

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01240 vom 10. Oktober 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01240](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01240)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01240 du 10 octobre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01240 del 10 ottobre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1959, wuchs als Türkischstämmiger in Griechenland auf. Von 1980 bis Oktober 2007 lebte er in Deutschland ( Urk. 9/2). Im November 2007 reiste er in die Schweiz ein, wo er als selbständiger Naildesigner arbeitete ( Urk. 9/2).

Im März 2012 meldete er sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 9/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen ( Urk. 9/8, 9/11, 9/13, 9/20, 9/27). Mit Schreiben vom 12. März 2013 teilte sie dem Versicherten mit, dass bei ihm ein Suchtgeschehen im Vordergrund stehe, und forderte ihn unter Hinweis auf seine Schadenminderungsspflicht zu einer Abstinenz auf ( Urk. 9/33). Nach Einholung weiterer Berichte ( Urk. 9/41, 9/45, 9/46, 9/47, 9/49, 9/50) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens ( Urk. 9/52, 9/63) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. Oktober 2014 einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung ( Urk. 9/67). Die dagegen erhobene Beschwerde ( Urk. 9/71 /3-9 ) hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 19. Dezember 2014 gut und wies die Sache zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurück ( Urk. 9/79).

In der Folge liess die IV-Stelle den Versicherten durch Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Gutachten vom 15. Dezember 2015, Urk. 9/98). Am 9. August 2016 nahm sie eine Abklärung für selbständigerwerbende vor (Bericht vom 12. August 2016, Urk. 9/105). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens ( Urk. 9/107, 9/112) holte sie bei Dr. Y.\_\_\_\_ einen ergänzenden Bericht zum Gutachten ein (Bericht vom 4. August 2017, Urk. 9/125). Mit Verfügung vom 13. Oktober 2017 wies sie das Leistungsbegehren erneut ab ( 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 Allgemeinen 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).

### **E. 1.3**

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1 mit Hinweisen).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine selbstständige, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4).

### **E. 1.4**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zu sam menhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

### **E. 2**

Dagegen liess X.\_\_\_\_ mit Eing abe vom 1 6. November 2017 Beschwerde erhe ben und beantragen, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm spätestens ab September 2012 eine ganze Rente der Invalidenversicherung auszubezahlen. In prozessualer Hinsicht liess er um unentgeltliche Rechtspflege ersuchen ( Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 4. Januar 2018 auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 8), was dem Beschwerdeführer zur Kenntnis ge bracht wurde ( Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung. Dabei st ellt sich die Frage, ob bei ihm ein relevanter psy chischer Gesundheitsschaden besteht.

#### **E. 2.2**

In der angefochtenen Verfügung führte die IV-Stelle aus, dass

Dr. Y.\_\_\_\_ im Rahmen der Begutachtung festgestellt habe, dass der Beschwerdeführer hinsicht lich der Einnahme von Benzodiazepine n falsche Angaben macht e . Darauf bezug nehmend und unter Hinweis auf weitere Inkonsistenzen in den Aussagen des Be schwerdeführers schloss die IV-Stelle auf ein leistungsausschliessendes aggravi rendes Verhalten des Beschwerdeführers ( Urk. 2).

#### **E. 2.3**

Der Beschwerdeführer kritisierte das Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ als wider sprüchlich. Gleichzeitig hielt er fest, dass ihm der Gutachter eine volle Arbeits unfähigkeit attestiert habe. Darauf sei insbesondere auch in Hinblick auf seine bisherige Krankheitsgeschichte abzustellen. Mithin sei ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ausgewiesen ( Urk. 1). 3. 3.1

Vom 1 5. Januar bis 8. Mai 2007 war der Beschwerdeführer in stationärer Behand lung in der Universitätsklinik Z.\_\_\_\_ wegen einer Intoxikation mit Stilnox und Alkohol

( Urk. 9/8/15). Vom 2 7. Juni bis 2 5. Juli 2007 war er wegen einer akuten Tablettenintoxika tion mit Benzod i azepinen erneut in der Universi tätsklini k Z.\_\_\_\_ hospitalisiert ( Urk. 9/8/15-18). 3.2

Nach dem Umzug in die Sc hweiz begab er sich ab April 200

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

### **E. 8**

zu Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung ( Urk. 9/8/5). Am 13. Juli 2008 wurde er das erste Mal notfallmässig im B.\_\_\_\_, behandelt. Diagnostiziert wurde eine kognitive Störung unklarer Ätiologie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 33.19 ) und eine Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika (ICD-10 F13.2; Urk. 9/8/19 ). 3.3

Vom 31. August bis 24. Oktober 2011 erfolgte ein stationärer Aufenthalt in der B.\_\_\_\_. Es wurden die gleichen Diagnosen gestellt. Hingewiesen wurde überdies auf psychische Verhaltensstörungen aufgrund der Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika ( Urk. 9/8/22-25). 3.4

In der Folge fanden vom 20. November bis 8. Dezember 2011 ( Urk. 9/8/29-31) und vom 16. Juli bis 22. August 2012 ( Urk. 9/20/13-15 ) weitere Hospitalisationen in der B.\_\_\_\_ statt. Dr. A.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 24. September 2012 dazu fest, die Einweisungen seien wegen den zunehmenden depressiven Symptomen und dem wiederum exazerbierenden Konsum von Sedativa erfolgt. Die Grundstimmung habe sich inzwischen wieder gebessert, sei aber noch nicht ausgeglichen. Der Beschwerdeführer leide unter Antriebsmangel, schlechtem Schlaf, Schwindel und Schmerzen an verschiedenen Körperstellen. Die ängstlich-abhängige Seite zeige sich in der Betreuungsbedürftigkeit durch die Familie. Er sei im Alltag unselbständig und müsse bei der Haushaltsführung sowie bei der Erledigung der administrativen Angelegenheiten unterstützt werden. Er bewege sich nur im engsten Umfeld der Wohnung. Die bestehende abhängig-ängstliche Persönlichkeitsstörung sei sowohl als auslösender als auch

triggernder Bestandteil der depressiven Phasen und des Substanzmissbrauchs anzusehen. Theoretisch bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 40 bis 60 % ( Urk. 9/20/7-10). Im Übrigen zweifelte Dr. A.\_\_\_\_ aufgrund der Krankheitsanamnese daran, dass die anlässlich des letzten Aufenthalts in der Psychiatrischen Klinik erreichte Sistierung des Sedativakonsums von Bestand sei ( Urk. 9/20/7). Dazu ist seinen

weiteren Berichten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit phasenweise

benzodiazepin frei war, jedoch immer wieder Rückfälle erlitt. Der Beschwerdeführer sei sehr medikamentenfixiert und

reagiere auf alle Lebensbelastungen mit erhöhter Einnahme. Einem psychotherapeutischen Vorgehen sei er aufgrund der fehlenden Introspektionsfähigkeit und der hohen Rigidität der Verhaltensmuster nicht zugänglich ( Berichte vom 5. und 23. Mai 2012,

Urk. 9/8/7-13, 9/10/13-15). 3.5

Vom 22. November bis 17. Dezember 2012 war der Beschwerdeführer wieder in der B.\_\_\_\_ hospitalisiert. Die Klinikärzte stellten die gleichen Diagnosen wie in der Vergangenheit. Sie erachteten den Beschwerdeführer

zu mindest seit November 2011 bis auf Weiteres arbeitsunfähig ( Urk. 9/27). 3.6

Nach Auferlegung der Schadenminderungspflicht mit Schreiben vom 12. März 2013 hielt sich der Beschwerdeführer vom 15. März bis 24. April 2013 in der B.\_\_\_\_ auf. Im Rahmen des Aufenthalts wurde die vorbestehende Medikation mit Seda tiva reduziert. Eine Entzugsbehandlung war nicht möglich ( Urk. 9/38). Im weite ren Verlauf weilte der Beschwerdeführer - freiwillig oder auf Einweisung hin - wegen der depressiven Symptomatik respektive des Medikamentenabusus vom 28. Mai bis 17. Juni 2013 ( Urk. 9/45, 9/46 /3-6 ), vom 29. Oktober 2013 bis 27. November 2013 ( Urk. 9/46/7-10, 9/47) , vom 7. bis 17. Januar 2014 ( Urk. 9/49/17-21 und vom 23. Januar bis 17. Februar 2014 ( Urk. 9/49/1- 9, Urk. 9/50) in der B.\_\_\_\_ (vgl. auch Urk. 9/68/2). 3.7

Im Bericht vom 1. Oktober 2014 führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, seit Auferlegung der Mitwirkungspflicht im März 2013 habe der Beschwerdeführer fünf stationäre Behandlungen durchgeführt. Insgesamt habe er sich neunmal stationär in der B.\_\_\_\_ befunden. Primär lägen eine ängstlich-abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7) und eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) vor. Diese Erkrankungen ständen im Vordergrund. Die Toxikomanie sei nicht primäre Krankheitsursache, sondern Folge der genannten Störungen ( Urk. 9/68). 3.8 3.8.1

Dr. Y.\_\_\_\_ diagnostizierte im Gutachten vom 15. Dezember 2015 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, wobei die überwiegende Episode als schwer anzusehen sei, mit somatischem Syndrom ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, aber auch vermeidenden Persönlichkeitsanteilen (ICD-10 F61) , sowie einen Verdacht auf Abhängigkeit durch Sedativa und Hypnotika (ICD-10 F13.2 ; Urk. 9/98/32). 3.8.2

Dazu führte er hinsichtlich der depressiven Erkrankung aus, beim Beschwerdeführer fände sich ein Verlust von Interesse und Freude an Aktivitäten, ein verminderter Antrieb mit erhöhter Angst, erhebliche Denk- und Konzentrationsstörungen mit Unentschlossenheit und Unschlüssigkeit, Schlafstörungen, erhebliche Ermüdbarkeit und extremsten Aktivitätseinschränkungen. Ein vollständiger Verlust an Interessen sowie ein Desinteresse an irgendwelchen Zukunftsperspektiven verdeutliche dieses Bild. Zusätzlich bestünden typische Merkmale des somatischen Syndroms mit Interessenverlust und erheblicher Anhedonie , mangelnder Freudfähigkeit, Morgen er wachen und Morgentief mit psychomotorischer Hemmung ( Urk. 9/ 98/23). Erheblich verschlechtert werde die Symptomatik durch die Pseudodemenz. Bei einer solchen fänden sich ausgeprägte Klagen über kognitive Defizite ( Urk. 9/98/24). Der Urinbefund habe keinen Hinweis auf den Konsum psychotroper Substanzen (Cannabis, Kokain oder anderen Opiaten) ergeben ( Urk. 9/98/24 +27 ). 3.8.3

Hinsichtlich der Persönlichkeitsänderung erklärte der Gutachter, der Beschwerdeführer leide aktuell unter einer schwerstgradigen Verarmung ohne jegliche Initiative. Er sitze seit Jahren nur noch vor dem Fernseher und lasse sich bedienen. Es sei fast zu einer kindlichen Regression gekommen. Die Schwestern müssten ihn fast wie ein Baby bedienen. Dies gehe so weit, dass teilweise die Körperpflege durch die Schwestern übernommen werden müsse. Bei der abhängigen Persönlichkeitsstörung müsse bei den meisten Lebensentscheidungen an die Hilfe anderer appelliert oder diese müssten gar anderen überlassen werden. Der Beschwerdeführer selber entscheide nichts mehr. Zusätzlich vermeide er fast alles, was mit einem andauernden und umfänglichen Gefühl von Anspannung und Besorgtheit verbunden sei. Berufliche und soziale Aktivitäten oder zwischenmenschliche Interaktionen nehme er

nicht mehr wahr ( Urk. 9/98/24). 3.8.4

Zum diagnostizierten Verdacht auf Abhängigkeit durch Sedativa und Hypnotika erläuterte der Gutachter, in den Akten fänden sich erhebliche Hinweise auf eine regelmässige Einnahme von Benzodiazepinen. Bei der Serumkontrolle auf verschiedene Benzodiazepine habe sich ein positiver Befund gefunden. Der Beschwerdeführer habe in der gutachterlichen Untersuchung die Einnahme von Benzodiazepinen verschwiegen. Aufgrund der Aktenlage, des Serumbefundes und der Verleugnung von Benzodiazepin-Einnahme, der relativ typisch für eine Abhängigkeitserkrankung sei, sei die Verdachtsdiagnose auf eine Abhängigkeit vom Benzodiazepin-Typ zu stellen ( Urk. 9/98/23 -27). 3.8.5

Im Zusammenhang mit der Einnahme von Benzodiazepinen führte der Gutachter weiter aus, nach Rücksprache mit dem zuständigen Labormediziner sei davon auszugehen, dass ein sicherer Befund für die Einnahme von Clonazepam ( Rivotril ) vorliege. Aus der Halbwertszeit und dem Serumspiegel sei zu schliessen, dass das Medikament in Hinblick auf den gutachterlichen Termin rund ein bis zwei Tage vorher abgesetzt worden sei ( Urk. 9/98/25). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer Clonazepam eingenommen habe und dies sowohl seinem behandelnden Psychiater als auch ihm als Gutachter verschwiegen habe, wecke Zweifel an der Glaubwürdigkeit des Beschwerdeführers. Wenn in einem solchen grundlegenden Punkt nicht die objektivierbare Wahrheit angegeben werde, lasse das erhebliche Zweifel an den gesamten Angaben, die nicht objektivierbar seien, zu. Die Befund sicherheit sei daher insgesamt als erheblich vermindert anzusehen ( Urk. 9/98/23+25+29). Es bestünden mithin Hinweise auf Aggravation und fehlerhafte Darstellung ( Urk. 9/98/29).

Weiter bemerkte der Gutachter kritisch, dass der Beschwerdeführer unmittelbar vor dem Begutachtungstermin seinen behandelnden Gutachter aufgesucht habe, und stellte die Frage in den Raum, ob einem solchen Treffen überhaupt eine therapeutische Intention zu Grunde liege ( Urk. 9/98/33). 3.8.6

Trotz der reduzierten Befundsicherheit erachtete der Gutachter aufgrund der gestellten Diagnosen eine bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit seit November 2011 für ausgewiesen ( Urk. 9/98/35-36, 9/125/1). Im Weiteren hielt er fest, dass die Benzodiazepin-Abhängigkeit als sekundäre Erkrankung der Persönlichkeitsstörung und der depressiven Erkrankung zu sehen sei. Vom behandelnden Psychiater erhalte der Beschwerdeführer erhebliche Mengen an sedierenden Medikamenten. Heimlich nehme er noch zusätzlich das Benzodiazepin Clonazepam. Dieses habe eine erheblich bessere angstlösende Komponente als die vom behandelnden Psychiater verordneten sedierenden Medikamente. Aufgrund des hohen Suchtpotentials seien Benzodiazepine nur kurzfristig einsetzbar. Der Beschwerdeführer könne aufgrund seines geringen kognitiven Kompetenzniveaus nicht verstehen, dass man ihm die von ihm als einzig helfend wahrgenommenen Benzodiazepine nicht gewähre ( Urk. 9/98/29+38, 9/125/1). 4. 4.1

Das Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2015 ist für die streitigen Belange umfassend, wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt und enthält eine einleuchtende Darstellung der medizinischen Situation. Insbesondere lassen sich gestützt auf das Gutachten die rechtsrelevanten Fragen beantworten. Mithin entspricht es den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (BGE 134 V 231 E. 5.1; E. 1.5 hervor). 4.2

Dr. Y.\_\_\_\_ führte im Gutachten aus, innerhalb einer psychiatrischen Begutachtung sei der Begutachter immer grundlegend auf die Unterstützung des Versicherten angewiesen. Befunde würden angegeben und müssten zunächst als glaubhaft angenommen werden. Wenn jedoch objektive Befunde wie der Serumspiegel mit den Aussagen eines Versicherten und auch seines Therapeuten in klarem Widerspruch stünden, wecke dies auch erhebliche Zweifel an der Glaubhaftigkeit der weiteren Aussagen ( Urk. 9/98/28).

Die Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten setzt an diesem Punkt an. Er macht geltend, dass der Gutachter zweifle aufgrund des angeblichen Verheimlichen des Konsums von Benzodiazepinen generell an seiner Glaubwürdigkeit, ohne diese Schlussfolgerung zu begründen ( Urk. 1 S. 6). Diese Kritik trifft so nicht zu. Der Beschwerdeführer verkennt, dass ihm der Gutachter nicht generell Falschhaus sagen vorwirft. Vielmehr stellt Dr. Y.\_\_\_\_ fest, dass die Befundunsicherheit aufgrund falscher Angaben vermindert werde (vgl. Urk. 9/125). Dies leuchtet ein. Stützt sich die Befunderhebung massgeblich auf die Angaben der versicherten Person, sind zutreffende Angaben Voraussetzung für eine möglichst hohe Befundunsicherheit. Erweisen sich die Angaben als falsch, soweit sie überprüfbar sind, stellt sich unwillkürlich die Frage nach der Richtigkeit der übrigen Angaben, welche einer Überprüfung im Rahmen einer Begutachtung nicht zugänglich sind. Dass Dr. Y.\_\_\_\_

die verminderte Befundunsicherheit kenntlich macht, schmälert die Beweiskraft des Gutachtens keineswegs, sondern stellt ein Qualitätszeichen dar (vgl. auch Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 391/06 vom 9. August 2006 E. 3.2.2). Gleichzeitig weist er darauf hin, dass das Verleugnen der Einnahme von Benzodiazepin typisch für Abhängigkeitserkrankungen ist ( Urk. 9/98/23-27). Die fehlerhaften Angaben wirken sich primär dadurch aus, dass die Abhängigkeitserkrankung bloss als Verdachtsdiagnose gestellt wird ( Urk. 9/125).

Auch trifft der Vorwurf des Beschwerdeführers nicht zu, dass der Gutachter berücksichtige den Umstand zu wenig, dass er sich neunmal in stationärer Behandlung in der B.\_\_\_\_ aufgehalten habe ( Urk. 1 S. 6). Dr. Y.\_\_\_\_ attestiert dem Beschwerdeführer in Würdigung sämtlicher Umstände eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit seit 2011. Dabei stützt er sich mitunter auf die Berichte der B.\_\_\_\_ ( Urk. 9/98/35).

Soweit der Beschwerdeführer unter Hinweis auf zwei Schreiben von PD Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, den Konsum von Benzodiazepin bestreitet, ist ihm nicht zu folgen ( Urk. 1 S. 8, vgl. auch Urk. 3/4- 5). Anhaltspunkte dafür, dass der zuständige Labormediziner falsche Angaben gemacht haben könnte, bestehen nicht. Der Beschwerdeführer weist in seinen weiteren Ausführungen denn auch selber darauf hin, dass sich der Benzodiazepin Konsum wie ein roter Faden durch seine Krankheitsgeschichte zieht ( Urk. 1 S. 9). 4.3

Gestützt auf das Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht seit November 2011 arbeitsunfähig ist. Ebenso ist festgestellt, dass die Einnahme von Benzodiazepinen als sekundäre Abhängigkeit zu klassifizieren ist. Sie ist Folge der Persönlichkeitsstörung und depressiven Erkrankung. 5. 5.1

Mit BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 änderte das Bundesgericht seine bisherige Praxis insofern, als es erkannte, dass die für somatoforme Schmerzstörungen entwickelte Rechtsprechung, wonach in einem strukturierten Beweisverfahren anhand von Indikatoren die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der betroffenen Person zu ermitteln ist,

künftig auf sämtliche psychischen Erkrankungen Anwendung findet. 5.2

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Bundesgerichts Urteil 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1). 5.3

Neben den durch den Rechtsanwender zu prüfenden allgemeinen beweisrechtlichen Vorgaben (E. 4.2.1 u. 4.2.2) ergibt sich daher aus BGE 141 V 281 Folgendes: Die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, kann zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2). Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281

E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (BGE 141 V 281 E. 6).

Gelangt der Rechtsanwender nach dieser Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen, ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; vgl. auch Andreas Traub, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2016, S. 142 Ziff. 3.3.3). 5.4.1 Mit Bezug auf die Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1) ist zunächst festzuhalten, dass in diagnostischer Hinsicht eine depressive Störung in schwergradiger Ausprägung, eine Persönlichkeitsstörung und ein Verdacht auf eine Benzodiazepin-Abhängigkeit vorliegen. Symptome davon sind schwerstgradige Antriebslosigkeit, Selbstunsicherheit und Selbstzweifel, schwerstgedrückte Stimmung, Interessensverlust und Freudlosigkeit (Urk. 9/98/28). 5.4.2

Zum Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren (BGE 143 V 409 E. 4.5.2) ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer in regel mässiger ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung steht. Seit 2011 befand er sich sodann neunmal stationär in der B.\_\_\_\_. Zum Teil erfolgte die Hospitalisation auf Einweisung hin, zum Teil war sie freiwillig. Die bisher beanspruchten Behandlungen sprechen für einen hohen Leidensdruck, was auch im Hinblick auf den beweisrechtlich entscheidenden Aspekt der Konsistenz bedeutsam ist (vgl. nachfolgend E. 5.4.8; BGE 141 V 281 E. 4.4). Weitere Therapieoptionen bestehen nicht mehr (Urk. 9/98/34-35). 5.4.3

Unter dem Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) ist eine Gesamtbeurteilung der Wechselwirkung und sonstigen Bezüge zwischen der depressiven Erkrankung, der Persönlichkeitsstörung und dem Suchtgeschehen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1).

Die Persönlichkeitsstörung und die rezidivierende depressive Erkrankung verstärken sich gegenseitig. Letztere führt auch zu einer Verringerung der kognitiven Funktionen (Urk. 9/98/32). Die Benzodiazepin-Abhängigkeit ist Folge dieser bestehenden psychischen Erkrankungen. Es wurden alle möglichen Bemühungen unternommen, um das Suchtgeschehen zu unterbinden. Letztlich blieben sie erfolglos (Urk. 9/98/32). 5.4.5

Was den Komplex «Persönlichkeit» betrifft, ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die ängstlich unsichere Persönlichkeitsstörung sich bereits im Kindesalter entwickelte. Erst mit dem Auftreten der depressiven Erkrankung dekompenzierte der Beschwerdeführer. Aufgrund des Zusammenspiels von Depression und Persönlichkeitsstörung entstand die Benzodiazepin-Abhängigkeit. Über persönliche Ressourcen verfügt der Beschwerdeführer nicht mehr. Seine Familie muss ihn in seiner rekrutierten Struktur vollständig versorgen. Er ist nicht mehr zur Übernahme irgendeiner Verantwortung bereit und zieht sich vollständig zurück. Selbstansätze zur Formulierung von Ressourcen finden sich nicht (Urk. 9/98/30). 5.4.6 5.4.6.1

In Bezug auf seinen Alltag erklärte der alleinstehende Beschwerdeführer in der Begutachtung, in seiner Wohnung würde er sich nur noch zwischen Bett und Sofa bewegen. Er gehe auch zu einer seiner in der Nähe wohnenden Schwester. Eigene Termine nehme er

nicht mehr wahr. Einfachste Haushaltsaufgaben könne er nicht mehr übernehmen. Sein Haushalt werde von seinen Schwestern in Stand gehalten, welche für ihn auch Einkäufe gingen und Administratives erledigten. Effektiv übernahmen sie alles. Sie seien ihm gar bei der Körperpflege behilflich. Sie würden ihm die Nägel schneiden und

unterstützten ihn beim Duschen ( Urk. 9/98/18-19+25). 5.4.6.2

Vor diesem Hintergrund führte Dr. Y.\_\_\_\_ zum sozialen Kontext aus, der Beschwerdeführer lebe in einer vollständig zurückgezogenen Welt. Der einzige soziale Kontakt bestehe zu seinen beiden Schwestern. Er werde ausreichend und für ihn vollständig zufriedenstellend von seinen Schwestern betreut. Soziale Aktivitäten oder soziale Strukturen, wie Freunde, Vereine oder ähnliches, bestünden nicht mehr ( Urk. 9/98/30-31).

Weiter hielt Dr. Y.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer könne sich passiv behaupten, indem er nichts mehr tue. Er lasse sich aber nicht mehr dazu zu bewegen, aktiv etwas zu unternehmen. Damit sei eine Selbstbehauptungsfähigkeit nicht mehr gegeben. Auch die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei eingeschränkt. Eine Gruppenfähigkeit bestehe nicht mehr. Familiäre Beziehungen könne der Beschwerdeführer nur pflegen, wenn sie von der anderen Seite aufrecht erhalten würden und ihm vom Nutzen seien. Die einzige Spontanaktivität des Beschwerdeführers sei, dass

er sich alle zwei bis drei Wochen in ein Migros-Restaurant begeben, um dort einen Kaffee zu trinken. Aufgrund der Hilfe bei der Körperpflege, der er bedürfe, sei er selbst im Bereich der Selbstpflege mittel- bis schwergradig eingeschränkt ( Urk. 9/98/25-26). 5.4.6.3

Im Rahmen der Abklärung für Selbständigerwerbende vom 9. August 2016 bestätigte der Beschwerdeführer im Wesentlichen die Aussagen, die er in der Begutachtung gemacht hatte, insbesondere dass er sich primär zu Hause aufhält und sich von seinen Schwestern verpflegen und versorgen lässt ( Urk. 9/105/4, vgl. auch Urk. 9/98/31). Darüber hinaus erklärte er, er würde täglich Spaziergänge unternehmen. Längere Strecken könne er jedoch nicht zurücklegen. Bereits nach fünf Minuten sei er fix und fertig. Er würde sich dann auf einer Parkbank ausruhen. An der Tramhaltestelle « D.\_\_\_\_ » würde er sich oft noch mit ein bis zwei Freunden treffen. Manchmal werde er von seinem Schwager zu Kaffee und Kuchen in ein Restaurant eingeladen. In den alltäglichen Verrichtungen (wie An-/Auskleiden, Körperpflege, Verrichten der Notdurft) sei er selbständig und benötige keine Hilfe Dritter ( Urk. 9/105/4). 5.4.6.4

In der angefochtenen Verfügung begründete die IV-Stelle den Vorwurf der Aggravation auch damit, dass der Beschwerdeführer gegenüber Dr. Y.\_\_\_\_ an gegeben habe, dass er bloss noch Kontakt zu seinen Schwestern habe. Hingegen ergebe sich aus dem Abklärungsgespräch vom 9. August 2016, dass er täglich Spaziergänge unternehme und an der Tramhaltestelle ein oder zwei Freunde treffen würde ( Urk. 2).

Gegenüber Dr. Y.\_\_\_\_ erwähnte der Beschwerdeführer die Besuche bei den in der Nähe wohnenden Schwestern sowie die gelegentlichen Restaurantbesuche. Die täglichen Spaziergänge verschwieg er ( Urk. 9/98/31+34). Insofern liegt ein inkonsistentes Aussageverhalten vor. Gleich verhält es sich hinsichtlich seiner Angaben zur Körperpflege. Im Rahmen der Begutachtung sagte er, die Schwestern seien ihm beim Duschen behilflich. Anlässlich der Abklärung vom

9. August 2016 äusserte er sich dahingehend, dass er die Körperpflege selbständig wahrnehme ( Urk. 9/105/4). Dabei ist jedoch nicht von einer eigentlichen Aggravation, son

der n bloss von einem verdeutlichenden Verhalten auszugehen. Sowohl aus dem Gutachten als auch aus dem Abklärungsbericht geht hervor, dass der Beschwerdeführer den Tag vorwiegend zu Hause verbringt. Ansonsten finden seine Angab en durch die Aussagen einer Schwester, welche diese am 21. November 2012 machte, Bestätigung. Sie berichtete, dass ihr Bruder wie ein kleines Kind sei, nichts selbständig zustande bringe und ihre r ständige n Begleitung, ausser für kurze Spaziergänge, bedürfe. Er wolle immer seine Ruhe haben ( Urk. 9/23/5). Die in der Abklärung vom 9. August 2016 gemachten Aussagen sind nicht derart, dass dadurch alles auf den Kopf gestellt würde.

Dr. Y.\_\_\_\_ wies im Gutachten explizit auf die geringe körperliche Hygiene des Beschwerdeführers und die schmutzigen, ungepflegten und abgerissenen Fingernägel des Beschwerdeführers hin ( Urk. 9/98/21+25 ). Auch wenn der Beschwerdeführer die Körperpflege selbst wahrnimmt, ändert dies somit nichts daran, dass er sich gehen lässt. Zwar trifft der Beschwerdeführer bei seinen Spaziergängen jeweils ein bis zwei Kollegen. Jedoch bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass es sich dabei um Personen handelt, die einen zentralen Bezugspunkt in seinem Leben darstellen.

Vor diesem Hintergrund mag es durchaus sein, dass der soziale Rückzug des Beschwerdeführers nicht derart krass ist, wie von Dr. Y.\_\_\_\_ angenommen. Im Grossen und Ganzen kann aber vom sozialen Kontext, wie im Gutachten geschildert, ausgegangen werden. 5.4.7

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.4). Der Beschwerdeführer verbringt den Tag grösstenteils vor dem Fernseher auf dem Sofa. Sein soziales Netzwerk besteht primär im Kontakt zu den Schwestern, die ihn auch betreuen. Hobbies hat er keine. Hinweise auf irgendwelche Ressourcen fehlen (Urk. 9/98/31). Auszugehen ist somit von einer gleichmässigen Einschränkung in sämtlichen Lebensbereichen.

Eine auf Aggravation beruhende Leistungseinschränkung ist zu verneinen. Zwar entspricht das Aussageverhalten des Beschwerdeführers nicht vollumfänglich der Wahrheit. Das Verheimlichen des Konsums von Benzodiazepinen ist indessen primär im Rahmen der Abhängigkeitserkrankung zu sehen. In Bezug auf die weiteren Inkonsistenzen in den Aussagen kann auf die Ausführungen unter E. 5.4.6 verwiesen werden. Die IV-Stelle erkennt in der angefochtenen Verfügung, dass ein bloss verdeutlichendes Verhalten nicht einem leistungsausschliessenden aggraviorischen Verhalten gleichzusetzen ist. 5.4.8

Der in die gleiche Kategorie („Konsistenz“) fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.5). Der Beschwerdeführer schöpft die zur Verfügung stehenden und angebrachten Behandlungen aus, wobei die Psychotherapie supportiver Natur ist. In Hinblick auf einen

erneuten Versuch eines Benzodiazepin entzugs bestehen angesichts des Krankheitsbilds nur geringe Erfolgsaussichten ( Urk. 9/98/31+ 33 ). 5.4.9

Damit ergibt die Prüfung der verschiedenen Indikatoren, dass diese im sozial versicherungsrechtlich relevanten Sinne als ausgeprägt anzusehen sind. Insgesamt ist damit eine relevante Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auf Grund der psychischen Leiden des Beschwerdeführers mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. 6 .

Zusammenfassend ist von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der angestammten Tätigkeit als Naildesigner als auch in jeglicher anderer Tätigkeit auszugehen .

Demgemäss ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 100 % . Die Beschwerde ist gut zuheissen und der Beschwerdeführer hat, nachdem er sich im März 2012 für IV-Leistungen angemeldet hatte ( Urk. 9/2 ), nach Art. 28 und 29 IV G ab 1. September 2012 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung. 7. 7.1

Da die Beschwerde gutzuheissen ist, erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege als gegenstandslos. 7 .2

Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie von der unterliegenden Beschwerdegegnerin zu tragen. 7.3

Nach Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hat die obsiegende beschwerdeführende 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 .

Ausgangsgemäss ist die IV-Stelle daher zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu bezahlen. Rechtsanwalt Markus Bischoff machte mit Honorarnote vom 1. März 2018 einen Aufwand von 620 Minuten und Barauslagen von Fr. 75.80 geltend ( Urk. 12). Der Aufwand erscheint angemessen, womit die Prozessentschädigung insgesamt (inkl. MWSt ) auf Fr. 2'537.15 festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 13. Oktober 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. September 2012 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'537.15 (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

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

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 Bundesge-  
setzes 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 Gräub Sonderegger

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