

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00342 vom 11. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00342

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00342 du 11 mai 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00342 del 11 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1974 und Mutter von zwei Kindern (geb. 2005, 2007), reiste 2004 in die Schweiz ein und war 2015/16 für zwei Arbeitgeberinnen in der Reinigung tätig (Urk. 7/9 ff.). Bei der anfangs 2017 verbliebenen Arbeitsstelle von zirka vier Stunden in der Woche war sie seit 13. März 2017 krankheitshalber arbeitsunfähig geschrieben und bezog Krankentaggelder (Urk. 7/5). Am 25. Januar 2018 (Eingangsdatum) meldete sich X.____ unter Hinweis auf einen Bandscheibenvorfall bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen an (Urk. 7/3). Die IV-Stelle zog die Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 7/4-5, Urk. 7/13) und einen Auszug aus dem Individuellen Konto (Urk. 7/11) bei und holte bei der Arbeitgeberin (Arbeitsgeberbericht vom 7. Februar 2018, Urk. 7/10) sowie den behandelnden Ärzten auskünfte ein (Arztbericht von Dr. med. Y.____ vom 6. Mai 2018 [Urk. 7/14] und von Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Juli 2018 [Urk. 7/17]). Zu dieser Aktenlage nahm Dr. med. A.____, Facharzt für Chirurgie und Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), am 20. Juli 2018 Stellung (Urk. 7/20/4 f.). Mit Vorbescheid vom 11. Oktober 2018 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/21), wogegen X.____ mit Schreiben vom 26. Oktober 2018 (Urk. 7/22), ergänzt am 24. Januar 2019 unter Beilage einer Stellungnahme von Dr. Z.____ vom 11. Dezember 2018, (Urk. 7/29 f.) Einwand erhob. Nach erneuter Vorlage an ihren RAD und Ergänzung von Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, vom 1. März 2019 (Urk. 7/35/3 f.) verneinte die IV-Stelle wie vorbeschieden mit Verfügung vom 26. März 2019 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente (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). 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

), sondern dies erfordert die Anhandnahme

weiterer medizinischer Abklärungen zur Verifizierung oder zum Ausschluss der durch die behandelnden Ärzte gestellten Diagnosen und attestierten gesundheitsbedingten Einbussen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Angesichts dessen, dass eine Haushaltsabklärung angezeigt ist, die auch über die finanziellen Verhältnisse, die eheliche Aufgabenverteilung, die effektive Betreuung der Kinder und Betreuungsmöglichkeiten so wie die realen Arbeitsbemühungen der Beschwerdeführerin Erhebungen machen und so die Indizien für die Beurteilung des effektiven Umfangs der Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall zusammentragen sollte, ist eine Rückweisung zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin angebracht (E. 1.6). In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 26. März 2019 aufzuheben.

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.3.2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen

Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

E. 1.5

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein (BGE 115 V 111 E. 3d/ bb ; Maurer, Sozialversicherungsrecht, Bd. I, 2. unveränderte Aufl., Bern 1983, S. 438 Ziff. 7a). Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 133 E. 8a). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b).

E. 1.6

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 Ermessensentscheidungen 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

Hiergegen erhob X.____ mit Eingabe vom 13. März 2019 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen, insbesondere Eingliederungsmassnahmen und eine Rente (Urk. 1). Ihrer Beschwerde schriftlegte sie einen Kurzaustrittsbericht des Spitals C.____ vom 3. Mai 2019 über eine zweitägige Hospitalisation im Mai 2019 bei (Urk. 3). Mit Vernehmung vom 19. Juni 2019 (Urk. 6) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde unter Vorlage ihrer Akten (Urk. 7/1-45), was der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Dr. Y.____, welche die Beschwerdeführerin als Hausärztin betreut, diagnostizierte ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, mehrsegmentale degenerative Veränderungen der Diskussegmente mit Diskusprotrusion und Anulusruptur sowie eine Depression (seit 2017). Die rezidivierenden Rückenschmerzen im Lumbalbereich würden unter regelmässiger Physiotherapie und Analgesie behandelt, die Depression stehe im Rahmen der psychosozialen Belastungssituation und werde beim Psychiater Dr. Z.____ behandelt. Die Beschwerdeführerin sei generell nicht belastbar, weder körperlich noch psychisch. Sie sei vom 27. März bis 24. Oktober 2017 zu 100% arbeitsunfähig. Eine angepasste Tätigkeit sei ihr pro Tag maximal zu zwei Stunden zumutbar, im Haushalt bestehe eine Einschränkung

von 50-70% (Urk. 7/14). Nicht zur Arbeitsfähigkeit äusseren sich die Ärzte der Rehaklinik

Dr.____, wo sich die Beschwerdeführerin vom 19. Juni bis 15. Juli 2017 zur muskuloskelettalen Rehabilitation aufhielt, worunter eine leichte Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit verzeichnet wurde (Urk. 7/4/7-8).

E. 2.2

Dr. Z.____, welcher die Beschwerdeführerin seit September 2017 monatlich ein bis zwei Mal therapiert, attestierte ihr seit Behandlungsbeginn eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gestützt auf die Diagnosen einer depressiven Störung, schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Die Befundlage schildert e

Dr. Z.____ wie folgt: die Beschwerdeführerin sei in reduziertem Ernährungs- und Allgemeinzustand, bewusstseinswach und -klar, in allen Qualitäten voll orientiert, die Mimik und Gestik seien reduziert und verarmt, die Psychomotorik verlangsamt und gemindert, die Stimmungslage bedrückt, traurig und depressiv. Emotional sei die Beschwerdeführerin nur unzureichend schwingungsfähig. Es bestehe ein Mangel an Schwung, Initiative und Spontanität, im Antrieb wirke die Beschwerdeführerin gehemmt und verlangsamt, das formale Denken sei verlangsamt, gehemmt und teilweise umständlich. Die inhaltlichen Gedanken seien durch Angst, Hilflosigkeit, Resignation und Insuffizienzgefühle geprägt, die Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit seien reduziert. Es bestünden Wertlosigkeitsgefühle, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Störung der Vitalität und verschiedene Schmerzen. Die Urteils- und Kritikfähigkeit seien eingeschränkt. Hinweise auf psychotische Zustände, Halluzinationen oder Ich-Störungen bestünden nicht. Es lägen unterschiedliche Schmerzen vor, die hier als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bezeichnet werden könnten. Die Störungen würden negativ beeinflusst durch die Chronifizierung, ein geringes Allgemeinwissen, eine geringe Introspektionsfähigkeit, eine geringe Resilienz, geringe Ressourcen, vielfältige widrige Umstände und eine geringe Motivation der Beschwerdeführerin zur Therapie. Ressourcen bestünden nicht. Gemäss dem Ratingbogen des Mini-ACF-APP sei die Beschwerdeführerin in allen Fähigkeiten erheblich bis voll ausgeprägt eingeschränkt, ausser der nur mässig eingeschränkten Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Fähigkeit zu r

engen dyadischen Beziehung und in der Selbstpflege und Selbstversorgung. Einzige die Mobilität und Verkehrsfähigkeit sei nur leichtgradig beeinträchtigt (Urk. 7/17).

E. 2.3

Dr. S. B.____ und A.____ vom RAD wiesen in ihrer Stellungnahme vom 1. März 2019 darauf hin, dass die zwei Berichte von Dr. Z.____ von Dezember 2017 (zu Händen der Krankentaggeldversicherung, Urk. 7/4/11-13) und Juli 2018 (E. 2.2) keine Veränderung, sondern wortwörtlich denselben Psychostatus enthielten; ferner sei eine schwere depressive Symptomatik nicht vereinbar mit nur 1-2 Terminen pro Monat und dem Fehlen einer stationären Behandlung. Eine Chronifizierung könne bei nicht adäquater Behandlung nicht nachvollzogen werden und eine geringe Motivation zur Therapie spreche in erster Linie gegen einen Leidensdruck. Das Mini-ICF-APP umschreibe nicht klar nachvollziehbare Einschränkungen, ohne Beispiele zu nennen. Eine voll ausgeprägte Beeinträchtigung und wü

rde beispielsweise bedeuten, dass der betroffene Mensch nicht mehr fähig wäre, ohne Betreuung zu leben, wohingegen hier die wenig beeinträchtigte Mobilität und Verkehrsfähigkeit auffalle. Insgesamt bestehe der Verdacht, dass keine derart schwere depressive Symptomatik vorliege wie angegeben. Die Herleitung der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren überzeuge aus verschiedenen (näher ausgeführten) Gründen nicht. Der von der Krankentaggeldversicherung zugezogene Arzt, der den Arztbericht des behandelnden Dr. Z.____ nur gelesen und aufgrund dessen zur attestierten Arbeitsunfähigkeit kurz Stellung genommen habe, vermöge den Standpunkt von Dr. Z.____ nicht zu stützen (Urk. 7/3 5/3 ff.).

Ferner führte RAD-Arzt Dr. A.____ am 20. Juli 2018 aus, die therapeutischen Optionen seien aus somatischer Sicht sicher noch nicht vollständig ausgereizt. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe bei Erkrankungen der Lendenwirbelsäule eine verminderte Belastbarkeit für regelmässiges mittelschweres und schweres Heben, Tragen und Transportieren von Lasten, für Arbeiten mit Überstreckbelastung der Wirbelsäule über Kopf- und Schulterhöhe, auf Leitern und Gerüsten, für ausschliesslich stehende Tätigkeiten, für häufiges Bücken und Arbeiten in vorgeneigter Körperposition sowie für Tätigkeiten in körperlichen Zwangshaltungen. Leichte (angepasste) Tätigkeiten in Wechselbelastung unter Ausschluss ungünstiger Witterungsbedingungen, auch mit gelegentlichem Heben, Tragen und Transportieren von Lasten bis max. 10 kg körpernah, ohne Verharren in Zwangshaltungen, seien medizinisch theoretisch zumutbar. Im Vordergrund stehe die psychische Symptomatik (Urk. 7/20/4).

E. 2.4

In erwerblicher Hinsicht ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin nach fünf Jahren Schulbesuch keine Berufsausbildung absolvierte. Vom 16. Dezember 2014 bis am 31. Dezember 2016 arbeitete sie als Mitarbeiterin der Unterhaltsreinigung für die E.____ AG (Urk. 7/9/1), nach eigenen Angaben in einem Pensum von 10 % (Urk. 7/3/6). Teilweise parallel dazu reinigte sie seit Juli 2016 zu ca. 4 Stunden die Woche in Privathaushalten für die Putzfrauenagentur F.____

GmbH (Urk. 7/10, Urk. 7/5), was einem zusätzlichen Pensum von knapp 10 % entsprach. Insgesamt erzielte die Beschwerdeführerin in gemäss IK-Auszug in den Jahren 2015 und 2016 Erwerbseinkommen von Fr. 3'696.-- und Fr. 4'637.-- (Fr. 2'979.-- +

Fr. 1'658.--), ansonsten zahlte sie als Nichterwerbstätige Beiträge (Urk. 7/11). Ihr Ehemann soll eine ganze Invalidenrente beziehen (Urk. 7/3/4).

E. 2.5

Gestützt hierauf kam die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass die vom Psychiater gestellten Diagnosen weder plausibel noch nachvollziehbar seien. Es mangle an einem nachvollziehbar begründeten psychischen Leiden und zudem sei die fachärztliche Therapie nicht ausreichend. Ein IV-relevantes Leiden sei daher zu verneinen (Urk. 7/20/5).

Angesichts des medizinischen Belastungsprofils und der unregelmässig erzielten Erwerbseinkommen sei davon auszugehen, dass langfristig keine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit vorliege. Wegen mangelnder Ausbildung und fehlender Berufserfahrung seien auch die Voraussetzungen für berufliche Massnahmen nicht erfüllt (Urk. 2). Die Beschwerdegegnerin qualifizierte sie als teilzeitlich Erwerbstätige, zu zirka 25 % im Erwerbsbereich und zu 75 % im Aufgabenbereich Haushalt und Kinderbetreuung tätig (

Urk. 7/35). Eine Abklärung der Einschränkungen im Aufgabenbereich erfolgte nach Lage der Akten nicht.

E. 3

Den Ärzten des RAD ist darin beizupflichten, dass die Berichte der behandelnden Ärzte hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosen und insbesondere der attestierten Einschränkungen im Erwerbs- wie im Haushaltsbereich aus somatischer und psychiatrischer Sicht in keiner Weise überzeugen. Um Wiederholungen zu vermeiden, kann auf ihre Stellungnahmen verwiesen werden (E. 2.3). Ferner klammert insbesondere Dr. Z.____ die offensichtlichen, teilweise von ihm selbst aufgeführten psychosozialen Umstände (Migrationshintergrund, spärliche schulische und keine berufliche Ausbildung, keine Berufserfahrung, mangelnde Sprachkenntnisse, berenteter, nichterwerbstätiger Ehemann, Versorgung zweier Kinder) vom krankheitswertigen Unvermögen, einer erwerblichen Tätigkeit nachzugehen, nicht aus. Ein Tagesablauf oder die

häuslichen und aussererwerblichen Tätigkeiten der Beschwerdeführerin werden nicht dargelegt und angesichts der - von Dr. Z.____ explizit erwähnt - geringen Motivation zur Therapie ist von fehlendem Leistungsdruck auszugehen, wobei nicht dargelegt wird, ob und inwieweit dies krankheitsbedingt ist. Angesichts des bislang geringen erwerblichen Umfangs - nach Lage der vorliegenden Akten war die Beschwerdeführerin während weniger Monate maximal zu 20 % erwerbstätig (E. 2.4) - und der nachvollziehbaren Beurteilung der somatisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. A.____

ist zu vermuten, dass die gesundheitsbedingte Erwerbsunfähigkeit nicht für einen Rentenanspruch ausreicht. Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass die Hausärztin eine 50-70%ige Einschränkung im Haushaltsbereich attestierte (E.

2.1), wenn auch unbegründet, und ein Haushaltsabklärungsbericht fehlt. Die Schlussfolgerung solcher

unzulänglicher medizinischer Aktenlage kann angesichts der Untersuchungsmaxime (E. 1.5) jedoch nicht der Ausschluss einer Krankheit im Sinne von Art.

E. 4

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Wyss - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

E. 4.1

Da die vorliegende Streitigkeit um IV-Leistungen handelt, ist das Verfahren abweichend 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.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind sie auf Fr. 600.- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 4.2

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 vertretene Beschwerdeführerin in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Diese ist ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer) und in Berücksichtigung des not wendigen Aufwandes ermessensweise auf Fr. 1'500.- festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 26. März 2019 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Leistungsanspruch verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

E. 5

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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