

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00622 vom 10. Dezember 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-12-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00622

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00622 du 10 décembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00622 del 10 dicembre 2014

Erwägungen

E. 1

Die 1970 geborene X.____ meldete sich am 25. Oktober 20

E. 04

bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Aus medizinischer Sicht wurde ihr ein chronischer Kopfschmerz, Tinnitus, ein myofaszielles Schmerzsyndrom im Nacken-Schulterbereich, ein posttraumatisches Syndrom mit Panikattacken seit einer Notlandung im Passagierflugzeug im Juni 2001 und eine allgemeine psychosoziale Belastungssituation diagnostiziert. Die IV-Stelle klärte den Sachverhalt ab und holte ein Gutachten beim Zentrum Y.____ ein. Das Gutachten vom 28. September 2006 attestierte der Versicherten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bei diagnostizierten chronisch rezidivierenden fronto-occipitalen Kopfschmerzen (Urk. 7/23). Mit Verfügung vom 22. Februar 2007 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch der Versicherten auf Rente (Urk.

7/29). 2.

Am 10. März 2010 meldete sich die Versicherte, nachdem sie am 1. Juli 2009 bei einem Heckauffahrunfall

ein Schleudertrauma erlitten hatte, erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 7/32). Seit dem Unfall litt sie an einem chronischen zervikospondylogenen und einem lumbospondylogenen Syndrom. Der Hausarzt schrieb sie

vorerst zu 100%, ab 15. Februar 2010 zu 90% arbeitsunfähig (Urk. 7/36, 7/37 /

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 2. 2

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV], bis 31. November 2011: Abs. 4), 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).

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, Anlass zur Rentenrevision. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). 3.

3.1

Zu vergleichen ist der Gesundheitszustand am 22. Februar 2007 mit jenem vom 12. Mai 2014.

Der ursprünglichen Verfügung lagen folgende Tatsachen zugrunde:

Dr. med. A.____, Facharzt für Oto - Rhino -Laryngologie, hielt mit Schreiben vom 29. September 2004 fest, rund 4 Wochen nach operativer Eröffnung der Keilbeinhöhle rechts zeichne sich nun langsam eine Besserung der Kopfschmerzen ab. Die endoskopische Kontrolle habe reizlose Schleimhautverhältnisse gezeigt. Der Zustand des kleinen links gelegenen Sinusfragmentes sei nicht beurteilbar. Die Beschwerdeführerin fühle sich leider nach wie vor immer noch nicht in der Lage zu arbeiten. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % (Urk. 7/11 / 9). Gegenüber dem Hausarzt gab er unauffällige postoperative Verhältnisse an. Er hielt ihm gegenüber fest, die Kopfschmerzen seien ja leider unverändert und die Patientin könne immer noch nicht arbeiten (Urk. 7/11/ 10).

Der Neurologe Dr. med. B.____ hielt mit Schreiben vom 16. Dezember 2004 verdachtsweise einen Spannungstyp-Kopfschmerz cervicocephal muskulär und einen Tinnitus fest (Urk. 7/11 / 6).

Dem Bericht des Hausarztes Dr. med. von C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 5. Januar 2005 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in zunehmend im Geschäft des Vaters mitarbeite und seit jeher eher überfordert und nervös sei. Sie habe zwei unruhige Kinder, Schlafstörungen, Muskelschmerzen, Untergewicht, Schwindel, Verdauungsunregelmässigkeiten und Gelenkschmerzen. Eine eindeutige Verschlechterung der Gesamtsituation sei ab dem 16. Juni 2002 eingetreten, als die Beschwerdeführerin in einem Flugzeug in Wien notlanden müssen. Es habe sich danach ein mässiges posttraumatisches Belastungssyndrom entwickelt. Zur Arbeitsfähigkeit machte er Angaben ohne Gewähr und hielt eine psychiatrische Begutachtung für sinnvoll (Urk. 7/11 / 5).

Der behandelnde Rheumatologe Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere, für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie,

gab im Bericht vom 11. Januar 2005 an, zur Arbeitsfähigkeit bei diagnostiziertem chronischem cervicocephalem Syndrom linksbetont könne nur anhand einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) Auskunft gegeben werden. Die psychischen Funktionen könne er nur aus somatischer Sicht beurteilen. Diese seien höchstens im Rahmen der chronischen Schmerzsymptomatik leicht eingeschränkt (Urk. 7/12/6).

Dem bidisziplinären (rheumatologisch-psychiatrischen) Gutachten des Zentrums Y.____ vom 28. September 2006 lassen sich keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit finden sich chronisch rezidivierende fronto-occipitale Kopfschmerzen mit / bei residuellem sekundärem

myofascialem

Schmerzsyndrom im Schulter-Nackengebiet und einer Spannungskopfschmerzkomponente.

Zum Verlauf hielten die Gutachter fest, nach einem selbstverschuldeten Autounfall mit Streifenkollision 1996 seien starke Kopfschmerzen aufgetreten, die mit Behandlung gebessert hätten. 2001 sei es nach einer glimpflich abgelaufenen Notlandung zu einer Exazerbation der cervicalen Schmerzen gekommen. Eine rheumatologische Untersuchung habe die Diagnose eines chronischen linksbetonten cervicocephalen Syndroms bei sekundärem myofascialem Schmerzsyndrom der Schulter- und Nackenmuskulatur ergeben. Unter Behandlung seien die cervicalen Beschwerden verschwunden, jedoch hätten die Kopfschmerzen persistiert. Nach einer operativen Sanierung einer chronischen Nasennebenhöhlenentzündung im September 2004 hätten auch die Kopfschmerzen gebessert und es sei anlässlich einer neurologischen Untersuchung die Diagnose eines Spannungskopfschmerzes gestellt worden. Im Zeitpunkt der Untersuchung würden die Kopfschmerzen nur noch sporadisch auftreten und bei Einnahme von Dalfagan bessern. Bei der rheumatologischen Untersuchung habe sich eine eingeschränkte Beweglichkeit der

Halswirbelsäule

(HWS) und der Schultergelenke gefunden. Es könnten schmerzhafte Triggerpunkte im Trapezius Pars descendens aber auch im Sternocleidomastoideus beidseits rechtsbetont abgegrenzt werden mit Verstärkung der frontalen Kopfschmerzen. Der neurologische Befund sei unauffällig. Radiologisch zeige sich eine unauffällige Darstellung der Halswirbelsäule ohne degenerative Veränderungen. Aufgrund der objektivierbaren Befunde könne klinisch-rheumatologisch und bildgebend zurzeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Administration des eigenen Reinigungsbetriebes begründet werden. Die internistische Untersuchung ergebe einen unauffälligen klinischen Status, ohne Nachweis irgendeiner Pathologie, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätte. Bei der psychiatrischen Exploration sei ein deutlicher Leidensdruck bezüglich der Kopfschmerzen feststellbar. Die Beschwerdeführerin sei durch die Schmerzsymptomatik belastet, vor allem wenn sie das Gefühl habe, den Ansprüchen der Kinder nicht genügen zu können. Eine depressive oder somatoforme Störung bestehe nicht. Die psychoreaktive Symptomatik der Beschwerdeführerin sei glücklicherweise nur in

begrenztem Mass vorhanden. Längerfristig könne von einer stabilen psychischen Copingfähigkeit ausgegangen werden. Aktuell liege keine psychische Störung und somit auch keine die Arbeitsfähigkeit eingrenzende psychische Symptomatik vor. Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitstätigkeit in der Administration des eigenen Reinigungsbetriebes sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/23 / 11-14). 3. 2 3.2.1

Die angefochtene Verfügung vom 12. Mai 2014 (Urk. 7/166)

stützt sich auf folgende medizinische Tatsachen :

Am 1. Juli 2009 erlitt die Beschwerdeführerin im Rahmen eines Auffahrunfalles ein Schleudertrauma (Urk. 7/36-184), weshalb sie Dr. von C.____ mit Schreiben vom 28. September 2009 an die Klinik E.____ zur Rehabilitation überwies. Als Diagnosen hielt er ein chronifiziertes

Cervikalsyndrom bei cervico-cephalem Beschleunigungstrauma, anamnestisch einen Verdacht auf Spannungskopfschmerzen, ein mögliches Schmerzsyndrom und eine chronische psychosoziale Überforderungssituation fest, wobei sich die bereits vorbestehende psychosoziale Belastungssituation verstärkt habe (Urk.

7/36/ 115). 3.2. 2

Dem Austrittsbericht der Klinik E.____ vom 13. November 2009 sind die Diagnosen chronisches zervikospondylogenes Syndrom linksbetont, chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechtsbetont und reaktive Depression zu entnehmen. Es bestehe ein erfreulicher Rehabilitationsverlauf. Die Beweglichkeit und die Bewegungsmuster der HWS hätten sich bis zum Austritt fast vollständig normalisiert. Vegetative und lumbale Beschwerden sowie nächtliche Schmerzen seien fast vollständig verschwunden. Die Kopfschmerzen hätten fluktuiert. Die

schmerzfreien Intervalle seien immer länger. Die Grundkondition und die Vitalität der Patientin hätten sich verbessert und die Wortfindungsstörungen seien kaum noch vorhanden. Die Beschwerdeführerin leide dennoch an subjektiv stark belastender Vergesslichkeit. Die sedierende und beruhigende Medikation habe

abgesetzt werden können. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage bis 30. November 2009 0%. Nach erfolgter neuropsychologischer Beurteilung werde – die neuropsychologische Sicht abwartend – die Wiederaufnahme einer 10 – 30% igen Arbeit vorgeschlagen (Urk. 7/36 / 46-48). 3.2.3

Am 11. Januar 2012

E. 010

fand eine neuropsychologische Untersuchung bei Dr. phil. F.____ statt. Er stellte weitgehend schmerzbedingte und durch psychische Faktoren bedingte leichte kognitive Funktionseinschränkungen vor allem i.S.

erhöhter Leistungsschwankungen fest. Er berichtete, im Rahmen der Untersuchung hätten die Schmerzen im Vordergrund gestanden. Bereits zu Beginn habe die Beschwerdeführerin starke Nacken- und Kopfschmerzen sowie im Verlauf eine starke Zunahme (bis auf 9.5 der Schmerzskala) angegeben. Die halbtägige Untersuchung habe zweimal unterbrochen

werden müssen. Die Belastbarkeit sei hauptsächlich durch die

Schmerzfaktoren vermindert. Er stellte fest, die Befunde würden in ihrer Art und Ausprägung keine hinreichenden Hinweise auf direkt traumatisch hirnorganisch-/strukturell bedingte neuro psychologische Funktionsstörungen ergeben (Urk. 7/36 / 31-37). 3.2. 4

Im Bericht vom 18. bzw. 20. Mai 2010 zeigte Dr. von C.____ auf, bei der Beschwerdeführerin sei ein Konzentrations- und das Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit eingeschränkt (Urk. 7/37 / 1). Als neue Diagnosen hielt er neuropsychologische Defizite mit Wortfindungs- und Koordinationsstörungen, ausgeprägte neurovegetative Störungen und ein chronisches spondylogenes Syndrom rechtsbetont sowie eine reaktive Depression fest. Die Beschwerdeführerin sei ab 1. Juli 2009 zu 100 % , ab 1. März 2010 zu 90 % und ab 12. April 2010 zu 80 % arbeitsunfähig . Seit dem 10. Mai 2010 bestehe wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Nach der Rehabilitation bestehe eine latente Erschöpfungs- und Überforderungssituation. Man versuche sehr langsam , die Arbeitsfähigkeit aufzubauen. Erschwerend sei, dass am 10.

Mai 2010 wieder ein leichter Auffahrunfall erfolgt sei (Urk. 7/37 / 1-6). 3.2. 5

Ab Mitte Juni 2010 befand sich die Beschwerdeführerin in psychologischer Betreuung bei Lic . phil. G.____ . Diese diagnostizierte am 6. Juli und am

6. Oktober 2010 jeweils eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), spezifische phobische Angstzustände gegenüber Fahrzeugen und Verkehr (ICD-10 F40.2) und eine posttraumatische Belastungs störung (ICD-10 F43.1).

Sie stellte fest, die Beschwerdeführerin schein traumatisch auf den zweiten Unfall reagiert zu haben. Das psychopathologische Bild habe sich im Verlauf der Behandlung gebessert (Urk.

7/41 / 15-16 und Urk. 7/41 / 34-35). 3.2. 6

Kreisarzt Dr. med. H.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, hielt in seinem Bericht vom 2. November 2010 fest, nach den beiden Unfällen vom 1. Juli 2009 und vom

7. Mai 2010 seien strukturelle Verletzungen bildgebend ausgeschlossen worden. Es müsse noch eine neurologische Untersuchung durchgeführt werden (Urk. 7/41 / 7). 3.2. 7

Am 22. Dezember 2010 hielt Dr. med. I.____ , Facharzt für Neurologie, in seinem Bericht fest, er habe die Beschwerdeführerin am 14. Dezember 2010 untersucht. Das EMG habe eine normale Medianus - und Ulnarisneurografie links gezeigt. Hinweise für eine neurologische Funktionsstörung in den linken Extremitäten habe er nicht gefunden. Er gehe hier eher von funktionellen Beschwerden aus, möglicherweise sekundär im Rahmen der muskulären Schmerzen. Ein MRI der HWS habe keine relevanten Nervenwurzelkompressionen gezeigt . Auch für eine peripher-neurologische Funktionsstörung habe er neurografisch keine Hinweise. Durch das zweite Unfallereignis im Mai 2010 sei die Beschwerdeführerin offenbar psychisch dekompenziert . Die Schmerzen am Bewegungsapparat seien im Wesentlichen unverändert gewesen. Ungünstig für die Gesamtentwicklung sei sicher auch der Vorzustand mit häufigen psychosozialen Überlastungssituationen und Status nach einer Flugzeugnotlandung mit anschließendem „posttraumatischem Psychosyndrom“ gewesen. Auch Spannungskopfschmerzen hätten schon vor dem Unfall bestanden, die von einem Neurologen differentialdiagnostisch als

Schmerzmittel überkonsum-Kopfschmerz oder als

somatoformes Schmerzsyndrom interpretiert worden seien. Sämtliche Faktoren zusammengenommen sei die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Untersuchung wohl nicht mehr als im Umfang des gegenwärtigen Pensums von ca. 10 % arbeitsfähig. Die Behandlung müsse interdisziplinär erfolgen, einerseits mit psychiatrisch-psychologischer Betreuung, andererseits mit physikalischen Massnahmen wegen der Schmerzen. Durch diese Behandlung sollte es möglich sein, die Arbeitsfähigkeit schrittweise zu steigern (Urk. 7/43). 3.2.8

Am 28. Dezember 2010 nahm Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, der die Beschwerdeführerin am 24. November 2010 auf ihr Begehren hin mittels diverser Testverfahren untersucht hatte, zum Fall Stellung. Er diagnostizierte ein posttraumatisches cervico-encephales Syndrom bei einem Status nach zweimaligem cervico-cephalem Akzelerations-/ Dezelerationstrauma mit Tinnitus links, mit peripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung links, visuo-oculomotorischer Funktionsstörung und visuo-vestibulärer Integrationsstörung und cervico-proprio-nociceptiver Funktionsstörung bei multisegmentaler Funktionsstörung der cervicalen

Bewegungssegmente. Die Flugzeugnotlandung habe keine dauerhaften Folgen hinterlassen; nach rund 1 ½ Jahren sei die Beschwerdeführerin wieder symptomfrei und zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Es sei der erste Autounfall vom 1. Juli 2009, der für die heute noch bestehenden Beschwerden massgebend gewesen sei. Bei diesem Unfall habe die Beschwerdeführerin multiple multisegmentale Mikroläsionen erlitten, die die ganze posttraumatische Symptomatik erklärten. Der zweite Unfall vom 6. Mai 2010 habe zu einer vorübergehenden Verstärkung der Symptomatik geführt und wesentlich zur Chronifizierung beigetragen (Urk. 7/154). 3.2.9

In seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 12. Januar 2011 hielt Dr. H.____ fest, in Bezug auf die HWS-Problematik liege eine gesundheitliche Beeinträchtigung der Kategorie II vor, nämlich eine gesundheitliche Beeinträchtigung, die zwar als „organisch“ imponiere, weil sie klinisch fassbar sei, der aber ein organisches Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung fehle. Solche Beeinträchtigungen seien organisch nicht (hinreichend) nachweisbar. Solchen Befunden sei eigen, dass sie erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden könnten. Gleich verhalte es sich mit durch neuropsychologische Testverfahren fassbar gemachten Auffälligkeiten wie Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche etc., welchen kein (hirn-)organisches Substrat im genannten Sinne zugrunde liege (Urk. 7/44). 3.2.10

Am 12. Januar 2012 berichtete die Psychotherapeutin G.____ erneut über die Beschwerdeführerin. Sie erhob unveränderte Diagnosen. Sie hielt fest, Auseinandersetzungen mit Versicherern hätten bei der Beschwerdeführerin wie derholt zu Überforderungsgefühlen geführt, sie habe resigniert und depressive Rückfälle gehabt. Sie fühle sich mit ihren somatischen Beschwerden nicht ernst genommen. Die phobischen Ängste betreffend Autos und Verkehr hätten sich zwischenzeitlich etwas gemildert. Die Beschwerdeführerin sei jedoch nach wie vor nicht in der Lage, Erwerbsarbeit zu leisten oder die Hausarbeit zu erledigen. Sie sei körperlich sehr empfindlich, ertrage kaum Licht und Geräusche. Psychopathologisch betrachtet zeige sie das Vollbild einer Depression, die als Reaktion auf die Folgen der beiden Unfälle und der daraus resultierenden

Komplikationen verstanden werden könne, sowie eine Anpassungsstörung (Urk. 7/155). Mit Berichten vom 3. und 12. November 2011 und vom 26. Oktober 2012 bestätigte Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Angaben von Frau G.____ (Urk. 7/158). 3.2.11

Die Beschwerdegegnerin stellte insbesondere auf das Z.____ - Gutachten vom 12.

November 2013 ab. Diesem lässt sich was folgt entnehmen:

Die Gutachter hielten fest, bei der Beschwerdeführerin bestünden seit Jahren Kopf- und Nackenschmerzen. Ein MRI des Schädels im Jahr 2004 habe keine strukturellen intracraniellen Läsionen gezeigt, jedoch eine Sinusitis maxilaris rechts. Anlässlich des Autounfalles im Juli 2009 habe die Beschwerdeführerin eine HWS-Distorsion ohne Bewusstlosigkeit, ohne Gedächtnislücke mit persistierenden Nacken- und Kopfschmerzen erlitten. Anhaltspunkte für eine milde traumatische Hirnschädigung hätten sich nicht gefunden. Die heute geltend gemachten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen seien auf Interferenzfaktoren zurückzuführen. Im Mai 2010 habe die Beschwerdeführerin erneut einen Auffahrunfall erlitten, der weniger heftig

gewesen sei als das erste Ereignis. Ein MRI der HWS im Februar 2012 zeige degenerative Veränderungen auf der Höhe C4/C5 links und C5/C6 im Sinne einer medianen Discushernie, ohne relevante Irritation neuraler Strukturen. Ein CT der LWS vom Februar 2011 zeige eine mediolaterale

Discushernie L5/S1 rechts mit Kontakt zur S1 Wurzel rechts, somit einen diskreten objektiven Befund. Die Beschwerdeführerin habe zeitweilig über Kopf- und Kreuzschmerzen geklagt. Bezüglich der im Zeitpunkt der Begutachtung noch geklagten Nackenbeschwerden mit Ausstrahlung in den linken Arm stehe eine muskuläre Komponente mit deutlich verspannter Trapeziusmuskulatur im Vordergrund, weniger ausgeprägt auch der Nackenmuskulatur. Bezüglich LWS finde sich eine Dysästhesie am lateralen Fussrand mit fraglich abgeschwächtem ASR rechts im Sinne einer radikulären Reiz- und sensiblen Ausfallsymptomatik der Wurzel S1. Somit könne die Beschwerdeführerin von Seiten des Bewegungssap parates noch ganztags in einer dem Körperleiden angepassten Tätigkeit, ohne repetitive Tätigkeiten über Augenhöhe, ohne repetitives Heben von Lasten über 5 kg und ohne Tätigkeiten in Zwangspositionen arbeiten. In einer derartigen Tätigkeit bestehe bei ganztägigem Arbeitseinsatz ein Rendement von 80%. Die Einschränkung des Rendements ergebe sich daraus, dass die in Frage kommende Bürotätigkeit nicht stundenlang ausgeübt werden könne (ungünstig sei eine längere Tätigkeit am Bildschirm). Für eine Tätigkeit ausserhalb des Büros mit längeren Autofahrten, welche mit vielen Kopfdrehungen im Stadtverkehr verbunden sei, bestehe ebenfalls eine leichte Einschränkung. Auch werde die Beschwerdeführerin Mühe haben, sich in der ursprünglichen Tätigkeit bei Besprechungen mit Arbeitgebern (Architekten auf Baustellen), in Rohbauten oder auf Leitern zu bewegen.

Psychiatrisch zeige die Beschwerdeführerin verschiedenste psychovegetative und von ihrer Charakteristik und Zusammensetzung her eindeutig psychosomatische Beschwerden, wie einen unspezifischen Schwindel mit einem Gefühl, als würde sie versinken, mit gelegentlichem Stolpern und Hinken, so als wäre sie betrunken, Symptome, die somatisch nicht begründet werden könnten. Weiter werde über einen linksseitigen Tinnitus geklagt, merkwürdige Schluckbeschwerden beim Neigen des Kopfes nach hinten, über eine Lichtempfindlichkeit, über Nebelsehen, Herzklopfen, unspezifische Magen- und Bauch

beschwerden mit Reizdarm und Blähungen sowie Blasenprobleme. Daneben fänden sich pseudo neurologische Sensationen wie das Gefühl, das rechte Bein sei wie hohl, und Klagen über Gefühlsstörungen in der linken Hand. Insgesamt bestehe aufgrund dieser Befunde kein Zweifel an der Diagnose eines grundsätzlich psychosomatischen Leidens. Darüber hinaus habe sich die Beschwerdeführerin während der psychiatrischen Exploration auch leicht apathisch-gehemmt depressiv gezeigt, währenddem sie bei den übrigen Fachspezialisten in keiner Art und Weise als depressiv imponiert habe. In der Vergangenheit sei immer wieder eine posttraumatische Belastungsstörung aufgrund einer Notlandung vor Jahren mit einem Passagierflugzeug und infolge der erlittenen Auffahrunfälle diagnostiziert worden. Bezüglich des Flugzwischenfalls liessen sich keine Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung mehr finden. Bezüglich des Auffahrunfalls seien ebenfalls nur noch minimale Symptome vorhanden. Hier zeige die Beschwerdeführerin gewisse Ängste beim Fahren mit ihrem Auto, wobei sie die Haupteinschränkung nicht auf Ängste zurückführe, sondern vielmehr auf ihre HWS-Beschwerden. Es bestünden keine Unfallträume, die die Beschwerdeführerin beschäftigen. Sie beschäftige sich nicht weiter mit dem Unfall und zeige kein Vermeidungsverhalten. Es sei fraglich, ob die zwei Auffahrunfälle die Bedingung nach ICD-10 für eine posttraumatische Belastungsstörung erfüllen würden, nämlich dass ein schwerer Vorfall vorliege, der bei fast jeder Person zu ähnlichen Reaktionen und Symptomen führen würde. Im Zusammenhang mit der rechtlichen Frage nach der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung des psychosomatischen Leidens könne, soweit dies die Fragen an den Arzt betreffe, ausgeführt werden, dass keine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität bestehe. Es finde sich kein Rückzug aus allen Belangen des Lebens. Über einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung im Sinne eines primären Krankheitsgewinnes oder einer Flucht in die Krankheit könne nichts ausgesagt werden, da die Beschwerdeführerin ihre Probleme ausschließlich auf körperlicher Ebene erlebe. Von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen

könne nicht gesprochen werden. Grundsätzlich seien somatische

Therapieansätze bei psychosomatischen Leiden zum Scheitern verurteilt. Aus psychiatrischer Sicht, ohne Berücksichtigung der rechtlichen Frage der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung des psychosomatischen Leidens, beurteilten die Gutachter die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer psychosomatischen Beschwerden in Kombination mit den vorhandenen somatischen Beschwerden als insgesamt zu 30 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Sie fügten an, rein medizinisch beurteilt gefährde die Beschwerdeführerin ihre Gesundheit in keiner Art und Weise

durch eine entsprechende adaptierte Tätigkeit.

Als Diagnosen wurden ein chronisches Cervical- und Cervicobrachialsyndrom links, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F54.4) aufgeführt. Die Beschwerdeführerin sei vor allem im Bereich des Bewegungsapparates und durch ihre Schmerzproblematik eingeschränkt.

Zu den vorhandenen Arztberichten sagten die Gutachter, es sei in der Vergangenheit immer wieder eine depressive Symptomatik beschrieben worden. Andererseits seien aber auch eine psychosomatische Symptomatik und eine posttraumatische Belastungsstörung

diagnostiziert worden. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne jedoch nicht mehr diagnostiziert werden. Auch eine relevante schwerere depressive Störung sei während der Untersuchungswoche nicht festgestellt worden. Phobische Angstzustände liessen sich ebenfalls nicht feststellen. Die Beschwerdeführerin fahre wieder Auto und sie habe angegeben, dass sie wegen ihrer HWS-Beschwerden nur kurze Strecken fahre. Die erhebliche im Oktober 2010 von Frau G.____ beschriebene Psychopathologie lasse sich heute nicht mehr verifizieren.

Zum Verlauf gaben die Gutachter an, eine Rekonstruktion, ohne die Beschwerdeführerin früher untersucht zu haben, sei seriöserweise medizinisch nicht möglich. Somit könnten auch keine verlässlichen Angaben zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit von Beginn an gemacht werden. Die Gutachter gingen davon aus, dass im Krankheitsverlauf die psychosomatische Überlagerung und Akzentuierung der vorhandenen, heute feststellbaren degenerativen Veränderungen des Achsenorgans immer eine wesentliche Rolle gespielt hätten (Urk. 7/142, insbes. S. 40 – 45). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin stellte insbesondere auf das Z.____ - Gutachten ab. Dieses ist für die streitigen Belange umfassend und setzt sich mit der medizinischen und der sozialen Anamnese ebenso auseinander wie mit den Angaben der Beschwerdeführerin. Die Schlussfolgerungen der Gutachter sind, wie sogleich zu zeigen sein wird, überzeugend und logisch.

Im Gutachten wird hervorgehoben, dass die Beschwerdeführerin immer schon an einer psychosozialen Überlastung und verschiedenen nicht objektivierbaren Beschwerden wie Spannungskopfschmerzen, Schwindel und cervikalen

Nackenschmerzen gelitten hat und überlastet bzw. überfordert war. Psychosoziale Faktoren sind invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant (BGE 127 V 294 E).

5a). Die gutachterliche Feststellung, dass eindeutig psychosomatische Beschwerden im Vordergrund stünden, die objektivierbaren Gesundheitsschäden dagegen marginal seien, leuchtet anhand der seit Jahren diagnostizierten Schmerzsyndrome und der gutachterlichen Auseinandersetzung mit der Anamnese ein. Neben den damals wie heute erhobenen Diagnosen stellten die Gutachter neu ein Lumbovertebralsyndrom fest, welches sich teilweise durch Bildung objektivierter diskreter degenerativer Veränderungen erklären liess. Von daher leuchtet ein, dass heute, im Gegensatz zur erstmaligen Prüfung der Sachlage, aus somatischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert wurde.

Anders als im Jahr 2007 wurde nun eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Auch dies ist überzeugend, dauern doch die Schmerzklagen seit Jahren an. Indes zeigten die Gutachter auf, dass die geklagten Schmerzen nur zu einem kleinen Teil zu berücksichtigen seien, weil die sogenannten

Försterkriterien nicht erfüllt seien. Der Umschreibung der Beschwerdeführerin selbst ist zu entnehmen, dass sie selbst ihre Schmerzen als total invalidisierend erlebt, wohingegen die objektivierbaren Befunde marginal sind. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung leuchtet daher ein.

Gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 130 V 352 E. 2.2.2 f.) vermögen Leiden wie die somatoforme Schmerzstörung in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Leidensüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt voraus: das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angebar innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person.

Im vorliegenden Fall legten die Gutachter dar, dass keine Komorbidität von ausgeprägter Schwere vorliegt. Soweit die Gutachter die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ablehnen bzw. in Zweifel ziehen, dass eine solche jemals zu stellen gewesen sei, ist diese Darlegung bereits deshalb überzeugend, weil diese Diagnose gemäss ICD-10 voraussetzt, dass die Störung innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt. Der Hausarzt und die weiteren behandelnden Ärzte führten jedoch keine solche Ereignisse an. Die Notlandung ist lange her und die Beschwerdeführerin erholte sich danach wieder vollständig. Die beiden Auffahrunfälle sind offensichtlich nicht unter den Begriff des traumatisierenden Erlebnisses zu subsumieren. Der lange Verlauf der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden ist kein konstitutives Merkmal für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Davon abgesehen wirkt auch eine posttraumatische Belastungsstörung an sich nicht invalidisierend, sondern es muss dargelegt sein, inwiefern sie nicht durch zumutbare Willensanstrengung überwindbar sein soll (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_209/2011 vom 27. Mai 2011 E. 3.2 mit Hinweis). Die Angaben von Frau G. ___ bzw. Dr. K. ___ als deren Mentor sind mit Vorsicht zu würdigen. Frau G. ___ ist nicht Fachärztin für Psychiatrie und Dr. K. ___ hat die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht. Zudem ist nicht nur die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung, sondern auch jene einer schweren depressiven Episode und phobischer Angstzustände gegenüber Fahrzeugen nicht überzeugend. Frau G. ___ zeigte anhand der Angaben der Beschwerdeführerin, und nicht anhand des ICD-10 auf, weshalb sie diese Diagnosen erhob. Der

psychiatrische Gutachter, Dr. med. L. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, machte dagegen plausibel, dass eine phobische Angst vor Fahrzeugen nicht vorliegen kann, wenn die Beschwerdeführerin selbst noch regelmässig Auto fährt. Er widerlegte zudem, dass die Beschwerdeführerin im Alltagsleben und auch im Verlauf der Untersuchungen Anzeichen einer Depression krankhafter Natur zeigte und erhob seine Diagnosen anhand der im ICD-10 Code beschriebenen Merkmale (Urk. 7/142 / 39 f.). Es bestehen seit der letzten Bildgebung im Jahr 2012 körperliche Begleiterkrankungen leichten Ausmasses. Der Krankheitsverlauf ist zwar mehrjährig, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist jedoch nicht gegeben und einen nicht mehr angebaren innerseelischen Verlauf konnte Dr. L. ___ wegen der subjektiven Überzeugung der

Beschwerdeführerin, ihre Leiden seien ausschliesslich somatischer Natur, nicht feststellen. Zudem sind keine konsequent durchgeführten psychiatrischen

Behandlungsbemühungen

ersichtlich und somatische Therapieansätze sinnlos (Urk. 7/142 / 40). Ein primärer Krankheitsgewinn ist nicht ersichtlich. Das Ausmass der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30 % erscheint vor dem Hintergrund der Tatsachen als grosszügig, aber angemessen.

Die neuropsychologischen Tests und Berichte ändern nichts daran, dass mit Ausnahme der marginalen Veränderungen an der Wirbelsäule keine somatischen Leiden vorhanden sind. Zwar sind diese Beschwerden als neue gesundheitliche Beeinträchtigungen anzusehen, jedoch handelt es sich auch bei diesen nicht um organisch bedingte Beschwerden. Vielmehr hat die neuropsychologische Testung ergeben, dass gerade keine hirnorganischen Schäden auszumachen sind, und die Feststellung einer leichten kognitiven Beeinträchtigung macht das Beschwerdebild zwar fassbar,

ein eigentlicher organischer Befund liegt damit aber nicht vor. Dasselbe muss für die weiteren nicht-organischen Beschwerden wie Schwindel-, Lichtempfindlichkeit etc. gelten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute Bundesgericht] U 80/01 vom 11. Juli 2003 E. 3.2). Der Neurologe Dr. I. ___ gab zwar eine sehr hohe Arbeitsunfähigkeit an, jedoch stellte auch er bildgebend normale Verhältnisse fest. Aus seinem Bericht lässt sich kein anderer Schluss ziehen, als dass er die Beeinträchtigung vorwiegend in der ebenfalls nicht durchwegs objektivierbaren Schmerzsymptomatik und psychosozialen Belastungssituation sah. Er stützte sich denn auch vornehmlich auf die Angaben der Beschwerdeführerin und stellte bezüglich Einschränkung aus psychiatrischer Sicht Mutmassungen an. Ein fachärztliches Substrat für eine neurologische Beeinträchtigung liegt damit nicht vor.

Das Z. ___ - Gutachten erfüllt die Voraussetzungen des Bundesgerichts an beweiskräftige Gutachten. Gestützt auf das Z. ___ - Gutachten ist damit von einem seit den Unfällen in den Jahren 2009 und 2010 leicht verschlechterten Zustand auszugehen, welcher zu einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % führt, wobei zwei Drittel der Einschränkung auf somatische Ursachen zurückzuführen sind. 4.2

Soweit die Beschwerdeführerin bemängeln lässt, die Angaben im Gutachten betreffend Arbeitsunfähigkeit in den Jahren 2005 bis 2010 seien unstimmg (Urk. 1 S. 9), ist darauf hinzuweisen, dass in der Regel nicht auf die Angaben des Hausarztes abgestellt werden kann, weil dieser im Zweifelsfall zugunsten seiner Patientin vom bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell ausgeht und die Arbeitsunfähigkeit in der Regel höher veranschlagt als Fachärzte mit rein objektiver medizinischer Betrachtungsweise. Diese allein ist hier massgebend (Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, IVG, 2. Auflage, Zürich 2010, S. 22). Zudem zeigten die Gutachter nachvollziehbar auf, dass auf die Berichte der behandelnden Ärzte, insbesondere auch der Psychologin, nicht abgestellt werden kann, und dass bildgebend keine Ursachen für ein Leiden ersichtlich waren, weshalb sie zum Verlauf keine Angaben machen konnten (Urk. 7/142 / 42 f.). Eine weitere Abklärung des Verlaufs macht keinen Sinn, da nur mögliche Szenarien ermittelbar wären, was dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht genügt. Im Falle der Beweislosigkeit fällt der Entscheid zugunsten derjenigen Partei aus, die aus dem unbewiesenen gebliebenen

Sachverhalt Rechte ableiten wollte (vgl. BGE 121 V 208).

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % beziehe sich nicht auf die angestammte Tätigkeit als Geschäftsführerin der familieneigenen Reinigungsfirma, weil die Gutachter nicht über diese Bescheid gewusst hätten, sie sei nicht bloss verwalterisch tätig gewesen, sondern habe Besichtigungen durchführen und auf Gerüste steigen müssen sowie komplexe Aufgaben innegehabt, wie Marketingaufgaben und Erstellen komplexer Offerten und schwieriger Verträge, die Interpretation von Bauplänen sowie die Aufsicht über komplexe Suva-Sicherheitsnormen, und diese seien ihr nicht mehr möglich, ist die Beweislage klar. Für die von der Beschwerdeführerin geklagten kognitiven Beeinträchtigungen gibt es keine organische Grundlage, und aus psychiatrischer Sicht wurde eine leichte Einschränkung anerkannt.

Die Beschwerdeführerin machte selbst mehrfach Angaben zu ihrer angestammten Tätigkeit, weshalb auch hierzu eine Befragung der Familien- und Firmenmitglieder in antizipierter Beweiswürdigung und in Beachtung des Grundsatzes der Aussagen der ersten Stunde unterbleiben kann. Die Gutachter hielten zur angestammten Tätigkeit fest, die Beschwerdeführerin habe zusammen mit ihrem Ehemann im Jahr 1997 eine Reinigungsfirma gegründet und vorerst, neben anderen Beschäftigungen, 4 Stunden täglich als Reinigungskraft gearbeitet. 1999 bis 2000 sei sie zu 100 % in der eigenen Firma tätig gewesen. Ab Mai 2005 habe sie 50 % im Büro gearbeitet und dann auf 80

–

100 % gesteigert. Sie sei vor allem in der Administration tätig gewesen, habe aber auch Kundenkontakte gepflegt und Reinigungsarbeiten kontrolliert (Urk. 7/23 / 12). Gemäss eigenen Angaben leitete die Beschwerdeführerin bis zum Autounfall am 1. Juli 2009 die Firma ihres Mannes mit 20 Angestellten zu 100 % (Urk. 7/36 / 49).

Vor den Unfällen habe sie die Funktion als administrative Verwalterin im Reinigungsunternehmen ihres Mannes innegehabt (Urk.

7/136 / 5).

Von 1997 bis 2002 habe sie in der familieneigenen Reinigungsfirma als Putzfrau, und ab 2002 im administrativen Bereich und im Aussendienst gearbeitet (Urk. 7/142 / 37). Auch aus dem Arbeitgeberfragebogen ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin administrative und Aufsichtsfunktionen hatte (Urk. 7/15). Eine von der Beschwerdeführerin geforderte Fremdanamnese (Urk. 1 S. 11) oder eine Befragung ihrer Person (Urk.

1 S. 13) ist nicht zielführend, weil von der Befragung der Familie keine objektiven Tatsachen zu erwarten sind, weshalb davon abzusehen ist.

Es hat damit bei einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % für die angestammte Tätigkeit sein Bewenden. Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad in eben dieser Höhe, so dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch richtigerweise verneint hat. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen. 5.

Die Beschwerdeführerin beantragt die Abklärung beruflicher Massnahmen (Urk.

1 S. 13). Die Beschwerdegegnerin ist ihrer Eingliederungspflicht mit der Gewährung von Frühinterventionsmassnahmen in Form einer ergonomischen Anpassung des Arbeitsplatzes nachgekommen (Urk. 7/134). Die Beschwerdeführerin ist an ihrem angestammten

Arbeitsplatz bestens eingegliedert und es ist nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sie mit weiteren Massnahmen einen höheren als den heute möglichen Validenlohn in einem 70 % Pensum erzielen würde. Die Beschwerdegegnerin muss daher keine weiteren beruflichen Massnahmen prüfen, denn es gilt das Verhältnismässigkeitsprinzip, wonach nur Massnahmen zu gewähren sind, die geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder zu verbessern (Art. 8 Abs. 1 lit. a IVG). Die Beschwerde ist daher auch diesbezüglich abzuweisen.

Die Beschwerdeführerin kann, sollte sich ihr Zustand erheblich verschlechtern, jederzeit erneut einen Antrag um berufliche Massnahmen stellen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, 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. 96 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Matthias Horschik - 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 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, zuzu stellen.

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 Die Gerichtsschreiberin Grünig Noss

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