

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01423 vom 14. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01423

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01423 du 14 novembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01423 del 14 novembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1959 und verheiratet, verfügt über keine Berufsausbildung und war vom 15. April 1998 bis am 31. Juli 2015 bei der Y.____ zu 80 % als Mitarbeiterin in der Küche angestellt, wobei ihr letzter effektiver Arbeitstag der 28. Juli 2014 war, danach war sie arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 7/31/1 f.). Am 13. Januar 2015 (Urk. 7/4) meldete sie sich im Rahmen der Frühintervention bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Am 8. April 2015 (Urk. 7/20) teilte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, der Versicherten den Abschluss der beruflichen Eingliederungsmassnahmen mit; per Ende Juli 2015 wurde das Arbeitsverhältnis gekündigt (Urk. 7/31/11).

Zur Beurteilung des Rentenanspruchs nahm die IV-Stelle medizinische (Urk. 7/16-7/18, 7/34, 7/39) und erwerbliche (Urk. 7/22, 7/31) Abklärungen vor. Zudem zog sie die Akten des Krankentaggeldversicherers (AXA

Winterthur, Urk. 7/11 f., 7/33) und der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich (Urk. 7/29, 7/36, 7/44), insbesondere die in deren Auftrag erstellten vertrauensärztlichen Gutachten von Dr. med. Z.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,

vom 7. Mai 2015 (Urk. 7/29) sowie von Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Juni 2015 (Urk. 7/36), bei. Mit Vorbescheid vom 24. November 2015 (Urk. 7/47) stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Rentengesuchs in Aussicht. Mit Einwand vom 10. Januar 2016 (Urk. 7/52) reichte die Versicherte weitere medizinische Akten (Urk. 7/51) ein und beantragte eine neuerliche Begutachtung. Das in der Folge von der IV-Stelle in Auftrag gegebene rheumatologisch-psychiatrische Gutachten wurde am 2. Juni 2016 (Urk. 7/61 f.) von den medizinischen Sachverständigen Dr. med. B.____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet. Nachdem die behandelnden Arztpersonen ihre Kritik am Gutachten vorgebracht hatten (Urk. 68/1 f., 68/3 f.), wurden die Gutachter von der IV-Stelle zur Stellungnahme aufgefordert. Diese erstatteten sie am 8. Oktober (Dr. B.____, Urk. 7/71/7) beziehungsweise am 24. Oktober 2016 (Dr. C.____, Urk. 7/71/1-6). Mit Verfügung vom 5. Dezember 2016 (Urk. 2) verneinte die IV-Stelle wie angekündigt einen Rentenanspruch der Versicherten.

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 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

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

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweissbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_28/2016 vom 15. April 2016

E. 3.2).

Die Rechtsprechung hat zu den „vergleichbaren psychosomatischen Leiden“ ausdrücklich jene gezählt, die im Nachgang zu BGE 130 V 352 über die Jahre als sogenannte „pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder der ohne nachweisbare organische Grundlage“ in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen (Regel-Ausnahmemodell mit "Überwindbarkeitsvermutung“) unterstellt wurden (BGE 142 V 342 E. 5.2.1; BGE 141 V 281 E. 4.2; BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3), darunter befindet sich auch die sogenannte Fibromyalgie (BGE 132 V 65 E. 4 [Urteil des Bundesgerichts I 336/04 vom 8. Februar 2006]).

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 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).

E. 1.5

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

E. 2

Mit Beschwerde vom 24. Dezember 2016 beantragte die Beschwerdeführerin die Zuspreehung einer halben Invalidenrente (Urk. 1 S. 1). In der Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2017 (Urk. 6) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 7. Februar 2017 (Urk. 8) mitgeteilt wurde. Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte in der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2016 gestützt auf die Gutachten der Ärzte Dr. C.____ und Dr. B.____ einen Rentenanspruch und hielt fest, aufgrund der eingeholten Gutachten bestehe in der ursprünglichen Tätigkeit als Küchenmitarbeiterin eine 65%ige Arbeitsfähigkeit, in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit eine solche von mindestens 90 %. Im Aufgabenbereich Haushalt bestehe keine Einschränkung, da die Aufgaben in Etappen erledigt werden könnten. Eine psychische

Störung, welche zu einer anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen würde, sei nicht nachgewiesen (Urk. 2 S. 2 f.).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, das psychiatrische Teilgutachten von Dr. C. ___ sei unvollständig, da der Gutachter nur sieben Fragen gestellt und die psychischen Beschwerden kaum erfragt habe. Zudem sei keine neuropsychologische Testung erfolgt, obwohl die behandelnde Dr. med. D. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, festgestellt habe, dass sie an Konzentrationsschwächen leide und der Antrieb sowie die Stimmung gestört seien (Urk. 1 S. 3). Der rheumatologische Facharzt Dr. B. ___ habe ebenfalls kein umfassendes und widerspruchsfreies Gutachten erstattet. Er habe falsche Diagnosen gestellt und den Grad der Arbeitsunfähigkeit nicht überzeugend begründet. Ihr behandelnder Rheumatologe Dr. med. E. ___ habe in seinem Bericht vom 22. September 2015 eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit auch in angepassten Tätigkeiten festgestellt (Urk. 1 S. 4). 3.

3.1

Die Beschwerdeführerin wurde seit dem 19. September 2014 in der Rheumatologie des F. ___ ambulant behandelt, worüber den weiteren behandelnden Ärzten, dem Krankentaggeldversicherer sowie der IV-Stelle verschiedentlich berichtet wurde (Urk. 7/11/1 f., 7/11/6-8, 7/33/2-4, 7/33/5 f., 7/34, 7/39/6-8). In diesen Berichten wurde nach bildgebenden und klinischen Untersuchungen vor allem eine dominant axiale und auch peripher nachgewiesene Spondylarthritis diagnostiziert (vgl. Urk. 7/11/1, 7/11/6, 7/33/2). Im Bericht vom 30. Januar 2015 wurde daneben erstmals ein ausgeprägtes myofaszielles Syndrom mit Betonung auf Becken/Bein links und eine Tendenz zum sekundären Fibromyalgie-Syndrom erwähnt (Urk. 7/33/5). Im Folgebericht vom 24. April 2015 wurden eine ausgedehnte myofaszielle Schmerzstörung mit Betonung von Becken und Bein links mit sekundärer Fibromyalgie und Schmerzverarbeitungsstörung als primäre Diagnose neben der weiterhin bestehenden Spondylarthritis und einer depressiven Entwicklung genannt und auf ein disproportional starkes Schmerzerleben sowie diskrepante Angaben der Versicherten hingewiesen (Urk. 7/39/6 f.). Bei gegenüber dem Vorbericht unveränderten Befunden und Diagnosen berichtete die Rheumatologie des F. ___ der IV-Stelle im Juni 2015, die Arbeitsfähigkeit betrage aus rein rheumatologischer Sicht mindestens 50 %. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit stehe die psychische Komorbidität im Vordergrund, weshalb eine Begutachtung empfohlen werde (Urk. 7/34/8). 3.2

Gestützt auf die medizinischen Berichte des F. ___ und einer eigenen klinischen Untersuchung der Beschwerdeführerin erstattete die Allgemeinärztin Dr. Z. ___ der BVK am 7. Mai 2015 (Urk. 7/29) ihr vertrauensärztliches Gutachten. Dabei stellte sie folgende Diagnosen (Urk. 7/29/12): - Ausgedehntes myofaszielles Schmerzsyndrom mit Betonung auf Bein und Becken links mit/bei - sekundärem Fibromyalgiesyndrom - Schmerzverarbeitungsstörung (auch im Rahmen von Diagnose 3) - Dominant axiale Spondylarthritis - langjährige tieflumbale Rückenschmerzanamnese, in den letzten Jahren von typisch entzündlichem Charakter, initial mit gutem Ansprechen auf NSAR - mit peripherer Mitbeteiligung, insbesondere Daktylitis - breitflächige Enthesiopathien, multilokulär - aktuelle Bildgebung: floride axiale Spondylarthritis (WS und ISG bds.) - klinisch und szintigraphisch leichte synovitische Mitbeteiligung, karpal rechtsbetont, Zeigefinger rechts sowie der Schulter- und Kniegelenke - HLA-B27 nachweisbar -

Verdacht auf depressive Entwicklung, Depression-Angst gemischt - Schmerzvermeidungsverhalten.

Medizinisch-theoretisch bestehe aus somatischer Sicht eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit, wobei unter fortgeführter Therapie innerhalb der nächsten drei bis vier Monate eine Steigerung auf das vormals ausgeübte 80%ige Arbeitspensum erwartet werden dürfe. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht müsse durch einen psychiatrischen Vertrauensarzt beurteilt werden (Urk. 7/29/12). 3.3

Entsprechend der Empfehlung von Dr. Z.____ beauftragte die BVK in der Folge Dr. A.____ mit der vertrauensärztlichen Begutachtung aus psychiatrischer Sicht. Unter Berücksichtigung der medizinischen Vorakten und der beiden am 9. beziehungsweise am 17. Juni 2015 durchgeführten Untersuchungsgespräche verfasste er am 22. Juni 2015 (Urk. 7/36) sein Gutachten. Er hielt zusammen gefasst fest, eine psychiatrische Diagnose könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Das Vorliegen einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion sei möglich und eine normalpsychologisch erklärbare Reaktion auf ihre somatische Erkrankung nachvollziehbar (Urk. 7/36/18). 3.4

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, behandelte die Beschwerdeführerin ab Ende Juni 2014 hausärztlich. In seinem am 17. Juli 2015 (Urk. 7/39/11 f.) zuhanden der Beschwerdegegnerin erstatteten Bericht stellte er neben den bereits aus den Berichten von Dr. Z.____ und dem F.____ bekannten Diagnosen einer dominant axialen Spondylarthritis und eines ausgedehnten myofaszialen Syndroms mit Betonung auf das linke Bein/Becken auch folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont - MRI LWS vom 27. März 2014 (rodiag): Leichtgradige Chondrosis

inter vertebralis L5/S1 mit einer kleinen, medio-linksparemedian gelegenen Diskushernie ohne radikuläre Kompression. Osteochondrose L4/5. Spondylarthrose nach kaudal zunehmend. Keine Spinalkanal- stenose . - Zervikozephalales Schmerzsyndrom - MRI HWS vom 11. Mai 2011 (rag): Mässiggradige

Unkovertebralarthrose und Spondylarthrose C4/5 links, etwas weniger C6/7 links. Mässige ossäre Foraminalstenose C5/6 links. Kein Anhalt für eine entzündliche Aktivierung oder Spondylarthrose. Kein Anhalt für eine Neurokompression der Nervenwurzel C8 links - Radikuläres Reizsyndrom C8 links (Sager 2007)

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ging er von einer seit dem 29. Juli 2014 unveränderten 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (Urk. 7/39/12). 3.5

Am 15. September 2015 (Urk. 7/44/2 f.) beantwortete die seit dem 3. März 2015 therapierende Psychiaterin Dr. D.____ vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gestellte Fragen im Zusammenhang mit dem vertrauensärztlichen Gutachten von Dr. A.____. Dr. D.____ stellte die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) und ging von einer psychisch bedingten 50%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Küche der Y.____ aus (Urk. 7/44/2). 3.6

Dr. med. E.____, Facharzt für Innere Medizin sowie für Rheumatologie, berichtete dem Hausarzt Dr. G.____ am 22. September 2015 über die rheumatologische Behandlung der Beschwerdeführerin seit Ende August 2015. Er stellte die folgenden Diagnosen

(Urk. 7/44/5): - Dominant axiale Spondylarthritis - HLA-B27 positiv - mit peripherer Mitbeteiligung, insbesondere Daktylitis - breitflächige Enthesiopathien, multilokulär - Ausgedehntes myofaszielles Syndrom im Sinne einer Fibromyalgie - Wiederholte Durchfall-Episoden - Arterielle Hypertonie - Depression - Adipositas - Verdacht auf Restless-Legs-Syndrom

In Anbetracht der Schmerzen, der Depression und der Beweglichkeits Einschränkung bestehe aus rheumatologischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 40 % (Urk. 7/44/7). 3.7 3.7.1

Nachdem die Beschwerdeführerin mit Einwand vom 10. Januar 2016 (Urk. 7/52) auf grosse Abweichungen zwischen den vertrauensärztlichen Gutachten der BVK und den Berichten ihrer behandelnden Ärzte hingewiesen hatte, gab die Beschwerdegegnerin eine rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung in Auftrag. Gestützt auf die am 19. Mai und 1. Juni 2016 durchgeführten persönlichen Untersuchungen sowie die von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten medizinischen Vorakten erstatteten der Rheumatologe Dr. B.____ und der Psychiater Dr. C.____ am 2. Juni 2016 (Urk. 7/61 f.) ihr Gutachten. 3.7.2

Gegenüber Dr. B.____ klagte die Beschwerdeführerin, unter Rücken-, Nacken-, Kopf- und Schulterschmerzen sowie unter Ellbogenschmerzen, Schmerzen in den Hand-, Finger-, Hüft- und Kniegelenken und an Fuss- und Zehenschmerzen zu leiden. Auf einer Skala von 0-10 entspreche die Schmerzintensität Werten zwischen 7 und 10. Zur Zeit der Befragung hätte sie einem Wert von 7 entsprochen, nach der klinischen Untersuchung habe sich dieser auf 8 erhöht. Die Schmerzen seien meistens am Morgen stärker und würden oft auch in der Nacht bestehen, weshalb sie nicht schlafen könne (Urk. 7/62/7 f.).

Dr. B.____ stellte bei der klinischen Untersuchung fest, das klinische Beschwerdebild sei von einem diffusen myo-faszio-kutanen Schmerzbild im Sinne eines Fibromyalgiesyndroms ohne fassbare somatische Ursachen dominiert worden. Für die axiale Spondylarthritis, vor allem für eine periphere Mitbeteiligung, hätten sich klinisch keine Befunde gezeigt. Dies schliesse jedoch ein weiteres Vorhandensein eines subklinischen Befalls nicht aus. Die Versicherte werde gegenwärtig mit Cimzia behandelt, vorher habe sie das Medikament gewechselt und jetzt vermute sie auch wieder, dass sie Cimzia nicht vertrage. Die therapeutische Einstellung des Schmerzbildes sei angesichts der vorherrschenden Weichteilschmerzsymptomatik sicher nicht einfach, da das Fibromyalgiesyndrom auf die durchgeführte Behandlung nicht anspreche, so dass geäußerte Schmerzen als Leitsymptom für die Behandlung der axialen Spondylarthritis kaum taugten. Bei der aktuellen Untersuchung habe er Hinweise auf in den Akten mehrfach angesprochene aggravatorische Tendenzen gefunden. Augenfällig sei insbesondere die Diskrepanz zwischen der angegebenen Schmerzintensität und dem dabei weitgehend unbeteiligten Verhalten gewesen. Auch der Unterschied zwischen der spontanen aktiven Schulterbeweglichkeit und den Bewegungen bei der gezielten Untersuchung sei nicht zu übersehen gewesen (Urk. 7/62/14).

Dr. B.____ mass einzig der Diagnose einer - Floriden axialen Spondylarthritis - ISG-Arthritis beidseitig und axialer Befall auf drei Etagen - Periphere Mitbeteiligung vor allem des Finger II rechts, ferner karpal rechtsbetont sowie Schultern und Kniegelenke - Aktuell klinisch nicht mehr erkennbar - Aktuell unter Biologikatherapie einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 7/62/13).

Eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneinte er hingegen in Bezug auf folgende Diagnosen (Urk. 7/62/13): - Generalisiertes myo - faszio -kutanen Schmerzsyndrom im Sinne eines Fibro my algiesyndroms - 17 von 18 Fibromyalgiepunkte positiv - „Halbseitenhyposensibilität“ links - Altersübliche degenerative Veränderungen an HWS und LWS - Arterielle Hypertonie - Mögliche Osteoporose (gemäss Angaben der Versicherten).

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Küche der Y. ___ bezifferte Dr. B. ___ die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 35 %. In einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit ging er von einer Leistungseinbusse von maximal 10 % aus. Im Aufgabenbereich Haushalt verneinte er eine krankheitsbedingte Beeinträchtigung aufgrund der Möglichkeit, die Arbeiten in Etappen zu erledigen (Urk. 7/62/15). 3.7.3

Anlässlich des psychiatrischen Untersuchungsgesprächs mit Dr. C. ___ nannte die Versicherte als Hauptproblem die Schmerzkrankheit. Nachdem die ersten im Jahr 2000 aufgetretenen Rückenschmerzen noch optimal hätten behandelt werden können, seien die Schmerzen 2013 schlimmer geworden und würden seither ständig zunehmen. Vor allem in der Kreuzgegend verspüre sie seit Frühjahr 2014 sehr starke Schmerzen. Sie habe sich intensiven Behandlungen unterzogen und erhalte momentan Cimzia -Spritzen. Seit einem Monat habe sie beinahe keine Stimme mehr, was möglicherweise eine Nebenwirkung der Cimzia -Therapie sei (Urk. 7/61/4). Trotz der intensiven Behandlungen leide sie weiterhin an starken Schmerzen. Momentan seien diese in den Fingern besonders schlimm. Es bestünden auch Schmerzen in beinahe allen Körperteilen. Die Muskelschmerzen äusserten sich am stärksten im Becken- und Oberschenkelbereich. Sie werde regelmässig physiotherapeutisch behandelt und nehme Schmerzmedikamente ein. Sie sei der Meinung, ausschliesslich unter einer körperlichen Krankheit, einer Entzündung zu leiden. Sie habe nie begriffen, weshalb die Ärzte gelegentlich der Auffassung gewesen seien, ihre Schmerzen könnten psychisch verursacht sein. Bisher habe sie nicht beobachtet, dass Lebensprobleme ihre Schmerzen verstärken würden. Vielmehr seien die Schmerzen von der körperlichen Belastung abhängig, weshalb sie sich schonen müsse. Manchmal gehe es mit den Schmerzen etwas besser, oft seien diese aber stark vorhanden. Als sie vor einem Jahr in Zürich psychiatrisch begutachtet worden sei, habe sie noch deutlich besser gehen können. Unterdessen würden belastungsbedingt relativ rasch starke Schmerzen auftreten. Sie habe auch Mühe, längere Zeit zu sitzen und müsse jeweils nach einer gewissen Zeit aufstehen. Psychisch sei es ihr früher immer gut gegangen, sie habe ein aktives Leben geführt und sehr gerne gearbeitet. Die Schmerzen hätten aber dazu geführt, dass sie in ihrer Lebensführung immer mehr eingeschränkt werde, was sich auch in ihrem Tagesablauf zeige (Urk. 7/61/5).

Dr. C. ___ diagnostizierte einzig: „ICD-10: F43.21, längere depressive Reaktion (seit März 2015)“ der er keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkennen konnte (Urk. 7/61/8).

Im Rahmen der Konsensbeurteilung stellten Dr. B. ___ und Dr. C. ___ fest, es könne vollumfänglich auf die somatisch-rheumatologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden (Urk. 7/61/17). 3.8

Mit Schreiben vom 14. September 2016 (Urk. 7/68/1 f.) nahm Dr. D. ___ Stellung zum Gutachten von Dr. C. ___ und hielt im Vergleich zu ihrer Verneinung vom 15. September 2015 unverändert eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten aufgrund einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion fest (Urk. 7/68/1).

Am 30. August 2016 (Urk. 7/68/3 f.) äusserte sich Dr. E.____ zum rheumatologischen Teilgutachten von Dr. B.____. Er kritisierte, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die durch das Fibromyalgie-Syndrom ausgelösten bedeutenden Schmerzen in der Diskussion der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt worden seien. Unter Einbezug dieser Beschwerden resultiere eine um deutlich mehr als 35 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Zudem leide die Versicherte nicht nur an einer floriden axialen Spondylarthritis (Befall der Iliosakralgelenke sowie der Wirbelsäule), sondern an einer seronegativen

Spondylarthropathie mit axialem und peripherem Befall (Urk. 7/68/3). 3.9

Dr. B.____ liess sich am 8. Oktober 2016 (Urk. 7/71/7) zu den von Dr. E.____ am 30. August 2016 (Urk. 7/68/3 f.) vorgebrachten Einwänden vernehmen und hielt fest, diese enthielten keine neuen Befunde und änderten nichts an seinem Gutachten.

Dr. C.____ äusserte sich am 24. Oktober 2016 (Urk. 7/71/1-6) zu den Vorbringen von Dr. D.____ vom 14. September 2016. Er führte aus, es würden keine neuen Befunde genannt, weshalb sich nichts an den Ergebnissen seiner Begutachtung ändere (Urk. 7/71/4). 4.

4.1

Die Gutachter Dr. B.____ und Dr. C.____ führten in ihren jeweiligen Fachdisziplinen persönliche Untersuchungen durch, welche sie durch eine Laboruntersuchung des Blutes (vgl. Urk. 7/61/18) ergänzten. Unter Erörterung der erhobenen Befunde gelangten sie zum Ergebnis, dass sich einzig die Folgen der vom rheumatologischen Gutachter gestellten Diagnose einer axialen Spondylarthritis auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten und zwar im Rahmen einer 35%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und einer um höchstens 10 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer leidens angepassten, leichten und wechselbelastenden Tätigkeit (Urk. 7/61/16 f.). Damit weichen die Gutachter vom anderen rheumatologischen Facharzt Dr. E.____ in relevantem Ausmass ab, da dieser – ebenfalls aus somatischer Sicht – die Einschränkungen für erheblich erachtete und zudem die Diagnosestellung durch den rheumatologischen Gutachter kritisierte.

Zu dieser Kritik ist festzustellen, dass sie einen Punkt getroffen hat, den der Gutachter in der Tat nicht zufriedenstellend klärte. Sowohl die Ärzte des F.____ als auch Dr. E.____ vermochten - klinisch und bildgebend erhärtet - neben einem axialen auch einen peripheren Befall des Körpers durch die Spondylarthritis zu erheben. Im Besonderen Schmerzen in den Händen und den Füßen waren mit der somatischen Diagnose eines peripheren Befalls begründet worden. Dr. B.____ hingegen vermochte keine klinischen Befunde an den peripheren Gelenken zu erheben, obschon er gleichzeitig bei der Untersuchung von positiven Gaenslen -Zeichen (frühzeitiger Kompressionsschmerz bei Zusammenpressen der Finger bzw. der Füße) sprach, welche zu den Diagnosekriterien für eine relevante rheumatische Arthritis auch in den peripheren Gliedmassen gehört, wie sie bei der Versicherten fraglos axial denn auch vorliegt (vgl. Urk. 7/68/3; Roche Lexikon Medizin, 4. A., S. 593). Dr. B.____ Einwand dazu, es handle sich bei diesem Zeichen um ein semiobjektives Zeichen, weshalb er nichts an seiner Diagnosestellung oder der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ändere (Urk. 7/71), ist dabei nicht genügend erklärend. Auch die Aerzte des F.____ hatten von der objektivierten Mitbetroffenheit der Finger, sodann von Schultern und Kniegelenken berichtet, auch wenn sie durchaus nicht ausser Acht liessen, dass daneben ein psychisches Geschehen bei der Auffassung der Versicherten beteiligt war, nicht arbeiten zu können (Urk. 7/34/6). Da der Gutachter einen peripheren

Befall negierte und sich nicht mit den anderen fachärztlichen Darlegungen der Zusammenhänge ausführlicher auseinandersetzte, bestehen Zweifel daran, ob der Gutachter der IV-Stelle in somatischer Hinsicht die Krankheit der Versicherten hinreichend und in allen wesentlichen Facetten gewürdigt hat. Dies gilt umso mehr, als der rheumatologische Gutachter im Rahmen der Begutachtung auf bildgebende Untersuchungen verzichtete (vgl. Urk. 7/62/13) und es damit auch unterliess, seine Vermutungen zu objektivieren, gleichzeitig die in den medizinischen Akten enthaltenen Ergebnisse bildgebender Untersuchungen der Jahre 2014 zwar zitierte, jedoch in der Folge darauf verzichtete, diese den Ergebnissen der von ihm durchgeführten klinischen Untersuchung gegenüberzustellen und zu diskutieren. Die somatische Begutachtung, die zentral ist, vermag nach dem Gesagten nicht zu überzeugen. 4.2

Dr. C. ___ diagnostizierte auf psychiatrischem Fachgebiet „F43.21 - län gere depressive Reaktion (seit März 2015)“ (Urk. 7/61/8). Die Codierung und seine weiteren Ausführungen (vgl. Urk. 7/61/9, 7/61/10, 7/61/12) lassen darauf schliessen, damit sei die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gemeint, obwohl er den Begriff der Anpassungsstörung dabei nicht ausdrücklich erwähnt hat.

Gemäss der Definition handelt es sich bei Anpassungsstörungen um Zustände subjektiven Leidens und emotionaler Beeinträchtigung, welche soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder bei Vorhandensein oder der drohenden Möglichkeit von schwerer körperlicher Krankheit auftreten. Die Anzeichen sind unterschiedlich, sie umfassen depressive Stimmung, Angst, Besorgnis, ein Gefühl, unmöglich zurechtzukommen, vorausplanen oder in der gegenwärtigen Situation fortfahren zu können, ferner Einschränkungen bei der Bewältigung der alltäglichen Routine. Die betreffende Person kann sich so fühlen, als stehe sie kurz vor dramatischem Verhalten oder Gewaltausbrüchen, wozu es aber selten kommt. Die Störung beginnt im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis oder der Lebensveränderung. Eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion dauert mehr als einen Monat, aber nicht länger als zwei Jahre (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], 10. Auflage 2015, S. 209 f.).

Dr. C. ___ hielt betreffend der gestellten Diagnose einzig fest, da ein Zusammenhang zwischen der Schmerzkrankheit, den Lebensproblemen und der Aufgabe der Arbeitstätigkeit bestehe, sei von einer depressiven Reaktion auszugehen (Urk. 7/61/9). Weiter begründete er die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion nicht. Es bleibt damit zum einen unklar, welches Ereignis er als ursächlich für das Auftreten dieser Störung betrachtete. Zum anderen finden sich die von der Klassifikation ICD-10 verlangten Kriterien für die Anpassungsstörung in der Begründung des psychiatrischen Gutachters nicht. Bei der stichwortartig aufgeführten psychiatrischen Befundung führte der Gutachter im Gegenteil auf, es bestünden keine Befürchtungen, keine Ängste, keine Zwänge. Erwähnt wurde nur, die Versicherte sei mürrisch, etwas niedergestimmt, phasenweise subdepressiv, gleichzeitig wiederum verneinte der Psychiater in der Begründung die Symptomatik einer depressiven Episode anlässlich der Untersuchung durch ihn (Urk. 7/61/7, 7/61/9). Wie sich somit die von ihm genannte Störung auf die sozialen Funktionen der Versicherten auswirkt, ist unklar.

Weiter fehlt im Gutachten von Dr. C.____ eine Auseinandersetzung mit abweichenden psychiatrischen Vorberichten: Zum Gutachten von Dr. A.____ führte er aus, die darin enthaltene Diagnose einer Anpassungsstörung könne weiterhin gestellt werden (Urk. 7/61/10). Dies ist jedoch aktenwidrig: Dr. A.____ war zum Schluss gelangt, eine psychiatrische Diagnose könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gestellt werden; das Vorliegen einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion hatte er lediglich als möglich bezeichnet (Urk. 7/36/18). Die Stellungnahme von Dr. D.____ zum Gutachten von Dr. A.____, in welcher diese aufgrund einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit festgehalten hatte (Urk. 7/44/2), fand im Gutachten von Dr. C.____ keine Erwähnung, obwohl diese den Gutachtern vorlag (vgl. Gutachten Dr. B.____, S. 7 [Urk. 7/62/7]). Damit ist der Beschwerdeführerin, die den Vorwurf eines in sich inkonsistenten Gutachtens erhoben hat (Urk. 1), Recht zu geben. Es erweist sich als oberflächlich und ungenau und ist daher nicht überzeugend und abschliessend beweistauglich. 4.3

Unter den behandelnden und begutachtenden Fachärzten herrscht Einigkeit über die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms. Diese wurde sowohl von den Gutachtern Dr. B.____ (Urk. 7/62/13) und Dr. Z.____ (Urk. 7/29/12) als auch von den Ärzten des F.____ (Urk. 7/34/6, 7/39/6) und vom behandelnden Rheumatologen Dr. E.____ (Urk. 7/44/5) gestellt.

Dr. E.____ kritisierte in diesem Zusammenhang den rheumatologischen Gutachter Dr. B.____, nämlich, dass dieser die Schmerzen des Fibromyalgiesyndromes aus der Diskussion der Arbeitsunfähigkeit ausschliesse. Es sei medizinisch nicht möglich, die Schmerzmanifestationen von eng verbundenen Krankheiten (wie vorliegend der Spondylarthropathie und der sekundären Fibromyalgie) präzise und sinnvoll auseinanderzutrennen. Mit Einbezug der Fibromyalgiebeschwerden wäre die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit deutlich höher als 35 % (Urk. 7/68/3). Dr. B.____ äusserte sich dazu einzig, es handle sich bei dieser psychosomatischen Diagnose um eine solche der Psychiatrie und aus psychiatrischer Sicht müsse zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen werden (Urk. 7/71).

Diese Einschätzung der psychosomatischen Grundlage der Diagnose ist grundsätzlich richtig. Aufgrund von Darlegungen der anderen Somatiker, so beispielsweise der Ärzte der Rheumatologie des F.____, wie auch in der medizinischen Literatur kann davon ausgegangen werden, dass durchaus eine Unterscheidung der Beschwerden zwischen der nachgewiesenen axialen und peripheren Spondylarthritiden und dem eher myofascial geprägten, sich in der Tendenz ausdehnenden Fibromyalgiesyndrom möglich ist (vgl. Urk. 7/33/5; vgl. auch Prof. Dr. med. Keel, Fibromyalgie-Syndrom: neue Erkenntnisse zu Diagnostik und Therapie, Schweiz Med Forum 2013;

13(26):

517–521, eingesehen bei www.rehaclinic.ch/wp-content/uploads/smf-01554.pdf). Der Betrachtung des psychosomatischen Leidens geht deshalb eine sorgfältige Differenzierung zwischen dem komorbiden, objektiven rheumatologischen Krankheitsbild und dem damit nicht erklärbaren und deshalb psychosomatischen Beschwerdebild voraus, was vorliegend im Gutachten von Dr. B.____ wie gezeigt wurde, nicht überzeugend gelöst worden ist, da das Ausmass des rheumatologischen Leidens vom Gutachter nicht hinreichend geklärt und gewürdigt wurde.

Damit ist die Frage nach der invalidisierenden Bedeutung einer allenfalls vorliegenden Diagnose Fibromyalgie noch ungeklärt und bedarf der näheren und sorgfältigeren Betrachtung. Erst wenn somatischerseits feststeht, inwiefern die Versicherte durch ihr rheumatisches Grundleiden beeinträchtigt ist und inwiefern weitergehende von ihr geltend gemachte Einschränkungen als psychosomatisch bezeichnet werden müssen (und dies in Abgrenzung zu einer allfälligen Aggravation oder einem anderen psychiatrischen Leiden), ist im Sinne der erwähnten Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. E. 1.3) im Rahmen des normativen strukturierten Beweisverfahrens die Frage nach dem individuellen Leistungsvermögen der Versicherten in einer Gesamtbetrachtung einzelfallgerecht und ergebnisoffen und zwar mit Hilfe des Kriterienkataloges und mittels der ärztlichen Angaben (BGE 137 V 64, 140 V 290) zu prüfen. 4.4

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. B.____ und Dr. C.____ weder für die streitigen Belange umfassend ist, noch werden abweichende Beurteilungen diskutiert. Auch leuchtet die Beurteilung der medizinischen Situation nicht ein und die Schlussfolgerungen sind nicht nachvollziehbar. Es erfüllt damit die Anforderungen der Rechtsprechung nicht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a), weshalb nicht darauf abgestellt werden kann.

Es stellt sich die Frage, ob der Gesundheitszustand gestützt auf die weiteren im Recht liegenden medizinischen Akten beurteilt werden kann. Es steht sowohl ein rheumatologisches als auch ein psychiatrisches Leiden zur Diskussion. Die Kombination mehrerer Funktionsstörungen führt jedoch nicht notwendigerweise zu einer Addition der in verschiedenen Fachdisziplinen attestierten Arbeitsunfähigkeiten. Bei ihrem Zusammentreffen überschneiden sich die erwerblichen Auswirkungen in der Regel. Deshalb ist der Grad der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich in einer Gesamtbeurteilung zu bestimmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_204/2015 vom 29. April 2015 E. 6 mit Hinweis auf das Urteil 9C_948/2012 vom 2. Juli 2013 E. 4.3). Zudem wurde eine psychiatrische Begutachtung sowohl von Seiten der somatischen Vertrauensärztin Dr. Z.____ als auch der Rheumatologie des F.____ empfohlen (vgl. Urk. 7/29/11, 7/34/

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

).

Die vertrauensärztlich-psychiatrische Untersuchung durch Dr. A.____ erfolgte nicht in Zusammenarbeit mit der somatischen Vertrauensärztin Dr. Z.____. Zudem enthält das Gutachten von Dr. A.____ (Urk. 7/36) auch keine detaillierten Angaben zu den in Bezug auf die Prüfung der Standardindikatoren wesentlichen Fragen. Auch den Berichten der behandelnden Ärzte fehlt es an der erforderlichen Grundlage dieser psychiatrisch-somatischen Zusammenarbeit.

Anhand der bestehenden medizinischen Akten ist es damit nicht möglich, den für die Beurteilung des Rentenanspruchs mittels Einkommensvergleich festzustellenden Invaliditätsgrad zu bestimmen. Die Beschwerde ist damit insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur neuen Begutachtung und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. 5.

Die Beschwerdeführerin äusserte konstant, sie habe die letzten Jahre vor Eintritt der gesundheitlichen Probleme in einem Pensum von 80 % in der Küche der Y.____ gearbeitet und würde dies im hypothetischen Gesundheitsfall auch weiterhin tun (vgl. Urk. 7/4/4, 7/13/2, 7/19, 7/21/2, 7/29/2, 7/36/5, 7/61/4, 7/62/6). Unter Berücksichtigung dieser Angaben bestimmte die Beschwerdegegnerin das im hypothetischen Gesundheitsfall von der Beschwerdeführerin erzielte Einkommen (Valideneinkommen) aufgrund der Lohnangaben der Y.____ (Urk. 2 S. 2, 7/31/2).

Abweichend von diesen Äusserungen der Beschwerdeführerin sind in den Auszügen aus ihrem Individuellen Konto im Zeitraum ihrer Tätigkeit in der Y.____ (1998 bis 2015) Einträge weiterer Arbeitgeber enthalten (Urk. 7/22/2-5). Da es sich dabei um Erwerbseinkommen aus Nebentätigkeiten handeln könnte, wird die Beschwerdegegnerin vor Erlass einer neuen Rentenverfügung abzuklären haben, ob diese allenfalls bei der Bestimmung des Valideneinkommens und allenfalls des Invalideneinkommens zu berücksichtigen sind. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweisen sich Fr. 700.-- als angemessen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

Zudem hat die obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (§ 34 Abs. 1 GSVGer). Nachdem Milosav Milovanovic keine Zusammenstellung über seine Bemühungen einreichte, erfolgt die Festsetzung seiner Entschädigung nach Ermessen. Unter der Berücksichtigung der Tatsache, dass er die Beschwerdeführerin bereits im Einwandverfahren vertreten hat und seither nur in sehr beschränktem Mass Aktenstudium erforderlich war, ist die Prozessentschädigung ermessensweise auf Fr. 800.-- (inklusive Barauslagen und 8 % Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 5. Dezember 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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. 800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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, 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 Der Gerichtsschreiber GrünigPfefferli

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