



I. Kammer

Sozialversicherungsrichter Spitz als Einzelrichter  
Gerichtssekretärin Sager

## Urteil vom 14. September 2007

in Sachen

X

Kläger

vertreten durch D Rechtsschutz-Versicherungs-AG

Rechtsanwalt Dr. M. Krapf

Wengistrasse 7, Postfach 1372, 8026 Zürich

gegen

**Y Versicherungen AG**

Beklagte

vertreten durch Y Versicherungen AG

**Sachverhalt:**

1. X, geboren 1939, ist bei der Y Versicherungen AG für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert. Er verfügt ausserdem über eine Spitalzusatzversicherung (H) sowie weitere Zusatzversicherungen bei der Y Versicherungen AG (nachfolgend: Y) (Urk. 2/3). Am 7. Juli 2005 wurde am rechten Auge und am 27. Oktober 2005 am linken Auge des Versicherten eine Kataraktoperation vorgenommen. Er wurde im Anschluss daran jeweils für eine Nacht hospitalisiert (Urk. 1 S. 3, Urk. 2/5, Urk. 2/10, Urk. 2/12).

Am 18. März 2005 hatte die Klinik im Park ein Gesuch um Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt des Versicherten infolge der vorzunehmenden Kataraktoperation gestellt. Mit Schreiben vom 1. April 2005 teilte die Y der Klinik im Park mit, dass sie der beantragten Kostengutsprache für den stationären Aufenthalt nicht entsprechen könne, da eine stationäre Hospitalisation nicht wirtschaftlich und zweckmässig sei. Sie garantiere die Kostenübernahme für die ambulante Behandlung und benötige eine ausführliche medizinische Begründung für den Fall einer nötigen stationären Hospitalisation. Am 6. Juli 2005 wurde der Versicherte telefonisch darüber informiert, dass die Kostenübernahme für einen stationären Aufenthalt wohl abgelehnt werde (vgl. Urk. 2/0 S. 2). Mit Schreiben vom 7. Juli 2005 zu Händen des operierenden Arztes, Dr. med. B, Facharzt FMH für Ophthalmologie, welches in Kopie - aber erst nach der Operation vom 7. Juli 2005 - auch an den Versicherten ging, hielt die Y nach Prüfung seines Wiedererwägungsgesuchs vom 4. Juli 2005 daran fest, dass sie nur die Kosten einer ambulanten Behandlung übernehme (Urk. 2/0 S. 2, Urk. 2/5; vgl. auch Sachverhalt Erw. 1 im Prozess Nr. KV.2006.00026). Nach erfolgter Operation am 7. Juli 2005 beantragte der Versicherte mit Schreiben vom 15. Juli 2005 eine nochmalige Überprüfung der Sache und den Erlass einer anfechtbaren Verfügung. In der Folge teilte die Y dem Versicherten mit Verfügung vom 16. September 2004 mit, dass sie die Kosten des stationären Aufenthaltes mangels Spitalbedürftigkeit im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung nicht übernehme sondern nur diejenigen für die ambulante Behandlung. Es bestehe auch kein Anspruch des Versicherten auf Kostenübernahme aus der Spitalzusatzversicherung "H" (vgl. Urk. 2/0 S. 2). Mit Eingabe vom 10. Oktober 2005, ergänzt durch die Eingabe vom 7. November 2005, erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Markus Krapf von der D Rechtsschutzversicherung daraufhin Einsprache und verlangte, dass die Y

die Kosten für die stationäre Behandlung in der Klinik im Park vom 7./8. Juli 2005 im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder der Spitalzusatzversicherung übernehme. Nachdem die Y zur Abklärung des Anspruchs des Versicherten eine Stellungnahme des Vertrauensarztes Dr. med. M (Urk. 9/1-2) eingeholt hatte, entschied sie mit Einspracheentscheid vom 20. Februar 2006 im Sinne ihrer vorangegangenen Verfügung, wies die Einsprache ab und teilte dem Versicherten mit, dass die Spitalbedürftigkeit zu verneinen sei (Urk. 2/0). Gegen den Einspracheentscheid erhob X mit Eingabe vom 13. März 2006 Beschwerde beim hiesigen Gericht und verlangte die Kostenübernahme für den stationären Aufenthalt im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung.

In der Zwischenzeit hatte der behandelnde Arzt, Dr. B, mit Schreiben vom 20. Oktober 2005 die Kostenübernahme für einen stationären Aufenthalt im Zusammenhang mit der Kataraktoperation des linken Auges am 27. Oktober 2005 beantragt (Urk. 2/10).

- 2 Mit Eingabe vom 13. März 2006 erhob X, wiederum vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Markus Krapf von der D Rechtsschutzversicherung Klage und stellte die folgenden Anträge (Urk. 1):

" 1. Die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger den Betrag von Fr. 16'843.95, abzüglich der Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, zu bezahlen.

2. Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten."

Die Y beantragte in der Klageantwort vom 24. April 2006 die Abweisung der Klage und die Sistierung des Verfahrens bis zum Erlass des Beschwerdeentscheides im Verfahren KV.2006.00026 unter Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers (Urk. 6). Nach Einholen weiterer Unterlagen bei der Y (Urk. 8-9) wurde mit Verfügung vom 2. Mai 2006 ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 10). Der Versicherte ergänzte daraufhin mit Replik vom 8. Mai 2006 seine bereits gestellten Anträge um den Antrag, dass das Sistierungsgesuch der Beklagten abzuweisen sei (Urk. 12). Mit Duplik vom 8. Juni 2006 (Urk. 15) hielt die Y an ihren bereits gestellten Anträgen fest. Mit Verfügung vom 14. Dezember 2006 wurde der Schriftenwechsel als geschlossen erklärt (Urk. 16).

## Der Einzelrichter zieht in Erwägung:

### 1.

- 1.1 Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen nach Art. 12 Abs. 3 KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Streitigkeiten im Bereich dieser Zusatzversicherungen sind privatrechtlicher Natur; strittige Ansprüche darüber sind in einem zivilprozessualen Verfahren geltend zu machen, das die Kantone unter Beachtung der Verfahrensgrundsätze von Art. 47 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (VAG) zu regeln haben. Im Kanton Zürich ist das Sozialversicherungsgericht zuständig für die Behandlung der Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung (vgl. den Beschluss des Kantonsrates vom 27. November 1995 in Verbindung mit § 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).
- 1.2 Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt (vgl. Urk. 1 S. 2), fällt die Beurteilung der Klage in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).
- 1.3 Mit Eingabe vom 13. März 2006 erhob der Kläger Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Y vom 20. Februar 2006 und beantragte die Übernahme der Kosten für den stationären Aufenthalt anlässlich der Kataraktoperation rechts im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Dazu ist am hiesigen Gericht unter der Verfahrensnummer KV.2006.00026 ein entsprechendes Verfahren hängig. Über diesen Anspruch wird mit heutigem Urteil ebenfalls entschieden.

### 2.

- 2.1 Der Kläger machte geltend, die Y habe im Rahmen der Spitalzusatzversicherung H die Kosten für den jeweiligen stationären Aufenthalt anlässlich der Kataraktoperation des rechten Auges vom 7. Juli 2005 und der Kataraktoperation des linken Auges vom 27. Oktober 2005 abzüglich der von der obligatorischen Krankenversicherung bezahlten Kosten zu übernehmen (Urk. 1).

Dagegen brachte die Y vor, dass sie die Übernahme der Kosten für eine ambulante Behandlung aus der obligatorischen Krankenversicherung zugesichert habe. Weiter erklärte sie, dass auch im Bereich der Zusatzversicherungen das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten sei. Sie bestreite zudem, dass der Zu-

stand des Versicherten eine stationäre Behandlung erforderlich gemacht habe. Auf die Empfehlungen der Ophthalmologischen Gesellschaft könne nicht ohne Weiteres abgestellt werden (Urk. 6).

2.2 Es ist unbestritten, dass der Kläger am 7. Juli am rechten und am 27. Oktober 2005 am linken Auge aufgrund des grauen Stars operiert wurde und sich die medizinische Situation bei beiden Augen gleich präsentiert (Urk. 1, Urk. 6 S. 3 und S. 6).

Strittig und zu prüfen ist hingegen, ob die Y nach der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gestützt auf die Zusatzversicherung H für den jeweiligen stationären Aufenthalt aufzukommen hat.

3.

3.1 Massgebend für die Leistungspflicht der Beklagten aus der in Frage stehenden Zusatzversicherung sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankenzusatzversicherungen (AVB KZV, Ausgabe 1. Januar 1997/98/99/2000; Urk. 2/2) und in Ergänzung dazu die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen H Spitalzusatzversicherung (ZVB, Ausgabe 1. Januar 1997/98/99/2001; Urk. 2/4), zumal unbestritten ist, dass diese Bestandteil der zur Diskussion stehenden H Spitalzusatzversicherung sind (Urk. 1, Urk. 6).

Den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenzusatzversicherungen der Y sind keine Ausführungen zu den hier strittigen Punkten zu entnehmen (Urk. 2/2). Aus den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) der H Spitalzusatzversicherung geht hingegen aus Ziffer 1.1 unter anderem hervor, dass die H Spitalzusatzversicherung die Aufenthalts- und Behandlungskosten in einem Spital (Akutspital oder psychiatrische Klinik) decke und Beiträge an Bade- und Erholungskuren, Hauskrankenpflege und Haushalthilfe sowie ambulante Operationen gewähre. Voraussetzung für die Ausrichtung aller Leistungen sei das Vorliegen medizinischer Notwendigkeit. Gemäss Ziffer 4 (Spitalbedürftigkeit) werden Leistungen für wissenschaftlich anerkannte Heilanzeigen im Rahmen eines Aufenthaltes in einem Spital gewährt, wenn der Zustand der versicherten Person die stationäre Behandlung erfordere, und für jenes Spital beziehungsweise jene Spitalabteilung, in welche/s die versicherte Person aus medizinischen Gründen gehöre (Urk. 2/4).

3.2 Der Kläger machte geltend, dass die Spitalbedürftigkeit als Begriff des Versicherungsvertragsrechts wesentlich weiter auszulegen sei als der Gesetzesbegriff im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Er begründete dies damit, dass im Bereich der Zusatzversicherungen im Gegensatz zum Bereich der obligatorischen Krankenversicherung, wo das Wirtschaftlichkeitsprinzip mit extremer Strenge angewendet werde, kein Spardruck bestehe. Auch sei bei der Auslegung des Begriffs der Spitalbedürftigkeit zu berücksichtigen, was der Versicherungsnehmer nach Treu und Glauben als versichert erwarten dürfe. Zu der in der Zusatzversicherung enthaltenen besseren medizinischen Versorgung gehöre die erhöhte Sicherheit, welche eine stationäre gegenüber einer ambulanten Behandlung biete. Die Spitalbedürftigkeit sei schon dann gegeben, wenn die stationäre Behandlung nicht geradezu unsinnig sei (Urk. 1 S. 5 f.).

3.3 Bei der Auslegung einer Bestimmung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) 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 sind 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 auszu-legen ist, welcher der versicherten Gefahr eigen ist (vgl. Fuhrer, Kommentar zum Versicherungsvertragsgesetz [VVG], 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 Parteien (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 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.).

3.4 Entgegen der Auffassung des Klägers ist davon auszugehen, dass der Begriff der Spitalbedürftigkeit laut den ZVB nicht vom Begriff der Spitalbedürftigkeit gemäss der obligatorischen Krankenversicherung abweicht. So ergibt sich ausgehend vom Wortlaut in den ZVB, dass für eine Kostenübernahme eine medizinische Notwendigkeit gegeben sein (Ziffer 1.1) und der Zustand der versicherten Person die stationäre Behandlung erfordern muss, für das Aufsuchen eines bestimmten Spitals oder einer bestimmten Spitalabteilung sodann medizinische Gründe gegeben sein müssen (Spitalbedürftigkeit, Ziffer 4). Durch das für die Bejahung der Spitalbedürftigkeit unmissverständliche und unzweideutige Vor-

aussetzen einer medizinischen Notwendigkeit beziehungsweise von medizinischen Gründen sowie eines besonderen Zustands des Versicherten, welcher eine stationäre Behandlung erfordert, kann der Interpretation des Klägers, wonach eine stationäre Behandlung nicht geradezu unsinnig erscheinen dürfe, nicht gefolgt werden. Vielmehr sind die Bestimmungen dahingehend zu interpretieren, dass die Spitalbedürftigkeit analog den Anforderungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu beurteilen ist. Auch die Ausführungen von Eugster legen keine im Vergleich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung weitere Auslegung des Begriffs der Spitalbedürftigkeit nahe, zumal Eugster ausdrücklich festhielt, dass zwar prinzipiell denkbar sei, dass in einer Spitalzusatzversicherung vertraglich eine Leistungspflicht vereinbart werde, auch wenn keine Behandlungs- oder Spitalbedürftigkeit bestehe. Ein solcher Tatbestand sei bei den Spitalzusatzversicherungen jedoch ohne praktische Bedeutung, weil sie von den Spitalzusatzversicherungen kaum je gedeckt seien. Weiter führte Eugster aus, dass die Zusatzversicherer versuchen würden, eine enge Abstimmung der Indikationskataloge von Grund- und Spitalzusatzversicherung herbeizuführen, indem sie das Erfordernis der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung zum Vertragsbestandteil erheben und vertraglich den Krankheitsbegriff des KVG verankern würden. Daher würden in der Regel nur medizinische Indikationen, die in der Grundversicherung Pflichtleistungen darstellten, eine vertragliche Leistungspflicht auslösen (Eugster, Die Unterscheidung zwischen grund- und zusatzversicherten Leistungen im Spitalbereich: Welche juristischen Kriterien sind massgeblich?, in: SZS/RSAS 49/2005 S. 451 f.). Ausserdem ist - entgegen der Auffassung des Klägers (Urk. 1 S. 5) - davon auszugehen, dass mit der Spitalzusatzversicherung lediglich die Kosten für einen gesteigerten Komfort und weitere Annehmlichkeiten versichert, nicht aber eine bessere medizinische Versorgung im Sinne von erhöhter, aber medizinisch nicht notwendiger Sicherheit gewährleistet wird.

Zusammenfassend ist somit unter Berücksichtigung des Wortlauts der ZVB davon auszugehen, dass der Begriff der Spitalbedürftigkeit in der Zusatzversicherung mit demjenigen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übereinstimmt. Festzuhalten ist schliesslich, dass Eugster - entgegen der Auffassung des Klägers - nicht den Versuch der Herbeiführung der Bedeutungsgleichheit der einzelnen Begriffe beziehungsweise die Parallelschaltung der zu deckenden Tatbestände an sich in Zweifel zieht. Eugster stellt vielmehr lediglich die Tauglichkeit des von den Versicherern gewählten Instruments zur Herbeiführung dieser Parallelschaltung in Frage (Eugster, Die Unterscheidung zwi-

schen grund- und zusatzversicherten Leistungen im Spitalbereich: Welche juristischen Kriterien sind massgeblich?, a.a.O., S. 451 f.).

4.

4.1 Der Kläger brachte sodann zur Spitalbedürftigkeit vor, er erreiche auf der Punkteskala der Ophthalmologischen Gesellschaft einen Punktwert von 15 (Angst und Neigung zu psychosomatischen Reaktionen [5 Punkte] + Narkose [7 Punkte] + Pseudoexfoliationssyndrom [3 Punkte] = 15 Punkte), weshalb ein stationärer Aufenthalt nötig gewesen sei. Dr. M sei kein Facharzt für Ophthalmologie und daher nicht kompetent für die Beurteilung der Spitalbedürftigkeit (Urk. 1 S. 5 f., Urk. 12 S. 3).

Zu prüfen ist somit, ob der Zustand des Klägers die stationäre Behandlung im Sinne von Ziffer 4 ZVB gestützt auf die Einschätzung des behandelnden Arztes und der Punkteskala der Ophthalmologischen Gesellschaft erforderte. Dabei ist das Kriterium der "Erforderlichkeit" einer stationären Behandlung im Lichte des unter Erw. 3.4 Aufgeführten zu beurteilen, wobei insbesondere auch die geforderte medizinische Notwendigkeit berücksichtigt werden muss. Dass ein stationärer Aufenthalt lediglich vertretbar ist (vgl. Urk. 1 S. 6), kann somit nicht zur Begründung einer Leistungspflicht ausreichen.

4.2 Der Einschätzung des Vertrauensarztes der Y, Dr. M, vom 4. Januar 2006 ist zu entnehmen, dass dem erhöhten Operationsrisiko mit der Intubationsnarkose (ITN) begegnet worden sei, welche den Kläger ruhig gestellt und dem Operateur erlaubt habe, sich ohne Gefahr der Ablenkung voll auf die Operationstechnik zu konzentrieren. Dies könne nicht nur zur Vermeidung sondern auch zur Behandlung einer allfälligen Komplikation sehr wichtig sein. Die ITN habe zwar eine Überwachung von ein paar Stunden, jedoch keinen zwingenden Spitalaufenthalt über Nacht bedingt. Für die Dauer der Operation und die durch die Narkose bedingte Überwachungszeit sei eine Spitalinfrastruktur nötig gewesen. Die in den Empfehlungen betreffend Kataraktoperationen aufgeführten "Ophthalmologischen Faktoren" stelle er als Vertrauensarzt nicht in Frage, wobei sich daraus drei Punkte ergeben würden. Die "Allgemeinen Faktoren" hinterfrage er aber, da es sich um unscharfe Kriterien handle, die nicht immer einen Einfluss auf die Spitalbedürftigkeit hätten. Vorliegend würden die Faktoren Angst und Narkose nicht zugunsten der Spitalbedürftigkeit ins Gewicht fallen (Urk. 9/2).

4.3 In Bezug auf das in Frage gestellte Fachwissen von Dr. M, welcher kein Ophthalmologe ist (Urk. 1 S. 5 f., Urk. 12 S. 3), ist vorwegzunehmen, dass dieser in seinem Bericht vom 4. Januar 2006 ausführte, dass die Vertrauensärzte die Rubrik "Ophthalmologische Faktoren" in der Regel nicht in Frage stellen würden. Indem er dies festhielt und in der Folge weder zum geltend gemachten Pseudoexfoliationssyndrom Stellung nahm, noch dieses in Frage stellte, machte er deutlich, dass er diesbezüglich keine von den Fachärzten abweichende Einschätzung vorzunehmen gedenke. Dr. M nahm somit keine Einschätzung vor, für welche es das besondere Fachwissen eines Ophthalmologen bedurft hätte. Dass er im Gegensatz dazu zu den unter "Allgemeine Faktoren" aufgeführten Kriterien Stellung nahm, kann nicht beanstandet werden, zumal die Beurteilung dieser Kriterien (beispielsweise das Alter des Patienten, das Vorliegen einer Epilepsie, das Vorliegen einer Diabetes etc.) kein spezifisch augenärztliches Fachwissen voraussetzt (Urk. 9/2). Der Einwand des Klägers, auf die Einschätzung von Dr. M könne mangels Fachwissen nicht abgestellt werden, erscheint somit als unbegründet.

Festzuhalten ist sodann, dass die Empfehlungen der Ophthalmologischen Gesellschaft betreffend Kataraktoperationen (Kataraktoperation ambulant oder stationär - Punkteskala) keine Rechtswirkungen gegenüber den Versicherungen oder den rechtsanwendenden Instanzen entfalten, sie vielmehr lediglich als - überprüfbare - Leitlinie und Hilfestellung für die Einschätzung und Überprüfung der Spitalbedürftigkeit dienen.

4.4 Folglich ist - entgegen der Einschätzung des Klägers (Urk. 1) - nicht davon auszugehen, dass die erreichte Punktzahl von 15 auf der Punkteskala der Ophthalmologischen Gesellschaft ohne Weiteres den im Sinne von Ziffer 4 ZVB vorausgesetzten, eine stationäre Behandlung erfordernden Zustand zu begründen vermag. Insbesondere ist in Übereinstimmung mit der Y und deren Vertrauensarzt, Dr. M, davon auszugehen, dass das Vorliegen und die Gewichtung der "Allgemeinen Faktoren" gemäss den Empfehlungen betreffend Kataraktoperationen, aber auch die daraus zu ziehenden Konsequenzen einer Überprüfung zugänglich sind. So ergeben sich aus den Akten keine Hinweise darauf, dass die geltend gemachte "Angst und Vagus-Reaktionen" überhaupt in einem, einen stationären Aufenthalt erforderlich machenden Ausmass vorlagen, und es ist auch nicht ersichtlich, inwiefern diese einen verlängerten Spitalaufenthalt nötig gemacht hätten, zumal davon auszugehen ist, dass die Angst vor allem vor der Operation auftritt. Ausserdem wären allfällige "Angst und Vagus-Reaktionen" infolge der gut verlaufenen Operation des rechten Auges zumindest bei der Operation des linken Auges weggefallen. Dem Argument,

dass sich der Kläger um sein Ansehen bei seinen Patienten gefürchtet habe, da diese allenfalls das Vertrauen in ihn hätten verlieren können, wenn sie wegen der längeren Abwesenheit erfahren hätten, dass er Probleme mit den Augen habe und dass daher die Gefahr von psychosomatischen Reaktionen bestanden habe (vgl. Urk. 1 S. 5 im Prozess Nr. KV.2006.00026), kann sodann nicht gefolgt werden. Die Angst des Klägers bezieht sich nämlich nicht auf die Operation oder deren mögliche Konsequenzen in Bezug auf das Augenlicht, sondern auf sein Ansehen und die Schwierigkeit, den Patienten zu verheimlichen, dass eine Kataraktoperation nötig war. Ein stationärer Aufenthalt unter Spitalbedingungen über die Operations- und narkosebedingte Überwachungszeit hinaus erscheint nicht geeignet, dieser Furcht zu begegnen. Schliesslich geht aus dem Bericht von Dr. M, auf welchen abgestellt werden kann (vgl.

Erw. 4.3), in plausibler und nachvollziehbarer Art und Weise hervor, dass die Intubationsnarkose lediglich eine Überwachung von ein paar Stunden, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen der ambulanten Behandlung zu übernehmen ist (siehe hierzu Prozess Nr. KV.2006.00026), nötig gemacht hat. Dass eine besondere Situation vorgelegen habe, welche eine weitergehende Überwachung erforderlich gemacht hätte, machte der Kläger zudem nicht geltend, vielmehr stützte er sich lediglich auf die Punkteskala der Ophthalmologischen Gesellschaft, welche aber, wie erwähnt, nicht ohne Weiteres übernommen werden kann und keinen Zustand, der einen stationären Aufenthalt erfordert, zu begründen vermag.

Mangels Erfüllens der in Ziffer 4 der ZVB aufgeführten Voraussetzungen entstand somit weder für die Operation des linken noch des rechten Auges eine Leistungspflicht der Y aus der Spitalzusatzversicherung. Die Klage ist daher abzuweisen.

5. Betreffend den von der Beklagten gestellten Antrag, es sei das vorliegende Verfahren bis zur rechtskräftigen Festlegung der Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu sistieren (Urk. 6 S. 4), bleibt zu erwähnen, dass sich eine Sistierung nicht rechtfertigt. Dies ergibt sich daraus, dass das Rechtsbegehren in der Klage in der Weise formuliert wurde, dass die Leistung aufgrund der Zusatzversicherung unter Abzug der Zahlungen aufgrund des KVG und somit unter Berücksichtigung der im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu bezahlenden Leistungen erfolgen solle. Eine Sistierung würde zudem nicht zu einem anderen Resultat im vorliegenden Klageverfahren führen, weshalb das Sistierungsbegehren abzuweisen ist.

- 6 Die Y brachte vor, dass den Versicherungsträgern gemäss § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ein Anspruch auf Parteientschädigung zustehe, soweit dieser nicht von anderen Gesetzen ausgeschlossen sei. Es bestehe kein gesetzlicher Ausschluss, weshalb ihr eine Parteientschädigung zu entrichten sei (Urk. 6 S. 7).

Nach der Rechtsprechung hat eine Partei in der Regel nur dann 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 DA 356 f. Erw. 6b sowie auf die nicht publizierte Erw. 4 von BGE 124 III 229]). Die Beklagte war im vorliegenden Verfahren nicht durch einen externen Rechtsvertreter vertreten, so dass sich ihr Anspruch auf eine Prozessentschädigung nach den Kriterien für die Entschädigung einer unvertretenen Partei richtet, die indessen nicht erfüllt sind. Der Antrag der Beklagten auf Zusprechung einer Prozessentschädigung ist daher abzuweisen.

Auch dem Kläger steht keine Prozessentschädigung zu, da er mit seiner Klage unterlag.

### **Der Einzelrichter erkennt:**

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Es werden keine Prozessentschädigungen zugesprochen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - D Rechtsschutz-Versicherungs-AG
  - Y Versicherungen AG
  - 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. BOG 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 BOG).

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 BOG).

## **Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich**

Der Einzelrichter Die Gerichtssekretärin

S p i t z

S a g e r

SP/RA/LR

versandt

**4. Okt. 2007**