

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00423 vom 25. Mai 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00423](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00423)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00423 du 25 mai 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00423 del 25 maggio 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1966 geborene X.\_\_\_\_, gelernter Maschinenschlosser und zuletzt bis 2016 als LKW-Chauffeur

bei der Y.\_\_\_\_ in Z.\_\_\_\_

tätig, meldete sich am 26. September 2017 unter Hinweis auf eine psychische Erkrankung bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und teilte dem Versicherten am 25. Januar 2018 mit, dass aufgrund seines Gesundheitszustands aktuell keine entsprechenden Massnahmen möglich seien (Urk. 7/19). Mit Vorbescheid vom 14. Februar 2020 (Urk. 7/46) stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen der Versicherte am 5. März 2020 unter Auflage weiterer Arztberichte (Urk. 7/52) Einwand (Urk. 7/47, Urk. 7/53) erhob. Mit Verfügung vom 25. Mai 2020 (Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch des Versicherten.

### **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**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der

Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

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 her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

### **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. 1.5**

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie

würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen

Anforderungen an ein ärztliches Gutachten ( BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt ( BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 25. Juni 2020 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 25. Mai 2020 sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm nach ergänzenden Abklärungen Eingliederungsmassnahmen und/oder eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. In formeller Hinsicht stellte er das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Prozessvertretung (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 12. August 2020 (Urk. 6) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 19. August 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 25. Mai 2020 (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführer

in psychischer Hinsicht seit Mai

2017 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Es bestünden jedoch vordergründig erhebliche psychosoziale Belastungen und es sei zudem von einer guten Prognose auszugehen, da keine Diagnosen mit dauerhaften

gesundheitlichen Auswirkungen

vorlägen (S. 1). In somatischer Hinsicht bestehe seit 10. Oktober 2019 eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als LKW-C hauffeur. In einer angepassten Verrichtung (überwiegend sitzend mit leichter Wechselbelastung und ohne schweres Heben/Tragen und längeres Stehen) sei die Arbeitsfähigkeit indessen nicht eingeschränkt. Es liege somit keine langandauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vor und es bestehe insbesondere kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, da eine angepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar sei (S. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), der medizinische Sachverhalt sei seitens der Beschwerdegegnerin nicht sorgfältig abgeklärt worden. Sämtliche Leistungsansprüche seien verneint worden, obwohl aus den medizinischen Akten und dem von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Regionale ärztliche Dienst (RAD), formulierten Zumutbarkeitsprofil klar hervorgehe, dass dem Beschwerdeführer

sowohl die ursprünglich erlernte Tätigkeit als Maschinenschlosser als auch die langjährige ausgeübte Tätigkeit als LKW-C hauffeur nicht mehr zumutbar seien (S. 5 Ziff. 14). Das Fazit der RAD-Ärztin Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,

wonach kein dauerhafter Gesundheitsschaden vorliege, sei nicht nachvollziehbar, da sie sich namentlich nicht auf eine eigene psychiatrische Untersuchung der Beschwerde stützen könne (S. 5 f. Ziff. 15 ff.). RAD-Arzt Dr. A.\_\_\_\_ habe sodann bei der Festlegung des Belastungsprofils lediglich die Rückenbeschwerden, nicht jedoch die übrigen somatischen Beschwerden (Asthma, COPD und Lungenemphysem, chronische Kopfschmerzen, Tinnitus) berücksichtigt, und habe nicht begründet, weshalb es in der angestammten Tätigkeit lediglich zu einer vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit gekommen sei (S. 6 Ziff. 18). Schliesslich fehle es auch an einer Gesamtbeurteilung der verschiedenen, sich wechselseitig negativ beeinflussenden Gesundheitsstörungen (Ziff. 19). 3. 3.1

Im Bericht der C.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2018 (Eingangsdatum, Urk. 7/18)

wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1 Ziff. 1.1): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) seit mindestens 05/2017 - distale intraartikuläre Radiusfraktur links vom 17. Dezember 2017 - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: schädlicher Gebrauch

seit Jugendzeit (ICD-10 F10.1)

Die C.\_\_\_\_-Ärzte führten aus, dass sich durch die tagesstrukturierende und ressourcenfördernde Therapieteilnahme in der Tagesklinik, die wöchentlichen psychoedukativen und supportiv-psychotherapeutischen Gespräche und die antidepressive Medikation eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik und Ängste gezeigt habe. Im Falle einer weiteren psychischen Stabilisierung sei

bei gegebener Motivation von einer mittelfristigen Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S.

2 Ziff. 1.4). Im Zusammenhang mit körperlichen, geistigen und psychischen Einschränkungen wiesen die C.\_\_\_\_-Ärzte auf ein depressives Syndrom mit insbesondere ausgeprägten Ängsten hin und gingen in bisheriger Tätigkeit von einer mindestens sechswöchigen Arbeitsunfähigkeit bei Radiusfraktur aus. Aus psychiatrischer Sicht wurde eine Reevaluation durch den ambulanten Behandler im April 2018 empfohlen. Die

Arbeitsunfähigkeit in angepassten Verrichtungen entspreche aktuell jener in bisheriger Tätigkeit und betrage somit ebenfalls 100% (S. 4 Ziff. 1.7). 3.2

Am 24. Juli 2019 wurde seitens des D.\_\_\_\_ im Rahmen einer Zweitbeurteilung der MRI-Bilder vom 28. September 2017 festgehalten, dass einzelne insgesamt unspezifische Gliosen

Foci frontal beidseitig erkennbar seien. Im Sinne einer Differentialdiagnose wurden einzelne kleine mikroangiopathische

Foci im Rahmen des früheren Kokainabusus oder von vaskulären Risikofaktoren (wie Hypertonie)

angenannt. Im Weiteren wurde ausgeführt, dass weder eine Drogen-assoziierte Leukoencephalopathie noch eine Raumforderung oder ein Hydrocephalus vorliege. Ebenso wenig sei eine pathologische Hippocampusatrophie

und eine pathologische Atrophie infra - und supratentoriell ersichtlich, weshalb kein morphologisches Korrelat für eine dementielle Entwicklung erkennbar sei (Urk. 7/44/23) . 3. 3

Im C.\_\_\_\_ -Bericht vom 4. November 2019 (Urk. 7/44/18-20) betreffend die neuro psychologische Abklärung der Frage nach einer möglichen Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wurde festgehalten, dass eine Diagnosestellung nicht möglich sei, da die Validität der Befunde nicht hinreichend gegeben sei (S. 1). In der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich Leistungen gezeigt, die diskrepant zum Test- und Alltagsverhalten des Beschwerdeführers seien, was eine genügend valide Interpretation der Befunde verunmögliche. Bis auf die Aufmerksamkeitsfunktionen befinde sich die Mehrheit der geprüften kognitiven Domänen aktuell im Durchschnittsbereich, sodass ehemals auffällige Leistungen nun im alters- und ausbildungsentsprechenden Rahmen lägen. Insbesondere die Gedächtnisleistungen, die im Verlauf der verschiedenen Untersuchungszeitpunkte immer besser geworden seien, bewegten sich nun mehrheitlich im Durchschnittsbereich. Bei den

attentionalen Funktionen zeige sich nach vor eine deutliche Verlangsamung, die aber nicht einem ADHS-typischen Muster entspreche, sondern eher den Profilen bei depressiven Patienten. In der Anamnese sei zum Untersuchungszeitpunkt subjektiv von einer Stimmungserhebung berichtet worden. Von einer solchen sei auch seitens der zuweisenden Ärzte

ausgegangen worden. Im Selbstbeurteilungsfragebogen sei dann aber eine erhöhte depressive Symptomatik angegeben worden, weshalb

die affektive Situation für die C.\_\_\_\_ -Fachpersonen unklar bleibe. Im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen scheine das Leistungsprofil zu wenig konsistent, um eine mögliche ADHS zu untermauern, so dass der Verdacht auf eine

solche Störung nicht erhärtet werden könne (S. 3). 3. 4

Im Bericht des E.\_\_\_\_

(Pneumologische Sprechstunde) vom 14. November 2019 (Urk. 7/52/8-9) wurde folgende Diagnosen gestellt: - Cough -Variant-Asthma-Bronchiale - normale statische und dynamische Lungenvolumina (LUFU vom 10. Mai 2019) - mittelschwere bronchiale Hyperreagibilität (Provokationstest vom 29. Mai 2019) - diskretes apikal betontes zentrilobuläres Lungenemphysem - mittelschwere Diffusion - chronischer Nikotinkonsum, 25 py - diffuse Sklerose Aorta- und Beckengefäße beidseitig - chronische Lumbalgien

Dr. med. F.\_\_\_\_, Leitender Arzt Innere Medizin Pneumologie, führte aus, dass in Zusammenschau der Befunde die vom Beschwerdeführer beklagten Symptome (Reizhusten, Beklemmungsgefühl bei kaltem Wetter/unter Belastung) am ehesten im Rahmen eines Cough -Variant -Asthma-Bronchiale zu erklären seien. Entsprechend sei eine inhalative Therapie mit ICS (Alvesco) sowie eine strikte Nikotinkarenz zu empfehlen. 3. 5

Der behandelnde Psychiater Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 28. November 2019 (Urk.

7/44/1-5) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.2): - einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) - neuropsychologische Untersuchung 17. September 2018 und neuro psychologische Verlaufsuntersuchung en vom 3. April und 4. November

2019 - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - unter antidepressiver medikamentöser Therapie im Verlauf teilremittiert - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10 F41.0) - unter kognitiver Verhaltenstherapie nur noch sporadisch auftretend und vom Beschwerdeführer unterdessen gut beeinflussbar - Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren Zügen (ICD-10 Z73.1)

Dr. G.\_\_\_\_ führte aus, dass klinisch und fremdanamnestisch eindeutig eine ADHS-Erkrankung vorliege. Diese habe neuropsychologisch nur teilweise bestätigt werden könne n , wobei die erste neuropsychologische Abklärung im September 2018 aufgrund eines Substanzmissbrauchs nicht habe abgeschlossen werden können. Im April 2019 sei die depressive Symptomatik zu stark ausgeprägt gewesen, um die Untersuchung abzuschliessen. Die im Schlussbericht vom 4. November 2019 angegebene deutliche Verlangsamung der attentionalen Funktionen (entgegen einem ADHS-typischen Muster) seien im Rahmen einer funktionalen Hirnschädigung zu interpretieren (S. 1 f.).

Beim Beschwerdeführer habe von 2006 bis 2017 während der Monate Oktober bis April ein regelmässiger und hochdosierter Konsum von Metamphetaminen (Thai-Pillen) stattgefunden. Während dieser Jahre

habe er eine funktionale Hirn schädigung entwickelt, welche in den neuropsychologischen Abklärungen abgebildet worden sei. Da der Beschwerdeführer eine Lehre als Maschinenschlosser abgeschlossen und die Rekrutenschule absolviert habe, LKW-Chauffeur gewesen sei und viele Jahre intensiv Motocross gefahren sei, entspreche die aktuelle neuro psychologische Beurteilung nicht seinem ursprünglichen neuropsychologischen Profil vor dem exzessiven Substanzmissbrauch und widerspreche somit nicht einer ADHS-Diagnose (S. 2).

Der Beschwerdeführer sei psychomotorisch schwer unruhig (während der stündigen Therapiesitzung könne er nicht still sitzen bleiben und rutsche ständig auf dem Stuhl umher, ADHS-typische motorische Hyperaktivität) und intensiv gestikulierend während des Redens. Es zeige sich zudem eine hohe Begeisterungs fähigkeit und wiederholtes Risikoverhalten im Rahmen eines ADHS-typischen « sensation-seeking » mit gesundheitsschädigenden Fo lgen und ärztlicher Notversorgung (S. 3).

Dr. G.\_\_\_\_ hielt weiter fes t, dass der Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als L KW-C hauffeur nicht mehr ausüben könne. Ihm sei ausserdem im Jahre 20 18 der Führerausweis entzogen wo rden, und er sei nicht in der Lage, die vom Strassen verkehrsamt gestellten Bedingungen für einen Wiedererhalt des Ausweises zu erfüllen. Ferner könne der Beschwerdeführer aktuell auch k einer angepassten Tätigkeit (beispielsweise Kurierfahrer mit dem PKW) nachkommen. Es zeige sich diesbezüglich seit Beginn der Behandlung (8. November 2017) bis zum aktuellen Zeitpunkt keine sichtliche Verbesserung. Der Beschwerdeführer arbeite an zwei Tagen pro Woche in der H.\_\_\_\_ (geschützter Arbeitsplatz in einem Café, Präsenzzeit jeweils drei Stunden pro Tag), wobei das Ziel der Steigerung auf drei Tage pro Woche bisher nicht habe realisiert werden könne n (S. 3).

Der behandelnde Psychiater wies ferner darauf hin , dass seit Mai 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Aufgrund des Verlaufs in den letzten zwölf Monaten müsse aktuell von einem weiter anhaltenden vollständigen Verlust der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

Die initial während der bisherigen Behandlung geplante berufliche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt (zumindest in Teilzeit) habe in den letzten zwei Jahren nicht realisiert werden können. Der Beschwerdeführer habe gelernt, mit seinen wiederkehrenden Ängsten umzugehen , und die depressive Symptomatik habe durch die Einnahme von Wellbutrin deutlich verbessert werden können. Es bestehe jedoch weiterhin eine ungenügende Leistungsfähigkeit für den Beginn von beruflichen Integrationsmassnahmen. Nach Beobachtung des bisherigen ambulanten Verlaufs (70

Konsultationen)

gehe er auch bei Weiterführung der Behandlung oder Therapeutenwechsel nicht von einer nachhaltigen Verbesserung für eine genügende Leistungsfähigkeit aus (S. 4). 3. 6

Im Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ , Assistenzarzt Manuelle Medizin

J.\_\_\_\_ , vom 27. Februar 2020 (Urk. 7/52/5-6) wurden folgende Diagnosen aufgeführt: - chronisches lumbales Schmerzsyndrom seit über zehn Jahren - anamnestisch : langsame Zunahme der Symptome über die Jahre, jeweils Zunahme vor allem durch längeres Stehen - klinisch: kein Konvergenzschmerz, Schmerz (ansatzweise) reproduzierbar mittels p.a. Traktion auf Lendenwirbelkörper 5 - MRI Lendenwirbelsäule

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

ATSG) sind.

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

#### **E. 13**

August 2019: mehrsegmentale, leicht degenerative Osteochondrose . Im Segment L5/S1 fortgeschrittene Abnutzung der Bandscheibe mit breitbasiger Diskusextrusion. Leichtgradige Facettengelenksarthrose L5/S1 mit geringem Erguss im Gelenkspalt. Kein Hinweis auf eine schwere Stenosierung oder Nervenwurzelkompression. Nebenbefundlich exzentrische r

Wandthrombus der A. abdominalis - 1. November 2019: lumbale transforaminale Injektion L5 rechts sowie peri - und intradiskale Injektion L5/S 1 rechts ohne klares Ansprechen - Knieschmerzen links noch unklarer Ätiologie - anamnestisch : belastungsabhängige Knieschmerzen seit Ende Januar, besonders beim Bergablaufen, keine Ruheschmerzen, kein Trauma - klinisch: Druckdolen z über dem medialen Gelenkspalt, leichte Druckdolenz auch bei Druck auf die Patella - Sonographie Knie links 18. Februar 2020: kein Gelenkserguss ,

Quadriceps - und Patellarsehne intakt, reizlos. Reizlose bursa präpatellaris und infrapatellaris

pr ofunda . Mediales und laterales K ollateralband intakt. Menisken beidseits intakt. Femorales Gleitlager unauffälli g. Hoffa Fettkörper unauffällig

Dr. I. \_\_\_ führte aus, dass die Knieschmerzen mittlerweile praktisch vollständig regredient seien, sodass nun wieder die Rückenschmerzen im Vordergrund stünden.

Am 17. April 2020 hielt Dr. I. \_\_\_ fest, dass er die Ursache für die Rücken schmerzen bisher nicht eindeutig habe identifizieren können, wobei als mögliche Auslöser die Osteochondro se auf Höhe L5/S1, myofasziale Strukturen und lumbale Facettengelenke in Frage kämen. Weil jeweils längeres Stehen/Sitzen die Schmerzen auslöse/verstärke, müsste die Arbeitsstelle eine ständige Abwechslung (sit zen/stehen) ermöglichen und die Arbeit müsste auf maximal vier Stunden pro Tag beschränkt werden, wobei auf das Heben von schweren Lasten zu verzichten sei. Hinsichtlich der Prognose wies Dr. I. \_\_\_ darauf hin , dass es aktuell schwierig einzuschätzen sei, ob die Schmerzen längerfristig gelindert werden könnten, da momentan eine genau e Diagnose noch fehle (Urk. 7/52/7) . 3.7

Die RAD-Ärztin Dr. B. \_\_\_ führte in ihrer Stellungnahme vom 27. Januar 2020 (Urk. 7/45/4-5) in psychiatrischer Hinsicht aus, dass die depressive Symptomatik unter Antidepressiva teilremittiert sei. Die weiterhin bestehende Panik störung trete unter kognitiver Verhaltenstherapie nur noch sporadisch auf und sei vom Beschwerdeführer gut beeinflussbar. Zudem liege eine Persönlichkeitsakzentuierung m it selbstunsicheren Zügen vor.

Der von Dr. G. \_\_\_ gestellten ADHS-Diagnose könne nicht gefolgt werden. Die Frage nach eine r ADHS sei neuropsychologisch abgeklärt worden, wobei ein Verdacht auf eine entsprechende Diagnose nicht habe erhärtet werden können. Die kognitiven Domänen des Beschwerdeführers lägen im Durchschnittsbereich.

Der Alkoholabusus werde von den C. \_\_\_ -Ärzten als ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingeschätzt und von Dr. G. \_\_\_ nicht diagnostiziert. Vom Metamphetamin missbrauch sei der Beschwerdeführer zwischenzeitlich abstinent.

Aus Sicht von Dr. G. \_\_\_ werde eine Verlangsamung in den Aufmerksamkeits funktionen als Folge des früheren Substanzkonsums gesehen. Im D. \_\_\_ -Bericht sei jedoch eine dementielle Entwicklung durch den exzessiven Alkohol- und Drogenkonsum der letzten Jahre ausgeschlossen worden und es habe sich kein hirnorganisches Korrelat für eine entsprechende Entwicklung gefunden.

Die RAD-Ärztin wies sodann darauf hin, dass erhebliche psychosoziale Belastungen – veränderte Lebensumstände (dauerhafter Aufenthalt in der Schweiz statt acht Monate pro Jahr in Thailand), Führerausweisentzug, finanzielle Sorgen, Verlust von sozialen Kontakt en /Arbeitsplatz – bestünden.

Zusammenfassend hielt Dr. B. \_\_\_ fest, dass einer depressiven Episode per Defi nition die Dauerhaftigkeit fehle und die Panikstörung weitgehend remittiert sei. Die ADHS sei neuropsychologisch ausgeschlossen worden und es bestehe Drogenabstinenz und kein relevanter Alkoholabusus. Ein dauerhafter Gesundheits schaden sei somit nicht ausgewiesen. 3.8

In somatischer Hinsicht führte RAD-Arzt Dr. A. \_\_\_ am 22. Mai 2020 (Urk. 7/55/3) aus, für die Rückenschmerzen habe trotz ausgiebiger Diagnostik keine klare Ursache ausgemacht werden können und die entsprechenden Therapien hätten sich als wenig wirksam erwiesen. Die von Dr. I. \_\_\_ statuierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit sei nicht plausibilisiert worden und es sei nicht nachvollziehbar, wie es bei einer seit drei Jahren bestehenden Belastungsabstinenz bei Arbeitslosigkeit zu einer Zunahme der Symptomatik habe kommen können.

Im Weiteren bestünden auch in pneumologischer Hinsicht keine Diagnosen, welche eine ganztägige vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in einer den somatischen Beschwerden optimal angepassten Tätigkeit (überwiegend sitzend ausgeübte Verrichtung mit leichter Wechselbelastung) einzuschränken vermögen.

Unter somatischen Gesichtspunkten bestehe somit eine vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als LKW-Chauffeur seit 10. Oktober 2019 (Zeitpunkt der ersten aktenkundigen Konsultation in der J. \_\_\_), jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. 4.

#### 4.1

Die Beschwerdeführerin stütze sich bei ihrer leistungsabweisenden Verfügung vom 25. Mai 2020 (Urk. 2) auf die Stellungnahmen ihrer RAD-Ärzte Dres.

B. \_\_\_ und A. \_\_\_ vom 27. Januar und d 22. Mai 2020 (Urk. 7/45/4-5, Urk. 7/55/3) ab, welche keine eigenen Untersuchungen durchführten. 4.2

#### 4.2.1

In psychiatrischer Hinsicht verneinte die RAD-Ärztin Dr. B. \_\_\_ das Vorliegen eines dauerhaften Gesundheitsschadens mit der Begründung, einer depressiven Episode fehle es per definitionem an der Dauerhaftigkeit, die Panikstörung sei weitgehend remittiert, die ADHS sei neuropsychologisch ausgeschlossen worden, es bestehe eine Drogenabstinenz und es liege kein relevanter Alkoholabusus vor. Im Weiteren bestünden erhebliche psychosoziale Belastungen (Urk. 7/45/5).

Bezüglich des Hinweises betreffend depressive Episode ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer gemäss den C. \_\_\_ -Ärzten und Dr. G. \_\_\_ an einer rezidivierenden depressiven Störung gemäss ICD-10 F33.1 leidet (Urk. 7/18 S. 1 Ziff. 1.1, Urk. 7/44/1-5 S. 1). Entsprechend liegt eine länger andauernde psychische Störung

vor, welche durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert ist, wobei die gegenwärtige Episode mittelgradig ist.

Im Zusammenhang mit der ADHS ist zu berücksichtigen, dass der Verdacht auf eine solche Störung im C. \_\_\_ - Bericht vom 4. November 2019 (Urk. 7/44/18-20) nicht erhärtet werden konnte, da es an einer hinreichenden Validität der Befunde mangelte (S. 2). Seitens der C. \_\_\_ wurde festgehalten, dass sich bei der Untersuchung am

9. Oktober 2019 die Mehrheit der geprüften kognitiven Domänen im Durchschnittsbereich befänden und ehemals auffällige Leistungen nun im alters- und ausbildungentsprechenden Rahmen lägen. Dies treffe insbesondere auf die Gedächtnisleistungen zu, welche im Verlauf der verschiedenen Untersuchungszeitpunkte immer besser geworden und aktuell mehrheitlich im Durchschnittsbereich seien. Lediglich bei den Aufmerksamkeitsfunktionen zeige sich nach wie vor eine deutliche Verlangsamung, die aber nicht einem

ADHS-typischen Muster entspreche, sondern eher den Profilen bei depressiven Patienten (S. 3). Dazu im Widerspruch steht die Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. G.\_\_\_\_, wonach klinisch und fremdanamnestisch klar und eindeutig eine ADHS-Erkrankung vorliege und eine solche neurologisch teilweise bestätigt worden sei (Urk. 7/44/1-5 S. 1). Eine entsprechende nachvollziehbare Begründung – insbesondere auch für das Abweichen von der neuropsychologischen C.\_\_\_\_-Beurteilung – fehlt im Bericht von Dr. G.\_\_\_\_, da er sich im Wesentlichen auf den Hinweis beschränkt, dass die aktuelle neuropsychologische Einschätzung nicht dem Profil des Beschwerdeführers vor dem exzessiven Missbrauch von Metamphetaminen (Lehrabschluss als Maschinenschlosser, Absolvieren der Rekrutenschule, Tätigkeit als LKW-Chauffeur, intensives Motocrossfahren) entspreche (S. 2). Was das von Dr. G.\_\_\_\_

erwähnte wiederholte Risikoverhalten des Beschwerdeführers im Rahmen eines ADHS-typischen « sensation-seeking » mit Radiusfraktur im Dezember 2017 und Contusio capitis im Juli 2018 angeht (S. 3), ist festzuhalten, dass der behandelnde Psychiater die genannten Vorfälle in seinem Bericht vom 6. August 2018 (Urk. 7/25/1-6) auf die psychische Belastung des Beschwerdeführers bei bevorstehenden Herausforderungen (unter anderem berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen) zurückführte (S. 2 Ziff. 2.2).

Im Weiteren ging Dr. G.\_\_\_\_ von einer funktionalen Hirnschädigung aus, welche sich während der Zeit des intensiven Konsums von Metamphetaminen in den Jahren 2006 bis 2017 entwickelt habe (S. 2). Dieser Einschätzung steht die Beurteilung des D.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2019 (Urk. 7/44/23) entgegen, gemäss welcher einzig einzelne insgesamt unspezifische Gliosefoci respektive differentialdiagnostisch einzelne kleine mikroangiopathische

Foci im Rahmen des früheren Kokainabusus und keine Drogen-assoziierte Leukoencephalopathie vorliegen und zudem ein morphologisches Korrelat für eine dementielle Entwicklung explizit ausgeschlossen wurde. Betreffend den Hinweis des Beschwerdeführers, die D.\_\_\_\_-Einschätzung beruhe auf alten MRI-Bildern aus dem Jahre 2017 (Urk. 1 S. 5 Ziff. 15) ist Folgendes zu bemerken: Dr. G.\_\_\_\_ führte die von ihm erwähnte funktionale Hirnschädigung auf den teilweise intensiven Suchtmittelkonsum des Beschwerdeführers in den Jahren 2006 bis 2017 zurück. Im Bericht vom 28. November 2019 (Urk. 7/44/1-5) verzichtete er bewusst auf die Stellung von Diagnosen zu Abhängigkeitserkrankungen, da die entsprechenden Kriterien gemäss ICD-10 seit mehr als sechs Monaten nicht erfüllt seien (S. 2). Vor dem Hintergrund, dass am 28. September 2017 (Datum der MRI-Bilder) im Anschluss an den mehrjährigen und teilweise intensiven Suchtmittelkonsum keine Drogen-assoziierte Leukoencephalopathie und kein morphologisches Korrelat für eine dementielle Entwicklung vorlag, erscheint es als wenig plausibel, dass eine aktuellere MRI-Bildgebung Rückschlüsse auf eine Drogen-assoziierte Hirnschädigung erlauben würde, nachdem beim Beschwerdeführer nach 2017 kein (regelmässiger) Drogenkonsum mehr besteht.

Mit Bezug auf die Panikstörung ist festzuhalten, dass diese gemäss den Angaben von Dr. G.\_\_\_\_ vom 28. November 2019 unter kognitiver Verhaltenstherapie nur noch sporadisch aufträte und vom Beschwerdeführer unterdessen gut beeinflussbar sei (Urk. 7/44 S. 1 Ziff. 1.2, S. 4 Ziff. 3.3). Was den Einwand des Beschwerdeführers angeht, seine Ängste

hätten gemäss dem neuropsychologischen Bericht vom 4. November 2019

im besagten Monat

bereits wieder zugenommen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 15) , ist darauf hinzuweisen, dass diese Ängste – welche auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruhen und mit dem während dieser Zeit vermehrt auftretenden Kontakt mit Ämtern im Zusammenhang gestanden seien (Urk. 7/44 S. 19 Ziff. 4) – im später verfassten Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 28. November 2019 nicht (mehr) thematisiert worden sind .

Im Weiteren ist die von Dr. G.\_\_\_\_ postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (Urk. 7/44/1-5 S. 2.1) nicht nachvollziehbar.

Die Panikstörung tritt nur noch sporadisch auf und der Beschwerdeführer kann zwischenzeitlich mit den damit verbundenen nur noch leichten Panikattacken gut umgehen (S. 2 Ziff. 1.3, S. 4 Ziff. 3.3). Die rezidivierende depressive Störung hat sich unter antidepressiver medikamentöser Therapie teilremittiert , wobei sich die depressive Symptomatik deutlich verbessert hat (S. 1 Ziff. 1.2 , S. 4 Ziff. 3.3). Schliesslich konnte weder eine ADHS noch eine funktionale Hirnschädigung neuropsychologisch respektive radiologisch festgestellt werden. Im Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ fehlt sodann eine plausible Begründung dafür, weshalb der Beschwerdeführer namentlich in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeits unfähig sein soll (S. 3 Ziff. 2.1).

Im Übrigen ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

In den C.\_\_\_\_ -Berichten finden sich sodann keine Angaben betreffend den Umfang der Arbeitsfähigkeit in psychi atrischer Hinsicht.

Beim Beschwerdeführer liegen schliesslich diverse psychosoziale Belastungs faktoren vor: Er leidet gemäss den Angaben von Dr. G.\_\_\_\_ sehr unter der Veränderung seiner Lebensumstände von früher, als er die meiste Zeit in Thailand gelebt habe und dort keiner regulären Arbeit nachgegangen sei (Urk. 7/25/1-6 S. 2 Ziff. 2.2). Im Weiteren werde der Leidensdruck durch finanzielle Sorgen erhöht (S. 3 Ziff. 2.4 , S. 2 Ziff. 2.2) und dem Beschwerdeführer sei im Jahre 2018 der Führerausweis bis auf Weiteres entzogen worden, wobei er nicht in der Lage sei, die vom Strassenverkehrsamt gestellten Bedingungen für den Wiedererhalt des Ausweises zu erfüllen (Urk. 7/44/1-5 S.

3 Ziff. 2.1). Ob es sich dabei um invalidenversicherungrechtlich nicht relevante Umstände oder

um invaliditäts begründende Faktoren handelt, welche den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3), ist aufgrund der Aktenlage nicht ersichtlich. 4.2 .2

RAD-Arzt Dr. A.\_\_\_\_ ging in seiner Stellungnahme vom 22. Mai 2020 (Urk. 7/55/3) von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als LKW-Chauffeur seit 10. Oktober 2019 aus. Eine Begründung dafür, weshalb die Arbeitsunfähigkeit bloss vorübergehender Natur sei, blieb der Arzt schuldig. Ebenso fehlen Angaben betreffend die (voraussichtliche) Dauer der vorläufigen Arbeitsunfähigkeit . Bezüglich der von Dr. I.\_\_\_\_

attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit ( Urk. 7/52 )

verwies der RAD-Arzt lediglich in pauschaler Weise auf eine entsprechende fehlende Plausibilisierung. Zu den von Dr. I.\_\_\_\_ gemachten Angaben, dass längeres Stehen und Sitzen die Schmerzen jeweils verstärkte und deshalb nur noch die Ausübung einer wechselbelastenden Tätigkeit ohne das Heben von schweren Lasten in einem Pensum von maximal vier Stunden pro Tag möglich

sei, äusserte sich Dr. A.\_\_\_\_ indessen nicht. Ins Leere geht sodann sein Hinweis, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb es bei einer seit drei Jahren bestehenden Belastungsabstinenz infolge Arbeitslosigkeit zu einer Zunahme der Symptomatik habe kommen können.

Aufgrund des Umstands, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahre 2016 nicht mehr als LKW-Chauffeur tätig gewesen ist (Urk. 7/12 S. 2), kann eine Zunahme der Rückenbeschwerden nicht per se ausgeschlossen werden. Es ist diesbezüglich zudem darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer seit März 2018 an zwei Tagen pro Woche (jeweils 3½ Stunden pro Tag) in einem Café (geschützter Arbeitsplatz) arbeitet (Urk. 7/25/1-6 S. 3 Ziff. 3.1). Was schliesslich den Hinweis von Dr. A.\_\_\_\_ angeht, in pulmonologischer Hinsicht bestünden keine die Ausübung einer angepassten Tätigkeit einschränkende Diagnosen, ist zu berücksichtigen, dass der RAD-Arzt über keinen Facharztstitel in Pneumologie verfügt.

In den Akten finden sich sodann keine fachärztlichen Stellungnahmen, welche ein abschliessendes Bild betreffend Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in somatischer Hinsicht erlauben. Bei der von Dr. I.\_\_\_\_ postulierten eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit fehlt es an einer nachvollziehbaren Begründung, weshalb entsprechende Verrichtungen lediglich in einem reduzierten zeitlichen Umfang von vier Stunden pro Tag möglich seien. In diesem Zusammenhang ist sodann die bereits erwähnte auftragsrechtliche Vertrauensstellung des behandelnden Arztes in Erinnerung zu rufen (vgl. E. 4.2.1). Im Bericht des E.\_\_\_\_ betreffend die pneumologischen Beschwerden

fehlen schliesslich jegliche Ausführungen

hinsichtlich Arbeitsfähigkeit. 4.3

Vor diesem Hintergrund fehlt es an einer vollständigen Sachverhaltsermittlung betreffend den psychischen und somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Damit mangelt es an verlässlichen medizinischen Voraussetzungen zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und damit an der Grundlage für eine Entscheidung. Entsprechend ist die angefochtene Verfügung vom 25. Mai 2020 (Urk. 2) aufzuheben und die Sache zu weiteren Abklärungen in psychiatrischer und somatischer Hinsicht und zum erneuten Entscheid über den Leistungsanspruch (Eingliederungsmassnahmen/ Rente) des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Im Rahmen dieser Abklärungen wird bezüglich der psychischen Erkrankungen – inklusive rezidivierende depressive Störung – für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ein strukturiertes Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 durchzuführen sein (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1, BGE 143 V 418 E. 7.2). Im

Weiteren drängt sich die Klärung der Frage nach dem erwerblichen Status des Beschwerdeführers auf. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer in den Jahren vor seiner IV-Anmeldung im September 2017

( 2000 bis 2016 ) gemäss eigenen Ausführungen jeweils für die Dauer von fünf Monaten (Mai bis September) respektive gemäss den Angaben seiner ehemaligen Arbeitgeberin während sechs Monaten (Mai bis Oktober) mit einem 100 %-Pensum in der Schweiz gearbeitet und die übrigen Monate ferienhalber in Asien verbracht hat (Urk. 7/12 S. 2, Urk. 7/1/3 ). Entsprechend stellt sich die Frage nach der Qualifikation des Beschwerdeführers als Teilzeiterwerbstätiger ohne Aufgabenbereich im Sinne von Art. 27 bis IVV .

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen . 5.

#### 5.1

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis I VG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Der obsiegende vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Entsprechend steht ihm eine Prozessschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu.

Damit erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 25. Mai 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri - 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  
Gräub  
Schleiffer  
Marais

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