

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00674 vom 8. Juni 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00674

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00674 du 8 juin 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00674 del 8 giugno 2022

Erwägungen

E. 1

und 5). Der Versicherte meldete sich am 19. November 2001 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/4 = Urk. 7/5). Mit Verfügung vom 25. September 2002 verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und auf eine Rente (Urk. 7/35).

Nach der Neuanmeldung des Versicherten vom 6. September 2003 (Urk. 7/39) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 17. März 2005 (Urk. 7/70) erneut einen Rentenanspruch. Die dagegen erhobene Einsprache (Urk. 7/74) hiess die IV-Stelle mit Einspracheentscheid vom 18. Oktober 2005 (Urk. 7/95) teilweise gut und sprach dem Versicherten ab dem 1. April 2004 eine halbe Rente zu (Urk. 7/106).

Dagegen erhob der Versicherte am 15. Februar 2007 (Urk. 7/117/3-10) Beschwerde. Mit Urteil vom 26. September 2008 (Prozess Nr. IV.2007.00261) wies das hiesige Gericht die Beschwerde ab und verneinte zudem einen Rentenanspruch (Urk. 7/133 S. 13 Dispositiv Ziff. 1). Auf eine dagegen erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil vom 26. November 2008 nicht ein (Urk. 7/134 = Urk. 7/135 S. 4 Dispositiv Ziff. 1).

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

unten).

Dr. C.____

gab zum erhobenen Befund an, der Beschwerdeführer habe Ängste angegeben und über wiederkehrende hypochondrische Befürchtungen, panikartige Zustände und diffus aufsteigende Ängste berichtet. Zwänge im Denken und/oder Verhalten habe er nicht angegeben (S. 26 f. Ziff. 3.3). Eine genuin depressive Stimmungslage bestehe objektivierend nicht.

Der Antrieb sei leichtgradig angehoben. Psychomotorisch sei der Beschwerdeführer sehr lebhaft, teilweise ausgesprochen unruhig und bei bestimmten Themen auch agitiert gewesen. Bezüglich des Antriebs und der Stimmungslage könne er über keine zirkadianen Besonderheiten berichten (S. 27 oben). Es seien beträchtliche Aggravations- und Verdeutlichungstendenzen zu eruieren. Auch ein simulatives Verhalten sei nicht mit Sicherheit auszuschliessen. Die Compliance sei für die aktuelle Behandlung knapp ausreichend (S. 27 unten). Eine Magen- und Darmspiegelung sei nach den Angaben des Beschwerdeführers ohne Befund geblieben.

Er habe in zwei Jahren vielleicht 15 kg abgenommen (S. 28 oben).

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.4

oben).

4.7

Die Ärzte der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital J.____, gaben im Bericht vom 30. September 2020 (Urk. 7/275/2-6) an, bis anhin lasse sich keine somatische Ursache eruieren (Ziff. 2.4). Eine angepasste Tätigkeit sei für zwei bis vier Stunden pro Tag zumutbar (Ziff. 4.2). 4.8

Dr. med. K.____, Facharzt für Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 16. November 2020 (Urk. 7/283 S. 4) Stellung zum Bericht von Dr. A.____ vom 7. Juli 2020. Er führt aus, nach dem Bericht liege eine Verschlechterung vor. Es handle sich jedoch auch um einen instabilen Gesundheitszustand, da die Ursache für den Gewichtsverlust noch nicht gefunden worden sei und es ebenso schnell zu einem Anstieg des Gewichts kommen könne. Es werde empfohlen, in 12 Monaten erneut einen Arztbericht einzuholen. 4.9

Dr. G.____ stellte im Bericht vom 20. November 2020 (Urk. 7/280) neu die Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit Krebsphobie (ICD-10 F33.2, S. 1). Dr. G.____

gab an, der Gewichtsverlust lasse sich durch die somatischen Abklärungen nicht erklären (S. 2 oben). 4.10

Dr. med. M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 11. Dezember 2020 (Urk. 7/283 S. 4 f.) aus, eine Krebsphobie könne keine schwere depressive Symptomatik begründen. Eine solche sollte unter die Diagnose spezifische Phobie (ICD-10 F40.2) eingeordnet werden. Der psychopathologische Befund zeige im Vergleich mit den Arztberichten von Dr. G.____ vom 26. November 2015 und vom 25. Oktober 2019 leichte Abweichungen. Insgesamt weise der aktuelle Zustand

jedoch nicht auf eine massgebliche Verschlechterung hin. Aus psychiatrischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand seit der letzten Verfügung vom 15. März 2016 nicht verschlechtert. 4.11

Dr. K. ___ führte in einer weiteren Stellungnahme vom 15. April 2021 (Urk. 7/300/2-3) aus, in einer Verlaufskontrolle vom 3. Dezember 2020 sei bei einem Verdacht auf einen intraduktalen

papillären

muzinösen Tumor (IPMN) ein MRI des Oberbauchs durchgeführt worden (vgl. den Bericht vom 3. Dezember 2020, Urk. 7/289). Dabei sei eine Progredienz der Grösse des Tumors festgestellt worden bei einer zystischen Läsion von heute 9 x 8 x 5 mm. Vor drei Jahren sei diese noch nicht eindeutig abgrenzbar gewesen. In der Beurteilung sei die Läsion als IPMN bezeichnet worden. Bei einer IPMN

des Pankreas sei die chirurgische Resektion der Hauptpfeder der therapeutischen Strategie. Das Ziel sei die chirurgische RO-Resektion. Die IPMN befinde sich wie die dukta-

Adenokarzinome vorwiegend im Pankreaskopf. Der häufigste Eingriff sei die partielle Pankreatikoduodenektomie. Bei einem diffusen Befall des Pankreasparenchyms sollte in Abhängigkeit vom Allgemeinzustand des Patienten die totale Pankreatektomie erwogen werden (S. 2 unten).

Da es sich um eine erstzunehmende Diagnose handle, könne aus versicherungsmedizinischer Sicht von chirurgischen lebenserhaltenden und -verlängernden Interventionen ausgegangen werden. Bei einem Operationsbedarf habe eine Operation mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit schon stattgefunden. Sollte es sich um ein malignes Geschehen handeln, sei kein Gutachten erforderlich (S. 3 oben). 4.12

Dr. A. ___ gab im Schreiben vom 31. Mai 2021 (Urk. 7/297/4) an, er habe seiner Einschätzung im Bericht vom 7. Juli 2020 nichts hinzuzufügen. Zum Teil seien Abklärungen wiederholt worden, welche keine neuen somatischen Diagnosen ergeben hätten. Die neuen Untersuchungen hätten keine schwerwiegende Pathologie ergeben. Die Symptomatik sei noch immer die gleiche. Das Gewicht sei sehr tief, aber stabil. Seines Wissens habe auch der behandelnde Psychiater keine neuen relevanten Aspekte festgestellt. 4.13

Dr. K. ___ gab in einer weiteren Stellungnahme vom 17. Juni 2021 (Urk. 7/300 S. 3 f.) an, nach den neu vorgelegten Arztberichten sei von somatischer Seite keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszumachen (S. 4 oben). 5. 5.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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, 13

E. 1.5

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 10. November 2021 Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. Oktober 2021 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Sache zur vollständigen Abklärung des medizinischen Sachverhalts mittels eines polydisziplinären Gutachtens und zu erneuter Entscheidung an die IV-Stelle zurück zuweisen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1 Mitte). Verfahrensrechtlich beantragte der Versicherte, es sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege und die unentgeltliche Rechtsvertretung in der Person seiner Rechtsvertreterin zu gewähren (Urk. 1 S. 2 unten).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. Januar 2022 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Diese wurde dem Beschwerdeführer am 21. Januar 2022 zugestellt (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) fest, sie sei nach einem neu eingereichten Arztbericht

auf den Vorbescheid vom 21. November 2019 zurückgekommen und auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 25. Oktober 2019 eingetreten. Nach den psychiatrischen Berichten ergebe sich seit der letzten Verfügung

aber

keine Veränderung (S. 1 unten). Aus somatischer Sicht bestehe keine IV-relevante gesundheitliche Einschränkung. Weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht ergebe sich im Vergleich zur Verfügung vom 15. März 2016 eine massgebliche Veränderung (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte vor, seit der letzten Beurteilung seien mehrere gesundheitliche Beschwerden hinzugekommen. Nach einem stationären Aufenthalt im Spital Z.____ seien im Bericht der Ärzte des Spitals Z.____

vom 7. Januar 2020 unklare Abdominal- und Allgemeinbeschwerden und ein unklarer Gewichtsverlust von

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 25. Oktober 2019 eingetreten. Die letzte materielle Prüfung der Verhältnisse erfolgte mit Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. Januar 2012 (Urk. 7/191). Bei der zeitlich letzten Verfügung

vom 15. März 2016 handelte es sich um ein Nichteintreten (vgl. E. 1.5 hiervor). Strittig ist daher, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers

verglichen mit den Verhältnissen zum Zeitpunkt der Verfügung vom 19. Januar 2012 massgeblich verschlechtert hat und ob neu ein Rentenanspruch besteht. Zunächst ist zu prüfen, ob auf die vorliegenden medizinischen Akten abgestellt werden kann. 3.

E. 3

IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblich en Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

mit Hinweisen). 5.3

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des

Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

6. 6.1

Der Beschwerdeführer ist seit Jahren in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Dr. G.____ nannte in den Berichten vom 26. November 2015 und vom 25. Oktober 2019 als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom, und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung. Als Differentialdiagnose nannte er eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom und rezidivierenden depressiven Episoden (vorstehend E. 4.1 und 4.3). Im Bericht vom 20. November 2020 stellte der behandelnde Psychiater neu die Diagnose einer schweren depressiven Episode (E. 4.9).

Wie von den Ärzten des Spitals Z.____ festgestellt, bestehen von somatischer Seite im Wesentlichen

unklare Abdominal- und Allgemeinbeschwerden bei einem erheblichen Gewichtsverlust, eine Typ C-Gastritis und Refluxösophagitis und ein chronisches lumbales und zervikalbetontes

Panvertebralsyndrom

(E. 4.4 hiervor).

6.2

Der aktuelle Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ist mit den Verhältnissen zum Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. Januar 2012 (Urk. 7/191) und nicht mit jenen im Zeitpunkt der Verfügung vom 15. März 2016 (Urk. 7/231) zu vergleichen, da es sich dabei um ein Nichteintreten der Beschwerdegegnerin handelte.

Nach dem Bericht vom 3. Dezember 2020 (Urk. 7/289/1) über ein MRI des Oberbauchs vom gleichen Tag wurde bei der Untersuchung eine aus zwei Komponenten bestehende reizlose zystische Veränderung angrenzend an den Ductus pancreaticus festgestellt. Diese sei im Vergleich mit der CT-Voruntersuchung von 2019 von 6 auf 9 mm grössenprogredient. Die Läsion sei vereinbar mit einer IPMN vom Seitengang-Typ. Abgesehen von den bekannten zahlreichen Leberzysten bestehe eine normale Darstellung der Oberbauchorgane. RAD-Arzt Dr. K.____

stellte dazu fest, gemäss dem Befund vom 3. Dezember 2020 bestehe die Indikation für eine Operation, wobei eine solche mit grosser Wahrscheinlichkeit bereits stattgefunden habe (E. 4.11). Ein MRI des Schädels vom 19. November 2020 ergab als Nebenfund eine Arachnoidalzyste bei einer im Übrigen altersentsprechenden normalen Darstellung des Hirnparenchyms (Urk. 7/289/2). Die weiteren somatischen Untersuchungen ergaben in der Folge jedoch

keine neuen Erkenntnisse. Dr. A.____ beschrieb am 31. Mai 2021 einen unveränderten Befund. Zudem gab er an, dass gewisse Untersuchungen teils mehrfach durchgeführt wurden (vorstehend E. 4).

E. 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 4. Februar 2010 (Urk. 7/160/1), es sei insgesamt zu einer Verschlechterung des Krankheitsbildes gekommen sei.

Dr. B.____ stellte folgende Diagnosen: - mittlere bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11/F32.21) - Borderline -Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31) - verschwommenes Sehen und Benommenheit haben zugenommen (ICD-10 F44.6) - Differentialdiagnose: somatoforme Funktionsstörung (ICD-10 F45.3)

Dr. B.____ führte weiter aus, der Beschwerdeführer leide unter Gewaltfantasien. Er sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig und auch nicht fähig, leichte Arbeiten auszuführen.

E. 3.3.1

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 22. April 2011 ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/167/5-49). Der Gutachter führte aus, der Beschwerdeführer habe keine Ausbildung absolviert. Er sei

vorwiegend in unterschiedlichen Funktionen im Gastroservice tätig gewesen. 2001 sei er für kürzere Zeit bei der Y.____

als Briefzusteller angestellt gewesen (S. 2 oben). Der Beschwerdeführer habe Ende

August 1987 die D.____ aus politischen Gründen verlassen müssen

und sei in die Schweiz eingereist

(S. 6 Ziff.

E. 3.3.2

Dr. C.____ nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 35 Ziff. 4.1): - Achse I: klinische Störungen - Somatisierungsstörung (ICD-10 F 45.0, Diagnose im Juni 2006 in der Klinik E.____

lege artis

gestellt) - schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10 F13.1), iatrogen mitinduziert seit zirka 1-2 Jahren - Differentialdiagnose: low-dose-Abhängigkeit von Benzodiazepinen - Achse II: Persönlichkeitsstörungen - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, dissozialen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0; als Persönlichkeitsorganisation seit der späten Adoleszenz bestehend) - Achse III: medizinische Krankheitsfaktoren - lumbal- und cervicalbetontes Panvertebral-Syndrom bei Fehlform und Fehlhaltung der Wirbelsäule (linkskonvexe Skoliose) bei dorsalem Überhang und Hyperlaxizität, Erstdiagnose 2002

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter eine episodisch paroxysmale Angst (ICD-10 F41.0), Störungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25) seit Jahren, chronische Spannungskopfschmerzen und Myalgien im Bereich der Extremitäten bei Dekonditionierung

(S. 35 Ziff. 4.2).

Gemäss dem Gutachten

der Klinik E.____, Psychiatrie F.____, vom 4. Juli 2006 zeige der Beschwerdeführer ein Lebensbild, dass durch häufige Umbrüche im beruflichen und interpersonellen Bereich gekennzeichnet sei. Der Beschwerdekomples aus chronisch wechselnden körperlichen Symptomen und anderen inklusive gastrointestinalen Beschwerden ohne adäquates physiologisches Korrelat mit einer Progredienz in emotionalen Konfliktsituationen,

anhaltenden Schlafstörungen, diffusen Schmerzzuständen etc. liessen aus psychiatrischer Sicht auf die Diagnose einer allgemeinen Somatisierungsstörung schliessen. Dr. C.____ könne sich der Auffassung der Gutachter der Psychiatrie F.____ anschliessen. Das Symptombild, das der Beschwerdeführer in der Vergangenheit geboten und in der Begutachtung präsentiert habe, rechtfertige die Diagnose einer Somatisierungsstörung, während die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vernachlässigt werden dürfe (S. 30 unten).

Der Gutachter äusserte sich sodann zur damaligen Rechtsprechung bei Vorliegen von somatoformen Störungen (S. 31 oben). Die medizinischen Faktoren begründeten beim Beschwerdeführer kein invalidisierendes Leiden, da sie in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit des freien Arbeitsmarktes eine Arbeitsfähigkeit von 100 % gestatten würden. Eine von Dr. B.____ postulierte mittlere bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom bestehe nicht. Hierfür fehlten in sämtlichen Vorberichten jedwede psychopathologisch stringente Hinweise (S. 31 unten).

Die Schilderungen des Beschwerdeführers zeigten eine maladaptive, sich wiederholende und biographisch früh einsetzende dysfunktionale Beziehungsgestaltung in der Partnerschaft, im Beruf und in anderen sozialen Bezügen. Diese sei kontaminiert durch Gewalterfahrungen und eigene Gewaltausübung bis hin zu einer kurz vor dem Gutachtenszeitpunkt erfolgten Anzeige wegen Körperverletzung (S. 33 oben). Vorläufig sei die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung zu stellen. Auf diesem Boden habe sich auch pathodynamisch

eine Somatisierungsstörung entwickelt (S. 33 Mitte).

Die beim Beschwerdeführer vorhandenen psychischen und Verhaltensstörungen einschliesslich einer aggravierenden Selbstdarstellung bedingten zwar kein invalidisierendes Leiden, wohl aber einen Behandlungsauftrag. Es sei die in der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers wurzelnde Problematik therapeutisch zu bearbeiten (S. 34 Mitte).

E. 3.3.3

Eine irgendwie bedeutsame Minderung der Arbeitsfähigkeit sei aus dem gesamten Störungsbild nicht abzuleiten. Probanden mit Persönlichkeitsstörungen seien prinzipiell arbeitsfähig. Dies gelte auch für den Beschwerdeführer. Die Einschränkungen und Handikaps, die aus der Somatisierungsstörung resultierten, seien durch eine zumutbare Willensanstrengung überwindbar. Eine relevante somatische und/oder psychische Komorbidität bestehe nicht. Auf keinen Fall liege eine mittelschwere oder gar schwere depressive Episode vor. Ein invalidisierendes Leiden bestehe somit nicht. Allerdings handle es sich um einen Störungskomplex, der eine Behandlung impliziere (S. 39 oben). Nach den Fachbeurteilungen auf rheumatologisch-orthopädischem und internistischem Gebiet bestehe für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % . Das gelte insbesondere für die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten (S. 39

Ziff. 5.2 unten). Von psychiatrischer Seite bestünden leichte Einschränkungen der Konzentration, die aber durch einen Benzodiazepinabusus mindestens mitbewirkt würden und die sich unter anderem in einer Tagesmüdigkeit niederschlagen würden (S. 40 oben).

E. 3.4

Dr. B.____ stellte im Bericht vom 17. Dezember 2011 (Urk. 7/184) folgende Diagnosen: - mittlere bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11/F32.21) - verschwommenes Sehen und Benommenheit haben zugenommen (ICD-10 F44.6) - somatoforme Funktionsstörung (ICD-10 F45.3) - Differentialdiagnose Borderline -Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31)

Dr. B.____ bestätigte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % .

E. 3.5

Mit Verfügung vom 19. Januar 2012 (Urk. 7/191) verneinte die Beschwerdegegnerin gestützt auf diese medizinischen Unterlagen einen Anspruch auf IV-Leistungen. Eine Beschwerde gegen diese Verfügung wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 12. November 2013 (Urk. 7/211) abgewiesen. 4. 4.1

Der Beschwerdeführer ist seit August 2015 bei Dr. med. G.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Urk. 7/225 Ziff. 1.2). Dr. G.____ nannte im Bericht vom 26. November 2015 (Urk. 7/225) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, dissozialen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0)

Dr. G.____ führte weiter aus , im Rahmen der Depression bestünden psychische Einschränkungen. Es handle sich um einen Mangel an Konzentration und Aufmerksamkeit, eine rasche Ermüdbarkeit und eine fehlende Belastbarkeit. Der Patient zeige auf der Persönlichkeitsebene grosse Defizite. Er könne sich aktuell auf keine Aufgaben konzentrieren und die Teamfähigkeit sei stark defizitär. Aktuell könne er auf dem ersten Arbeitsmarkt keine Leistung erbringen (Ziff. 1.7). 4.2

Dr. G.____

gab im Schreiben vom 6. Februar 2016 (Urk. 7/228/1-2) an , seit dem Gutachten der Psychiatrie F.____ vom 4. Juli 2006 sei es zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandes gekommen. Der Beschwerdeführer habe phasenweise behandlungsbedürftige depressive Episoden entwickelt. Der Fokus der Therapie sei daher auf die Aufhellung der Depression gelegt worden (S. 1 unten). Er zeige ein komplexes psychisches Beschwerdebild. Es handle sich um

ein depressives Zustandsbild zumindest mittelschweren Grades. In der Anamnese hätten sich mehrere depressive Phasen gezeigt. Es sei deshalb von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen (ICD-10 F33.11). Zudem seien die Wahrnehmungen, das Denken und die Affektregulation des Patienten sehr auffällig. Er weise ein tiefgreifendes und andauerndes Verhaltensmuster auf. Dies sei im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung zu verstehen (S. 2). 4.3

Dr. G.____ stellte im Verlaufsbericht vom 25. Oktober 2019 (Urk. 7/246 / 1-2) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, dissozialen und narzisstischen Anteilen (ICD -10 F61.0) - Differentialdiagnose Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom und rezidivierenden depressiven Episoden (ICD-10 F62.8)

Dr. G.____ führte zum Befund von

2. Oktober 2019

aus, die Konzentration und Aufmerksamkeit liessen mit der Zeit nach. Der Patient wirke rasch müde. Im formalen Denken sei er geordnet, wenngleich stark eingeengt auf seine Sorgen und Ängste. Der Beschwerdeführer äussere ein starkes Misstrauen, das auch im Gespräch spürbar sei (S. 1 unten).

Eine im Jahr 2016 angestrebte stationäre Therapie sei daran gescheitert, dass beim Patienten eine minime Gruppenaktivität nicht gegeben gewesen sei (S. 2 oben). Er sei aktuell eine Stunde pro Woche beim Programm H.____ tätig. Er zeige mittelschwere bis schwere psychische Einschränkungen wie eine Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung, ein verlangsamtes Tempo, eine rasche Ermüdung, mangelnde Ausdauer und eine reduzierte Kraft. Auf der Persönlichkeitsebene sei er mittelschwer bis schwer eingeschränkt. Die Team- und Gruppenfähigkeit sei nicht gegeben. Der Beschwerdeführer sei längerfristig zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Mitte). 4.4

Der Beschwerdeführer war vom 29. Dezember 2019 bis 4. Januar 2020 im Spital Z.____ hospitalisiert (Urk. 7/256 S. 1 oben).

Die Ärzte des Spitals Z.____ stellten im Austrittsbericht vom 7. Januar 2020 (Urk. 7/256/1-5) folgende Diagnosen (S. 1): - unklare Abdominal- und Allgemeinbeschwerden und unklarer Gewichtsverlust von 8 kg in drei Monaten - Differentialdiagnose: im Rahmen der Gastritis und Depression - CT-Thorax/Abdomen 29. Dezember 2019: keine Neoplasie intrathorakal oder abdominal, multiple kleine Zysten in der Leber, in beiden Nieren sowie einzelne kleine zystische Läsion im Pankreaskopf von 5 mm - Abdomen-Sonographie vom 30. Dezember 2019: Normalbefund ohne Neoplasiehinweis, normale Gallenwege, steinfreie Gallenblase - Typ C-Gastritis und Refluxösophagitis (Gastroskopie vom 10. Dezember 2019 - Pantoprazol von Patienten sistiert bei ausbleibender Besserung - anamnestisch depressive Störung und Angststörungen - psychiatrische Medikation aktuell vom Patienten sistiert - Pleurakuppenschwielen beidseits und mehrere pulmonale Noduli (CT vom 29. Dezember 2019) - chronisches lumbal und zervikal betontes Panvertebralsyndrom

- Fehlform und Fehllage der Wirbelsäule - myofasziale Schmerzen - April 2015 exazerbierte

Lumboischialgie rechts - Fibromyalgie-Syndrom - anamnestisch verdickte Aortenklappe ohne Herzvitium - anamnestisch Colon irritabile

- Periarthropathia

humeroscapularis vom Supraspinatustyp rechts, Juli 2018 - Periarthropathia

coxae rechts - leichte Energie- und Eisenmangelernährung, Verschlechterung Ernährungszustand

Die Ärzte des Spitals Z.____

führten

aus, der Patient klagt über einen täglich weiter deteriorierenden Zustand mit einer diffusen Verschlechterung des Allgemeinzustandes und einer Schläppigkeit, einer Gewichtsabnahme, intermittierenden Bauchbeschwerden, Schmerzen an den Extremitäten, vor allem am

Oberschenkel, sowie einer Angstüberlagerung und Exazerbation einer jahrelang bekannten Depression (S. 4 Mitte). Grössere Tumore, welche den Gewichtsverlust des Patienten erklären würden, seien bei den Untersuchungen nicht festgestellt worden (S. 5 unten).

Der Beschwerdeführer sei zur stationären Abklärung von chronischen Abdominalbeschwerden und einem Gewichtsverlust von 8 kg in 3 Monaten bei psychosozialer Dekompensation mit Angstzuständen zu gewiesen worden. Er sei ambulant bereits breit abgeklärt worden. Bisher seien eine Refluxösophagitis und eine Gastritis als mitverursachende Faktoren diagnostiziert worden. Der Beschwerdeführer habe die Medikation mit Esomeprazol zuletzt nicht mehr genommen und auch die psychiatrische Medikation vor einigen Wochen sistiert, was die Symptomatik verschlechtert habe (S. 2 oben).

Es liessen sich lediglich kleine pulmonale

Noduli sowie mehrere kleine Zysten in der Leber und eine zystische Läsion im Pankreaskopf detektieren. Sonographisch habe sich im Abdomen ein Normalbefund ergeben. In einer Koloskopie sei ein kleiner hyperplastischer Rektumpolyp abgetragen worden.

Als Ursache der Symptomatik sei am ehesten die unbehandelte Depression sowie die Gastritis anzusehen (S. 2 Mitte). 4.5

Am 23. Juni 2020 wurde im Spital Z.____ eine Sonographie des Abdomens durchgeführt. Dr. med. I.____ führte im Bericht vom 24. Juni 2020 (Urk. 7/270/6-7) aus, es seien eine winzige Zyste 6 mm am Pankreaskopf/ Uncinatus und eine winzige Zyste am rechten Leberlappen 6 mm festgestellt worden. Es handle sich beim Befund mit hoher Wahrscheinlichkeit um eine Seitenast-IPMN ohne Warnkriterien im Sinne einer absoluten oder relativen Indikation für eine Operation. Der Patient sei diesbezüglich auch vollständig beschwerdefrei. Es könne eine jährliche Kontrolle mittels MRI oder Endosonographie erfolgen (S. 2 oben). 4.6

Dr. A.____ stellte im Bericht vom 7. Juli 2020 (Urk. 7/270/1-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Kachexie mit dokumentierten Gewichtsverlust anamnestisch 13 kg - chronisches lumbal und zervikal betontes Panvertebralsyndrom - Fibromyalgie-Syndrom - Depression - Typ C-Gastritis und Refluxösophagitis - Lungenemphysem

Dr. A.____ nannte sodann als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Pankreaskopfzyste von 6mm Grösse - verdickte Aortenklappentaschen ohne Herzvitium - Colon irritabile - Vitamin D3 Mangel - Periarthopathia

humeroscapularis vom Supraspinatustyp rechts - Periarthopathia

coxae rechts

Der Hausarzt führte zur Anamnese aus, unverändert

beständen ein chronisches, lumbal- und zervikalbetontes

Panvertebralsyndrom, muskuläre Schmerzen der Extremitäten bei Dekonditionierung und eine leicht aktive manubriosternale

Osteochondrose. Hinzukomme eine generelle Schwäche, die schon bei geringer körperlicher Anstrengung auftrete (S. 2 Ziff.

E. 8

kg in drei Monaten beschrieben worden (Urk. 1 S. 4 Ziff. 6). Nach unzähligen Abklärungen seien sodann eine zystische Veränderung und damit eine

intradukta le

papillär

muzinöse

Neoplasie (IPMN) vom Seitengang-Typ sowie zahlreiche Leberzysten festgestellt worden. Ein MRI des Schädels vom 19. November 2020 habe sodann eine Arachnoidalzyste ergeben (S. 4 Ziff. 7). Im Bericht vom 5. Januar 2021 sei schliesslich erstmals eine Anorexie bei Depression bei einem Gewichtsverlust von 13 Kilogramm in 9 Monaten und aggraviert durch eine Gastritis festgestellt worden (S. 5 Ziff. 10).

Die Beschwerdegegnerin habe es als nicht nötig erachtet, beim behandelnden Psychiater einen aktuellen Bericht einzuholen, obwohl der eindrückliche Gewichtsverlust in der medizinischen Aktenlage letztlich als psychisch bedingt beurteilt werde (S. 5 Ziff. 12).

E. 9

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 5.2

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.

E. 12

). Eine eindeutige Ursache für den vom Beschwerdeführer angegebenen Gewichtsverlust und eine Schwäche konnte nicht gefunden werden.

Anzufügen ist, dass der Beschwerdeführer bereits im Rahmen der Begutachtung durch Dr. C. ____ über eine deutliche Abnahme seines Gewichts berichtet hatte (E. 3.3.1). Der Hausarzt wies zuletzt auf ein tiefes, aber nun stabiles Gewicht hin (E. 4.12). Des Weiteren bestand offenbar bereits im Januar 2010 eine generelle Schwäche (E. 3.1 hiavor).

Nachdem bereits zahlreiche Untersuchungen

erfolgt sind (vgl. die dokumentierten somatischen Untersuchungen zwischen April 2013 und Dezember 2019, Urk. 7/270/12-49)

und keine somatische Ursache für die geklagten Beschwerden gefunden wurde, ist einstweilen auf ergänzende somatische Abklärungen zu verzichten. 6.3

Dr. C. ____ verneinte im Gutachten vom 22. April 2011 eine depressive Störung (E. 3.3.2). Dr. G. ____ stellte in den Berichten vom 26. November 2015 und vom 25. Oktober 2019

neu die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung. Im Bericht vom 20. November 2020 diagnostizierte er gar eine schwere depressive Episode (E. 4.1, 4.3 und E. 4.9). In Anbetracht der neuen Berichte von Dr. G. ____ ist nicht auszuschliessen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zum Gutachtenzeitpunkt vom 22. April 2011 verschlechtert haben könnte und neu eine depressive Störung vorliegt. Um den Gesundheitszustand zuverlässig

beurteilen zu können

und für die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens ist in Anbetracht der von Dr. G. ____ gestellten Diagnosen ein aktuelles psychiatrisches Gutachten erforderlich. Die Beschwerdegegnerin ist sodann an dieser Stelle im Hinblick auf die Fragestellung bei der Begutachtung nochmals darauf hinzuweisen, dass der zeitliche Referenzpunkt für eine Veränderung des Gesundheitszustandes die Verfügung vom 19. Januar 2012 (Urk. 7/191) und nicht wie von ihr angenommen (Urk. 2 S. 1) jene vom 15. März 2016 (Urk. 7/231) ist (vgl. vorstehend E. 6.2).

Auf die Berichte des behandelnden Psychiaters und die von ihm attestierte volle Arbeitsunfähigkeit kann hingegen nicht allein abgestellt werden. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte - beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) - mitunter auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). Der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Psychiater kann daher nicht ohne Weiteres gefolgt werden. 6.4

Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ein psychiatrisches Gutachten veranlasse und hernach erneut über die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers und darüber befinde, ob die tatsächlichen Verhältnisse seit Erlass der Verfügung vom 19. Januar 2012 eine relevante Entwicklung erfahren haben. Aus somatischer Sicht besteht dagegen kein Grund für weitere medizinische Abklärungen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 700.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer ist bei einem praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. 7.3

Bei diesem Ausgang des Verfahrens erweist sich das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2 unten) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 7. Oktober 2021 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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 Jin-Eve Onytube -Meier - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber Grieder-MartensBrugger

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