

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00081 vom 10. April 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-04-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2016.00081

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00081 du 10 avril 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2016.00081 del 10 aprile 2017

Erwägungen

E. 1.1

Grundsätzlich muss sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme in der Schweiz für Krankenpflegeversicherung lassen (Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, KVG), wobei sie gemäss Art. 4 Abs. 1 KVG unter den Versicherern nach Art. 11 KVG (Krankenkassen nach lit. a oder private Versicherungseinrichtungen mit entsprechender Bewilligung nach lit. b) frei wählen kann. Nach Art. 5 Abs. 1 Satz 1 KVG beginnt die Versicherung bei rechtzeitigem Beitritt (Art. 3 Abs. 1 KVG) im Zeitpunkt der Wohnsitznahme in der Schweiz. Bei einem Wegzug aus der Schweiz ins Ausland entfällt die Versicherungspflicht, sobald Wohnsitz im Ausland begründet wird.

E. 1.2

lit. a der Tarifbedingungen zur Krankheitskosten-Versicherung, Ausgabe vom 1. Januar 2000 (TB Krankenversicherung; Urk. 3/9), ersetzt die Behandlungskosten ambulanter Heilbehandlung grundsätzlich zu 100%. Handelt es sich jedoch um eine psychotherapeutische Behandlung sowie um eine in diesem Zusammenhang notwendige Diagnostik, ersetzt die Behandlung lediglich 80% der Kosten. Die tariflichen Leistungen werden gemäss der vorliegend massgebenden Leistungsstufe A indes ohne Selbstbehalt erbracht. 4.2

4.2.1

Demgegenüber übernimmt die schweizerische soziale Krankenversicherung (Art. 1a Abs. 2 lit. a KVG), abgesehen vom Selbstbehalt und der Franchise, die Kosten wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher (Art. 32 Abs. 1 KVG) Leistungen bei Krankheit, welche durch Ärzte und Ärztinnen, Chiropraktoren und Chiropraktorerinnen erbracht werden. Nach der Rechtsprechung gehören die an unselbstständige nichtärztliche Psychologen oder Psychotherapeuten des behandelnden Arztes delegierten medizinischen Vorkehren zu den in Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 1 und 3 KVG erwähnten allgemeinen Leistungen bei Krankheit und somit zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen, sofern die Massnahmen in den Praxisräumen des Arztes und unter dessen Aufsicht und Verantwortlichkeit vorgenommen wurden und es sich um eine Vorkehrung handelte, die nach den Geboten der ärztlichen Wissenschaft und Berufsethik sowie nach den Umständen des konkreten Falles grundsätzlich delegierbar war (BGE 131 V 178, E. 2.2.2; BGE 125 V 441 E. 2c und d; Urteil des Bundesgerichts K 75/02

vom 8. Juli 2003 E. 2.1). 4.2.2

Gestützt auf Art. 33 Abs. 2 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) hat das Departement des Innern in der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) die Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie geregelt. Gemäss Art. 2 KLV übernimmt die Versicherung die Kosten für Leistungen der ärztlichen Psychotherapie nach Methoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist (Abs. 1), wobei die Versicherung gemäss Art. 3 KLV die Kosten für zunächst höchstens 40

Abklärungs- und Therapiesitzungen übernimmt. In Art. 3b KLV ist das Verfahren zur Kostenübernahme bei Fortsetzung der Therapie nach 40 Sitzungen geregelt. Gemäss Abs. 1 dieser Bestimmung hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin rechtzeitig zu berichten, wenn die Psychotherapie nach 40 Sitzungen zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden soll. Gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung prüft der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin den Vorschlag und beantragt, ob und für welche Dauer bis zum nächsten Bericht die Psychotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann. 4.3

Nach Gesagtem übersteigen die Leistungen gemäss dem KVG für Psychotherapie diejenigen der privaten Krankenversicherung des Beschwerdeführers. Die Versicherungsdeckung der Barmenia, welche für psychotherapeutische Behandlungen lediglich 80 % der Kosten übernimmt, ist mit den diesbezüglichen Leistungen gemäss dem KVG daher nicht gleichwertig. 5.

E. 1.3

Nach Art. 2 Abs. 8 KVV sind Personen, für welche eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte und die sich auf Grund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusätzlich versichern könnten, auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht ausgenommen.

E. 1.4

Gemäss der Rechtsprechung kommt die Ausnahmeregelung von Art. 2 Abs. 8 KVV nicht allen Personen zugute, für die eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte und die sich nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusätzlich versichern könnten, sondern nur jenen, bei denen Letzteres auf ihr Alter und/oder ihren Gesundheitszustand zurückzuführen ist. Die Norm schützt somit nicht allgemein Personen, für die der Wechsel zum schweizerischen System zwar einen teureren und/oder weniger guten Versicherungsschutz bedeutet, die sich aber immerhin - wenn auch möglicherweise nicht im bisherigen Umfang, aber doch insoweit im bisherigen Umfang, als diesen Umfang garantierende Versicherungen in der Schweiz überhaupt angeboten werden - über das gesetzliche Minimum (obligatorische Krankenpflegeversicherung) hinaus zusätzlich versichern können (privatrechtliche Versicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, VVG; vgl. Art. 12 Abs. 2 und 3 KVG). Sie kann nur von denjenigen Personen mit Erfolg angerufen werden, die sich - im Rahmen des in der Schweiz nutzbaren Versicherungsangebots - nur deshalb nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusätzlich versichern

können, weil sie wegen ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes entsprechende Zusatzversicherungen entweder überhaupt nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen abschliessen können.

Art. 2 Abs. 8 KVV soll mit anderen Worten nicht den Nachteil

verhindern, den eine Person dadurch erleidet, dass das schweizerische System den Versicherungsschutz, den sie bisher unter dem ausländischen System genoss, überhaupt nicht oder nicht zu gleich günstigen Bedingungen vorsieht. Er soll viel mehr den Nachteil vermeiden, der daraus resultiert, dass eine Person bis zum

Erreichen ihres bisherigen ausländischen Versicherungsniveaus von in der Schweiz tatsächlich vorhandenen Angeboten wegen ihres Alters und/oder Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen Gebrauch machen kann (BGE 132 V 310 E. 8.5.6).

E. 1.5

Gemäss der Rechtsprechung wird auch für den Befreiungstatbestand von Art. 2 Abs. 8 KVV ein gleichwertiger Versicherungsschutz mit demjenigen nach dem KVG vorausgesetzt, obwohl im Wortlaut von Art. 2 Abs.

E. 1.6

Gleichwertiger Versicherungsschutz besteht, sofern die versicherte Person während der ganzen Geltungsdauer der Befreiung über eine gleichwertige Versicherungsdeckung für die Behandlungen in der Schweiz verfügt. Der gleichwertige Versicherungsschutz bezieht sich auf das schweizerische Gesetz. Die ausländische Versicherung muss mindestens die Kosten nach dem KVG übernehmen. Es dürfen beispielsweise bei der ausländischen Krankenversicherung keine Limitierungen wie maximale Kosten pro Tag oder maximale Versicherungsdeckung bestehen, da das KVG keine solchen Limitierungen kennt. Zudem müssen sämtliche Leistungen nach KVG auch von der ausländischen Versicherung übernommen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_313/2010 vom 5. November 2010 E. 4.3; BGE 134 V 34 E.

5).

E. 1.7

Mit Blick auf die gesetzgeberisch gewollte Solidarität zwischen Gesunden und Kranken sind die Ausnahmen von der Versicherungspflicht generell eng zu halten, und es ist der Befürchtung des Gesetzgebers Rechnung zu tragen, dass sich das schweizerische Obligatorium unterlaufen liesse, wenn beispielsweise der Nachweis einer ausländischen freiwilligen privaten Versicherung allgemein als Befreiungsgrund akzeptiert würde (BGE 132 V 310 E. 8.5.6). Für die Anwendung von Art. 2 Abs. 8 KVV sind daher strenge Massstäbe zu setzen. Insbesondere darf diese Bestimmung nicht dazu dienen, bloss Nachteile zu verhindern, die eine Person dadurch erleidet, dass das schweizerische System den Versicherungsschutz, den sie bisher unter dem ausländischen System genoss, überhaupt nicht oder nicht zu gleich günstigen Bedingungen vorsieht (SVR 2009 KV Nr. 10 S. 35, 9C_921/2008 E. 4.3). Sie soll aber immerhin den Nachteil vermeiden, der daraus resultiert, dass eine Person bis zum Erreichen ihres bisherigen ausländischen Versicherungsniveaus von in der Schweiz tatsächlich vorhandenen Angeboten wegen ihres Alters und/oder Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen Gebrauch machen kann (BGE 132 V 310 E. 8.5.6; Urteil des Bundesgerichts 9C_510/2011 vom

12. September 2011 E. 2.2).

2.

E. 2

Abs.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid vom 19. August 2016 (Urk. 2) davon aus, dass eine Befreiung des Beschwerdeführers von der Versicherungspflicht gemäss Art. 2 Abs.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer bringt hiegegen vor, dass seine private ausländische Versicherung insbesondere in Bezug auf die Übernahme der Kosten von zahnmedizinischen Behandlungen und im Hinblick auf die Übernahme von Behandlungskosten im europäischen Ausland ohne Selbstbehalt die Leistungen gemäss dem KVG übertreffen würden (Urk. 1 S. 8 ff.). Da ihm zudem der Abschluss einer damit gleichwertigen Krankenzusatzversicherung auf Grund seines zahnmedizinischen Vorzustandes erschwert oder unmöglich sei (Urk. 1 S. 6), seien die Voraussetzungen für eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht gestützt auf Art. 2 Abs.

E. 5

der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) für die Dauer seines Arbeitsverhältnisses mit dem Y.____ von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz befreie. Der Versicherte war bei der Z.____ AG, tätig (Urk. 7/1), als seine Wohngemeinde A.____ die Gesundheitsdirektion am 30. Oktober 2015 um Prüfung einer erneuten Befreiung von der Krankenversicherungspflicht ersuchte (Urk. 7/3). Mit Schreiben vom 2. November 2015 (Urk. 7/4) forderte die Gesundheitsdirektion den Versicherten auf, das Formular „Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht“ auszufüllen und einzureichen. Dieser Aufforderung kam der Versicherte am 7. November 2015 nach (Urk. 7/5).

E. 5.1

Die Kosten stationärer Heilbehandlung werden von der Barmenia gemäss Ziff. 1.2 lit. b TB Krankenversicherung (Urk. 3/9) entsprechend der vereinbarten Tarifstufe gemäss den Ziff. 1.122, 1.123 und 1.124 TB Krankenversicherung zu 100 % ersetzt, wobei nach der Leistungsstufe A die tariflichen Leistungen auch hier ohne Selbstbehalt erbracht werden.

E. 5.2

Ziff. 1.122 TB Krankenversicherung schreibt vor (Urk. 3/9), dass als Kosten der stationären Heilbehandlung unter anderem die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig sind, wobei es sich bei den Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen um die nach den Grundsätzen der (deutschen) Bundespflegesatzverordnung berechneten Fallpauschalen, Sonderentgelte und tagesgleichen Pflegesätze handelt. Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen indes nicht nach den Grundsätzen der (deutschen) Bundespflegesatzverordnung berechnet, sind alle Aufwendungen erstattungsfähig, die sonst von der Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung erfasst werden.

E. 5.3

Ziff. 1.2 lit . b in Verbindung mit Ziff. 1.122 TB enthält daher insofern eine Begrenzung der Kostenübernahme auf Kosten einer deutschen Inlandsbehandlung, als die Kosten einer stationären Heilbehandlung im europäischen Ausland lediglich im Umfang der Kosten einer vergleichbaren Behandlung in Deutschland übernommen werden.

E. 5.4

Demgegenüber übernimmt die schweizerische obligatorische Krankenpflegeversicherung unter anderem die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG), die in der allgemeinen Abteilung eines schweizerischen Spitals durchgeführt werden (Art. 25 Abs. 2 lit . e KVG). Gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG sind Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von

Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), zugelassen, wenn sie ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten (lit . a); über das erforderliche Fachpersonal verfügen (lit . b); über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten (lit . c); der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (lit . d); auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind (lit . e).

E. 5.5

Demzufolge besteht infolge der Beschränkung auf deutsche Inlandsleistungen hinsichtlich der Übernahme der Kosten von stationärer Heilbehandlung in der Schweiz eine erhebliche Lücke in der Versicherungsdeckung der Barmenia. Die Begrenzung der Übernahme der Kosten stationärer Behandlungen in der Schweiz auf die Kosten einer deutschen Inlandsbehandlung stellt einen schwerwiegenden Mangel der privaten Krankenversicherung des Beschwerdeführers dar. 6. 6.1

Des Weiteren ist § 5 Ziff. 1 lit . b TB Krankenversicherung (Urk. 3/9) zu entnehmen, dass für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschliesslich deren Folgen sowie für Entziehungsmassnahmen einschliesslich Entziehungskuren keine Leistungspflicht der Barmenia besteht. 6.2

Demgegenüber gilt nach der Rechtsprechung zum KVG (BGE 137 V 295) die Alkoholsucht an sich schon als Krankheit und nicht erst dann, wenn sie Symptom oder Ursache einer anderen Erkrankung ist (BGE 101 V 77 E. 1a). Ebenfalls gelten die Heroinsucht (BGE 118 V 107 E. 1b) und die Nikotinsucht (BGE 137 V 295 E. 5.4.2) als Krankheit, wenn es sich im konkreten Fall um behandlungsbedürftige Leiden handelt. Unter der Voraussetzung, dass es sich um notwendige, wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Massnahmen bei behandlungsbedürftigen Suchterkrankungen handelt, kennt das KVG, abgesehen vom Selbstbehalt und der Franchise, keine betragslichen und zeitlichen Einschränkungen in der Übernahme von stationären Entzugsmassnahmen. 6.3

Der Ausschluss von Leistungen für Entzugsmassnahmen und Entziehungskuren stellt im Vergleich zu den Pflichtleistungen des KVG daher eine gewichtige Einschränkung des Versicherungsschutzes der privaten Krankenversicherung des Beschwerdeführers dar. 7. 7.1

Gemäss der Versicherungspolice vom 25. Juni 2001 der B armenia betreffend die Pflegeversicherung des Beschwerdeführers (Urk. 3/10) war dieser ab 1. Juli 2001 für häusliche und stationäre Pflege versichert. 7.2

Gemäss § 1 Abs. 1 der sich bei den Akten befindenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegeversicherung, Ausgabe vom 1. Januar 2001 (AVB Pflegeversicherung; Urk. 3/10), gewährt die B armenia bei Pflegebedürftigkeit in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige Leistungen. 7.3

§ 5 Abs. 1 lit . a AVB Pflegeversicherung (Urk. 3/10) bestimmt, dass keine Leistungspflicht besteht, solange sich die versicherte Person im Ausland auf hält, wobei bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr gewisse Leistungen (Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen , welche die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthalts begleiten) erbracht werden. 7.4

7.4.1

Demgegenüber leistet die schweizerische Krankenpflegeversicherung

gemäss Art. 25a Abs. 1 KVG einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden. In Abs. 3 dieser Bestimmung wird dem Bundesrat die Kompetenz eingeräumt, die Pflegeleistungen zu bezeichnen und das Verfahren der Bedarfsermittlung zu regeln. 7.4.2

In Art. 33 lit . i der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) hat der Bundesrat die Kompetenz der Bezeichnung des Beitrags an die Pflegeleistungen dem Departement des Innern (EDI) übertragen, welches davon mit Erlass von Art. 7 ff. der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV), in den ab 1. Januar 2011 geltenden Fassungen, Gebrauch gemacht hat. Die übernahmepflichtigen Leistungstypen werden unterteilt in Massnahmen der Abklärung und der Beratung (Art. 7 Abs. 2 lit . a KLV), in Massnahmen der Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 lit . b KLV) und in Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 lit . c KLV). Die Leistungen können ambulant oder in einem Pflegeheim übernommen werden. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder während der Nacht erbracht werden (Art. 7 Abs. 2 ter KLV). Für die entsprechenden Leistungen werden von der Krankenversicherung pauschalisierte, nach dem Pflegebedarf abgestufte Beiträge gewährt (vgl. Art. 7a KLV). 7.4.3

Gemäss Art. 25a Abs. 5 KVG dürfen den versicherten Personen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchstens vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Restfinanzierung haben die Kantone zu regeln. Diese müssen sicherstellen, dass Betroffene nicht über den Maximalbeitrag nach Art. 25a Abs. 5 KVG für Pflegekosten belastet werden (sogeannter Tarifschutz nach Art. 44 KVG). 7.5

Infolge der fehlenden Deckung für Leistungen der ambulanten und stationären Pflege in der Schweiz weist die private Pflegeversicherung des Beschwerdeführers , welcher in der Schweiz Wohnsitz hat, im Vergleich zu den Pflichtleistungen gemäss dem KVG eine erhebliche Lücke in der Versicherungsdeckung auf.

E. 8

KVV nicht erfüllt .

E. 8.1

Die eingeschränkte oder fehlende Deckung der Kosten für psychotherapeutische Behandlungen, für stationäre Behandlungen in der Schweiz, für Entzugsmassnahmen bei behandlungsbedürftigen

Sucht erkrankungen und für ambulante und stationäre Pflegeleistungen in der Schweiz stellen einen schwerwiegenden Mangel der privaten Versicherungen

des Beschwerdeführers bei der Barmenia

dar. Auf Grund dieser erheblichen Lücken in der Versicherungsdeckung handelt es sich bei den bisherigen privaten Versicherungen des Beschwerdeführers insgesamt daher nicht um einen mit den Leistungen gemäss dem KVG vergleichbaren Versicherungsschutz.

E. 8.2

Daran ändert nichts, dass der private Versicherungsschutz des Beschwerdeführers in gewisser Hinsicht, insbesondere im Hinblick auf die Versicherungsdeckung für zahnmedizinische Behandlungen und des Fehlens eines Selbstbehalts und einer Franchise, Leistungen deckt, welche diejenigen gemäss dem KVG übertreffen. Denn insgesamt ist in Anbetracht der erwähnten, erheblichen Mängel der privaten Versicherungen des Beschwerdeführers eine klare Verschlechterung des Versicherungsschutzes durch eine Unterstellung unter das schweizerische Versicherungsobligatorium zu verneinen.

E. 8.3

Unter diesen Umständen kann die Frage, ob sich der Beschwerdeführer - im Rahmen des in der Schweiz nutzbaren Versicherungsangebots - nur deshalb nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversicherungen abschliessen kann, weil er wegen seines Alters und/oder seines Gesundheitszustandes diesbezügliche Zusatzversicherungen überhaupt nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen abschliessen könnte, offen gelassen werden.

E. 8.4

Demzufolge steht fest, dass der Beschwerdeführer die Voraussetzungen für eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht gemäss Art. 2 Abs.

E. 9

.

Nach Gesagtem ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 19. August 2016 (Urk. 2) einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

in der Schweiz für die Zeit ab 20. November 2016 verneinte und das entsprechende Gesuch des Beschwerdeführers abwies, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Prof. Dr. Tomas Poledna -
Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich - Bundesamt für Gesundheit 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, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
Volz

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