

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00038 vom 15. November 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-11-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_KV.2022.00038](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2022.00038)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00038 du 15 novembre 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2022.00038 del 15 novembre 2022

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1990, ist deutsche Staatsangehörige mit Wohnsitz in der Schweiz. Mit Verfügung des Amts für Sozialbeiträge des Y.\_\_\_\_ vom 16. November 2017 wurde sie von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz befreit (Urk. 3/1; Urk. 6/2/3), was sie nach erfolgtem Umzug am 30. Juli 2020 den Städtischen Gesundheitsdiensten Zürich mitteilte (Urk. 6/2/1). Diese leiteten die eingereichten Unterlagen am 7. August 2020 als Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht an die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (nachfolgend: Gesundheitsdirektion) weiter (Urk. 6/1).

Mit Verfügung vom 3. September 2021 (Urk. 6/9) wies die Gesundheitsdirektion das Gesuch ab. Die dagegen am 17. September 2021 erhobene Einsprache (Urk. 6/12 = Urk. 6/15/3) wies die Gesundheitsdirektion mit Entscheid vom 9. Mai 2022 ab (Urk. 6/16 = Urk. 2).

### E. 1.1

Art. 3 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) schreibt vor, dass sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen muss. Der Wohnsitz bestimmt sich nach Art. 23-26 des Zivilgesetzbuches (ZGB; Art. 13 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, und Art. 3 Abs. 1 KVG).

Dieses allgemeine Versicherungsobligatorium für die gesamte schweizerische Wohnbevölkerung stellt ein unverzichtbares Instrument zur Gewährleistung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken dar (Gebhard Eugster, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit; Ulrich Meyer, Hrsg., 3. Aufl., Basel/Genf/München, 2016, E. Krankenversicherung, S. 418 Rz 29). In Anbetracht dieser gesetzgeberischen Absicht ist es folgerichtig, dass die Ausnahmen von der Versicherungspflicht und damit von der Zugehörigkeit zur Solidargemeinschaft eng umschrieben werden. Der Zweck des Obligatoriums besteht nicht nur darin, zu verhindern, dass infolge Fehlens einer Versicherung unter Umständen bei Risikoeintritt das Gemeinwesen für höhere oder alle Kosten aufkommen muss, sondern auch darin, die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken zu gewährleisten (BGE 132 V 310 E. 8.3, E. 8.5.6).

### E. 1.2

Art. 3 Abs. 2 KVG ermächtigt den Bundesrat, Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorzusehen. Die Ausnahmen gibt es in der Form der Nichtunterstellung, die nach Gesetz oder Verordnung automatisch eintritt (Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV), und in der Form der Befreiung auf Gesuch hin, welche ein Tätigwerden der versicherten Person erfordert (Art. 2 Abs. 2 bis Abs. 8 KVV). Die Ausnahmen gemäss Verordnung stellen abschliessende Aufzählungen dar und unterliegen grundsätzlich einer restriktiven Interpretation (Eugster, a.a.O., S. 423 Rz 46; BGE 134 V 34

= Pra 97 (2008) Nr. 137, E. 5.5).

Unter anderem ermöglicht Art. 2 Abs. 8 KVV denjenigen Personen auf Gesuch hin eine Ausnahme von der Versicherungspflicht, für welche eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes oder der bisherigen Kostendeckung zur Folge hätte und die sich aufgrund ihres Alters und/oder ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang Zusatzversichern könnten (Satz 1). Dem Gesuch ist eine schriftliche Bestätigung der zuständigen ausländischen Stelle mit allen erforderlichen Angaben beizulegen (Satz 2).

### **E. 1.3**

Grundvoraussetzung für die Annahme einer klaren Verschlechterung ist, dass die ausländische Versicherung insgesamt ein dem Leistungsrecht der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) gleichwertigen Versicherungsschutz bietet (Urteil des Bundesgerichts 9C\_510/2011 vom 12. September 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 34 E. 7). Das bedeutet: Fehlt Gleichwertigkeit, kann der Abschluss der OKP nicht als klare Verschlechterung gelten (BGE 134 V 34 E. 7), mag die ausländische Versicherungsdeckung noch so reichhaltig ausgestattet sein (Urteil des Bundesgerichts 9C\_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 4.5). Es sind strenge Massstäbe anzuwenden, damit die mit dem Versicherungsobligatorium angestrebte Solidarität nicht unterlaufen wird. Art.

### **E. 1.4**

Die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes bemisst sich nach Massgabe des KVG (Urteil des Bundesgerichts 9C\_313/2010 vom 5. November 2010 E. 4.3 = SVR 2011 Nr. 3) und ist als Gleichwertigkeit in materieller Hinsicht zu verstehen. Gleichwertiger Versicherungsschutz liegt vor, wenn die ausländische Versicherung während der ganzen Geltungsdauer der Befreiung die Kosten des Aufenthalts nach den Standards der allgemeinen Abteilung eines zugelassenen Spitals in der Schweiz im Wesentlichen in gleicher Weise voll deckt wie das KVG. Keine Gleichwertigkeit besteht bei erheblichen Lücken im Versicherungsschutz (BGE 134 V 34 E. 5.8-9).

Von Gleichwertigkeit kann nur gesprochen werden, wenn die versicherte Person im Versicherungsfall nicht oder nicht wesentlich höhere Kosten selber zu tragen hätte, als wenn sie in der OKP versichert wäre. Es dürfen beispielsweise bei der ausländischen Krankenversicherung keine im KVG unbekannt, ins Gewicht fallende Limitierungen wie maximale Kosten pro Tag oder Beschränkungen der Leistungsdauer vorkommen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_182/2009 vom 2. März 2010).

### **E. 2**

und 3 KVG). In diesen Bereichen sind die Kosten vom Krankenversicherer grundsätzlich nur dann zu übernehmen, wenn die fragliche Leistung vom Verordnungsgeber auf einer Liste positiv aufgeführt ist (Positiv listen), wobei der Bundesrat das EDI zum Erlass der Positivlisten ermächtigt hat ( Art. 33 lit. b–d KVV ).

Anders als in §

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) davon aus, dass die ausländische Versicherung der Beschwerdeführerin im eingereichten Formular H Einschränkungen für Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten sowie für Entziehungsmassnahmen beziehungsweise Entziehungskuren vorsehe und zudem die Leistungen nach Art. 25 bis 31 KVG nicht uneingeschränkt anerkenne (E. 2.3). Somit erweise sich die ausländische Krankenversicherung gegenüber der Grundversicherung nach KVG nicht als gleichwertig (E. 2.7). Daher könne offen bleiben, in welchen Bereichen die ausländische Versicherung eine umfangreichere Leistungsdeckung vorsehe beziehungsweise welche Vorerkrankungen bestünden (E. 2.8).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), sie sei aufgrund ihrer chronischen lebensbedrohlichen Erkrankungen auf teure Medikamente und auch im Ausland durchzuführende Behandlungen angewiesen, erhalte jedoch keinerlei Zusatzversicherungen mehr, welche für sie lebensnotwendig seien. Eine Doppelversicherung wäre unlogisch, unfair und finanziell nicht tragbar (S. 1 Mitte).

Sollten die von der Beschwerdegegnerin angeführten Eventualitäten eintreffen, wären sie ohnehin auf eine ihrer Erkrankungen zurückzuführen, da sie psychische Erkrankungen habe (Suizidgefährdung) und genauso Opiate (Suchtmittel) aufgrund der Krebschmerzen vom Arzt verschrieben bekomme (S. 1 unten).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin führte mit der Beschwerdeantwort (Urk. 5) ins Feld, das maximale Pflegegeld von 901 Euro pro Monat decke die in der OKP vorgesehenen Pflegeleistungen (Akut- und Übergangspflege sowie Langzeitpflege) und Pflegebeiträge nicht (S. 5 Ziff. 20).

### **E. 2.4**

Die Beschwerdeführerin replizierte (Urk. 9), die Abweichungen hinsichtlich Pflegeleistungen seien untergeordneter Natur (Ziff. 5), die Einschränkungen hinsichtlich Suchtbehandlungen und Kostentragung bei Suizid et cetera erschienen als nicht wesentlich. Diese beträfen sie nicht und würden sie auch in Zukunft nicht betreffen (Ziff. 12). Die Gleichwertigkeit der ausländischen Versicherungslösung sei zu bejahen. Eine Schlechterstellung der Versicherungsdeckung bei Übernahme des KVG sei offensichtlich (Ziff. 15).

### **E. 2.5**

Die Beschwerdegegnerin duplizierte (Urk. 11), Krankheiten oder Unfälle könnten bei keiner Person für die Zukunft in genereller Weise ausgeschlossen werden. Die persönliche Situation und gesundheitliche Verfassung eines Menschen verändere sich während seines Lebens laufend. Psychische Erkrankungen, die in einem Suizidversuch resultierten

beziehungsweise zu Selbstverletzungen führten, oder Alkoholismus seien weit verbreitete Volkskrankheiten und könnten jeden treffen. Würde man diese Einschränkungen im ausländischen Versicherungsschutz als untergeordnet betrachten und damit diesen als gleichwertig qualifizieren, bestünde die erhebliche Gefahr, dass der Versicherte die ungedeckten Gesundheitskosten nicht selber tragen könnte (Ziff. 9).

#### **E. 2.6**

Die für das Krankenversicherungswesen zuständige kantonale Direktion entscheidet über Befreiungen von der Versicherungspflicht (§

#### **E. 2.7**

Strittig und frei zu prüfen ist demnach zunächst die Grundvoraussetzung für eine Befreiung der Beschwerdeführerin von der schweizerischen Krankenversicherungspflicht, nämlich ob die Gleichwertigkeit des ausländischen Versicherungsschutzes gegeben ist (vgl. E. 1.3-4). 3.3.1

Im Formular H vom 17. Februar 2021 (Urk. 6/7/1) wurde seitens des Z.\_\_\_\_ auf Gegenseitigkeit (Z.\_\_\_\_), A.\_\_\_\_, die Frage, ob die Leistungen gemäss Art. 25 bis 31 KVG ausdrücklich und uneingeschränkt anerkannt und die Kosten der entstandenen Leistungen voll erstattet würden, mit Verweis auf die allgemeinen Versicherungsbedingungen und das beigefügte Anschreiben verneint (S. 3 oben). Die folgenden Leistungen würden eingeschränkt/ausgeschlossen: Leistungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten sowie Entziehungsmassnahmen/Entziehungskuren (S. 3 Mitte).

Im genannten Anschreiben gleichen Datums (Urk. 6/6) wurde festgehalten, die Leistungen der Z.\_\_\_\_ wichen in diversen Punkten von den Artikeln 25 bis 31 KVG ab.

Diese Angaben decken sich mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009 (AVB) der Z.\_\_\_\_ (Stand 1. Januar 2022, [https://www.z.\\_\\_\\_\\_.de/service/bedingungen/Krankenversicherung/Allgemeine\\_Bedingungen/index.html](https://www.z.____.de/service/bedingungen/Krankenversicherung/Allgemeine_Bedingungen/index.html)). 3.2

So besteht gemäss § 5 Abs. 1 lit. b AVB keine Leistungspflicht für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschliesslich deren Folgen sowie für Entziehungsmassnahmen einschliesslich Entziehungskuren. Sodann hält § 5 Abs. 1 lit. c AVB fest, dass keine Leistungspflicht für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten besteht, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. 3.3

Grundvoraussetzung für den Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Art. 25 KVG bildet das Vorliegen einer Krankheit. Gemäss Art. 3 Abs. 1 ATSG gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, als Krankheit. Bei fahrlässigem Verhalten der versicherten Person ist eine Kürzung oder Verweigerung der Leistungen der Krankenversicherung ausgeschlossen. Art. 21 Abs. 1 ATSG lässt lediglich die Kürzung von Geldleistungen zu. Auch bei vorsätzlichem Verhalten fällt die Kürzung oder Verweigerung einer Sachleistung vollständig ausser Betracht. Die Krankenpflegeversicherung erbringt grundsätzlich keine Geldleistungen,

sondern Sachleis tun gen, weshalb gestützt auf Art.

21 Abs.

1 ? ATSG keine K ü rzungen vorgenommen werden k ö nnen (Urteil des hiesigen Gerichts KV.2020.00076 vom 27. Januar 2021 E. 4.4 sowie KV.2021.00008 vom 11. Mai 2021 E. 4.6; Kieser/Gehring/Bollinger, KVG/UVG Kommentar, 2018 , N 4 zu Art. 21 ATSG, Brunner/Vollenweider, Basler Kommentar zum ATSG, 1. Aufl. 2020, N 122 zu Art. 21 ATSG).

Gemäss schweizerischem Krankenversicherungsrecht wird der Sucht ein leistungsbegründender Krankhei tswert zugemessen (BGE 118 V 107 E. 1b, BGE 101 V 77 E. 1a, BGE 137 V 295 E. 5.3.2). Die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) anerkennt denn auch in ihrem Anhang 1, Ziffer 8, die Substitutions behandlung bei Opiatabhängigkeit au sdrücklich als Pflichtleistung . 3.4

Eine Einschränkung, wie sie in § 5 Abs. 1 lit. b AVB sowie auf dem Bestätigungs formular H (vgl. E. 3.1) angegeben ist, kennt das KVG nach dem Gesagten weder im Bereich der vorsätzlich herbeigeführten Gesundheitsschädigungen noch im Bereich der Entzugsbehandlungen. Diesbezüglich liegt somit eine erhebliche Lücke im Versicherungsschutz vor ( vgl. vorstehend E. 1.4 sowie Urteile des hiesigen Gerichts KV.2020.00076 vom 27. Januar 2021 E. 4.4 sowie KV.2021.00008 vom 11. Mai 2021 E. 4.6) .

Daran ändert nichts, dass die Beschwerdeführerin davon ausgeht, Suchterkran kungen oder vorsätzliche Selbstschädigungen betreffen sie weder jetzt noch in Zukunft (E. 2.4) und seien w enn , dann auf ihre Erkrankungen zurückzuführen und somit ohnehin versichert (E. 2.2 ). Zu Recht wies die Beschwerdegegnerin diesbezüglich auf die Erfahrungstatsache hin, dass sich die persönliche Situation und gesundheitliche Verfassung eines Menschen während seines Lebens laufend verändere (E. 2.5 ). 3.5

Was den Leistungsausschluss betreffend § 5 Abs. 1 lit. c AVB anbetrifft, hat die OKP im Vergleich dazu die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG na ch Massgabe der in den Art. 32- 34 KVG festgelegten Vora ussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). Die Übernahmepflicht des Krankenversicherers wird durch Art. 32 Abs. 1 KVG begrenzt. Danach sind nur jene Leistungen zu vergüten, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (sogenannte WZW- Kriterien), wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewie sen sein muss.

Für die Vergütung von Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Fo lgen dienen und von Ärzten, Chiropraktoren

oder auf deren Anordnung hin tätigen Personen erbracht werden, gilt somit gemäss

Art. 25 Abs. 1 KVG eine Pflichtleistungsvermutung. Demnach wird vermutet, dass diese Leistungen den in Art. 32 Abs. 1 KVG festgeschriebenen allgemeinen Vergütungskriterien genügen. Die Pflichtleistungsvermutung kann im Einzelfall durch die jeweilige Krankenversicherung mittels Verfügung sowie gestützt auf Art. 33 Abs. 1 KVG durch den Verordnungsgeber in Form einer abschliessenden Negativliste umgestossen werden. Der Bundesrat hat in Art. 33 lit. a KVV das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ermächtigt, Ausnahmen von der Pflichtleistungsvermutung vorzusehen. Das EDI hat solche Ausnahmen in Anhang 1 zur KLV festgelegt.

Für eine Reihe von Leistungsarten hat der Gesetzgeber demgegenüber das Listenprinzip verankert. Dies gilt namentlich für die nicht von Ärzten oder Ärztinnen und Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen, für Leistungen der medizinischen Prävention, gewisse Leistungen bei Mutterschaft, zahnärztliche Behandlungen sowie neue oder umstrittene Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet (vgl. Art. 33 Abs.

## E. 5

Abs. 1 lit. c AVB kann die Z.\_\_\_\_

ihre Leistungspflicht dagegen einseitig einschränken, womit die Leistungen gemäss

Art. 25 bis Art. 31 KVG nicht ausdrücklich und uneingeschränkt anerkannt sind, was durch die Z.\_\_\_\_ denn auch eingeräumt wurde (vgl. E. 3.1, Urk. 6/6 S. 1 „Art. 25, Satz a und b“ sowie Urteil des hiesigen Gerichts KV.2020.00076 vom 27. Januar 2021 E. 4.5).

Dies

spricht gegen die Gleichwertigkeit des ausländischen Versicherungsschutzes. Weder näher dargetan noch ersichtlich ist demgegenüber, inwiefern lebensnotwendige Medikamente oder Behandlungen von der OKP nicht übernommen werden sollten (vgl. E. 2.2), dürften diese doch in aller Regel die WZW-Kriterien erfüllen. 3.6

Gemäss Angaben der Z.\_\_\_\_ besteht ein Leistungsanspruch auf Pflegegeld unter der Voraussetzung, dass ein entsprechender Antrag gestellt und die Pflegebedürftigkeit nach einem Pflegegrad festgestellt wird. Der Pflegegeldanspruch für selbst sichergestellte Pflege beträgt maximal (Pflegegrad 5) 901 Euro (Urk. 6/6 S. 2 „Art. 25a“).

Dem Versicherungsschein mit Gültigkeit ab 16. Mai 2022 (Urk. 3/4/2) beziehungsweise ab 3. August 2022 (Urk. 9a/2) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin über eine private Pflegepflichtversicherung (Tarif PVN) verfügt. In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung der Z.\_\_\_\_ (Link vgl. E. 3.1) finden sich deren Angaben betreffend den Pflegegeldanspruch bestätigt. In der Tarifstufe PVN werden sodann Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe mit maximal (Pflegegrad 5) 2'095 Euro pro Monat erstattet.

Nach Art. 25a KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, in Tages- und Nachtstrukturen oder im Pflegeheim erbracht werden. Begrenzt sind dabei nicht die Leistungen an sich, sondern lediglich der zu vergütende Stundenansatz (vgl. Art. 7a KLV). Die weiteren Pflegekosten dürfen nur im limitierenden Rahmen von Art. 25a Abs. 5 KVG auf die Versicherten überwälzt werden. Die vorgesehenen Pflegeleistungen umfassen nicht nur Leistungen der Akut- und Übergangspflege, sondern auch solche der Langzeitpflege (vgl. Art. 7 KLV).

Diese von der OKP vorgesehenen Pflegeleistungen werden von der Z.\_\_\_\_ nicht annähernd gedeckt, was entgegen der Beschwerdeführerin (E. 2.4) als weitere erhebliche Lücke im Versicherungsschutz gewertet werden muss (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_8/2017 vom 20. Juni 2017 E. 4.3 und 9C\_447/2017 vom 20. September 2017 E. 4.3 sowie Urteil des hiesigen Gerichts KV.2022.00022 vom 31. Mai 2022 E. 5.2). 3.7

Nach dem Gesagten

fehlt es klarer Weise an der Grundvoraussetzung der Gleichwertigkeit der Versicherungsleistungen der ausländischen Krankenversicherung mit jenen des KVG (vgl. E. 1.3). Auf die weiteren von der Z. \_\_\_ deklarierten Einschränkungen (Urk. 6/6) braucht deshalb ebenso wenig im Detail eingegangen zu werden wie auf die zwischen den Parteien umstrittene Frage der Kostenübernahme der stationären Heilbehandlung (vgl. Urk. 5 Ziff. 20, Urk. 9 Ziff. 10, Urk. 11 Ziff. 7).

Die Unterstellung unter die schweizerische Krankenpflegeversicherung hat entsprechend eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes

im Sinne von Art. 2 Abs.

## **E. 8**

KVV zur Folge.

Ist bereits diese Voraussetzung nicht erfüllt, kann daher offen bleiben, ob sich kumulativ dazu die Beschwerdeführer in aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht oder nur zu kaum tragbaren Bedingungen im bisherigen Umfang zusätzlich versichern könnten. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht fällt ausser Betracht. 3.8

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. Mai 2022 (Urk. 2) erweist sich somit als rechtmässig.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Matthias Fricker -  
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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grieder-Martens Boller

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