), der Alternativversicherung (AVB-Ausgabe 01.1997; Krankheit und Unfall), der Notfallversicherung (AVB-Ausgabe 01.1997; Krankheit und Unfall) und der Kur- und Pflegeversicherung (AVB-Ausgabe 01.1997; Krankheit und Unfall) auszugehen war. Insoweit schrieb das Sozialversicherungsgericht das Verfahren als durch Anerkennung erledigt ab. Im weitergehenden Umfang wies das Sozialversicherungsgericht die Klage mit in Rechtskraft erwachsenem Entscheid ab und sprach der Versicherten eine reduzierte Prozessentschädigung zu (Beschluss und Urteil vom 11. Juli 2003, Sachverhalt Ziffern 1 und 2, Erw. 1.1 und Dispositiv).

- 1.2 In der Folge machte die Versicherte vergangene Leistungsansprüche geltend und die Y forderte die seit dem 1. März 2000 rückständigen Prämien der Versicherungen ein (vgl. Urk. 2/79, 2/76, 2/75, 2/46, 2/41, 2/21). Die Y Versicherung AG sowie die Y-Krankenversicherung AG als obligatorische Krankenpflegeversicherung rechneten über die Leistungsansprüche ab und ermittelten und erstatteten einen Betrag von Fr. 224.45 (vgl. Urk. 2/76, 2/75, 2/74, 2/53, 2/9, 2/8). Im Zusammenhang mit den rückwirkend eingeforderten Prämien sowie der Leistungsabrechnung über vergangene und laufende Leistungsansprüche kam es wiederum zu einer intensiven Korrespondenz zwischen der Versicherten und der Y (vgl. Urk. 2/1-81). Am 19. Februar 2004 mahnte die Y die Prämien von März 2000 bis November 2003 im Gesamtbetrag von Fr. 2'327.40 und drohte für den Fall der Nichtbezahlung innert 14 Tagen den Ausschluss aus den Versicherungen an (Urk. 2/21). Am 29. Februar 2004 und 2. Februar (richtig: März) 2004 wandte sich die Versicherte deshalb mit einer dringenden Beschwerde an des Eidgenössische Versicherungsgericht (Urk. 4, 5/1-60 und 6/1-14), welches diese Eingaben mit Schreiben vom 4. März 2004 an das Sozialversicherungsgericht überwies. Die Gemeinde Zumikon schoss in der Folge die rückständigen Prämien der Ergänzungsversicherungen der Y Versicherung AG vor (vgl. Urk. 6/2, 2/7).

2.

- 21 Mit Eingabe vom 8. März 2004 erhob X zusätzlich direkt beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Klage und Beschwerde gegen die Y Versicherung AG und die Y Krankenversicherung AG (Urk. 1).

Das Sozialversicherungsgericht legte aufgrund der Eingabe vom 8. März 2004 das vorliegende Klageverfahren KK.2004.00005 sowie das Beschwerdeverfahren KV.2004.00026 an. Das Beschwerdeverfahren wurde vom Sozialversicherungsgericht mit einem Nichteintretensbeschluss vom 31. März 2004 erledigt. Das Eidgenössische Versicherungsgericht trat auf die erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit Urteil vom 8. Februar 2005 nicht ein (K 60/04).

2.2 Mit Verfügung vom 29. März 2004 forderte das Sozialversicherungsgericht die Versicherte auf, genau (soweit möglich betragsmässig genau) anzugeben, welche Entscheidung im vorliegenden Klageverfahren beantragt werde, sowie darzulegen, aus welchen Gründen dieser Entscheid beantragt werde (Urk. 10). Die Versicherte liess dem Gericht die als Korrektur zur Klage vom 24. März 2004 bezeichnete Eingabe vom 7. April 2004 zukommen (Urk. 14; vgl. auch Urk. 21). Mit Verfügung vom 29. November 2004 forderte das Gericht die Y auf, vor der beabsichtigten Verhandlung die Leistungsabrechnungen und die weiteren Akten einzureichen, die im Zusammenhang mit der von der Klägerin am 19. September 2003 verlangten Erstattung von Leistungen im Betrag von Fr. 3'183.75 beziehungsweise Fr. 3'408.20 stünden (Urk. 26; vgl. Urk. 28 und 29/1-11). Anlässlich der am 26. Januar 2005 durchgeführten Referentenaudienz und Vergleichsverhandlung präziserte die Versicherte die Klagebegehren wie folgt (vgl. Protokoll S. 5 ff. und Verfügung vom 15. Februar 2005, Urk. 50):

"Die Beklagte sei zur Zahlung einer Umtriebsentschädigung von Fr. 150.-- sowie zur Zahlung von Fr. 3'183.75 zu verpflichten."

Innert mit Verfügung vom 15. Februar 2005 angesetzter beziehungsweise mit Verfügung vom 19. Mai 2005 (Urk. 50 und 57) wiederhergestellter Frist begründete die Versicherte mit Eingabe vom 20. Juni 2005 die geltend gemachte Forderung von Fr. 3'183.75 (Urk. 60 S. 5, 6 und 7; Urk. 61/79 bis 61/110). Die Y äusserte sich dazu auf Aufforderung vom 5. Juli 2005 mit Eingabe vom 8. November 2005 (Urk. 63, 70 und 71/1-7; vgl. auch Urk. 73 und 74/1-6). Am 9. März (richtig: 24. Mai) 2006 nahm die Versicherte dazu und zu den von der Y eingereichten Unterlagen auf entsprechende Aufforderung hin nochmals Stellung (Urk. 77). Im August 2006 forderte das Sozialversicherungsgericht die Y zur Nachreichung weiterer Unterlagen auf (vgl. Urk. 78 bis 82), welche das Gericht der Klägerin wiederum zur Kenntnis gab (vgl. Urk. 83 und 85).

## Die Einzelrichterin zieht in

### Erwägung: 1.

- 11 Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Klage in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).
- 1.2 Im vorliegenden Klageverfahren sind Leistungen der von der Klägerin bei der Beklagten abgeschlossenen Y-Standardversicherung, der Alternativversicherung, der Kur- und Pflegeversicherung und der Notfallversicherung zu prüfen, bei welchen es sich um Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung im Sinne von Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) handelt, welche dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) unterstehen.
- 1.3 Nach Art. 47 Abs. 2 (in Kraft bis 31. Dezember 2005) beziehungsweise Art. 85 Abs. 2 (in Kraft seit 1. Januar 2006) des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) sehen die Kantone für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG ein einfaches und rasches Verfahren vor, in dem der Richter den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt.
- 1.4 Vorbehältlich der im VVG enthaltenen zwingenden und halbzwingenden Bestimmungen richtet sich das Vertragsverhältnis nach den konkreten Abmachungen der Parteien und den für anwendbar erklärten allgemeinen Versicherungsbedingungen (vgl. Art. 3 VVG; Stoessel und Fuhrer, in: Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel 2001, S. 12 N 34 f., S. 76 N 6 ff. und S. 474 N 39; Entscheid des Schweizerischen Bundesgerichtes in Sachen Z. vom 3. Juli 2001, 5C.41/2001, Erw. 2b/bb).
- 1.5 Die allgemeinen Versicherungsbedingungen sind grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen. So erfolgt denn auch bei den allgemeinen Versicherungsbedingungen die Ermittlung des mutmasslichen Parteiwillens nach dem Vertrauensgrundsatz. 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. Schliesslich und subsidiär müssen mehrdeutige Klauseln nach der Unklarheitsregel gegen den Versicherer als deren Verfasser ausgelegt werden (BGE 122 III 121 Erw. 2a mit Hinweisen). Bei juristischen Fachausdrücken oder Begriffen, die in der Rechtssprache eine festumrissene Bedeutung

haben, gilt vermutungsweise der fachtechnische Sinn, wobei aber auch der Vertragszweck zu berücksichtigen ist (vgl. Stoessel, a.a.O., S. 25 Rz 24). Bei der Interpretation breit angelegter Vertragsbestimmungen muss der systematischen Auslegung zudem erhebliches Gewicht beigemessen werden (BGE 122 III 122 Erw. 2b; vgl. auch Stoessel, a.a.O., S. 25 ff. Rz 23 ff.).

## 2.

### 2.1

2.1.1 Die Klägerin begründete in der Eingabe vom 20. Juni 2005 die geltend gemachte Forderung von Fr. 3'183.75 und listete die ausstehenden Ansprüche auf (Urk. 60 S. 5, 6 und 7). Dabei führte sie auch Ansprüche auf, die vor dem 1. Januar 1997 entstanden sind (vgl. Urk. 60 S. 7).

Dies betrifft folgende Beträge:

Rückentraining 1996	Fr. 490.--
Rückentraining 1995	Fr. 245.--
Rückenschule 1992	Fr. 165.--
Forderungen gemäss Brief vom 17.2.1997 an Y (vgl. Urk. 61/112-117)	Fr. 3'324.90

2.1.2 Die von den anerkannten Krankenkassen betriebene soziale Krankenversicherung unterstand bis zum 31. Dezember 1995 als Ganzes den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KUVG), und zwar ohne Unterscheidung zwischen den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestleistungen und den diese übersteigenden Zusatzversicherungen im Sinne von Art. 3 Abs. 5 KUVG. Ansprüche aus der gesetzlichen Mindestversicherung wie auch solche aus Zusatzversicherungen waren einheitlich im Verfahren nach Art. 30 ff. KUVG zu beurteilen. Die Krankenkassen hatten über streitige Ansprüche weiterziehbare Verfügungen zu erlassen (vgl. Art. 30 KUVG; RKUV 1998 Nr. KV 37 S. 316 Erw. 3c/aa).

Mit dem auf den 1. Januar 1996 in Kraft getretenen KVG ist demgegenüber eine Zweiteilung des anwendbaren Verfahrensrechts und der Rechtswege für den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einerseits und denjenigen der Zusatzversicherungen andererseits eingeführt worden. Während im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung das KVG den Versicherern nach wie vor eine Verfügungspflicht auferlegt, sind die Ansprüche aus den Zusatzversicherungen neu privatrechtlicher Natur und im Verfahren gemäss Art. 47 VAG (heute: Art. 85 VAG) geltend zu machen (vgl. RKUV 1998 KV Nr. 37

S. 317 Erw. 3c/bb). Das KVG sieht in übergangsrechtlicher Hinsicht zudem vor, dass die Bestimmungen der Krankenkassen über Leistungen bei Krankenpflege, die über den Leistungsumfang nach Art. 34 Abs. 1 KVG hinausgehen, innert eines Jahres nach Inkrafttreten des Gesetzes dem neuen Recht anzupassen sind. Bis zur Anpassung richten sich Rechte und Pflichten der Versicherten nach dem bisherigen Recht (Art. 102 Abs. 2 Satz 1 und 2 KVG).

Forderungen und Ansprüche, die ausschliesslich während der Geltungsdauer des alten Rechts entstanden sind, sind nach der Rechtsprechung weiterhin nach dem Verfahrensrecht des KUVG zu beurteilen (vgl. RKUV 1998 KV Nr. 37 S. 318 f. Erw. 3d). Dies gilt nach Art. 102 Abs. 2 Satz 1 und 2 KVG grundsätzlich auch für Ansprüche, die bis zur Anpassung der Bestimmungen über weitergehende Leistungen an das neue Recht entstanden sind.

2.1.3 Die von der Klägerin geltend gemachten, die Zeit vor dem 1. Januar 1996 betreffenden, unter der Herrschaft des KUVG entstandenen Ansprüche können nicht im vorliegenden zivilrechtlichen Verfahren geltend gemacht werden (Urk. 60 S. 7). Dasselbe gilt auch für jegliche Ansprüche, die zwischen 1. Januar und 31. Dezember 1996 entstanden sind. Per 1. Januar 1997 hatte die Beklagte ihre Zusatzversicherungen dem neuen Recht angepasst (vgl. Art. 102 Abs. 2 KVG). Die Beklagte hat damit grundsätzlich für alle vor dem 1. Januar 1997 entstandenen Ansprüche das Verfügungsverfahren durchzuführen. Auf die Klage ist insoweit, als damit Ansprüche der Zeit vor dem 1. Januar 1997 geltend gemacht werden, nicht einzutreten.

2.2 Auf die Klage ist auch insoweit nicht einzutreten, als Ansprüche, die bereits einmal rechtskräftig gerichtlich beurteilt worden sind, geltend gemacht werden. Dies betrifft den Kostenbeitrag für das Abonnement des Krafttrainings des Jahres 1997 (nun aufgeführt mit dem vollen Betrag von Fr. 490.--) und die vollständige Kostenerstattung der Honorarrechnung von Dr. med. L vom 6. September bis 5. Oktober 1999 im Umfang von Fr. 72.-- (vgl. Urk. 60 S. 7, 61/124 und 61/125; Beschluss und Urteil vom 11. Juli 2003 im Verfahren KK.2001.00002, Erw. 2 und 3; Vogel/Spühler, Grundriss des Zivilprozessrechts, 7. Auflage, Bern 2001, S. 203 und 206).

3.

31 Die Klägerin beantragt auch für die Jahre 1999, 2000 und 2001, es seien ihr die Kosten für das Abonnement im Fitnesscenter zu entschädigen (Urk. 60 S. 5, 6 und 7).

Nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen fair die Y-Standardversicherung und die Alternativversicherung ist das Gesundheitskonto nur in Kombination der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Y mit einer Y-Heilungskostenversicherung nach VVG, ausgenommen die Zahnpflegeversicherung, gültig. Das Gesundheitskonto umfasst eine Beteiligung der Y an den Kosten für individuelle Präventionsmassnahmen. Die Liste der aktuellen Leistungen wird in der Kundenzeitung publiziert (vgl. Urk. 71/2/1 S. 3 Art. 18 und Urk. 71/2/2 S. 4 Art. 19).

Bis 31. Dezember 1999 bestand aus dem Gesundheitskonto Anspruch auf einen Beitrag an das Krafttraining in Y-anerkannten Fitnesszentren (vgl. Beschluss und Urteil im Verfahren KK.2001.00002, Erw. 3.2). Gemäss einem Schreiben an die Versicherten vom 21. September 1999 und der Mitteilung im Y-Magazin (Urk. 74/4 und 74/5) wurden ab dem 1. Januar 2000 aus dem Gesundheitskonto keine Beiträge an das Abonnement für Fitnesscenter mehr geleistet (vgl. auch die Broschüren Gesundheitskonto von 2001 und 2002 beziehungsweise die weiteren Veröffentlichungen im Y-Magazin, Urk. 74/2-3, 74/5-7). Auch die weiteren reglementarischen Bestimmungen sehen diesbezüglich keinen (weitergehenden) Kostenerstattungsanspruch vor (Urk. 71/2/1-4).

3.2 Ab dem Jahr 2000 bestand damit kein Anspruch auf einen Kostenbeitrag an das Abonnement in den Fitnesscentern mehr. Der Anspruch auf die geltend gemachten Fr. 1'070.75 für die Jahre 2000 und 2001 (Fr. 490.-- für das Jahr 2000 und Fr. 580.75 für das Jahr 2001 einschliesslich Verlängerung, Urk. 60 S. 6) ist daher abzuweisen.

Was den ebenfalls geltend gemachten Beitrag für das Jahr 1999 betrifft (vgl. Urk. 60 S. 5 und 7; Fr. 490.-- zuzüglich 2 x Fr. 15.-- = Fr. 520.--) hat die Beklagte die Leistung des geschuldeten Kostenbeitrages von Fr. 200.-- belegt (vgl. Urk. 2/69, 80/2; Beschluss und Urteil vom 11. Juli 2003 im Verfahren KK.2001.00002, Erw. 2 und 3.2). Die Klägerin verlangt für die erfolgten Zahlungen der Beklagten zwar generell weitergehende Beweise (vgl. Urk. 77 S. 5 und 85). Die Einholung weiterer Beweise drängt sich indes nicht auf, da seitens der Klägerin weder geltend gemacht noch belegt wird, dass im massgeblichen Zeitpunkt im Dezember 1999 kein entsprechender Zahlungseingang der Beklagten erfolgt ist. Der (weitergehende) Anspruch für das Jahr 1999 von Fr. 520.-- ist daher ebenfalls abzuweisen.

4.

4.1 Die Klägerin begründete ihre Forderung von Fr. 3'183.75 mit zahlreichen weiteren rückvergütungspflichtigen Leistungsansprüchen (Urk. 60 S. 5, 6 und 7; 61/79-110). Die Beklagte hat diese Belege geprüft und über ihre Leistungspflicht abgerechnet (vgl. Urk. 71/7, 29/6/1-22, 29/8, 29/10/1 bis Urk. 29/10/23).

4.2 Gewisse Leistungen gemäss der von der Klägerin eingereichten Aufstellung vom 20. Juni 2005 wurden anerkannt und unter Abzug von Franchise und Selbstbehalten vergütet (vgl. insbesondere Urk. 29/6/5, 29/6/6, 29/6/7, 29/6/10, 29/6/14 sowie Leistungsabrechnungen vom 21. Oktober 2003 [Urk. 29/10/1 bis 29/10/231]). Die Klägerin macht keine konkreten Einwendungen gegen die einzelnen Abrechnungen geltend (vgl. Urk. 77). Sie bestreitet zudem nicht, den aufgrund der Leistungsabrechnungen vom 21. Oktober 2003 (Urk. 29/10/1 bis 29/10/23) resultierenden Gesamtbetrag von Fr. 224.45 erhalten zu haben (nach den Angaben der Klägerin S-Abrechnung vom 24. Oktober 2003 Nr. XXX, Urk. 2/76). Auch bezüglich der früheren oder späteren Abrechnungen wird nicht konkret geltend gemacht, die festgestellten Guthaben seien nicht zur Auszahlung gelangt (vgl. Urk. 29/11; vgl. aber Urk. 77 S. 5). Insoweit bezüglich der nachfolgend aufgezählten grundsätzlich anerkannten Leistungen eine nochmalige oder weitergehende Erstattung aus den Zusatzversicherungen verlangt wird, ist die Klage der Klägerin abzuweisen.

Geprüfte und anerkannte Leistungen (*kursiv geschrieben sind Leistungen, die vergütet worden sind, die aber von der Klägerin nicht ausdrücklich aufgeführt wurden*):

Jahr 2003

- Otrivin Nasentropfen/3.5.03 (Urk. 29/10/23, 61/82 =29/6/20)

**Jahr 2002**

- Voltaren Emulgel/20.11.02 (Urk. 29/10/14, 61/88 =29/6/15)

- *Drosana Femicin Filmtab./17.7.02* (Urk. 29/10/15, 61/89= 29/6/16)

- *Canesten Crème/7.11.02* (Urk. 29/10/16, 61/89= 29/6/16)

- *Alcacyl Tabletten/4.11.02* (Urk. 29/10/17, 61/90= 29/6/17)

- *Magnesiocard/18.10.02* (Urk. 61/87 = 29/6/14)

- Drosana Femicin Filmtab./3.4.02 (Urk. 29/10/19, 61/91 =29/6/18)

- Drosana Femicin Filmtab./15.5.02 (Urk. 29/10/20, 61/91 =29/6/18)

- Echinaforce Tropfen/25.2.02- (Urk. 29/10/21, 61/91 =29/6/18)

Otrivin/ 14.2.02 (Urk. 29/10/22, 61/91 =29/6/18)

- Imodium/5.12.01	(Urk. 29/10/6, 61/95 = 29/6/11)
- Otrivin/6.11.01	(Urk. 29/10/7, 61/95 = 29/6/11)
- Schlaftee Drogerie R/21.2.01	(Urk. 29/10/8, 61/95 = 29/6/11)
- Otrivin/10.3.01	(Urk. 29/10/9, 61/95 = 29/6/11)
- Alcacyl/6.9.01	(Urk. 29/10/10, 61/96 = 29/6/12)
- Merfenlösung/25.6.01	(Urk. 29/10/11, 61/96 = 29/6/12)
- <i>Magistralrezepturen/5.10.01</i>	(Urk. 29/10/12, 61/96 = 29/6/12)
- Hansaplast/21.4.01	(Urk. 29/10/13, 61/97 = 29/6/13)

---

 Jahr 2000

- Jarsin/22.5.00	(Urk. 61/99 = 29/6/6)
- Jarsin/ 19.7.00	(Urk. 29/10/4, 61/99 = 29/6/6)
- Zinat/ 18.3.00	(Urk. 61/100 bzw. 101 = 29/6/7)
- <i>Sidroga Tee/ 13.5.00</i>	(Urk. 29/10/5, 61/103 = 29/6/9)
- Zinat/7.3.00	(Urk. 29/10/1, Urk. 61/104 = 29/6/4)
- Rhinomer/28.3.00	(Urk. 61/105 = 29/6/5, 71/7 S. 2)
- Otrivin/6.3.00 (Verordnung Dr. G)	(Urk. 29/10/3, 61/105 = 29/6/5)
- Neocitran/4.3.00 (Ver. Dr. G)	(Urk. 29/10/2, 61/104/5 = 29/6/4)
- Zinat/7.3.00 (Ver. Dr. G)	(Urk. 29/10/1, 61/104/5 = 29/6/4)
- Jarsin/28.3.00 und 9.2.00	(Urk. 61/106 = 29/6/10)

## 5.

## 5.1 Strittig sind noch folgende Leistungen:

Jahr 2003	(Urk. 60 S. 5, 61/82, 71/7 S. 1)
- Similasan Troubles de la menopause	(Urk. 60 S. 5, 61/81, 71/7 S. 1)
- Tian Q-I-Ginseng	(Urk. 60 S. 5, 61/82 = 29/6/20)
- chinesischer Gesundheitstest	(Urk. 60 S. 5, 61/82 = 29/6/20).
- Berocca Brausetabl./3.5.03	

## Jahr 2002

- Ginseng, Ginsana Tab.	(Urk. 60 S. 5, 61/91 = 29/6/18)
- 2. Canesten Crème/7.11.02	(Urk.60 S. 5, 61/89 = 29/6/16)
- Rechnung Dr. med. dent. N/20.4.02	(Urk. 60 S. 5, 61/85),
- Rückentraining/Rückenschwimmen/6.5.02	(Urk. 60 S. 5, 61/86 = 29/8),
- Silikon-Schuheinlagen/ 17.12.02	(Urk. 60 S. 5, 61/84 = 29/6/3),
- Nackenkissen/25.9.02	(Urk. 60 S. 5, 61/83 = 29/6/2)
- Theraband/30.9.02	(Urk. 60 S. 5, 61/83 = 29/6/2)

- Ohropax/25.9.02 (Urk. 60 S. 5, 61/89 = 29/6/16)
- Supradyn Brausetabl./17.7.02 (Urk. 60 S. 5, 61/89, 29/10/15)
- Lactacyd Derma Waschem./4.11.02 (Urk. 60 S. 5, 61/90, 29/10/17)
- Berocca Brausetabletten (Urk. 60 S. 5, 61/90 = 29/6/17)
- Emsersalz/Sangeol Lutschtab. (Urk. 60 S. 6, 61/91, 29/10/22)
- Rechnung Drogerie W AG/5.3.02 (Urk. 60 S. 6, 61/91 = 29/6/18) 21.
- R Drogerie Zumikon/16.7.02 (richtig: 2.02; Urk. 60 S. 6, 61/91 = 29/6/18)
- Mebucaine F Lutschtabletten/24.1.02 (Urk. 60 S. 6, 61/92 = 29/6/19)

#### Jahr 2001

- Zinksalbe (Urk. 60 S. 6, 61/95 = 29/6/11)
- Wala Salbeipastillen/21.6.01 (Urk. 60 S. 6, 61/96 = 29/6/12)
- Ohropax/11.6.01 (Urk. 60 S. 6, 61/96 = 29/6/12)
- Spitzwegerich Hustenbonbon/26.9.01 (Urk. 60 S. 6, 61/97 = 29/6/13)
- Blackcurrant/ 10.9.01 (Urk. 60 S. 6, 61/97 = 29/6/13)

#### Jahr 2000

- Similasan gegen Allergien (Urk. 60 S. 6, 61/99, 71/7 S. 2)
- Bentasil Blau (Urk.60 S. 6, 61/102 = 29/6/22)
- Hornhautlösungspflaster/24.1.00 (Urk.60 S. 6, 61/102 = 29/6/22)
- Ohropax/25.1.00 (Urk.60 S. 6, 61/102 = 29/6/22)
- Jarsin (ohne Quittung) (Urk. 60 S. 6, 71/7 S. 2)
- Combivit Vitamintabl./6.3.00 (Urk. 60 S. 6, 61/103 = 29/6/9)
- Berocca Brausetabl./13.5.00 (Urk. 60 S. 6, 61/103, 29/10/5)
- Supradyn Brausetab./ 1.2.00 (Urk. 60 S. 6, 61/104 = 29/6/4)
- Berocca Brausetab./4.3.00 (Urk. 60 S. 6, 61/104 = 29/6/4)
- Berocca Brausetab./4.3.00 (Urk. 60 S. 6, 61/105 = 29/6/5)
- Mebucaine F/28.3.00 (Urk. 60 S. 6, 61/105 = 71/7 S. 2)
- Berocca (Verordnung Dr. G) (Urk. 60 S. 7, 61/105, 29/10/3)
- Hextril/6.3.00 (Ver. Dr. G)
- Mebucaine F/6.3.00 (Ver. Dr. G) (Urk. 60 S. 7, 61/105 = 29/6/5)
- Supradyn (Ver. Dr. G) (Urk. 60 S. 7, 61/105 = 29/6/5)
- Teebaumöl (Urk. 60 S. 7, 29/6/21)

## 5,2

5.2.1 Nachfolgend ist zuerst die Leistungspflicht für die angeführten Arzneimittel zu prüfen.

Nach Art. 11 der massgeblichen AVB der Alternativversicherung werden 80 der versicherten Kosten für nach den Methoden der Erfahrungsmedizin durch-

geführte ambulante oder stationäre Behandlungen, soweit sie der Behandlung einer Krankheit oder von Unfallfolgen dienen, von einem Arzt, Naturarzt oder einem von der Y anerkannten Therapeuten durchgeführt werden, bezahlt (Urk. 71/2/1).

Gemäss den Bestimmungen über die Y-Standardversicherung werden ärztlich verordnete wissenschaftlich anerkannte Medikamente, ausgenommen Medikamente der "Liste der pharmazeutischen Präparate zu Lasten der Versicherten" bezahlt (Urk. 71/2/2 S. 3 Art. 13.1 lit. b; vgl. Urk. 80/1). Unter die "Liste der pharmazeutischen Präparate zu Lasten der Versicherten" (LPPV) fallen neben den in der Liste ausdrücklich aufgeführten Produkten namentlich alle Produkte der Swissmedic-Liste E (frei verkäuflich in allen Geschäften), Präparate, die der Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens dienen (Definition nach Ermessen des Versicherers), Magistralrezepturen, die nach Indikation und Wirkstoff einem Präparat der LPPV entsprechen, Kosmetika (d.h. Mittel, die zur Reinigung, Pflege, zum Parfümieren, Färben der Haut, des Haares, der Lippen, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle, zur Haftverbesserung und Pflege von Zahnprothesen oder zum Haut- oder Lichtschutz dienen) sowie weitere Präparate (Nährmittel, Diätetika, künstliche Süsstoffe, Genussmittel, Mineralwasser; Functional Food, Mischnährpräparate, Ergänzungs- und Zusatzdiäten; kochsalzarme, kalorienarme und Diabetiker Diäten; Hypoallergene Präparate, Milchpräparate, Kindernährmittel; Nahrungsergänzungen; Trink- und Sondernahrungen mit Ausnahme der Produkte, die ausschliesslich der Sonderernährung dienen [2.1 Anhang 1 KLV] und ausgenommen die orale Ernährung [Trinknahrung] bei schweren Leiden, deren Vergütung sich nach den jeweiligen Zusatzversicherungs-Bestimmungen oder allfälliger Verträge der Krankenversicherer richtet; vgl. Urk. 82 und [www.lppv.ch](http://www.lppv.ch) "Informationen"; vgl. auch die vom Sozialversicherungsgericht gerichtsintern beigezogenen Auszüge früherer Fassungen der LPPV, Urk. 87/1-3).

### 5.2.2

- Bei Similasan Troubles de la menopause beziehungsweise Wechseljahrbeschwerden (beziehungsweise heute: Similasan Menosim; vgl. Arzneimittel Statistik der Swissmedic, Swissmedic Journal 7/2004 S. 729) handelt es sich um ein homöopathisches Arzneimittel der Abgabekategorie D (verkäuflich in Apotheken und Drogerien). Dieses Präparat (vgl. Urk. 61/82) war nicht Bestandteil einer alternativ-medizinischen Behandlung durch einen Arzt, Naturarzt oder Therapeuten, weshalb für die Fr. 15.90 weder aus der Alternativversicherung noch aus der Y-Standardversicherung eine Leistungspflicht der Beklagten besteht (AVB zur Alternativversicherung, Urk. 71/2/1

S. 2 Art. 11 und AVB zur Y-Standardversicherung, Urk. 71/2/2 S. 3 Art. 13.1 lit. b). Ob dieses Medikament tatsächlich auf einer Negativliste aufgeführt ist, wie dies die Beklagte geltend macht, kann deshalb offenbleiben. In der aktuellen LPPV-Liste ist dieses Medikament jedenfalls nicht enthalten (vgl. Urk. 71/7 S. 1, 80/1; vgl. demgegenüber noch Urk. 87/3).

- Das im C Supermarkt erstandene Ginseng Präparat ist offenbar generell frei verkäuflich und fällt damit unter die Swissmedic-Liste E, weshalb für die Fr. 7.90 keine Leistungspflicht der Beklagten besteht (vgl. Urk. 61/81 und Urk. 82). Soweit weiter für am 16. Juli 2002 erstandene Ginsana Tabletten, ein Präparat der LPPV-Liste, Fr. 9.80 geltend gemacht werden, ist die Klage ebenfalls abzuweisen (vgl. Urk. 80/1 S. 5 und 87/1).
- Für Berocca Brausetabletten besteht nach der LPPV-Liste keine Leistungspflicht (vgl. Urk. 80/1 S. 2, 87/1-3). Die Klage auf Entschädigung von Fr. 13.55, Fr. 16.95, Fr. 17.65 und Fr. 11.80 ist abzuweisen.
- Der Bezug einer zweiten Canesten Crème im Betrag von Fr. 15.30 (richtig: Fr. 12.95) am 7. November 2002 ist nicht belegt. Es wurde lediglich eine Kopie zweier vollkommen identischer Kassenbon eingereicht (vgl. Urk. 61/89 und 29/6/16). Insoweit ist die Klage ebenfalls abzuweisen.
- Supradyn Brausetabletten sind in der LPPV-Liste ausdrücklich aufgeführt (Urk. 80/1 S. 12, 87/1-3). Die Klage auf Entschädigung von Fr. 27.15, Fr. 11.25 und Fr. 11.95 ist abzuweisen.
- Bei der Lactacyd Derma Waschemulsion handelt es sich um ein Kosmetika zur Reinigung beziehungsweise Pflege der Haut. Insoweit besteht ebenfalls keine Entschädigungspflicht (vgl. Urk. 82 S. 3). Die Klage auf Zahlung von Fr. 19.65 (richtig: Fr. 7.95, Urk. 61/90) ist abzuweisen.
- Für Emser Salz und Sangerol Lutschtabletten besteht nach der LPPV-Liste keine Leistungspflicht (vgl. Urk. 80/1 S. 5, 87/1-2). Die Klage auf Zahlung von Fr. 13.10 ist abzuweisen (vgl. Urk. 29/10/22).
- Bei den Rechnungen der Drogerie W AG vom 5. März 2002 und der R Drogerie Zumikon vom 16. Juli 2002 (richtig: 21. Februar 2002) ist nicht ersichtlich und auch nicht dargelegt, um welche Leistungen es sich gehandelt hat (vgl. Urk. 61/91). Die Klage auf Zahlung von Fr. 4.80 und Fr. 14.60 ist deshalb abzuweisen.
- Mebucaine F Lutschtabletten sind in der LPPV-Liste ausdrücklich aufgeführt (Urk. 80/1 S. 7, 87/1-3). Die Klage auf Zahlung von Fr. 11.95, von Fr. 41.60 und von Fr. 9.80 ist abzuweisen.

- Bei der Zinksalbe handelt es sich um ein Kosmetika zur Pflege der Haut. Insoweit besteht ebenfalls keine Entschädigungspflicht für die geltend gemachten Fr. 6.-- (vgl. Urk. 82 S. 3).
- Wala Salbeipastillen sind als Arzneimittel der Kategorie E (vgl. Arzneimittel Statistik der Swissmedic, Swissmedic Journal 5/2003 S. 472) von der Leistungspflicht ausgenommen, weshalb für die Fr. 4.-- keine Leistungspflicht besteht. Im Weiteren waren sie im massgeblichen Zeitraum in der LPPV ausdrücklich aufgeführt (vgl. Urk. 87/2).
- Die von der Klägerin in der E erstandenen Spitzwegerich Hustenbonbon und Blackkurrant sind offenbar generell frei verkäuflich und fallen damit ebenfalls unter die Swissmedic-Liste E, weshalb für die Fr. 3.50 und Fr. 3.60 keine Leistungspflicht der Beklagten besteht (vgl. Urk. 61/97 und Urk. 82).
- Bei Similasan gegen Allergien handelt es sich wohl ebenfalls um ein homöopathisches Arzneimittel der Abgabekategorie D (verkäuflich in Apotheken und Drogerien). Dieses Präparat (vgl. Urk. 61/99) war nicht Bestandteil einer alternativ-medizinischen Behandlung durch einen Arzt, Naturarzt oder Therapeuten, weshalb für die Fr. 12.-- weder aus der Alternativversicherung noch aus der Y-Standardversicherung eine Leistungspflicht der Beklagten besteht (AVB zur Alternativversicherung, Urk. 71/2/1 S. 2 Art. 11 und AVB zur Y-Standardversicherung, Urk. 71/2/2 S. 3 Art. 13.1 lit. b). Ob dieses Medikament tatsächlich auf einer Negativliste aufgeführt ist, wie dies die Beklagte geltend macht, kann deshalb offenbleiben. In der aktuellen LPPV-Liste ist dieses Medikament jedenfalls nicht enthalten (vgl. Urk. 71/7 S. 2, 80/1; vgl. demgegenüber noch Urk. 87/3).
- Die im C erstandenen (vgl. Urk. 61/102) Bentasil Blau sind offenbar generell frei verkäuflich und fallen damit ebenfalls unter die Swissmedic-Liste E, weshalb für die Fr. 2.50 keine Leistungspflicht der Beklagten besteht (vgl. Urk. 82).
- Soweit Leistungen für eine weitere Packung Jarsin (bereits entschädigter Bezug von Jarsin vom 9.2.00, 28.3.00, 22.5.00 und vom 19.7.00, vgl. Erw. 4.2) verlangt werden (Urk. 60 S. 6), fehlt es am erforderlichen Beleg. Der geltend gemachte Anspruch auf Fr. 37.40 ist abzuweisen.
- Beim Hornhautlösungspflaster handelt es sich um einen Wirkstoff zur Pflege der Haut. Insoweit besteht ebenfalls keine Entschädigungspflicht (vgl. Urk. 82 S. 3). Die Klage auf Zahlung von Fr. 6.50 ist abzuweisen (vgl. Urk. 61/102).

- Die in der M erstandenen Combivit Vitamintabletten fallen als frei verkäufliches Präparat nicht unter die Leistungspflicht der Beklagten (vgl. Urk. 82 S. 2; Urk. 61/103).
- Für Hextril besteht nach der LPPV-Liste keine Leistungspflicht (vgl. Urk. 80/1 S. 6, 87/2-3). Die Klage auf Zahlung von Fr. 12.80 ist abzuweisen (vgl. Urk. 61/105).
- Das im C erstundene Teebaumöl Menthol fällt als frei verkäufliches Präparat nicht unter die Leistungspflicht der Beklagten (vgl. Urk. 82, 20/6/21). Der Anspruch auf die geltend gemachten Fr. 3.90 ist abzuweisen.

Für die angeführten Arzneimittel besteht damit keine weitergehende Entschädigungspflicht der Beklagten.

### 5.3

#### 5.3.1 Zu überprüfen bleiben die weiteren strittigen Leistungen.

Die Klägerin macht Auslagen von Fr. 20.-- für einen chinesischen Gesundheitstest geltend. Da es sich dabei nicht um eine eigentliche Behandlung durch einen Arzt, Naturarzt oder Therapeuten handelt, sondern lediglich um einen Test, besteht nach Art. 11 der AVB zur Alternativversicherung (vgl. Urk. 71/2/1 S. 2) keine Leistungspflicht. Die Klage ist insoweit abzuweisen.

5.3.2 Bei den von Dr. med. dent. S erbrachten zahnärztlichen Leistungen handelt es sich nach Art. 13.1 lit. a und i der AVB zur Y-Standardversicherung (vgl. Urk. 71/2/2) nicht um entschädigungspflichtige zahnärztliche Leistungen (vgl. Urk. 61/85). Zahnärztliche Leistungen werden im Rahmen des KVG, worauf Art. 13.1 lit. a AVB zur Y-Standardversicherung verweist, nur in Ausnahmefällen übernommen (Art. 35, 36 Abs. 1 und 3 und 31 KVG). Von der Klägerin wurden keine Umstände geltend gemacht, die die ausnahmsweise Entschädigungspflicht nach Art. 13.1 lit. a und i der anwendbaren AVB zur Y-Standardversicherung begründen könnte. Die Klage auf Zahlung von Fr. 376.20 ist abzuweisen.

5.3.3 Soweit Einzeleintritte für den Fitnesspark Stockerhof, das Schwimmbad Föhrenhof sowie die Kosten der Verpflegung geltend gemacht werden, findet sich weder in den anwendbaren AVB der Zusatzversicherungen noch im Gesundheitskonto eine Grundlage für eine Leistungspflicht (vgl. Urk. 71/2/1-4 und 74/3). Der Anspruch auf Fr. 49.50 ist abzuweisen.

5.3.4 Die Klägerin macht für verschiedene Gegenstände - Silikon-Schuheinlagen, ein Nackenkissen, ein Thera-Band (Band für ein Ganzkörpertraining) sowie für Ohropax - einen Erstattungsanspruch geltend (Urk. 60 S. 5 ff.).

Nach Art. 13.1 lit. c AVB Y-Standardversicherung werden die Hilfsmittel gemäss Liste bezahlt (Urk. 71/2/2). Weder Nackenkissen noch Thera-Bänder noch Ohropax figurieren auf dieser Liste (vgl. Urk. 80/3). Soweit damit für diese Gegenstände beziehungsweise Hilfsmittel Kosten von Fr. 158.--, Fr. 10.-- und von 3 x Fr. 7.40 geltend gemacht werden, ist die Klage abzuweisen.

Kosten von Schuheinlagen werden zu 75 % beziehungsweise maximal Fr. 150.-- pro Paar übernommen, sofern Fussprobleme bestehen (Urk. 80/3). Nach den Angaben von Dr. med. H litt die Versicherte unter Fusszonenbeschwerden rechts, weshalb sie Silikonkissen benötigte (Urk. 61/84). Da diese Kissen als Schuheinlagen somit ärztlich verordnet wurden, hat die Beklagte die Kosten im Ausmass von 75 % zu übernehmen. Die Beklagte ist somit zur Zahlung von Fr. 30.40 (75 0/ von Fr. 40.55) zu verpflichten. In diesem Umfang ist die Klage gutzuheissen.

5.3.5 Soweit die Klägerin im Übrigen den Beizug weiterer Beweismittel beantragt, ist diesem Begehren nicht stattzugeben, da davon keine entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. Urk. 85). Die Korrektheit der Franchisen und Selbstbehaltabrechnung des Jahres 2005, welche von der Klägerin aktuell beanstandet wird, kann zudem nicht im vorliegenden zivilrechtlichen Verfahren überprüft werden (vgl. Urk. 77 und 85). Auf dieses Begehren ist nicht einzutreten. Zusammenfassend ist die Klage im Umfange von Fr. 30.40 gutzuheissen.

## 6.

6.1 Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (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). Eine Partei hat in der Regel aber nur Anspruch auf eine Prozessentschädigung, wenn sie anwaltlich vertreten ist. Einer unvertretenen Partei wird lediglich ausnahmsweise eine Entschädigung zugesprochen, 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).

- 62 Angesichts dessen, dass die Klägerin lediglich in sehr geringem Umfang obsiegt, steht ihr keine Prozessentschädigung zu. Das Begehren auf Bezahlung einer Umtriebsentschädigung von Fr. 150.-- für die auch vor Einleitung der Klage angefallenen Umtriebe ist demzufolge abzuweisen (vgl. Protokoll S. 12, Urk. 61/38 ff.). Auch die Voraussetzungen zur ausnahmsweisen Zusprache einer Prozessentschädigung an die Beklagte, welche sich nicht anwaltlich vertreten liess, sind nicht erfüllt. Der ihr im Hinblick auf die im vorliegenden Verfahren strittigen Beträge erwachsene vorprozessuale und prozessuale Aufwand übersteigt das übliche Mass noch nicht (vgl. die Stellungnahmen der Beklagten vom 16. Dezember 2004 und vom 8. November 2005, Urk. 28 und 70).

#### Die Einzelrichterin erkennt:

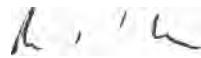
1. In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, der Klägerin Fr. 30.40 zu bezahlen. Im Mehrbetrag wird die Klage abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Es werden keine Prozessentschädigungen zugesprochen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - X unter Beilage von Kopien von Urk. 87/1-3
  - Y Versicherung AG unter Beilage von Kopien von Urk. 87/1-3
  - Bundesamt für Privatversicherungen
5. Gegen diesen Entscheid kann innert **30 Tagen** seit der Zustellung beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wegen eines der in Art. 68 Abs. 1 lit. a - e des Bundesgesetzes über die Organisation der Rechtspflege (OG) genannten Gründe

durch eine dem Art. 71 OG entsprechende Eingabe Nichtigkeitsbeschwerde an das Schweizerische Bundesgericht erhoben werden.

## **Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich**

Die Einzelrichterin

Die Gerichtssekretärin



Grünig

Tanner Imfeld

GR/TI/LR

versandt

**8 Dez. 2006**

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.