



II. Kammer

Sozialversicherungsrichter Mosimann, Vorsitzender
Sozialversicherungsrichter Meyer
Sozialversicherungsrichter Walser
Gerichtssekretärin Wilhelm

Urteil vom 19. Juni 2009

in Sachen

X.,

Klägerin

vertreten durch Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi
Berger Hauser Del Grande

gegen

A. **Versicherungs-Gesellschaft**
Rechtsdienst,

Beklagte

vertreten durch Rechtsanwalt Stephan Kübler
Wiegand Kübler Rechtsanwälte

Sachverhalt:

1.

1.1 X., geboren 1966, war als selbständig erwerbende Naturärztin seit 1. Februar 2005 im Rahmen der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung der B. -Versicherung AG bei der A. Versicherungsgesellschaft (nachfolgend A.) gegen Erwerbsausfall taggeldversichert (Urk. 2/3 und Urk. 10/4-46). Das versicherte Taggeld betrug 80 % des festen Jahreslohns von Fr. 62'500.-- und war nach einer Wartefrist von 60 Tagen für eine maximale Dauer von 730 Tagen zu leisten (Urk. 2/3).

1.2 Am 21. März 2006 erlitt die Versicherte als Autolenkerin bei einem Auffahrunfall mit Heck- und Frontkollision eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) und war in der Folge zu 80 % arbeitsunfähig (vgl. Polizeirapport vom 21. März 2006, Urk. 14/1; ambulanter Bericht des Kantonsspitals Winterthur vom 23. März 2006, Urk. 2/4 = Urk. 12/ZM2, und Unfallschein, Urk. 2/5). A., bei der die Versicherte auch gegen Unfall versichert war (vgl. 11/18), richtete bis 31. Dezember 2006 Unfalltaggelder aus (vgl. Urk. 13/1-6). Mit Schreiben vom 27. Dezember 2006 teilte A. der Versicherten mit, die Taggeldleistungen aus der Unfallversicherung würden mangels natürlicher und adäquater Kausalität per 1. Januar 2007 eingestellt (Urk. 12/Z47).

1.3 Mit Schreiben vom 6. März 2007 machte die Versicherte gegenüber A. ab 1. Januar 2007 für eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit von 80 % Taggeldleistungen aus der Krankentaggeldversicherung geltend (Urk. 12/Z67), worauf A. mit Schreiben vom 23. März 2006 den Versicherungsvertrag wegen Verletzung der Anzeigepflicht durch die Versicherte kündigte und für die Arbeitsunfähigkeit ab 1. Januar 2007 die Erbringung von Leistungen aus der Taggeldversicherung ablehnte (Urk. 12/Z68).

2.

2.1 Mit Eingabe vom 27. Juli 2007 reichte X. gegen A. Klage ein und stellte folgende Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2):

„1. Es sei die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin die vertraglich geschuldeten Leistungen aus der Krankentaggeldpolice Nr. 13.626.718 (ehemals 9.644.492) zu erbringen,

a) insbesondere Taggeldleistungen nach Massgabe der ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit ab 20. November 2006;

b) vom 20. November bis 31. Dezember 2006 sind die Taggeldleistungen abzüglich der bereits erfolgten Leistungen aus der ebenfalls bei der Klägerin (richtig Beklagten) abgeschlossenen Unfallversicherungspolice Nr. 13.368.766 (ehemals 9.644.490) zu erbringen.

2. Es sei festzustellen, dass der Versicherungsvertrag nicht rechtsgültig gekündigt wurde.

3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten.“

A. beantragte in der Klageantwort vom 13. November 2007 (Urk. 9 S. 2), in teilweiser Gutheissung der Klage sei der Klägerin Fr. 1'232.90 zuzusprechen, im Übrigen sei die Klage abzuweisen.

In der Replik vom 28. Februar 2008 hielt die Klägerin an ihren Rechtsbegehren fest und beantragte ergänzend, die Klageantwort sei aus dem Recht zu weisen und die Beklagte sei zu verpflichten, die Taggeldleistung mit 5 % ab Fälligkeit zu verzinsen (Urk. 17 S. 2). Die Beklagte hielt in der Duplik vom 27. Juni 2008 (Urk. 25) an ihren Anträgen fest, worauf mit Verfügung vom 9. Juli 2008 der Schriftenwechsel geschlossen wurde (Urk. 27).

- 2.2 Am 25. Februar 2009 wurde am hiesigen Gericht eine Referentenaudienz durchgeführt, die zu keiner Einigung führte (Protokoll S. 5). Mit Verfügung vom 25. Februar 2009 zog das Gericht die Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung in Sachen der Klägerin bei (Urk. 32-34). Dazu reichten die Parteien am 31. März 2009 (Urk. 38) und 12. Mai 2009 (40) Stellungnahmen ein, die am 13. Mai 2009 jeweils der Gegenpartei zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 42).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in der Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

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. 85 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; ab 1. Januar 2005: § 2 lit. b GSVGer). Das Verfahren richtet sich nach den Bestimmungen des GSVGer, wobei ergänzend das Gesetz über den Zivilprozess (ZPO) sinngemäss Anwendung findet (§ 28 GSVGer).

2.

- 2.1 Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung sehen die Kantone ein einfaches und rasches Verfahren vor, in dem das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt (Art. 85 Abs. 2 VAG).

Das Verfahren ist daher einerseits vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen hat. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien. Die Untersuchungsmaxime entbindet die Parteien nicht davon, Beweise beizubringen und bei der Erstellung des Sachverhalts mitzuwirken (BGE 125 III 238 f. Erw. 4a). Sie haben die für die Beurteilung des Anspruchs notwendigen Auskünfte zu erteilen und zur Beschaffung der erforderlichen Unterlagen Hand zu bieten (vgl. BGE 116 V 27).

- 2.2 Das Gericht darf eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn es von ihrem Bestehen überzeugt ist (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Aufl., Bern 1984 S. 136). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 360 Erw. 5b, 125 V 195 Erw. 2, je mit Hinweisen). Dieser im Sozialversicherungsprozess allgemein gültige Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gelangt auch im Klageverfahren betreffend Leistungen aus der Zusatzversicherung zur Anwendung (Christine Grünig, Ver-

fahrensfragen in der Krankenversicherung, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Hrsg. Hans-Jakob Mosimann, Zürich 2001, S. 193 mit Hinweisen).

- 2.3 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Gerichts ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein (BGE 115 V 113 Erw. 3d/bb; Maurer, Sozialversicherungsrecht, Bd. I, 2. unveränderte Aufl., Bern 1983, S. 438 Ziff. 7a). Die Parteien tragen mithin in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 142 Erw. 8a). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 Erw. 3b).
- 2.4 Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung hat das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).
- 2.5 In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

3.

3.1 In prozessualer Hinsicht ist zunächst davon Vormerk zu nehmen, dass die Klägerin anlässlich der Referentenaudienz vom 25. Februar 2009 ihr Rechtsbegehren dahingehend präzisierte, dass - nach Ablauf der Wartefrist von 60 Tagen - ab 2. März 2007 ein Krankentaggeld für die Dauer von 670 Tagen gefordert wird. In diesem Sinne ist auf die Klage einzutreten, auch wenn bei einer Leistungsklage die geforderte Leistung üblicherweise genau zu beziffern ist. Ist - wie hier - eine Leistungsklage möglich und vom Bestand eines Vertrages abhängig, bleibt kein Raum für eine zusätzliche Feststellungsklage hinsichtlich der Gültigkeit des Vertrages (Frank/Sträuli/Messmer, Kommentar zur zürcherischen Zivilprozessordnung [ZPO], Zürich 1997, § 59 N 15).

Bei einer Taggeldhöhe von 80 % und einem Jahreslohn von Fr. 62'500.-- beträgt das volle Taggeld Fr. 136.98 (Fr. 62'500 : 365). Bei der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit von 80 % beläuft sich das anteilmässige Taggeld auf Fr. 109.58, was für 630 Tage eine Forderung von Fr. 73'418.60 ergibt.

3.2 Die Klägerin anerkannte anlässlich der Referentenaudienz, dass die Klageantwort rechtzeitig beim Gericht eingegangen ist. Dies ergibt sich auch aus den von der Beklagten eingereichten Unterlagen (vgl. Urk. 26/1-2).

3.3 Die Beklagte beantragte die teilweise Gutheissung der Klage im Betrag von Fr. 1'232.90, was prozessual einer teilweisen Klageanerkennung entspricht und zu einer entsprechenden Verfahrenserledigung führt (vgl. § 188 Abs. 2 ZPO).

Strittig ist demnach noch ein Betrag von Fr. 72'185.70 (Fr. 73'418.60 - Fr. 1'232.90).

4.

4.1 Das grundsätzlich anwendbare Versicherungsvertragsgesetz (VVG) enthält ausser in Art. 87 VVG keine spezifischen Bestimmungen zum Krankentaggeld. Es sind deshalb vorab die vertraglichen Vereinbarungen der Parteien massgebend. Einschlägig sind die Allgemeinen Bedingungen (AVB) für Kollektiv Kranken-Taggeldversicherung, Ausgabe 1/1997 (Urk. 2/2).

4.2 Die Kollektiv-Taggeldversicherung nach VVG ist als Erwerbsausfallversicherung konzipiert, indem Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen (Erwerbsausfall) von Krankheit gewährt wird (Art. 10 AVB, Urk. 2/2).

Als Krankheit gilt jede vom Willen des Versicherten unabhängige, medizinisch wahrnehmbare Störung der Gesundheit, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen ist (Art. 4 lit. a AVB).

Gemäss Art. 10 lit. e AVB bezahlt die Versicherung bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % und bei verdienstabhängigen Taggeldern das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit.

5.

5.1 Strittig und zu prüfen ist, ob und in welchem Umfang die Klägerin ab 1. Januar 2007 krankheitsbedingt arbeitsunfähig war. Nicht mehr strittig ist der Bestand des Versicherungsvertrages, nachdem die Beklagte in der Klageantwort anerkannt hat, dass bei der Kündigung wegen allfälliger Anzeigepflichtverletzung die vierwöchige Frist gemäss Art. 6 Abs. 2 VVG nicht eingehalten wurde (Urk. 9 S. 4).

5.2 Unbestrittenermassen richtete die Beklagte (als Unfallversicherer) der Klägerin nach dem Unfall vom 21. März 2006 bis 31. Dezember 2006 aufgrund einer attestierten Arbeitsunfähigkeit von 80 % Unfalltaggelder aus und stellte die Unfallversicherungsleistungen wegen nicht mehr gegebener Unfallkausalität per 31. Dezember 2006 ein.

Die Klägerin macht nun im Wesentlichen geltend, sie sei seit ab 1. Januar 2007 krankheitsbedingt weiterhin zu 80 % arbeitsunfähig, weshalb ihr nach Ablauf der Wartefrist von 60 Tagen ab 2. März 2007 ein entsprechendes Taggeld zustehe (Urk. 1 S. 6 f., Urk. 17 S. 4 f.).

Die Beklagte stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, die Arbeitsunfähigkeit der Klägerin habe sich ab November 2006 von 70 % monatlich um 10 % verringert, und ab April 2007 sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % auszugehen, was keinen Anspruch auf Taggeldleistungen mehr gebe. Für die Zeit vom 2. bis 31. März 2007 seien aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % Krankentaggelder im Betrag von Fr. 1'232.90 (Taggeld 100 % = Fr. 136.99, 30 Tage x Fr. 136.99 x 0,3; Urk. 8 f., Urk. 25 S. 4) zu leisten.

6.

6.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der Arbeitsfähigkeit der Klägerin ab 1. Januar 2007 sind die nachfolgend genannten Akten relevant, wobei anzumerken ist, dass den nicht näher begründeten ärztlichen Attesten auf

dem Unfallschein über eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % vom 21. März 2006 bis 1. Februar 2008 (vgl. Urk. 2/5 und 18/16) keine massgebliche Bedeutung zukommt.

- 6.2 Die Ärzte des Kantonsspitals Winterthur nannten im Bericht vom 23. März 2006 (Urk. 2/4 = Urk. 12/ZM2) über die ambulante Behandlung der Klägerin vom gleichen Tag die Diagnose einer HWS-Distorsion bei Status nach *Commotio cerebri* am 21. März 2006.

Die Klägerin habe am Mittag des 21. März 2006 einen Auffahrunfall erlitten und sei kurzzeitig bewusstlos gewesen. Eine Amnesie habe nicht bestanden und es sei zu keinem Erbrechen gekommen. Die Klägerin beklage Kopfschmerzen und Drehschwindel. Die röntgenologischen Abklärungen zeigten bei der Halswirbelsäule (HWS) und beim Schädel keine ossären Läsionen. Zur Arbeitsfähigkeit äusserten sich die Ärzte nicht.

- 6.3 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 30. Juni 2006 (Urk. 12/ZM3) nannte Dr. med. E., prakt. Ärztin, (*kein FMH*) als endgültige Diagnose ein zervikales Beschleunigungstrauma mit *Commotio*. Nach beinahe zwei Monaten stünden weiterhin eine starke Müdigkeit und schnelle Erschöpfung im Vordergrund. Die vegetativen Symptome wie Schwindel und Schweissausbrüche sowie Tachykardie würden abklingen. Die Beweglichkeit der HWS bei Blickrichtung rechts sei weiterhin eingeschränkt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 80 % vom 21. März bis 15. Juli 2006.

Dr. med. F., Allgemeine Medizin FMH, bestätigte im Bericht vom 6. Juli 2006 (Urk. 12/ZM4) im Wesentlichen die Beurteilung seiner Praxiskollegin Dr. E.

- 6.4 Dr. med. G., Neurologie FMH, führte am 12. September 2006 eine MRI-Untersuchung durch (Urk. 12/ZM9). Das MRI lasse eine zerebrale Läsion oder eine Läsion im Bereich des Myelons ausschliessen. Auffällig sei im MRI der HWS die extreme Steilstellung, wie sie oft nach Schleudertrauma erkennbar sei.

- 6.5 Im Auftrag der Beklagten untersuchte Dr. med. H., Facharzt für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, die Klägerin am 18. September 2006 (Urk. 12/ZM11) und wies in seinem Bericht vom 19. September 2006 darauf hin, dass anamnestisch keine sicheren Hinweise für eine erlittene *Commotio* bestünden. Aktuell klage die Versicherte noch über Konzentrationsstörungen, Schwankschwindel, Müdigkeit mit Verspannung und vegetative Missempfindung. Das MRI der HWS sei bis auf eine Streckhaltung unauffällig gewesen. Bei der klinischen Untersuchung habe er eine freie segmentale, nicht eingeschränkte und schmerzlose HWS-Beweglichkeit ohne Hinweise für Hypermobilität oder

Instabilität, mit minim ausgeprägten Weichteildysbalancen im Bereiche hochparathorakal beidseits, bei sonst unauffälligem rheumatologischen und neurologischen Untersuch vorgefunden. Die Arbeitsfähigkeit beurteilte Dr. H. nicht.

6.6 Vom 25. Oktober bis 18. November 2006 weilte die Klägerin zu einem Erholungsaufenthalt im Kurhaus Cademario, Kanton Tessin. PD Dr. med. I., Innere Medizin FMH, nannte im Bericht vom 10. November 2006 (Urk. 12/ZM18) folgende Diagnosen:

- Status nach einfachem HWS-Beschleunigungstrauma (ohne zusätzliches Kontusions- und/oder Scherungstrauma) leichtgradig bis mittelgradig
- beginnende heilungshemmende Zwischenphase mit Anpassungsstörung, phobischer Komponente, ängstlicher Vermeidungshaltung, sozialer Leidensdruck
- noch Zeichen vegetativer Destabilisierung
- noch anhaltendes neuropsychisches Defizit
- Angststörung mit Vermeidungshaltung
- leichtgradige Commotio cerebri

Beim Kurantritt habe die Klägerin als aktuelles subjektives Beschwerdebild migräneartige Kopfschmerzen mit Schwindel, massive Lärmempfindlichkeit und linksseitig mehr als rechtsseitig ausgeprägte Nackenverspannungsempfindung angegeben. Beim Therapieverlauf habe sich gezeigt, dass bei der Klägerin aktuell nur minimste äussere Aktivität realisierbar sei. Es habe sich der Eindruck ergeben, dass weder die psychische noch die somatische Unterstützung wesentlich zur Verminderung des Beschwerdebildes beitragen könnten. Hieraus habe sich die Erkenntnis ergeben, dass bei der aktuellen Verunsicherung der Patientin hinsichtlich ihrer weiteren beruflichen Aussichten in kurzer Zeit weder die psychische noch die somatische Blockiertheit leicht aufgelöst werden könnten, da diese nicht zuletzt auch als Angstreaktion auf das finanzielle existentielle Problem bei allfälligem Ausfall von Versicherungsleistungen bei bereits vorgängig des Unfalls vorhanden gewesener schmaler Erwerbsbasis zu sehen sei.

Beim Austritt habe sich die Klägerin in gutem Allgemeinzustand befunden. Die beschriebene Symptomatologie werde von der Klägerin subjektiv deutlich zurückgedrängt wiedergegeben, sei jedoch unverändert vorhanden.

Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit betrage bei anhaltender Beschwerdesymptomatik im bisherigen Beruf zunächst noch 70 %, anschliessend sollte eine Steige-

rung der Arbeitsfähigkeit parallel zum Rückgang der aktuellen Symptome um 10 % pro Monat möglich sein (Urk. 12/ZM18 S. 10).

6.7 Dr. med. J., Allgemeinmedizin FMH, überwies die Klägerin am 28. April 2007 (Urk. 2/6) zu einem neurologischen Konsilium an Dr. med. K., Facharzt für Neurologie. Bei Status nach Beschleunigungstrauma am 21. März 2006 sei die Klägerin seit dem Unfall zu 80 % arbeitsunfähig und könne angeblich nicht mehr als 20 % arbeiten. Sie habe der Klägerin nahe gelegt, sich selbständig zu fördern, um eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit zu erlangen. Darauf habe sie immer wieder die gleiche Antwort erhalten, es sei ihr nicht möglich mehr zu arbeiten, da sie sich sehr rasch erschöpfe. Die Patientin klagt über Konzentrationsschwierigkeiten und rasche körperliche Erschöpfung bei Anstrengung.

6.8 Gemäss Bericht von Dr. K. vom 9. Mai 2007 (Urk. 18/17) nannte die Klägerin als aktuelle Beschwerden die Beweglichkeit vom Kopf bis in die Endexkursionen, Kopfschmerzen im ganzen Kopf, schwankend beziehungsweise belastungsabhängig, mit migräniformen Komponenten wie Licht- und Lärmempfindlichkeit, ohne Übelkeit und Erbrechen. Ferner ermüde sie rasch. Bei seiner Untersuchung erhob Dr. K. als Hauptbefund eine Blockierung der Rotation nach rechts, maximal bei 45°, wobei diese nach links bis 60° rotieren könne. Die kombinierten Rotationen mit Inklination und Reklination seien ebenfalls nach rechts nach halber Exkursion blockiert. Es bestehe eine Druckdolenz der Muskulatur auf der linken Seite, im Bereich der nuchalen Muskelansätze und des Trapezius pars horizontales und ascendens. Die Processus transversi der oberen mittleren HWS seien ebenfalls auf der linken Seite druckdolent. Die Reflexe der oberen und unteren Extremitäten seien lebhaft und symmetrisch. Die Motorik sei ohne Ausfälle. Es bestehe kein Nystagmus und keine Abnormität im Augenhintergrund. Das mit Finger perimetrisch geprüfte Gesichtsfeld zeige einen Ausfall auf der rechten Seite lateral. Gang und komplizierte Gangarten seien unauffällig.

Nach der Beurteilung von Dr. K. erlitt die Klägerin im März 2006 eine zeitige Kollision mit Commotio cerebri bzw. kurzer Bewusstlosigkeit und kurzer Amnesie. In der Folge habe sich eine musculo-skelettale, neurovegetative und neuropsychologische Symptomatik (Tinnitus, Sehstörungen, Konzentrationsstörungen, abnorme Ermüdbarkeit, Schwindel etc.) entwickelt. Ferner bestehe ein Gesichtsfeldausfall rechts. Die Klägerin sei in ihrer Tätigkeit als Heilpraktikerin eingeschränkt und leiste maximal 20 %. Er erachte eine neuropsychologische Untersuchung für notwendig, um Konzentration, Ausdauer und Belastbarkeit zu objektivieren und quantifizieren.

6.9 Die Ärzte des Kantonsspitals Winterthur, Augenklinik, diagnostizierten am 18. Mai 2007 (Urk. 18/18) bei der Klägerin einen Gesichtsfeldausfall rechts temporal unklarer Aetiologie. Im Übrigen wurde ein unauffälliger ophthalmologischer Status, insbesondere Pupillen und Makula beidseits altersentsprechend, erhoben.

6.10 Am 3. Juli 2007 berichtete Dr. med. L., Neurologie FMH, über die von ihr am 20. und 29. Juni 2007 durchgeführte Untersuchung (Urk. 18/19). Sie stellte folgende Diagnosen:

Status nach zweizeitigem Verkehrsunfall mit Heck-Frontal-Kollision mit

- Commotio cerebri
- Konsekutiv: Verminderte psychophysische Belastbarkeit mit eingeschränkter kognitiver Leistungsfähigkeit, migärniforme Kopfschmerzen sowie zerviko-zephalales Syndrom
- Schädel-MRI 2006: unauffällig

Neuropsychologisch fanden sich bis auf eine leichte Beeinträchtigung der Konzentrationsleistungen in allen untersuchten Bereichen unauffällige Befunde. Insbesondere liessen sich keine fokalen und damit auf strukturelle Läsionen zurückzuführenden Funktionsstörungen nachweisen. Die anlässlich der ersten Untersuchung gezeigten visuo-konstruktiven Schwierigkeiten seien am 29. Juni 2009 nicht reproduzierbar gewesen. Im Rahmen der Erstuntersuchung sei es unter zunehmender Belastung zu massiver Schmerzentwicklung gekommen, weshalb die Untersuchung abgebrochen worden sei. Die Normalisierung der Befunde unter der Bedingung eines geringen Beschwerdebildes anlässlich der Verlaufsuntersuchung weise auf massgebliche, die kognitive Leistungsfähigkeit beeinflussende Schmerz- und Stresskomponenten hin, die sich damit auch auf die Belastbarkeit und die Arbeitsfähigkeit der Patientin einschränkend auswirken dürften. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. L. erfolgte nicht.

6.11 Mit Bericht vom 7. Januar 2008 (Urk. 18/20) beantwortete Dr. K. Fragen des Krankenversicherers der Klägerin. Er wiederholte im Wesentlichen die bekannten Diagnosen und als Beschwerden nannte er zerviko-zephalale Schmerzen, Minderbelastbarkeit wegen Schmerzen, erhöhte Ermüdbarkeit und Konzentrationschwäche. Die Erstuntersuchung bei ihm sei am 30. April 2007 erfolgt und er habe eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % attestiert.

6.12 PD Dr. med. M., Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, der die Klägerin ab 20. März 2007 behandelte, stellte im ärztli-

chen Zeugnis vom 24. Oktober 2007 (Urk. 34/14) zuhanden von deren Rechtsvertreterin die Diagnose einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von andern Gefühlen nach Auffahrunfall mit Schleudertrauma (ICD-10: F43.23).

Anamnestisch sei es nach der massiven körperlichen Beeinträchtigung durch das Schleudertrauma (Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Sehstörungen, Schlafstörungen, Verwirrungszustände, Schwindel, Erschöpfung, Herzrasen, Schweissausbrüche) zunehmend zu einer emotionalen Beeinträchtigung gekommen. Im Verlauf der halbjährigen Behandlung hätten sich die Symptome nicht wesentlich gebessert, was aber von der Behandlung anderer Schleudertraumapatienten bekannt sei. Nur Herzrasen und Schweissausbrüche träten nicht mehr auf. Das Befinden der Patientin, die Beschwerden zu ertragen, habe sich jedoch verändert: sie ertrage ihre Beeinträchtigung in der Regel leichter. In der Therapie würden jeweils die aktuellen Themen bearbeitet und andererseits mit körpertherapeutischen Methoden Kopfweh und Verspannungen behandelt, was helfe, aber nicht nachhaltig sei.

Die Patientin habe ein Jahr vor dem Unfall eine eigene Praxis als Heilpraktikerin eröffnet, in der sie mit Freude gearbeitet habe und die bereits gut besucht gewesen sei. Dass sie jetzt nur noch 10-20 % zu arbeiten imstande sei, sei eine herbe Enttäuschung. Dadurch, dass A. ihr die seit dem 1. Januar 2007 zustehenden Gelder nicht auszahle und durch die verminderte Berufstätigkeit wenig hereinkomme, lebe sie von ihren Ersparnissen. Diese würden zu Jahresende aufgebraucht sein. Dass in dieser Situation existentielle Ängste aufträten, liege auf der Hand. Die Patientin habe aber eine erstaunliche psychische Stärke, die ihr helfe, die Ängste jeweils zu überwinden.

Für die jetzigen physischen und psychischen Probleme gebe es keine Vorbelastungen. Diese seien auf das Unfalltrauma und seine Auswirkungen zurückzuführen.

6.13 Am 2. September 2008 erstatteten die Ärzte des Ärztlichen Begutachtungsinstituts (ABI) im Auftrag der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) ein interdisziplinäres Gutachten (Urk. 34/23). Es wurden nach persönlicher Untersuchung der Klägerin vom 23. und 24. Juni 2008 sowie psychiatrischen und neurologischen Teilgutachten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 34/23 S. 14):

- chronisches zervikozephalies Schmerzsyndrom mit Konzentrationsstörungen und autonomer Symptomatik
- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 21. März 2006

Bei der psychiatrischen Untersuchung habe die altersentsprechend aussehende Explorandin einen gepflegten Eindruck gemacht, sei freundlich und kooperativ gewesen und habe ausführlich über ihren Alltag berichtet. Die Stimmung sei ausgeglichen und der affektive Kontakt zum Gutachter gut gewesen. Die Explorandin sei allseits orientiert und bewusstseinsklar. Die Wahrnehmung, die Auffassung und das Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt. Das Denken sei formal und inhaltlich unauffällig. Wahnhafte Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen und Ich-Störungen seien nicht vorhanden. Die Explorandin leide seit dem Unfall unter Nacken- und Kopfschmerzen und fühle sich nur noch in der Lage, während maximal 20 % zu arbeiten. Neben ihrer Arbeit unternehme sie regelmässig Spaziergänge in die freie Natur, was sie geniesse. Sie gehe auch zweimal pro Woche tanzen und pflege regelmässig Kontakte zu Bekannten. Seit einem Jahr befinde sie sich in psychologischer Behandlung und habe dabei gelernt, mit den Einschränkungen besser umzugehen. Eine psychopharmakologische Therapie sei nie durchgeführt worden. Der Gutachter hielt fest, dass aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose gestellt werden könne. Die Explorandin leide unter ihren Einschränkungen, ihrer verminderten Leistungsfähigkeit und unter den wirtschaftlichen Folgen, gestalte aber den Alltag nach wie vor aktiv und pflege regelmässige soziale Kontakte. Bei der psychiatrischen Untersuchung hätten keine psychopathologischen Symptome festgestellt werden können. Die Explorandin selbst fühle sich aufgrund der Nackenbeschwerden und Kopfschmerzen nur noch in der Lage, zu 20 % zu arbeiten. Dazu müsse aus somatischer Sicht Stellung genommen werden. Im Alltag sei die Explorandin durch psychopathologische Symptome nicht eingeschränkt, so dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne (Urk. 34/23 S. 8 f.).

In der neurologischen Untersuchung nannte die Klägerin als im Vordergrund stehende Beschwerden chronische Nacken- und Kopfschmerzen. Beschwerdebedingt sei ihre Arbeitsfähigkeit als Heilpraktikerin stark vermindert und sie könne lediglich noch 10 % leisten. Längeres Arbeiten sei ihr wegen zunehmenden Schmerzen, Müdigkeit und Konzentrationsstörungen nicht möglich. Der neurologische Experte konnte bei der Befundaufnahme der HWS-Beweglichkeit aktive Kopfdrehungen bis 80° beidseits erheben. Die Nackenmuskulatur sei nicht wesentlich verspannt und es fänden sich keine Myogelosen oder fokale Irritationszonen. Bei unauffälliger Beobachtung habe sich keine Zwangs- oder Schonhaltung gezeigt. Bei der Gesichtsfelduntersuchung habe die Klägerin am rechten äusseren Rand ein Verschwommensehen angegeben, die Fingerbewegungen jedoch jeweils prompt erkannt. Bei der neurologischen Beurteilung hielt der

Experte fest, dass bei der aktuellen Untersuchung bezüglich der chronischen Nacken- und Kopfschmerzen lediglich geringgradige Befunde hätten erhoben werden können. Ein eigentliches Zervikalsyndrom könne nicht mehr festgestellt werden. Die Klägerin zeige eine weitgehend normalisierte Beweglichkeit im HWS-Bereich, wie dies bereits anlässlich der rheumatologischen Untersuchung durch Dr. H. am 18. September 2006 festgestellt worden sei. Somit seien aus somatischer Sicht die angegebenen chronischen Schmerzen im Nacken- und Kopfbereich nur bedingt nachvollziehbar. Bei der Anamneseerhebung sowie bei der klinischen Untersuchung sei aufgefallen, dass die Explorandin immer wieder „weitere Symptome“ nachreichte. So habe diese zunächst bei der Prüfung des Tinel-Phänomens über dem Sulcus ulnaris links (leichtes Beklopfen über dem Nerven) zunächst über keine Schmerzen berichtet, dann seien lokale Schmerzen angegeben worden und in einem weiteren Schritt dann Schmerzausstrahlungen in den ulnaren Unterarm und den Kleinfinger. Eine Ursache der linksseitigen temporalen Gesichtsfeldausfälle habe auch von der Augenklinik des Kantonsospitals Winterthur nicht gefunden werden können. Die fingerperimetrische Untersuchung habe lediglich eine marginale Gesichtsfeldstörung am äussersten Rand temporal rechts gezeigt, wobei diese Störung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben dürfte. Zusammengefasst könne festgestellt werden, dass die Versicherte am 21. März 2006 einen Verkehrsunfall mit einer HWS-Distorsion erlitten habe, und es beim Unfall wahrscheinlich zu einer sehr geringen milden traumatischen Hirnverletzung gekommen sei. Bei der aktuellen Untersuchung hätten sich jedoch keine Hinweise auf ein persistierendes höhergradiges Zervikalsyndrom gefunden. Relevante neuropsychologische Defizite hätten nicht nachgewiesen werden können. Die von der Versicherten geklagten hochgradigen Funktionsbeeinträchtigungen seien im heutigen Ausmass nicht nachvollziehbar. Aus somatisch-neurologischer Sicht bestehe eine leichtgradige Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit als Heilpraktikerin, bedingt durch die chronischen Nacken- und Kopfschmerzen, welche teilweise nachvollziehbar seien. Das Mass der Einschränkung, wie es von der Explorandin angegeben werde, sei jedoch nicht vollständig nachvollziehbar, insbesondere weil keinerlei objektivierbare Befunde weder klinisch noch bildgebend unterstützend vorhanden seien. Somit könne aus neurologischer Sicht davon ausgegangen werden, dass die Explorandin im Beruf als Heilpraktikerin oder in einer anderen Bürotätigkeit zu 80 % leistungsfähig sei (Urk. 34/23 S. 10 ff.).

Die abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgte im Rahmen einer multidisziplinären Konsensbesprechung. Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in anderen Tätigkeiten führten die Gutachter aus, dass

aus neurologischer Sicht eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit als Heilpraktikerin oder in einer anderen Bürotätigkeit bestehe, welche ganztägig verwertbar sei. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und eine psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Auch aus allgemeininternistischer Sicht hätten sich keine Diagnosen gefunden, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken würden. Insgesamt könne somit eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit als Heilpraktikerin oder in anderen körperlich nur leicht belastenden Tätigkeiten festgestellt werden. Was den Beginn der Arbeitsunfähigkeit angehe, sei aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit seit 21. März 2006 eingeschränkt sei. Es sei kaum möglich, die Arbeitsfähigkeit seither retrospektiv gesehen mit Sicherheit zu beurteilen. Aufgrund der vorliegenden Akten könne eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit in einem höheren Ausmass, als sie aktuell habe festgestellt werden können, jedoch kaum nachvollzogen werden. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der gutachterlichen Beurteilung und der Selbsteinschätzung der Explorandin, welche sich für maximal 20 % arbeitsfähig halte. Die Gründe für diese Selbstlimitierung könnten nicht auf eine psychische Erkrankung zurückgeführt werden, und es schienen vordergründig auch kaum IV-fremde Faktoren vorzuliegen und blieben somit unklar (Urk. 34/23 S. 15).

7.

- 7.1 Bei der Würdigung der medizinischen Akten ist zunächst zu berücksichtigen, dass die Arbeitsfähigkeit der Klägerin ab 1. Januar 2007 und insbesondere ab 2. März 2007 (Ablauf der Wartezeit) strittig ist. Den früheren ärztlichen Beurteilungen des Kantonsspitals Winterthur (Urk. 12/ZM2), von Dr. E. (Urk. 12/ZM3), Dr. F. (Urk. 12/ZM4), Dr. G. (Urk. 12/ZM9), Dr. H. (Urk. 12/ZM11) und Dr. I. (Urk. 12/ZM18), die keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit der Klägerin ab 1. Januar 2007 enthalten und die körperlichen und psychischen Beschwerden auch nicht zusammenfassend würdigen, kommt deshalb keine entscheidende Beweiskraft zu.
- 7.2 Eine interdisziplinäre Beurteilung der somatischen und psychischen Beschwerden der Klägerin erfolgte erstmals mit dem ABI-Gutachten vom 2. September 2008 (Urk. 34/23). Dieses Gutachten erfüllt sämtliche nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (Beweiskraft) vor-

ausgesetzten Kriterien. Es ist zudem nicht im Auftrag einer Partei, sondern der IV erstellt worden, was für dessen Objektivität spricht. Das Gutachten enthält eine ausführliche Anamnese, setzt sich eingehend mit den von der Klägerin genannten Beschwerden auseinander und gründet seine Beurteilung auf den Ergebnissen eigener Untersuchungen. Schliesslich vermögen die Schlussfolgerungen zu überzeugen. Es ist nachvollziehbar, dass die Klägerin beim Verkehrsunfall vom 21. März 2006 wahrscheinlich eine milde traumatische Hirnverletzung erlitten hat und in deren Folge an die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden chronischen Nacken- und Kopfschmerzen leidet. Überzeugend legen die Gutachter weiter dar, dass die von der Klägerin angegebenen Beschwerden in keinem Verhältnis zu den geringen objektiven Befunden stehen und aus somatischer Sicht daher eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit als Heilpraktikerin oder in einer Bürotätigkeit besteht. Unter Hinweis auf keine feststellbaren psychopathologischen Symptome legen die Gutachter zudem schlüssig dar, dass aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose gestellt und keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden kann. Auf diese Beurteilung ist abzustellen.

Die Einwände der Klägerin gegen das ABI-Gutachten überzeugen nicht. Zutreffend ist, dass Dr. K. der Klägerin durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % attestierte (Urk. 18/17). Mit dieser abweichenden Beurteilung setzten sich die ABI-Gutachter indes auseinander und wiesen zu Recht darauf hin, dass sich behandelnde Ärzte häufig auf die subjektiven Angaben und nicht einzig auf die objektivierbaren Befunde abstützen würden (Urk. 34/23 S. 15). Dies erscheint hier der Fall, denn Dr. K. begründete das Ausmass der von ihm geschätzten Arbeitsunfähigkeit nicht näher, sondern erachtete zur Objektivierung eine zusätzliche neuropsychologische Untersuchung als notwendig (Urk. 18/17 S. 4). Diese Abklärung durch Dr. L. ergab in der Folge bis auf eine leichte Beeinträchtigung der Konzentrationsleistungen in allen untersuchten Bereichen unauffällige Befunde (Urk. 18/19), was eine erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im von Dr. K. attestierten Ausmass ausschliesst. Auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. K. kann deshalb nicht entscheidend abgestellt werden. Unbegründet ist weiter der Einwand, im ABI-Gutachten würde die Beurteilung des Psychiaters Dr. M. nicht referiert. Tatsächlich setzte sich der psychiatrische Konsiliargutachter mit dem Bericht von Dr. M. vom 24. Oktober 2007 (Urk. 34/14) auseinander und legte dar, dass man unter der von Dr. M. diagnostizierten Anpassungsstörung allenfalls eine leichte psychische Störung zu verstehen habe, er mangels psychopathologischer Symptome keine psychiatrische Diagnose stellen könne (Urk. 34/23 S. 9). Zu

beachten ist in diesem Zusammenhang, dass eine gestellte psychiatrische Diagnose nicht ohne weiteres die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und Dr. M. eine solche Einschränkung auch nicht begründet attestierte (Urk. 34/14). Auf das ABI-Gutachten kann deshalb auch diesbezüglich abgestellt werden. Was schliesslich den Einwand betrifft, die Einschränkung des Gesichtsfeldes sei durch die ABI-Gutachter nicht durch ein ophthalmologisches Gutachten abgeklärt worden, so war eine zusätzliche Abklärung aufgrund der aktenkundigen Beurteilung durch die Augenklinik des Kantonsspitals Winterthur vom 18. Mai 2007 (Urk. 18/18) nicht erforderlich. Die Gutachter setzten sich mit diesem Beschwerdebild auseinander und schlossen eine darauf zurückzuführende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 34/23 S. 13), wie denn auch die Ärzte des Kantonsspitals Winterthur keine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit bestätigt hatten (Urk. 18/18).

- 7.3 Die medizinische Würdigung ist insofern zusammenzufassen, dass dem interdisziplinären ABI-Gutachten volle Beweiskraft zukommt und entscheidend darauf abzustellen ist. Weiter ist bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Bedeutung, wie weit bei Aufbietung allen guten Willens Schmerzen überwunden und die verbleibende Leistungsfähigkeit verwertet werden kann (BGE 131 V 49 mit Hinweisen).

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass der Klägerin bei einer objektivierten Betrachtungsweise im Zeitpunkt der Begutachtung die angestammte Tätigkeit als Heilpraktikerin oder in einer Bürotätigkeit im Umfang von 80 % zumutbar war, sie mithin im Umfang von 20 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war. Diese Einschränkung ist auch retrospektiv für den strittigen Zeitraum ab 1. Januar 2007 anzunehmen. Die Gutachter weisen zwar auf die schwierige retrospektive Beurteilung hin, halten aber aufgrund der Akten eine frühere, länger andauernde höhere Arbeitsunfähigkeit als kaum nachvollziehbar. Zu beachten ist zudem, dass diesbezüglich die Beweislast bei der Klägerin liegt und die medizinischen Akten keine höhere Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vor Erstattung des ABI-Gutachtens belegen. Auf die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit durch Dr. K. kann - wie dargelegt - nicht abgestellt werden. Von weiteren Abklärungen ist abzusehen, da davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten wären.

8. Nach dem Gesagten steht fest, dass die Klägerin im fraglichen Zeitraum ab 1. Januar 2007 im Umfang von 80 % arbeitsfähig war. Gemäss den massgebenden Art. 4 lit. a und 10 lit. e AVB der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung besteht ein Taggeldanspruch bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit nur für eine

25 Prozent übersteigende Arbeitsunfähigkeit (Urk. 2/2). Ein Anspruch der Klägerin auf Krankentaggelder ab 2. März 2007 besteht daher nicht, womit sich auch eine Prüfung der Verzugszinsproblematik erübrigt. Die Klage ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

9. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Klägerin keinen Anspruch auf Entschädigung. Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beklagte hat keine Entschädigung beantragt, weshalb die Zusprechung einer solchen nicht zu prüfen ist (vgl. 34 Abs. 2 GSVGer).

Das Gericht beschliesst:

Die Klage wird im Betrag von Fr. 1'232.90 als durch Anerkennung erledigt abgeschlossen.

und erkennt:

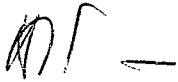
1. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.
4. Zustellung gegen Empfangschein an:
 - Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi
 - Rechtsanwalt Stephan Kübler
 - Bundesamt für Privatversicherungen
6. Da der Streitwert Fr. 30'000.-- übersteigt, kann gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 72 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). 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 Vorsitzende



Mosimann

Der Gerichtssekretär



Wilhelm

BM/WG/MP

versandt

1. Juli 2009