

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00570 vom 8. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00570

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00570 du 8 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00570 del 8 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1973, Mutter von zwei Kindern (Jahrgang 1992 und 1994), war zuletzt vom 2. Mai 2012 bis 31. Dezember 2013 als Reinigungsmitarbeiterin in einem Teilzeitpensum in der Firma des Ehemannes, der Y.____ GmbH, angestellt

(Urk. 6/18 Ziff. 2.1, Ziff.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; 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. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichtes 8C_616/2014 vom 25. Februar

2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November

2015 E. 3.2). Eine fachärztlich 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 unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichene Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.3

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).

E. 1.4

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 (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, die Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2010 (Beginn der einjährigen Wartefrist) in ihrer Arbeitstätigkeit als Reinigungsangestellte zu 20 % eingeschränkt sei, womit die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % während eines Jahres nicht erfüllt sei (S. 1). Im Rahmen des Einwandes seien keine neuen medizinischen Tatsachen geltend gemacht worden, und eine Veränderung seit der Begutachtung lasse sich daraus nicht ableiten. Auf das Gutachten könne abgestellt werden (S. 2).

E. 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, die Beschwerdegegnerin habe sich mit ihren Vorbringen zum Gutachten der B.____ nicht auseinandergesetzt, weshalb sie den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt habe (S.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. 3.

Vorab ist zur geltend gemachten Verletzung der Begründungspflicht respektive des rechtlichen Gehörs durch die Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass in der angefochtenen Verfügung vom 12. April 2016 (Urk. 2) tatsächlich nicht auf die Argumente der Beschwerdeführerin in ihrem Einwand vom 19. November 2015 (vgl. Urk. 6/46) eingegangen worden ist. Ob damit eine Verletzung des rechtlichen Gehörs gegeben ist, kann offen gelassen werden. Einerseits ging aus der angefochtenen Verfügung zumindest klar hervor, dass die Beschwerdegegnerin im nachgereichten Arztbericht keine Veränderung des Gesundheitszustands seit der Begutachtung sah, und andererseits konnte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 12. Mai 2016 (Urk. 1) bei voller Kognition des hiesigen Gerichts alle ihre Argumente vorbringen, womit eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Beschwerdegegnerin ohnehin als geheilt anzusehen ist. 4.4.1

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 31. Januar

2014 (Urk. 6/19) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Entwicklung, aktuell mittel schwere bis schwere Episode

(ICD-10 F32.1/F32.3) mit somatischen Symptomen, hypochondrischen Ängsten, psychotischen Symptomen und in der mit tiefer auftretenden dissoziativen und panikähnlichen Zuständen bei Differentialdiagnosen Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis; ICD-10 F20, dissoziative Störungen; ICD-10 F44

und Panikstörung; ICD-10 F41.0 bei 41-jähriger, einfach strukturierter Patientin aus dem Kosovo, Differentialdiagnose: leichte Intelligenzminderung; ICD-10 F70 (Ziff. 1.1).

Dr. C.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 12. Oktober 2010 bei ihm in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 16. Januar 2014 erfolgt.

Die Patientin sei aus psychiatrisch-therapeutischer Sicht für eine Arbeitsstelle auf dem freien Arbeitsmarkt voll arbeitsunfähig. Eine Änderung sei nicht in Sicht. Eine angepasste Tätigkeit unter geeigneten Bedingungen, zum Beispiel in einer geschützten Werkstatt, wäre theoretisch halbtags zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeits- beziehungsweise der Eingliederungsfähigkeit (Ziff. 1.6).

Die Patientin befinde sich seit dem 12. Oktober

2010 in ambulanter integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung inklusive Psychotherapie. Sie sei von ihrem Hausarzt Dr. D.____ zur ambulanten psychiatrischen Abklärung und Behandlung zugewiesen worden. Bis jetzt hätten 20 Konsultationen stattgefunden. Die Gespräche seien überwiegend psychoedukativ, stützend sowie ressourcenorientiert ausgerichtet.

Eine Psychotherapie im engeren Sinne sei wegen der einfach strukturierten Persönlichkeitsstruktur der Patientin (Differentialdiagnose: leichte Intelligenzminderung), ihren mangelnden Ressourcen, der mangelnden bis fehlenden Reflexions- und Introspektionsfähigkeit sowie Hilflosigkeit kaum durchführbar.

Das Krankheitsbild habe einen Verlauf mit instabiler Psychopathologie gezeigt. Es sei immer wieder zu Stimmungsschwankungen mit suizidalen Krisen, zur Zunahme von Ängsten, innerer Unruhe, Zittern am ganzen Körper, Antriebsverminderung, fehlender

Initiative, Zunahme von negativen Gedanken bezüglich ihrer gesundheitlichen Situation und zu einer fehlenden Tagesstruktur oder Beschäftigung gekommen.

Dr. C.____ führte aus, seine Bemühungen für die Patientin eine Tagesstruktur zu organisieren seien fehlgeschlagen. Am 28. März 2013 habe sie während einer Konsultation einen dissoziativen Zustand erlitten (Ziff. 1.5). 4.2.4.2.1

Am 8. Juni 2015 erstatteten

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Pneumologie, Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. H.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, sowie der Fallkoordinator Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, B.____, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 6/36). Die Gutachter stellten zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 lit . A) : - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (ICD-10 F44. 7) - Differenzialdiagnose: Leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F70.0)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter einen chronischen Spannungskopfschmerz, ein intermittierend leichtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, unspezifische Knieschmerzen rechts und eine Adipositas (S. 5 lit . B).

Aus somatischer Sicht sei die Patientin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft zu 100 % arbeitsfähig. Sie sei wegen der vorliegenden psychischen Störungen in der Arbeitsfähigkeit leicht eingeschränkt, wodurch es bei der Arbeit vor allem zu einer erhöhten Ermüdbarkeit und zu Konzentrationsstörungen kommen könne. Diese Einschränkungen führten bei einem ganztägigen Pensum zu einem vermehrten individuellen Pausenbedarf von 20 % (S. 13 lit . C). Gleiches gelte für die Arbeitsfähigkeit in leichten und mittelschweren Tätigkeiten (S. 13 lit . D).

Von dieser Arbeitsfähigkeit könne seit dem Beginn der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im Jahr 2010 ausgegangen werden, auch wenn die Explorandin zwischenzeitlich zu 100 % gearbeitet habe. Immerhin sei es doch immer wieder zu gesundheitlichen Absenzen gekommen, was auf die bereits damals eingeschränkte Arbeitsfähigkeit hinweise (S. 11 lit . A). Auf grund der strukturellen Veränderungen am unteren Rücken könne es unter länger andauernden schweren Tätigkeit, wie schwerem Heben von über 11 kg oder ständigem Bücken, verstärkt zu Problemen kommen, und eine Schmerzausweitung auf die übrige Wirbelsäule sei nicht auszuschliessen (S.

11 f. lit . B Ziff. 2).

Inkonsistenzen und Diskrepanzen hätten sich vor allem daraus ergeben, dass die Explorandin widersprüchliche Angaben gemacht beziehungsweise Fragen falsch beantwortet habe. Diskrepanz sei im Weiteren auch, dass sie sich trotz subjektiv starker Schmerzen als zu 100 % arbeitsfähig erachte oder mit der Familie im Auto in den Kosovo reisen könne (S. 10 unten). 4.2.2

Dr. E.____ führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten zum

psychiatrischen Befund aus, die Explorandin habe vor allem zu Beginn sehr abweisend, desinteressiert, auch etwas dysphorisch und missgestimmt gewirkt . Sie sei vor allen daran

interessiert gewesen, wieder eine ausserhäusliche Arbeit zu erhalten. Sie habe nach dem Gespräch gefragt, ob ihr nun eine Arbeit vermittelt werden könne und sei dann, ohne sich gross zu verabschieden, zur Tür hinausgegangen, um nach dem Neffen ausschauzuhalten. Überhaupt sei aufgefallen, dass sie widersprüchliche Angaben gemacht und selbst auf einfachste Fragen, zum Beispiel nach der Anzahl ihrer Kinder, falsche Antworten gegeben habe. Das Gespräch habe eine Stunde und zehn Minuten gedauert. Der affektive Kontakt sei erst allmählich herstellbar und die Stimmung depressiv gewesen. Sie habe mit fester Stimme gesprochen, und ihre Mimik und Gestik seien gekennzeichnet gewesen durch eine durchwegs vorhandene Schiefhaltung des Kopfes nach rechts und eine stielnde Bewegung mit den Fingern. Die affektive Modulation sei eingeschränkt gewesen. So sei die Beschwerdeführerin während des ganzen Gesprächs in einer indifferenten Haltung geblieben, indem sie vermittelt habe, inkompetent, hilfsbedürftig und geistig nicht richtig präsent zu sein, obschon sie dies nicht beklagt habe. Sie habe ausgeprägte Schmerzen im Bewegungsapparat, vor allem auch mit Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden, auch mit Sturzereignissen, anamnestisch aber auch mit Sehproblemen, angegeben.

Sie sei wach und bewusstseinsklar gewesen. Die Orientierung sei in allen Qualitäten nicht richtig beurteilbar gewesen, da sie Angaben gemacht habe, die so gewesen seien, als ob sie absichtlich falsche Antworten gegeben habe, indem sie zum Beispiel gesagt habe, sie sei erst 20 Jahre alt.

Sie habe auch gesagt, dass es Tag und Sommer sei, da es draussen hell sei (S. 45 f. lit. A).

Dr. E. ___ führte aus, die Beschwerdeführerin habe kognitiv einfach strukturiert gewirkt, mit einer einfachen Auffassungsgabe und intelligenzmässig im unteren Normbereich. Das Denken sei formal geordnet gewesen. Inhaltlich habe sie als Pseudohalluzinationen anmutendes Stimmenhören in der Nacht beschrieben, das sie aber nicht näher bezeichnen können. Es hätten leichte Konzentrationsstörungen bestanden. So habe manchmal nachgefragt werden müssen, bis sie eine richtige Antwort auf die gestellten Fragen geben können (S. 46 oben).

Eine testpsychologische Untersuchung habe aufgrund der sprachlichen Schwierigkeiten, aber auch aufgrund der inkonsistenten und widersprüchlichen Angaben der Explorandin, nicht durchgeführt werden können (S. 46 lit. B).

Bei der Explorandin bestehe diagnostisch eine leichte depressive Episode nach ICD-10, welche gekennzeichnet sei durch die Kriterien verminderter Freudeempfindungsfähigkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und Insuffizienzgedanken. Die Explorandin sei in der Schweiz schlecht integriert und spreche die deutsche Sprache praktisch nicht. Ausserdem sei sie Analphabetin und finanziell vom Ehemann beziehungsweise der Familie abhängig. Diese Belastungen seien deutlich ausgeprägt und könnten sich durch den dadurch hervorgerufenen unangenehmen Affekt auch in Beschwerden wie Schwindel, Sehstörungen und Sturzereignissen im Sinne einer dissoziativen Störung (Konversionsstörung) ausdrücken.

Als Differenzialdiagnose wäre allenfalls die Symptomausweitung zu prüfen, weil die Versicherte trotz subjektiv starken Beschwerden mit Schmerzen im Bewegungsapparat etwa Haushaltsarbeiten verrichte oder mit der Familie weite Reisen in die Heimat unternehme. Hierfür, wie auch für eine Simulation, sprächen auch die weiteren

Inkonsistenzen bezüglich ihrer Angaben (S. 47 Ziff. 2).

In Anbetracht der fehlenden Schulbildung und einer differenzialdiagnostisch ebenfalls in Betracht zu ziehenden leichten Intelligenzminderung bestünden nur geringe Coping-Möglichkeiten, um mit den Belastungen umgehen zu können.

Im Weiteren bestünden auffällige, unreife und histrionische (dramatisierende) Persönlichkeitszüge, die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 seien aber nicht erfüllt (S.

48 oben).

Der behandelnde Psychiater habe eine psychotische Symptomatik aufgeführt, die sie aber auch nicht genau beschreiben können. Bei der heutigen Untersuchung habe die Explorandin Stimmen hören in der Nacht angegeben. Diese Symptomatik imponiere deutlich als Pseudohalluzinationen.

Es fehlten hier zum Beispiel Angaben, um was für Stimmen es sich gehandelt habe, und es fehle ein zu den Halluzinationen gehörendes Wahnsystem (S. 48 Mitte). Auch die depressive Symptomatik sei nicht schwer ausgeprägt, da es bei einer schweren depressiven Episode nach ICD-10 vor allem auch zu einer deutlichen Appetitverminderung mit relevanter Gewichtsabnahme und zu einem deutlich verminderten Selbstwert mit Schuldgefühlen und negativen Zukunftsperspektiven komme, aber immer wieder auch zu akuter Suizidalität. Bei einer schweren depressiven Episode seien Tätigkeiten und Aktivitäten nicht mehr möglich. Vor allem Reisen seien dann nicht möglich. Die Explorandin verrichte aber durchaus auch Haushaltsarbeiten. Zudem seien ihr auch Reisen in ihre Heimat mit der Familie möglich.

Insgesamt ergebe sich das Bild einer Frau aus einem anderen Kulturkreis, die zusammen mit ihrem Ehemann eine Familie gegründet und Kinder großgezogen habe und nun in der Familie mitgetragen werde. Sie scheine nicht aus dem sozialen Rahmen hinauszufallen, was bei Menschen mit schweren psychischen Störungen oft der Fall sei (S. 48 f. unten). Dies sei bei den früheren ärztlichen Beurteilungen zu wenig beachtet worden. In diesem Sinne erfolge aktuell eine andere Beurteilung eines ähnlichen Gesundheitszustandes. Deshalb weiche die Beurteilung auch von den fachärztlichen Beurteilungen in den Akten ab (S. 49 oben).

Dr. E.____ führte aus, mit der Diagnose der dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) gemischt bestehe eine syndromale Diagnose, womit auch zu den Foerster-Kriterien Stellung genommen werden müsse. Von den Foerster-Kriterien sei einzig der Aspekt des chronischen Verlaufes hinreichend erfüllt (S. 49 Ziff. 3). 4.3

Dr. C.____ stellte in seinem Bericht vom 9. November

2015 (Urk. 6/45) folgende Diagnosen (S. 1): - depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.1) - Status nach schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) - leichte Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung und emotionalen sowie sozialen Schwierigkeiten (ICD-10 F70) - intermittierend auftretende dissoziative und panikähnliche Zustände bei Differenzialdiagnosen: Dissoziative Störungen; Konversionsstörungen

(ICD-10 F44), Differenzialdiagnose: Episodisch paroxysmale Angst/Panikstörung (ICD-10 F41.0), aktuell teilremittiert

Dr. C.____

fürhte aus, die letzte Konsultation sei am 29. Oktober 2015 erfolgt. Die Sitzungsfrequenz sei alle sechs Wochen. Es finde eine ambulante integrierte psychiatrische Behandlung mit einer medikamentösen Therapie mit Antidepressiva und einem Antipsychotikum statt.

Im Verlauf der Therapie sei es zur leichten Verbesserung des Zustandes der Beschwerdeführerin gekommen, und es bestünden zurzeit keine Anhaltspunkte für Wahnideen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder für akute Selbst- oder Fremdgefährdung. Abgeflachte Affekte, Selbstunsicherheit, Verschlussenheit, Antriebsverminderung, Passivität und Initiativemangel, Sprachverarmung, psychomotorische Verlangsamung, Lustlosigkeit und Energielosigkeit seien nach wie vor vorhanden (S. 1).

Weiter hielt Dr. C.____ fest, das Gespräch werde in der Muttersprache der Patientin geführt, und sie beantworte knapp die vom Referenten gestellten Fragen, meistens mit ja oder nein und gebe manchmal unlogische und falsche Antworten. So habe sie berichtet, ab und zu mit ihrer Mutter zu telefonieren, obwohl diese schon seit Mai letzten Jahres verstorben sei (S. 2 oben).

Die Patientin klagt über verschiedene Schmerzen und darüber, dass sie sich bedrückt und deprimiert fühle. Sie ziehe sich meistens zurück, und es störten sie alles und alle. Sie sei sehr gelangweilt zu Hause und würde gerne wieder eine auswärtige Arbeitsstelle annehmen. Laut Aussagen ihres Ehemannes und ihres Sohnes, welche die Patientin abwechslungsweise zum Referenten begeben würden, brauche sie konstant, auch im Haushalt, Hilfe, und sie müsse überall hin begleitet werden. Manchmal gehe sie alleine spazieren, verliere aber dabei den Weg und müsse von ihrer Familie aufgesucht werden. Sie sei nicht im Stande, irgendetwas selbständig zu machen. Sie sei nicht in der Lage, alleine einkaufen zu gehen oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu reisen (S. 2 Mitte).

Dr. C.____ führte aus, die Patientin sei aus psychiatrisch-therapeutischer Sicht für eine Arbeitsstelle auf dem freien Arbeitsmarkt voll arbeitsunfähig (S. 2 unten). Eine angepasste Tätigkeit unter geeigneten Bedingungen, in ruhiger, stressarmer und emotional wenig belastender Umgebung und unter Begleitung, wäre theoretisch bis halbtags zumutbar (S. 3 oben). 4.4

Am 12. Dezember 2016 erstattete Dr. Z.____ das gerichtlich veranlasste psychiatrische Gutachten (Urk. 13). Dr. Z.____ stellte folgende psychiatrischen Diagnosen (S. 17 Ziff. 5): - undifferenzierte Schizophrenie (ICD-10 F20.3), Differenzialdiagnose: Schizophrenes Residuum (ICD-10 F20.5) - dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) gemischt (ICD-10 F44.7) - rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtes depressives Zustandsbild (ICD-10 F33.0) - anamnestisch Verdacht auf Intelligenzminderung (ICD-10 F70)

Dr. Z.____ führte zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, aufgrund ihrer ausgeprägten psychiatrischen Symptomatik mit Denkstörungen, fraglichen Halluzinationen und teilweise bestehenden Wahngedanken, Desorganisation, affektiver Labilität, immer wieder auftretenden Dissoziationen und kognitiven Defiziten, sei sie weder in der Lage, selbständig einen Haushalt zu führen, geschweige denn eine Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erbringen. Im Grunde genommen bestehe bei der Beschwerdeführerin eine Hilflosigkeit, die sogar den Gedanken an eine mögliche Beistandschaft impliziere.

Wahrscheinlich nicht zuletzt aufgrund ihrer ausgeprägten Denkstörungen verbunden mit den fraglichen Halluzinationen scheint die Beschwerdeführerin weder in der Lage zu geregelten Denkabläufen zu sein, was dazu führe, dass sie weder zur Person noch zur Zeit und Situation hinreichend orientiert sei, noch scheint sie dadurch in der Lage zu geregelten Handlungsabläufen.

Insbesondere im Längsschnitt betrachtet hätten auch die immer wieder auf tretenden depressiven Krisen zu zusätzlichen Einschränkungen geführt. Eben so seien die dissoziativen Zustände, die, wie im Längsschnitt beobachtbar, bei einer hohen emotionalen Belastung auftraten, leistungsmindernd.

Unter der adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung habe inzwischen lediglich eine gewisse Stabilisierung der Gesamtsituation erreicht werden können. Die Einschränkungen seien langfristig und anhaltend. In absehbarer Zeit sei nicht damit zu rechnen, dass die Beschwerdeführerin wieder eine Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt erlangen werde (S.

21 Ziff. 7).

Dr. Z.____ hielt fest, aufgrund der Symptomatik der Versicherten sei eine geregelte Anamneseerhebung praktisch überhaupt nicht möglich gewesen. Trotz Übersetzung sei es nicht gelungen, mit ihr ein adäquates Gespräch zu führen, geschweige denn, Informationen zu den lebensgeschichtlichen Hintergründen zu bekommen. Diese hätten daher aus der Aktenlage, den Angaben des Ehemannes sowie des behandelnden Psychiaters entnommen werden müssen (S. 10 Ziff. 2).

Zum psychopathologischen Befund führte Dr. Z.____ aus, die Versicherte sei in Begleitung ihres Ehemannes zum Untersuchungstermin erschienen. Dieser sei allerdings bei der Untersuchung nicht anwesend gewesen, sondern erst später im Rahmen der Erhebung der Fremdanamnese hinzugeholt

worden (S. 14 Ziff. 3 oben).

Trotz Übersetzung in die Muttersprache sei eine Exploration der Beschwerdeführerin aufgrund der Symptomatik nicht annähernd möglich gewesen. Während der Untersuchung sei ihr Blick meistens schräg nach links oben gerichtet, und ein Blickkontakt sei praktisch nicht möglich gewesen. Immer wieder habe auch ein staunender Gesichtsausdruck imponiert, als hätte sie überhaupt nicht verstanden, was um sie herum passiere. Ein emotionaler Rapport sei praktisch nicht herstellbar und die Beschwerdeführerin sei zur Situation nicht hinreichend orientiert

gewesen (S.

E. 2.9

). Unter Hinweis auf seit etwa vier Jahren bestehende psychische Beschwerden meldete sich die Versicherte am 9. Januar 2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/11 Ziff. 6.2-3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte bei der

B.____, Medizinische Gutachten, ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 8. Juni 2015 erstattet wurde (Urk. 6/36).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/38; Urk. 6/39, Urk. 6/46) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. April 2016

einen Rentenan spruch (Urk. 6/49 = Urk. 2) . 2.

E. 7

f. Rz 19-23).

Sie sei schon seit mindestens Oktober 2010 in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungsangestellte aus somatischer und psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig , weshalb das Wartefahr erfüllt sei. Es habe sich bei ihrer ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft in der Baureinigung um eine schwere Tätigkeit gehandelt, was die Gutachter nicht berücksichtigt hätten (S. 9 f. Rz 26-33). Auf das Gutachten der B.____ könne aufgrund der näher dargelegten Gründe nicht abgestellt werden (S.

E. 12

ff. Rz 42-83).

E. 14

Ziff. 3 unten). Einmalig sei es zu einem dissoziativen Zustand gekommen. Sie sei erst nach wenigen Minuten wieder ansprechbar gewesen. Zweimal habe sie im Rahmen der Exploration versucht, sich eine Zigarette anzuzünden. Dieses Verhalten sei völlig inadäquat gewesen . Über lange Distanz habe sie neugierig beobachtend aus dem Fenster geschaut, obwohl dort gar nichts gewesen sei (S. 15 oben).

Zum Verlauf führte Dr. Z.____ aus, seit Oktober 2010 lägen ausführliche Befunde seitens des damals behandelnden Psychiaters Dr. C.____ vor, welche die Psychopathologie der Versicherten und die daraus resultierenden Einschränkungen deutlich belegten. Es sei davon auszugehen, dass bei der Versicherten seit 2010 keine relevante Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt bestehe (S. 26 f. Ziff. 6).

Dr. Z.____ hielt fest, aus ihrer Sicht handle es sich bei der Symptomatik der Versicherten um eine schizophrene Störung, die in charakteristischer Weise gekennzeichnet sei durch Störungen im Bereich des Denkens und der Wahrnehmung sowie inadäquater oder verflachter Affektivität. Aufgrund der Symptome von kommentierenden oder dialogischen Stimmen inklusive undeutlich ausgebildeten Wahngedanken, Denkstörungen mit Danebenrede, teilweise katatonen Symptomen wie Erregung, abwechselnd mit fast mutistisch-stuporösem Zustandsbild und negativen Symptomen wie Apathie, Sprachverarmung , verflachte n oder inadäquate n Affekte n , sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit und den grundlegenden Veränderungen wie Ziellosigkeit und Trägheit, und einer sich selbst verlorenen Haltung mit sozialem Rückzug, ergebe sich die Diagnose einer undifferenzierten Schizophrenie im Sinne von ICD-10 F20.3 (S. 17 f. Ziff. 5).

Bei der Beschwerdeführerin bestehe praktisch keine Krankheitseinsicht , was bei der Diagnose der schizophrenen Erkrankungen aber in den überwiegenden Fällen krankheitsimmanent sei und häufig eine Behandlungsschwierigkeit darstelle . Entsprechend seien auch die Aussagen der Beschwerdeführerin zu interpretieren, dass sie sich gesund fühle und eigentlich arbeiten wolle (S.

20 Mitte).

Die Beschreibungen vom behandelnden Psychiater und vom Ehemann deckten sich mit dem erhobenen Befund im Rahmen der Exploration. Aus Sicht der Referentin zeigten sich hier keinerlei Inkonsistenzen, und damit bestehe kein Verdacht auf Aggravation oder gar Simulation. Nebenbei sei anzumerken, dass die Simulation einer schizophrenen Erkrankung doch ein hohes Intelligenzniveau erfordere, um hier nicht quasi „Fehler“ zu machen. Dieses wäre beim Entwicklungsstand der Beschwerdeführerin ganz abgesehen davon nicht zu erwarten. Damit seien ihre Beschwerden und Einschränkungen als glaubhaft zu beurteilen und führten zu einer erheblichen Einschränkung der Funktionalität (S. 20 unten).

Was das psychiatrische Gutachten von Dr. E.____, B.____, vom 23. Oktober 2014 anbelange, sei auszuführen, dass die Anamnese sehr cursorisch wiedergegeben worden sei und er nie genauer nachgefragt habe. Im psychopathologischen Befund fänden sich immer wieder widersprüchliche und auch unkorrekte Angaben. So

sei beispielsweise angegeben worden, dass die Stimmung depressiv und die Versicherte nicht orientiert gewesen sei. Weiter seien eine Schiefhaltung des Kopfes, das Nesteln der Versicherten und die eingeschränkte Modulationsfähigkeit beschrieben worden, ohne dass dieses im Weiteren von Dr. E.____ kommentiert worden sei. Dr. Z.____ führte aus, ihrer Ansicht nach seien die Angaben der Versicherten und die Notizen von Dr. E.____, wie zum Beispiel dass sie erwarte, vom Gutachter eine Stelle vermittelt zu bekommen, ganz klar darauf hinweisend, dass sie zur Situation nicht orientiert gewesen sei (S. 23 f. Ziff. 9.3). Insgesamt sei der psychopathologische Befund wenig strukturiert, unvollständig und wenig nachvollziehbar (S. 24 oben). Es sei absolut nicht nachvollziehbar, wie die Versicherte in der Lage sein solle, ein 80%iges Arbeitspensum zu erledigen (S. 25 unten). 5.5.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in ihrer leistungsanspruchsverneinenden Verfügung auf das von ihr eingeholte Gutachten der B.____ vom Juni 2015 (vorstehend E.

4.2.1) und dabei insbesondere auf die psychiatrische Einschätzung von Dr. E.____ (vgl. vorstehend E. 4.2.2), welcher bei diagnostizierter leichter depressiver Episode (ICD-10 F32.0) und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) gemischt (ICD-10 F44.7) sowie der Differentialdiagnose einer leichten Intelligenzminderung (ICD-10 F70.0) von einer geringen Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 20% ausging (vgl. vorstehend E. 2.1). 5.2

Das Gutachten der B.____ vom Juni 2015, insbesondere das psychiatrische Teilgutachten von Dr. E.____, erfüllt

jedoch aus den nachfolgend dar gelegten Gründen die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. vorstehend E. 1.5) nicht.

So beschrieb jeder der Gutachter der B.____

nach der jeweiligen Untersuchung ein sehr auffälliges Verhalten der Beschwerdeführerin, die den Sinn der Begutachtung durchwegs nicht verstanden

zu haben schien

und im Glauben war, man würde ihr eine Arbeit vermitteln und wiederholt ausführte, sie sei gesund. Auch ging aus den Teilgutachten hervor, dass die Beschwerdeführerin teilweise widersprüchliche Angaben gemacht und Schwierigkeiten hatte, Fragen konkret zu beantworten (vgl. Urk. 6/36 S. 17 lit. B unten,

S. 20 Ziff. VII, S. 24 Mitte,
S. 27 lit . A und C, S. 28 lit . A , S. 35 Ziff. VII).

Der neurologische Gutachter

der B.____

berichtet e von einer deutlichen psychomotorischen Einschränkung und davon, dass die Versicherte inaktiv mit herunterhängenden Armen und hängendem Kopf dagesessen habe . Weiter führte er aus, dass sie nach der Untersuchung vergessen habe, die Schuhe anzuziehen und barfuss nach Hause gehen wollen (S. 36 oben). Auch die von Dr. E.____

beschriebenen Befunde weichen nicht wesentlich davon ab.

Er beschrieb eine durchwegs vorhandene Schiefhaltung des Kopfes und nestelnde Bewegungen mit den Fingern. Weiter führte er aus, die Beschwerdeführerin habe vermittelt, inkompetent, hilfsbedürftig und geistig nicht richtig präsent zu sein, obwohl sie dies nicht beklagt habe. Die Orientierung konnte Dr. E.____ nicht beurteilen, obwohl die Beschwerdeführerin unter anderem angegeben hatte, dass sie erst 20 Jahre alt sei . Eine testpsychologische Untersuchung konnte nicht durchgeführt werden.

Es erstaunt daher auch nicht, dass die Beschwerdeführerin auf Anfrage von Dr. E.____ eine all fällige psychotische Symptomatik nicht präzise hat beschreiben können . Auf ihre Äusserungen im Rahmen der von Dr. D.____ vorgenommenen Exploration, als sie ausführte, es sei ihr im Schlaf gesagt worden, dass man sie umbringen würde, wenn sie weiter erzählte, unter was sie leide (S. 21 lit . A), ging Dr. E.____ nicht ein.

In Anbetracht dieser in sämtlichen Teilgutachten dokumentierten Befundlage, erscheint die Diagnosestellung und damit auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch Dr. E.____ nicht nachvollziehbar und

sein Gutachten wird der gesamten Situation nicht gerecht . Insbesondere entsprechen seine beschriebenen Befunde

nicht den gestellten Diagnosen und eine plausible Begründung hierfür fehlt.

Da die vorliegenden Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. C.____ vom Januar 2014 und November 2015 (vgl. vorstehend E. 4.1 und E. 4.3) zwar auf eine massive psychische Problematik hingewiesen, er sich jedoch vor allem hinsichtlich der Diagnostik nicht vollends schlüssig zeigte, und seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin derart von jener der Gutachter der B.____ ,

aber auch von jener der Beschwerdeführerin selbst , welche sich als zu 100 % arbeitsfähig erachtete , abwich, musste zur Klärung ein Gerichtsgutachten bei Dr. Z.____

eingeholt werden (vgl. vorstehend E. 4.4). 5.3

Das gerichtlich eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____

vom Dezember 2016 (vorstehend E.

4.4) erfüllt indes die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E.

1.5), indem es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich

mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinandersetzt. Schliesslich wurde das Gutachten in Kenntnis der Vorakten und unter Einholung von fremdanamnestischen Angaben abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen der Expertin sind begründet. Für die Entscheidungsfindung kann daher darauf abgestellt werden.

Daran vermögen auch die Vorbringen der Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Stellungnahme zum Gutachten vom 13. Februar 2017 (vgl. Urk. 20) nichts zu ändern.

Soweit sie kritisiert, dass sich die Befunderhebung durch

Dr. Z.____ im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Ehemannes der Beschwerdeführerin sowie auf die Überlegungen des behandelnden Psychiaters Dr. C.____

stütze

(vgl. Urk. 20 Ziff. 1) , ist auszuführen, dass bereits aus den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. C.____ und auch aus dem Gutachten der B.____ deutlich hervorgeht, dass die

Kommunikation mit der Beschwerdeführerin und die Anamneseerhebung massiv erschwert und teilweise unmöglich waren. Dass Dr. Z.____ in Anbetracht der Gegebenheiten zusätzlich zu der eigenen Befunderhebung Angaben des Ehemannes und des behandelnden Psychiaters einholte , erweist sich als

erforderlich und angemessen. Die Untersuchung der Beschwerdeführerin hatte sodann ohne den Ehemann stattgefunden .

Der Kritikpunkt, dass Dr. J.____ die Diagnose Schizophrenie hauptsächlich aus der familiären Häufung abgeleitet habe (Urk. 20 Ziff. 1) , ist bei der vorgenommenen ausführlichen und nachvollziehbaren Herleitung der Diagnose unbegründet.

Ebenso ins Leere geht das Vorbringen der Beschwerdegegnerin , nicht relevante invaliditätsfremde Gründe verhinderten bei der Beschwerdeführerin eine adäquate Therapie und es könne daher nicht von einem therapeutisch nicht mehr angehbaren Leiden gesprochen werden (Urk. 20 S. 2 Ziff. 3 ; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_682/2016 vom 16. Februar 2017).

Verschiedentlich geht aus den Berichten des behandelnden Psychiaters und auch aus den Gutachten der B.____

hervor, dass eine Kommunikation mit der Beschwerdeführerin aufgrund der Symptomatik praktisch nicht möglich ist. Eine adäquate medikamentöse Therapie findet statt , unter welcher Dr. K.____ in seinem Bericht vom November 2015 (vgl. vorstehend E. 4.3) zumindest eine leichte Verbesserung des Zustandes verzeichnete . Bereits in seinem Bericht vom Januar 2014 begründete er jedoch ausführlich, weshalb eine Psychotherapie im engeren Sinne bei der Beschwerdeführerin kaum durchführbar sei (vgl. vorstehend E. 4.1).
5.4

Zusammenfassend ist damit gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ vom Dezember 2016 (vorstehend E.

4.4)

der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass die Beschwerdeführerin spätestens seit dem Jahr 2010 auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr

arbeitsfähig und auch nicht mehr in der Lage ist, selbständig einen Haushalt zu besorgen. 6 .
6 .1

Aufgrund des Gesagten besteht bei der Beschwerdeführerin auf dem ersten Arbeitsmarkt keine Arbeitsfähigkeit mehr und auch der Haushalt kann nicht mehr selbständig geführt werden . Demnach genügt für die Ermittlung des Invaliditätsgrades die Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen. Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad von 100 % und damit ein Anspruch auf eine ganze Rente. 6 .2

Zu prüfen bleibt der Zeitpunkt des Rentenbeginns. Gemäss Art. 28 Abs. 1 lit . b und c IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid im Sinne von Art. 8 ATSG sind. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG).
6 .3

Bei seit dem Jahr 2010 festgestellter vollständiger Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (vgl. vorstehend E.

5.4) ist vorliegend das Wartejahr ohne weiteres als erfüllt zu betrachten. Die Beschwerdeführerin meldete sich am 9. Januar

2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/11), weshalb sie per 1. Juli 2014 Anspruch auf eine Invalidenrente hat (vgl. vorstehend E. 6.2).

Die angefochtene Verfügung ist daher in Gutheissung der Beschwerde mit der Feststellung aufzuheben, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2014 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. 7 . 7 .1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7 .2

Die Kosten für das Gerichtsgutachten von Dr. Z.____ vom 12 . Dezember 2016 (Urk. 13) in Höhe von Fr. 4'800.-- (Urk. 14) sowie für die benötigte

Übersetzerin in der Höhe von Fr. 208.10 (Urk. 12) sind ebenfalls der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, war doch der medizinische Sachverhalt bei Verfügungserlass nur ungenügend erstellt. 7 .3

Nach Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende beschwerdeführende

Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Gemäss Honorarnote vom 15. Mai 2017 (Urk. 23) und Schreiben vom 15. Mai 2017 (Urk. 22) belief sich der Zeitaufwand von Rechtsanwalt Beat Wieduwilt für das gerichtliche Verfahren auf 12.5 Stunden, was als angemessen gilt. Dementsprechend ist die Prozessentschädigung ausgehend von einem praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 3'060 .-- (inklusive Spesenpauschale von 3 % und Mehrwertsteuer)

festzu setzen . Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 12 . April 2016 aufgehoben, und es wird fest gestellt, dass die Beschwerdeführer in ab dem 1. Juli 2014 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- und die Kosten für das Gerichtsgutachten in Höhe von Fr. 4'800.-- sowie für die Übersetzerin in der Höhe von Fr. 208.10 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'060.-- (inkl. Spesenpauschale und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Beat Wieduwilt - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage je einer Kopie von Urk. 12, Urk. 14, Urk. 22 und Urk. 23 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchucan

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