

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01227 vom 6. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01227

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01227 du 6 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01227 del 6 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

Die 1964 geborene X.____, gelernte Telefonistin, meldete sich am 22. Januar 2013 unter Hinweis auf psychische Überforderung, Depressionen, Burnout, Ängste ausgelöst durch Mobbing, Jobverlust, Rücken-/Kiefer- und Kopfschmerzen

zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 10/1).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen. Sie auferlegte der Versicherten am 18. März 2013 eine Schadenminderungspflicht im Sinne einer Alkoholabstinenz (Urk. 10/13). Mit Vorbescheid vom 2. August 2013 (Urk. 10/22) stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen diese am 23. August 2013 Einwand erhob (Urk. 10/23). Die Versicherte reichte am 18. Februar 2014 weitere Arztberichte bezüglich Innenohrschwerhörigkeit und Fuss-/Rückenbeschwerden ein (Urk. 10/30-31). Die IV-Stelle bot Integrationsmassnahmen in Form eines Belastbarkeitstrainings an (Urk. 10/34). Am 23. Juli 2014 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass aufgrund ihres Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 10/41).

Im Folgenden ordnete die IV-Stelle eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung an (Urk. 10/44;

Gutachten der Y.____ vom 21. Mai 2015, Urk. 10/62).

Am 10. September 2015 gab die IV-Stelle der Versicherten die Möglichkeit zur Stellungnahme zu den Abklärungen (Urk. 10/66).

Am 23. Dezember 2015 forderte die IV-Stelle die Versicherte zu einer stationären Entzugsbehandlung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes auf (Urk. 10/69), welche die Versicherte durchführte (Urk. 10/72).

Mit Verfügung vom 3. Oktober 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (Urk. 2).

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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

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

kommen den 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene falls 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 arbeits unfähig 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. 1.4

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 Vorak ten (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

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 1. November 2016 Beschwerde und beantragte sinngemäss die Zuspr e ch ung einer Invalidenrente (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2017 ersuchte die IV-Stelle um Abweisung der Beschwerde und verwies zur Begründung im Wesentlichen auf das polydis ziplin äre Gutachten (Urk. 9).

Von der Beschwerdeantwort wurde der Beschwer deführerin am 16. Januar 2017 Kenntnis gegeben (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Leistungsbegehrens damit, dass keine dauerhafte gesundheitliche Einschränkung der Erwerbsfähig keit ausgewiesen sei. Gemäss dem eingeholten Gutachten sei ab September 2012 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in einer angepass ten Tätigkeit auszugehen (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1) , sie leide seit 1997 an einer rezidivierenden depressiven Erkrankung und mul tiplen somatischen Diagnosen (Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen, Kieferschmerzen, Tumor im inneren Gehörgang ; S. 1). Sie habe die im Rahmen einer Schadenminderungspflicht auferlegte Behandlung in Form eines freiwilli gen stationären Alkoholentzugs absolviert und sei seit April 2016 abstinent. Nach ärztlicher Einschätzung leide sie an einer chronifizierten mittelgradigen depressiven Störung (F33.8) sowie einer anamnestisch dokumentierten Persön lichkeitsakzentuierung mit paranoiden und ängstlich-vermeidenden Anteilen. Hierbei handle es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (62.0). Begleitend leide sie unter chronischen somatischen Erkrankungen. Aus psychiatrischer Sicht liege der Verdacht einer Somatisierungsstörung nahe. Seit 2012 liege eine 100%ige Ar beitsunfähigkeit für den angestammten Bereich vor (S. 2). 3. 3.1

Dr. med. Z.____ , Spezialarzt FMH Innere Medizin, bestätigte am

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

Februar 2013 (Urk. 10/6) im Wesentlichen die bereits im Bericht der A.____ vom 4. August 2012 betreffend die Hospitalisation vom 1 6. Mai bis 2. August 2012 (Urk. 10/10) gestellten Diagnosen und nannte insbesondere : Rezidivie rende depressive Störung bei Verdacht auf komplexe Traumafolgestörung und (Status nach) sekundärer Alkoholabhängigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er chronische Kopf- und Rückenschmerzen . Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Büro/KV-Angestellte sei die Beschwerdefüh rerin ab 3. Januar 2012 bis auf Weiteres 100 % arbeitsunfähig. Eine angepasste Tätigkeit sei vorerst nicht möglich. 3.2

Seit 2 1. Dezember 2012 steht die Beschwerdeführerin in ambulanter psychiatri scher Therapie. Im Bericht der behandelnden Dr. phil. B.____ , klinisch e Psycho login, und Dr. med. C.____ , Oberärztin , vom D.____

der E.____ vom 8. März 2013 (Urk.

E. 10

/10) folgende Diagnosen mit Auswir kung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 2) : - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Verdacht auf Abhän gigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (F10.24) - Hypothyreose, substituiert - Adipositas - Allergien gegen Wespen- und Bienengift, Hunde- und Katzenepithelien, Gräser- und Baumpollen - Status nach Kieferoperation mit 30 Jahren bei angeborener Fehlentwick lung, danach Entwicklung einer Arthrose im linken Kiefergelenk

D ie behandelnden Fachleute hielten fest, die Beschwerdeführerin sei wach, be wusstseinsklar und zu allen Qualitäten voll orientiert. Im Kontakt könnten keine kognitiven Einschränkungen beobachtet werden. Formalgedanklich Grübeln, Gedankenkreisen. Antrieb und Psychomotorik seien vermindert. Es bestünden ausgeprägte Zukunftsängste vor

allem in Hinblick auf die gesundheitliche und finanzielle Situation. Es komme zu intermittierenden Panikattacken bei Anforderungen mit Schwitzen, Zittern, Herzrasen, flacher Atmung. Die Beschwerdeführerin habe leicht ausgeprägte soziale Phobien. Es bestünden keine Hinweise auf Sinnestäuschungen und wahnhaftes Erleben, ebenso könnten keine Ich-Störungen beobachtet werden. Sie sei im Affekt niedergestimmt mit verminderter Schwingungsfähigkeit, intermittierend parathym lächelnd beziehungsweise bagatellisierend. Die Patientin sei insgesamt sehr ängstlich-unsicher und schüchtern. Phasenweise komme es zu Lebensmüdigkeit ohne konkrete Suizidgedanken oder -absichten. Sie zeige selbstverletzendes Verhalten im Sinne von „Nägel abziehen, das weh tut“, früher auch „Ritzen und alte Wunden aufknubbeln“. Es bestehe keine Fremdgefährdung. Aktuell lägen keine Schlafstörungen vor, es bestehe ein gesteigerter Appetit mit Gewichtszunahme von 25 kg innerhalb von fünf Jahren bei vorbestehender Schilddrüsenunterfunktion. Die Patientin lebe sozial zurückgezogen (S. 3).

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Sekretärin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es bestehe durch die beschriebene Symptomatik eine deutliche Einschränkung der quantitativen und qualitativen Arbeitsfähigkeit. Die Einschränkungen wirkten sich in einer eingeschränkten Flexibilität, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit aus (S. 4).

Es wurden ein langsamer und schrittweiser Wiedereinstieg, zum Beispiel 30 %, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit

und die Weiterführung der psychiatrischen Behandlung inklusive Medikation empfohlen (S. 5). 3.3

Im Bericht vom 2. Mai 2013 (Urk. 10/14) ergänzten

Dr. phil. B.____ und Dr. C.____, dass bei der Beschwerdeführerin eine schwere Angst- und depressive Symptomatik vorliege, die es ihr erschwere, ihre Wohnung zu verlassen und externe Termine wahrzunehmen. Mit Hilfe von Bier (zwei Mal pro Woche eine Flasche Bier) versuche sie, sich von ihren unangenehmen Gedanken (Suizid, Geldsorgen, Wohnungssuche) und den damit verbundenen dysphorischen Gefühlen abzulenken, die Wohnung zu verlassen oder sie psychosoziale Spitex in ihre Wohnung herein zu lassen.

Mit Blick auf die von der Beschwerdegegnerin auferlegte Schadenminderungspflicht legten sie dar, einer medikamentösen Behandlung schienen enge Grenzen gesetzt zu sein. Dr. Z.____ habe seit 1989 verschiedene Antidepressiva ohne zufriedenstellenden Erfolg eingesetzt. Die Beschwerdeführerin sei auch nicht gruppenfähig und daher in einer AA-Gruppe überfordert. 3.4

Im Bericht vom 8. April 2014 (Urk. 10/32) stellte Prof. Dr. med. F.____, Abteilungsleiter der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie vom G.____, die Diagnose eines Tumors im Fundus des inneren Gehörgangs links, 2 mm, Differenzialdiagnose Schwannom, Meningeom, Erstdiagnose 2010, leicht grössenprogredient. Aufgrund der Grösse des Tumors könne mit einer Behandlung zugewartet werden. 3.5

Im polydisziplinären Gutachten der Y.____

vom 21. Mai 2015 (Urk. 10/62) wurden folgende Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 31): - Tumor im Fundus des inneren Gehörgangs links (DD: Schwannom, Meningeom), Erstdiagnose 2010, mit Innenschwerhörigkeit links - Rezidivierende depressive Störung, beginnend chronifiziert in leichter bis mittelgradiger Ausprägung (ICD-10: F33.8)

Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit er wählten die Gutachter : - chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp - Verdacht auf Kopfschmerzen bei Analgetika-Übergebrauch - Status nach episodischer Migräne ohne Aura ab 20. Lebensjahr (anamnestisch letztmalig 2010) - chronische Rückenschmerzen mit akuter thorakolumbalen Exazerbation im September 2014 - Status nach Ulnaris-Neuropathie in Höhe des Ellenbogens links (Mai bis Juli 2013) - Verdacht auf Meralgia paraesthetica links - Status nach Kieferoperation im 30. Lebensjahr bei angeborener Fehlbildung - psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Alkoholabhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F10.25) - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10: Z73.1) - Hypothyreose - Dyslipidämie - hyperaktive Harnblase mit Detrusorhyperaktivität und Harninkontinenz - Nach Aktenlage: Allergien gegen Wespen- und Bienengift, Hunde- und Katzenepithelien, Gräser- und Baumpollen - Unverträglichkeiten: u.a. Seroquel, Zoloft, Trittico, Proxen, Cymbalta, Fluctine, Eflexor

Aus allgemein-internistischer Sicht hätten sich keine Erkrankungen von Relevanz und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gefunden. Die festgestellte Leukozytose sei eher als Folge des Nikotinkonsums zu interpretieren, eine Therapie der bestehenden Hypothyreose wäre empfehlenswert. Eventuell könne sich auch die depressive Symptomatik etwas positiv beeinflussen lassen. Im Lipidstatus sei eine ungenügende Senkung des LDL-Wertes festgestellt worden, weshalb ein Wechsel auf etwas potentere Lipidsenker, wie zum Beispiel Crestor, zu empfehlen sei. Eine strenge Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren, Nikotinstopp und vermehrte körperliche Ertüchtigung wären ebenfalls sehr sinnvoll

(S. 32 f.).

Klinisch-neurologisch zeigten sich keine Paresen, Sensibilitäts- oder Koordinationsstörungen und keine Anzeichen für eine Dermatome- oder Myotom-spezifische Radikulopathie. Bei chronischen Rückenschmerzen mit akuter thorakolumbalen Exazerbation im September 2014 habe

sich im MRI eine frische stabile Deckplattenimpressionsfraktur BWK 12 ohne ventrale oder dorsale Höhenminderung und eine kleine paramedian linksseitige Diskushernie L4/5 ohne Nervenwurzelkontakt (bei Angabe von einschneidenden Schmerzen unter Belastung an der rechten unteren Extremität) gefunden. Die Beschwerden am linken Oberschenkel liessen am ehesten an eine Meralgia

paraesthetica links denken. Nennenswert seien die druckdolenten muskulären Verspannungen im Nacken- und Schultergürtelbereich linksbetont sowie die linksseitige Hörminderung (bei Tumor im Fundus des inneren Gehörganges links, Erstdiagnose 2010).

Gemäss den anamnestischen Angaben würden die Diagnostischen Kriterien der International Headache Society (IHS) für chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp ausreichend erfüllt. Zusätzlich müsse der Verdacht auf Kopfschmerzen bei Analgetika-Übergebrauch gestellt werden bei täglicher Schmerzmittelinnahme (Arcoxia). Die Diagnose liesse sich erst nach einem erfolgreich durchgeführten Analgetika-Entzug bestätigen.

Bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung habe eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik mit Stimmungsschwankungen, teilweise leichter

Antriebsminderung, leichten Konzentrationsstörungen, gewissen Versagensängsten und leichter Selbstwertminderung festgestellt werden können.

Diagnostisch sei von einer beginnend chronifizierten depressiven Störung in leichter bis mittelgradiger Ausprägung im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung auf dem Boden von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen und emotional instabilen Anteilen auszugehen. Die geschilderte unspezifische Schmerzstörung habe aktuell nicht verifiziert werden können. Zu dem bestehe ein fortgesetzter schädlicher Gebrauch von Alkohol und Nikotin.

Weitere psychische Störungen, eine Erkrankung des schizophrenen Formenkreises, eine bipolare affektive Störung, eine manifeste Persönlichkeitsstörung, eine demenzielle oder hirnorganische Entwicklung oder andere psychische Störungen hätten anhand der aktuell erhobenen und geschilderten psychischen Befunde und anamnestischen Auskünften nicht festgestellt werden können (S. 33).

Der Psychiater erachtete eine Optimierung der antidepressiven Behandlung, nämlich der Medikation, für möglich (S. 21 und S. 23). Die Suchtproblematik sei als Alkoholabhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch nach der ICD-10 zu klassifizieren. Es handle sich hier nach dem IVG um einen sekundären Suchttyp ohne Folgeerkrankungen. Durch die Suchtproblematik bestehe kein Einfluss beziehungsweise keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 33).

Zur Arbeitsfähigkeit legten die Gutachter dar, aus allgemein-internistischer Sicht ergäben sich keine Einschränkungen der Leistungsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Von rein neurologischer Seite ergebe sich in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin im Geschäftsleitungssekretariat (u.a. Finanzen, Personal, Marketing) aufgrund des intermittierenden Schwindels und der Hörminderung als Fähigkeitsstörung eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bezogen auf ein Pensum von 100 %. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von etwa 30 %, bezogen auf ein volles Arbeitspensum bei einer Leistungsminderung von 30 %, bedingt durch die Notwendigkeit von vermehrten Pausen.

Polydisziplinär seien die psychiatrische und die neurologische Beurteilung führend. Die Arbeitsfähigkeit betrage 70 % bezogen auf ein Pensum von 100 %, und zwar seit Mitte August 2012

(mithin seit Austritt aus der A. ___ ; S. 34). In einer dem umschriebenen Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aus rein neurologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig anzusehen. In adaptierten Tätigkeiten bestehe aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von etwa 30 %, bezogen auf ein volles Arbeitspensum bei einer Leistungsminderung von etwa 30 %, bedingt durch die Notwendigkeit von vermehrten Pausen (S. 35).

Das lange Stehen und Tragen von schweren Gegenständen beim Gehen und Stehen soll laut den Gutachtern vermieden werden. Arbeiten mit Beanspruchung einer räumlichen akustischen Wahrnehmung seien beeinträchtigt. Arbeit auf Leitern, Dächern, Gerüsten oder steilen Treppen müssten vermieden werden. Eine sitzende Tätigkeit am Schreibtisch sei aus rein neurologischer Sicht vertretbar, dabei sollte jedoch aufgrund der Rückenschmerzen eine wechselbelastende Tätigkeit ermöglicht werden. Bei chronischen Kopfschmerzen sei auf flexible und ausreichende Pausen zu achten. Beim Telefonieren sollten sich aufgrund

des ausreichend funktionsfähigen rechten Ohres keine Einschränkungen ergeben. Nacht- und Schichtarbeit sollten vermieden werden sowie Lärm-reiche und grell beleuchtete Arbeitsplätze.

Als zumutbar erachteten die Gutachter unter anderem Tätigkeiten, die keine speziell erhöhten Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz, die emotionale Belastbarkeit, die Konzentrationsfähigkeit oder die sozialen Kompetenzen stellen. Die angestammte Tätigkeit als KV- Angestellte oder Sekretärin erscheine aus rein psychiatrischer Sicht als leidensadaptierte Tätigkeit (S. 35). 3.6

Im Austrittsbericht vom 11. Mai 2016 der E. ___ (Urk. 10/72) , wo die Beschwerdeführerin vom 22. März bis 11. April 2016 hospitalisiert war, stellten Dr. med. H. ___ , Assistenzärztin, und med. pract . Dipl.-Psych. I. ___ , Oberarzt, folgende Diagnosen: - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (F10.2) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) - Verdacht auf soziale Phobie , Differenzialdiagnose Angststörung , Differenzialdiagnose Posttraumatische Belastungsstörung (F40.1) - Aktenanamnestisch Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0) - Allergien gegen Wespen- und Bienengift, Hunde- und Katzenhaare, Gräser- und Baumpollen - Arthrose im linken Kiefergelenk (Status nach Operation im 30. Lebensjahr)

Sie hielten fest, die Beschwerdeführerin sei im Kontakt freundlich und zugewandt, jedoch teils parathym lächelnd. Das Nachdenken über sich selbst falle ihr schwer, sie bilde unvollständige Sätze, bleibe inhaltlich vage. Die Psychomotorik sei regelrecht. Es bestünden keine offensichtlichen oder subjektiven Störungen von Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und der mnestischen Funktionen. Die Intelligenz werde ohne spezifische Testung als im Normbereich liegend geschätzt. Im formalen Gedankengang sei sie geordnet und kohärent, es bestehe kein Anhalt für inhaltliche Denkstörungen, Sinnes täuschungen oder Ich-Störungen. Sie werde affektiv als eutym erlebt und subjektiv als depressiv beschrieben. Sie sei gut schwingungsfähig, der Antrieb sei vermindert. Es bestünden Zukunftsängste, vor allem in Anbetracht der gesundheitlichen und finanziellen Situation; intermittierend Panikattacken bei Anforderungen mit Schwitzen, Zittern, Herzrasen, flacher Atmung; es gebe Anhaltspunkte für soziale Phobie. Zwänge könnten nicht eruiert werden. Essstörungen würden verneint, der Appetit sei gesteigert (fraglich durch CipraleX). Sie habe Schlafstörungen in Form von Ein- und Durchschlafstörungen. Es gebe Somatisierungstendenzen und starke Fixierung auf körperliche Beschwerden. Es bestehe kein Anhalt für Fremdgefährdung. Früher habe es selbstverletzendes Verhalten gegeben im Sinne von „Nägel abziehen, so dass es weh tut“, Auch „Ritzen“ sei vorbeschrieben. Suizidgedanken oder passive Todeswünsche bestünden intermittierend und würden jedoch aktuell glaubhaft verneint. Von Suizidalität habe sie sich glaubhaft und nachdrücklich distanziert (wegen Glauben). Diesbezüglich sei sie klar absprache- und bündnisfähig. 4. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der Y. ___ vom 21. Mai 2015 (E. 3.5) beruht auf den erforderlichen internistischen, psychiatrischen, neuropsychologischen und neurologischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt (S. 2 ff.). Das Gutachten berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen und ihrem Verhalten umfassend auseinander. Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise

begründet. Es erfüllt daher die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.5). 4.2

Aus dem Gutachten geht in somatischer Hinsicht hervor, dass die Beschwerdeführerin in Folge des Tumors im linken Innenohr an Schwindel und an einer Hörminderung leidet, weswegen die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit um 20 % eingeschränkt ist. Davon ist auszugehen, zumal sich der behandelnde Prof. Dr. F. ___ zur Arbeitsfähigkeit gar nicht äusserte (E. 3.4).

In Bezug auf die Rückenschmerzen wiesen die Gutachter auf die fehlende Radiokulopathie und eine Exazerbation im September 2014 hin, als sich im nicht akuten kundigen, aber im Gutachten zitierten MRI (vgl. Urk. 10/62/10) eine frische stabile Deckplattenimpressionsfraktur und eine kleine Diskushernie ohne Nervenwurzelkontakt zeigten. Im Zeitpunkt der Begutachtung erhoben sie nurmehr Beschwerden am linken Oberschenkel und Verspannungen im Nacken- und Schultergürtelbereich (E. 3.5). Dass diese Leiden die bisherige, körperlich nicht besonders belastende Tätigkeit im kaufmännischen Bereich nicht massgeblich beeinträchtigen, erscheint nachvollziehbar.

Anders schätzten dies die behandelnden Fachleute vom D. ___ ein. Nach ihren Angaben haben sämtliche von ihnen gestellten Diagnosen (E. 3.2) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, wobei sie diese Beurteilung nicht begründeten. Zudem nannten sie teilweise schon seit Jahren bestehende Leiden wie (Tier-)Allergien oder seit dem 30. Lebensjahr bestehende Kieferprobleme; inwiefern diese somatischen Beschwerden die bisherige Tätigkeit im kaufmännischen Bereich nunmehr beeinträchtigen sollten, ist nicht ersichtlich. Auch aufgrund der fehlenden Qualifikation in somatischer Hinsicht vermag die Einschätzung der Fachleute des Ambulatoriums die Beurteilung der gutachterlichen Fachärzte nicht zu entkräften.

Dr. Z. ___ (E. 3.1) begründete die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht mit somatischen, sondern psychischen Beschwerden beziehungsweise Alkoholabhängigkeit, was im Folgenden zu beleuchten sein wird.

Damit ist in somatischer Hinsicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % erstellt. 4.3

4.3.1

Gemäss den Gutachtern liegt aus psychiatrischer Sicht eine beginnende chronifizierte depressive Störung in leichter bis mittelgradiger Ausprägung im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung auf dem Boden von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen und emotional instabilen Anteilen vor. Weitere psychische Störungen konnten nicht festgestellt werden. 4.3.2

Aufgrund der von den Gutachtern beschriebenen Befunde erscheint die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen Depression nachvollziehbar. Dies gilt umso mehr, als die behandelnden Fachleute ihrerseits ein depressives Geschehen von mittelgradiger Schwere diagnostizierten (vgl. E. 3.2-3 und E. 3.6 sowie Urk. 1 S. 2 oben). 4.3.3

Laut bundesgerichtlichen Praxis sind leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1, 9C_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.4, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E. 4.3.2.1, 9C_250/2012 vom

29. November 2012 E. 5, 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013). Daran hat BGE 141 V 281 nichts geändert (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, ein zig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlichen Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Dabei stellt das Bundesgericht sowohl an die Langjährigkeit (verneint im vorgenannten Urteil 9C_892/2015 bei einer Therapiedauer von weniger als anderthalb Jahren) als auch an die Intensität der Therapiebemühungen (vgl. etwa das vorgenannte Urteil 9C_454/2013 E. 4.1) hohe Anforderungen. 4.3. 4

Die Beschwerdeführerin durchlief im Anschluss an eine sechsmonatige ambulante Behandlung in der J.____ offenbar einen Alkoholzug in der K.____ (5. 21. März 2012; vgl. Urk. 10/14). Gemäss Bericht der A.____ vom 4. August 2012 (Urk. 10/10) war die Beschwerdeführerin vom 16. Mai bis 3. Juli 2012 und vom 5. Juli bis 2. August 2012 bei ihnen hospitalisiert. Es ist davon auszugehen, dass sie zuvor keine längere ambulante Psychotherapie durchgeführt, sondern Suchtberatungsstellen aufgesucht hat.

Ab 21. Dezember 2012 war die Beschwerdeführerin in regelmässiger ambulanter psychiatrischer Behandlung im D.____ der E.____ mit supportiven Einzelgesprächen und medikamentöser Therapie (Urk. 10/11). Die Sitzungen finden laut (nicht aktenkundigem) Bericht der Dr. phil. B.____ vom 17. Januar 2014 alle drei Wochen im Einzelsetting statt (vgl. Urk. 10/62 S. 9), was unbestritten blieb. Vom 22. März bis 1. April 2016 war die Beschwerdeführerin in der E.____ in stationärer Behandlung (Urk. 10/72), dies in Nachachtung zum von der Beschwerdegegnerin am 23. Dezember 2015 geforderten Alkohol- und Analgetikaentzug (Urk. 10/69).

Das Bundesgericht beurteilt eine Therapiesitzung alle zwei Wochen nicht als konsequente Behandlung (Urteil des Bundesgerichtes 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013

E. 4.1). Da vorliegend nur alle drei Wochen eine Therapiesitzung stattfand und die Beschwerdeführerin der begleitenden Alkoholsucht - welche die Effektivität einer psychotherapeutischer Behandlung erschwerte (Urk. 10/62/12 oben) - nicht mit anhaltender Abstinenz entgegen trat, kann nicht von einer konsequenten Depressionsbehandlung gesprochen werden, die letztlich infolge Resistenz der Krankheit als gescheitert betrachtet werden müsste. Zudem befolgte die Beschwerdeführerin die Medikation nicht konsequent,

sondern erhöhte sie „in Eigenregie“ (Urk. 10/72/2). Darüber hinaus er achtete der begutachtende Psychiater die Therapieoptionen der Medikation noch nicht für ausgeschöpft (E. 3.5 hiev or), so dass in Bezug auf die depressive Stö rung nicht von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen ist. 4.3. 5

Die Gutachter schlossen anhand der erhobenen Befunde und den anamnesti schen Auskünften weitere psychische Störungen, namentlich eine eigenständige Schmerzstörung, aus (Urk. 10/62 S. 21). Den übrigen Akten lässt sich nichts Abweichendes entnehmen und auch die Rechtsvertreterinnen sprachen lediglich von einem Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (Urk. 1 S. 2), was nicht ge eignet ist, Zweifel an der gutachterlichen Schlussfolgerung zu erwecken.

Die Gutachter erwähnten im Weiteren akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1; Urk. 10/62 S. 21). Die behandelnde Psychiaterin postulierte in der Be schwerde hingegen, die Beschwerdeführerin leide auch an einer anamnestisch dokumentierten Persönlichkeitsakzentuierung mit paranoiden und ängstlich-vermeidenden Anteilen. Dabei handle es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), die sie in den in der Jugend erlebten mehrmaligen sexuellen Miss brauchserfahrungen durch den Bruder und eine Parentifizierung durch die Mutter erblickt. Begleitend leide sie unter chronischen somatischen Erkrankun gen. Aus psychiatrischer Sicht liege der Verdacht einer Somatisierungsstörung nahe (Urk. 1 S. 2).

Die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung wurde durch die behandelnden Ärzte erstmals mit der Beschwerdeschrift gestellt, während die weiteren befassten Fachleute der E.____ die Verhaltensstörung im Zusammen hang mit Alkohol erwähnten (E. 3.2, E. 3.6). Die Ärzte, welche die Beschwerde führerin im Verfahren vertreten, äusserten sich nicht zu dieser Diskrepanz, wes halb ihrer Beurteilung nicht gefolgt werden kann. Im Weiteren waren sie sich ihrer Einschätzung auch nicht sicher, wiesen sie doch selbst darauf hin, es handle sich „mit grosser Wahrscheinlichkeit“ um eine andauernde Persönlich keit nach Extrembelastung. Das gilt auch in Bezug auf die Somatisierungsstö rung, die sie lediglich als Verdachtsdiagnose stellten. Im Übrigen ist in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt bei Vorbringen im Rahmen einer Rechtsvertretung umso mehr, weshalb ihre Darstellung als blosser Parteiaussage zu betrachten ist, wel che nicht geeignet ist, Zweifel am Gutachten zu erwecken.

Hinsichtlich der von den Gutachtern diagnostizierten akzentuierten Persönlich keitszügen (ICD-10 Z73.0) ist zudem festzuhalten, dass diese rechtsprechungs gemäss keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden darstellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_645/2015 vom 3. Februar 2016 E. 4.1 mit Hinweis auf 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 mit weiteren Hinweisen). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Gutachter diesen keinen Einfluss auf die Ar beitsfähigkeit zuschrieben. 4. 3. 6

Beim diagnostizierten Alkoholabhängigkeitssyndrom handelt es sich gemäss den Gutachtern um einen sekundären Suchttyp ohne Folgeerkrankungen und ohne Einfluss auf die Leistungsfähigkeit (Urk. 10/62 S. 33) . Nach Lage der Ak ten entwickelte die Beschwerdeführerin spätestens seit 1999 eine Alkohol - prob lematik . Nach eigenen

Angaben hat sie von 1999 bis 2000 sehr viel Alkohol getrunken, danach habe sie den Konsum reduziert. Anfang 2012 absolvierte sie eine stationäre dreiwöchige Entgiftungsbehandlung, um anschliessend eine stationäre psychotherapeutische Behandlung bis August 2012 antreten zu können (Urk. 10/62 S. 16). Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin wurde sie bald nach dem Austritt rückfällig. Aktuell (im Zeitpunkt des Gutachtens) trinke sie etwa einen halben Liter Wein oder einen Liter Bier pro Tag (Urk. 10/62 S. 20).

Alkoholismus begründet nach ständiger Rechtsprechung keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c; AHI 2002 S. 30, I 454/99 E. 2a). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausserordentlich schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_906/2013 vom 23. Mai 2014 E. 2.2 und 9C_701/2012 vom 10. April 2013 E. 2 mit Hinweisen sowie 9C_706/2012 vom 1. Juli 2013 E. 3.2 mit Hinweis auf I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2).

Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht ist im Zusammenhang mit der Alkoholsucht festzuhalten, dass keine Anzeichen dafür bestehen, dass eine schwere Gesundheitsstörung die Alkoholsucht (mit-)verursachte. Zwar sind aktuell eine depressive Erkrankung und eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, aber die Alkoholsucht bestand bereits früher, seit mindestens 1999. Ausserdem kommen diesen psychischen Beeinträchtigungen nach dem Gesagten nicht der erforderliche Krankheitswert im Sinne einer Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu.

Sie sind auch nicht von derartiger Schwere, dass sie als (Teil-)Ursache der Alkoholsucht zu betrachten wären. Zudem war die Beschwerdeführerin trotz der Alkoholproblematik in der Lage, durchaus massgebliche

Einkommen zu erzielen (Urk. 10/9/2-4). Die Alkoholsucht vermag keine Invalidität zu begründen; insofern ist den Gutachtern beizupflichten, die zum Schluss gelangt sind, dass die Alkoholproblematik keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt. 4.4

Die Gutachter bescheinigten aus somatischer Sicht infolge des intermittierenden Schwindels und der Hörminderung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin im Sekretariat eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % und aus rein psychiatrischer Sicht eine solche

von 30 % (E. 3.5). Nach dem Gesagten haben in des die psychiatrischen Einschränkungen aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht ausser Acht zu bleiben, so dass es bei der somatisch begründeten Einschränkung von 20 % sein Bewenden hat. 4.5

Da die bisherige Tätigkeit im Umfang von 80 % weiterhin zumutbar ist, ergibt sich kein Erwerbsausfall von mindestens 40 % (E. 1.2) ergibt. Damit erübrigen sich auch Weiterungen hinsichtlich der im Gutachten aus somatischer Sicht at testierten uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten. Der Ren tenanspruch ist so oder anders zu verneinen, was zur Abweisung der Be schwerde führt.

5 . 5 . 1

Gemäss Art. 57a Abs. 1 des Bun des gesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) teilt die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen Endentscheid über ein Leistungsbegehren oder den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung mittels Vorbescheid mit.

Die Parteien können innerhalb einer Frist von 30 Tagen bei der IV-Stelle münd lich oder schriftlich Einwände zum Vorbescheid vorbringen (Art. 73ter Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]). Her nach entscheidet die IV-Stelle mittels Verfügung, wobei sie sich darin mit den für den Beschluss relevanten Einwänden der Parteien auseinanderzusetzen hat (Art. 74 Abs. 1 und 2 IVV). 5 . 2

Zu Handen der Beschwerde gegnerin bleibt mit Blick auf das Verwaltungs - verfahren Folgendes festzuhalten: Im vorliegenden Fall erliess die IV-Stelle am 2. August 2013 (Urk. 10/22) einen ablehnenden Vorbescheid. In der Folge tätigte sie weitere Abklärungen und veranlasste eine polydisziplinäre medizinische Untersuc hung (Urk. 10/44, Urk. 10/62). Eine derartige Sachver haltsvervollständigung ist so wesentlich, dass de r Beschwerdeführer in zur rechtsgenügenden Gewährung des

rechtlichen Gehörs vor Erlass der angefoch tenen Verfügung mit einem neuen Vorbescheid hätte mitgeteilt werden müssen, wie die Beschwerdegegnerin anhand der ergänzenden Abklärungen zu entschei den gedenkt.

Die IV-Stelle gab der Beschwerdeführerin zwar Gelegenheit zur erneuten Stellungnahme , doch erlie ss sie keinen neuen Vorbescheid und ver wehrte der Beschwerdeführerin eine Klärung der Sach- und Rechtsfragen im Verwaltungsverfahren.

Jedoch hatte die Beschwerdeführerin die Gelegenheit , sich vor einer Instanz äussern zu können , welche sowohl Tat- als auch Rechtsfragen uneingeschränkt überprüft. Vorliegend ist von einer Rückweisung der Sache aus prozessökono mischen Gründen abzusehen, zumal

die Hörverletzung nicht gerügt wurde und daher ihr Interesse an einer beförderlichen Beurteilung der Sache über wiegt . 6 .

Das Verfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Die nach Massgabe des Verfahrensaufwands auf Fr. 8 00.-- festzulegenden Gerichtskosten sind – abweichend vom Grundsatz, wonach bei einer Abweisung der Beschwerde die beschwerdeführende Partei die Kosten trägt (§ 28 lit . a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer in Verbindung mit Art. 106 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozess ordnung, ZPO) – der Beschwerdegegnerin

aufzuerlegen, da die Beschwerdegegnerin vorprozessual eine gewichtige Verletzung des rechtlichen Gehörs beging, indem sie nach Erlass des Vorbescheides neue Abklärungen tätigte (insbesondere ein Gutachten einholte) und anschliessend ohne einen neuen Vorbescheid direkt verfügte. Dieses Vorgehen der Beschwerdegegnerin machte das Erheben einer Beschwerde zum Vortragen von Einwänden

erst notwendig, weshalb die Beschwerdegegnerin als Verursacherin der Kosten diese zu tragen hat (vgl.

§ 28 GSVGer, Art. 107 Abs. 1 lit. b und f ZPO). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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, zuzustellen.

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

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