

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01014 vom 20. Dezember 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01014

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01014 du 20 décembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01014 del 20 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1

Dem 1952 geborenen, seit März 1980 bis März 2004 als Maler erwerbstätig gewesenen X.____ waren nach kreisärztlicher Untersuchung für die Folgen einer am 23. September 2003 erlittenen Knieverletzung - nicht jedoch für die auf keinen Unfall zurückzuführende Rückenproblematik - die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen zugesprochen worden (Verfügung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt [SUVA] vom 21. Oktober 2004). Nach weiteren Abklärungen, darunter einer am 28. und

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorkenntnisse (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

7. Februar 201

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die rentenabweisende Verfügung vom 18. Juli 2011 damit, dass – entsprechend ihren eigenen Abklärungen und jenen der SUVA – dem Versicherten die angestammte Tätigkeit als Maler zwar nicht mehr möglich sei, ihm aber behinderungsangepasste Tätigkeiten

wie beispielsweise Montage-, Kontroll- oder Verpackungsarbeiten voll zugemutet werden könnten. Aus dem Einkommensvergleich resultiere unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 27 %. In den im Rahmen des Vorbescheidverfahrens

nachgereichten Berichten der C.____ Klinik sowie des Psychiatriezentrums A.____ würden lediglich die bereits bekannten

Diagnosen beziehungsweise Einschränkungen an Wirbelsäule, Knie und Schulter beschrieben. Mangels neuer medizinischer Aspekte bestehe kein Grund, von der im

Vorbescheid in Aussicht gestellten Abweisung des Leistungsbegehrens abzuweichen (Urk. 2) .

E. 2.2

Dem

wurde beschwerdeweise (Urk. 1) entgegengehalten, die

invalidentversicherungsberechtigte Fragestellung sei mit jener anlässlich des Einspracheentscheids der SUVA vom 28. November 2008

beziehungsweise des Abweisungsentscheids des hiesigen Gerichts vom 26. November 2010 (Prozess Nr. UV.2009.00021; Verneinung der natürlichen Kausalität [allfälliger] psychischer Beschwerden) nicht identisch. Auch habe die IV-Stelle die Berichte der C.____ Klinik (Dr. B.____) und des Psychiatriezentrums A.____ (Dr. Z.____) nicht ernsthaft geprüft; namentlich nicht die Frage, ob dem Beschwerdeführer trotz der attestierten chronifizierten Schmerzen mit erheblicher psychischer Komorbidität eine Hilfsarbeit überhaupt zumutbar sei (S. 3 f.). Falls man den vor genannten Ärzten nicht folgen wolle, sei - neben einer rheumatologischen Beurteilung - durch einen unabhängigen Psychiater abzuklären, ob eine psychische Störung von Relevanz bestehe

und ob ein solcher Zustand gegebenenfalls die Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter einschränke (S. 4).

3.

E. 3

nachreichen (Urk. 10 und 11), welcher der Beschwerdegegnerin mit Gerichtsverfügung vom 29. August 2013 zu gestellt wurde (Urk. 12). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 12. September 2013 auf Stellungnahme (Urk. 13).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

E. 3.1

6

In seinem Bericht an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers stellte der behandelnde Psychiater Dr. Z.____

am 6. Juni 2011 - neben einem chronischen HWS-Syndrom, einem chronischen LWS-Syndrom sowie chronischen Arthrosebeschwerden an den Knien - die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Der seit Mitte Juli 2008 auf Zuweisung des Hausarztes am Psychiatriezentrum A.____

in Behandlung stehende Versicherte komme regelmässig zu den psychiatrischen Terminen. Er klagte weiterhin über starke Schmerzen am ganzen Körper und berichtete von Schlaflosigkeit, Nervosität und innerer Unruhe. Am 3. Mai 2011 habe er einen abschlägigen Vorbescheid der IV-Stelle erhalten. Aus ärztlicher Sicht sei eine Verbesserung des Zustandes derzeit nicht zu erwarten. Die Krankheit habe sich chronifiziert

(Urk. 3/3).

E. 3.1.1

Nach der Knie-distorsion vom 23. September 2003 hatte der auf Zuweisung des Hausarztes konsultierte Dr. med. I.____, Orthopädische Chirurgie FMH, über retropatelläre Beschwerden

des Versicherten und eine Symptomausweitung in Richtung Lendenwirbelsäule berichtet (Schreiben vom 23. Dezember 2003; vgl. Urk. 8/41/5).

Im Zwischenbericht des J.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 1. März 2005 (Urk. 8/11/24) stellten Dr. med. K.____, Oberarzt, und Dr. med. L.____, Assistenzärztin, die Diagnosen einer Gonarthrose rechts (Status nach Knie-distorsion am 23. September 2003) und eines chronischen lumbovertebralen / lumbospondylogenen Syndroms rechts sowie eines cervicothorakalen Schmerzsyndroms rechts bei Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung und beginnenden degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule). Unter physikalischer Einzeltherapie und ausgebauter medikamentöser Therapie sowie einer einmalig durchgeführten Corticosteroidinfiltration des rechten Knies sei der Verlauf stationär, mit persistierenden Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und im rechten Knie. Im September 2004 sei zusätzlich ein cervicothorakales Schmerzsyndrom aufgetreten. Die Frage nach dem Bestehen unfallfremder Faktoren beantworteten die Ärzte

mit dem Hinweis auf radiologisch nachgewiesene degenerative Veränderungen sowohl im rechten Knie wie auch an der Lendenwirbelsäule. Zur Zumutbarkeit einer Arbeitstätigkeit nahmen sie - vor dem geplanten Arbeitsassessament und der Evaluation der körperlichen Leistungsfähigkeit - nicht Stellung (Urk. 8/11/25). Am 3. August 2005 berichtete Dr. K.____

über die Resultate des am 10. Februar 2005 durchgeführten Arbeitssassessments sowie der Basistests (vom 28. Februar und 1. März 2005; Urk. 8/14/10). Die zusammenfassende Beurteilung

(Urk. 8/14/17) lautete dahin, dass die

belastungsabhängigen Schmerzen im Rahmen einer beginnenden Gonarthrose mit degenerativen Muskelveränderungen lateral rechts zu sehen seien. Daneben bestehe ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts, welches auf die Wirbelsäulenfehlform /-fehlhaltung, auf degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule sowie auf eine allgemeine Dekonditionierung zurückzuführen sei. Zusätzlich müsse jedoch auch von einer Chronifizierung ausgegangen werden. Hinweise für eine radikuläre

Ursache der Beschwerden hätten sich nicht finden lassen. Das arbeitsbezogene relevante Problem bestehe in einer verminderten Belastungstoleranz des rechten Knies, des Kreuzes und des Nackens. Dabei sei eine mässige Leistungsbereitschaft des Versicherten bis hin zu einer teilweisen Selbstlimitierung erkennbar gewesen. Die Belastbarkeit liege allgemein im Bereich einer mittelschweren Arbeit (Urk. 8/14/17) beziehungsweise einer leichten bis knapp mittelschweren Tätigkeit, wobei aufgrund der reduzierten Testauswahl und der fehlenden Belastungsdauer eine Beurteilung des zumutbaren zeitlichen Umfangs nicht möglich gewesen sei. Es werde deshalb eine Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (EFL) empfohlen (Urk. 8/14/16).

E. 3.1.2

In der Folge veranlasste die SUVA eine Abklärung unter Einbezug einer EFL an der Rehaklinik Y.____ (Urk. 8/24/123) . Dabei verwies sie ausdrücklich auf die Zusatzfragen der I V-Stelle vom 25. Januar 2006, namentlich betreffend Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit unter Berücksichtigung aller relevanten unfallbedingten und unfallfremden Leiden (Urk. 8/24/129) . Im entsprechenden Bericht vom 30. Juni 2006 (Urk. 8/24/103) gelangten Dr. med. M.____ , Leitender Arzt FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation , und Frau N.____ , Therapeutin Ergonomie , zu dem Schluss, es bestehe zwar eine schmerzhaft verminderte Belastbarkeit des rechten Kniegelenks, der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie der linken Schulter . Das Hauptproblem liege jedoch im Umgang des Probanden mit seinen Beschwerden (Urk. 8/24/104), insbesondere in den sehr ungünstigen Überzeugungen und Rehabilitationshindernissen (Urk. 8/24/103). Die Leistungsbereitschaft sei „nicht zuverlässig“, und die Beobachtungen bei den Tests hätten auf eine deutliche Selbstlimitierung hingewiesen; die Konsistenz sei schlecht (Urk. 8/24/106) . Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen stehe nicht im Einklang mit den wenig relevanten objektivierbaren pathologischen Befunden (Urk. 8/24/104) . Wegen der reduzierten Belastbarkeit des Knies sei die bisherige Tätigkeit als Maler nicht mehr zumutbar, jedoch bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten. Hinsichtlich der Rücken- und Nackenbeschwerden ergäben sich „keine weitergehende(n) Einschränkungen der Zumutbarkeit“. Aufgrund der Inkonsistenzen und der Selbstlimitierung in den Tests seien somatisch orientierte Therapien nicht indiziert (Urk. 8/24/105).

E. 3.1.3

In seiner Stellungnahme an den Hausarzt äusserte sich Dr. B.____ vom Schmerz-/Gutachtenzentrum der C.____ Klinik am 11. Februar 2009 dahin gehend, dass - ohne die Situation genau zu überblicken - aufgrund der Angaben des Versicherten gesagt werden könne, es sei auch nach psychotherapeutisch-psychiatrischer Intervention keine Stabilisierung erreicht worden. Die Gesamtsituation des seit dem Unfall während mehr als 5 ½ Jahren nicht mehr erwerbstätig gewesenen Versicherten sei so, dass an einer deutlich reduzierten, allen falls vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit kaum zu zweifeln sei beziehungsweise kaum Alternativen zu einer Berentung bestünden. Es liege eine chronische Schmerzstörung mit erheblicher psychischer Komorbidität vor , welche bislang sämtlichen Therapien getrotzt zu haben scheine (Urk. 3/4).

E. 3.1.4

und 3.1.5

(hievore) aus somatischer Sicht die bereits bekannten (chronischen) Knie-, Schulter- und Rückenschmerzen (mit Nachweis degenerativer Veränderungen aber ohne Nachweis wesentlicher Spinalkanalstenosen oder foraminale Engen) genannt , und es wurde auf die verordneten Therapien zur Rekonditionierung und Kräftigung der Rumpfmuskulatur beziehungsweise auf die Bedeutung regelmässiger täglicher körperlicher Betätigung hingewiesen.

Dr. B.____ seinerseits (E. 3.1.3 hievore) erhob im Februar 2009 keine eigenen Befunde und stellte keine psychiatrischen Diagnosen. Seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit scheint hauptsächlich auf den (subjektiven) Angaben des Versicherten zu beruhen , und die

Feststellung, es bestünden kaum Alternativen zu einer Berentung, entbehrt einer objektiven Grundlage beziehungsweise liegt ausserhalb seines Kompetenzbereichs.

E. 3.1.5

Nach Anfertigung eines MRI des rechten Kniegelenks in der C.____ Klinik, Untere Extremitäten, fand am 6. Dezember 2010 eine Besprechung über das weitere Vorgehen statt (Urk. 3/7). Die Ärzte (Drs. F.____ und G.____) nannten als Hauptdiagnose eine beginnende Gonarthrose lateral und retropatellar betont am rechten Knie und als Nebendiagnosen ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom, links ausgeprägter als rechts (MRI der LWS vom 13. November 2010; kein Nachweis einer wesentlichen Spinalkanalstenose oder Neurokompression, Osteochondrosen L4/5 und L5/S1, myofasciale Komponente bei muskulärer Insuffizienz), chronische Schulterschmerzen links (Subacromiales

Impingement, myofaszielles Schmerzsyndrom, kein Erguss Schultergelenke beidseits) sowie eine unklare allergische Reaktion auf Cortisonspritzen. Es wurden orthopädische Masseinlagen mit medialer Fussrandhöhung zur Achskorrektur und zusätzlich lokale Physiotherapie mit achsstabilisierendem und patellarzentrierendem Muskelaufbau verordnet. Möglicherweise werde in Zukunft eine endoprothetische Versorgung nicht zu umgehen sein, ein solcher Eingriff müsse jedoch solange wie möglich hinausgeschoben werden.

E. 3.2.1

Nach Lage der Akten erlitt der Beschwerdeführer am 23. September 2003 ein leichtgradiges Trauma mit Kniegelenksdistorsion rechts. Seit diesem Ereignis bestehen anhaltende belastungsabhängige Schmerzen. In der Folge traten - auf eine Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung, auf degenerative Veränderungen sowie auf eine allgemeine Dekonditionierung zurückzuführende lumbale und zervikothorakale - Rückenschmerzen hinzu. Auch war von einer Chronifizierung des Beschwerdebildes die Rede. Im Rahmen der von der SUVA veranlassten EFL (Bericht vom 30. Juni 2006; E. 3.1.2 hier vor) bestätigten die Untersucher eine schmerzhaft verminderte Belastbarkeit des rechten Kniegelenkes, der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie der linken Schulter, wiesen aber gleichzeitig auf sehr ungünstige Überzeugungen und auf eine deutliche Selbstlimitierung sowie auf Inkonsistenzen im Rahmen der Tests (detailliert Urk. 8/24/106 ff.) hin. Angesichts der Diskrepanz zwischen dem Ausmass der demonstrierten Einschränkungen und den wenig relevanten objektiverkennbaren pathologischen Befunden hielten sie eine leichte Tätigkeit für voll zumutbar. Diese Einschätzung ist trotz der beschwerdeweise angesprochenen unterschiedlichen Fragestellungen in der kausal orientierten Unfallversicherung und der finalen Invalidenversicherung, die grundsätzlich nicht nach den Ursachen gesundheitlicher Störungen fragt (BGE 124 V 178 E).

3b), auch für die Belange der Invalidenversicherung relevant, nachdem sich die Untersucher auftragsgemäss (Urk. 8/24/129) - und aus verfahrensökonomischer wie finanzieller Sicht durchaus sinnvoll - zu sämtlichen unfallbedingten und unfallfremden Leiden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit äusserten.

E. 3.2.2

Was den weiteren Verlauf angeht, wurden in den Berichten der C.____ Klinik von November und Dezember 2010 (E.

E. 3.2.3

Hinsichtlich der Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. Z.____

vom

6. Juni 2011 (E. 3.1.6 hievov) ist festzuhalten, dass somatoforme

Schmerzstörungen und ähnliche pathogenetisch -ätiologisch unklare syndromale

Leidenszustände – worunter auch die von Dr. Z.____

diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) fällt (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.1; Bundesgerichtsurteil 8C_381/2012 vom 20. Juni 2012 E. 4.2.1) – in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermögen. Eine mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität (von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer), wie sie für die – nur in Ausnahmefällen anzunehmende – Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess vorausgesetzt würde, stellte Dr. Z.____

nicht fest, und Hinweise auf andere qualifizierte Kriterien (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.3; ferner das zur Publikation vorgesehene Bundesgerichtsurteil 8C_972/2012 vom 31. Oktober 2013 E. 9.1) liegen nicht vor. Vielmehr besteht der Eindruck, dass die bereits anlässlich der Untersuchung im J.____ sowie im Rahmen der EFL festgestellten ungünstigen Überzeugungen (vgl. E. 3.1.1 und 3.1.2

hievov) und das entsprechende Verhalten des Beschwerdeführers eine berufliche Reintegration entgegenstehen.

E. 3.2.4

Der nachträglich aufgelegte Bericht des H.____ vom 27. Februar 2013 (Urk.

E. 8

ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 11

) vermag zum rechtserheblichen Sachverhalt, wie er sich bis zu der die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden (BGE 134 V 39 2 E. 6) Verfügung vom 18. Juli 2011 verwirklicht hat, nichts Massgebliches beizutragen. Aktuell wird dem Beschwerdeführer zwar eine insgesamt vollständige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als Maler als auch in jeglicher angepasster Arbeit attestiert (S. 7). In somatischer Hinsicht finden sich indes lediglich die bereits bekannten Diagnosen (lumbo- und thorakovertebrales Syndrom, Knieschmerzen rechts und Schulterschmerzen

links ; S. 1) . Der Rheumatologe hält den Beschwerdeführer zwar „unter Berücksichtigung aller Facetten der Persönlichkeit aus schmerz therapeutischer Sicht“

für zu 100 % arbeits unfähig, bescheinigt ihm aus der Sicht seines rheumatologischen Fachgebiets aber gleichzeitig eine vollständige Arbeitsfähigkeit (S. 6 unten) . Unter dem Titel „Verschlechterung der Symptomatik seit 2005“ wird sodann einzig festgehalten, dass die Nackenschmerzen und die lumbalen Schmerzen „ in den letzten Monaten“ zugenommen hätten, bezüglich der Schulter (bei subjektiv zunehmenden Schmerzen) keine Prognose zu verzeichnen und hinsichtlich der Kniearthrose eine endoprothetische Versorgung später erforderlich (S. 6) , heute aber noch nicht indiziert sei (S. 5) .

Von der nun diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (S. 1) war in der Vergangenheit nie - namentlich nicht von Seiten des behandelnden Psychiaters Dr. Z.____ (E. 3.1.6 hier) – die Rede . Abgesehen davon bestehen keine Hinweise dafür, dass die depressive Episode als eigenständige Krankheit und nicht in erster Linie als (reaktive) Begleiterkrankung zur ebenfalls diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu betrachten wäre . Im Übrigen stellt eine mittelgradige depressive Episode grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression dar, die es der betroffenen Person verunmöglichte, die Folgen der Schmerzstörung zu überwinden . Leichtere bis mittelschwere psychische Störungen gelten grundsätzlich auch als therapeutisch angebar (BGE 138 V 339 E.

4.3.2 mit diversen Hinweisen). 4.

Durfte die Verwaltung nach dem Gesagten - jedenfalls bezogen auf den Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2011 - von einer vollen Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit ausgehen und gibt der nicht beanstandete, zu einer rentenunsschliessenden Invalidität führende Einkommensvergleich keinen Anlass für Weiterungen , erweist sich die Vern einung des Rentenanspruchs als rech tens. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine A. Bertschinger , unter Beilage einer Kopie von Urk. 13 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 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, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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
Der Gerichtsschreiber
Gräub
Sonderegger

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.