

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01208 vom 21. Mai 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-05-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01208

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01208 du 21 mai 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01208 del 21 maggio 2014

Erwägungen

E. 1.1

Bei Versicherten mit vollendetem 20. Altersjahr, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Art.

E. 1.2

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3 ff.).

In BGE 139 V 547 hat das Bundesgericht an dieser Rechtsprechung unter Auseinandersetzung mit der daran geübten Kritik festgehalten und auf die besondere Bedeutung einer fachgerechten Abklärung hingewiesen (E. 9.1.3, E. 9.2.1). Ins besondere erkannte das Bundesgericht,

dass sich die unklaren Beschwerden hinsichtlich ihrer invalidisierenden Folgen von anderen (psychischen) Leiden durch die mangelnde Objektivierbarkeit unterscheiden. Dabei handelt es sich um ein sachliches Kriterium, das überprüft werden kann. Die hinreichende Objektivierbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung wird für Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen seit jeher vorausgesetzt und hat im Rahmen der 5.

IV-Revision auch Eingang in die Gesetzgebung gefunden (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Von einer unbegründeten Schlechterstellung beziehungsweise einer Diskriminierung der betroffenen Versicherten in verfassungsmässigem Sinne beziehungsweise nach Massgabe der EMRK kann daher nicht gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_142/2013 vom 20. November 2013 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 5.6 in fine und E. 5.7).

Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronische Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet.

2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 2. November 2012 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 19. November 2012 Beschwerde und beantragte sinngemäss, diese sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen (Urk. 1). Der Beschwerdeschrift legte sie zudem diverse Berichte von Dr. Y.____ bei (Urk. 3/1-3).

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2013 (Urk. 6) beantrage die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 9. Januar 2013 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in ihrer Verfügung vom 2. November 2012 auf den Standpunkt, dass die bei der Beschwerdeführerin gestellten Diagnosen zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlagen gehörten. Es lägen keine objektivierbaren Befunde vor, die aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründeten (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte in ihrer Beschwerde vor, es gehe ihr aufgrund der Schmerzen gesundheitlich sehr schlecht. Sie sei weder arbeitsfähig noch in der Lage, den Haushalt zu besorgen. Sie benötige die Hilfe ihrer Familie. Auch fehle das Geld, um die Medikamente zu bezahlen (Urk. 1). 3. 3.1

Am 23. Dezember 20

E. 7

Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ist sinngemäss anwendbar: Demnach sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbs unfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwind bar ist (Art.

E. 8

Abs. 3 ATSG in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

E. 11

(Urk. 7 /49/5-1 5) berichtete Dr. med. Z.____ , Assistenzarzt des A.____ , zuhänden

Dr. med. B.____ , Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 1 6. bis 2 3. Dezember 201 1. Er nannte folgende Hauptdiagnosen: - Neu-diagnostizierter Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose Dezember 2011) - Metabolisches Syndrom (Erstdiagnose Dezember 2011; Arterielle Hyper tonie, Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2) - Symptomatischer komplizierter nitritpositiver Harnwegsinfekt bei Dia betes mellitus Typ 2 - Myogelose Nacken links - Anamnestisch Kniearthrose beidseits

Dr. Z.____ berichtete, dass die initiale Selbstzuweisung wegen Kopf- und links s eitigen Thoraxschmerzen , teils ausgehend vom linken Nacken mit Ausstrahlung in den linken Arm sowie auch längerbestehender Hyperästhesie und teils auch Gefühlslosigkeit der Fussballen beidseits erfolgt sei. Er schrieb diese schliesslich einer Myogelose des link s seitigen Nackens zu, weil die Symptomatik auf Druck hin auslösbar war und unter Physiotherapie mit Massage besserte. Die als er höht aufgefallenen Blutzuckerwerte führten erstmals auch zur Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 2. Dr. Z.____ erwähnte diesbezüglich, dass nach Abklärun gen und Visitationen der Patientin durch die Ernährungs- und Diabetesberatung aktuell die Einstellung mit oralen Antidiabetika einer Insulintherapie vorgezo gen worden sei, wobei im Falle insuffizienter Einstellung des Blutzuckers die Zugabe eines bedtime -Insulins zu diskutieren wäre. Die Blutzuckerselbstmes sung sei problemlos erlernt worden (Urk. 7/49/6). Zur Arbeitsfähigkeit äusserte er sich nicht.

Im (undatierten) Bericht (Urk. 7/50/1-4) zuhänden der IV-Stelle führte Dr. Z.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Diabetes mellitus Typ 2 Erstdiagnose Dezember 2011 mit klinischen Zeichen von Endorganschä den und ein metabolisches Syndrom an. Alle Fragen zur bisherigen Tätigkeit, möglichen Eingliederungsmassnahmen und Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beantwortete er mit "unklar" oder einem Fragezeichen (Ziff. 1.6-1.10). 3.2

Dr. B.____

berichtete am 1 1. April 2012 (Urk. 7 /49/1-4) zuhänden der Be schwer degegnerin , dass er die Beschwerdeführerin seit zwei Jahren nicht mehr gesehen habe. Sie beziehe nur regelmässig ihre Medikamente und sei auf grund eines neu diagnostizierten Diabetes mellitus im A.____ ge wesen. 3.3

Am 2 9. Mai 2012 nannte Dr. Y.____ zuhänden der Beschwerdeführerin (Urk. 7 /52 /4-7) folgende Hauptdiagnosen (S. 5+6): - Zervikovertebral -Syndrom -

Spannungstyp-Kopfschmerzen seit April 2005 täglich - Systematisierter Schwindel seit April 2005 täglich, Dauer 2-3 Minuten - vegetative und psychologische Begleitsymptome - orthostatische Komponente - V.a. vertebro-basiläre Durchblutungsstörung - Tinnitus beidseits als Begleitsymptom - Berührung des externen Gehörgangs beidseits nicht toleriert - Vielzahl von Begleitsymptomen - depressive Verstimmung - Unsystematisierter Schwindel seit April 2005 täglich - Elektroenzephalographie (EEG) Juni 2008 normal - Deutliches sensibles Carpal-tunnelsyndrom (CTS) beidseits August 2008, rechts betont - digitus I beidseits, digitus III rechts deutlich verzögert zwischen Handgelenk und digitus I - digitus II beidseits, digitus III links mittelgradig verlangsamt - motorisch: distale motorische Latenzzeit rechts leicht verzögert, links oberste Norm ohne Verlangsamung - CTS beidseits: Hyposensibilität digitus II und III beidseits palmar und dorsal November 2008 - sämtliche Phalangen II und III betroffen

- Nervus

ulnaris : Elektroneurographie (ENG) beidseits September 2008: Ulnarisneuropathie über rechtes Handgelenk sowie über Sulcus beidseits: - fehlende Reizantwort über Sulcus beidseits - deutliche Verlangsamung der sensiblen Antidromen

Nervengeschwindigkeit (NLG) zwischen Handgelenk und Kleinfinger rechts - Normalwerte über der Loge-de-Guyon beidseits - Thorakovertebralsyndrom (Schmerzen interscapulär) - Röntgen

der Brustwirbelsäule (BWS) Juni 2008: leichte links-konvexe Skoliose kranial - initiale Osteochondrose

- Lumbovertebralsyndrom, korrelierend zum Röntgenbefund - Röntgen der Lendenwirbelsäule (LWS) Juni 2008: leichte rechts-konvexe Skoliose - Beckentiefstand rechts 10 mm - ungünstige Statik: steiler Kreuzbeinbasiswinkel, Lot aus Lendenwirbelkörper (LWK) 3: 16 mm vor ventraler Sacrum-Kante, 26 mm vor Sacrum-Mitte - Spondylolisthesis L5/S1: 7 mm breite Spalten interartikulär beidseits - erhebliche Osteochondrose L5/S1 - Spondylosen: distale BWS, LWS - Normalbefund: Hüftgelenk beidseits, Iliosacralgelenk (ISG) beidseits - LWS November 2008: ischiocrurale Muskulatur beidseits deutlich verkürzt - deutlicher Hohlrücken lumbal - Schulterschmerzen beidseits Juli 2008 - Schmerzen der Kniegelenke / Patella beidseits: Chondropathia

patellae ? - Akupunktur September 2008 (3 Sitzungen) - Polyneuropathie der unteren Extremitäten Oktober 2008 - motorisch: Nervus

peroneus

profundus rechts (leicht) - sensibel: Nervus

suralis beidseits (mässig) - Areflexie der oberen und unteren Extremitäten beidseits November 2008, Vibrationssinn intakt - ungerichteter Schwanken beim Blindstrichgang - Krampi: Sohle beidseits, Schmerzen über Fussrücken und Aussenknöchel beidseits - erster und zweiter Zeh beidseits (Grosszehe in Plantarflexion, Krampi) - V.a. Fibrome des Gesichts (Wange beidseits, links Kinn) - schmerzbedingte Insomnie, Ein- und Durchschlafstörung - Depressive Verstimmung, schmerzbedingt, reaktiv

Weiter listete Dr. Y. ___ diverse Nebendiagnosen auf (S. 6). Er berichtete zudem, dass die Beschwerdeführerin meist zu Hause im Bett liege und Schmerzen habe. Wenn sie aufstehe, sei alles blockiert. Nach rund 20 minütigem Sitzen habe sie ebenfalls Schmerzen. Da sie

keine Kraft habe, könne sie nicht einmal eine Flasche Mineralwasser öffnen. 3.4

Dr. Y.____

teilte am 14. Oktober 2012 (Urk. 7/56/1-4, Urk. 7/57) unter Beilage seines Berichtes vom 29. Mai 2012 (Urk. 7/56/5-8, siehe E. 3.3 vorstehend) zu handten der Beschwerdegegnerin seine erhobenen Befunde mit. Zudem berichtete er, dass die Prognose ungünstig sei. Der Verlauf sei protrahiert und chronische Schmerzen würden das Geschehen dominieren (Urk. 7/57 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin schätze, dass sie maximal zweieinhalb Stunden täglich arbeitsfähig sei (Ziff. 1.6). Sie sei zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.7). Nach Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, welche objektivierbar sei, bestehe ein chronischer Schmerz und eine Depression (Ziff. 1.11). 3.5

Am 2. November 2012 nahm pract. med. C.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin

Stellung zu den Berichten des Dr. Y.____ (Urk. 7/58/2-3). Er führte aus, dass als funktionelle Einschränkung im Wesentlichen auf den Schmerz verwiesen werde und weitere Angaben zu funktionellen Einschränkungen fehlen würden. Das reine Schmerzgeschehen gehöre zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage. Den Akten seien keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen, die aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Anhaltspunkte für eine psychiatrische Komorbidität oder sonstige schwere Funktionseinschränkungen würden nicht vorliegen. 4. 4.1

In Würdigung der medizinischen Akten und in Übereinstimmung mit pract. med. C.____ vom RAD ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin hauptsächlich an einem Schmerzgeschehen leidet, das

sich einer objektiven und fachärztlich schlüssigen Beurteilung entzieht. Solches lässt sich auch dem Bericht von Dr. Y.____

vom 14. Oktober 2012 (Urk. 7/57/1-4, siehe auch Urk. 7/56/5-8)

entnehmen, indem dieser zwar zahlreiche Haupt- und auch Nebendiagnosen stellt, aber bei den konkreten Fragen der IV-Stelle zu den gesundheitlichen Einschränkungen nur chronische Schmerzen und eine Depression erwähnt und betreffend Tätigkeit beziehungsweise Arbeitsfähigkeit lediglich die – objektivierbare – Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin beziehungsweise die Einschätzung ihres Sohnes aufführt (Ziff. 1.6-1.11). Weiter blieben auch die Thoraxschmerzen, aufgrund welcher sich die Beschwerdeführerin ins A.____ begab, für den damaligen Arzt nicht hinreichend erklär- und objektivierbar (vgl. E. 3.1 vorstehend). Die von Dr. Y.____

zur Diagnose erhobenen unklaren Beschwerdebilder wie etwa Spannungstyp-Kopfschmerzen, systematisierter und unsystematisierter Schwindel, Schulterschmerzen, Schmerzen der Kniegelenke

und Fußkrämpfe

beruhen auf den subjektiven Schmerzangaben der Beschwerdeführerin, sind nicht messbar und folglich

kaum zu überprüfen, sodass es solchen Störungen an der nötigen Objektivierbarkeit fehlt, damit sie

eine invalidisierende Wirkung entfalten können. Allein aufgrund der Grundlage eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage lässt sich daher die Vermutung, die versicherte Person sei arbeitsfähig beziehungsweise es sei ihr möglich, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen und es liege keine invalidisierende Beeinträchtigung vor, in der Regel nicht widerlegen. Die Rechtsprechung hat deshalb die Voraussetzungen umschrieben, unter denen sich eine Arbeitsunfähigkeit dennoch nachweisen lässt (sogenannte „Foerster-Kriterien“, siehe BGE 139 V 547 E. 9.1; sowie auch E. 1.1 und 1.2 vorstehend).

Den medizinischen Akten zufolge liegt keine mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vor. Die von Dr. Y.____ diagnostizierte schmerzbedingte und reaktive depressive Verstimmung erfüllt rechtsprechungsgemäss diese Anforderung nicht (Urk. 7/56/6). Ebenso liegen keine Anhaltspunkte vor, um das Vorhandensein der anderen qualifizierten Kriterien zu bejahen (siehe E. 1.2

vorstehend). So liegt weder eine chronische körperliche Begleiterkrankung noch ein mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission vor. Diabetes mellitus beziehungsweise Hyperglykämie, Adipositas und arterielle Hypertonie genügen jedenfalls gemäss

bundesgerichtlicher Rechtsprechung (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_624/2007 E.

2.3.1 vom 19. Oktober 2007) dafür nicht. Sie werden auch von Dr. Y.____ deshalb folgerichtig nur unter den Nebendiagnosen aufgeführt (Urk. 7/52/7). Auch von einem ausgewiesenen sozialen

Rückzug in allen Belangen des Lebens kann nicht die Rede sein, da sich die Beschwerdeführerin nach wie vor von ihrer Schwiegertochter pflegen lässt (vgl. Urk. 7/56/8). Ebenfalls zu verneinen ist ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); vielmehr ist ein sekundärer in Form vermehrter Zuwendung seitens der Familie nicht auszuschiessen. Ebenso nicht gegeben ist ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person, wie in den Akten überhaupt Hinweise auf ein psychiatrisch/psychotherapeutisches Behandlungskonzept gänzlich fehlen.

Vor diesem Hintergrund ist offenkundig, dass die Kriterien, die ein Abweichen von der Überwindbarkeitsvermutung erlauben, nicht erfüllt sind. 4.2

Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass auf die Beurteilung des pract. med. C.____ vom RAD abzustellen ist. Die Beschwerdeführerin leidet an einem reinen Schmerzgeschehen, das als solches zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage gehört. Aus versicherungsmedizinischer Sicht ist die Beschwerdeführerin nach dem Gesagten in ihrem Aufgabenbereich nicht eingeschränkt.

Der medizinische Sachverhalt ist in dem Sinne als erstellt zu betrachten. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). So wurden die organischen Befunde vollständig erhoben und es ist nicht ersichtlich, welche abweichenden Resultate eine weitere interdisziplinäre Begutachtung ergeben könnte.

Demnach erweist sich die angefochtene Verfügung vom 2. November 2012 als rechtsens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 5.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert innerhalb des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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, zuzu stellen.

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
Die Gerichtsschreiberin
Gräub
Minder

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