

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00750 vom 29. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00750

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00750 du 29 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00750 del 29 gennaio 2019

Erwägungen

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). 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

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE

141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegleitenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.3

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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hin dern der 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; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex «Gesundheitsschädigung») auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der

medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

Der Versicherte erhob am 12. September 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Juli 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Sache zur Invaliditätsbemessung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Ziff. I).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2018 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 29. Oktober 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 6/105) davon aus, eine psychische (richtig: psychiatrische) Diagnose könne erst berücksichtigt werden, wenn diese langandauernd, erheblich und nicht mehr therapierbar sei, was vorliegend nicht der Fall sei (S. 2 oben). Es liege keine langandauernde Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit (richtig: Arbeitsfähigkeit) vor, weshalb der Invaliditätsgrad nicht anhand eines Einkommensvergleichs ermittelt werden könne (S. 2 Mitte).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), es sei auf das Z.____-Gutachten abzustellen, das die herkömmlichen Qualitätskriterien (vgl. vorstehend E. 1.5) vollumfänglich erfülle (S. 4 Ziff. 6) und sich ebenso mit den Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 1.3) auseinandersetze (S. 6 f. Ziff. 13).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob auf das Z.____-Gutachten abzustellen sei und wie es sich mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verhält.

E. 3.1

Das am 22. Dezember 2016 erstattete Z.____-Gutachten (Urk. 6/77/44-83) basierte auf den vorhandenen Akten (S. 28 ff.) und auf Untersuchungen im Bereich der Inneren Medizin, der Psychiatrie (vgl. Urk. 6/77/1-27), der Neurologie (vgl. Urk. 6/77/28-36) und Infektiologie (vgl. Urk. 6/77/37-43) am 22. Juli 2016 (S. 1 Mitte) sowie den in diesem Zusammenhang erfolgten Angaben des Beschwerdeführers (S. 6 ff.).

E. 3.2

Anamnestisch wurde im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 6/77/1-27) zur Anamnese und den Befunden unter anderem ausgeführt, nach unauffälliger Schul- und Ausbildungszeit mit Abschluss als Grafiker und Anstellungen im angestammten Beruf habe der Explorand alleine eine über 1-jährige Weltreise unternommen und nach der Rückkehr eine eigene Grafiker-Firma gegründet, wo er seither ohne Unterbruch arbeite. 2008 sei es zu verschiedenen körperlichen Erkrankungen gekommen, welche zunehmend auch psychische Symptome nach sich gezogen hätten. Insbesondere ab 2012 sei es subjektiv nach einer Impfung zu einer erheblichen Zunahme der Symptome gekommen. Es handle sich insbesondere um Müdigkeit, Erschöpfbarkeit und Angst vor Infekten, weswegen er 2013 zu 40 % und ab Frühjahr 2015 zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei (S. 20).

Er gehe in einem Umfang von 40 % verteilt auf 4 Arbeitstage einer Erwerbstätigkeit als Leiter der eigenen Grafik-Firma nach, wobei er nur noch administrative Aufgaben mache und keine Kundenkontakte mehr habe. Auffallend sei, dass er am Geschäftssitz in den Kellerräumlichkeiten ein Bett installiert habe und einen Teil der Arbeit vom Bett tätige (S. 20 f.) .

Ausser gelegentlichem Bücher- und Zeitunglesen gehe er keiner strukturierten Freizeittätigkeit nach, sämtliche früheren Hobbies habe er aufgegeben. Er gehe aber dennoch noch regelmässig einkaufen, gelegentlich mit seiner Frau spazieren, regelmässig mit Freunden ins Kino und einmal pro Jahr ans Meer in die Ferien. Er habe noch angemessene verwandtschaftliche Kontakte, ansonsten bestehe ein sozialer Rückzug von seinem Freundeskreis, aber immer noch regelmässige Kontakte. Immer wieder sage er Verabredungen ab und begründe dies mit Krankheitssymptomen. Subjektiv würden ausgedehnte kognitive Störungen mit Auswirkungen auf den Arbeits- und Freizeitalltag vorgebracht. In der Explorationsituation zeigten sich keine auffallenden Gedächtnis- oder Zeitgitterstörungen, die Aufmerksamkeit könne er über den ganzen Untersuchungszeitraum aufrecht erhalten, dies nach einer insgesamt mindestens 2-stündigen Anreise in öffentlichen Verkehrsmitteln. Der Rechentest sei unauffällig gewesen, im Merkfähigkeitstest sei im 2. Durchlauf eine Wiedergabe unter der Erwartung (2 von 5 Begriffen)

aufgefallen. Ansonsten bestünden ausgedehnte depressive Symptome mit Freud- und Lustlosigkeit, vermindertem Antrieb, innerer Unruhe und Reizbarkeit, Zukunftsängsten, Rat- und Hoffnungslosigkeit und pessimistischen Zukunftsgedanken sowie Ambivalenz- und Insuffizienzgefühlen (S. 21).

E. 3.3

Im Hauptgutachten (Urk. 6/77/43-68) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus interdisziplinärer Sicht genannt (S. 15 Ziff. 5.1):

- Chronic

Fatigue Syndrom - leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.00)
- bestehend seit 2012 - hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2) - bestehend seit 2012

Erläuternd führten die Gutachter unter anderem aus, auf der Ebene der deklarierten Symptome erfülle der Patient die - näher bezeichneten - Kriterien eines Chronic

Fatigue Syndroms (auch systemic

exertion

intolerance

syndroms genannt), wie es vom CDC (Center of

Disease Control) definiert werde (S. 15 unten). Es liege in der Natur dieser Diagnose, dass sie sich auf die Krankheitsdarstellung des Patienten abstütze. Eine Objektivierung darüber hinaus sei aufgrund des Fehlens validierter Testmethoden nicht möglich. Aufgrund des Eindrucks in allen Gutachtenssituationen beurteilten sie die beklagten Beschwerden und die dadurch verursachten erheblichen Einschränkungen in allen Lebensbelangen jedoch als glaubhaft und plausibel, so dass die Diagnose gestellt werden könne (S. 16 oben).

Aufgrund der Symptome in Anzahl und Schweregrad erfülle der Explorand die Kriterien für eine leichtgradige depressive Episode, welche sich seit Jahren schleichend entwickelt und keinen episodenhaften Charakter habe. Die Symptome befänden sich im leichteren bis mittelgradigen Ausprägungsgrad (S. 16 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe daneben eine hypochondrische Störung, so dass einzelne Symptome, welche auch affektiv seien, hier zugeordnet werden könnten. Bei der hypochondrischen Störung sei das vorherrschende Kennzeichen die beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden, daher im konkreten Fall vor allem mit der Hypothese eines persistierenden Infektgeschehens und dem Vorhandensein eines somatischen Leidens im Allgemeinen, manifestiert durch anhaltende körperlichen Beschwerden oder ständige Beschäftigung mit der eigenen körperlichen Erscheinung (S. 16).

E. 3.4

Hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen der objektivierten Befunde und Diagnosen führten die Gutachter unter anderem aus,

die starke Erschöpfung mit Konzentrationsschwierigkeiten in Abwesenheit anderer Erkrankungen in der Vergangenheit, in klassischer Weise als post-exertional -exhaustion beschrieben, sei mehrfach aktenmässig dokumentiert. Im Alltag verrichte der Explorand viele Arbeiten aus dem Liegen, ziehe sich bei grosser Erschöpfung zurück, das Privatleben sei geprägt von Rückzug und Reduktion jeglicher nicht-beruflicher Tätigkeiten (S. 18 unten). Die Menge der leistbaren Arbeit sei abhängig von der Tagesform (Ausmass der Müdigkeit). Der Explorand benötige für die gleiche Arbeit viel mehr Zeit als früher (S. 18 f.). Er ermüde rasch, könne sich nur eine halbe Stunde am Stück gut konzentrieren und sei schnell so erschöpft, dass er sich hinlegen müsse. Er sei deshalb nicht mehr in der Lage, im kreativ-schöpferischen Bereich mitzuarbeiten. Auch sei er nicht mehr in der Lage, seine Mitarbeiter zu führen oder für die Akquise Kunden zu treffen. Massgeblich habe sich seine Tätigkeit auf administrative Prozesse reduziert (S. 19 oben).

Es bestehe insbesondere eine ängstlich-vermeidende Grundhaltung mit Verminderung der Flexibilität und Angst vor Veränderungen. Es bestünde eine erhebliche Ermüdbarkeit, eine Verminderung des Antriebes und ein deutlich vermindertes Durchhaltevermögen. Letztlich führten die Symptome direkt und indirekt zu zwischenmenschlichen Beziehungsproblemen und einem zunehmenden sozialen Rückzug. Dabei überwögen die subjektiven Einschätzungen des Exploranden deutlich die objektivierbaren Symptome (S. 19).

E. 3.5

Hinsichtlich individueller Belastungsfaktoren und Ressourcen sowie allfällig relevanter Persönlichkeitsfaktoren wurde ausgeführt, es bestehe seit Kindheit eine mögliche ängstlich-vermeidende Grundpersönlichkeit bei frühen kinderneurotischen Zeichen. Diese habe sich über lange Zeit insbesondere als Schüchternheit manifestiert. Immerhin habe der Explorand vor Beginn der Erkrankung 1998 /1999 eine über 1-jährige Weltreise ohne Begleitperson unternommen und habe sich über Jahre im Angestelltenverhältnis, in der familiären Beziehung und im Aufbau eines eigenen Unternehmens behaupten können, was eine Persönlichkeitsstörung/-akzentuierung weitgehend ausschliesse. Es hätten jahrelange Beziehungsprobleme mit dem Vater bestanden. Hier sei auffallend, dass die beschriebene Zunahme der Probleme des Exploranden ab 2012 mit der depressiven Störung des Vaters

zeitlich zusammenhänge, was auf mögliche Persönlichkeitsfaktoren zurückführbar sei (S. 19 Ziff. 6.3 f.).

E. 3.6

Hinsichtlich der Konsistenz wurde unter anderem ausgeführt, im psychiatrischen Teilgutachten sei erwähnt, dass ein Unterschied zwischen den Schilderungen des Exploranden und den objektivierbaren Befunden bestehe. Dies sei jedoch bei einer Diagnose

wie dem Chronic

Fatigue Syndrom, die ausschliesslich auf Symptom schilderungen basiere, genau das Problem. Es existierten keine objektivierbaren Befunde, die das Vorliegen der Erkrankung oder das Ausmass der Erschöpfung zuverlässig feststellen könnten (S. 19 Ziff. 6.5). Die Schilderung des Patienten sei allerdings gut vereinbar mit einem Chronic

Fatigue

Syndrom. Die aktuelle Schil de rung decke sich auch mit den in den Akten geschilderten Symptomkomplexen (S. 20 oben).

Aus der Anamnese des Exploranden ebenso wie den in den Akten festgehaltenen Verläufen gehe klar hervor, dass eine seit mehreren Jahren progrediente Erschöp fung bestehe mit ersten Symptomen seit 200 8. Zunächst sei es dem Exploranden trotz der Beschwerden über einige Jahre trotzdem noch gelungen, fast normal am beruflichen und sozialen Leben teilzunehmen. 2013 sei er erstmals zu 40 % krank geschrieben worden, weil er eine volle Leistung nicht mehr habe erbringen können. Passager sei er Anfang 2014 knapp 5 Wochen zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, anschliessend sei es ihm erneut gelungen, mit 60 % an seinen Arbeits platz zurückzukehren. Aus dem sozialen Miteinander habe er sich zunehmend zurückgezogen, da er all seine Kraft gebraucht habe, um sein Arbeitspensum zu bewältigen. Am Arbeitsplatz sei zu dieser Zeit in einem Nebenraum ein Bett auf gestellt worden, damit er sich bei Bedarf habe ausruhen können. Im Januar 2015 sei es zu einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen und er sei rund einen Monat stationär in einer psychosomatisch ausgerichteten Klinik behandelt worden (S. 20 Mitte). Dem Exploranden sei kurz nach der Ent lassung aus der Klinik ein Wiedereinstieg mit 40 % in seiner Firma gelungen (S.

20 unten).

Einem Arztbericht vom November 2015 sei zu entnehmen, dass die Belastungs fähigkeit stark eingeschränkt sei, es bestehe ein permanenter Erschöpfungs zu stand, der als Chronic

Fatigue mit depressiver Entwicklung ohne Anhaltspunkte für chronische Infektion etikettiert werde (S. 20 f.). Hinzu komme Konzentra tions mangel. Auch hier werde erwähnt, der Patient lege sich bei der Arbeit immer wieder hin und könne nur stundenweise arbeiten. Man gehe prognostisch auf gru nd des bisherigen Verlaufs davon aus, dass mit Persistenz oder Progress der Symp tomatik gerechnet werden müsse. Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähig keit werde für 60 % attestiert. Zudem werde darauf hingewiesen, der Patient könne keine Kundenkontakte mehr wahrnehmen und die Teamleitungsfunktion nicht mehr erfüllen (S. 21 oben).

Schliesslich führten die Gutachter aus, sie seien aufgrund des beschriebenen jahre langen und gut dokumentierten Verlaufs der Ansicht, dass keine Hinweise für Inkonsistenzen

abgeleitet werden könnten. Es scheine nicht weiter verwunderlich, dass bei einer so wenig objektivierbaren Erkrankung wie einem Chronic

Fatigue Syndrom auch alternativmedizinische Ansätze und wenig hilfreiche selbstinitiierte Laboruntersuchungen in Anspruch genommen würden. Dies erscheine eher als der verzweifelte Versuch, doch noch eine « handfeste » Erklärung für die vorhandenen Beschwerden zu haben. Auch seien sie der Ansicht, dass für eine Objektivierung von Ermüdbarkeit und Erschöpfung allenfalls eine neuropsychologische Testung geeignet wäre. Nur weil in einer etwa 90-minütigen Begutachtungssituation keine Zeichen von Ermüdbarkeit aufgefallen seien (immerhin hätten im Merkfähigkeitstest nur 2 von 5 Begriffen wiedergegeben werden können, ohne dass sonst Hinweise für verminderte Anstrengungsbereitschaft vorgelegen hätten), dürfe ihres Erachtens nach keine Funktions-/Arbeitsfähigkeit für das Anforderungsprofil als Creative Director und Geschäftsführer einer Grafikagentur abgeleitet werden (S. 21).

E. 3.7

Das Arbeitsprofil der bisherigen Tätigkeit wurde im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 6/77/1-27) dahingehend umschrieben, dass der Explorand die in einem selbstständigen Unternehmen administrativen Belange erfülle, welche im allgemeinen

Finanz- und Betriebsbuchhaltung, Planungen, Budgetierung, Rechnungstellungen etc. benötigten. Dabei könne davon ausgegangen werden, dass für die genannten Tätigkeiten in einem Unternehmen mit 2 Geschäftspartnern und 16 Angestellten mindestens ein volles Arbeitspensum notwendig sei. Die Tätigkeit erfordere eine hohe Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und Durchhaltefähigkeit. Es brauche eine gewisse Beharrlichkeit und Frustrationstoleranz. Insbesondere in den Teilen als Geschäftsführer sei er zumindest im Umgang mit seinen Mitarbeitern gefordert. Hier brauche es eine erhebliche Frustrationstoleranz und eine Kritikfähigkeit sowie eine gute Empathie (S. 24 Ziff. 6.7).

Im Hauptgutachten (Urk. 6/77/43-68) wurde ausgeführt, gesamtmedizinisch bestehe für die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführer

und Creative Director einer Grafikagentur eine Einschränkung von 50 %.

Idealerweise sollte die Arbeitszeit täglich an 5 Tagen die Woche mit einem Pensum von maximal 4

Stunden pro Tag verteilt werden. Insbesondere sollte die Tagesarbeitszeit nicht überschritten werden

wegen der übermäßigen Erschöpfung bei Überbeanspruchung mit der Gefahr eines circulus

vitiosus.

Begründbar sei die Einschränkung direkt mit dem Chronic

Fatigue Syndrom sowie mit den Auswirkungen der psychischen Störungen mit Verminderung der Durchhaltefähigkeit, den subjektiven

kognitiven Einschränkungen. Insbesondere sei darin enthalten eine verminderte Leistungsfähigkeit

durch ein vermindertes Arbeitstempo und einen erhöhten Pausenbedarf. In der Beurteilung

sei berücksichtigt

worden, dass der Explorand eine erhaltene Verkehrsfähigkeit habe, trotz der Einschränkungen Autofahrt und auch das Familienleben aufrechterhalten könne (S. 21 Ziff. 6.6).

Zum qualitativen Anforderungsprofil

einer angepassten Tätigkeit wurde ausgeführt, generell seien alle Tätigkeiten mit hoher Strukturiertheit mit in sich geschlossenen kürzeren

Arbeitsschritten als günstiger einzustufen (einfache Tätigkeiten, bei denen keine hohen Anforderungen

an die Kognition bestünden, beispielsweise Arbeit in einem Archiv).

Bei subjektiv empfundenen Einschränkungen dieses Schweregrades sollten Tätigkeiten an gefährlichen

Maschinen oder mit gefährlichen Werkzeugen oder Arbeiten, die das berufliche Führen eines Motorfahrzeuges erforderten, nicht in Erwägung gezogen werden. Unregelmässige Arbeitszeiten, Schichtarbeiten und Arbeiten mit ausgeprägten Stosszeiten mit sehr hohem Arbeitsaufkommen

sollten vermieden werden. Auch seien aufgrund der physischen Erschöpfung und orthostatischer Intoleranz keine dauerhaft mittel schweren und schweren Tätigkeiten möglich.

Die Arbeit müsse sitzend verrichtet werden können. Die Möglichkeit, eine Pause einzulegen, müsse gegeben sein. Für solche einfachen Tätigkeiten, die körperlich leicht und ohne Ansprüche

an die Konzentration oder Kognition seien (beispielsweise Sortieren von Dokumenten in einem Archiv),

bestehe eine

Arbeitsfähigkeit von 60 %

(S. 22 Ziff. 6.7).

E. 3.8

Zum bisherigen Therapieverlauf wurde ausgeführt, wöchentliche ambulante Psychotherapie seit Februar 2015,

eine 5-wöchige stationäre psychosomatische

Behandlung im Januar 2015 sowie eine eher alternativmedizinisch anzusiedelnde ärztliche Begleitung

mit multiplen Nahrungsergänzungsmitteln und « sanfter Immunstimulation » hätten ebenso wenig wie die schulmedizinische Betreuung irgendetwas

an der Erschöpfungssymptomatik und dem Rückzug aus dem beruflichen und privaten Leben

verbessern können.

Im psychiatrischen Fachgutachten werde erwähnt, dass eine Psychopharmakotherapie nicht bestehen

und auch früher nicht so lange bestanden habe, dass eine Wirkungsbeurteilung möglich gewesen wäre. Hierzu sei anzumerken, dass aufgrund der aktuellen Diagnose des Fachgutachters (« leichte depressive Episode ») Leitlinien gemäss keine

antidepressive Behandlung empfohlen werde, da ein statistischer Unterschied zwischen Placebo

und Antidepressivum nicht nachweisbar sei. Somit sei die fehlende suffiziente antidepressive

Therapie medizinisch nachvollziehbar und dürfe dem Versicherten nicht nachteilig ausgelegt

werden (S. 22 Ziff. 6.8).

Hinsichtlich der Therapieoptionen führten die Gutachter aus, gemäss psychiatrischem Fachgutachten sollte die Psychotherapie unbedingt aufrechterhalten

werden, und seitens des psychiatrischen Fachgutachters werde eine Psychopharmakotherapie empfohlen,

beginnend mit einem einfachen Antidepressivum in sorgfältiger Dosierungseinstellung

(beispielsweise auch mit Tropfen in mg-Schritten). Eine solche könne die meisten der beklagten

depressiven Symptome, die gedämpfte Stimmung, die Freud- und Lustlosigkeit, die Müdigkeit

und Erschöpfbarkeit und möglicherweise etwas latent auch die kognitiven Störungen günstig beeinflussen. Sollte eine einfache und ausdosierte antidepressive Medikation nicht ausreichen,

könnten diverse Augmentationsstrategien evaluiert werden.

In der aktuellen S3-Leitlinie unipolare Depression werde jedoch bei leichter

Depression keine Empfehlung hinsichtlich einer medikamentösen Therapie ausgesprochen, da

kein Unterschied zwischen Placebo und Antidepressivum nachweisbar sei. Allerdings teilt

die Ansicht, dass aufgrund des längeren Verlaufs der Versuch einer antidepressiven Therapie

in ausreichender Dosierung unternommen und bei fehlender Wirksamkeit beendet werden sollte (S.

23 oben).

Eine ambulante Gruppentherapie könnte die Selbstwertproblematik günstig beeinflussen.

Ein regelmässiges physisches Training sollte unter Anleitung unbedingt durchgeführt werden (S. 23 Mitte). Die Aufarbeitung der Beziehungsstörung zum Vater und die aktuelle Psychopathologie des Vaters

sollte in der Therapie mitberücksichtigt werden.

Obwohl es sich bereits um eine chronifizierte psychische Störung handelt, sei eine Verbesserung

des Gesundheitszustandes gemäss psychiatrischem Fachgutachten noch möglich. Bei Etablierung einer Psychopharmakotherapie könnte auch eine solche innerhalb eines Jahres

zu einer deutlichen Verbesserung führen.

Insgesamt scheint die Prognose aufgrund des jahrelangen Verlaufs jedoch eher ungünstig (S. 23) .

E. 4.1

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner am 27. März 2017 abgegebenen Beurteilung (Urk. 6/84 S. 8 ff.) unter anderem aus, gemäss dem Z.____-Gutachten

könne der folgende medizinische Sachverhalt festgestellt werden : In der bisherigen Tätigkeit als Art Director /Geschäftsführer bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit 2012. In angepasster Tätigkeit gemäss Belastungsprofil bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % . Der Gesundheitszustand könne sich noch wesentlich ändern, dies sei aber aufgrund des chronifizierten Verlaufs unsicher. Als weitere medizinische Massnahme sei eine Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung angezeigt (S. 10 oben).

Mit Blick auf die im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens massgeblichen Standardindikatoren führte er zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde aus, die Diagnose des Chronic

Fatigue Syndroms (CFS) beruhe hier ausschliesslich auf subjektiven Beschwerdeangaben. Es lasse sich gemäss der ICD-10 nicht verschlüsseln. Es existierten auch keine verbindlichen Leitlinien der medizinischen Dachverbände. Klinisch werde das CFS derzeit unter die Störungsbilder chronischer Erschöpfungszustand, Müdigkeit (DEGAM) und Neurasthenie subsumiert. Ein Zusammenhang mit chronischen konsumierenden und / oder entzündlichen Erkrankungen werde angenommen. Im hier vorliegenden Fall hätten aber keine der in Frage kommenden somatischen Grunderkrankungen diagnostiziert werden können . Das CFS könne daher auch im Sinne einer Somatisierungsstörung aufgefasst werden. Die Diagnose einer leichten depressiven Episode sei hier hingegen auch objektiv, durch den psychopathologischen Befund , belegt. Die Diagnose einer hypochondrischen Störung sei hier ebenfalls durch ICD-Kriterien abgebildet. Der Einfluss auf die Alltagsfunktionalität und die berufliche Leistungsfähigkeit sei allenfalls gering. Ein negatives Zusammenwirken mit der depressiven Störung sei jedoch anzunehmen (S. 10 lit . a/ i).

Zu Behandlungserfolg oder -resistenz führte er aus, eine durchgreifende Besserung der Beschwerden habe bislang nicht erreicht werden können. Der Krankheitsbeginn datiere auf 2008, im Anschluss an eine Tonsillopharyngitis . Es hätten zahlreiche medizinische

Behandlungen und Abklärungen auf überwiegend somatischer Ebene stattgefunden. Aus dem Gutachten wie auch aus den Akten gehe lediglich ein stationärer Aufenthalt 2015 hervor, wo auch psychische Themen fokussiert worden seien. Im psychiatrischen Gutachten werde erwähnt, dass seit eineinhalb Jahren eine Gesprächstherapie in wöchentlichen Abständen stattfinde (S. 10 lit. a/ ii).

Betreffend Eingliederungserfolg oder -resistenz führte er aus, berufliche Eingliederungsmassnahmen erfolgten nicht, da der Beschwerdeführer noch in der angestammten Tätigkeit arbeite (S. 11 lit. a/iii) .

Körperliche Komorbiditäten liessen sich nicht objektivieren. Die leichte depressive Störung stelle eine relevante Komorbidität dar. Eine negative Wechselwirkung mit der Somatisierungsstörung (beziehungsweise CSF) und der Hypochondrie sei anzunehmen (S. 11 lit. a/iv) .

Betreffend Persönlichkeitsdiagnostik und persönliche Ressourcen führte er aus, es würden ängstlich-vermeidende und zwanghafte Züge geschildert (S. 11 lit. b) .

Zum sozialen Kontext führte er aus, es bestünden Kontakte zur Familie, und auch die Partnerschaft werde als intakt beschrieben. Am Arbeitsplatz bestehe weiterhin Kontakt zu Kollegen. Der Beschwerdeführer gehe ins Kino, unternehme Flugreisen und benutze das Auto und das Fahrrad. Er könne den öffentlichen Verkehr benutzen. Er beteilige sich an der Hausarbeit und an administrativen Tätigkeiten. Er lese Zeitungen im Internet und unternehme Spaziergänge mit der Ehefrau. Er gehe einkaufen, sofern es leichtere Sachen seien, sonst bestelle er online. Seine Hobbys habe er hingegen eingestellt. Psychosoziale Belastungen (Konflikte mit dem Co-Inhaber) bestünden am Arbeitsplatz (S. 11 lit. c).

Betreffend Konsistenz führte er aus, Einschränkungen liessen sich im beruflichen wie im privaten Bereich feststellen (S. 11 lit. a). Die Inanspruchnahme an medizinischen Behandlungen /Leistungen sei deutlich erhöht. Es bestünden hypochondrisch gefärbte Ängste, körperlich krank und nicht mehr leistungsfähig zu sein. Hierbei überwiege ein somatisch geprägtes Krankheitskonzept. Die Offenheit für psychische Zusammenhänge könne als eher gering angenommen werden (S.

11 f. lit. b).

E. 4.2

Dr. med. B.____, RAD, empfahl im Anschluss an die Ausführungen von Dr. A.____ eine Bewertung durch den Rechtsanwender (Urk. 6/84 S. 12 oben).

E. 4.3

In der Folge gab jemand von der Kundenberatung (KB) am 5. Juli 2017 eine Beurteilung ab (Urk. 6/84 S. 12 f.) und führte unter anderem aus, gemäss der – wörtlich –, inklusive Schreibfehler (« Synrdoms » statt «Syndroms»), übernommenen –

Stellungnahme des RAD beruhe die Diagnose des Chronic

Fatigue Syndroms (CFS) hier

ausschliesslich auf subjektiven Beschwerdeangaben und könne im Sinne einer

Somatisierungsstörung aufgefasst werden. Somatisierungsstörungen seien körperliche

Beschwerden ohne organisch fassbaren Befund, « weshalb wir diese Diagnose im Sinne der IV

als nicht relevant einstufen » (S. 12 Mitte).

Gemäss Stellungnahme des RAD sei die Diagnose einer leichten depressiven Episode auch objektiv, durch den

psychopathologischen Befund, belegt. Depressive Episoden seien definitionsgemäss vorübergehende Leiden. Eine Episode gelte aus rechtlicher Sicht als nicht erheblich (S. 12).

Bei einer hypochondrischen Störung sei ein vorherrschendes Kennzeichen eine beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden. Gemäss der

Stellungnahme des RAD sei die Diagnose einer hypochondrischen Störung durch ICD-Kriterien

abgebildet. Der Einfluss auf die Alltagsfunktionalität und die berufliche Leistungsfähigkeit sei allenfalls gering. Ein negatives Zusammenwirken mit der depressiven Störung sei jedoch

anzunehmen (S. 12 unten).

Der soziale Kontext werde in der RAD-Stellungnahme ausführlich beschrieben. Aufgrund deren «sind Ressourcen vorhanden, welche auch die Ausübung einer Tätigkeit erlauben würden»

(S. 13 oben).

Die Behandlungsoptionen seien gemäss der Einschätzung der Gutachter noch nicht ausgeschöpft (S. 13 Mitte).

Abschliessend wurde ausgeführt, die attestierte Arbeitsunfähigkeit sei aus Sicht des Rechtsanwenders nicht nachvollziehbar.

Aufgrund des Sachverhaltes « liegt m.E. aus psychischer Sicht kein IV-relevanter GS vor » (S. 13).

E. 5.1

In einem ersten Schritt ist auf die im Gutachten gestellte Diagnose eines Chronic

Fatigue Syndrom (CFS) einzugehen. RAD-Arzt Dr. A. ___ führte dazu aus, diese lasse sich nicht gemäss der ICD-10 verschlüsseln, mass diesem Umstand aber mit der Begründung keine Bedeutung zu, das CFS könne auch im Sinne einer Somatisierungsstörung - sie ist mit F45.0 codiert – aufgefasset werden (vorstehend E).

4.1). Die in der Kundenberatung tätige Person befand sodann, diese Diagnose werde im Sinne der Invalidenversicherung als nicht relevant eingestuft (vorstehend E. 4.3).

Dass, wie vom RAD-Psychiater angeführt, das CFS nicht gemäss ICD-10 codiert werden könne, trifft nur bezogen auf deren Kapitel V (= Buchstabe F) zu. In der Vollfassung der ICD-10 wie auch verschiedenen Urteilen des Bundesgerichts wird dafür die Codierung G93.3 (Erschöpfungssyndrom) verwendet (8C_67/2017 vom 14. Juni 2016 E. 4,

9C_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.1, 9C_472/2015 vom 9. Februar 2016 E. 3.2, 9C_31/2014 vom 5. September 2014 E. 4, 9C_320/2013 vom 25. September 2013 E. 4.1, 8C_32/2013 vom 19. Juni 2013 E. 3.4).

Gänzlich unzutreffend ist die pauschale Qualifizierung - des CFS oder der Soma tisierung sstörung - als nicht IV-relevant. Vielmehr wurde das CFS vom Bundes gericht ausdrücklich den pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage zugerechnet (Urteil I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5 sowie mehrere BGE, letztmals BGE 140 V 8 E).

2.2.1.3), also als - unter den von der damaligen Schmerzrechtsprechung gefor derten Bedingungen - durchaus potentiell anspruchrelevant beurteilt.

Daraus ist zu schliessen, dass - selbst wenn zutreffen sollte, dass das CFS in der ICD-10 nicht oder noch nicht behandelt werde - das damit bezeichnete Leiden und die Diagnose ohne Codierung sehr wohl in die Beurteilung einzubeziehen sind, was auch mit der Rechtsprechung übereinstimmt, dass (lediglich) «praktisch jedes» krankheitswertige Geschehen einer Diagnose im Rahmen der anerkannten Klassifikationssysteme zuführbar sei, in Sonderfällen allerdings Ausnahmen denk bar seien (BGE 130 V 396 E. 6.3), wozu sich nähere Ausführungen in der Lite ratur finden (Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung für die Sozialversicherung, namentlich für den Ein kom men s vergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser / Franz Schlauri , Hrsg., Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 27 ff., S. 64 Anm. 93).

E. 5.2

Somit ist nunmehr zu prüfen, ob sich die Gutachter an die massgebenden nor ma tiven Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berück sich tigung der einschlägigen Indikatoren (vorstehend E. 1.3) eingeschätzt haben (BGE 141 V 281 E. 5.2.2).

Im Hinblick auf den Komplex «Gesundheitsschädigung» ist zunächst die Aus prägung der diagnoserelevanten Befunde von Bedeutung. Dazu finden sich im Gutachten eingehende und detaillierte Ausführungen (vorstehend E. 3.3), die noch dadurch an Aussagekraft gewinnen, dass auch zu deren funktionellen Aus wirkungen weiterführende Angaben gemacht wurden (vorstehend E. 3.4). Sodann wurde im Gutachten die Frage von B ehandlungserfolg oder – resistenz

behandelt (vorstehend E. 3.8). Betreffend Eingliederungsbemühungen erübrigten sich, wie vom RAD-Arzt angemerkt (vorstehend E. 4.1), Ausführungen, da der Beschwer deführer ja noch in der angestammten Tätigkeit aktiv war. Als Komorbiditäten wurden eine leichtgradige Depression und eine hypochondrische Störung berück sichtigt, dies zu Recht ohne besondere Betonung angesichts ihres gemäss späterer RAD-Beurteilung (vorstehend E. 4.1) bescheidenen limitierenden Stellenwerts. Ferner wurde im Gutachten zu den Standardindikatoren der Persönlichkeit (vor stehend E. 3.4) wie auch des s oziale n Kontexts (vorstehend 3.5) differenzierte Angaben gemacht und Einordnungen vorgenommen. Schliesslich wurde im Gut achten die Frage der K onsistenz ausgesprochen gründlich und sorgfältig behan delt. Dies betrifft einerseits die (auffällig hohe, auf entsprechenden Leidensdruck hinweisende) Frequenz der Inanspruchnahme konventioneller und anderer thera peu tischer Angebote (vorstehend 3.8) und andererseits den Aspekt der gleich mässige n Einschränkung (vorstehend E. 3.6).

Der letztgenannte Aspekt ist der letztlich hier entscheidende. In den Fällen fraglicher Konsistenz besteht die Problematik zumeist darin, dass die versicherte Person erhebliche Einschränkungen im Erwerbsbereich geltend macht, dies bei einem weit höheren Aktivitätsniveau in anderen, nichterwerblichen Lebensbereichen, was nicht plausibel übereinstimmt. Hier jedoch verhält es sich nahezu umgekehrt: Der Beschwerdeführer ist in den von ihm erlebten Grenzen sehr wohl noch immer erwerbstätig und offensichtlich bestrebt, in seiner Firma das ihm mögliche Maximum zu geben, nötigenfalls sogar liegend. Das ist auch insofern plausibel, als sein reduziertes Leistungsvermögen am Arbeitsplatz offenbar und verständlicherweise zu Spannungen mit dem Ko-Inhaber der Firma Anlass gibt und der Beschwerdeführer bestrebt ist, diese zu minimieren. Auf der anderen Seite hat der Beschwerdeführer seine Freizeit- und sozialen Aktivitäten sukzessive reduziert (vorstehend E. 3.2 und 3.4). Die diesbezügliche verlaufsorientierte Darlegung im Gutachten erscheint um einiges aufschlussreicher als das ohne Kontextangabe erfolgte Aufzählen von noch verbliebenen nichterwerblichen Aktivitäten durch den RAD-Arzt (vorstehend E.

4.1).

Dies führt zum Schluss, dass das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers progressiv niedriger ausgefallen ist, unter Beibehaltung der erwerblichen Aktivität bis an die Grenze der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit. Damit ist die Frage der Konsistenz eindeutig positiv zu beantworten.

Angesichts der vom Beschwerdeführer weiterhin im genannten Rahmen ausgeübten Erwerbstätigkeit geht

sodann die Feststellung der Person der Kundenberatung, die vorhandenen Ressourcen würden «auch die Ausübung einer Erwerbstätigkeit erlauben» (vorstehend E. 4.3), vollkommen an der Sache vorbei: Er übt ja bereits und immer noch eine solche aus, und die von Medizin und Rechtsanwendung zu beantwortende Frage ist gerade, in welchem Umfang ihm dies zumutbar sei. Zu dieser Frage trägt die genannte Aussage der Kundenberatung nichts bei.

E. 5.3

Gestützt auf die vorstehenden Darlegungen ist festzuhalten, dass das Z. ___ -Gutachten vom 22. Dezember 2016 in Beachtung der massgebenden normativen Rahmenbedingungen erstattet wurde (BGE 144 V 50 E. 3.4) und insbesondere die Feststellungen zur Arbeitsfähigkeit im Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren erfolgt sind. Auch die herkömmlichen Anforderungen an medizinische Beurteilungen (vorstehend E. 1.4) sind vollumfänglich erfüllt.

Demnach ist auf die Feststellungen im Gutachten hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.7) abzustellen, womit der Sachverhalt dahingehend erstellt ist, dass für angepasste Tätigkeiten, welche dem im Gutachten formulierten Belastungsprofil entsprechen, eine Arbeitsfähigkeit von 60 % besteht.

E. 5.4

Von dieser Feststellung ausgehend wird die Invaliditätsbemessung zu erfolgen haben, zu deren Vornahme die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde, Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur genannten Invaliditätsbemessung.

E. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Dem obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220. (zu züglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 18. Juli 2018 aufgehoben, und die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zur Invaliditätsbemessung im Sinne der Erwägungen zurückgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- 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. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - 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 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 Mosimann Tiefenbacher

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