

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00991 vom 17. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00991

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00991 du 17 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00991 del 17 febbraio 2017

Erwägungen

E. 3.1

Bei der erstmaligen materiellen Rentenprüfung, die in einer Verneinung des Rentenanspruchs mit Verfügung vom 7. Oktober 2008 mündete (Urk. 5/94), stützte sich die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vollumfänglich auf die Stellungnahme der RAD-Ärzte Dr. med. Y.____, Praktische Ärztin, und Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 31. März 2008 (Urk. 5/85/5). Diese führten aus, anhand der medizinischen Aktenlage (Bericht der A.____ vom 18. Februar 2008) könne man davon ausgehen, dass ab April 2008 seitens der Wirbelsäule eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten ausgewiesen sei. Der Beschwerdeführer sollte längerfristig das Heben von Gewichten über 15 kg, vermehrtes Bücken sowie repetitive Drehbewegungen mit Gewicht vermeiden. Da auch bei den Hüft- und Kniegelenken pathologische Befunde vorliegen würden, komme eine wechselbelastende Tätigkeit in Frage. Die Tätigkeit als technischer Kaufmann dürfe weitgehend dem genannten Belastungs- und Ressourcenprofil entsprechen.

E. 3.2

Diese Beurteilung entspricht derjenigen von Dr. med. B.____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin,

im Bericht der A.____

vom 18. Februar 2008. Er stellte folgende Diagnosen: Status nach (1) mikroskopischer Sequesterektomie L5/S1 rechts im Oktober 2007, (2) thorakalem Morbus Scheuermann, (3) Valgisationsosteotomie rechts im Jahr 1998 bei Osteochondrose

dissecans und (4) Valgisationsosteotomie links im Jahr 2003 bei medialer Gonarthrose. Ferner wurden ein gemischtes Hüftimpingement beidseits sowie bekannte Neuralgien diagnostiziert. Gemäss Dr. B.____ war die Indikation zur Sequesterektomie gestellt worden, nachdem seit mehreren Monaten Ischialgien entsprechend S1 rechts bestanden hätten, die zu letzt nicht mehr auf eine konservative Behandlung angesprochen hätten (Urk. 5/81).

Letzteres wird durch den chiropraktischen Bericht vom 8. Mai 2007

(Urk. 5/58/7) bestätigt und wurde von Dr. B.____ bereits in seinem Bericht vom 21. Juni 2007 ausführlich dargelegt. Damals hatte er

im Rahmen einer MRI-Untersuchung eine mittelgrosse dorsale Diskushernie L5/S1 medial-lateral rechts festgestellt (Urk. 5/68).

E. 3.2.2

; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_367/2016 vom 10. August 2016 E.

2.1). Auch im Zusammenhang mit einer Neuanschuldung einzig massgebend ist also, ob und in welchem Ausmass den medizinischen Akten eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. der Erwerbsfähigkeit entnommen werden kann – und zwar unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie (Urteil des Bundesgerichts 9C_226/2016 vom 31. August 2016 E. 4.3.2).

E. 3.3

Weiter findet sich in den Akten der Bericht der A.____ vom 12. Februar 2008, erstellt von Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Diesem ist zu entnehmen, das Röntgenbild zeige ein femoroacetabuläres

Impingement vom gemischten Kamm pinzer-Typ beidseits mit deutlicher Verminderung des Kopfschenkelhals-Offsets, deutlichen osteophytären Anbauten im kranialen Pfannendachbereich und deutlicher subchondraler

Sklerosierung in der kranialen Tragzone. Die vornehmlich belastungsabhängigen Beschwerden seien wohl bereits des generativen Charakters. Zusätzlich gebe der Beschwerdeführer eine gewisse Wetterfühligkeit an. Diagnostisch habe man eine Arthro-MR-Untersuchung beider Hüften empfohlen, was der Beschwerdeführer aber abgelehnt habe, da eine Intervention für ihn derzeit nicht in Frage komme (Urk. 5/84/7).

E. 3.4

und 4.1).

E. 4

Im Übrigen hatte der Hausarzt dem Beschwerdeführer im Bericht vom 3. Juni 2007 ebenfalls ab sofort eine 100%-Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert (Urk. 5/59/6). Als relevante Diagnosen nannte er ein lumbospondylogenes, intermittierendes lumboradikuläres Syndrom S1 rechts (seit dem Jahr 2006), eine Gonarthrose beidseits (seit dem Jahr 1994) und den Verdacht auf eine durch längere Bildschirmarbeit ausgelöste migräniforme Neuralgie (seit dem Jahr 2001; vgl. Urk. 5/43 neurophtalmologische Abklärung). Er wies darauf hin, dass die lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein in den letzten Monaten zugenommen hätten. Die Beschwerden seien anfänglich vor allem beim längeren Sitzen und beim Heben von etwas schwereren Lasten, in den letzten Wochen aber praktisch konstant und selbst im Liegen aufgetreten (Urk. 5/89/7-8).

Am 13. Juni 2007 erklärte er gegenüber der Beschwerdegegnerin zudem mündlich, dass die immer wiederkehrenden Ereignisse von lumboradikulären Symptomen, welche Fehlzeiten und einen Klinikaufenthalt notwendig gemacht hätten, vermuten lassen würden, dass langfristig auch in angepassten Tätigkeiten nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 50% bestehen werde, insbesondere wenn bei einem vollen zeitlichen Pensum immer wieder längere, unterbrochene Phasen des Sitzens notwendig würden (Urk. 5/61).

E. 4.1

Gemäss Bericht des Hausarztes vom 13. November

2014 soll sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Jahr 2008 sodann mit Bezug auf folgende Diagnosen verschlechtert haben: (1)

Coxarthrose beidseits nach Valgisationsosteotomien der Knie beid seits (2)

chronisches lumbospondylogenes , intermittierend lumboradikuläres Syn drom rechts mit/bei (a) einem Status nach mikroskopischer

Se questerektomie L5/S1 rechts (Oktober 2007), (b) einer Bandscheiben degeneration L3/L4 und L4/L5 und ausgeprägt L5/S1 mit begleitender Osteochondrose sowie (c) einer zirkulären Protrusion mit Tangierung der Nervenwurzel S1 beidseits rezessal und (3)

chronisch rezidivierende Neuralgie der sakralen Nervenwurzeln beid seits

Als (gemeint: unverändert) vorbestehend nannte der Hausarzt weiter ein e Gonarthrose beidseits sowie eine axiale Hiatushernie . Dazu erläuterte er, dass neu eine Coxarthrose aufgetreten sei und die lumbalen Beschwerden wieder deutlich stärker geworden seien. Es seien wiederholt Infiltrationen durchgeführt worden, was jeweils kurzzeitig zu einer Linderung der Beschwerden geführt habe. Die Tätigkeit des Beschwerdeführers im Auktionshaus mit Chauffeurdiensten, Aufsicht während der Ausstellungen und Auktionen sowie Verpacken der Kunstgegenstände werde zunehmend schwieriger bis un möglich. Anlässlich der letzten Auktion sei es zu einer immobilisierenden Situation wegen lumbaler Schmerzen gekommen. Stehen und Sitzen über mehr als zwei Stunden sei kaum mehr möglich. Arbeiten mit Heben von Lasten sei gar unmöglich geworden. Bezüglich eines erneuten operativen Vorgehens an der Wirbelsäule und an den Hüften sei dem Beschwerdeführer vom Facharzt für Orthopädische Chirurgie abgeraten worden. In der jetzigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer höchstens noch zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 5/97).

E. 4.2

Zum Nachweis der Befunde sowie der Infiltrationen legte der Hausarzt einen Bericht von Dr. med. D.____ , Facharzt für Anästhesiologie und Interventionelle Schmerztherapie, bei. Dieser berichtete am 27. August 2014 einerseits über die MRI- Befunde zur Lendenwirbelsäule (vgl. E.

4.1) und dem Iliosakral gelenk (ISG-Arthrose n

anteroinferior beidseits aktiviert, rechtsbetont) vom 17. Juli 2014. Andererseits machte er detaillierte Angaben zu den zwischen September 2008 und März 2014 – ausser im Jahr 2013 – regelmässig durch geführten Infiltrationen in Kniegelenke, Nervenwurzeln und Hüftgelenke (Urk. 5/97/3).

Dazu führte er aus, aktuell würden wieder sakrale Beschwerden mit Ausstrahlung in beide Gesässbacken auftreten. Die Schmerzqualität sei brennend, der Schmerz sei permanent vorhanden und verstärke sich beim Sitzen. Geschlechtsverkehr sei aufgrund der Schmerzen nicht mehr möglich . Weiter leide der Beschwerdeführer seit Jahren an Gonarthrosen beidseits mit rezidivierenden Schmerzen. Ausserdem habe er wieder verstärkt Schmerzen im Hüftgelenksbereich vor allem beim Velofahren, Stehen und Gehen, vereinzelt aber auch nachts, wenn er im Schlaf eine ungünstige Position einnehme. Im Juni habe er eine Blockierung lumbal erlitten, welche zur Regungslosigkeit geführt habe. Bilder hätten wegen der Unmöglichkeit, das Knie zu beugen, nicht mehr eingepackt werden können. Der Beschwerdeführer neh me nach Bedarf Lexotanil (1.5 mg) und Xefo (8 mg) ein.

Die sakralen Wurzelinfiltrationen hätten bisher gut gewirkt und dem Beschwerdeführer für längere Zeit eine Erleichterung verschafft. Es persistierten jedoch Schmerzen beim Ge

schlechtsverkehr sowie ein Aufblähgefühl unter Stress, welches aber nach sakraler Infiltration weniger geworden sei. Die verschiedenen Interventionen an diversen Lokalisationen hätten gesamthaft zu einer Stabilisierung der ursprünglich schweren Schmerzproblematik geführt (Urk. 5/97 /4-5).

E. 4.3

Einige Monate später reichte der Beschwerdeführer — entsprechend den Beanstandungen des RAD (vgl. Urk. 5/103/3) — zwei fachärztliche Berichte nach. Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, hielt im Bericht vom 20. Mai 2015 fest, bei den lumbalen Beschwerden handle es sich am ehesten um ein Fazettensyndrom L5/S1. Bei Ansprechen auf eine gezielte Infiltration mit Kortisondepot sei eine solche auch für das Hüftgelenk zu erwägen. Sollten die Beschwerden schlussendlich therapieresistenten, invalidisierenden Charakter bekommen, sei vermutlich eine Spondylodese L5/S1 in Betracht zu ziehen. Wegen der Gonalgie- und Coxarthrose-Beschwerden rechts bei Verdacht auf Überkorrektur werde sich der Beschwerdeführer bei Dr. F.____ melden (Urk. 5/110/1).

Dr. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 5. Juni 2015, in der Ganzbeinaufnahme zeige sich eine deutliche Offset-Störung der Hüften beidseits. Eine Abnutzung bestehe insbesondere auch kaudal. Zudem liege eine Gelenkspaltverengung bzw. eine Einengung des Gelenkspaltes, dorsal mehr als ventral, vor. Der Beschwerdeführer habe lumbale Restbeschwerden. Zurzeit seien aber die Hüftschmerzen eindeutig im Vordergrund, rechts mehr als links, bei deutlicher Impingement-Symptomatik und Coxarthrose. Die Lösung hier sei die Hüft-arthroplastik. Er empfehle aber, vorgängig eine Infiltration mit CarboStensin und Kenacort. Offenbar hätten entsprechende Infiltrationen mit Ostenil und Kenacort im Zentrum G.____ jeweils gut gewirkt, allerdings zeitlimitiert. Er sei der Ansicht, aufgrund der kombinierten Lendenwirbelsäulen-, Hüft- und Kniebeschwerden habe der Beschwerdeführer Anrecht auf eine halbe Invalidenrente (Urk. 5/110/3-4).

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid – wie schon bei der ursprünglichen ablehnenden Verfügung – vollumfänglich auf die Stellungnahmen des RAD-Arzt Dr. Z.____. Er kam am 16. April 2015 in Würdigung der in E. 4.1-2 zusammengefassten Berichte zum Schluss, verglichen mit der zurückliegenden ärztlichen Berichtslage werde jetzt zusätzlich von arthrotischen Hüftveränderungen bei ursprünglichem femoroacetabulärem

Impingement berichtet, allerdings ohne notwendige orthopädische Facharztberichte und ausgewiesene Indikation zur Operation. Demzufolge sei davon auszugehen, dass die vorgetragene vermehrte subjektive Beschwerden ohne wesentlich neues organisches Korrelat zu verstehen seien. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als technischer Kaufmann (wechselbelastend, körperlich leicht, ohne wesentliche körperliche Zwangshaltungen) sollte deswegen weiterhin eine 100%-Arbeitsfähigkeit möglich sein (Urk. 5/103/3).

Nach Eingang der letzten Arztberichte ergänzte er am 14. August 2015, die vordergründige Hüftproblematik sei spätestens seit dem Bericht der A.____ vom 12. Februar 2008 bekannt. Der jetzige Schmerzzustand habe offenbar kurativen Behandlungsbedarf. Es handle sich aber nicht um neue, unberücksichtigte medizinische Fakten, welche eine Ergänzung seiner letzten Stellungnahme erfordern würde. Eine berufliche Belastbarkeit (körperlich leicht, wechselbelastend, ohne Zwangshaltungen) sollte immer noch gleicher

massen umsetzbar sein (Urk. 5/112/2).

E. 5.2

Der Beschwerdeführer hielt dem entgegen, bei den gestellten Diagnosen ge höre eine laufende Verschlechterung des Zustandes respektive Zunahme der Beschwerden zum gewöhnlichen Verlauf . Es sei deshalb falsch anzunehmen, es habe sich nichts verändert, nur weil alle Beschwerden bereits im Jahr 2008 vorgelegen hätten. Neu seien die Diagnosen chronische Gonalgie beidseits, chronische Coxalgie beidseits, Bandscheibendegeneration L3/L4 und L4/L5 mit beginnender Osteochondrose , Iliosakralgelenks -Arthrose beidseits und Fazettensyndrom . Die Hüftbeschwerden hätten folglich eine klare organische Verschlechterung erfahren , wobei der kurative Behandlungsbedarf einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus schliesse. Dabei würden sich Hüft- und Rückenbeschwerden gegenseitig verstärken und zu einem perma nenten, ins Gesäss ausstrahlenden, stechenden Schmerz führen, der

beim Sitzen zunehme. Seine Beschwerdekla ge sei zuverlässig, da sie mit der Heil be handlung korreliere und er bisher alles unternommen habe , um seine Rest ar beitsfähigkeit zu verwerten (Urk. 1 S. 4; Urk. 12 S. 8-10). Im Übrigen habe die Arbeit als technischer Kaufmann am Bildschirm wegen bestehender Neu ralgien zu starken Kopfschmerzen mit Augenflimmern geführt (Urk. 1 S. 3; Urk. 3 12 S. 3).

E. 5.3

Bei der Beantwortung der Frage, ob ein Revisionsgrund im Sinne einer Ver schlechterung des Gesundheitszustandes im Besonderen vorliegt , kommt es einzig darauf an, ob sich das Beschwerdebild oder dessen erwerbliche n Aus wirkungen geändert haben (Urteil des Bundes gerichts 9C_894/2015 vom 2 5. April 2016 E. 5.2). In Betracht fällt somit auch, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ver ändert hat (Urteil des Bun desgerichts I 212/03 vom 2 8. August 2003 E. 2.2.3), wie etwa bei der Chro nifizierung psychischer Störungen (BGE 130 V 64 E. 6.2 ; Urteil des Bundes gerichts I 345/88 vom 2 7. Dezember 1988, in: ZAK 1989 S.

265), bzw. wenn der Schweregrad oder die Ausprägung der gleichlau tenden Diagnosen und Befunde sich geändert haben (Urteil 9C_286/2009 vom 2 8. Mai 2009 E.

E. 5.4

Es bedarf keiner eingehenden Erläuterung, dass aufgrund der durch bildge bende Verfahren nachgewiesenen aktuellen Wirbelsäulen- Befunde

und Hüft - Diagnosen in den neuen medizinischen Unterlagen e ine Zunahme der vor bestehenden Beschwerde n

glaubhaft ist . Für eine Verschlechterung sprechen denn auch die zahlreichen Infiltrationen, die seit dem Frühling 2009 durch geführt wurden, die neu diskutierte Indikation zu weiteren Operationen (Hüftarthroplastik , Versteifung der Wirbelsäule) und die Einnahme eines Beruhigungs- und Schmerzmittel s (vgl. Einträge z u Xefo und Lexotanil unter www.compendium.ch). In diesem Sinne stellte selbst der RAD letztlich

fest, dass nunmehr ein kurativer Behandlungsbedarf bestehe. Es kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer – nach der vorerst erfolgreichen Ope ration im Oktober 2007 und neuer

Protrusion mit Tangierung der Nervenwurzel – soweit nachvollziehbar über wieder aufgetretene Beinschmerzen klagt, die permanent bestünden, sich im Sitzen verstärkten und auch mit einer vorübergehenden Blockierung verbunden gewesen seien. Schliesslich dürfen bei degenerativen Erkrankungen von den Knien, über die Hüften bis hin zur Lendenwirbelsäule und einem zeitlichen Abstand von rund sieben Jahren zur letzten ablehnenden Rentenverfügung

per se keine hohen Anforderungen an das Glaubhaftmachen einer Tatsachenänderung gestellt werden.

E. 5.5

Massgebend ist allerdings nicht jede Verschlechterung des Gesundheitszustandes, sondern nur eine erhebliche. Es wird verlangt, dass die gesundheitliche Verschlechterung Auswirkungen auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit hat und so den Invaliditätsgrad beeinflussen könnte. Im hausärztlichen Bericht findet sich diesbezüglich der Hinweis, dass mehr als zwei Stunden sitzen kaum mehr möglich sei. Ebenfalls wird ausgeführt, die jetzige Tätigkeit

sei nur noch zu 50 % möglich (vgl. E.

4.1). Ähnlich äusserte sich auch Dr. F.____, der eine halbe Invalidenrente befürwortete (vgl. E. 4.3).

Obschon

nicht restlos geklärt ist, inwiefern die Tätigkeit im Auktionshaus gestützt auf das in der Verfügung vom 7. Oktober 2008 angegebene Belastungsprofil als angepasst anzusehen ist (z.B. Gewichtung der Aufgaben unklar, Zwangshaltung beim Chauffieren unangepasst, Gewicht der zu verpackenden Gegenstände unbekannt, Aufsicht eher angepasst, unklar ob noch weitere Tätigkeiten wie in Urk. 5/63

und 5/39 beschrieben), indizieren die neuen Arztberichte somit eine gegenüber dem Jahr 2008 zusätzlich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

E. 6

Zusammenfassend ist eine allenfalls beachtliche Verminderung der Erwerbsfähigkeit infolge Verschlechterung des Gesundheitszustandes sieben Jahre nach der letzten Rentenprüfung genügend glaubhaft gemacht. Die Beschwerde ist deshalb gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 18. August 2015 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Anweisung, auf die Neuanmeldung einzutreten, die Sache materiell zu prüfen und anschliessend neu zu verfügen.

Aufgrund der neuen Befunde und Beschwerden stellt sich dabei vorab die Frage nach einer Anpassung des bisherigen Belastungsprofils und der Berücksichtigung eines zusätzlichen, schmerzbedingten

Erholungsbedarfs. Dies gilt mitunter auch für die

fast ausschliesslich sitzende Tätigkeit als technischer Kaufmann, welche vom RAD dereinst als „weitgehend“ dem genannten Belastungs- und Ressourcenprofil entsprechend beurteilt wurde (vgl. E. 3.1).

Teil der materiellen Prüfung ist es zudem zu klären, inwiefern durch zumutbare Behandlungen (insbesondere eine Operation) die Arbeitsfähigkeit verbessert werden kann.

Soweit schliesslich eine erneute allseitige Rentenprüfung angezeigt sein sollte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_436/2011 vom 10. Mai 2012 E. 4), gilt es zu bedenken, dass für eine Tätigkeit mit Schwerpunkt „Arbeiten am Computer“ seit längerer Zeit der Verdacht auf eine migräniforme Neuralgie im Raum steht – erstmals geäussert von Dr. med. H.____, Facharzt für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, im Bericht vom 18. März 2003 (Urk. 5/43/7) und hernach vom Hausarzt übernommen (vgl. E.

E. 7

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind vorliegend auf Fr. 600.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Unter Berücksichtigung der vorstehenden Grundsätze und in Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- ist dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von gerundet Fr. 2'400.--

(inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 18. August 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen mit der Anweisung, auf die Neuanmeldung einzutreten, die Sache im Sinne der Erwägungen materiell zu prüfen und anschliessend neu zu verfügen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Leimbacher - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diese Entscheidung 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

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