

II. Kammer

Sozialversicherungsrichter Meyer als Einzelrichter
Gerichtssekretärin Kübler-Zillig

Urteil vom 24. September 2008

in Sachen

X.

Kläger

vertreten durch Fürsprecher Dr. Walter Heuberger
Heuberger Rippmann Hoffmann, Rechtsanwälte

gegen

A. **Versicherungen AG**

Beklagte

Sachverhalt:

1.

1.1 X. geboren 1975, arbeitete vom 1. Dezember 2000 bis 31. Juli 2006 bei der Y. vollzeitlich als System Specialist (Urk. 9 S. 2, Urk. 10/1, Urk. 10/9 S. 2). Die Y. hatte am 14. September 2005 mit der A. Versicherungen AG (nachfolgend: A.) eine Kollektiv-Krankentaggeldversicherung abgeschlossen, mit welcher sie ihr gesamtes Personal nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) gegen Erwerbsausfall bei Krankheit versichert hatte. Der Vertrag war am 1. Januar 2006 in Kraft getreten und sieht die Ausrichtung von Krankentaggeldern zu 90 % des Jahresbassalärs während 730 Tagen vor, unter Anrechnung der vereinbarten Wartefrist (vgl. die Police, inklusive Besondere Bestimmungen, BB, in Urk. 10/2a und die Allgemeinen Vertragsbedingungen, AVB, in Urk. 10/2b = Urk. 2/2/1).

1.2 Am 24. Juli 2006 meldete der Versicherte seinen Austritt aus der Y. per 31. Juli 2006 und verzichtete gleichzeitig auf eine Weiterführung der Taggeldversicherung (Urk. 10/1), worauf ihn A. mit Schreiben vom 24. August 2006 (Urk. 10/3) auf das Übertrittsrecht in die Einzel-Krankentaggeldversicherung aufmerksam machte. Obwohl der Versicherte der A. mit Formular vom 3. September 2006 (Urk. 10/4) mitteilte, in der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung zu verbleiben, da er im Zeitpunkt des Übertritts infolge Krankheit nicht voll arbeitsfähig gewesen sei, beantragte er mit Schreiben vom 30. Oktober 2006 (Urk. 10/7) den Übertritt in die Einzeltaggeldversicherung. Hierauf liess ihm A. am 5. Dezember 2006 einen Versicherungsantrag zukommen (Urk. 10/10).

Der Versicherte machte mit Schreiben vom 6. Dezember 2006 gestützt auf zwei Arztzeugnisse vom 31. August und 2. Oktober 2006, wonach er seit 14. Juni 2005 bei Dr. med. E., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Behandlung und seit 1. August 2006 arbeitsunfähig sei, einen Anspruch auf Krankentaggeld ab 1. August 2006 geltend (Urk. 10/11). A. ihrerseits hielt am 12. Dezember 2006, 22. Januar und 13. Februar 2007 mangels einer während der Anstellung des Versicherten bei der Y. eingetretenen Arbeitsunfähigkeit an ihrem Versicherungsvorschlag fest (Urk. 10/12, Urk. 10/14 = Urk. 6/1, Urk. 10/16), während der Versicherte mit Schreiben vom 20. Dezember 2006 und 5. Februar 2007 unter Hinweis auf die AVB sowie die BB seinen Anspruch auf Leistungen aus der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung ab 1. August 2006 wiederholte (Urk. 10/13, Urk. 10/15). Überdies verzichtete der

Versicherte am 5. Februar 2007 auf den Übertritt in die Einzelversicherung (Urk. 10/15 S. 2).

2. Am 27. März 2007 überwies das Friedensrichteramt der Stadt Zürich, Kreise 1 und 2, die Klage des Versicherten vom 22. Februar 2007 (Urk. 2/1) betreffend Forderung dem hiesigen Gericht zur Behandlung (Urk. 1, Urk. 2/4). Mit Eingabe vom 14. Mai 2007 (Urk. 5) reichte der Versicherte die Klagebegründung nach und verwies auf das bereits früher gestellte Rechtsbegehren, wonach A. zu verpflichten sei, ihm Fr. 5'325.00 nebst Zins zu 5 % seit 12. Dezember 2006 zu bezahlen (Urk. 2/1, Urk. 5 S. 4).

Mit Klageantwort vom 20. Juni 2007 (Urk. 9) beantragte A. die Abweisung der Klage. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels hielt der Versicherte mit Replik vom 23. August 2007 an seinem Rechtsbegehren fest (Urk. 13), wie auch A. mit Duplik vom 26. September 2007 (Urk. 16) an der Abweisung der Klage. Mit Verfügung vom 2. Oktober 2007 wurde der Schriftenwechsel als geschlossen erklärt (Urk. 19).

Am 22. Oktober 2007 nahm der Versicherte Stellung zum Schreiben der Y. zuhanden A. vom 24. September 2007 (Urk. 18, Urk. 21). In der Folge wurden die Parteien zu einer Referentenaudienz am 22. Januar 2008 vorgeladen (Urk. 23).

Der Einzelrichter zieht in Erwägung:

1. 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).
2.
 - 2.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung im Sinne von Art. 12 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen gemäss Art. 12 Abs. 3 KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Die daraus herrührende Streitigkeit ist daher zivil- und vermögensrechtlich (BGE 124 III 46 Erw. 1 und 232 Erw. 2b), wobei Art. 85 Abs. 2 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (VAG) für das Klageverfahren bei Klagen aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversi-

cherungen von Bundesrechts wegen ein einfaches und rasches Verfahren sowie die Untersuchungsmaxime vorschreibt. Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung ist im Kanton Zürich das hiesige Gericht sachlich zuständig (§ 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Verfahren richtet sich nach den Bestimmungen des GSVGer, wobei ergänzend das Gesetz über den Zivilprozess (ZPO) sinngemäss Anwendung findet (§ 28 GSVGer).

- 2.2 Streitigkeiten aus den Zusatzversicherungen gemäss VVG sind dem Privatrecht zuzuordnen (BGE 124 III 46 Erw. 1a). Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten, und sich der Vertragsinhalt betreffend die Zusatzversicherungen regelmässig nach den vorformulierten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) richtet (Iten, *Der private Versicherungsvertrag: Der Antrag und das Antragsverhältnis unter Ausschluss der Anzeigepflicht*, Freiburg, 1999, S. 23; vgl. auch Alfred Maurer, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, 3. Aufl., Bern 1995, S. 150 f.).
- 2.3 Das Vertragsrecht wird zur Hauptsache durch das Schweizerische Obligationenrecht (OR) geregelt. Dieses normiert, wie ein Vertrag entsteht, welche Wirkungen er entfaltet, sein Erlöschen usw. Das OR gilt immer subsidiär, wenn das VVG, das hinsichtlich des (Zusatz-) Versicherungsvertrages zahlreiche Bestimmungen enthält, die von jenen des OR abweichen oder es ergänzen, eine Frage nicht regelt (vgl. Art. 100 Abs. 1 VVG).

Nach Art. 1 OR kommt ein Vertrag durch die übereinstimmende gegenseitige Willensäusserung der Parteien zustande. Da es sich bei Versicherungen im Allgemeinen um ein Massengeschäft handelt, wird dort der Vertragsinhalt weitgehend durch typisierte Bedingungen, die so genannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bestimmt (vgl. Iten, a.a.O., S. 23). Auch die AVB erlangen jedoch nur Verbindlichkeit, wenn sie von den Vertragsparteien übernommen werden (Gauch/Schluep, *Schweizerisches Obligationenrecht, Allgemeiner Teil*, Bd. I, 7. Auflage, Zürich 1998, Rz 1128 ff). Der Vertragsinhalt kann weiter durch Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) und Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) präzisiert werden. Möglich sind sodann schriftlich oder mündlich getroffene individuelle Vereinbarungen.

3.

- 3.1 Der Kläger machte geltend, ein Anspruch auf Krankentaggeld setze eine während der Dauer des Versicherungsschutzes eingetretene Krankheit, die eine me-

dizinische Untersuchung oder Behandlung erfordere oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe, voraus (Art. 5 Abs. 1 i.V.m. Art. 16 Abs. 1 AVB). Da er seit 14. Juni 2005 wegen einer Krankheit in ärztlicher Behandlung stehe und eine Arbeitsunfähigkeit als zusätzliche zwingende Voraussetzung gemäss Art. 16 Abs. 1 AVB nicht erforderlich sei, sei der Versicherungsfall am 14. Juni 2005 während der Dauer des Versicherungsschutzes eingetreten. Es treffe zwar zu, dass eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit Voraussetzung für eine Taggeldzahlung sei (Art. 23 lit. a AVB), nicht aber, dass sie während der Zeit des bestehenden Versicherungsschutzes eingetreten sein müsse. Denn Sinn und Zweck der AVB und BB bestehe darin, einen nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses eintretenden Einkommensausfall zu verhindern (Urk. 2/1 S. 2, Urk. 5 S. 2 f., Urk. 13 S. 2 f.). Ebenfalls sei es zutreffend, dass die Wartefrist erst nach dem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen zu laufen begonnen habe. Wesentlich sei jedoch, dass die Krankheit und deren medizinische Behandlung während der Anstellungszeit begonnen hätten. Wann die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit und die Wartefrist begonnen hätten, sei somit für die Leistungspflicht der Beklagten unerheblich. Für seine während der Dauer des Arbeitsverhältnisses bei der Y. eingetretene und einer medizinischen Behandlung unterzogenen Krankheit habe er demnach Anspruch auf ein Krankentaggeld seit Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 1. August 2006 (Urk. 5 S. 3).

- 3.2 Die Beklagte bringt hiegegen vor, die ärztliche Behandlung einer Krankheit allein genüge nicht, um Taggeldansprüche zu begründen, vielmehr müsse gemäss Art. 23 und 25 AVB eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Wenn man davon ausgehe, dass die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit das auslösende Element des versicherten Ereignisses sei, so sei es offensichtlich, dass dieses versicherungsauslösende Element während der Zugehörigkeit zum versicherten Personenkreis eintreten müsse. Zudem könne mit der Bezeichnung „Krankheit“ in Art. 23 lit. f AVB nichts anderes verstanden werden als die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9 S. 6). Wie dem Randtitel zum 2. (recte: 3.) Abschnitt der BB zu entnehmen sei, solle mit dieser Bestimmung die Lohnfortzahlung bei Austritt geregelt werden. Eine Fortzahlung des Lohnes bedeute, dass im Zeitpunkt des Austrittes eine Lohnfortzahlungspflicht bestanden haben müsse. Trete hingegen eine Krankheit während des Anstellungsverhältnisses ein und habe keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge, könne kein Anspruch auf Lohnfortzahlung entstehen. Der im 3. Abschnitt der BB verwendete Begriff „krank“ könne versicherungsrechtlich nichts anderes bedeuten als „krankheitsbedingt arbeitsunfähig“ (Urk. 9 S. 7). Es sei unbestritten, dass der Kläger erst ab 1. August 2006, also nach der Auflösung des Arbeitsverhältnis-

ses, arbeitsunfähig geschrieben worden sei, weshalb keine Taggeldleistungen aus der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung geschuldet seien (Urk. 9 S. 8).

- 3.3 Strittig und zu beurteilen ist somit, ob die Beklagte einen Taggeldanspruch des Klägers für den Monat August 2006 von Fr. 5'325.00 beziehungsweise 90 % des versicherten Verdienstes zu Recht gemäss Kollektiv-Krankentaggeldversicherung vom 14. September 2005 (Urk. 10/2a) verneint hat.

4.

- 4.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass der Kläger bis am 31. Juli 2006 als System Spezialist bei der Y. tätig war, sowie weiter, dass ab 1. August 2006 eine volle und ab 18. Dezember 2006 bis auf weiteres eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestand (Urk. 6/2, Urk. 10/1; Prot. S. 8).

Vorab sei zudem bemerkt, dass es sich bei einer Taggeld- beziehungsweise Kollektivkrankentaggeldversicherung regelmässig um eine Erwerbsausfallversicherung handelt, d.h. die Leistungen werden bei krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeiten ausgerichtet. Vor diesem Hintergrund entspricht der Standpunkt des Klägers, wonach der Versicherungsfall bereits bei Krankheit eintrete, auch wenn noch keine Arbeitsunfähigkeit gegeben sei, nicht einer typischen Taggeldversicherung. Aufgrund der weitgehenden Vertragsfreiheit ist jedoch nicht zwingend von der typischen Taggeldversicherung auszugehen. Vielmehr ist bei der Beurteilung der strittigen Frage massgebend, was die Vertragsparteien vereinbarten beziehungsweise was sie vereinbaren wollten. Vertragsparteien sind im vorliegenden Fall die Beklagte sowie die Arbeitgeberin Y. als Versicherungsnehmerin. Es ist somit im Folgenden aufgrund einer Auslegung der AVB sowie der BB der mutmassliche Parteiwillen zu ermitteln.

- 4.2 Die Auslegung vorformulierter Verträge geschieht grundsätzlich nach dem Vertrauensprinzip, wobei jedoch die den Allgemeinen Versicherungsbedingungen innewohnenden Besonderheiten zu beachten sind, namentlich die so genannten Unklarheits- und Ungewöhnlichkeitsregeln. Nach diesen Auslegungsgrundsätzen gilt es, ausgehend vom Wortlaut und unter Berücksichtigung des Zusammenhanges, in dem eine streitige Bestimmung innerhalb des Ganzen steht, den objektiven Vertragswillen zu ermitteln, den die Parteien mutmasslich gehabt haben. Dabei hat das Gericht zu berücksichtigen, was sachgerecht ist, weil nicht angenommen werden kann, dass die Parteien eine unvernünftige Lösung gewollt haben (BGE 131 V 29 Erw. 2.2).

Bei der Auslegung nach dem Wortlaut kommt dem Sinngehalt des Wortes, den ihm der allgemeine Sprachgebrauch zulegt, entscheidende Bedeutung zu. Denn mangels anderer Anhaltspunkte ist anzunehmen, dass die Parteien ein von ihnen verwendetes Wort gemäss dem allgemeinen Sprachgebrauch zur Zeit des Vertragsschlusses, somit im Sinne der damaligen Alltags- oder Umgangssprache verwendet haben. Abzustellen ist demnach auf den gebräuchlichen Wortsinn, wie er sich auch aus üblichen Wörterbüchern und Lexika ergeben kann (Urteil des Schweizerischen Bundesgerichtes in Sachen X. vom 16. November 2006, 5C.179/2006, Erw. 2.4.2 mit Hinweisen). Neben dem grammatikalischen ist jedoch ergänzend auch das systematische Auslegungselement zu berücksichtigen. Hierbei wird der Sinngehalt eines Ausdruckes anhand des Kontextes, in dem er steht, ermittelt (Urteil des Schweizerischen Bundesgerichtes in Sachen X. vom 16. November 2006, 5C.179/2006, Erw. 2.4.3).

5.

5.1 Art. 16 Abs. 1 der AVB, Ausgabe 2005 (Urk. 10/2b), enthält unter dem Titel „Versicherte Krankheiten“ die folgende Bestimmung:

„Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.“

Unter der Überschrift „Taggeld“ enthält Art. 23 lit. f der AVB, Ausgabe 2005 (Urk. 10/2b), die folgende Bestimmung:

„Ausscheiden aus dem Kreis der Versicherten

Nach Erlöschen des Versicherungsschutzes bezahlt A. Versicherungen AG das Taggeld für Krankheiten, die während der Versicherungsdauer eingetreten sind, noch bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer, längstens jedoch bis zum Beginn einer Rente gemäss BVG (Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge). Diese Leistungspflicht entfällt, wenn der Versicherte Anspruch auf Freizügigkeit hat oder vom Übertrittsrecht in die Einzelversicherung Gebrauch macht.“

In Abschnitt 3 der BB (Urk. 10/2a S. 7) findet sich unter dem Titel „Lohnfortzahlung bei Austritt aus dem Angestelltenverhältnis Y. “ sodann die folgende Bestimmung:

„Versicherte Personen, die beim Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Arbeitnehmer krank sind, und welche die vertragliche Wartefrist noch nicht erfüllt haben, können nach Beendigung der Lohnzahlung durch die Versicherungsnehmerin Leistungen aus der Taggeldpolice beziehen. Die

ordentliche Leistungsdauer von 730 Tagen reduziert sich um die nicht bestandenen Karenztage. Nach Beendigung der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit besteht das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung. Mitarbeiter, bei denen der Arbeitsvertrag gekündigt ist und die arbeitsunfähig sind, enthalten unabhängig davon, ob die Kündigung durch den Arbeitgeber oder Arbeitnehmer erfolgte, in jedem Fall auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses die versicherten Leistungen (90 %) vergütet."

- 5.2 Den in den AVB und BB verwendeten Begriff „krank“ legte der Kläger dahingehend aus, dass darunter einzig der Eintritt einer Krankheit und nicht zusätzlich auch eine Arbeitsunfähigkeit zu verstehen sei, und leitete daraus ab, dass es genüge, im Austrittszeitpunkt krank zu sein, um bei einer später eintretenden Arbeitsunfähigkeit Leistungen aus der Krankentaggeldversicherung zu beziehen (Urk. 5 Ziff. 2.a). Dabei berief er sich auf den Wortlaut in den einschlägigen Bestimmungen, insbesondere den Wortlaut der Bestimmung „Lohnfortzahlung bei Austritt aus dem Angestelltenverhältnis Y. “ in Abschnitt 3 der BB, in welchem nur von „krank“ und nicht auch von „arbeitsunfähig“ gesprochen wird (Urk. 13 Ziff. 6, Urk. 10/2a S. 7, vgl. vorstehend Erw. 5.1). Dieser rein dem Wortlaut folgenden, grammatikalischen Auslegung kann indessen nicht gefolgt werden.

Nach dem allgemeinen Sprachgebrauch bedeutet "krank" zwar tatsächlich lediglich eine Störung oder Einschränkung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohlbefindens und nicht zwingend auch eine damit einhergehende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Bei einem Arbeitsverhältnis besteht indessen ein Anspruch auf Lohnfortzahlung nur bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit. Deshalb ist bei einer Taggeldversicherung, welche die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers deckt, ohne weiteres von einem Zusammenhang zwischen Krankheit und Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Davon sind die Parteien des Versicherungsvertrages tatsächlich ausgegangen, wie dem Schreiben der Y. vom 24. September 2007 (Urk. 18) zu entnehmen ist. Die Y. legte darin dar, man habe vermeiden wollen dass ein austretender, wegen Krankheit arbeitsunfähiger Mitarbeiter zufolge im Austrittszeitpunkt noch nicht abgelaufener Wartefrist in eine Einkommenslücke falle. Eine generelle Nachdeckung sei nicht beabsichtigt gewesen. Es sei bloss darum gegangen, bei einer im Zeitpunkt des Vertragsendes bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit sicherzustellen, dass der Mitarbeiter keinen Unterbruch im (Ersatz-)Einkommen erleide. Nie hätten sie jedoch sicherstellen wollen, dass ein Mitarbeiter, der erst nach seinem Austritt arbeitsunfähig geworden sei, Leistungen aus dem Kollektivvertrag beanspruchen könne (Urk. 18 S. 1). In diesem Lichte gesehen ist somit ent-

gegen der Ansicht des Klägers nicht von der umgangssprachlichen Alltagsbedeutung des Begriffes „krank“ auszugehen.

- 5.3 Auch die Berücksichtigung des systematischen Auslegungselementes führt zu keinem anderen Ergebnis. Dabei sind einzelne Vertragsbestimmungen nicht isoliert, sondern anhand des Vertrages in seiner Gesamtheit auszulegen.

Unter diesem Gesichtswinkel machte die Beklagte geltend, der Begriff „krank“ müsse unter Bezugnahme auf Art. 18 der AVB im Sinne von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit verstanden werden. Sei davon auszugehen, dass die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit das auslösende Element des versicherten Ereignisses sei, so sei es offensichtlich, dass dieses versicherungsauslösende Element während der Zugehörigkeit zum versicherten Personenkreis eintreten müsse. Danach könne mit der Bezeichnung „Krankheit“ in Art. 23 lit. f. der AVB nur die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit gemeint sein (Urk. 9 S. 6).

Laut Art. 1 i.V.m. Art. 2 der AVB erbringt die Beklagte unter anderem ein Krankentaggeld für die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit (Urk. 10/2b S. 3). Aus dieser Bestimmung ergibt sich eindeutig der wirkliche Wille der Vertragsparteien. Ein Taggeld soll demnach lediglich in jenen Fällen geschuldet sein, in denen die Krankheit auch eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, mithin wirtschaftliche Konsequenzen in Form eines Erwerbsausfalls nach sich zieht. In diesen Fällen will die Y. mit der Kollektivkrankentaggeldversicherung die Lohnfortzahlungspflicht abgelden, wobei gemäss Police 90 % des Jahresbasis-salärs als versicherte Leistung gilt (vgl. Urk. 10/2a). Folglich besteht zwischen dem Arbeitsverhältnis und der Lohnfortzahlung wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit ein unbedingter Zusammenhang, sodass bei Krankheit ohne Arbeitsunfähigkeit keine Lohnfortzahlungspflicht besteht.

Ebenso widerspricht es dem Standpunkt des Klägers, dass in Art. 23 lit. a der AVB eine bestehende Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung für den Bezug von Taggeldern ausdrücklich genannt wird (Urk. 10/2b S. 6). Aus den AVB ergibt sich denn weiter auch, dass der Schadenfall beziehungsweise der Versicherungsfall die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit und die Krankheit an sich ist (Art. 1, Art. 23 lit. a und f, Art. 25 der AVB).

- 5.4 Die AVB sowie BB sind sodann auch im Zusammenhang mit den allgemeinen arbeitsvertraglichen Bestimmungen gemäss OR zu betrachten. Demnach trifft den Arbeitgeber nur dann eine Lohnfortzahlungspflicht, wenn der Arbeitnehmer infolge Krankheit ohne sein Verschulden an der Arbeitsleistung verhindert ist (Art. 324a Abs. 1 OR). Ebenso besteht der Kündigungsschutz gemäss Art. 336c Abs. 1 lit. b OR nur für den Fall, dass eine Krankheit auch eine Arbeitsunfähig-

keit nach sich zieht. Gemäss den arbeitsvertraglichen Bestimmungen des OR besteht für den Arbeitgeber somit keine Pflicht, für den Fall einer nach Ende des Arbeitsverhältnisses eingetretenen Arbeitsunfähigkeit Leistungen zu erbringen, und es ist auch für die Vertragsparteien der im vorliegenden Fall zu beurteilenden Kollektiv-Krankentaggeldversicherung kein Grund für eine weitergehende freiwillige Deckung ersichtlich. Dies gilt umso mehr, als für den Arbeitnehmer die Möglichkeit besteht, diesen Schadenfall durch den Übertritt in die Einzelversicherung zu decken (vgl. Urk. 10/3). Dass die Vertragsparteien die strittige Bestimmung, wie vom Kläger geltend gemacht, verstanden haben wollten, ergibt sich somit weder aufgrund einer grammatikalischen noch einer systematischen Auslegung und erscheint auch unter Berücksichtigung der allgemeinen arbeitsvertraglichen Regelungen sowie der Möglichkeit einer Einzelversicherung nicht plausibel.

- 5.5 Die Auslegung der AVB sowie der BB nach dem Vertrauensprinzip führt somit insgesamt zum Schluss, dass für einen Anspruch auf Krankentaggelder nicht nur das Vorliegen einer Krankheit, sondern auch einer Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses vorausgesetzt wird. Dies war hier unbestrittenermassen nicht der Fall. Die Beklagte hat somit einen Anspruch des Klägers auf Krankentaggeld für den Monat August 2006 zu Recht verneint.
6. Gemäss § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) verpflichtet das Gericht die unterliegende Partei auf Antrag zum Ersatz der Parteikosten. Anlässlich der Verhandlung vom 22. Januar 2008 verzichtete die Beklagte für den Fall, dass das Urteil zu ihren Gunsten ausfallen sollte, auf Prozessentschädigung (Prot. S. 9). Davon ist Vormerk zu nehmen.

Der Einzelrichter erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Vom Verzicht der Beklagten auf eine Prozessentschädigung wird Vormerk genommen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
- Fürsprecher Dr. Walter Heuberger
 - A.
 - Bundesamt für Privatversicherungen
5. 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).

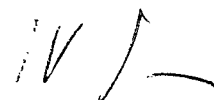
Die Fristen stehen während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Der Einzelrichter



Meyer

Die Gerichtssekretärin



Kübler-Zillig

BM/JK/BJ

versandt

9. Okt. 2008