

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01038 vom 28. März 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.01038

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01038 du 28 mars 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01038 del 28 marzo 2014

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise - bei Versicherten, die vor der Beeinträchtigung ihrer Gesundheit nicht erwerbstätig waren - die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig und daneben im Aufgabenbereich tätig sind, wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. Danach wird darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

E. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2

IVG). 1. 3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1. 4

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, 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 also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, ihre Abklärungen hätten erneut ergeben, dass bei der Beschwerde führerin kein Gesundheitsschaden im Sinne der Invalidenversicherung vorliege. Gemäss den Angaben des Gutachters Dr. Z.____ sei sie im Haushalt nicht eingeschränkt und in sämtlichen bisherigen und angepassten Tätigkeiten voll arbeitsfähig (Urk. 2). In der Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin, in Bezug auf die Berichte der behandelnden Ärzte müsse der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass deren Beurteilung aufgrund der auf tragsrechtlichen Stellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten ausfalle (Urk. 6 S. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin führte hin gegen im Wesentlichen an, es bestünden keine Anzeichen dafür, dass die Aussagen des Gutachters ein höheres Mass an Objektivität aufweisen würden als diejenigen des behandelnden Psychiaters. Im Übrigen habe die Beschwerdegegnerin keine Haushaltsabklärung durchgeführt, wie der Gutachter dies empfohlen habe. Zudem sei unberücksichtigt geblieben, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall seit ihrer Scheidung Anfang 2008 wieder zu 80 % erwerbstätig wäre (Urk. 1). 3. 3.1

Das hiesige Gericht hatte im Urteil IV.2011.00541 vom 25. September 2012 die damals vorhandenen ärztlichen Beurteilungen zusammengefasst (vgl. Urk. 7/46/5-7, E. 3) und festgehalten, dass die IV-Stelle von Dr. Z.____ eine Ergänzung zu dessen Gutachten

einzuholen habe, da er sich nicht mit den abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinandergesetzt und sich nicht zur Arbeitsfähigkeit in einer Erwerbstätigkeit geäußert habe. Weiter habe die IV-Stelle abzuklären, ab welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsbeeinträchtigung einer Erwerbstätigkeit nachginge und je nach dem Ergebnis der Abklärungen sei eine Haushaltsabklärung durchzuführen (Urk. 7/46/7-9, E. 4).

3.2

In der Folge holte die Beschwerdegegnerin bei der Hausärztin Dr. med. A.____, Fachärztin für Innere Medizin, den Bericht vom 20. März 2013 ein. Die Ärztin nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine psychotisch anmutende Störung mit Halluzinationen, wahnhaften und paranoiden Gedanken, sozialem Rückzug und Panikattacken sowie eine mittel schwere depressive Episode, all dies bestehend seit 1956. Die somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen schätzte sie weiterhin als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein (Urk. 7/51/2). Der Zustand der Beschwerdeführerin sei über die Jahre gesehen stabil, jedoch komme es immer wieder zu Episoden, in denen sie sich sehr zurückziehe und Termine nicht wahrnehmen könne. Die Beschwerdeführerin sei sehr misstrauisch Ärzten und anderen Personen gegenüber. Oft seien ihre Beschwerden schwierig einzuordnen. Sie sei mit dem Alltag überfordert, verlasse oft tagelang die Wohnung nicht, könne nicht einkaufen gehen oder sich genügend ernähren. Der Umgang mit Geld sei problematisch, es komme öfter zu finanziellen Engpässen. Ohne die Unterstützung der Aids-Hilfe könnte die Beschwerdeführerin ihre administrativen Aufgaben nicht erfüllen. Aktuell wirke sie sehr verwirrt und überfordert. Sie berichte, dass die Umgebung an ihr vorbeiziehe und sie mitziehe. Sie ertrage keinen Lärm und keine Menschen. Panikattacken würden aufkommen und es bestehe ein sozialer Rückzug. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei sie zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/51/3). 3.3

Der behandelnde Psychiater Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 5. Juni 2013 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode (ICD-10: F31.6), eine Zwangserkrankung (ICD-10: F42.2) sowie sexuelle Missbrauchserfahrungen in der Kindheit oder der Jugend (ICD-10: F61.4) auf, äusserte den Verdacht auf eine schizoaffektive Störung (ICD-10: F25.2) und wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin HIV-positiv sei und die diesbezügliche medikamentöse Behandlung nun beginne (Urk. 7/54/1). Zum Verlauf seit seinem Bericht vom 20. April 2010 führte er aus, es würden sich weiterhin Phasen mit depressiver oder euphorischer Stimmungs- und Antriebslage in hoher Frequenz abwechseln oder fast gleichzeitig auftreten. Unter der Medikation sei die manische Symptomatik in ihrer Ausprägung deutlich zurückgegangen; diese Beruhigung werde von der Beschwerdeführerin als angenehm empfunden. In den ebenfalls schwächer gewordenen depressiv geprägten Phasen ziehe sie sich über längere Zeit zurück und vermeide soziale Kontakte noch mehr als sonst schon.

In letzter Zeit berichte die Beschwerdeführerin oft über die Wahrnehmung von inneren Stimmen, vorwiegend jenen verstorbener Familienmitglieder, mit welchen sie Gespräche führe. Das Auftreten dieser Stimmen könne sie steuern und in deren Anwesenheit fühle sie sich dann nicht allein, sondern aufgehoben und getröstet. Sie sei dann aber vom äusseren Leben und in ihren Tätigkeiten abgelenkt. Auch visuelle Halluzinationen und ein Derealisationsgefühl bewirkten eine starke Ablenkbarkeit. Zwangsideen und -handlungen

sowie Panikzustände würden sie ebenfalls bei den Haushaltsverrichtungen behindern. Insgesamt sei sie oft nicht in der Lage, den Haushalt zu bewältigen. Sie halte sich zuweilen an Details auf oder sei einfach überfordert (Urk. 7/54/2).

Bei den ärztlichen Befunden führte Dr. B. ___ aus, die Beschwerdeführerin sei in der Begegnung mal schwungvoll-dynamisch, mal introvertiert-nachdenklich und wenig kommunikativ. Im Gespräch sei sie allseits orientiert, bewusst seinsklar, aufmerksam, manchmal etwas ausschweifend, aber sie komme immer spontan wieder auf das ursprüngliche Anliegen zurück (Urk. 7/54/2). Es sei weiterhin keine Berufstätigkeit möglich und die Beschwerdeführerin sei auch in den Haushaltsverrichtungen eingeschränkt. Dies wegen der geschilderten Antriebs- und Stimmungsschwankungen mit entsprechenden Symptomen und wegen der Halluzinationen und Derealisationsgefühle. Es bestehe weder eine Konstanz des Zustands noch eine Regelmässigkeit der Schwankungen (Urk. 7/54/3).
3.4

Dr. Z. ___ setzte sich in der Folge mit diesen beiden Arztberichten auseinander und beantwortete die ihm von der Beschwerdegegnerin zusätzlich gestellten Fragen am 18. Juli 2013 (Urk. 7/56).

Er gab an, die attestierte Arbeitsfähigkeit resultiere daraus, dass die bipolare affektive Störung gegenwärtig nicht beziehungsweise nicht gravierend symptomatisch, sondern in Remission sei. Im Rahmen der psychopathologischen Befunderhebung hätten sich keine gravierenden Auffälligkeiten gezeigt, lediglich die Grundstimmung sei leicht gradig ängstlich-unsicher, die affektive Schwingungsfähigkeit ebenfalls leicht gradig eingeschränkt und der Antrieb reduziert. Das Ausmass der aktuell vorliegenden depressiven Symptomatik sei leichtgradig (Urk. 7/56/5). Gegen eine gravierende depressive Störung sprächen das gepflegte äussere Erscheinungsbild und die klinisch intakten kognitiven Funktionen. Die von den behandelnden Ärzten zusätzlich gestellten Diagnosen könne er nicht bestätigen, da die dafür erforderlichen ICD-Kriterien nicht erfüllt seien. Die Diskrepanz zwischen seiner Beurteilung und derjenigen der behandelnden Ärzte sei möglicherweise auch auf die Unterschiede zwischen therapeutischem und versicherungsmedizinischem Denkansatz zurückzuführen. Zudem liege es in der Natur des Fachbereichs Psychiatrie, dass die diagnostische Einschätzung und Bewertung allfälliger psychischer Erkrankungen durch verschiedene Psychiater bei derselben Person variieren könne. Daher komme dem „Instrument“ ICD-Klassifikation eine zentrale Rolle zu, da es insbesondere dem Psychiater bei der Diagnosestellung erlaube, psychopathologische Befunde, Anamneseerhebung und Verhaltensbeobachtungen mit den ICD-Kriterien abzugleichen und er dadurch dem Anspruch nach Objektivität gerechter werden könne (Urk. 7/56/6-7).

Insgesamt bestehe nach seiner Einschätzung für die bisherigen beruflichen Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, da keine psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (Urk. 7/56/7). Die von der Versicherten und den behandelnden Ärzten beschriebenen massiven Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung sollten mittels einer Haushaltsklärung abgeklärt werden (Urk. 7/56/7). 4. 4.1

Dr. Z. ___ standen die medizinischen Vorakten zur Verfügung (Urk. 7/37/1-3, Urk. 7/56/1-5). Er berücksichtigte die persönliche Leidensschilderung der Beschwerdeführerin in (Urk. 7/37/6-7). Er erhob die Anamnese und die Befunde (Urk. 7/37/3-8). Sodann nahm er in der ergänzenden Stellungnahme vom 18. Juli 2013 zu den abweichenden

Einschätzungen der behandelnden Ärzte Stellung (Urk. 7/56/5-8).

Die Diagnose im Sinne des Fehlens eines relevanten psychischen Leidens, und die Schlussfolgerungen im Sinne des Fehlens einer sich erwerblich auswirkenden Beeinträchtigung aus psychiatrischer Sicht, sind vor dem Hintergrund der im Gutachten aufgeführten Beurteilungsgrundlagen nachvollziehbar. Der Gutachter vermochte namentlich keine Einbussen bei den Gedächtnisfunktionen, bei der Konzentration, der Aufmerksamkeit und der Intelligenz sowie auch keine Zwangsgedanken oder -handlungen, Ich-Störungen, Wahrnehmungsstörungen oder Halluzinationen, akzentuierte Persönlichkeitszüge oder inhaltliche Denkstörungen mit wahnhaftem Erleben festzustellen. Er fand die Beschwerdeführerin bewusstseinswach sowie zur Zeit, zur eigenen Person, zum Ort und zur Situation orientiert vor und ein Rapport zu ihr war gut herstellbar. Eine leichtgradige Einschränkung bemerkte er bei der affektiven Schwingungsfähigkeit. Ebenso war die Grundstimmung leichtgradig ängstlich-unsicher. Zur Erwähnung Anlass gab zudem, dass das Antriebsverhalten reduziert war und die Beschwerdeführerin psychomotorisch leichtgradig unruhig war (Urk. 7/37/7-8). Insgesamt genügt das Gutachten den Beweisvoraussetzungen gemäss Judikatur und Schrifttum (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 4. 2

Zur Divergenz zwischen der Beurteilung von Dr. Z.____ und derjenigen der behandelnden Ärzte ist anzumerken, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen

kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_15/2013 vom 22. Mai 2013, E. 5.1 mit Hinweis).

In Bezug auf Berichte von Hausärzten und behandelnden Spezialärzten darf und soll das Gericht zudem 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 351 E. 3b/cc, 135 V 465 E. 4.5).

Diese Richtlinie ist als solche mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar. Sie allein darf jedoch nicht dazu führen, dass die Einschätzung des Hausarztes oder des behandelnden Spezialarztes von vornherein als unbeachtlich einzustufen wäre.

Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011, E. 5.3 mit Hinweisen).

Als sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Einschränkungen gab Dr. B. ___ namentlich grosse Stimmungsschwankungen mit Antriebsminderung oder aber -steigerung in einem manischen Ausmass mit entsprechenden Problemen (Konzentrationsmangel, Ablenkung, Schwierigkeiten zur Beendigung von Tätigkeiten) an (Urk. 7/ 33/5). Weiter nannte er mangelnde Konstanz des Zustands und fehlende Regelmässigkeit der Schwankungen sowie auditive und visuelle Halluzinationen und Derealisationsgefühle

(Urk. 7/ 54/3).

Diese Einschränkungen konnte Dr. Z. ___ nicht oder nicht in gravierendem Ausmass bestätigen. Er stellte zwar nicht in Frage, dass die Beschwerdeführerin gewisse Anteile verschiedener Krankheiten aufweise, jedoch wies er darauf hin, dass die entsprechenden ICD-Kriterien einzig bei der Diagnose der bipolaren affektiven Störung (ICD-10: F 31.7) erfüllt seien, dass diese Störung jedoch unter psychopharmakologischer Behandlung gegenwärtig remittiert sei. Zudem diagnostizierte er anamnestisch multiplen Substanzmissbrauch (Cannabis und Kokain), aktuell kein Konsum (ICD-10: F19.1). Mit dem anamnestischen gelegentlichen Cannabis- und Kokain-Konsum liessen sich in der Vergangenheit aufgetretene psychische Auffälligkeiten erklären (Urk. 7/ 56/6, Urk. 7/36/

E. 6

April 2011 auf und wies die Sache an die IV-Stelle zurück, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Rentenanspruch verfüge (Urk. 7/ 46/9).

E. 7

August 2013 die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 7/59). Hiergegen liess die Versicherte am 13. August 2013, ergänzt am 19. September 2013, Einwand erheben (Urk. 7/ 60, Urk. 7/ 62). Nach Rücksprache mit dem RAD (Urk. 7/ 63) verfügte die IV-Stelle am 21. Oktober 2013 im angekündigten Sinne (Urk. 7/ 64 = Urk. 2). 2.

Hiergegen liess die Versicherte mit Eingabe vom 14. November 2013 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 21. Oktober 2013 sei aufzuheben und es sei abzuklären, in welchem Umfang sie bei guter Gesundheit einer Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Des Weiteren sei bei ihr eine Haushaltsabklärung durchzuführen. Hernach sei ihr Rentenanspruch erneut zu prüfen und ihr eine Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 13. Dezember 2013 (Urk. 6) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 17. Dezember 2013 mitgeteilt wurde (Urk.

E. 8

00. -- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Aids-Hilfe Schweiz - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Widmer

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