

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01326 vom 24. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01326

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01326 du 24 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01326 del 24 marzo 2016

Erwägungen

E. 1

4. Mai 2013 durch Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (psychiatrische Expertise vom 21. Mai 2013 [Urk. 7/35]). Mit Vorbescheid vom 11. März

2014 stellte die Verwaltung die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/49). Daran hielt sie – auf Einwand von X.____ hin (Urk. 7/ 50, 7/56 und 7/59) – mit Verfügung vom 12. November 2014 fest (Urk. 7/64 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie 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).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 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 so weit 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). 1.

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls 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 arbeits unfähig 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).

E. 1.6

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 12. Dezember 2014 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten; eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 28. Januar 2015 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 2. Februar 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Rentenablehnung damit, die gutachterlich festgestellten Einschränkungen würden als überwindbar gelten. Die beim Beschwerdeführer vorliegende rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode) habe nach der Rechtsprechung nicht die erforderliche Intensität für eine invalidisierende Wirkung. Ein invalidenversicherungsrechtlicher Gesundheitsschaden sei daher nicht ausgewiesen. Angesichts dessen, dass die Depression als Reaktion auf die Kündigung der langjährigen Arbeitsstelle aufgetreten sei, sei von einem reaktiven Geschehen auszugehen. Eine solchermassen von den belastenden Lebensumständen nicht verselbständigte Depression vermöge keine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbs unfähigkeit zu bewirken (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, die psychiatrischen Berichte würden eine spezifizierte, selbständige psychiatrische Erkrankung ausweisen, die eine invalidisierende Krankheitswertigkeit aufweise. Die vorliegend andauernde Depression unterscheide sich klar von depressiven Verstimmungszuständen, die nach der Rechtsprechung überwindbar seien. Die Krankheit sei daher unüberwindbar. Aufgrund der schlüssigen medizinischen Berichte sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen, weshalb ihm mindestens eine 50%ige Rente zustehe (Urk. 1 S. 5 f.). 3.

E. 3

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 3.1

In seinem im Auftrag der Krankentaggeldversicherung erstellten Gutachten vom 22. September

2011 (Urk. 7/16/22-33) diagnostizierte Dr. med.

Dipl.-Psych. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradig ausgeprägte depressive Episode mit somatischen Symptomen vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F 33.11). Den Problemen mit Arbeitsplatzverlust (ICD-10 Z56) mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 9). Er hielt fest, objektiv habe die Befundlage für ein in erster Linie mittelgradig depressives Syndrom mit gedrückt-depressiver, freudloser-ratloser, affektstarrer, in der affektiven Modulation die Fähigkeit deutlich verminderter und zum depressiven Pol verschobener Stimmungslage gesprochen. Der Antrieb sei bei wenig mitschwingender Mimik und Gestik

deutlich vermindert gewesen. Der Beschwerdeführer habe über paroxysmale Ängste berichtet. Kognitiv sei eine fluktuierende Aufmerksamkeit im Verlauf des Gesprächs erkennbar gewesen. Formalgedanklich hätten sich eine Verlangsamung, Grübelneigung, deutliche Einengung auf den Arbeitsplatzverlust und Zukunftsängste gezeigt. Es sei ein konsistentes Syndrom depressiver Hemmung mit viskos-stockendem Redefluss, verlangsamtem formalem Gedankengang sowie wenig mitschwingender Mimik und Gestik erkennbar gewesen. Psychometrisch habe sich auf den beiden Fremdbeurteilungsskalen (Hamilton, MADRS) ein mittelgradig depressives Syndrom abgebildet (S.

10). Gegenwärtig bestehe aus psychiatrischer Sicht keine verwertbare Arbeitsfähigkeit. Unter Fortführung und Intensivierung der Behandlung sollte – so der Gutachter weiter – in den nächsten drei Monaten mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit (50 %) in einer den Fähigkeiten des Beschwerdeführers entsprechenden Arbeitstätigkeit erreichbar sein mit Steigerung auf 100 % in den darauffolgenden zwei Monaten. Die Prognose werde allerdings deutlich durch belastende Kontextfaktoren (Arbeitsplatzverlust, ungewisse berufliche Zukunft, ungünstiges Wiedereingliederungsalter) erschwert (S. 12).

E. 3.2

Dr. Y.____

diagnostizierte in seinem Bericht vom 1. Oktober 2012 (Urk. 7/25) eine chronisch rezidivierende Depression mit psychotischen Zügen bei Status nach kumulativer Traumatisierung (S. 1). Der behandelnde Psychiater berichtete über Depersonalisationserlebnisse und massivste Schamaffekte. So habe der Beschwerdeführer seinen Kindern bis heute die Kündigung seines Arbeitsplatzes verschwiegen. Er wirke zurückgezogen und sei gedanklich auf den Stellenverlust eingeengt. Es bestehe eine Affektarmut und –starre bei subjektiv geschilderter Anhedonie. Mit einer Besserung der Arbeitsfähigkeit sei nicht zu rechnen (S. 2). Bei einem Beschäftigungsgrad von 70 % bestehe seit 27. Mai

2011 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3).

Der nämliche Arzt teilte am 17. Dezember 2012 mit, dass der Krankheitsverlauf beim Beschwerdeführer stationär sei (Urk. 7/28).

E. 3.3

Gestützt auf das Ergebnis seiner psychiatrischen Untersuchung stellte Dr. Z.____ in seinem Gutachten vom 21. Mai 2013 (Urk. 7/35) folgende Diagnosen (S. 11): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode mit zusätzlichen Somatisierungen (ICD-10 F32.11) - Depressive Entwicklung nach multiplen lebensgeschichtlichen Belastungen - Sensitive Persönlichkeitszüge mit Dekompensation im Mai 2011 nach Kränkung durch Kündigung der Arbeitsstelle

Er berichtete, anlässlich der aktuellen gutachterlichen Untersuchung habe der Beschwerdeführer klinisch auf der Achse I

noch ein leichtes bis knapp mittelgradiges depressives Syndrom aufgewiesen. Unter Mitberücksichtigung der somatisierten Depressionskomponente gehe er insgesamt von einer mittelgradigen Beeinträchtigung aus. Unter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und intensiver antidepressiver Medikation sowie zusätzlicher Behandlung mit Benzodiazepin-Beruhigungsmitteln sei es im Verlauf zu einer gewissen Stabilisierung gekommen. Im Vergleich zur Beschreibung von Dr.

A.____ habe sich das depressive Syndrom teilweise aufgehellt. Der Versicherte sei sozial gut integriert. Stundenweise helfe er in einem kleinen Pensum in der Firma seiner Frau mit. Weiter sei er als Sportchef eines Zweitligafussballclubs aktiv. Er pflege gute Beziehungen mit den Vorstandsmitgliedern sowie mit zwei bis drei weiteren Freunden im Dorf. Die psychodynamischen Überlegungen von Dr. Y.____

seien nachvollziehbar. Eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 – so der Gutachter weiter – bestehe nicht. Die beschriebene Sensibilität und Sensitivität sowie die Neigung zur chronisch depressiven Verstimmung sei vor dem Hintergrund der multiplen belastenden Lebenserfahrungen des Beschwerdeführers nachvollziehbar. Auch anlässlich der gutachterlichen Untersuchung seien die Sensitivität sowie eine Grunddepressivität im Sinne eines depressiven Resistsyndroms, das chronifiziert sei, weiterhin bestehen geblieben. Ein schweres depressives Syndrom sei aktuell jedoch nicht objektivierbar. Es sei weiterhin ein deutlicher Leidensdruck vorhanden, den der Versicherte teilweise

somatisiere. Bezüglich einer beruflichen Wiedereingliederung zeige sich der Beschwerdeführer hoffnungs- und perspektivlos. Es mache den Eindruck, dass er mit dem Berufsleben weitgehend abgeschlossen habe (S.

E. 3.4

In seinem Bericht vom 19. Mai 2014 hielt Dr. Y.____ ergänzend fest, beim Beschwerdeführer bestehe die hohe Gefahr einer weiteren Krankheitsverschlechterung und einer Zementierung von Depression, Psychose und Rückzugsverhalten. Es gebe keine Möglichkeit zur Überwindung des Krankheitsgeschehens. Der Beschwerdeführer sei auf die Anerkennung seiner Krankheit durch die Aussenwelt vital angewiesen. Es liege ein chronifiziertes Krankheitsbild vor. Der Beschwerdeführer leide unter einer chronischen Depression (ICD-10 F33.3) von erheblichem Schweregrad mit einem inneren Absterben des psychischen Funktionierens, einer schweren, vitalen Angststörung vor Annihilation der eigenen psychischen Existenz und einer Psychose (ICD-10 F25.1) mit Selbstentfremdung und Unwirklichkeitserleben. Dadurch sei es zu einem regelmässigen und unüberwindlichen Scheitern der eigenen aktiven Anstrengungen zur Überwindung der schwierigen Krankheitssituation gekommen. Es bestehe ein hohes Mass an Ängsten (Urk.

7/60). 4. 4.1

Aus den medizinischen Berichten geht übereinstimmend hervor, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung leidet. Eine über diese bestehende Psychose, wie sie vom behandelnden Psychiater ohne genauere Begründung diagnostiziert wurde (Urk. 7/25 und Urk. 7/60), schloss der Gutachter Dr. Z.____ – nachdem er knapp zwei Stunden mit dem Beschwerdeführer gesprochen hatte – aus (Urk. 7/35 S. 9), was in Anbetracht der erhobenen Befunde durchaus einleuchtet. Was die Angststörung betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass Dr. Y.____ die entsprechende Diagnose wiederum ohne eingehende Begründung stellte und sie insbesondere nicht mit der Bezugnahme auf die etablierten Kriterien der ICD-10 untermauerte. Er nahm sodann keine, für die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens vorausgesetzte, fachärztlich psychiatrisch gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem vor (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). 4.2

Hinsichtlich der depressiven Störung steht aufgrund der aktenkundigen Arztberichte fest, dass sie mit ungünstigen psychosozialen Faktoren zu erklären ist. Zu erwähnen sind dabei namentlich die durch die Kündigung der Arbeitsstelle durch den langjährigen Arbeitgeber ausgelöste Kränkung (Urk. 7/16/4, 7/16/9-17 S.

5, 7/16/22-33 S.

5 und S.

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 10

, 7/25 S.

2,

7/35 S.

6, S.

9 f. und S.

E. 12

), die belastende familiäre Situation (Urk. 7/16/22-33 S.

5 und S.

10, Urk.

7/25 S.

2 und S. 4), die unklare berufliche Zukunft (Urk. 7/16/9-17 S. 5 f.) und die finanzielle Problematik (Urk. 7/16/9-17 S. 6 und Urk. 7/61/1).

Vor dem Hintergrund, dass der behandelnde Psychiater – wie auch der Beschwerdeführer selbst (Urk. 7/16/9-17 S. 6 f.) – die zukünftige Arbeitsfähigkeit von der Möglichkeit der Reintegration ins Berufsleben abhängig machen (Urk.

7/16/19), ist davon auszugehen, dass es kein unabhängig von den mit ungünstigen psychosozialen Gegebenheiten zu erklärenden psychischen Beschwerden bestehendes (erhebliches) psychisches Leiden gibt. Daran ändert nichts, dass

Dr. Z.____ – unter Abstraktion von invaliditätsfremden Faktoren – von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit ausging (Urk. 7/35 S. 11). Denn aus der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung geht angesichts des Umstands, dass der Experte die leistungsmässige und zeitliche Einbusse integriert beurteilt, nicht schlüssig hervor, inwie weit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit begründet ist. Ausser dem ist auch auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach behandelnde Spezialärzte – wie es auch Dr. Y.____ ist – mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 und 125 V 351 E.

3b/cc). Nach der Rechtsprechung ist es zudem in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, somit auch bei Depressionen, keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachtlich) befassten Arztperson, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt (BGE 140 V 193 E. 1). 4.3

In Anbetracht der geschilderten Gegebenheiten ist davon auszugehen, dass die durch ungünstige psychosoziale Umstände verursachte psychische Störung des

Beschwerdeführers bei Wegfall der Belastungsfaktoren mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wieder verschwände. Da ein klinisches Beschwerdebild, das (einzig) von belastenden psychosozialen und soziokulturellen Faktoren herrührt, recht sprechungsgemäss nicht als invalidenversicherungsrechtlich relevante Beeinträchtigung zu verstehen ist, vermag die psychische Störung des Beschwerdeführers keinen Leistungsanspruch zu begründen (vgl. E. 1.3 hievore). 4.4

Auch der vom Beschwerdeführer geschilderte Tagesablauf (inklusive Tätigkeiten in den Abendstunden [Urk. 7/35 S.

8 f.]) deutet augenfällig auf ein erhöhtes Aktivitätsniveau und damit – auch mit Blick auf die aufgewendeten Ressourcen

– auf keine erhebliche Beeinträchtigung der Gesundheit hin (vgl. hierzu auch BGE 140 V 290 E. 3.3.2) . So gab der Versicherte an, er stehe in der Regel zwischen 08.00 und 09.00 Uhr auf. Er sei dann aber meist immer noch müde und fühle sich nicht ausgeruht. Oft wache er bereits gegen 05.00 Uhr auf , könne da nach aber wieder einschlafen. Nach einem Kaffee schaue er am TV Nachrichten. Anschliessend gehe er an guten Tagen zwischen 30 und 60 Minuten spazieren. Danach lege er sich aufs Sofa und schlafe während circa zehn Minuten. Bei Bedarf gehe er einkaufen. Je nach Arbeitsprogramm seiner Frau koche sie; ansonsten esse er am Mittag kalt. Täglich besuche er seinen Vater im Nachbarhaus. Er spreche sich mit der Pflegerin ab und erledige Einkäufe. Nachmittags kümmere er sich eventuell um sein Amt als Sportchef eines Zweitligafussballclubs . Er bringe beispielsweise die Tenues zur Wäscherei oder stelle das Material für das Training bereit. Wenn möglich nehme er auch dreimal wöchentlich am Abendtraining als Sportchef teil.

Zwischen 18.00 und 20.00 Uhr nehme er das Abendessen ein. Anschliessend schaue er fern. Meist gehe er zwischen 23.00 und 23.30 Uhr zu Bett. 4.5

Die vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung – eine gegenwärtig schwere Episode (vgl. Urk. 7/60) ist weder angesichts der erhobenen Befunde noch des Freizeitverhaltens des Versicherten nachvollziehbar – von der Beschwerdegegnerin verfügte Abweisung des Leistungsbegehrens des Beschwerdeführers steht sodann mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung im Einklang. Eine invalidisierende Wirkung einer leichten respektive mittelschweren depressiven Störung ist zwar nicht schlechthin auszuschliessen. Deren Annahme bedingt jedoch, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_863/2015 vom 7. Januar 2016 E. 1, 8C_303/2015 vom 8. Oktober

2015 E.

4.4 mit weiteren Hinweisen und 9C_369/2014 vom 19. November

2014). Es sind daher die Umstände des konkreten Falls zu berücksichtigen. Vorliegend kann – entgegen dem Gutachter Dr. Z.____ (Urk. 7/35 S.

12; vgl. auch Urk. 1 S. 5) –

von einer Ausschöpfung der therapeutischen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten nicht gesprochen werden. Die ambulante Therapie bei Dr. Y.____

findet zweimal im Monat statt (Urk. 7/35 S.

7). Eine (teil-)stationäre Behandlung wurde bislang noch keine durchgeführt (Urk. 7/25 S. 1). Auch angesichts dieser Intensität der Therapiebemühungen kann dem Leiden des Beschwerdeführers keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden. 5.

Bei dieser Sachlage ist nicht ersichtlich, inwiefern weitere Abklärungen neue, für die Beurteilung des vorliegenden Falls entscheidende Erkenntnisse liefern könnten, sodass darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d mit weiteren Hinweisen). 6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden ist. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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: - Rechtsanwalt Manfred Lehmann - 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
Die Gerichtsschreiberin GräubLocher

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