

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00836 vom 30. November 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00836](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00836)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00836 du 30 novembre 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00836 del 30 novembre 2021

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1971, hat den Beruf des Zimmermanns erlernt. Er arbeitete seit Mai 2000 bei Y.\_\_\_\_ ( Z.\_\_\_\_ ) als Abteilungsleiter Rayon Lampen, als er ab dem 25.

Juli 2016 vom Hausarzt teilweise bzw. vollständig arbeitsunfähig geschrieben wurde (vgl. Urk.

7/1). Im Januar 2017 meldete sich X.\_\_\_\_ unter Hinweis auf brennende Schmerzen an der rechten Schulter/Arm bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk.

7/2). Die IV-Stelle führte mit dem Versicherten ein Standortgespräch durch (Urk.

7/7) und tätigte Abklärungen in medizinischer (vgl. etwa Urk.

7/9 und Urk.

7/14, Urk.

7/24, Urk.

7/26) und in erwerblicher (Urk.

7/12) Hinsicht. Auch zog sie die Akten der zuständigen Krankentaggeldversicherung bei (Urk.

7/15 und Urk.

7/18-19). Am 17.

August 2018 erliess die IV-Stelle einen Vorbescheid, mit welchem sie einen Leistungsanspruch verneinte (Urk.

7/37). Dagegen erhob der Versicherte am 4.

September 2018 Einwand (Urk.

7/39; vgl. auch Urk.

7/46), worauf die IV-Stelle weitere medizinische Berichte zu den Akten nahm (Urk.

7/51) und eine polydisziplinäre Begutachtung veranlasste, womit das A.\_\_\_\_ ( A.\_\_\_\_ ) beauftragt wurde (Urk.

7/73). Gestützt auf die entsprechende Expertise vom 10.

Januar 2020 (Urk.

7/79) erliess die IV-Stelle am 13.

Februar 2020 einen neuen Vorbescheid, mit welchem sie dem Versicherten erneut die Ablehnung des Rentenbegehrens in Aussicht stellte (Urk.

7/83). Dagegen erhob dieser mit Eingaben vom 16.

März 2020 (Urk.

7/84) und vom 6.

April 2020 (Urk.

7/87) Einwand. Nach erfolgten Rückfragen beim A.\_\_\_\_ (Urk.

7/89) und Gewährung des rechtlichen Gehörs zur entsprechenden Stellungnahme vom 14.

Juli 2020 (Urk.

7/92-98) hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 5.

November 2020 daran fest, dass kein Rentenanspruch bestehe (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 Allge mein 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art.

### **E. 1.2.1**

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 aner kannten 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 W eiteres 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 objektivierte Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zu mutbar 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, 13

### **E. 1.2.2**

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 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 rentenbegründenden 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**

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.

6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40

% invalid ( Art.

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. 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). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ , vertreten durch Rechtsanwalt Ivo Baumann, hierorts am 3.

Dezember 2020 Beschwerde (Urk.

1) mit den Anträgen, es sei die Verfügung vom 5.

November 2020 aufzuheben (1.) und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Rentenleistungen auszurichten (2.), unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. Mehrwertsteuer und Auslagen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk.

1 S.

2).

Die IV-Stelle stellte mit Vernehmlassung vom 27.

Januar 2021 Antrag auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

6), was X.\_\_\_\_ mit Verfügung vom 4.

Februar 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die IV-Stelle begründete die angefochtene Verfügung im Wesentlichen damit, dass der Versicherte aufgrund der Frozen

Shoulder rechts in der angestammten Tätigkeit als Abteilungsleiter seit dem 25.

Juli 2016 dauerhaft eingeschränkt sei. Auch in angepasster Tätigkeit habe vorgängig eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Nach der vom 27.

Juni 2017 bis zum 15.

Juli 2017 durchgeführten medizinischen Rehabilitation könne jedoch medizinisch-theoretisch von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster schulterschonender Tätigkeit ausgegangen werden. Weitere fachärztliche Abklärungen hätten keine organischen bzw. objektivierbaren Ursachen für die ausgeprägte Schmerzsymptomatik ergeben. Der Einkommensvergleich ergebe keine Erwerbseinbusse, weshalb ein Leistungsanspruch weiterhin verneint werde (Urk.

2 = Urk.

7/100).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer lässt dagegen im Wesentlichen geltend machen, dass das Gutachten des A.\_\_\_\_, auf welches sich die IV-Stelle abstütze, in verschiedener Hinsicht ungenügend sei und nicht akzeptiert werde. Aufgrund der in den Akten liegenden medizinischen Unterlagen sei erstellt, dass seit dem 25.

Juli 2016 eine relevante Arbeitsunfähigkeit selbst in einer angepassten leichten Tätigkeit bestanden habe und bestehe. Insbesondere werde bestritten, dass die Frozen

Shoulder die einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei. Vielmehr bestünden verschiedene weitere Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk.

1). 3.

3.1

Dr.

med. B.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie obere Extremitäten an der C.\_\_\_\_-Klinik, Zürich, diagnostizierte in seinem Bericht vom 31.

Januar 2017 eine Frozen

Shoulder rechts sowie als Nebendiagnose ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom L3/4 bei Osteochondrose L3/4.

Er führte im Wesentlichen aus, einerseits habe sich ein gutes Ansprechen auf die durchgeführte Infiltration gezeigt, andererseits persistiere weiterhin eine deutlich eingeschränkte aktive wie passive Schultergelenksbeweglichkeit. Angaben zur Arbeitsfähigkeit machte er nicht (vgl. Urk.

7/9/12). 3.2

Hausarzt Dr.

med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, diagnostizierte mit Formularbericht vom 4.

Februar 2017 an die IV-Stelle mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein komplexes Schmerzgeschehen, repetitiv- strain - injury -artig an Rücken, Nacken, rechter Schulter, Arm und Hand mit Frozen

Shoulder rechts und lumboradikulärem Schmerzsyndrom (LRS) L3/4 bei Osteochondrose L3/4, sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit multiple Allergien sowie Pleuritis/Pneumonie (2010). Bezüglich Arbeits ( un ) fähigkeit als Verkäufer im Möbel bereich verwies er auf die beiliegenden Arztzeugnisse (Urk.

7/9/1-11). 3.3

Anfang 2017 wurde der Versicherte im Auftrag seiner Arbeitgeberin bidisziplinär abgeklärt (Urk.

7/15):

Dr.

med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, diagnostizierte in ihrem orthopädischen (Teil-) Gutachten vom 22.

März 2017 (Urk.

7/15/3 ff.) eine schmerzhaft funktionseinschränkende der rechten Schulter bei Kalkdepot und degenerativen Veränderungen sowie einen Status nach zwei Infiltrationen, zuletzt Anfang Januar 2017, auch mit Infiltration des AC-Gelenks. Eine MRT-Abklärung der linken Schulter zeige eine intakte Rotatorenmanschette links mit beginnenden degenerativen Veränderungen. Weiter diagnostizierte Dr.

E.\_\_\_\_ chronisch rezidivierende Beschwerden der Wirbelsäule bei Fehlstatik, Haltungsinsuffizienz, muskulärem Hartspann und deutlich vermindertem Rumpfmuskulatur sowie - gemäss MRT-Abklärungen von HWS und LWS - moderate degenerative Veränderungen, jedoch kein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit. Ferner zeigten sich unklare neurologische Sensationen an Armen und Beinen (subjektiv) sowie ein funktionell ungünstiges stammbetontes Übergewicht bei einem Übergewicht von inzwischen mehr als 40 kg. Weiter gab sie an, im Vordergrund der Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stünden die Beschwerden an der rechten Schulter und der Wirbelsäule. Die Prognose sei von vielen Faktoren abhängig, so auch von einer deutlichen Gewichtsreduktion und Steigerung der Belastbarkeit der Therapie; die Therapie gehöre intensiviert, idealerweise im Rahmen einer stationären Rehabilitation. Die Arbeitsfähigkeit

für die Tätigkeit als Rayonleiter bei Y.\_\_\_\_ sei vorerst nicht ausgewiesen. Einschränkungen würden sich derzeit für das Heben und Tragen mittelschwerer Lasten sowie für Tätigkeiten über Kopf ergeben. Momen tan ergebe sich auch noch eine Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten, d.h. körperlich leichte Tätigkeiten, bevorzugt aus wechselnder Ausgangslage. In 6-8 Wochen sollten neue Arztberichte oder ggf. der Entlassungsbrief einer Rehabilitation vorgelegt werden (Urk.

7/15/11 f.).

Dr.

med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem psychiatrischen (Teil-)Gutachten vom 21.

März 2017 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es hätten sich keinerlei psychische Symptome von Krankheitswert gezeigt; in der psychiatrischen Exploration und in der Hamilton-Depressionsskala hätten keine psychischen Beeinträchtigungen und Symptome objektiviert werden können. Der Explorand zeige sehr aktive Coping-Strategien und eine grundsätzlich starke Persönlichkeit mit guten Ressourcen. Aus psychiatrischer Sicht sei dem Versicherten sowohl die bisherige wie auch jegliche Verweistätigkeit zu 100

% zumutbar (Urk.

7/15/14 ff.). 3.4

Vom 27.

Juni bis zum 15.

Juli 2017 hielt sich der Versicherte zur stationären medizinischen Rehabilitation in der G.\_\_\_\_ auf. Die für den Austrittsbericht

vom 18.

Juli 2017 verantwortlich zeichnenden Ärzte diagnostizierten (als Hauptdiagnosen) eine hartnäckige Frozen

Shoulder rechts sowie ein Panvertebralsyndrom, einen BMI 40kg/m<sup>2</sup>, leichte Krampfadern beidseits sowie eine Multiallergie. Die Zuweisung sei durch Hausarzt Dr.

D.\_\_\_\_ bei hartnäckiger Frozen

Shoulder sowie Panvertebralsyndrom erfolgt. Eine wesentliche Schmerzlinderung habe während der ganzen Rehabilitation nicht erreicht werden können. Angaben zur Arbeitsfähigkeit machten sie nicht (Urk.

7/17). 3.5

Am 21.

September 2017 ergänzte Dr.

E.\_\_\_\_ nach Vorlage des Austrittsberichts der G.\_\_\_\_ sowie weiterer ärztlicher Berichte, dass die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit nachvollziehbar sei. In einer leidensangepassten Tätigkeit werde die Arbeitsfähigkeit anhand der Funktionsangaben der rechten Schulter im Entlassungsbrief aus der Rehabilitation auf ca. 30

% geschätzt. Dabei handle es sich um körperlich leichte Tätigkeiten, die auf Tischhöhe verrichtet werden können (Urk.

7/19/3-4). 3.6

Im IV-Arztbericht vom 1.

Februar 2018 stellten die verantwortlichen Ärzte des H.\_\_\_\_ spitals ( H.\_\_\_\_ ), Klinik für Rheumatologie, unter Hinweis auf ihren Bericht vom 30.

November 2017 (Urk.

7/24) die folgenden (Haupt-)Diagnosen: Generalisiertes Schmerzsyndrom, EM 6/16, chronifiziertes Panvertebralsyndrom, Adhäsive Capsulitis Schulter rechts, Adipositas, mögliche Paresen beider Beine, DD: schmerzbedingt, Vitamin D-Mangel (Urk.

7/24/3 f.). Aktuell erfolge eine multidisziplinäre Abklärung und Therapieeinleitung im Rahmen der multi modalen Schmerztherapie. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, welche durch den Hausarzt attestiert werde. Der Patient sei durch die generalisierten Schmerzen in seiner körperlichen und psychischen Funktion stark beeinträchtigt. Durch die Opiattherapie (wenn bereits auf 20mg/d reduziert) bestehe eine Beeinträchtigung der Konzentration. Durch die Schmerzen und die dadurch einhergehende Schonung sei eine starke Dekonditionierung eingetreten. Aktuell bestehe eine sehr stark verminderte Leistungsfähigkeit, die Wiedereingliederung müsse mit sehr tiefer Belastung, vielen Pausen, ohne Druck und mit Wechselbelastung erfolgen (Urk.

7/25/6 ff.). 3.7

Dr.

med. I.\_\_\_\_, Assistenzarzt am Schmerzambulatorium, Institut für Anästhesiologie des H.\_\_\_\_, diagnostizierte im IV-Bericht vom 6.

Februar 2018 ein generalisiertes Schmerzsyndrom, ein chronifiziertes Panvertebralsyndrom, einen Verdacht auf eine Anpassungsstörung sowie einen Verdacht auf ein radikuläres Reiz-/ Ausfallsyndrom L3/4 linksbetont. Seit ca. 2015 bestehe in der ursprünglichen Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, welche jeweils durch den Hausarzt

attestiert worden sei. In welchem Rahmen die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei, lasse sich aktuell nicht beurteilen (Urk.

7/26). Am 3.

Juli 2018 diagnostizierte Dr.

I.\_\_\_\_ ein generalisiertes Schmerzsyndrom, formal vereinbar mit Fibromyalgie. Leider sei bislang keine Schmerzverbesserung eingetreten. Allerdings sei zu berücksichtigen, dass der Versicherte die Opioidmedikation habe vollständig absetzen können und so gut als möglich versuche, einer leichten Tätigkeit im Sinne von Ausdauersport nachzugehen, hierunter sei zumindest keine Verschlechterung des Zustandes aufgetreten. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne nicht abgegeben werden. Eine entzündliche, rheumatologische und neurologische Erkrankung habe ausgeschlossen werden können (Urk.

7/32). 3.8

Die für den Bericht des Instituts für komplementäre und integrative Medizin des H.\_\_\_\_ vom 28.

Februar 2019 verantwortlich zeichnende Oberärztin diagnostizierte (als Hauptdiagnosen) ein generalisiertes Schmerzsyndrom, EM 05/2016, eine ausgeprägte Müdigkeit und Einschlafneigung tagsüber, ein unklares schulter- und armbetontes Exanthem sowie diverse Allergien. Angaben zur Arbeitsfähigkeit machte sie nicht (Urk.

7/51). 3.9

3.9.1

Am 18.

und 23.

September 2019 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der IV-Stelle durch das A.\_\_\_\_ polydisziplinär (internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch) untersucht. Im interdisziplinären Gutachten vom 10.

Januar 2020 stellten die verantwortlich zeichnenden Fachärzte die folgenden Diagnosen (Urk.

7/79/7):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1.

Froze

Shoulder rechts (adhäsive Kapsulitis)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - 2.

Chronifiziertes, generalisiertes Ganzkörper-Schmerzsyndrom ohne anatomisches Korrelat, im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40). 3.

Obstruktives Schlafapnoesyndrom mit/bei: - Erstdiagnose im November 2018 (AHI [Apnoe-Hypopnoe-Index] von 98/Std. ODI 102/Std, durchschnittliche Sauerstoffsättigung 87

%) - Risikofaktoren: enge Rachenverhältnisse, morbid Adipositas Grad III nach WHO (BMI von 42.3 kg/m<sup>2</sup>) - unter CPAP-Therapie seit Februar 2019 Normalisierung der schlafassoziierten Atemstörung (AHI 6.9/Std) 4.

Unklares nummuläres

Bein- und Arm-betontes Hautexanthem (DD: fixiertes Arzneimittelexanthem) 5.

Allergische Diathese mit/bei: - Bekannter Penicillin- und Bienengiftallergie (Anaphylaxie) - anamnestisch Pollinosis und Asthma bronchiale in der Jugend 6.

Status nach antibiotischer Behandlung eines Erysipels im Bereich des rechten Unterschenkels im Juli 2017 3.9.2

Der internistische Gutachter führte im Wesentlichen aus, es zeige sich ein deutlich übergewichtiger Versicherter mit einem aktuellen BMI von 42.3 kg/m<sup>2</sup>, was einer morbid Adipositas entspreche. Bis auf leicht hypertone Blutdruckwerte und ein grenzwertig erhöhtes Gesamt-Cholesterin fänden sich keine Hinweise für das Vorliegen eines metabolischen Syndroms. Kardiovaskuläre Komplikationen seien bisher nicht zu

beklagen gewesen, aufgrund der Abklärungen könne von einer normalen kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Auch die sonstigen Laboruntersuchungen seien unauffällig gewesen, ohne Hinweise für eine internistische Ursache der beklagten Müdigkeit. Betreffend das obstruktive Schlafapnoesyndrom zeige sich unter der eingeleiteten Therapie ein normaler und nicht erhöhter residueller AHI von 6.9/Std. Die Hautproblematik habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7). 3.9.3

In rheumatologischer Hinsicht wurde ausgeführt, bei der Untersuchung des Bewegungsapparates hätten beim Versicherten pathologische Befunde lediglich im Bereich der rechten Schulter erhoben werden können. Die rechte Schulter sei im Sinne einer Frozen Shoulder in der Bewegung schmerzhaft eingeschränkt und Bewegungen über der 90°-Ebene seien nicht möglich. Die Wirbelsäule zeige hin gegen klinisch und radiologisch keine gröberen Auffälligkeiten und man finde weder spondylogene noch radikuläre Zeichen, dies übrigens auch im Bereich der Halswirbelsäule. Ein entzündliches Geschehen sei ausgeschlossen, die multilokulären Schmerzen im Bereich der oberen und unteren Extremitäten wie auch im Bereich der Wirbelsäule entbehren jeglichen radiologischen und klinischen Korrelats und seien rheumatologisch nicht erklärbar. Eine Fibromyalgie im engeren Sinne liege nicht vor (S. 8). 3.9.4

Aus psychiatrischer Sicht wurde zusammenfassend ausgeführt, es präsentiere sich ein psychisch nur leicht beeinträchtigter Versicherter. Dem psychopathologischen Befund könne kein relevanter depressiver Zustand von grösserem Ausmass entnommen werden, eine Störung der Affektivität habe nicht ausgemacht werden können bzw. werde vom Versicherten negiert. Der Versicherte habe nur geringe Einschränkungen, seinen häuslichen und sozialen Tätigkeiten nachzugehen; das psychosoziale Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung erweise sich als weitgehend intakt. Beim Versicherten könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden: Es liege kein ausschlaggebender somatischer Befund vor, jedoch lägen mehrere psychosoziale Belastungsfaktoren vor, wobei der Versicherte die vorhandenen emotionalen Konflikte negiere. Der Versicherte sehe sich selber nicht psychiatrisch eingeschränkt (S. 8 f.). 3.9.5

Zu den funktionellen Auswirkungen hielten die Experten aus interdisziplinärer Sicht zusammenfassend fest, Funktions- und Fähigkeitsstörungen seien lediglich im Bereich der rechten Schulter zu objektivieren. Aufgrund der schmerzhaft eingeschränkten Beweglichkeit und Belastbarkeit dieser « Frozen

Shoulder » sei der Versicherte vor allem bei körperlich schweren Arbeiten mit dem rechten dominanten Arm und bei Überkopfarbeiten eingeschränkt. Dementsprechend sei dem Versicherten in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lampenmonteur und Lampenverkäufer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. In einem dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Die gestellten internistischen Diagnosen seien alle ohne limitierenden Einfluss auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit. Die aktuell aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung führe zu keinen psychischen Funktionsstörungen, welche die Arbeitsfähigkeit des Versicherten für körperlich angepasste Tätigkeiten dauerhaft einschränken würden (S. 9 f.)

Zur Arbeitsfähigkeit hielten sie schlussfolgernd fest, als Berater und Verkäufer von Lampen in einem Möbelgeschäft sei der Versicherte aufgrund der Schulterproblematik rechts nicht mehr einsetzbar. Für diesen und ähnliche körperlich belastende Berufe mit Arbeiten über

die Horizontale bestehe seit Mai 2016 eine dauerhafte 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer optimal angepassten Tätigkeit (leicht bis gelegentlich mittelschwer, vorwiegend in sitzender und gehender Position, nicht arbeitend über der Schulterebene [90°], nicht in Zwangshaltung) sei er auf dem ersten Arbeitsmarkt zu 100

% arbeits- und leistungsfähig (S. 10). 3.10

Nach erfolgten Rückfragen durch die IV-Stelle präzisierten die Gutachter mit Schreiben vom 14.

Juli 2020 (Urk.

7/92), die volle Arbeitsunfähigkeit als Rayon leiter bei Y. \_\_\_ bestehe nicht wie fälschlicherweise angegeben seit Mai 2016, sondern effektiv seit dem 25.

Juli 2016, dies aufgrund der Notwendigkeit, im Rahmen dieser Tätigkeit regelmässig mittelschwere bis schwere Lasten heben und tragen und regelmässig auch Überkopfarbeiten durchführen zu müssen, was mit der aktuell noch eingeschränkten Schulterfunktion dem Versicherten auf die Dauer nicht mehr zuzumuten sei (S. 1).

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hielten sie ergänzend fest, es könne retrospektiv angenommen werden, dass der Versicherte aufgrund seiner starken Schulterschmerzen auch darin ab dem 25.

Juli 2016 zu 100

% arbeitsunfähig gewesen sei. Es seien diverse therapeutische Massnahmen erfolgt, unter anderem auch eine stationäre Rehabilitation in der G. \_\_\_ , wo der Versicherte von 27.

Juni bis 15.

Juli 2017 geweilt habe. Während dieser Periode könne von einem instabilen Gesundheitszustand ausgegangen werden, der auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit legi timierte. Danach müsse aber davon ausgegangen werden, dass der Versicherte in einer behinderungsangepassten schulterschonenden Tätigkeit wieder zu 100

% arbeitsfähig war, unverändert bis heute (S. 2).

In psychiatrischer Hinsicht wurde zur Hauptsache ergänzt, der Umstand, dass emotionale Konflikte vom Versicherten negiert würden, heisse nicht unbedingt, dass solche nicht vorhanden seien; diese könnten unbewusst verdrängt werden, was gerade typisch für Somatisierungsstörungen sei. Der Beschwerdeführer habe über verschiedene emotionale Konflikte berichtet (unter anderem «unschöne» Kindheit, Nichtergreifen des Traumberufs, stressreiche Erwerbstätigkeit, Kündigung des letzten Arbeitsplatzes durch den Arbeitgeber, finanziell schwierige Lage). Im Rahmen der psychiatrischen Exploration habe sich ein emotional sehr kontrollierter Versicherter präsentiert mit sehr leistungsorientierten und perfektionistischen Persönlichkeitszügen. Zusammen mit den möglichen Folgen einer emotionalen Deprivation bzw. psychischen Traumatisierungen in der Kindheit seien alle Faktoren vereint, um eine sogenannte stressinduzierte Hyperalgesie zu diagnostizieren. Der Versicherte erfülle praktisch alle hierfür erforderlichen Kriterien. Da dieses Syndrom noch nicht in die ICD-10 Klassifikation aufgenommen worden sei, sei aus nosologischen Gründen entschieden worden, die Diagnose einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung zu stellen, welche unter Berücksichtigung der Standard-Indikatoren vor allem wegen der

exzellente Ressourcenlage des Versicherten jedoch nicht geeignet sei, eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu legitimieren (Urk.

7/92). 4. 4.1

Das Gutachten des A. \_\_\_ (einschliesslich der ergänzenden Stellungnahme vom 14.

Juli 2020) entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Frage nach dem Gesundheitszustand und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es beruht sodann auf den notwendigen internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen sowie auf den erforderlichen ergänzenden Abklärungen (Laboruntersuchungen, Ruhe-EKG, Spirometrie, konventionelles Röntgen; vgl. Urk.

7/79/2). Die Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden und setzten sich damit auseinander. Auch wurde die Expertise in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt, wobei sich die Gutachter zur Krankheitsentwicklung äusserten und Bezug auf die medizinischen Vorakten nahmen. Die Expertise leuchtet schliesslich in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein; die Schlussfolgerungen im Gutachten sind begründet.

In internistischer Hinsicht wurde vor dem Hintergrund der Ergebnisse der durchgeführten Zusatzabklärungen insbesondere nachvollziehbar ausgeführt, dass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht, nachdem zwar ein erhebliches Übergewicht, jedoch bei im Wesentlichen unauffälligen Laborbefunden kein Hinweis auf ein metabolisches Syndrom vorliegt und eine normale kardiopulmonale Leistungsfähigkeit gegeben ist.

Ebenso plausibel legte der rheumatologische Gutachter dar, dass relevante rheumatologisch-pathologische Befunde lediglich im Bereich der rechten Schulter vorliegen, wohingegen – nachdem die Wirbelsäule klinisch und radiologisch keine

gravierenden («gröberen») Auffälligkeiten zeigte und namentlich spondylogene und radikuläre Zeichen fehlten – die erheblichen multilokalen Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule ohne medizinisches Korrelat bleiben. In diesem Sinne legte er auch nachvollziehbar dar, dass (zwar) die schmerzhaft eingeschränkte Bewegung der rechten Schulter (Frozen

Shoulder) Auswirkung auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Rayonleiter hat, in einer leidensangepassten Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht jedoch keine Arbeitsunfähigkeit besteht.

Ferner ist auch die psychiatrische Beurteilung ohne weiteres nachvollziehbar. So leuchtet mit Blick auf die anlässlich der Untersuchung erhobenen unauffälligen psychopathologischen Befunde (Urk.

7/79/70) wie auch den vom Beschwerdeführer beschriebenen - weitestgehend normalen - Tagesablauf (als Hausmann) ein, dass kein depressives Leiden gegeben ist und die vom Beschwerdeführer beklagten - körperlich nicht hinreichend begründbaren - Schmerzen zwar im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung zu erklären sind, daraus jedoch keine Arbeitsunfähigkeit resultiert. 4.2

Soweit der Beschwerdeführer in rheumatologischer Hinsicht geltend macht, dass die Frozen

Shoulder nicht die einzige relevante Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei und in diesem Zusammenhang auf zwei im Jahr 2016 durchgeführte Bildgebungen (MRI der HWS vom 26.

Juli 2016 und der LWS vom 3.

November 2016; vgl. Urk.

7/16/13 und 15) sowie den Bericht der C.\_\_\_\_ -Klinik vom 31.

Januar 2017 verweist (Urk.

1 S. 5), ist Folgendes festzuhalten: Zwar trifft zu, dass in den fraglichen Bildgebungen degenerative Befunde erhoben wurden und im Bericht der C.\_\_\_\_ -Klinik vom 31.

Januar 2017 als Neben diagnose ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom L3/4 sowie Osteochondrose L3/4 aufgeführt worden sind (E.

3.1). Jedoch erhob der rheumatologische Gutachter, welchem die genannten Bildgebungen (MRI) – neben aktuellen Röntgenbildern (Urk.

7/79/55) – vorgelegen hatten (vgl. Urk.

7/79/54 f.), anlässlich der klinischen Untersuchung bis auf eine schmerzhaft, um einen Drittel eingeschränkte Seit neigung der LWS und eine extrem druckdolente Muskulatur keinen pathologischen Befund. So hielt er daneben fest, die Wirbelsäulenkonfiguration sei physiologisch, HWS und BWS würden sich frei und ohne Schmerzen bewegen, die Rückenmuskulatur sei weich, Myogelosen und Tendoperiostosen fehlten, das Menell-Zeichen sei beidseits negativ (Urk.

7/79/53). Wenn der rheumatologische Experte daher im Lichte der bildgebend ausgewiesenen Veränderungen – welche im Übrigen bereits von Dr.

E.\_\_\_\_ als «moderat» beschrieben wurden (Urk.

7/15/10) - gestützt auf die im klinischen Untersuch (einschliesslich einer neurologischen Prüfung; vgl. Urk.

7/79/54) erhobenen Befunde festhielt, dass kein anatomisches Korrelat für die massiven Schmerzen bestehe und schluss folgerte, dass jedenfalls in einer leidensangepassten Verweistätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei, erscheint dies nachvollziehbar. An der Plausibilität dieser Einschätzung ändert entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk.

1 S. 6 f.) auch nichts, dass der rheumatologische Experte die in den medizinischen Vorakten gestellte Diagnose einer Fibromyalgie ohne ausführliche Begründung verworfen hat. Denn zum einen gingen auch die behandelnden Ärzte in erster Linie von einem Schmerzsyndrom aus bzw. bezeichneten sie die Befunde (lediglich) als mit einer Fibromyalgie formal «vereinbar» (vgl. Bericht von Dr.

I.\_\_\_\_ vom 3.

Juli 2018; E. 3.7). Zum andern ist anzumerken, dass die konkrete diagnostische Einordnung eines Leidens nicht von ausschlaggebender Bedeutung ist, sondern vielmehr grundsätzlich unabhängig von der Diagnose und unbesehen der Ätiologie einzig massgebend

ist, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_29/2018 vom 6.

Juli 2018 E. 3.2.2).

Der Beschwerdeführer macht in somatischer Hinsicht weiter geltend, die Gutachter hätten seine Angaben bezüglich seiner Vorerkrankungen (namentlich extreme Multiallergie) und der von ihm erlittenen Unfälle einfach kommentarlos zur Kenntnis genommen (Urk.

1 S. 7 f.). Dem ist zu entgegnen, dass die Allergien – welchen auch Hausarzt Dr.

D.\_\_\_\_ keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimass (E. 3.2) - durchaus berücksichtigt wurden (vgl. Diagnoseliste). Alsdann ist nicht ersichtlich und wird auch vom Beschwerdeführer nicht aufgezeigt, inwiefern die rund 20 Jahre und mehr (bis in die Jugend) zurückgehenden Unfälle (vgl. Urk.

7/79/38) sich noch auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

Soweit der Beschwerdeführer schliesslich in somatischer Hinsicht unter Hinweis auf die Berichte von Dr.

E.\_\_\_\_ wie auch den Bericht des H.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, vom 1.

Februar 2018 geltend machen lässt, es sei erstellt, dass retrospektiv seit dem 25.

Juli 2016 eine Arbeitsunfähigkeit relevanten Grades selbst in einer leichten Tätigkeit bestanden habe (und bestehe; Urk.

1 S. 3) ist folgendes festzuhalten: Zwar trifft zu, dass Dr.

E.\_\_\_\_

im Gutachten vom 22.

März 2017 auch in angepasster Tätigkeit von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausging

(E.

3.3 hiervor) und auch nach Abschluss der vom Beschwerdeführer in der G.\_\_\_\_ absolvierten Rehabilitation mit Stellungnahme vom 21.

September 2017 weiterhin eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit (30%ige Arbeitsfähigkeit) attestierte. Jedoch führte Dr.

E.\_\_\_\_ dazu lediglich aus, dass die Arbeitsfähigkeit «anhand der Funktionsangaben der rechten Schulter im Entlassungsbrief aus der Rehabilitation» auf ca. 30

% zu schätzen sei (vgl. Urk.

7/19 bzw. E. 3.5). Gestützt auf diese Ausführungen ist jedoch nicht nachvollziehbar, dass bzw. inwiefern selbst in einer - dem Schulterleiden angepassten - Verweistätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Zu den Ausführungen der verantwortlichen zeichnenden Ärzte im Bericht des

H.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie vom 1.

Februar 2018 (Urk.

7/ 25/7) ist demgegenüber festzustellen, dass sich die Angabe einer «vom Hausarzt attestierten» vollständigen Arbeitsunfähigkeit auf die bisherige Tätigkeit bezieht. Auch wenn die weiteren Angaben (etwa wonach der Patient in seinen psychischen und physischen Funktionen stark eingeschränkt sei und aufgrund der [damaligen] Opiattherapie eine Beeinträchtigung der Konzentration gegeben sei) eine Einschränkung des Leistungsvermögens auch in angepasster Tätigkeit als möglich erscheinen lassen, wird eine

solche

weder konkret attestiert noch quantifiziert (vgl. leergelassene Frage in Urk.

7/25/8). Gestützt auf die genannten Berichte von Dr.

E.\_\_\_\_ und des H.\_\_\_\_ lässt sich eine Arbeitsunfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen; insbesondere vermögen diese Berichte die retrospektive Einschätzung der A.\_\_\_\_ -Gutachter nicht in Frage zu stellen. 4.3

Soweit der Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht geltend macht, es sei nicht nachvollziehbar, wie der psychiatrische Experte sein Fazit einer anhalten den somatoformen Schmerzstörung begründen wolle, da anhand der Befragung des Beschwerdeführers letztlich keine Begleitsymptome hätten dingfest gemacht werden können, die auf emotionale Konflikte und psychosoziale Belastungen hindeuten würden (Urk.

1 S.

8), verfängt dies nicht. Zwar trifft zu, dass im Gutachten vom 10.

Januar 2020 die vom psychiatrischen Experten erwähnten emotionale n Konflikte und psychosoziale n Belastungen (noch) nicht konkret benannt wurden (Urk.

7/79/74) . Jedoch ging der psychiatrische Experte in der ergänzen den Stellungnahme vom

**E. 7**

Abs.

2 ATSG).

**E. 9**

V 547 E.

5.2, 127 V 294 E.

4c; vgl. Art.

7 Abs.

2 ATSG).

**E. 14**

Juli 2020, darauf ausführlich und nachvollziehbar ein (Urk.

7/92/3 ff. E.

3.10 hiervor). Soweit der Beschwerdeführer weiter geltend macht, dass sowohl der rheumatologische wie auch der psychiatrische Experte eine Simulation oder Aggravation

verneint hätten, was im Kontext der diagnostizierten Schmerzstörung befremdend sei (Urk. 1 S.

9), ist nicht ersichtlich, inwie weit

damit die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung in Frage gestellt wird. So ist eine Schmerzstörung gerade dadurch gekennzeichnet, dass ein (glaubhafter) andauernder schwerer und quälender Schmerz vorliegt, ohne dass dieser durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung vollständig erklärt werden kann (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [ F ] ,

Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10.

Aufl., Bern et al. 2019,

F.45.4 S.

233) . Die Annahme einer Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation schliesse die Diagnose damit aus .

Zum Einwand des Beschwerdeführers,

wonach

unter Annahme einer somatoformen Schmerzstörung die von den Gutachtern vorgenommene Diskussion der Ressourcen sowie die Konsistenzprüfung jedenfalls nicht den Anforderungen einer strukturierten normativen Prüfung im Sinne von BGE 141 V 281 entspreche (Urk.

1 S.

11) ist Folgendes zu sagen: Es ist zwar richtig, dass sich eine psychiatrische Expertise idealerweise am Indikatorenkatalog (BGE 141 V 281 E. 4.1.3) zu orientieren hat; jedoch bedeutet dies nicht, dass die einzelnen Indikatoren im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung quasi schematisch abzuarbeiten sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_184/2019 vom 23.

April 2019 E. 4.2.2) . Vorliegend machte der psychiatrische Gutachter – auch wenn er nicht streng der durch BGE 141 V281 vorgegebenen Prüfungsstruktur folgte - durchaus genügend

Ausführungen zu den massgebenden Indikatoren ( vgl. Urk.

7/79/79 ff.). Insbesondere mit Blick auf ihre Angaben zu den Kompensationspotentialen bzw. Ressourcen (vgl. Urk.

7/79/80) sowie den bis auf die Schmerzbelastung weitgehend normalen Tagesablauf (vgl. dazu Urk.

7/79/67 und Urk.

7/79/80 als beweisrechtlich [mit ] entscheidender verhaltensbezogener Aspekt der Konsistenz ; vgl. BGE 141 V 281 E.

4.4) ist es ohne Weiteres plausibel, dass die Gutachter

trotz der diagnostizierten Schmerzstörung aus psychiatrischer Sicht von einem uneingeschränkten Leistungsvermögen ausgegangen sind. 4.4

Zusammengefasst ergibt sich daher, dass die

Vorbringen in der Beschwerde die Zuverlässigkeit der Expertise des A.\_\_\_\_ vom 10.

Januar 2020 nicht in Frage zu stellen vermögen. Gestützt auf das A.\_\_\_\_ -Gutachten ist damit mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer seit dem 25.

Juli 2016 zwar in seiner angestammten bzw. zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Rayonleiter im Bereich Lampen nicht mehr arbeitsfähig ist, in einer Verweistätigkeit aber jedenfalls seit dem 15.

Juli 2017 eine vollständige Arbeitsfähigkeit besteht. 5 .

Für die wirtschaftlichen Auswirkungen der so festgestellten Arbeitsfähigkeit ist auf den nicht zu beanstandenden Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin zu verweisen (Urk.

7/100 S. 2), welche dem zuletzt (bei Z.\_\_\_\_ ) erzielten Einkommen ( Valideneinkommen ) ein gestützt auf Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) ermitteltes Invalideneinkommen (für Hilfsarbeiter) gegenübergestellt hat, was keine Einkommenseinbusse ergab (vgl. auch Urk. 7/81). 6.

Zusammengefasst hat die Beschwerdegegnerin demnach einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht verneint. Die Verfügung vom 5.

November 2020 erweist sich damit als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 7.

Gestützt auf Art.

69 Abs.

1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr.

200.-- bis Fr.

1'000.--) auf Fr.

800.-- festzusetzen und ausgangs gemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Ivo Baumann -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht  
Beschwerde eingereicht werden (Art.

82 ff. in Verbindung mit Art.

90 ff. des 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, 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 Die  
Gerichtsschreiberin Gräub Bachmann

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