

I. Kammer
Sozialversicherungsrichter Spitz als Einzelrichter
Gerichtsschreiber Wilhelm

Urteil vom 31. Oktober 2014

in Sachen

X.____
Kläger

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Marc Bernheim
c/o Staiger, Schwald & Roesle, Rechtsanwälte
Genferstrasse 24, Postfach 677, 8027 Zürich

gegen

Sanitas Privatversicherungen AG
Hauptsitz
Jänergasse 3, 8004 Zürich
Beklagte

Zustelladresse: Sanitas
Rechtsdienst Departement Leistungen
Postfach 2010, 8021 Zürich

Sachverhalt:

1.X.____, geboren 1936, ist im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei der Sanitas Grundversicherungen AG grundversichert. Überdies besteht für verschiedene weitere Leistungen mit der Sanitas Privatversicherungen AG eine Zusatzversicherung (vgl. Urk. 2/3). Anfang 2012 überwies Dr. med. Y.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, den Versicherten zur stationären Behandlung in die Klinik Z.____ (Urk. 2/7). Betrieben wird die Klinik von der A.____ (vgl. Urk. 12/4/5). Die stationäre Behandlung des Versicherten dauerte vom 26. Februar bis zum 17. März 2012, wofür die Klinik Z.____ den Betrag von EUR 11'028.95 in Rechnung stellte (vgl. Urk. 2/12, Urk. 2/14). Bereits am 22. Februar 2012 hatte der Versicherte die Sanitas Privatversicherungen AG um Kostenübernahme für die stationäre Behandlung in der Klinik Z.____ ersucht (Urk. 2/11). Die Sanitas Privatversicherungen AG lehnte in der Folge eine Kostenübernahme wiederholt ab (Urk. 2/15 = Urk. 12/1, Urk. 2/16 = Urk. 12/2, Urk. 2/18 = Urk. 12/5, Urk. 2/21 = Urk. 12/14), offerierte dem Versicherten aber am 26. September und erneut am 29. Oktober 2012 im Sinne einer Kulanzleistung die Bezahlung von Fr. 3'240.-- (Urk. 12/11, Urk. 12/14).

2.Am 11. Januar 2013 erhob der Versicherte gegen die Sanitas Privatversicherungen AG Klage mit dem Rechtsbegehren, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm den Betrag von Fr. 12'285.-- (EUR 10'183.90 zum SNB-Mittelkurs vom März 2012 zu 1.2063) zuzüglich 5 % Zins seit dem 14. März 2012 zu bezahlen (Urk. 1). Die Beklagte beantragte in der Klageantwort vom 30. April 2013 die Abweisung der Klage (Urk. 11). In Replik und Duplik hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest (Urk. 16, Urk. 22). Auf die Ausführungen der Parteien und die Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

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.Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen nach Art. 12 Abs. 3 KVG dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Dazu gehören auch Streitigkeiten aus Krankentaggeldversicherungen nach dem VVG (BGE 138 III 2, 558 E. 2). Die Kantone können gestützt auf Art. 7 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO) ein Gericht bezeichnen, welches als einzige kantonale Instanz für Streitigkeiten in

diesem Gebiet sachlich zuständig ist. Im Kanton Zürich liegt die Zuständigkeit beim Sozialversicherungsgericht (§ 2 Abs. 2 lit. b des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Verfahren richtet sich nach der ZPO, wobei das vereinfachte Verfahren zur Anwendung gelangt (Art. 243 Abs. 2 lit. f ZPO) und die Klage direkt beim Sozialversicherungsgericht anhängig zu machen ist (BGE 138 III 558 E. 3.2 und E. 4.6). Die sachliche und örtliche Zuständigkeit des hiesigen Gerichts zur Beurteilung der eingereichten Klage ist unstrittig gegeben (vgl. Urk. 1 S. 3, Urk. 11 S. 1).

3.

3.1 Das Gericht stellt den Sachverhalt unabhängig vom Streitwert von Amtes wegen fest (Art. 247 Abs. 2 lit. a ZPO). Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht alle rechtserheblichen Sachverhaltselemente zu berücksichtigen hat, die sich im Verlaufe des Verfahrens ergeben, auch wenn die Parteien diese nicht angeführt haben, gilt nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien. Er entbindet die Parteien nicht davon, Beweise beizubringen und bei der Erstellung des Sachverhalts mitzuwirken (BGE 125 III 231 E. 4a; Mazan in: Basler Kommentar zur Schweizerischen Zivilprozessordnung, 2. Auflage, 2013, N 9 und N 13 zu Art. 247). Ebenso schliesst er die antizipierte Beweiswürdigung nicht aus (Urteil des Bundesgerichts 5C.206/2006 vom 9. November 2006 E. 2.1) und verleiht den Parteien keinen Anspruch, dass alle möglichen Beweise abgenommen werden, und auch keinen Anspruch auf ein bestimmtes Beweismittel (BGE 125 III 231; Urteil des Bundesgerichts 5C.34/2006 vom 27. Juni 2006 E. 2a).

3.2 Wo das Gesetz es nicht anders bestimmt, hat gemäss Art. 8 des Zivilgesetzbuches (ZGB) derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der aus ihr Rechte ableitet. Nach dieser Grundregel hat der Anspruchsberechtigte die Tatsachen zur "Begründung des Versicherungsanspruches" (Marginalie zu Art. 39 VVG) zu beweisen, also namentlich das Bestehen eines Versicherungsvertrags, den Eintritt des Versicherungsfalls und den Umfang des Anspruchs. Den Versicherer trifft die Beweislast für Tatsachen, die ihn zu einer Kürzung oder Verweigerung der vertraglichen Leistung berechtigen oder die den Versicherungsvertrag gegenüber dem Anspruchsberechtigten unverbindlich machen (BGE 130 III 321 E. 3.1). Im Privatversicherungsrecht müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen sein (BGE 130 III 321 E. 3.5). Das gilt auch für den Beweis von anspruchshindernden Tatsachen, für welche die Beweislast aufgrund von Art. 8 ZGB beim Versicherer liegt (Praxis 80/1991, Nr. 230, S. 964 f. E. 3b [Urteil des Bundesgerichts vom 22. November 1990]).

3.3 Als Teil des Privatrechts räumt das VVG den Parteien weitgehende Vertragsfreiheit ein, solange sie die Schranken der Rechtsordnung beachten und sich der Vertragsinhalt regelmässig nach den vorformulierten AVB richtet (Iten, Der private Versicherungsvertrag: Der Antrag und das Antragsverhältnis unter Ausschluss der Anzeigepflicht, Freiburg 1999, S. 23). Art. 100 Abs. 1 VVG erklärt sodann die Bestimmungen des Obligationenrechts (OR) als anwendbar, soweit das VVG keine Vorschriften enthält.

3.4 Bei der Auslegung eines (Versicherungs-)Vertrages ist zu beachten, dass Individualabreden in der Regel vorformulierten Vertragsbestimmungen vorgehen (BGE 93 II 326 E. 4b, 123 III 44 E. 2c/bb; Fuhrer, in: Basler Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, N 77ff. zu Art. 33). Im Übrigen sind vorformulierte Vertragsbestimmungen und individuell verfasste Vertragsklauseln grundsätzlich nach den gleichen Regeln auszulegen (BGE 135 III 1 E. 2, 135 III 410 E. 3.2). Bei der Auslegung von vorformulierten Vertragsbestimmungen nach dem Vertrauensprinzip hat das Gericht vom Wortlaut auszugehen und zu berücksichtigen, was sachgerecht erscheint. Es orientiert sich am dispositiven Recht (Urteil des Bundesgerichts 5C.21/2007 vom 20. April 2007 E. 3.1). Bei juristischen Fachausdrücken oder Begriffen, die in der Rechtssprache eine festumrissene Bedeutung haben, gilt vermutungsweise der fachtechnische Sinn (vgl. Stoessel, in: Basler Kommentar zum Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, a.a.O., Vorbemerkungen zu Art. 1-3 N 24).

4.

4.1 Fest steht, dass der Kläger vom 26. Februar bis am 17. März 2012 in der Klinik Z.____ stationär behandelt wurde. Dies ergibt sich aus dem ärztlichen Abschlussbericht der Klinik vom 29. August 2012 (Urk. 2/12) und dem Umstand, dass die Klinik dem Kläger für diese Behandlung insgesamt EUR 11'028.95 in Rechnung stellte (Rechnung vom 14. März 2012; Urk. 2/14). Die Frage des Anspruchs auf Erstattung dieser Kosten durch die Beklagte ist zwischen den Parteien unter verschiedenen Gesichtspunkten kontrovers. Einer der kontroversen Punkte ist, ob der Kläger spitalbedürftig war.

4.2 Der Begriff der Spitalbedürftigkeit findet sich als Leistungsvoraussetzung in den Versicherungsbedingungen, konkret in den Zusatzbedingungen (ZB) für die Zusatzversicherung „Hospital Private“ in der Ausgabe Januar 2004 (vgl. Urk. 17/1).

Die genannte Zusatzversicherung ist Teil der Versicherungspolice zwischen dem Kläger und der Beklagten. Die Massgeblichkeit der Ausgabe 1.04 der ZB ist in der Police ausdrücklich erwähnt (Urk. 2/3 S. 2). Beide Parteien gehen explizit davon aus, dass die genannten Zusatzbedingungen anwendbar sind (Urk. 1 S. 9 Rz. 30, Urk. 11 S. 1 f. Rz. 4, Urk. 11 S. 2 f. Rz. 4). Art. 13 Abs. 1 der ZB bestimmt, dass die bei einem Spitalaufenthalt versicherten Leistungen bezahlt werden, solange aufgrund der medizinischen Indikation eine Akutspitalbedürftigkeit besteht (Urk. 17/1 S. 4).

4.3 Der Begriff der Spitalbedürftigkeit entstammt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Von Spitalbedürftigkeit ist dann auszugehen, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital, das heisst unter Inanspruchnahme eines Spitalbettes und der in einem Spital vorhandenen personellen und apparativen Mittel zweckmässig durchgeführt werden können. Dies ist in der Regel bei plötzlich auftretenden und heftig verlaufenden Gesundheitsstörungen nötig. In diesen Fällen ist eine kurzzeitige intensive ärztliche und pflegerische Betreuung erforderlich. Spitalbedürftigkeit ist aber auch dann gegeben, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind und nur noch im Rahmen eines Spitalaufenthaltes Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht (vgl. Eugster, Krankenversicherung, in:

Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Basel 2007, S. 526 ff. Rz. 390 ff.; Wilhelm, KV-Leistungen: OKP, in: Recht der Sozialen Sicherheit, Basel 2014, S. 482 f. Rz. 14.30, je mit Hinweisen auf die Judikatur).

5.

5.1 Der Kläger geht davon aus, es habe eine Spitalbedürftigkeit bestanden und verweist diesbezüglich auf die Ausführungen von Dr. Y.____ und Dr. med. B.____, Chefarzt der Klinik Z.____, aus denen sich ergebe, dass eine Komplextherapie erforderlich gewesen sei, die nur unter stationären Bedingungen habe durchgeführt werden können (Urk. 16 S. 3 ff. Rz. 7 ff.). Die Beklagte stützt sich für ihre gegenteilige Auffassung auf die Ausführungen ihrer Vertrauensärzte Dr. med. C.____ und Dr. med. D.____ (Urk. 11 S. 2 f. Rz. 8 f.).

5.2 Dr. Y.____ nannte im Überweisungsschreiben vom 21. Februar 2012 als Diagnosen - soweit diese vorliegend von Bedeutung sind - eine Hämochromatose, arterielle Hypertonie, Adipositas (BMI 35.2) sowie ein lumbospondylogenes Syndrom rechts bei Spinalkanalstenose L4/L5 und L3/L4. Die Hämochromatose habe in der letzten Zeit erfolgreich mit Aderlässen behandelt und kontrolliert werden können. Negativer habe sich die Adipositas entwickelt. Die Beschwerden von Seiten der Lendenwirbelsäule (LWS) rezidierten jeweils. Es wäre gut, wenn der Kläger im Rahmen der Rehabilitation muskulär gezielt seine LWS stabilisieren könnte. Indiziert sei ein gezieltes Krafttraining der LWS-Muskulatur, das der Kläger in der Folge auch selber weiterführen könne. Von allergrösster Bedeutung im Zusammenhang mit den Rückenproblemen sei auch eine konsequente Gewichtsreduktion (Urk. 2/7 S. 1).

5.3 Dr. B.____ von der Klinik Z.____ nannte im Abschlussbericht vom 29. August 2012 ergänzend als Diagnosen - wiederum soweit diese vorliegend von Bedeutung sind - ein Schlafapnoe-Syndrom und eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD; Urk. 2/12 S. 1) und fasste zum Zustand beim Eintritt in die Klinik und zum Verlauf der stationären Behandlung zusammen, der Kläger sei mit einer zunehmenden Luftnot bei eher pyknischem Habitus, Adipositas und Hämochromatose eingetreten. Bezüglich letzterer Diagnose würden Aderlässe durchgeführt, allerdings habe sich der Eisenwert im Normalbereich befunden. Seit Jahren sei ein Schlafapnoesyndrom bekannt, wobei diesbezüglich keine spezielle Therapie bestehe. Mit dem zunehmenden Gewicht hätten sich in letzter Zeit die Rückenschmerzen verstärkt. Zusammen mit der Luftnot habe dies zu einer Gehstrecke von zum Teil weniger als 20 Metern geführt. Während des gesamten Aufenthaltes sei eine Reduktionskost von 800 kcal pro Tag verordnet worden. Das Gewicht habe damit von 99,5 kg auf 92,2 kg reduziert werden können. Parallel sei der Kläger krankengymnastisch behandelt und es sei ein Muskelaufbau zur Stabilisierung der Rückenmuskulatur durchgeführt worden. Ferner sei der Kläger einem Facharzt für Pulmologie vorgestellt worden. Die Lungenfunktionsprüfung habe ergeben, dass eine obstruktive Störung bestehe. Mit der Behandlung in der Klinik habe sich der Allgemeinzustand erheblich verbessert und die Gehstrecke habe signifikant verlängert werden können (Urk. 2/12 S. 1 f.).

Am 13. Mai 2013 ergänzte Dr. B.____ zusammengefasst, zwar sei richtig, dass einzelne der erfolgten Behandlungen an sich auch ambulant hätten erfolgen können, indessen sei angesichts des Zustandes des Klägers eine Komplexbehandlung nötig gewesen, die so nicht hätte ambulant durchgeführt werden können. Die Indikation einer Komplexbehandlung sei in den vertrauensärztlichen Stellungnahmen nicht beachtet worden (Urk. 17/3 S. 1 ff.).

5.4 In der vertrauensärztlichen Stellungnahme vom 21. Juni 2012 hielt Dr. C.____ fest, aus den Ausführungen des einweisenden Arztes Dr. Y.____ ergebe sich, dass der Kläger unter verschiedenen rheumatischen Beschwerden gelitten habe (lumbospondylogenes Syndrom, Gonarthrose und Sprunggelenksarthrose), und dass diese Beschwerden durch die Adipositas verstärkt worden seien. Eine Rehabilitation sei nur dann kostenpflichtig, wenn eine Spitalbedürftigkeit bestehe und ambulante Therapiemassnahmen nicht genügten respektive ausgeschöpft worden seien. Dies könne im vorliegenden Fall aber nicht nachvollzogen werden. Vorliegend könne daher keine Kostengutsprache für die Rehabilitation erfolgen (Urk. 2/20).

5.5 Der Vertrauensarzt Dr. D.____ führte am 23. Oktober 2012 aus, die im Austrittsbericht vom 29. August 2012 festgehaltene medizinische Problematik liefere keine Begründung für eine stationäre Rehabilitation. Eine COPD werde in aller Regel ambulant diagnostiziert und behandelt. Das Rückenleiden sei nur in der Anamnese als chronisches Problem erwähnt worden. Im klinischen Aufnahmebefund sei aber keine Rückenuntersuchung erwähnt worden. Eine Physiotherapie und insbesondere eine medizinischen Trainingstherapie hätte zweckmässigerweise ambulant erfolgen können. Im Bericht klar festgehalten und prioritär erwähnt sei die Gewichtsreduktion als Behandlungsgrund (Urk. 12/13).

6.

6.1 In Würdigung der wiedergegebenen ärztlichen Ausführungen ist festzustellen, dass Dr. Y.____ in seinem Schreiben vom 21. Februar 2012 an die Klinik Z.____ als Grund für die Behandlung in der Klinik Z.____ die Gewichtsreduktion und die Durchführung einer medizinischen Trainingstherapie nannte. Atemprobleme, insbesondere akute, erwähnte Dr. Y.____ keine (vgl. Urk. 2/7 S. 1). Gemäss Abschlussbericht der Klinik Z.____ vom 29. August 2012 standen die Gewichtsreduktion und die krankengymnastische Behandlung dann auch tatsächlich im Zentrum. Dies wird auch durch die Angaben im Therapieplan zusätzlich bestätigt. Massagen, Physiotherapie und Myoreflextherapie bestimmten die Behandlung. Atemtherapien fanden nur vereinzelt statt (vgl. Urk. 2/13, Urk. 17/2).

6.2 Im Abschlussbericht der Klinik zusätzlich Erwähnung fand eine beim Eintritt festgestellte Luftnot. Jedoch führte gemäss dem Bericht nicht in erster Linie diese, sondern das erhebliche Übergewicht mit einem BMI von 35.2 und die damit einhergehende Zunahme der Rückenbeschwerden zum deutlich eingeschränkten Bewegungsradius (Urk. 2/12 S. 1). Der Lungenfunktionstest ergab lediglich, dass der Beschwerdeführer an einer leichten obstruktiven Funktionsstörung leidet, deren Symptome problemlos medikamentös behandelt werden konnten (Urk. 2/12 S. 2).

6.3 Unter den genannten Blickwinkeln ist die vertrauensärztliche Beurteilung, dass für die Behandlung nicht zwingend ein stationärer Rahmen nötig war, sondern diese auch ambulant hätte durchgeführt werden können, nachvollziehbar und leuchtet ein. Daran ändert nichts, dass aus Sicht von Dr. B.____ die Reduktion des Gewichts und die Kräftigung zusammen, im Sinne einer gleichzeitigen Behandlung angezeigt gewesen ist, was aus vertrauensärztlicher Sicht auch nicht in Zweifel gezogen wurde. Massgebend ist allein, ob aus medizinischer Sicht eine stationäre Behandlung zwingend nötig war. Gemäss vorstehender Erwägung 4 setzt der Anspruch auf Kostenübernahme für eine stationäre Behandlung eine Akutspitalbedürftigkeit voraus. Diese ist gegeben, wenn die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen nur in einem Spital durchgeführt werden können, was in der Regel bei plötzlich auftretenden und heftig verlaufenden Gesundheitsstörungen oder dann nötig ist, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlung erschöpft sind. Vorliegend ist weder bezüglich der Gewichtsreduktionen, noch bezüglich der Rückenprobleme oder der obstruktiven Lungenfunktionsstörung ausgewiesen, dass eine Behandlung - auch die gleichzeitige Behandlung der verschiedenen Leiden - schlechterdings nur in stationärem Rahmen durchführbar war, weil nur da die hierfür erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Mittel zur Verfügung standen, oder dass die Möglichkeiten für eine ambulante Behandlung erschöpft waren. Weder das Überweisungsschreiben von Dr. Y.____ vom 21. Februar 2012 (Urk. 2/7) noch der Abschlussbericht von Dr. B.____ vom 29. August 2012 (Urk. 2/12) legen eine solche Schlussfolgerung zwingend nahe. Im Überweisungsschreiben sprach Dr. Y.____ sogar ausdrücklich vom bevorstehenden Rehabilitations- und Kuraufenthalt (Urk. 2/7 S. 1).

6.4 Fehlt es am Nachweis, dass die vorliegend in Frage stehenden therapeutischen Massnahmen einzig im stationären Rahmen durchführbar waren, wofür der Kläger die Beweislast trägt, so ist die Spitalbedürftigkeit zu verneinen. Damit sind die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung „Hospital Private“ nicht gegeben und die Prüfung der weiteren Leistungsvoraussetzungen erübrigt sich. Bezüglich der Gewichtsreduktion zu erwähnen bleibt, dass für Abmagerungskuren und Kräftigungstherapien auch gestützt auf Art. 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zu den Zusatzversicherungen der Beklagten ganz generell ein Leistungsausschluss besteht (vgl. Urk. 2/4 S. 4). Ohne Einfluss auf die Frage der Leistungspflicht im vorliegenden Fall ist sodann, dass die Beklagte im Jahr 2004 die Kosten für eine Behandlung des Klägers in der Klinik Z.____ übernommen hat (vgl. Urk. 2/8). Für jedes Gesuch um Kostengutsprache sind die Voraussetzungen jeweils neu zu prüfen.

Die Beklagte hat zusammengefasst die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung in der Klinik Z.____ zu Recht abgelehnt. Dies hat die Abweisung der Klage zur Folge.

7.

7.1 Gemäss Art. 114 lit. e ZPO ist das Verfahren kostenlos. Zu den Prozesskosten gehören die Gerichtskosten und die Parteientschädigung (Art. 95 Abs. 1 ZPO). Aus der Formulierung von Art. 114 ZPO ergibt sich, dass dessen lit. e nur die Gerichtskosten betrifft, nicht aber die Prozessentschädigung an die Gegenpartei (Urteil des Bundesgerichtes 4A_194/2010 vom 17. November 2010, E. 2.2.1, nicht publiziert in: BGE 137 III 47).

7.2 Die Prozessentschädigung umfasst den Ersatz der notwendigen Auslagen, die Kosten einer berufsmässigen Vertretung sowie in begründeten Fällen eine angemessene Umtriebsentschädigung, wenn eine Partei nicht berufsmässig vertreten ist (Art. 95 Abs. 3 ZPO). Nach der zu altArt. 47 Abs. 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) ergangenen, weiterhin gültigen höchstrichterlichen Rechtsprechung hat der obsiegende Versicherungsträger Anspruch auf eine Parteientschädigung, falls er durch einen externen Anwalt vertreten ist (Urteil des Bundesgerichtes 4A_194/2010 vom 17. November 2010, E. 2.2.1, nicht publiziert in: BGE 137 III 47; Urteil des Bundesgerichts 5C.244/2000 vom 9. Januar 2001, E. 5 mit Hinweisen). Der nicht durch einen externen Anwalt vertretenen Beklagten ist somit keine Prozessentschädigung zuzusprechen.

Der Einzelrichter erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Der Beklagten wird keine Prozessentschädigung zugesprochen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

Rechtsanwalt Dr. Marc Bernheim
Sanitas

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA

5. Gegen diesen Entscheid kann innert **30 Tagen** seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde in Zivilsachen nach Art. 72 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) eingereicht werden. 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 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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/ Der Gerichtsschreiber