

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00113 vom 17. Dezember 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-12-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2025.00113](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2025.00113)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00113 du 17 décembre 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00113 del 17 dicembre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

9 und Urk. 7/20 ) . Mit Mitteilung vom 21. Februar 2020 schloss die IV-Stelle den Fall ab, nachdem sich die Versicherte nicht mehr gemeldet hatte (Urk. 7/22 , Urk. 7/23/2 ).

#### **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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im Juni 2024 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Dezember 2024 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die seit 1. Januar 2022 geltende Rechtslage massgebend, die im Folgenden

soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

#### **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**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen). 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 ; Urteil des Bundesgerichts 9C\_16/2025 vom 24. April 2025 E. 4.3.1 ).

#### **E. 1.4**

Gemäss Art. 54a IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) den IV-Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung (Abs. 2). Sie legen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich fest (Abs. 3). Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Abs. 4). Bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Art. 54a Abs. 3 IVG) ist die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und für angepasste Tätigkeiten unter Berücksichtigung sämtlicher physischen, psychischen und geistigen Ressourcen und Einschränkungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu beurteilen und zu begründen (Abs. 1 bis ).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten ( BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt ( BGE 137 V 210 E. 1.2.1). 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, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

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. Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG).

### **E. 2**

).

Die Beschwerdegegnerin schloss am 19. März 2025 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Darüber wurde die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 21. März 2025 in Kenntnis gesetzt (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2025, gemäss der medizinischen Beurteilung lägen keine Diagnosen vor, die eine erhebliche und langandauernde gesundheitliche Einschränkung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausweisen würden. Es bestehe daher kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/47).

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte dagegen zusammengefasst geltend, es liege eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor. Es sei über den Rentenanspruch verfügt worden, ohne dass die notwendigen medizinischen Abklärungen vorgenommen worden seien. Es sei daher eine polydisziplinäre Abklärung in Auftrag zu geben. In der Folge sei ein Einkommensvergleich vorzunehmen

und über die Streitsache sei neu zu entscheiden (Urk. 1).

#### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mangels Vorliegens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu Recht verneinte.

### **E. 3**

Zunächst ist auf die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verletzung des rechtlichen Gehörs beziehungsweise der sich daraus ergebenden Begründungspflicht einzugehen. Die Beschwerdeführerin wirft der Beschwerdegegnerin insbesondere vor, einseitig auf die Beurteilung der Krankentaggeldversicherung (Gutachten von Dr. med.

A. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) abgestellt zu haben und auf ihre diesbezügliche, im Einwand vom 23. Dezember 2024 (Urk. 7/43/1) erhobene Kritik nicht eingegangen zu sein (Urk. 1 S. 2 f.). Dieser Vorwurf geht ins Leere. Die Beschwerdeführerin verkennt, dass die Beschwerdegegnerin offenbar gar nicht im Besitz

des erwähnten Gutachtens von Dr. A.\_\_\_\_ war , was sie im Einspracheentscheid ausdrücklich erwähnte (vgl. Urk. 2 S. 2) .

Dementsprechend konnte sie sich auch nicht (einseitig) darauf abstützen. Eine Verletzung der Begründungspflicht und damit des rechtlichen Gehörs kann daher nicht erkannt werden. Inwiefern

der Vorwurf zutrifft, dass die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt ungenügend abgeklärt habe, wird nachfolgend zu prüfen sein.

#### **E. 4**

Dr. med. F.\_\_\_\_ , Fachärztin für Neurologie ,

vom regionalen ärztlichen Dienst der IV-Stelle (RAD), hielt am 14. Oktober 2024 zusammengefasst fest, die Beschwerden bestünden unverändert seit der Erstanmeldung. Die therapeutischen Optionen seien bezüglich Tinnitus nicht voll ausgeschöpft, was ein Hinweis auf einen relativ geringen Leidensdruck sei. Bei sehr niedriger Dosierung des Medikaments Elvanse

könne zudem davon ausgegangen werden, dass keine definitive Diagnose einer ADHS bestätigt werden könne. Fachärztlich sei keine Depression diagnostiziert worden und es erfolge auch keine entsprechende medikamentöse Therapie. Es bestehe insgesamt kein Gesundheitsschaden , der sich langfristig auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirke (Urk. 7/37 / 2-4) .

#### **E. 4.5**

Im der Beschwerde beigelegten Schreiben an die Krankentaggeldversicherung vom 25. September 2024 wiederholte Dr. E.\_\_\_\_ die bereits im Bericht vom 24. Juli 2024 erwähnten Diagnosen, stellte jedoch eine nun mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1) fest (Urk. 3/5). Bis zum Gutachten der Krankentaggeldversicherung hätten sich die Erschöpfung und der Tinnitus verbessert. Durch das Gutachten mit Einstellung des Krankentaggeldes per 13. September 2024 und durch die Kündigung des Arbeitsverhältnisses vom 27. August 2024 habe die Beschwerdeführerin jedoch einen Schock erlitten und sei in eine depressive Stimmung mit Schlaflosigkeit verfallen. Der Tinnitus habe wieder massiv zugenommen. Nach einem gescheiterten Arbeitsversuch vom 16. September 2024 arbeite die Beschwerdeführerin wieder zu 50 % und sei zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 3/5).

#### **E. 5**

Zusammenfassend ist festzustellen , dass sich aus den Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein invalidisierender Gesundheitsschaden ergibt. Weitere medizinische Abklärungen in Form einer polydisziplinären Begutachtung sind aufgrund des rechtsgenügend abgeklärten medizinischen Sachverhalts und der schlüssigen und nachvollziehbaren

Würdigung durch die Beschwerdegegnerin nicht angezeigt (BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b). Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

#### **E. 5.1**

Die Beschwerdeführerin macht teilweise seit Jahren bestehende, nichtorganische, respektive leichte bis maximal mittelschwere psychische Beschwerden, geltend. Aus den

Akten ergibt sich, dass bereits während des Aufenthalts in der Klinik B.\_\_\_\_ von November 2018 bis Januar 2019 ein Tinnitus aurium, sonstige abnorme Hörempfindungen sowie eine leichte depressive Episode behandelt wurden; die depressive Symptomatik konnte durch den Aufenthalt verbessert werden (Urk. 7/16/2). Im Juni 2019 nahm die Beschwerdeführerin eine ambulante Psychotherapie auf (Urk. 7/23/9). In der Folge passte die Arbeitgeberin die Arbeitssituation an und die Beschwerdeführerin konnte ab Ende 2019 im ruhigeren Back-Office ohne Telefonkontakte wieder im ursprünglichen Pensum von 80 % arbeiten (Urk. 7/23/4 und 6). Der Anmeldung vom 10. Juni 2024 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin das Arbeitspensum inzwischen sogar auf 90 % erhöhen konnte und während zwei Vormittagen im Büro und zwei Mal von zu Hause arbeitete (Urk. 7/24/6-7). Seither hat die Beschwerdeführerin keine konsequente, engmaschige Depressionstherapie mit entsprechender Medikation in Anspruch genommen. Doch sogar ohne eine solche wurde durch die behandelnde Dr.

E.\_\_\_\_

im Verlauf eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes mit Reduktion der Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Erst das von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten und die Kündigung hätten zu einem Schock und zu einer Dekompensation bei der Beschwerdeführerin geführt, weshalb im Bericht vom 25. September 2024 erstmals eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert

wurde (Urk. 3/5).

## **E. 5.2**

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

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweis).

### E. 5.3

Die Beschwerdegegnerin stützte sich für ihren Entscheid in erster Linie auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. F. \_\_\_\_

vom 14. Oktober 2024 (Urk. 7/37/2-4). Darin hielt diese in Würdigung der medizinischen Akten nach voll ziehbar fest, es bestünden aus versicherungsmedizinisch-theoretischer Sicht keine Diagnosen, die eine längerfristige relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken würden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Backoffice könne als ideal angepasst gelten (Urk. 7/37/2). Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer 80 bis 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus zu gehen (Urk. 7/37/3).

Die RAD-Ärztin legte

sodann unter Hinweis auf den Bericht von Dr. D. \_\_\_\_ mit überzeugender

Begründung dar, die definitive Diagnosestellung einer ADHS sei nicht erfolgt, vielmehr sei ein probatorischer Versuch mit Stimulantien empfohlen worden, da die Dosierung von Elvanse mit 20mg/Tag jedoch sehr niedrig (gewesen) sei, könne davon ausgegangen werden, dass keine Diagnosesicherung über die Medikation möglich gewesen sei und die Verdachtsdiagnose nicht bestätigt werden könne. Weiter

wies Dr. F. \_\_\_\_ zu treffend darauf hin,

dass fachärztlich keine Depression diagnostiziert und auch keine entsprechende medikamentöse Therapie durchgeführt worden sei. Unter diesen Umständen

durfte von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden (vgl. BGE 143 V 409 E 4.5.2 und 4.5.3), liegt doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit lediglich eine maximal leichte psychische Störung mit einem bedeutenden therapeutischen Potential und ohne ärztlich festgestellte Komorbiditäten vor. Daran vermag auch der Hinweis der behandelnden Dr. E. \_\_\_\_ auf den angeblichen Schock infolge des psychiatrischen Gutachtens von Dr.

A. \_\_\_\_ und die Kündigung der Arbeitsstelle nichts zu ändern.

Zwar

besteht

laut Dr. F. \_\_\_\_

zudem seit Jahren ein unveränderter Tinnitus, dieser stand aber bereits früher einer Arbeitsfähigkeit nicht im Weg. Eine fachärztliche Behandlung des Tinnitus oder der zusätzlich festgestellten

Neurasthenie waren nicht erfolgt (Urk. 7/37/4), was eher auf einen nicht übermässig grossen Leidensdruck schliessen lässt.

RAD-Ärztin Dr. F. \_\_\_\_ verfügt zwar nicht über einen Facharzttitel für

Psychiatrie, als Neurologin hat sie jedoch insofern keine klar

fachfremde Beurteilung abgegeben, als davon auszugehen ist, dass sie in der Lage war, eine im Raum stehende ADS- respektive ADHS-Diagnose und die entsprechend adäquate Medikation zu beurteilen. Entgegen der Behauptung von Dr. E. \_\_\_\_ lässt sich auch aus dem Umstand, dass angeblich bei der Mutter und der Tochter der Beschwerdeführerin

(ebenfalls) eine ADHS bestehe (Urk. 3/5), bezüglich des Vorliegens dieser Diagnose bei der Beschwerdeführerin nichts Konkretes ableiten.

Die RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierte weiter in Übereinstimmung mit der Einschätzung von Dr.

E.\_\_\_\_ vom 26. Juli 2024 eine Diskushernie L4/L5 mit Status nach Infiltrationstherapie ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/2). Im Schreiben vom 25. September 2024 erwähnte Dr.

E.\_\_\_\_ diese Diagnose denn auch nicht mehr (Urk. 3/5). Somit sind diesbezüglich aufgrund der übereinstimmenden medizinischen Beurteilung keine weiteren Abklärungen angezeigt. Insgesamt kann somit auf die Beurteilung der RAD-Ärztin abgestellt werden, da sie für die streitigen Belange umfassend ist, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, sämtliche geklagten Beschwerden berücksichtigt, wider spruchsfrei und schlüssig ist (vgl. vorstehende E. 1.3).

Anzufügen bleibt, dass offen sichtlich ein

allerdings nicht aktenkundiges, von der Krankentaggeldversicherung Swica eingeholtes Gutachten von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vorliegt.

Dies ergibt sich, wie den Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ im Schreiben vom 25. September 2024 zu entnehmen ist (Urk. 3/5 S. 1),

offenbar

von Aggravationstendenzen aus und

attestiert

der Beschwerdeführerin

eine volle Arbeitsfähigkeit. Insbesondere Letzteres würde die Beurteilung durch die RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ im Ergebnis eindeutig stützen.

## **E. 6**

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin 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: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - 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 Bundes

gesetzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin  
BachofnerPortmann

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