

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00551 vom 25. März 2024**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-03-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00551](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00551)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00551 du 25 mars 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00551 del 25 marzo 2024

## **Erwägungen**

### **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 der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht ( vgl. Rz . 1008 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend in Anbetracht der

im November 2022 erfolgten Neuanmeldung zum Leistungsbezug ( Urk. 7/125) frühestens ab Mai 2023 in Betracht fällt (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) , sind die ab 1. Januar 2022 gültigen Rechtsvorschriften anwendbar.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3**

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.

#### **E. 1.4.1**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Bei einer Neuanschuldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4.2**

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3, je mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer

Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung vom 23. August 2023 im Wesentlichen fest, das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin sei zuletzt mit Verfügung vom 6. Juli 2016 abgewiesen worden, nachdem im Jahr 2015 eine Begutachtung durchgeführt worden sei. Anhand der vorliegenden Berichte sei nicht nachvollziehbar, weshalb sich der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht seither verändert haben sollte, zumal der behandelnde Psychiater seit Jahren unveränderte Beschwerden bestätige (Urk. 2 S. 1). Die seinerseits postulierten schweren körperlichen Einschränkungen seien aus versicherungsmedizinischer somatischer Sicht ebenfalls nicht nachvollziehbar. Es werde deshalb an der Verfügung vom 6. Juli 2016 festgehalten; der Invaliditätsgrad betrage weiterhin nicht rentenanspruchsbegründende 14 % . Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens seien im Übrigen keine neuen medizinischen Unterlagen eingereicht worden, denen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes entnommen werden könnte. Es werde daher an der Beurteilung festgehalten; weitere medizinische Abklärungen seien nicht notwendig (Urk. 2 S. 2 ). 2.2

In ihrer Beschwerdeschrift vom 18. September 2023 erklärte die Beschwerdeführerin, mit der Beurteilung der Beschwerdegegnerin überhaupt nicht einverstanden zu sein. Ihr Gesundheitszustand habe sich verschlimmert und es seien neue Diagnosen wie beispielsweise Diabetes hinzugekommen. Dies sei jedoch nicht berücksichtigt worden (Urk. 1). 2.3

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Dezember 2023 betonte die Beschwerdegegnerin, aus versicherungsmedizinischer Sicht habe sich seit dem Zeitpunkt der letzten Verfügung vom 6. Juli 2016 nichts geändert. Die Einholung eines versicherungsexternen Gutachtens sei nicht für notwendig erachtet worden, da sich der medizinische Sachverhalt als ausreichend abgeklärt erwiesen habe (Urk. 6 S. 2). 3. 3.1

Mit Verfügung vom 6. Juli 2016 beurteilte die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin letztmals materiell (Urk. 7/111), wobei die Abweisung des Leistungsbegehrens mit Urteil IV.2016.00950 des hiesigen Sozialversicherungsgerichts vom 24. Oktober 2018 (Urk. 7/120) und mit Urteil 9C\_867/2018 des Bundesgerichts vom 28. Mai 2019 (Urk. 7/122) bestätigt wurde.

Diese Verfügung bildet damit den zeitlichen Ausgangspunkt für die Beurteilung, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seither in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4, Urteil des Bundesgerichts 9C\_556/2021 vom 3. Januar 2022 E. 2.1 mit Hinweis). In medizinischer Hinsicht diene damals hauptsächlich das polydisziplinäre Z.\_\_\_\_ - Gutachten vom 21. Dezember 2015 als Grundlage (Urk. 7/99 ).

Darin wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk.

7/99/73): - chronische Lumboischialgie links mit fehlendem Achillessehnenreflex (ASR) links, vereinbar mit einer radikulären S1-Symptomatik (ICD-10 M54.4, M51.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig maximal mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - arterielle Hypertonie, Erstdiagnose 2008 .

Ein en Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verneinten die Gutachter demgegenüber in Bezug auf folgende Diagnosen ( Urk. 7/99/74): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links mit im Vordergrund stehender Schmerzfehlverarbeitung, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend - muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits - Heberden -Polyarthrosen an den Händen - chronisches Zervikalsyndrom ohne sichere Hinweise für eine zervikale radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.2) - akzentuierte histrionische und narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - Adipositas - Morbus Basedow.

Vor diesem Hintergrund

kamen die Gutachter in ihrer konsensualen Gesamtbeurteilung zum Schluss, der Beschwerdeführerin seien schwere und mittel schwere körperliche Tätigkeiten sowie solche, die ein dauerndes Stehen, Sitzen oder Bücken erforderten, nicht mehr zumutbar. Leichte körperliche, insbesondere sitzende Tätigkeiten seien ihr demgegenüber fünf Stunden täglich zuzumuten, wobei eine stressfreie Arbeit ohne Schichtbetrieb und ohne Nacharbeit zu empfehlen wäre und das Heben und Tragen von Lasten seit August 2014 auf fünf Kilogramm beschränkt sein sollte ( Urk. 7/99/77).

Gestützt darauf ging die Beschwerdegegnerin davon aus, die Beschwerdeführerin könne ihrer angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin nicht mehr nachgehen. Eine angepasste Tätigkeit wäre ihr allerdings in einem 60%-Pensum zumutbar, womit für den Erwerbsbereich (70 % ) angesichts eines Valideneinkommens von Fr. 36'481.-- und eines Invalideneinkommens von Fr. 31'270.-- ein Teilinvaliditätsgrad von 10 % resultiere. Für den Haushaltsbereich (30 % ) ergebe sich auf der Grundlage einer 14%igen Einschränkung (vgl. Urk. 7/103/9) ein Teilinvaliditätsgrad von 4 % . Insgesamt betrage der Invaliditätsgrad folglich nicht renten begründende 14

% ( Urk. 7/111/2). Diese Beurteilung wurde im nachfolgenden Rechtsmittelverfahren bestätigt (vgl. Urk. 7/120, 7/122). 3.2 3.2.1

Im Rahmen des neuen Leistungsgesuchs vom 17. November 2022

gingen verschiedene medizinische Unterlagen bei der Beschwerdegegnerin ein. Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, untersuchte die Beschwerdeführerin am 26. März 2018 kardiologisch . In seinem gleichentags verfassten Bericht stellte er folgende Diagnosen ( Urk. 7/132/1): - arterielle Hypertonie, Grad 3 (ICD-10 I10) - hypertensive Herzkrankheit (ICD-10 I11) - Adipositas Grad 3, BMI 40 kg/m<sup>2</sup>

(ICD-10 E66) - präkordiale Schmerzen (ICD-10 R07.2) - schädlicher Gebrauch von Nikotin: 1-2 pro Tag, 10 py (ICD-10 F17.1) - Hyperthyreose, Carbimazol-Therapie (ICD-10 E05.9).

Dr. A.\_\_\_\_

hielt zudem fest , das EKG in Ruhe habe einen normfrequenten Sinus rhythmus mit Linkslagetyp und deutlichen linksatrialen Belastungszeichen gezeigt. Hierzu passend habe

eine schwere hypertensive Herzerkrankung vorgelegen. Die globale und regionale linksventrikuläre systolische Pumpfunktion sei weiterhin normal gewesen (Urk. 7/132/2).  
3.2.2

Ab dem 23. Februar 2020 war die Beschwerdeführerin wegen einer hypertensiven Entgleisung mit Kopfschmerzen im Kantonsspital B.\_\_\_\_\_

hospitalisiert. Gemäss Austrittsbericht vom 4. März 2020 habe sie am 28. Februar 2020 bei gutem Allgemeinzustand wieder nach Hause entlassen werden können. Es sei ein Ausbau der antihypertensiven Therapie erfolgt. Sonographisch hätten sich bei Hepatomegalie und Lebersteatose keine Anhaltspunkte für eine Nierenarterienstenose ergeben (Urk. 7/131/1-2). 3.2.3

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, äusserte sich in seinem Bericht vom 23. November 2022 dahingehend, dass die Beschwerdeführerin aktuell vor allem durch die Urtikaria geplagt werde, weshalb wiederholt eine Steroid- und Antihistaminika-Therapie erfolgt sei. Derzeit leide sie des Weiteren unter vermehrten Schmerzen im Bereich der Finger-, Mittel- und Endgelenke beidseits. Zwischenzeitlich bestünden ausserdem zervikale Beschwerden und lumbale Rückenschmerzen mit diffuser Ausstrahlung in das linke Bein bis etwa in die Knöchelregion mit wechselnder Schmerzintensität (Urk.

7/130/1). In Bezug auf die subjektiv im Vordergrund stehende Lumboischialgie links fehle es aus ärztlicher Sicht an sicheren Hinweisen auf eine radikuläre Problematik; die konventionellen Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule hätten altersentsprechende Befunde ergeben. Zur weiteren Abklärung werde eine MR-Untersuchung veranlasst (Urk. 7/130/2).  
3.2.4

Im Rahmen der MR-Untersuchung vom 5. Dezember 2022 hätten sich laut Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, bis auf eine umschriebene geringgradige entzündliche Randleistenentzündung an der Deckplatte von L5 unauffällige anatomische Verhältnisse der Lendenwirbelsäule inklusive thorakolumbalem und lumbosakralen Übergang präsentiert. Eine leichte, fettige Degeneration habe an der paraspinalen Muskulatur bestanden. Die Iliosakralgelenke seien reizlos gewesen; eine Neurokompression habe sich ebenfalls nicht nachweisen lassen (Urk. 7/129). 3.2.5

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 2. Januar 2023 im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/137/6-7): - chronische Urtikaria unklarer Genese (Erstdiagnose [ED] 2014) - chronisches Schmerzsyndrom - Anpassungsstörung, chronische Depression - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom seit ca. 2007 - zervikospondylogenes Schmerzsyndrom und Verdacht auf zervikogenen Kopfschmerz und Schwindel - DIP-, PIP- sowie IP-Fingerpolyarthrosen beidseits, in den DIP teilweise erosiv destruierend - Diabetes mellitus Typ 2 - arterielle Hypertonie - Adipositas.

Einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verneinte Dr. E.\_\_\_\_\_

hingegen in Bezug auf folgende Diagnosen (Urk. 7/137/7): - Morbus Basedow - Verdacht auf nichtalkoholische Steatohepatitis (NASH) - Allergien auf Ciproxin, Penicillin, Ferinject - Rhinokonjunktivitis

allergica

saisonalis - klinisch Verdacht auf subakute Gastritis, sonographisch Lebersteatose und Pankreaslipomatose.

Er kenne die Beschwerdeführerin seit 2012. Von früher bekannt seien ein chronisches Schmerzsyndrom, eine Depression und eine schon damals nicht gut eingestellte Hypertonie. Diese Beschwerden seien in den letzten Jahren allesamt schlimmer geworden. Wegen einer Angststörung und der Depression befinde sie sich nach wie vor in psychiatrischer Behandlung. Dazu kämen die körperlichen Beschwerden. So habe die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren stark an Gewicht zugenommen, was die Schmerzen verschlimmert habe. Neu sei ein Diabetes mellitus aufgetreten. Der sehr hohe und mittlerweile gefährliche Blutdruck habe trotz stationären Aufenthaltes und ausgebaute antihypertensiver Therapie nicht gesenkt werden können. Neu hinzugekommen sei darüber hinaus eine subjektiv stark quälende, chronisch-rezidivierende Urtikaria, die wegen des Juckreizes zu Schlaflosigkeit führe und eine regelmässige Prednison-Einnahme erfordere, wobei Letzteres die Schlafstörung verstärke und sowohl die Unruhe als auch die Konzentrationsstörung und die Depression verschlimmere. Aus diesen Gründen sei die Beschwerdeführerin auch für angepasste Tätigkeiten nicht mehr arbeitsfähig (Urk. 7/137/8). 3.2.6

In seinem Bericht vom 23. Januar 2023 ging Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostisch von einer chronischen depressiven Störung mit Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F32.1, F62.80) im Rahmen einer jahrelangen schweren Symptomatik (Schmerzsyndrom, Urtikaria, lebensbedrohliche Blutdruckkrisen) aus. Aktuell leide die Beschwerdeführerin unter einer persistierenden depressiven Symptomatik mit dauernd gedrückter Stimmung, Freudlosigkeit, im Rahmen von Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit episodisch schweren Selbstwertkrisen mit Suizidalität, Insuffizienz- und Wertlosigkeitsgefühlen, einer Störung der Vitalgefühle, Kraft- und Energielosigkeit, Lebensmüdigkeit, Interesseverlust und

sozialem Rückzug. Sie sei deswegen definitiv auch für angepasste Tätigkeiten

arbeitsunfähig, wobei dieser Befund seit Jahren bestehe und langfristig keine Änderung zu erwarten sei (Urk. 7/138/3-5). 3.2.

## **E. 5**

Februar 2001 bis zum 13. März 2009 (letzter effektiver Arbeitstag) bei Y.\_\_\_\_ in einem 70%-Pensum als Produktionsmitarbeiterin (Urk. 7/3, 7/6 und 7/11). Am 14. Dezember 2009 meldete sie sich unter Hinweis auf chronische Schmerzen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, mit Verfügung vom 7. Februar 2012 den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/53). Die dagegen erhobene Beschwerde (Urk.

7/59/3-172) wies das hiesige Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2012.00304 vom 28. Oktober 2013 ab (Urk. 7/77), welches unangefochten in Rechtskraft erwuchs.

## **E. 7**

00.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerde - führerin in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
FehrWürsch

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