



I. Kammer

Sozialversicherungsrichterin Grünig als Einzelrichterin
Gerichtssekretärin Tanner Imfeld

Urteil vom 29. Juni 2008

in Sachen

X.

Kläger

gegen

A. **Versicherungs-Gesellschaft**

Beklagte

Sachverhalt:

1. X., geboren 1929, schloss im Jahr 1977 mit der damaligen
B. eine Krankenkassen-Zusatzversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungs-

vertrag (VVG) auf Lebenszeit ab (Urk. 12/1-3). In den Jahren 1978 und 1982/1983 wurden Vertragsanpassungen vorgenommen (Urk. 12/5-10). Rechtsnachfolgerin und aktuelle Vertragspartnerin ist nach der Übernahme der B.

durch die C. Versicherungsgesellschaft und einer Fusion mit weiteren Versicherungen die A. Versicherungs-Gesellschaft (Urk. 11 S. 4 und 12/11).

X. verfügt zudem bei der D. Kranken- und Unfallversicherung AG über eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung nach dem VVG, die ..., welche Versicherung die Kosten der von einem Arzt verordneten, in der Schweiz beim Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) registrierten, nichtkassenpflichtigen Arzneimittel teilweise entschädigt (vgl. Urk. 6/1-7, 12/14-19).

A. Versicherungs-Gesellschaft übernahm aus der bei ihr abgeschlossenen Einzel-Krankenversicherung die von der D. lediglich in einem Teilumfang entschädigten Nichtpflichtmedikamente (NPL-Produkte; vgl. Urk. 6/10). Mit Schreiben vom 24. März 2005 unterrichtete sie den Versicherten über die vorgesehene Auszahlung von Fr. 248.30 für bezogene Nichtpflichtmedikamente vom 19. Juli bis 27. Dezember 2004. Gleichzeitig teilte sie dem Versicherten mit, dass künftig an Kosten, bei denen die gesetzlichen Voraussetzungen gemäss dem KVG fehlten, keine Leistungen mehr ausgerichtet würden. Entschädigungen aus anderen Zusatzversicherungen hätten für einen Leistungsanspruch aus der Einzel-Krankenversicherung keine Gültigkeit (Urk. 6/10).

2. Mit Eingabe vom 20. Juli 2006 erhob X. beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Klage gegen A. Versicherungs-Gesellschaft und ersuchte das Sozialversicherungsgericht, A. sei anzuweisen, die im Jahr 1977 eingegangenen Verpflichtungen auch nach dem 24. März 2005 weiterhin zu erfüllen (Urk. 1). Auf entsprechende Aufforderung mit Verfügung vom 2. August 2006 hin, stellte der Versicherte am 18. August 2006 folgendes Rechtsbegehren:

A. Versicherungs-Gesellschaft sei zu verpflichten, dem Kläger den Betrag von Fr. 340.85 zu vergüten."

In der Klageantwort vom 10. Oktober 2006 schloss A. auf Klageabweisung (Urk. 11 S. 2). Mit Replik vom 9. November 2006 (Urk. 15), Duplik vom 12. Dezember 2006 (Urk. 19) und ergänzender Stellungnahme vom 4. Januar 2007 (Urk. 22) hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest. Am 5. Januar 2007 schloss das Gericht den Schriftenwechsel (Urk. 23).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.
 - 1.1 Art. 85 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG; in der ab 1. Januar 2006 gültigen Fassung; bis 31. Dezember 2005: Art. 47 Abs. 2) schreibt für das Klageverfahren bei Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) von Bundesrechts wegen ein einfaches und rasches Verfahren sowie die Untersuchungsmaxime vor. 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).
 - 1.2 Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Klage in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs.1 GSVGer).
2. Der Kläger beantragt, die von D. nur teilweise entschädigten Nichtpflichtmedikamente seien von der Beklagten gestützt auf die abgeschlossene Einzel-Krankenversicherung zu übernehmen (Urk. 6/1-7). Gestützt auf die anwendbaren Allgemeinen Versicherungsbedingungen treffe die Beklagte eine Leistungspflicht immer dann, wenn die Krankenkasse die Leistungspflicht anerkenne, ungeachtet dessen, ob die Leistung aus der Grund- oder einer Zusatzversicherung erbracht werde (Urk. 1 S. 1 f., 15 S. 2). Im Zeitpunkt des Vertragschlusses habe das KVG, das zwischen Grund- und Zusatzversicherungen unterscheide, noch nicht in Kraft gestanden. Es könne für die Leistungspflicht nicht massgeblich sein (Urk. 15 S. 2, 22 S. 2). A. beziehungsweise ihre Rechtsvorgängerinnen hätten die Sachlage denn auch während 23 Jahren so gesehen und entsprechende Leistungen erbracht (Urk. 22 S. 2).

Die Beklagte stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, einzige Leistungsvoraussetzung gemäss Vertrag sei, dass die Krankenkasse eine Leistungspflicht anerkenne. Diese Anerkennung beruhe nicht auf Gutdünken der Krankenkasse, sondern auf den gesetzlichen Bestimmungen, weshalb letztlich doch das KVG - wenn auch indirekt - massgebend sei (Urk. 11 S. 6). Wollte man die Leistung aus der Zusatzversicherung ... mit der Anerkennung einer Entschädigungspflicht durch die Krankenkasse im Sinne von Art. 2 und 4 der AVB gleichsetzen, so wären diejenigen Versicherten benachteiligt, die keine Zusatzversicherung abgeschlossen hätten. Massgebend könne somit nur sein, ob eine

gesetzliche Entschädigungspflicht der Krankenkasse bestehe (Urk. 11 S. 6, 19 S. 3). Aus dem Umstand, dass bis zum 24. März 2005 irrtümlich Leistungen erbracht worden seien, könne der Kläger nichts für sich ableiten (Urk. 19 S. 3 f.).

3.

3.1 Der Kläger bezog sich in der Klage auf die Police des Jahres 1997 und die Allgemeinen Bedingungen für die Krankenkassen-Zusatzversicherung von 1973 (AVB ZK 1973; Urk. 5, 12/2, 12/3). Aufgrund der unbestrittenen Vertragsanpassungen ist indes von der Anwendbarkeit der AVB ZK 1982 auszugehen (vgl. Urk. 12/8, 12/9, 12/10, 12/12, 12/13). Die AVB ZK 1982 wurden dem Versicherten mit dem Versicherungsantrag vom 3. Juli 1982 ausgehändigt (vgl. Urk. 12/8 S. 3) und die Police vom 3. März 1983, welche erstmals die AVB ZK 1982 für anwendbar erklärte (Urk. 12/9), wurde vom Versicherten nicht beanstandet (vgl. Art. 3 und 12 VVG; Stoessel, in: Basler Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basel 2001, Art. 3 Rz 19 und 21, S. 79 f., sowie Art. 12 Rz 6 f., S. 214). Der Kläger geht nun auch selbst davon aus, dass die AVB ZK 1982 massgeblich sind (vgl. Urk. 22 S. 2).

3.2 Zum "Umfang des Versicherungsschutzes" hält Art. 1 AVB ZK 1982 fest, die Krankenkassen-Zusatzversicherung gelte als Zusatz zu einer bestehenden Krankenpflege-Versicherung (inklusive der allfällig obligatorisch erklärten Spital-Zusatzversicherungen) bei einer vom Bunde anerkannten Krankenkasse (nachstehend Krankenkasse genannt).

Versichert sind nach Art. 2 AVB ZK 1982 sämtliche von der Krankenkasse als entschädigungspflichtig anerkannten Pflegekosten bei Krankheit (oder Unfall, sofern bei der Krankenkasse mitversichert), wie:

- ärztliche Behandlung und ärztlich verordnete Medikamente
- Aufenthalts- und Verpflegungskosten im Spital
- Operationen und Operationsnebenleistungen
- Kuraufenthalte
- besondere diagnostische, therapeutische und chiropraktische Verrichtungen
- Aufwendungen bei Hauspflege
- Schwangerschaft, Geburt und Spitalaufenthalt der Neugeborenen
- Kosten für die Behandlung des Zahnfleisches und für kieferchirurgische Eingriffe
- Kosten für Nottransporte.

Nach Art. 3 AVB ZK 1982 gilt die Versicherung in der ganzen Welt, soweit die Krankenkasse ihre Leistungspflicht dort bejaht (Urk. 12/10 beziehungsweise 12/13).

- 3.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen sind grundsätzlich nach den gleichen Regeln wie individuell verfasste Vertragsklauseln auszulegen. Zu prüfen ist vorerst, ob ein tatsächlich übereinstimmendes Verständnis der Parteien zu einer Vertragsbestimmung festgestellt werden kann (BGE 133 III 681 Erw. 3.3; Urteil des Bundesgerichtes in Sachen X. Versicherungs-Gesellschaft gegen A. vom 8. Januar 2008, 4A_442/2007, Erw. 4.1). Das Verhalten der Parteien nach Vertragsabschluss ist dabei nur insofern zu berücksichtigen, als daraus Rückschlüsse auf die Willenslage bei Vertragsabschluss zu ziehen sind (vgl. Wiegand, in: Basler Kommentar zum Obligationenrecht I, 4. Auflage, Basel 2007, Art. 18 Rz 29, S. 153 f.).

Kann kein tatsächlich übereinstimmendes Verständnis zu einer Vertragsbestimmung festgestellt werden, so erfolgt die Auslegung nach dem Vertrauensgrundsatz (BGE 133 III 681 Erw. 3.3). 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 vordrängen 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). Diese Regel ist erst bei Versagen aller übrigen Auslegungsgrundsätze heranzuziehen (BGE 122 III 124 Erw. 2d).

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., Vorb. zu Art. 1-3 Rz 24, S. 25). Bei der Interpretation breit angelegter Vertragsbestimmungen muss der systematischen Auslegung zudem erhebliches Gewicht beigemessen werden (BGE 122 III 122 Erw. 2c; vgl. auch Stoessel, a.a.O., Vorb. zu Art. 1-3 Rz 25, S. 26). Gleichwohl steht die Auslegung anhand des Wortlauts an erster Stelle. Immer dann, wenn die übrigen Auslegungselemente nicht sicher einen andern Schluss erlauben, hat es beim Wortlaut sein Bewenden (vgl. Urteil des Bundesgerichtes in Sachen K. vom 20. April 2007, 5C.21/2007, Erw. 3).

4.

- 4.1 Die Einzel-Krankenversicherung in der aktuell massgeblichen Ausgestaltung wurde im Jahr 1983 abgeschlossen. Gemäss Art. 1 AVB ZK 1982 galt und gilt sie als Zusatz zu einer bestehenden Krankenpflege-Versicherung bei einer vom Bund anerkannten Krankenkasse. Mit dieser Bestimmung wurde auf das im damaligen Zeitpunkt in Kraft gewesene Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 13. Juni 1911 (KUVG) Bezug genommen. Die Versicherung der Beklagten war eine Zusatzversicherung zu einer Krankenpflegeversicherung einer Krankenkasse, die vom Bund nach Art. 3 KUVG anerkannt wurde.

Nach Art. 1 Abs. 2 KUVG richteten sich die vom Bund anerkannten Krankenkassen, soweit das Gesetz keine entgegenstehenden Vorschriften enthielt, nach ihrem Gutfinden ein. Nach Art. 3 Abs. 5 KUVG stand es ihnen frei, neben der Kranken- und Mutterschaftsversicherung im Rahmen der vom Bund festgelegten Bedingungen und Höchstgrenzen noch andere Versicherungsarten zu betreiben. Dazu gehörten die Zusatzversicherungen, bei welchen die Krankenkassen Leistungen gewährten, die die Pflichtleistungen überstiegen, Zahnpflegeversicherungen mit verschiedenen Varianten, die Rettungs- und Transportkostenversicherung sowie die Unfallversicherung (Maurer, Bundessozialversicherungsrecht, 2. Auflage, Basel 1994, S. 255; vgl. auch Art. 14 Abs. 2 der Verordnung III über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände). Es ist davon auszugehen, dass die Kassen teilweise die Krankenpflegeversicherung nur mit zusätzlichen statutarischen Leistungen anboten (vgl. Maurer, a.a.O., S. 277 f.). Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes unterstand die von den anerkannten Krankenkassen betriebene soziale Krankenversicherung bis zum 31. Dezember 1995 als Ganzes den Bestimmungen des KUVG, und zwar ohne Unterscheidung zwischen den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestleistungen und den diese übersteigenden Zusatzversicherungen im Sinne von Art. 3 Abs. 5 KUVG (RKUV 1998 Nr. KV 37 S. 316). Von Bundes wegen bestand kein Obligatorium der Krankenversicherung (vgl. Art. 2 KUVG).

Soweit private Versicherungseinrichtungen die Krankenversicherung betrieben, unterstanden sie dem VAG sowie dem VVG (Maurer, a.a.O., S. 257).

Nach Art. 12 Abs. 1 KUVG hatten die anerkannten Krankenkassen mindestens Krankenpflege oder ein tägliches Krankengeld zu gewähren. Die meisten versicherten beide Leistungsarten (vgl. Maurer, a.a.O., S. 277). Die Leistungen bei Krankenpflege hatten nach Art. 12 Abs. 2 Ziffer 1 KUVG bei ambulanter Behandlung mindestens die ärztliche Behandlung (lit. a), die von einem Arzt

angeordneten, durch medizinische Hilfspersonen vorgenommenen wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen (lit. b), die von einem Arzt verordneten Arzneimittel (lit. c), die von einem Arzt angeordneten Analysen (lit. d) sowie die Behandlung durch einen Chiropraktor gemäss Art. 21 Abs. 4 (lit. e) zu umfassen. In verschiedenen Verordnungen des Bundesrates und des Departementes des Innern (EDI) wurden die Bestimmungen des KUVG näher konkretisiert. Die Verordnung VIII über die Krankenversicherung betreffend die Auswahl von Arzneimitteln und Analysen legte die Arzneimittel fest, die als Pflichtleistung zu übernehmen waren (vgl. Art. 12 Abs. 6 KUVG).

- 4.2 Am 1. Januar 1996 trat das KVG vom 18. März 1994 in Kraft. Mit ihm wurde der Abschluss einer Krankenpflegeversicherung obligatorisch erklärt (vgl. Art. 3 ff. KVG). Den anerkannten Krankenkassen steht es frei, neben der sozialen Krankenversicherung nach diesem Gesetz Zusatzversicherungen anzubieten; ebenso können sie im Rahmen der vom Bundesrat festgesetzten Bedingungen und Höchstgrenzen weitere Versicherungsarten betreiben (Art. 12 Abs. 3 KVG; vgl. Art. 14 der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV). Die Versicherungen nach Absatz 2 unterliegen dem VVG (Art. 12 Abs. 3 KVG). Damit ist auch eine Zweiteilung des anwendbaren Verfahrensrechts und der Rechtswege für den Bereich der obligatorischen Krankenversicherung einerseits und denjenigen der Zusatzversicherungen andererseits eingeführt worden (vgl. RKUV 1998 Nr. KV 37 S. 317).

Mit dem Inkrafttreten des KVG beziehungsweise nach der Übergangszeit gemäss Art. 102 Abs. 2 KVG unterstanden mithin sowohl die von den anerkannten Krankenkassen als auch die von privaten Versicherern angebotenen Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung dem VAG und dem VVG (vgl. Art. 24 Abs. 2 KVV).

Nach Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG umfassen die Leistungen der Krankenversicherung unter anderem die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände. Die als Pflichtleistung zu übernehmenden Präparate werden in Listen bezeichnet (vgl. Art. 52 KVG und Art. 29 ff. der Verordnung des EDI über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, KLV).

5.

- 5.1 Die Parteien sind sich insoweit einig, als Voraussetzung für die Leistungspflicht der Beklagten ist, dass die Krankenkasse ihre Leistungspflicht für die geltend gemachten Pflegekosten anerkennt und diese zumindest in einem Teilumfang übernimmt (vgl. Urk. 11 S. 6, 15 S. 2). Im Gegensatz zum Kläger geht die Beklagte aber davon aus, dass es sich bei der von der Krankenkasse anerkannten Leistungspflicht um eine gesetzliche auf Grund des KVG handeln müsse (vgl. Urk. 11 S. 6).

Bei der Auslegung eines Vertrages nach dem Vertrauensprinzip ist der Zeitpunkt des Vertragsabschlusses massgebend (Urteil des Bundesgerichts in Sachen X. vom 17. August 2006, 4C.156/2006, Erw. 2.1). Der im Jahr 1983 abgeschlossene Vertrag ist damit insbesondere auch vor dem Hintergrund der seinerzeitigen Rechtslage mit Inkraftstehen des KUVG auszulegen. Zu prüfen ist entsprechend, ob gemäss Vertrag die Leistungspflicht der Beklagten eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausschliesslich gestützt auf das KUVG voraussetzte.

Nach Art. 1 AVB ZK 1982 gilt die Versicherung als Zusatz zu einer bestehenden Krankenpflege-Versicherung (inklusive der allfällig obligatorisch erklärten Spital-Zusatzversicherungen) bei einer vom Bund anerkannten Krankenkasse. Begrifflich wird somit in Art. 1 zwischen Grund- und Zusatzversicherung unterschieden. Gemäss dem Wortlaut will die Einzel-Krankenversicherung somit den Versicherungsschutz der Krankenpflegeversicherung nach KUVG und gegebenenfalls einer obligatorisch erklärten, vorgeschriebenen Spitalzusatzversicherung ergänzen.

Demgegenüber hält Art. 2 AVB ZK 1982 unter dem Titel "Welche Kosten sind versichert?" deutlich fest, versichert seien *sämtliche* von der Krankenkasse als entschädigungspflichtig anerkannten Pflegekosten bei Krankheit (oder Unfall, sofern bei der Krankenkasse mitversichert). Nach Art. 4 setzt die Leistungspflicht eine Entschädigung der Krankenkasse voraus. Eine Einschränkung auf die von Gesetzes wegen geschuldeten Mindestleistungen als Auslöser der Leistungspflicht findet sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen klarerweise nicht, obwohl in Art. 6 und 7 verschiedene Einschränkungen aufgezählt werden. Dies fällt umso mehr ins Gewicht, als man zwar unter der Herrschaft des KUVG ebenfalls schon zwischen Grund- und Zusatzversicherung unterschied, dabei aber auch gemischte Krankenpflegeversicherungen mit gesetzlichen und statutarischen Leistungen anzutreffen waren, der separate Abschluss von Zusatzversicherungen ohne Grunddeckung nicht vorgesehen war und die Grund- und Zusatzversicherungen enger verknüpft waren (vgl. Maurer, a.a.O.,

S. 277; vgl. Erw. 4.1). Der Name der abgeschlossenen Versicherung lautet denn auch berechtigterweise *Krankenkassen-Zusatzversicherung* (vgl. Urk. 12/10). Gestützt auf den Wortlaut von Art. 2 und 4 der AVB ZK 1982 ist nicht davon auszugehen, dass die Leistungspflicht der Beklagten eine Entschädigung der Krankenkasse aufgrund einer gesetzlichen Pflicht des KUVG voraussetzte.

Etwas anderes lässt sich auch den weiteren Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht entnehmen. Gemäss Art. 2 Abs. 2 und Art. 3 AVB ZK 1982 werden auch Pflegeleistungen im Falle von Unfällen und bei Behandlungen im Ausland gewährt, sofern diese mitversichert sind beziehungsweise die Krankenkasse ihre Leistungspflicht dort bejaht. Die Einzel-Krankenversicherung schliesst sich damit in diesen Fällen der Leistungspflicht der Krankenkassen aus den Zusatzversicherungen beziehungsweise den statutarischen Leistungen ausdrücklich an (vgl. Maurer, a.a.O., S. 277 f.). Unter anderem auch aus Art. 6 lit. c AVB ZK 1982 ergibt sich, dass die Beklagte sich auch an den Kosten von Erholungsaufhalten/-kuren beteiligt, für die unter dem KUVG keine Leistungspflicht bestand (vgl. Eugster, a.a.O., S. 531 f. Rz 406 und 410). Eine diesbezügliche Leistungspflicht zu beschränken war nur deshalb notwendig, weil mit Leistungen der Krankenkassen aus den Zusatzversicherungen zu rechnen war, welchen man nicht folgen wollte. Dasselbe gilt für die in Art. 7 AVB erwähnten Zahnbehandlungen (vgl. Maurer, a.a.O., S. 281). Das Argument der Beklagten, es seien diejenigen benachteiligt, die keine Zusatzversicherung abgeschlossen hätten, vermag damit ebenfalls nicht zu greifen (vgl. Urk. 11 S. 6). Die AVB ZK 1982 sahen vielmehr sogar ausdrücklich vor, dass Leistungen auch für den Bereich der die gesetzlichen Bestimmungen übersteigenden Leistungen erbracht werden sollten, nämlich im Falle der Auslandbehandlung und der Versicherung der Unfallfolgen. Eine Benachteiligung für Versicherte ohne entsprechenden Schutz war damit gewollt.

Bei objektivierter Auslegung sind damit die AVB ZK 1982 dahingehend zu verstehen, dass sämtliche von einer anerkannten Krankenkasse im Sinne des KUVG (heute des KVG) als (ganz- oder teilweise) entschädigungspflichtig anerkannten Pflegekosten versichert sind.

- 5.2 Von Abklärungen und Feststellungen zum wirklichen Willen der Parteien bei Vertragsabschluss ist abzusehen. Es ist nämlich aufgrund der Sachlage von vorneherein nicht davon auszugehen, dass sich ein dieser objektivierten Auslegung entgegenstehender gemeinsamer wirklicher Vertragswille beim Vertragsabschluss feststellen lässt (vgl. BGE 122 III 223 Erw. 3c).

- 5.3 Mit dem Inkrafttreten des KVG haben sich die Verhältnisse teilweise geändert. Zu prüfen ist, ob eine Vertragsanpassung notwendig ist.

Ein richterlicher Eingriff in einen Vertrag aufgrund veränderter Umstände setzt nach herrschender Auffassung voraus, dass die Verhältnisänderung weder vorhersehbar noch vermeidbar war, für Fälle wie den vorliegenden eine gravierende Äquivalenzstörung zur Folge hat und der Vertrag nicht vorbehaltlos erfüllt wurde (Urteil des Bundesgerichtes in Sachen A. vom 24. April 2001, 4C.34/2000, Erw. 5b; vgl. BGE 122 III 97 Erw. 3a mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung müssen die Parteien bei langfristigen Verträgen damit rechnen, dass sich die zur Zeit des Vertragsabschlusses bestehenden Verhältnisse später ändern. Namentlich Änderungen der Gesetzeslage gelten dabei grundsätzlich nicht als unvorhersehbar. Die Vorhersehbarkeit ist aber dann zu verneinen, wenn eine Verhältnisänderung wie etwa die Änderung der gesetzlichen Grundlagen als solche zwar vorhersehbar war, nicht aber deren Art, Umfang und Auswirkungen auf den Vertrag (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 24. April 2001, 4C.34/2000, Erw. 5b/aa). Für den vorliegenden Fall ist weder von einer nicht vorhersehbaren Gesetzesänderung noch von einer mit Inkrafttreten des KVG eingetretenen erheblichen Äquivalenzstörung auszugehen. Eine Vertragsanpassung ist damit nicht vorzunehmen.

- 5.4 Die Beklagte ist damit gestützt auf den Versicherungsvertrag und die AVB ZK 1982 verpflichtet, für die von der D. Kranken- und Unfallversicherung AG lediglich teilweise entschädigten Medikamentenkosten aufzukommen. Sie ist zur Zahlung von Fr. 340.85 zu verpflichten (vgl. Urk. 6/1-7). Die Klage ist gutzuheissen.

Die Einzelrichterin erkennt:

1. In Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger Fr. 340.85 zu bezahlen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - X.
 - A. Versicherungs-Gesellschaft
 - Bundesamt für Privatversicherungen

4. Da der Streitwert unter Fr. 30'000.-- liegt, kann gegen diesen Entscheid innert **30 Tagen** seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) eingereicht werden, wenn sich eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung stellt (Art. 74 Abs. 2 lit. a BGG).

Soweit keine Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. BGG zulässig ist, kann gegen diesen Entscheid innert der gleichen Frist von **30 Tagen** seit der Zustellung beim Bundesgericht die subsidiäre Verfassungsbeschwerde nach Art. 113 ff. BGG erhoben werden. Gerügt werden kann nach Art. 116 BGG die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten.

Werden sowohl die zivilrechtliche Beschwerde als auch die subsidiäre Verfassungsbeschwerde erhoben, sind beide Rechtsmittel in der gleichen Rechtsschrift einzureichen (Art. 119 Abs. 1 BGG).

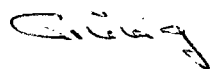
Die Fristen stehen während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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).

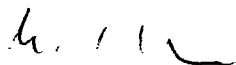
Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

Die Einzelrichterin



Grünig

Die Gerichtssekretärin



Tanner Imfeld

GR/TI/LR

versandt

23. Juli 2008