

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00904 vom 13. Juli 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-07-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00904

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00904 du 13 juillet 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00904 del 13 luglio 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung 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 betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezü gers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tat säch lichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Ren tenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidier bar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hin weisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bun desgerichts

9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 1.5

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). 2.

E. 2

Hiergegen liess die Versicherte, nunmehr vertreten durch die Advokatin Karin Wüthrich, mit Eingabe vom 5. September 2017 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit dem Antrag, die Verfügung vom 4. Juli 2017 sei aufzuheben und die bisherige halbe Invalidenrente sei auf den frühesten Zeitpunkt hin zu erhöhen. Eventualiter seien zusätzliche Abklärungen durchzuführen. Subeventualiter sei die Angelegenheit an die IV-Stelle zurückzuweisen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der IV-Stelle (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss am 2. November 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Versicherten am 3. November 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung zog die Beschwerdegegnerin zusammengefasst in Betracht, dass die Beschwerdeführerin seit Mai 1995 eine halbe Invalidenrente beziehe und bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch das

D.____ im August 2014 keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei. Die Beschwerdeführerin sei aus orthopädischer Sicht eingeschränkt, eine körperlich leichte Tätigkeit in Wechselbelastung sei jedoch weiterhin zumutbar. Es sei daher von einer unveränderten Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Da die gutachterlich beschriebene depressive Symptomatik auf psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführen sei, handle es sich um einen Gesundheitsschaden, der in der Invalidenversicherung nicht versichert sei. Die durch das

D.____ gestellte Diagnose einer leicht- bis mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störung könne demnach nicht als invalidisierender Gesundheitsschaden anerkannt werden (vgl. Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vorbringen, dass auf das Gutachten des D.____ abzustellen

sei. Gestützt darauf sei von einer Verschlechterung des auf die gleiche medizinische Ursache zurückzuführenden Gesundheitsschadens auszugehen, die sich erwerblich erheblich ausgewirkt habe und einen Revisionsgrund darstelle (vgl. Urk. 1 S. 5-6). Wenn die Schlüssigkeit der Expertise nicht als gegeben erachtet werde, sei der rechtserhebliche Sachverhalt mit einem (Ober-)gutachten abzuklären (Urk. 1 S. 6-7). 3. 3.1

Die letzte Rentenüberprüfung wurde mit der schriftlichen Mitteilung vom 7. November 2008 abgeschlossen, mit welcher keine rentenrelevante Änderung

und dementsprechend weiterhin ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente festgestellt wurde (Urk. 6/101). Es lag ihr der Bericht des behandelnden Hausarztes Dr. B.____ vom 15. Oktober 2008 (Urk. 6/98) zu Grunde. Ausserdem wurden ein IK-Auszug eingeholt (Urk. 6/96) und ein Arbeitgeberfragebogen besorgt (Urk. 6/97). Es hat somit eine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung stattgefunden, weshalb die schriftliche Mitteilung vom 7. November 2008 als zeitliche Vergleichsbasis herangezogen werden kann für die Prüfung der Frage, ob bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. Juli 2017 eine

anspruchsrelevante Änderung eingetreten ist. 3.2

Im Bericht vom 15. Oktober 2008 stellte Dr. B.____ die Diagnose einer Cerebral pare se mit leichter Hemihypotrophie der rechten Körperseite und sensomotorischem Hemisyndrom. Das Leiden bestehe bereits seit Geburt. Bereits der Neurologe Dr. C.____ habe dies 1994 (vgl. Urk. 6/43/1-5) festgestellt (Urk. 6/98). Dr. C.____ hielt dazumal fest, es sei mit 3 Jahren bemerkt worden, dass die Beschwerdeführerin nur mit der linken Hand Gegenstände ergriffen habe. Die weiteren Abklärungen hätten dann die oben genannte Diagnose ergeben. Während ihrer Lehre sei es zu rascher körperlicher Ermüdung und auch zu geistigen Ermüdungserscheinungen gekommen. Die Versicherte habe auch depressive Phasen mit Schlafstörungen gehabt. Sie habe sich am Arbeitsplatz als Telefonistin mit einer – damals noch – 100%-Stelle deutlich überlastet gefühlt und sei nicht mehr fähig gewesen, nach der Arbeit noch den Haushalt selber zu führen. Es habe sich computerthomographisch eine Hirnatrophie links und ein Substanzdefekt links parietal, der liquorgefüllt sei, gezeigt. Es bestehe eine Feinmotorikstörung der rechten Hand, weniger der Zehen rechts, sowie auch eine gestörte epikritische und protopathische Sensibilität rechts. Diese Residualbefunde würden eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen (Urk. 6/43/5). Dies bestätigte Dr. B.____, in dem er am 15. Oktober 2008 ebenfalls von einer seit dem 1. April 1994 lebenslang bestehenden 50%igen Einschränkung berichtete. Ausserdem fügte er an, dass die Beschwerdeführerin nur links arbeiten könne und mit rechts keine Tätigkeit möglich sei (Urk. 6/98). 4. 4.1

Die angefochtene Verfügung vom 4. Juli 2017 beruhte in medizinischer Hinsicht auf dem Arztbericht von Dr. med.

F.____, Fachärztin für Neurologie (Urk. 6/119), auf dem Bericht von Dr. B.____ (Urk. 6/123, Urk. 6/137), auf dem polydisziplinären D.____-Gutachten vom 22. September 2014 (Urk. 6/147), und der ausführlichen Stellungnahme des RAD-Neurologen, med. pract. G.____, Facharzt für Neurologie (Urk. 6/160/7-10; vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 23. März 2017, Urk. 6/160). 4.2

Die Neurologin Dr. F.____ diagnostizierte am 22. Januar 2013 unverändert eine seit Geburt bestehende Cerebralparese mit Hemihypotrophie der rechten Körperseite und sensomotorischem Hemisyndrom rechts. Ausserdem erwähnte sie eine depressive Stimmungslage bei deutlicher Überlastung.

Neu stellte sie die Diagnose von chronifizierten Kopfschmerzen vom Spannungs-Typ. Sie erklärte weiter, die mittlerweile chronifizierten, ausgeprägten Kopfschmerzen seien ein Symptom der generellen Erschöpfung. Die Beschwerdeführerin sei bei der Arbeit aufgrund der vorbestehenden Schädigungen deutlich überbelastet. Es müsse berücksichtigt werden, dass obwohl die neurologischen Defizite sich im Laufe der Jahre nicht geändert hätten die Beschwerdeführerin älter geworden sei. Sie sei aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr in der Lage, mit ihren psychischen und physischen Reserven die bestehenden Defizite im Alltag zu kompensieren. Es bestehe eine endgültige 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/119; vgl. auch Urk. 6/130). 4.3

Am 6. März 2013 erklärte Dr. B.____, die Beschwerdeführerin leide seit Dezember 2012 nahezu täglich unter starken pochenden Kopfschmerzen, sei sehr erschöpft und leide unter Konzentrationsmangel. Sie könne einfache Aufgaben nicht mehr erledigen. Zudem leide sie an einer rezidivierenden Gleichgewichtsstörung. Sie sei in Übereinstimmung mit Dr. F.____ seit dem 7. Januar 2013 zu 100 % arbeits unfähig. Eine 100%ige Invalidenrente sei

gerechtfertigt (Urk. 6/123).

Im Bericht vom 27. März 2014 hielt Dr. B.____ im ärztlichen Befund Erschöpfung, Depressivität, Konzentrationsschwierigkeit, Ratlosigkeit und Antriebslosigkeit fest. Die Beschwerdeführerin sei endgültig zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 6/137). 4.4

Am 22. September 2014 erstattete d as

D.____ das polydisziplinäre Gutachten (Urk. 6/147). 4.4.1

Im neurologischen Fachgutachten (Urk. 6/147/23-33) bestätigte Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein spastisches sensomotorisches Hemisyndrom rechts mit Hemihypotrophie der rechten Körperseite im Rahmen einer Cerebralparaese, differentialdiagnostisch bei partiellem embolischem Media-Insult links peripartal (Urk. 6/147/30).

Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie mit dem ganzen Stress und der Hektik am Arbeitsplatz nicht mehr zurechtgekommen sei, was zu Kopfschmerzen geführt habe. Sie habe sich nicht mehr konzentrieren können und sie sei einfach überfordert gewesen. Seit sie nicht mehr arbeite, habe sie auch keine Kopfschmerzen mehr. Bezüglich der körperlichen Einschränkungen habe sie erklärt, dass sie die rechte Hand nur als Hilfshand einsetzen könne. Die Feinmotorik fehle voll ständig und die Kraft sei vermindert. Auch die Kraft des rechten Beins sei reduziert. Die Gehstrecke liege maximal bei einer halben Stunde, wobei sie dann auch unter Kreuzschmerzen leide. Die Sensibilität sei auf der gesamten rechten Körperseite reduziert (Urk. 6/147/31).

Bei der klinischen Untersuchung habe sich eine 54-jährige Linkshänderin präsentiert, welche ihre Beschwerden gut habe schildern können. Im Gespräch ohne formale Testung hätten Hinweise auf kognitive Defizite gefehlt. Der Hauptbefund sei ein spastisches sensomotorisches Hemisyndrom auf der rechten Seite, verbunden mit einer Hemihypotrophie der rechtsseitigen Extremitäten. So seien zum Beispiel die rechte Hand kleiner und das rechte Bein kürzer. Die Muskulatur sei diffus hypotroph. Es liessen sich auch globale Paresen mit distaler Betonung nachweisen, vor allem aber auch eine massive Einschränkung der Feinmotorik verbunden mit Koordinationsproblemen auf der rechten Seite. Die motorische Hemisyndromatik sei begleitet von einer Sensibilitätsstörung inklusive beeinträchtigter Tiefsensibilität. Das Gehen sei hinkend möglich, wobei die Beschwerdeführerin dies rechts auf den Zehenspitzen tue, dies mit der Begründung, dass sie damit weniger Rückenschmerzen habe. Bei einer Beinlängenverkürzung rechts von geschätzt etwa 2 cm bestehe auch ein Beckenschiefstand. Die Bilder einer Magnetresonanztomographie (MRI) vom 15. Januar 2013 (vgl. Urk. 6/147/29) würden einen grossen Substanzdefekt temporo-parietal links mit Erweiterungen des linken Seitenventrikels, vor allem des Occipitalhorns, mit gliotischen Veränderungen in der Randzone zeigen (Urk. 6/147/31). Zusammen gefasst sei von einer perinatalen Hirnschädigung auszugehen. Aufgrund des erwähnten MRI-Befundes sei jedoch eher nicht wie in den Akten erwähnt eine Blutung anzunehmen. Vielmehr sei ein (partieller) embolischer Media-Insult im Bereich der dorsalen Äste pathogenetisch plausibel. Aus neurologischer Sicht handle es sich eigentlich schon seit Jahrzehnten um einen Residualzustand. Eine Verschlechterung sei aber insofern plausibel, als die Beschwerdeführerin vermehrt Schmerzen angebe, einerseits im Bereich des Kreuzes beim Gehen als Folge der Fehlbelastung wegen der Beinverkürzung rechts, andererseits aber auch im Bereich der spastischen Extremitäten. Eine Reduktion der Belastbarkeit im Verlauf

sei dadurch erklärbar (Urk. 6/147/32).

Die Ende 2012 manifestierten Kopfschmerzen seien retrospektiv als psychosomatisches Symptom zu interpretieren. Aktuell seien diese Kopfschmerzen gänzlich verschwunden. Es sei evident, dass eine Belastungssituation mit im Vordergrund stehenden psychischen Faktoren zur Dekompensation Ende 2012 geführt habe (Urk. 6/147/32).

Aus neurologischer Sicht seien der Beschwerdeführerin Tätigkeiten, welche Beidhändigkeit erfordern sowie solche, welche mit längerem Stehen und Gehen verbunden seien, prinzipiell nicht zumutbar. Möglich sei eine vorwiegend sitzend auszuübende Tätigkeit mit der Möglichkeit von Positionswechseln (zwischen durch Aufstehen und Umhergehen), bei welcher die rechte Hand nur als Hilfs hand eingesetzt werden müsse, und bei welcher kein Zeit- und Leistungsdruck bestehe. In einer derartigen Tätigkeit sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit – so wie es bereits in den letzten zwei Jahrzehnten attestiert gewesen sei – plausibel und nachvollziehbar. Eine darüber hinausgehende Einschränkung müsse psychiatrisch begründet werden, wobei diese additiv zur neurologischen Beurteilung zu werten wäre (Urk. 6/147/32-33). 4.4.2

Im orthopädischen Fachgutachten (Urk. 6/147/17-23) erhob Dr. med. I.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, einerseits dieselbe Diagnose wie der begutachtende Neurologe Dr. H.____ (vgl. Urk. 6/147/30). Andererseits hielt er zusätzlich eine Bewegungseinschränkung des rechten Sprunggelenkes und ein chronisches vertebrales Lumbalsyndrom mit belastungsabhängig aktivierter Facettenarthrose und tendo myotischer Ausstrahlung rechts fest. Letzteres liege bei einer Fehlstatik (sekundäre Skoliose bei Beinhypoplasie rechts und lumbosacaler Hyperlordose), einer muskulären Dysbalance bei hyperlordotischer Dekompensation und Adipositas, sowie einer Osteochondrose L2/3/4 und Spondylarthrose L2-S1 (Röntgenaufnahme vom 20. August 2014) vor (Urk. 6/147/20-21).

Unter dem Titel „orthopädische Beurteilung“ berichtete Dr. I.____, die Beschwerdeführerin habe Kreuzschmerzen angegeben, welche sich in den letzten 30 Jahren kontinuierlich verschlechtert hätten. Sie habe erklärt, dass diese in das rechte Bein ausstrahlen würden und eine Sensibilitätsstörung vorliege, welche sie jedoch in Anbetracht des Hemi syndroms rechts nicht näher definieren könne. Es werde vor allem eine Abhängigkeit der Beschwerden von stereotyper Belastung angegeben. Als Schmerzintensität habe die Beschwerdeführerin den Maximalwert von „10“ genannt, wenn sie zu lange gelaufen oder gesessen sei (vgl. Urk. 6/147/17, Urk. 6/147/21).

Bei der Untersuchung habe sich das Vollbild eines spastischen sensomotorischen Hemi syndroms dargestellt. Es hätten eine Hemihypotrophie der rechten Extremitäten und eine Verschmächung der rechten Arm- und Beinmuskulatur im Seitenvergleich bestanden. Es beständen eine rechtsseitige Sensibilitätsstörung und eine Einschränkung der Feinmotorik. Die Beschwerdeführerin gehe regelhaft auf dem Vorfuss rechts. Es liege eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Sprunggelenkes im Sinne einer verminderten Dorsalflexion und Pronation vor. Zudem bestehe eine Beinverkürzung rechts um circa 2 cm mit entsprechender rechtskonvexer Seitenausbiegung der Lendenwirbelsäule im Stehen. Des Weiteren werde eine Schmerzhaftigkeit im mittleren und unteren Lumbalbereich bei Reklination und bei Rumpftorsion angegeben. Hinweise auf radikuläre Irritationen oder Defizite rechts würden sich nicht erkennen lassen, wobei eine eingeschränkte Beurteilbarkeit aufgrund des Hemi syndroms rechts zu berücksichtigen sei. Die

neu am 20. August 2018 angefertigten Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule (LWS) würden eine Osteochondrose in den mittleren lumbalen Segmenten sowie eine signifikante Spondylarthrose in der unteren lumbalen Hälfte darstellen. Es handle sich somit bei der lumbalen Schmerzsymptomatik um den Ausdruck eines chronischen Reizzustandes der lumbalen Facetten. Hinweise auf relevante discogene Komponenten würden fehlen. Als ursächlich hierfür sei die chronische hyperlordotische und skoliotische Belastung zu definieren. Wesentliche Einflussfaktoren seien die muskuläre Dysbalance mit hyperlordotischer Dekompensation sowie die Adipositas, welche das Drehmoment um die Hüftgelenksachse nach ventral-caudal verstärken würden. Die empfundene Symptomatik sei weitgehend nachvollziehbar. Es seien allerdings in der Beobachtungszeit keine wesentlichen Schmerzreaktionen beim längeren Sitzen oder auch bei den fälligen Untersuchungssituationen ersichtlich gewesen. Auch die Angabe der Schmerzintensität von „10“ sei in Anbetracht des Untersuchungsergebnisses mit zum Teil relativ indolenten Provokationsergebnissen (z.B. bei der Flexion der LWS) nur bedingt nachvollziehbar gewesen (Urk. 6/147/21-22).

Im Vergleich zu den neurologischen Berichten von Dr. F.____ vom 22. Januar 2013 (vgl. Urk. 6/119) und Dr. C.____ vom 24. Juni 1994 (vgl. Urk. 6/43/3-6) sei neu eine vertebrogenetische Symptomatik festzustellen, welche die körperliche Belastbarkeit ergänzend limitiere (Urk. 6/147/23).

Aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin durch die degenerativen Veränderungen und die Fehlfunktion der Lendenwirbelsäule in ihrer Belastbarkeit eingeschränkt. Ausgeübt werden könnten noch leichte Tätigkeiten in regelmässiger wechselnder Körperposition unter Vermeidung von häufigem Bücken, Heben und Tragen von Lasten über fünf Kilogramm. Die Gehstrecke und die Stehbelastung seien limitiert. Tätigkeiten mit Anforderungen an Kraft und Koordinationsfähigkeit der rechten Hand könnten nicht ausgeübt werden (Urk. 6/147/22). 4.4.3

Im psychiatrischen Fachgutachten (Urk. 6/147/33-40) diagnostizierte Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine gegenwärtig leicht- bis mittelgradige rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33, Urk. 6/147/38).

Als Befunde listete Dr. J.____ Ängstlichkeit und Unsicherheit auf. Verbal habe sich die Beschwerdeführerin eher unbeholfen ausgedrückt. Ihr Verhalten habe teilweise kindlich-hilflos gewirkt und sie habe sich minderwertig gefühlt. Die Stimmung sei gedrückt und die emotionale Schwingungsfähigkeit herabgesetzt

gewesen. Psychomotorisch sei die Beschwerdeführerin bei Gesprächsbeginn unruhig und unfähig gewesen. Im Verlauf des Gesprächs hätten sich die Anspannung und die Unruhe gelöst. Es hätten Zukunftsängste und Insuffizienzgefühle bestanden. Eine Affektlabilität sei feststellbar gewesen. Die Beschwerdeführerin habe während des Gesprächs mehrmals geweint. Die Aufmerksamkeit und Konzentration hätten im Verlauf des Gesprächs abgenommen. Nach circa 70 Minuten sei die Beschwerdeführerin sichtlich erschöpft gewesen und habe dysphorisch-gereizt reagiert. Die Merkfähigkeit sei leicht reduziert gewesen. Gemäss ihren Angaben bestünden eine verlängerte Schlafdauer und ein Libidoverlust (Urk. 6/147/38).

Unter dem Titel „psychiatrische Beurteilung“ führte die begutachtende Psychiaterin aus, dass das Leben der Beschwerdeführerin von vielerlei Hürden geprägt gewesen sei. Sie habe als Kind um jeden Fortschritt kämpfen müssen und sei durch ihre Behinderung – die

Cerebralparese mit verschiedenen Einschränkungen – immer wieder gehänselt und gedemütigt worden. Ihre Mutter habe für sie gekämpft, sie aber auch für ihre Behinderung bestraft. Die Versicherte habe gelernt zu kämpfen und zu leisten. Sie sei immer auf ein wohlwollendes Umfeld angewiesen gewesen, um gut zu leben und zu arbeiten. Solange ihr eine gewisse Eigenständigkeit gestattet und sie mit Aufgaben nicht überfordert worden sei, sei sie in der Lage gewesen gut zu arbeiten. Beruflicher Druck habe zu vermehrtem Stress und zur Entwicklung depressiver Symptome geführt. Die letzte Episode sei durch den Hausarzt als depressive Symptomatik erkannt und mit einem Antidepressivum behandelt worden. Durch das Stoppen der Überforderung sei es nach einer gewissen Zeit zur Erholung und zum Rückgang der depressiven Symptome gekommen. Die depressive Symptomatik sei zum Explorationszeitpunkt jedoch nicht remittiert gewesen. Bei der Beschwerdeführerin bestehe der beispielhafte Verlauf einer Entwicklung, bei der eine handycapierte, aber voll funktionsfähige Person durch die Veränderung der Arbeitsumstände (z.B. Betriebsumstrukturierungen, Betriebsklima, etc.) in ihrer Funktionsfähigkeit zunehmend eingeschränkt worden sei. Die Basisbelastung durch die Problematik der Cerebralparese sei all gegenwärtig und schränke vor allem die emotionale Belastbarkeit stark ein, so dass sich Friktionen am Arbeitsplatz übermässig auswirken würden. Durch den Wegfall des Drucks am Arbeitsplatz in Kombination mit der antidepressiven Medikation sei es zum Rückgang der depressiven Symptomatik gekommen. Der Verlauf zeige, dass eine chronische Überbelastung der Versicherten mit einer gewissen Latenz zu einer Dekompensation mit depressiver Symptomatik führe (Urk. 6/147/38-39). Retrospektiv könne unter Berücksichtigung der psychiatrischen Vorberichte von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden (Urk. 6/147/38). Diese sei im Begutachtungszeitpunkt leicht- bis mittel schwer ausgeprägt gewesen (vgl. Urk. 6/147/43). 4.4.4

Im internistischen Fachgutachten (Urk. 6/147/10-16) erklärte Dr. med. K.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, dass aus internistischer Sicht kein invalidisierendes Leiden vorliege (Urk. 6/147/16). 4.4.5

Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter zusammenfassend fest, dass die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht Tätigkeiten, welche Beidhändigkeit erfordern und solche, welche mit längerem Stehen und Gehen verbunden seien, prinzipiell nicht zumutbar seien. Die rechte Hand könne nur als Hilfs hand eingesetzt werden. Wegen der sekundären orthopädischen Problematik im Bereich des Rückens seien auch körperlich schwere Tätigkeiten nicht möglich. Orthopädischerseits seien noch leichte Arbeiten mit der Möglichkeit eines regelmässigen Positionswechsels und unter Vermeidung von Bücken, Heben und Tragen von Lasten über 5 Kilogramm zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht dürfe eine Arbeits tätigkeit nicht verbunden sein mit grösserem Zeit- und Leistungsdruck. Eine ruhige Umgebung mit geringem Publikumsverkehr sei empfehlenswert. In einer derart angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin noch zu 30 % arbeits fähig. Die angestammte Tätigkeit als Telefonistin sei hingegen seit Dezember 2012 nicht mehr zumutbar, weil sie seit diesem Zeitpunkt das vorne beschriebene Anforderungsprofil nicht mehr erfülle. Im Vergleich zu Vorbeurteilungen seien die hier festgestellten Einschränkungen höher. Sie würden sich einerseits aus der 50%igen Einschränkung zusammensetzen, die auf die neurologische Problematik zurückzuführen sei, und andererseits kämen Einschränkungen aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht hinzu. Diese würden sich additiv auswirken (Urk. 6/147/44).

Mit Blick auf eine Veränderung der Gesundheitssituation hielten die Gutachter fest, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe. Einerseits hätten sich die sekundären orthopädischen Probleme verschlechtert. Andererseits habe sich die psychische Seite verschlechtert. In der angestammten Tätigkeit habe die Arbeitsunfähigkeit bis Dezember 2012 50 % betragen. Seit Dezember 2012 betrage sie 100 %. In einer leidensangepassten Tätigkeit habe die Arbeitsunfähigkeit bis Dezember 2012 50 %, vom Dezember 2012 bis zur Gutachtenerstellung im September 2014 100 %, und seit der Gutachtenerstellung im September 2014 70 % betragen. Im Haushalt würden sich hingegen die psychischen Einschränkungen kaum auswirken, da kein Zeit- und Leistungsdruck bestehe und die Beschwerdeführerin die Arbeiten frei einteilen könne. Die Einschränkung werde da auf 30 % geschätzt (vgl. Urk. 6/147/46-47). 4.5

Am 30. September 2014 erklärte der RAD-Neurologe med. pract. G.____, das polydisziplinäre Gutachten des

D.____ für ungenügend. Es bleibe unklar, warum in der angestammten Tätigkeit als Telefonistin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % bestünden. Die Beschwerdeführerin habe in der bisherigen Tätigkeit zuvor in einem 100%-Pensum gearbeitet. Die Cerebralparese habe zu keiner Arbeitsunfähigkeit geführt, weshalb die Arbeitsunfähigkeit nicht aufaddiert werden könne. Auslöser für die Arbeitsunfähigkeit seien eine Überlastung wegen anhaltender Kopfschmerzen und depressiver Reaktion gewesen. Auf diese Krankheitssituation sei in der gutachterlichen Diskussion überhaupt nicht eingegangen und der die Arbeitsunfähigkeit begründende Gesundheitszustand sei nicht nachvollziehbar diskutiert worden. Die D.____-Gutachter hätten sich dazu nochmals zu äussern (Urk. 6/149). 4.6

Mit Eingabe vom 9. Dezember 2014 (Urk. 6/154) nahmen die D.____-Gutachter zur Kritik des RAD-Neurologen med. pract. G.____ Stellung. Dessen Ausführungen seien allesamt unzutreffend. Die Cerebralparese habe zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt. Die Beschwerdeführerin beziehe deswegen schon seit Jahren eine halbe Invalidenrente. Die höhergradige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit habe sich aus der Summe der arbeitsrelevanten Diagnosen und deren gegenseitiger Beeinflussung ergeben, wobei vor allem das Hemisyndrom rechts zu nennen sei. Auf die Kopfschmerzen sei im Gutachten eingegangen worden. Die Arbeitsfähigkeitseinschätzung sei nachvollziehbar. Es entstehe der Eindruck, dass es sich bei diesen Rückfragen nicht um eine unvoreingenommene Auseinandersetzung mit der Problematik handle, sondern um den Ausdruck eines Nichteinverständnisses mit der Beurteilung. 4.7

In der Stellungnahme vom (Urk. 6/160/7-10) erklärte der RAD-Neurologe med. pract. G.____ im Wesentlichen, rentenauslösende r medizinische r Sachverhalt im Jahre 1994 sei neben der seit Kindheit bestehenden Cerebralparese auch eine damalige depressive Episode gewesen (vgl. Urk. 6/147/42). Sofern schon 1994 eine depressive Episode zur Begründung der Reduktion der Arbeitsfähigkeit herangezogen werde, vermöge die heute diagnostizierte depressive Episode leichten Grades allerdings nicht eine weitere Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit von 50 % auf 30 % zu begründen. Ausserdem sei die zur Arbeitsunfähigkeit führende Arbeitsplatzsituation bei der Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes nicht hinreichend beachtet worden. Es habe sich gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin um einen Arbeitsplatzkonflikt beziehungsweise eine Mobbingsituation gehandelt. Dass die Beschwerdeführerin bisher keine fachpsychiatrische Therapie in Anspruch genommen habe, unterstreiche die psychische Belastung im

Zusammenhang mit dem Arbeitsplatzkonflikt beziehungsweise der Mobbing-situation. Diese Faktoren seien als psychosozial und somit invaliditätsfremd zu betrachten. Ferner sei die von der begutachtenden Psychiaterin Dr. J.____ attestierte aktuell leicht- bis mittelgradige depressive Störung unter adäquater fachpsychiatrischer Therapie besserungsfähig. Letztlich könne den Ausführungen der D.____-Gutachter nach wie vor nicht entnommen werden, warum die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sein soll. Es liege – entgegen der Behauptung im Gutachten de s

D.____ – durchaus ein Arbeitsplatzbeschrieb de s letzten Arbeitgeber s (vgl. Urk. 6/128/15-16) vor. Weiter gebe die Beschwerdeführerin selbst an, dass die alleinige Tätigkeit als Telefonistin aus ihrer Sicht okay gewesen wäre. Erst die zusätzlichen Aufgaben hätten zur Überforderung geführt. Die bisherige langjährige Tätigkeit als Telefonistin (1994-2003 bzw. 2012) sei für die körperlich handicap ier te Beschwerdeführerin als am besten adaptiert anzu sehen und dort sei von einer unveränderten Arbeitsfähigkeit von 50 % auszu gehen. Insgesamt seien die Ausführungen der D.____-Gutachter zur Arbeitsun fähigkeit (100 % in angestammter und 70 % in angepasster Tätigkeit) aus Sicht des RAD nicht plausibel (Urk. 6/160/8-10). 5. 5.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung des aktu el len medizinischen Sachverhalts vom polydisziplinären Gutachten de s

D.____ vom 20. Mai 2014 abweichen durfte. 5.2

5.2.1

Die D.____-Fachgutachten vom 22. September 2014 basieren auf den Ergebnissen von einer früheren bildgebenden MRI-Untersuchung vom 15. Januar 2013 (vgl. Urk. 6/147/29) und von neuen Röntgenaufnahmen vom 20. August 2014 (vgl. Urk. 6/147/20), auf den neurologischen, orthopädischen, psychiatrischen und internistischen Untersuchungen zwischen dem 18. und 22. August 2014 (vgl. Urk. 6/147/1) und auf den zur Verfügung gestellten Vorakten (vgl. Urk. 6/147/4-8). Die Gutachter führten jeweils eine sorgfältige Anamnese- und Befunderhebung durch (Urk. 6/147/10-16, Urk. 6/147/17-21, Urk. 6/147/23-29, Urk. 6/147/33-38). Es wurde über die Tagesstruktur berichtet (Urk. 6/147/14, Urk. 6/147/37). Das Gesamtg utachten beantwortet d ie gestellten Fragen (Urk. 6/147/46-48). Überdies setzen sich die Gutachter mit (zum Teil) anderslau tenden früheren Beurteilungen auseinander (vgl. Urk. 6/147/22-23, Urk. 6/147/32, Urk. 6/147/39-40). 5.2.2

Zur somatischen Gesundheitssituation gilt es ferner festzuhalten, dass der begut achtende Neurologe Dr. H.____ gestützt auf die erhobenen Untersuchungsbe funde (vgl. Urk. 6/147/28-29) nachvollziehbar eine seit Kindheit bestehende Cerebralparese mit Hemihypothropie der rechten Körperseite und sensomoto rischem Hemisyndrom diagnostizierte (vgl. Urk. 6/147/30-32). Weiter stellte er in seiner Beurteilung (Urk. 6/147/30-32) die manifestierten Kopfschmerzen in schlüssiger Weise als psychosomatisches Symptom dar, das aufgrund der Umstände bestanden hatte und inzwischen verschwunden ist (vgl. Urk. 6/147/32). Vor diesem Hintergrund stellte er einleuchtend ein Belastbarkeitsprofil dar (vgl. Urk. 6/147/32-33), unter dessen Einhaltung die Beschwerdeführerin aus neurolo gische Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit – so wie es bereits in den letzten zwei Jahrzehnten der Fall war – nachgehen könne. Er tat auch nachvollziehbar dar, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht allein mit neurologischen Befunden begründet werden könne und dass Dr. F.____ eine solche unter Berücksichtigung

der psychischen Seite attestiert habe (vgl. Urk. 6/147/32). Nach dem Gesagten und angesichts der unveränderten neurologischen Situation (vgl. Urk. 6/147/32) erscheint eine aus neurologischen Gründen bestehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit als schlüssig und in sich stimmig.

Ausserdem diagnostizierte der begutachtende Orthopäde aufgrund der erhobenen Untersuchungsbefunde (vgl. Urk. 6/147/18-20)

in nachvollziehbarer Weise einerseits eine Bewegungseinschränkung des rechten Sprunggelenkes und andererseits ein chronisches vertebrales Lumbalsyndrom (vgl. Urk. 6/147/21). In Anbetracht der orthopädischen Beurteilung (vgl. Urk. 6/147/21-22) ist die aus orthopädischer Sicht dargestellte ergänzende Limitierung der körperlichen Belastbarkeit, in dem Sinne, dass noch leichte Tätigkeiten mit regelmässiger Wechselbelastung und unter Vermeidung von häufigem Bücken, Heben und Tragen von Lasten über fünf Kilogramm durchgeführt werden können (vgl. Urk. 6/147/22), schlüssig und nachvollziehbar dargetan. Insoweit ist das orthopädische Teilgutachten für sich einleuchtend.

Vor diesem Hintergrund erscheint es hingegen nicht nachvollziehbar, weshalb bei der konsensualen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die orthopädische Limitierung zusätzlich mit einer Erhöhung des Grades der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt wurde (vgl. Urk. 6/147/44). Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin mit dem Beruf als Telefonistin eine leichte Tätigkeit ausgeübt hat, welche kein häufiges Bücken, Heben und Tragen von Lasten über fünf Kilo beinhaltet, weil das Telefonieren und Bedienen des Computers solche Belastungen nach der all gemeinen Lebenserfahrung in der Regel nicht mit sich bringt. Wenn nun belastende Tätigkeiten ohnehin nicht mehr möglich sind, ist nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdeführerin aus orthopädischen Gründen in einer leichten Tätigkeit in graduellem Ausmass über die bestehende Beeinträchtigung von 50 % hin aus eingeschränkt sein soll. Hinzu kommt, dass der begutachtende Neurologe in seiner Einschätzung des Belastbarkeitsprofils nachvollziehbar festhält, dass eine über die 50%ige Arbeitsunfähigkeit hinausgehende Einschränkung allenfalls psychiatrisch begründet sei (vgl. Urk. 6/147/33). Ob eine psychische Einschränkung zu anerkennen ist, wird sich in den nachfolgenden Erwägungen 5.2.3 und 5.3 noch zeigen. Jedenfalls steht die Wortwahl des Neurologen einer zusätzlichen graduellen Einschränkung aus orthopädischen Gründen entgegen. Letztlich sind die orthopädischen Beeinträchtigungen gestützt auf die Angaben des begutachtenden Orthopäden Dr. I.____ auch besserungsfähig (vgl. Urk. 6/147/23). Mit einer medizinischen Trainingstherapie zur Kräftigung der beckenaufrichtenden Muskulatur und einer Reduktion des Körpergewichts kann funktionellen Auswirkungen des chronischen Lumbovertebralsyndroms entgegengewirkt werden. Insgesamt betrachtet erscheint es damit in Übereinstimmung mit der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 2) nicht als plausibel, aus somatisch-orthopädischer Sicht eine Beeinträchtigung anzuerkennen, die über die aus somatisch-neurologischen Gründen bestehende 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinausgeht.

Insgesamt erfüllen das neurologische Teilgutachten von Dr. H.____ (Urk. 6/147/23-33) und das orthopädische Fachgutachten von Dr. I.____ (Urk. 6/147/17-23) je für sich sämtliche von der Rechtsprechung verlangten Voraussetzungen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a). Sie überzeugen inhaltlich und stehen mit der ausführlichen RAD-Stellungnahme des RAD-Neurologen med. pract. G.____ (vgl. Urk. 6/160/6-10) im Einklang, was die Arbeitsunfähigkeit von 50 % betrifft (vgl. Urk.

6/160/10), beziehungsweise können von dieser nicht ernsthaft in Frage gestellt werden. So sind beispielsweise die RAD-ärztlich gewünschten weiterführenden Angaben zu den Kopfschmerzen (vgl. Urk. 6/147/10)

nicht erforderlich, weil sich aus den Akten ergibt, dass die Kopfschmerzen zurückgingen (vgl. Urk. 6/147/32) und sie damit nicht dauerhaft sind. Auf die beiden « somatischen Gutachten kann mithin abgestellt werden. Eine neue Abklärung ist trotz der Zeit von gut zwei Jahren und neun Monaten zwischen Gutachten und angefochtener Verfügung nicht erforderlich. 5.2.3

Zur psychischen Gesundheitssituation gilt es festzuhalten, dass die begutachtende Psychiaterin Dr. J. ___ in Anbetracht der erhobenen Untersuchungsbefunde (vgl. Urk. 6/147/38) und des Verlaufs der psychischen Beschwerden (vgl. Urk. 6/147/40) in medizinische Hinsicht nachvollziehbar eine gegenwärtig leicht- bis mittelgradige rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) diagnostizierte (vgl. Urk. 6/147/38). Daher – und aufgrund des vorne unter Erwägung 5.2.1 Gesagten erfüllt das psychiatrische D. ___-Gutachten grundsätzlich die praxisgemässen Kriterien betreffend den Beweiswert einer medizinischen Expertise (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a), was den Gesundheitszustand anbelangt. 5.3 5.3.1

In diesem Zusammenhang stellt sich nun die Rechtsfrage, ob die Beschwerdeführerin eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen zu Recht mit der Begründung ausgeschlossen hat, die depressive Symptomatik sei auf psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführen und daher invalidenversicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigen (vgl. Urk. 2). 5.3. 2

Rechtsprechungsgemäss ist zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 7

).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Die Kosten sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht verfügt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Procap Schweiz - 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 Bundesge

setzes 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 Grünig Steudler

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