

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00865 vom 8. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00865

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00865 du 8 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00865 del 8 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Die Verfahrensleitung liegt dabei beim Versicherungsträger, dessen Ermessensspielraum in Bezug auf Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen gross ist (in BGE 139 V 585 nicht veröffentlichte E. 3.1 und Urteil des Bundesgerichts 8C _481/2013 vom 7. November 2013 E. 3.4).

E. 1.2

Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. Dies umfasst die Verpflichtung und das Recht, die Untersuchungen anzuordnen, welche zur Klärung des Sachverhalts erforderlich sind, nicht jedoch das Recht, eine „second

opinion“ zu einem bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn dem Versicherungsträger dieser nicht gefällt. Entscheidend dafür, ob weitere Abklärungen angeordnet werden können und müssen, ist, ob die bereits vorliegenden Gutachten die praxismässigen inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen an eine zu erstattende ärztliche Expertise erfüllen (Urteil des Bundesgerichts U 571/06 vom 29. Mai 2007 E. 4.2 f.; vgl. auch BGE 138 V 271 E. 1.1).

E. 1.3

Zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen existieren keine festen Kriterien . Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. In groben Zügen jedoch lassen sich die jeweiligen Einsatzbereiche wie folgt umreissen : Die umfassende administrative Erstbegutachtung wird regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sein; eine direkte Auftragserteilung soll die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein

oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen werden vor allem bei Verlaufsbeurteilungen erfüllt sein (BGE 139 V 349 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG).

Gemäss Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) , Rz . 2081.2 ,

können die folgenden formellen und materiellen Einwände gegen eine sachverständige Person geltend gemacht werden : - Die begutachtende Person hat in der Sache ein persönliches Interesse; - Die begutachtende Person ist mit einer Partei in gerader Linie oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder verschwägert oder durch Ehe, Verlobung oder Kindesannahme verbunden; - Die begutachtende Person ist aus anderen Gründen in der Sache befangen; - Der begutachtenden Person fehlt es an der nötigen Fachkompetenz.

E. 1.5

Wird eine Begutachtung verfügungsweise angeordnet , so kann die versicherte Person materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an

sich (etwa mit dem Einwand, es handle sich um eine unnötige „ second

opinion “), gegen Art oder Umfang der Begutachtung (beispielsweise betreffend die Auswahl der medizinischen Disziplinen) oder gegen bezeichnete Sachverständige (etwa betreffend deren Fachkompetenz) erheben (BGE 138 V 271 E. 1.1 mit Hinweis). 2 . 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass aufgrund der vorhandenen Akten keine rechtsgenügende Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin vorgenommen werden könne. Im Bericht der B.____ vom 30. September 2015 würden motivationale Aspekte hinsichtlich der Therapie und im Zusammenhang mit dem Verlust der Mutterrolle psychosoziale Aspekte kritisch aufgegriffen . Diagnostisch werde von einer Verbesserung des Schweregrades der affektiven Störung von schwer auf mittelgradig berichtet . Aus dem Bericht des D.____ vom August 2016 gehe sodann hervor, dass die Beschwerdeführerin die Therapiefrequenz leicht reduziert habe. Wie es sich mit der Tagesstruktur aus objektiver Sicht heute genau verhalte, sei unklar. Hinzu komme, dass Dr. C.____ im Bericht vom 13. Juli 2016 von einer deutlichen klinischen Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands

berichtet habe. An der Notwendigkeit einer fundierten Begutachtung in den Fachdisziplinen Allgemeine/ Innere Medizin, Psychiatrie und Rheumatologie werde deshalb festgehalten (Urk. 2 S. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, dass bereits vollständige, nachvollziehbare und schlüssige ärztliche Berichte zu ihrem Gesundheitszustand vorliegen würden. Das behandelnde D.____

weise im Bericht vom 28. Juli 2016 aufgrund der nach wie vor schweren Depression eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus. Auch der behandelnde Dr. C.____ habe am 13. Juli 2016 von weiterhin bestehenden starken Einschränkungen des Achsenorgans und aus somatischer Sicht von einer maximalen Arbeitsfähigkeit für einfache und leichte Tätigkeiten von 30 % berichtet. Lediglich im Bericht der B.____ vom 30. September 2015 werde im Zeitpunkt des Klinikaustritts eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Bei dieser Beurteilung, die am weitesten zurückliege, handle es sich jedoch einerseits nur um eine Momentaufnahme in einem insgesamt fluktuierenden Verlauf. Andererseits gehe auch aus dem Bericht der B.____ hervor, dass nach wie vor sehr schwerwiegende psychopathologische Befunde vorhanden seien. Es stehe dem nach fest, dass keine relevante Veränderung/Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten sei und kein Revisionsgrund gegeben sei. Eine Begutachtung sei somit nicht notwendig. Sollten – entgegen der hier vertretenen Ansicht –

weitere medizinische Abklärungen durchgeführt werden, wäre

eine psychiatrische Begutachtung ausreichend. Somatische Beschwerden seien bei der Rentenentscheidung vom 17. August 2015 nicht berücksichtigt worden, und es sei nicht davon auszugehen, dass die allfällige Verschlechterung in somatischer Hinsicht rentenrelevant sein könnte. Alsdann wäre es naheliegend, dass die psychiatrische Verlaufsbegutachtung wiederum beim bereits mit dem vorliegenden Fall vertrauten

Dr. Z.____

erfolgen würde.

Sollte dies nicht möglich sein, schlage ich Sie med. pract. F.____ oder Dr. G.____ als Gutachter vor. Sofern

– wiederum entgegen der hier vertretenen Ansicht –

auch die somatischen Beschwerden abgeklärt würden, wäre

im Übrigen eine rheumatologische Abklärung ausreichend (Urk. 1 S. 5 ff.). 3.3.1

3.1.1

Der mit Verfügung vom 17. August 2015

(Urk. 8/143) erfolgten Rentenzusprache mit Wirkung ab dem 1. September 2013 lag in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ vom 22. Februar 2015 (Urk. 8/123) zugrunde. 3.1.2

Dr. Z.____ diagnostizierte in diesem Gutachten eine schwere Depression (ICD-10 F32.2), bestehend seit September 2012. Er gab an, dass seit September 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei adäquat, betreffend Arbeitsfähigkeit aber bisher ohne substantiellen Erfolg. Es sei mit dem unbefristeten Fortbestehen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit zu rechnen.

Nichtsdestoweniger solle die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung fortgesetzt werden, um alle Möglichkeiten der Therapie auszunutzen (Urk. 8/123/17). 3.2.3.2.1

Im Rahmen des

im Juni 2016 eingeleiteten Revisionsverfahrens sind folgende ärztlichen Beurteilungen aktenkundig: 3.2.2

Die Ärzte des H.____ der B.____ hielten im Austrittsbericht vom 30. September 2015 folgende psychiatrischen Diagnosen fest (Urk. 8/158/1): (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (Erstdiagnose 2007; ICD-10 F33.1) (2) akustische Halluzinationen in Form einer Stimme, welche den Namen der Beschwerdeführerin rufe, sowie Akoasmen (in Form von Türglockenklingeln und Glockengeläut; ICD-10 R44.0) (3) Status nach (wohl am ehesten appetitlos anmutendem) Suizidversuch im September 2007, Schnittverletzung im Bereich des proximalen linken Unterarms

(ICD-10 Z91.8)

Die Ärzte der B.____ erklärten, dass sich die Beschwerdeführerin während ihres gesamten Aufenthaltes in der B.____

vom 25. August bis zum 30. September 2015 nie so richtig ins Stationsleben habe integrieren können und viel Zeit für sich verbracht habe. Auch bezüglich psychotherapeutischer Gespräche habe sie sich nicht sehr offen gezeigt. Die fehlende Therapiemotivation scheine sich eher negativ auf ihre Gesundheit auszuwirken

(Urk. 8/158/5 -6). 3.2.3

Dr. C.____ stellte im Bericht vom 13. Juli 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/161/1): (1) ein lumbovertebrales Syndrom mit radikulärer Ausstrahlung rechts bei im MRI dargestellter Diskushernie L4/L5 mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel L5 rechtsbetont beidseits (2) eine lumbosakrale Übergangsstörung mit rechtsseitigem Nearthros

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. C.____

nicht. Er erklärte, dass der Beschwerdeführerin noch körperlich leichte Tätigkeiten in Wirbelsäulen-adaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen zumutbar seien. Das Heben von schweren Lasten, nicht mehr als 5 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig, sei zu vermeiden. In einer solchen der Behinderung angepassten Tätigkeit wäre sie aus somatischer Sicht höchstens zu 30 % arbeitsfähig (Urk. 8/161/1-2). 3.2.4

Die medizinischen Fachpersonen des D.____ stellten im Verlaufsbericht vom 28. Juli 2016 folgende psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/164/5): (1) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) mit/bei - akustischen Halluzinationen in Form von Akoasmen bzw. Stimmen - Status nach schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-

E. 5

(Urk. 8/15) und Einspracheentscheid vom 26. Januar 2007 (Urk. 8/39) verneinte sie einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente, da keine Erwerbseinbusse gegeben sei. Die dagegen von der Versicherten erhobene Beschwerde (Urk. 8/40) wies das Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2007.00314 vom 3. Oktober

2008 (Urk. 8/48) ab. Die dagegen eingereichte Beschwerde (Urk.

E. 8

/143; vgl. auch Urk. 8/136). Vom 25. August bis zum 30. September 2015 wurde die Versicherte sodann in der B.____ Zürich

stationär behandelt (vgl. Urk. 8/1 54).

E. 10

F32.3) (2) Status nach Suizidversuch 2007 (ICD-10 X79) mit dem Messer

Psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die medizinischen Fachpersonen des D.____ nicht . Sie gaben an, dass die Beschwerdeführerin auf dem ersten Arbeitsmarkt keine stabile Leistung erbringen könne (Urk. 8/164/5-6). 4 .

4 .1

Streitig und zu prüfen ist die Notwendigkeit der angeordneten polydisziplinären Begutachtung. 4 .2

Was den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin anbelangt, hat te Dr. Z.____ im Gutachten vom 2 2. Februar 2015 eine schwere Depressio n (ICD-10 F32.2) festgestellt (Urk. 8/123/17). Die Ärzte der B.____ berichteten nach dem stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 2 5. August bis zum 3 0. September 2015 nun - wie die Beschwerdegegnerin zutreffend bemerkte - insofern von einer Verbesserung der depressiven Symptomatik, als sie

eine rezi di vierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

diagnostizierten. Dies, ohne dass sich die Ärzte der B.____

auch zur Frage der Arbeits fä higkeit geäußert hätten (Urk. 8/158).

Im Weiteren geht aus dem Verlaufsbericht des D.____ vom 2 8. Juli 2016 hervor, dass die Beschwerdeführerin aktuell von Dr. C.____ (Chirurgie, Wirbelsäule nleiden), Dr. med. I.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Arbeitsmedizin , und vom D.____ behandelt werde. Die Behandlungen in ihrem

Zentrum fänden dabei einmal pro Monat statt (Urk. 8/164/3) . Die Behandlung beim früheren Psychiater ,

Dr. med. A.____ , wurde infolge dessen Pensionie rung offenbar per Ende August 2015 beendet (Urk. 8/158/2). Mit Blick darauf, dass die Beschwerdeführerin Dr. A.____ im Zeitpunkt der Begutachtung bei Dr. Z.____ im November 2014 ca. alle drei Wochen aufsuchte und die Behand lungen im D.____ damals ca. alle drei Monaten stattfanden (Urk. 8/123/13), ist somit – wie die Beschwerdegegnerin ebenfalls zutreffend feststellte – auch von einer inzwischen leicht reduzierten

psychia trischen Therapiefrequenz

auszugehen.

Wohl wurde im – jüngeren - Verlaufsbericht des D.____ vom 2 8. Juli 2016

– wiederum – eine schwere depressive Episo de ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) diagnostiziert und sinngemäss von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (Urk. 8/164/5-6) .

Ange sichts der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapekkräfte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauens stellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465

E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc) sowie

a aufgrund der Diagnosestellung der B.____ und der leicht reduzierten psychiatrischen Therapie frequenz, welche auf einen inzwischen weniger ausgeprägten Leidens druck hindeutet, vermag diese Beurteilung aber nicht ohne weiteres zu über zeugen. 4.3

4.3.1

In somatischer Hinsicht wurde die Beschwerdeführerin (erst- und bislang letzt mals) im Oktober 2010 in der MEDAS Y.____ allgemein-medizinisch und rheumatologisch begutachtet. Dies, nachdem das Bundesgericht in seinem Urteil 8C_963/2008 vom 30. Juni 2009 bemängelt hatte, dass die sich aus den damals vorliegenden Akten ergebende psychische Problematik, die Wechsel wir kungen zwischen somatischem und psychischem Beschwerdebild und die all fälligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht abgeklärt worden seien. Die IV-Stelle habe eine polydisziplinäre Begutachtung in die Wege zu leiten und in der Folge über den Rentenanspruch neu zu verfügen (Urk. 8/53 S. 6 und S. 7 E.

4.3.2). 4.3.2

Die daraufhin von der Beschwerdegegnerin mit der Begutachtung der Beschwer de führerin beauftragten Ärzte der MEDAS Y.____ waren in ihrem polydisziplinären (allgemein-medizinisch, rheumatologisch und psychiatrisch) Gut ach ten vom 15. März 2010 zum Schluss gekommen, dass ihr aufgrund der fest gestellten chronischen Lumboischialgie rechts bei breitbasiger

Bandschei ben pro trusion L4/L5 sowie L5/S1, bei Spondylarthrosen und „progredienter“ Osteochondrose L4/L5 (LWS MRI inkl. Myelografie vom 1. Februar 2008) nur noch körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten in einem 100%-Pensum zumutbar seien (Urk. 8/69/19-20 und Urk. 8/69/25).

Dem nun vorliegenden Bericht von Dr. C.____ vom 13. Juli 2016 ist zu ent nehmen, dass eine deutliche klinische Verschlechterung des lumbovertebralen

Syndroms mit Lumboischialgie rechts vorlie g e , welche die Arbeitsfähigkeit selb st in einer angepassten Tätigkeit erheblich einschränke. Di esbezüglich wies Dr. C.____ auch auf die Ergebnisse eines am 11. Dezember 2015 durcge führten

MRI der Lendenwirbelsäule (LWS)

hin, welche s den Befund einer auf Höhe Lendenwirbelkörper L 5/S1 hochgradigen Rezessusstenose beidseits infolge Spondylarthrose und Diskusprotrusion bei Osteochondrose mit Spondylose bei mittelgradiger Spondylarthrose der mi tteren LWS ergeben habe (Urk. 8/161/1 -2) .

In den genannten Berichten von Dr. C.____ (Urk. 8/161/1) sowie der B.____ (Urk. 8/158/4) wurde sodann auf einen adipösen Ernährungszustand und im Verlaufsbericht des D.____ vom 28. Juli 2016 (Urk.

8/164/6) auf – weiterhin - bestehende Kopfschmerzen hingewiesen. Ausser dem wurde in diesem Bericht bemerkt, dass die Beschwerdeführerin durch die täglich vorhandene, in der Intensität jedoch variierende Schmerzproble matik einen starken Kontrollverlust erlebe, welcher sich dann negativ auf die Stimmung, das Denken und das Verhalten auswirke und zu einem empfun de nen Lebensüberdruss führe. Im Alltag zeige sich dies in Form einer redu zierten und instabilen Belastbarkeit, so dass die Beschwerdeführerin die begonne nen

Tätigkeiten (leichtes Kochen, Staub wischen, Tochter und Ehemann erledigten die schwereren Arbeiten) abbreche und sich zurückziehe (zwei- bis dreimal 30 Minuten liegen wegen Schmerzen). Die Ärzte der B.____ hatten in ihrem Bericht vom 30. September 2015 auch schon bemerkt, dass sich die bei der Beschwerdeführerin bestehende mittelgradige depressive Episode und das vorhandene zerviko - und lumbospondylogene Schmerzsyndrom negativ zu beeinflussen schienen (Urk. 8/158/6). Die behandelnden Ärzte gehen demnach davon aus, dass – weiterhin - Wechselwirkungen zwischen dem (letztmals vor rund sieben Jahren gutachterlich abgeklärten und laut Dr. C.____ klinisch deutlich verschlechterten) somatischen und dem (nach dem Gesagten abklärungsbedürftigen) psychischen Beschwerdebild bestehen.

Die gesundheitliche Situation ist somit – weiterhin (vgl. E. 4.3.2) – komplex, weshalb nicht von einer vollends gesicherten Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik, die offenkundig ausschliesslich das Fachgebiet der Psychiatrie resp. die Fachgebiete der Psychiatrie und Rheumatologie beschlägt, die

Rede sein kann. Überdies ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass gemäss der Mustervereinbarung zwischen dem Bundesamt für Sozialversicherungen und den Gutachterstellen

ein polydisziplinäres Gutachten mindestens drei

unterschiedliche Expertisen bzw. Fachdisziplinen enthält, wobei die Allgemein-/Innere Medizin immer vertreten ist (www.bsv.admin.ch). Dem mit der Fallführung betrauten Allgemeinmediziner würde es ausserdem obliegen, die ausgewählten Disziplinen gegebenenfalls mit weiteren zu ergänzen.

4.4

Die angeordnete polydisziplinäre Begutachtung (allgemeinmedizinisch, rheumatologisch und psychiatrisch) dient damit der für den Endentscheid notwendigen Sachverhaltsabklärung. Konkrete Gründe, weshalb der Beschwerdeführerin die Teilnahme an der Begutachtung unzumutbar wäre, wurden nicht geltend gemacht und sind auch nicht ersichtlich.

Eine Verpflichtung der Beschwerdeführerin, ein Verlaufs-gutachten bei der letztmaligen Gutachterstelle bzw. beim letztmaligen Gutachter einzuholen, besteht im Übrigen nicht (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2016.01035 vom 27. März 2017 E. 6 f.).

4.5
Triftige Gründe gegen die drei genannten Gutachter des E.____, Dr. med. J.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. L.____, FMH Rheumatologie, (Urk. 8/177-178) hat die Beschwerdeführerin schliesslich

nicht geltend gemacht. 5.

Die (nach dem Zufallsprinzip) erfolgte Vergabe des polydisziplinären Gutachtens ans E.____ ist demnach nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen. 6.

Da es vorliegend nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG in Verbindung mit Art. 69 Abs. 1 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen 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 Bundes
gesetzes 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 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. 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 Der Gerichtsschreiber Hurst Kreyenbühl

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