

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00380 vom 7. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00380

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00380 du 7 décembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00380 del 7 dicembre 2019

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 betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommens ver gleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditäts grad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE

130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen 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, wa rum 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 ge stellten 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 psy chischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Dar legung 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

.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Res sourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleich baren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidens druck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 1 5. März 2018 E. 7.4). 2.

E. 2

8. Mai 2019 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 1 8. April 2019 sei aufzuheben und es sei ihr rückwirkend eine Rente der Invalidenversicherung auszurichten. Eventualiter sei der medizinische Sachverhalt erneut abzuklären, insbesondere durch Anordnung einer neuen Be gut achtung. In prozessualer Hinsicht stellte die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S.

2). Mit Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2019 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Verfügung vom 9. Juli 2019 wurde das Gesuch der

Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung bewilligt und ihr Kenntnis von der Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin gegeben (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Leistungsbegehrens mit Blick auf das Gutachten der A.____ damit, dass die ausgewiesene Diagnose aus rechtlicher Sicht keine länger andauernde oder bleibende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin habe. Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche Arbeitsunfähigkeit könne nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Indikatorenprüfung ein stimmiges Gesamtbild (Einschränkungen in allen Lebensbereichen) zeige. Diese Voraussetzung sei vorliegend nicht erfüllt. Unter diesen Umständen seien weitere Abklärungen bezüglich Qualifikation nicht angezeigt

(Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin lässt dagegen zusammengefasst vorbringen, gemäss dem Gutachten der A.____ vom 2. April 2017 sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage ausgewiesen, welche zur Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit führe. Es bestehe vorliegend kein Anlass beziehungsweise für den Rechtsanwender kein Spielraum, von den Einschätzungen der Gutachter abzuweichen (Urk. 1 S. 9).

Im Übrigen sei sie nicht als teil-, sondern als voller werbstätig zu qualifizieren, da sie ohne die gesundheitliche Beeinträchtigung einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachgehen müsste (Urk. 1 S.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin in den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat.

Dazu ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin bereits am 1. Februar 2010 ein Leistungsgesuch eingereicht hatte (Urk. 7/1). Nachdem sie in ihrer angestammten Tätigkeit wieder die volle Arbeitsfähigkeit erlangt hatte, verneinte die Beschwerdegegnerin am 4. März 2011 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen (Arbeitsvermittlung) mit der Begründung, die Beschwerdeführerin sei rentenausschliessend eingegliedert (Urk.

7/15). Wegen neuerlicher Arbeitsunfähigkeit meldete sie sich am 25. November 2014 abermals zum Leistungsbezug an (Urk. 7/18). Aufgrund dieser Ausgangslage ist das erneute Leistungsgesuch nicht als Neuanmeldung, sondern gleich wie eine erstmalige Anmeldung zu behandeln (Urteil des Bundesgerichts 8C_876/2017 vom 15. Mai 2018 E. 4.1 mit Hinweisen). 3.

3.1

Aus dem Austrittsbericht der B.____ vom 16. Juli

2014

(Urk. 7/37), wo die Beschwerdeführerin vom 13. März

2014 bis 11. Juli

2014 stationär behandelt wurde, ergeben sich im Wesentlichen die folgenden Diagnosen (Urk. 7/37/ 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Verdacht auf Neurofibromatose (Typ I, Status nach mehrfachen Tumorsektionen bei rezidivierenden Neurofibromen [submammär links, hinter linkem Ohr]); aktuell multiple Neurofibrome, mögliches Freckling der Haut - Verdacht auf Schmerzmittelabusus - Verdacht auf Schwannom am Nervus facialis rechts

Die Berichtersteller führten aus, die Beschwerdeführerin sei anfangs ängstlich und gehemmt erschienen, wenn auch immer wieder beobachtet worden sei, dass sie Ressourcen habe, sie

sich diese aber nicht habe zugänglich machen können. Insbesondere die soziokulturellen Aspekte seien von Bedeutung. Die Beschwerdeführerin sei zweifach arrangierte Ehen eingegangen, habe den Sohn aus erster Ehe nicht in die Schweiz mitnehmen dürfen und sei nach ihren eigenen Angaben als zweifach geschiedene Frau in ihrer ländlichen Heimat in der Türkei zudem eine geächtete Frau (Urk. 7/37/ 8). Der Austritt sei auf Wunsch der Beschwerdeführerin erfolgt, dies in insgesamt deutlich gebessertem Zustand (Urk. 7/37/ 9). In sozialer Hinsicht

werde der Beschwerdeführerin unter anderem empfohlen, wieder eine Beschäftigung aufzunehmen (Urk.7/37/ 10). 3.2

Aus dem Bericht des C.____ vom 19. Januar 2015 (Urk. 7/33 /6-9), wo die Beschwerdeführerin seit 9. März 2014 in Behandlung steht (Urk. 7/33/1), ergeben sich als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), ein Verdacht auf Neurofibromatose und ein Schwannom am Nervus Facialis sowie eine Störung durch Tabak (ICD-10 F17.2) und eine Adipositas (ICD-10 E66.0; Urk. 7/33/7). Die Beschwerdeführerin sei zur Zeit 100 % arbeitsunfähig. Es bestehe die Gefahr einer Chronifizierung des Erschöpfungszustandes und der damit verbundenen Depression (Urk. 7/33/ 8). 3.3

Aus dem Bericht der dermatologischen Klinik des D.____ vom 6. März 2015 (Urk. 7/41) ergeben sich die bereits bekannten Diagnosen eines Verdachts auf Neurofibromatose Typ I und eines Schwannoms; klinisch seien ein Naevus

Spilus

gluteal, Lentiginos mit segmentaler Anordnung thorakal links, multiple Neurofibrome, aber keine Café-au-lait-Flecken festgestellt worden (Urk. 7/41/ 1). 3.4

Den Berichten von Dr. med. E.____, Oberarzt an der Klinik für Neurochirurgie des D.____, vom 23. März 2015 und 17. Juni 2015 (Urk. 7/38) sind

eine hochgradige Verdachtsdiagnose eines Hämangioms (Urk. 7/38/ 5), ein Status nach mehrfacher Exzision von Neurofibromen und MR-diagnostisch ein Empty Sella mit liquorbetonten Optikuscheiden mit möglicher benigner intrakranieller Hypertension bei chronischen Kopfschmerzen zu entnehmen. Die Patientin berichtet, aktuell keine Medikamente einzunehmen,

ausser für die Kopf schmerzen (Urk. 7/38/ 1). Weiter wurde ein Tinnitus auf der rechten Seite in Form eines Rauschens erwähnt (Urk. 7/38/ 1). Dieser stehe für die Patientin im Vordergrund (Urk. 7/38/ 5). 3.5.

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin ,

Dr. med. F.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,

stellte mit Bericht vom 15. Dezember 2015 (Urk. 7/50 vgl. auch Urk. 7/64) die bereits bekannten Diagnosen (Urk. 7/50/ 1). Die Beschwerdeführerin sei seit 27. Mai 2013 bis auf weiteres in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/50/ 2). Bezüglich zumutbarer angepasster Tätigkeiten verwies er auf die Beurteilung des C.____ (Urk. 7/50/ 3). 3.6

Aus dem Bericht der Chirurgischen Klinik des G.____ vom 19. Juli 2016 (Urk. 7/66) ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin am 21. März 2016 bei einem Unfall eine bimalleoläre Luxationsfraktur mit Abriss des Volk mann-Fragments links erlitt, die mit einer Plattenosteosynthese lateraler Malleolus , Plattenosteosynthese Volkmann-Fragment und Zuggurtung medialer Malleolus

links versorgt wurde (Urk. 7/66/ 1). Die berichtende Oberärztin erachtete die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft zur Zeit

als nicht ausübbar , es sei jedoch damit zu rechnen , dass diese ab 1. Oktober 2016 wieder zu 100 % aufgenommen werden könne (Urk. 7/66/ 3). 3.7

3.7.1

Dem polymedizinischen Gutachten der A.____ vom 26. April 2017 (Urk. 7/81) ist als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung (ICD-10 F32) zu entnehmen , unvollständig remittiert, manifestiert spätestens 2014 in schwergradiger Form, aktuell aufgrund von Inkonsistenzen nicht ganz klar einzuordnen, am ehesten als mittelgradig zu bezeichnen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden im Wesentlichen eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F 54), ein Verdacht auf Neurofibromatose Typ I und eine Adipositas genannt (Urk. 7/81/18 f.). 3.7.2

Im Rahmen der Begutachtung durch Dr. med. H.____ , Facharzt für Neurologie , berichtete die Beschwerdeführerin , sie habe täglich Schwindel und starke Kopfschmerzen, die wegen der starken Schmerzmittel, die sie nehme , nicht so schlimm seien. Aktuell habe sie sich den Fuss gebrochen, da sie wegen Schwindels auf der Treppe zwei Stufen hinuntergestürzt sei. Die Schmerzen im linken Fuss seien so stark, dass alles andere in den Hintergrund trete. Da sie nun wegen dieser Fussverletzung immer in der gleichen Position liegen müsse, habe sie auch Rückenschmerzen, die sie vorher nie gehabt habe (Urk. 7/81/10).

Dr. H.____ führte aus, es hätten sich keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen lassen. (Urk. 7/81/14).

Bei der Bestimmung der Medikamentenspiegel seien die Befunde für Trittico und Lyrica zwar geringfügig unter dem Normalwert gewesen, doch lasse sich daraus seiner Ansicht nach keine signifikante Aussage hinsichtlich der Therapieadhärenz treffen . Aus rein somatisch-neurologischer Sicht bestehe in der angestammten und auch in einer Verweiskategorie keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/81/15) . 3.7.3

Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seiner Teilexpertise fest, dass sich auf allgemein-internistischem Fachgebiet keine IV-relevanten Diagnosen oder entsprechende Funktionseinbußen ergäben. Die bestehende Adipositas habe keine IV-Relevanz.

Im Rahmen des allgemein-internistischen Teilgutachtens hätten sich sodann keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation ergeben (Urk. 7/81/40). 3.7.4

Anlässlich der psychiatrischen Exploration durch Dr. med.

J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab die Beschwerdeführerin an, sie sei unglücklich, unzufrieden und habe keine Freude am Leben. Es sei ihr egal, ob sie lebe oder sterbe, oft habe sie an Selbsttötung gedacht, bei ihnen sei dies jedoch eine grosse Sünde. Sie habe keine Lust und leide unter Schwindel. Befragt nach Zukunftsvorstellungen habe sie ausgeführt, dass sie gar keine habe. Befragt nach Schmerzen habe sie erklärt, sie habe jeden Tag Kopfschmerzen, im Moment allerstärkste; die Kopfschmerzen würden sie töten (Urk. 7/81/50 f.).

Die Interaktion mit der Beschwerdeführerin war laut Dr. J.____

von Logorrhoe geprägt. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin gepflegt erschienen, wenn auch adipös,

mit körperbetonter Kleidung. Ihre Mimik sei expressiv und lebhaft gewesen, es habe kein durchgängiger depressiver Habitus bestanden (Urk.

7/81/55). Sie habe sich zum Begutachtungszeitpunkt in einem wachen, bewusstseinsklaren, in allen Qualitäten sicher orientierten Geisteszustand befunden. Die Auffassung sei ohne Befund, die Konzentration im Gespräch ebenso, im Test unglaublich gestört. Das Denken sei geordnet, eher beschleunigt, eingengt auf das erlebte Leid und das ungerechte Schicksal (Urk.7/81/56). In der Untersuchung habe sich kein Hinweis auf Sinnestäuschungen ergeben, auf explizite

Nachfrage habe die Beschwerdeführerin jedoch von Erscheinungen berichtet (Urk. 7/81/56 f.). Weiter habe eine ausgeprägte Störung der Vitalgefühle bestanden. Die Beschwerdeführerin sei teilweise deprimiert, nicht hoffnungslos, aber über weite Abschnitte dysphorisch gewesen. In der Untersuchung sei sie klagsam, teilweise leicht jammrig

gewesen, es habe eine leichte Affektlabilität bestanden. Der Antrieb sei gehemmt, das Sprach- und Kommunikationsbedürfnis gesteigert, motorisch sei sie nicht unruhig gewesen. Teilweise sei die Beschwerdeführerin theatralisch gewesen. In der Anamnese bestünden Hinweise auf Ein- und Durchschlafstörungen, in der Untersuchung habe jedoch keine Müdigkeit in krankheitsrelevantem Ausmass beobachtet werden können. Auch der in der Anamnese aufgeführte soziale Rückzug sei in der Untersuchung nicht zu erkennen gewesen (Urk. 7/81/57).

Der Gutachter wies darauf hin, dass sich Diskrepanzen zwischen den berichteten und den präsentierten Symptomen der Beschwerdeführerin ergäben. Sie berichte, keinen Menschen mehr sehen zu wollen, habe jedoch auf die Dolmetscherin eingeredet und sei während der Untersuchung kaum zu bremsen gewesen. In der Beschwerdeschilderung würden immer wieder Widersprüche auftauchen. Die Compliance bezüglich der Medikamente scheinbar schwierig zu sein. Eine Bereitschaft zur Veränderung sei nicht erkennbar. Auch seien die

Konsistenzparameter nach Widder teilweise positiv. Letztlich würden auch angemessene Therapiemassnahmen fehlen. Simulation könne nicht nachgewiesen werden, auch nicht Dissimulation, es würden sich jedoch Hinweise auf Aggravation ergeben. Zudem seien die Antworttendenzen hinsichtlich der Beschwerden

auffällig, es würden umso mehr Beschwerden genannt, je mehr erfragt würden. Spezifische Fragen beantwortete die Beschwerdeführerin undifferenziert, teilweise bejahe sie auch widersprüchlich formulierte Aussagen, ein Plausibilisieren sei dann meist nicht möglich (Urk. 7/81/59 f.).

Es bestünden Zeichen der Symptomausweitung (übermässig schwieriges Aufstehen), aber auch übermässig starke Symptombeschreibung (Kopfschmerz tötet mich). Auch liege eine reduzierte Leistungsbereitschaft vor. S ehe man den Tagesablauf, müsse von Selbstlimitierung gesprochen werden. Eine Malakoplaxie und eine final ausgerichtete Entschädigungshaltung seien nicht auszuschliessen. Dekonditionierung sei klar gegeben, verbunden mit übertriebenem Schonverhalten und einem Verharren in der Krankenrolle. Ein Krankheitsgewinn sei nicht auszuschliessen (Urk. 7/81/62 f.).

Dem psychopathologischen Befund seien Hinweise auf ein aktuelles Depressionsgeschehen zu entnehmen. Im Bericht der B.____ vom 16. Juli 2014 werde zwar die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung genannt, es fänden sich jedoch keine Hinweise, wieso die Störung rezidivierend sein sollte. Verwiesen werde auch auf zahlreiche psychosoziale Faktoren. Es werde von einer deutlichen Besserung während des stationären Aufenthalts berichtet, von Therapieresistenz könne also nicht ausgegangen werden (Urk. 7/81/61).

Angesichts der depressiven Störung könnten nur Arbeiten ohne besonders hohe Konzentrationsanforderungen, ohne besondere Lärmbelastung, ohne störende Lichtverhältnisse, ohne ständigen Kontakt zu Menschen, ohne Kundenkontakt, und mit vermehrter Pausenmöglichkeit ausgeübt werden. Es sei aufgrund des Berichts der B.____ vom Juli 2014 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% seit Antragsstellung, spätestens aber seit Anfang 2014 auszugehen. Danach sei eine deutliche Besserung eingetreten, so dass ab August 2015 von einer etwa 50%igen Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit sowie für die bisherige Tätigkeit, sollte diese den genannten Anforderungen entsprechen, auszugehen sei.

Zwei Monate später scheine eine Verschlechterung eingetreten zu sein, daher sei ab 2015 bis zum Untersuchungszeitpunkt von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von zwei Dritteln für eine den genannten Anforderungen angepasste Tätigkeit auszugehen. Unter Ausnutzung des therapeutischen Systems hätte jedoch eine deutliche Verbesserung und damit eine Arbeitsunfähigkeit von nicht mehr als einem Drittel erreicht werden können, dies sei auch jetzt noch möglich (Urk. 7/81/68). 3.7.5

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zur Auffassung, dass aus neurologischer und allgemein-internistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 0% und aus psychiatrischer Sicht von August bis Dezember 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 50%, sowie von 2015 bis zum Untersuchungszeitpunkt eine solche von 66% bestehe, dies in der angestammten sowie

einer Verweistätigkeit. Bei Ausnutzung des therapeutischen Systems unter Beibehaltung eines konsequenten Therapieregimes ab 2015 wäre die Arbeitsfähigkeit ab 2015 um nicht

mehr als 33 % eingeschränkt gewesen (Urk. 7/81/27). 3.8

Dr. med. K.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie , und Dr. phil. L.____ , Klinischer Psychologe und Supervisor, beide vom C.____ , führ t en am 22. Oktober 2018 in ihrer Stellungnahme zum psychiatrischen Teil des A.____ - Gutachten s

(Urk. 3/4) aus,

sie seien diagnostisch mit dem Gutachter betreffend die Depression einer Meinung , dieser übersehe jedoch die deutlichen Panikattacken (ICD-10 F41.0) , welche ebenfalls einen grossen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Insgesamt gingen die Fachleute des C.____ nach bisher 145 Sitzungen weder von einer Aggravation noch von Unklarheiten aus, im Gegenteil handle es sich um eine nachvollziehbar hilfsbedürftige Patientin mit einer 100% igen Arbeits unfähigkeit bis heute (Urk. 3/4 S. 2). 4.

4.1

Die Beschwerdeführerin stützte sich zur Begründung der angefochtenen Verfügung in erster Linie auf das polydisziplinäre A.____ -Gutachten, weshalb vorab dar auf einzugehen ist .

Die Expertise basiert auf umfassenden neurologischen, allgemein-internistischen, sowie psychiatrischen Abklärungen und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 7/81/5 ff.). Die Beschwerdeführerin konnte gegenüber den einzelnen Sachverständigen ihre aktuellen Beschwerden ausführlich schildern und wurde von diesen jeweils - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt. Sie konnte sich insbesondere auch zu verschiedenen Themenkomplexen wie dem beruflichen Werdegang, der familiären Situation sowie dem gewöhnlichen Tagesablauf äussern (Urk. 7/81/10, 7/81/12 , 7/81/34 ff. , 7/81/50 ff.). Die geklagten Leiden fanden sodann im Zuge der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und nachvollziehbar erläutert wurden (Urk. 7/81/15 , 7/81/40 , 7/81/65). Ausserdem erfolgte eine Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 7/81/65) . Insgesamt erfüllt das A.____ -Gutachten somit die formellen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1. 4). 4.2

4.2.1

Während die im Gutachten dokumentierten Diagnosen - auch in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten (Urk. 3/4 , Urk. 7/37, Urk. 7/38)

- zu Recht zwischen den Parteien grundsätzlich unbestritten sind

(Urk. 1 S. 3, Urk. 2 S.

1) , besteht Uneinigkeit bezüglich der Frage, ob die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit eingeschränkt ist. Während die Beschwerdeführerin die von Dr. J.____ attestierte Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit auf der Grundlage einer von ihr durchgeführten Indikatorenprüfung nicht anerkennt

und davon ausgeht, dass es sich aus rechtlicher Sicht um einen nicht invalidisierenden Gesundheitsschaden handelt (Urk. 2 S. 2) , vertritt die Beschwerdeführerin den Standpunkt, auf die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters könne abgestellt werden (Urk. 1 S. 9) . Zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdeführerin bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu Recht vom psychiatrischen Gutachten von Dr. J.____ abweicht.

Dabei obliegt es den Rechtsanwendern, mithin dem Gericht, im Rahmen der Beweiswürdigung zu überprüfen, ob ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der massgebenden Indikatoren (vorstehend E. 1.5.2) schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 9C_194/2017 vom 29. Januar 2018 E. 6.2). 4.2.2

In der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist zum Komplex «Gesundheitsschädigung»

vorab darauf hinzuweisen, dass der psychiatrische Teilgutachter Hinweise auf Aggravation feststellte, jedoch keine weiteren Ausführungen bezüglich deren Anteil an den Einschränkungen der Beschwerdeführerin machte. Da er jedoch trotzdem auf einen insgesamt durchaus schweren Befund schloss (Urk. 7/81/62), im interdisziplinären Konsens keine wesentlichen Anzeichen von Aggravation festgestellt werden konnten

(Urk. 7/81/22) und

die behandelnden Ärzte

eine Aggravation klar verneinten (Urk. 3/4), ist nicht davon auszugehen, dass die Leistungseinschränkung eindeutig überwiegend auf Aggravation beruht.

Da mit ist die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

f.).

E. 015

vom 29. Januar 2016 E. 4.1) von vornherein ausgeschlossen.

Die Gutachten diagnostizieren eine unvollständig remittierte depressive Störung (ICD10-F32), manifestiert spätestens 2014 in schwergradiger Form, aktuell aufgrund von Inkonsistenzen nicht klar einzuordnen, am ehesten als mittelgradig zu bezeichnen (Urk. 7/81/67).

Die erwähnten Inkonsistenzen zeigten sich dabei insbesondere darin, dass die Interaktion mit der Beschwerdeführerin in und vor der Untersuchung von Logorrhoe geprägt gewesen sei, sodann habe sie sich

lebhaft, mit expressiver Mimik und Gestik und ohne durchgängigen depressiven Habitus präsentiert (Urk. 7/81/55). Darüber hinaus stellte der begutachtende Psychiater Hinweise auf Aggravation, Symptomausweitung und übermässig starke Symptombeschreibung, reduzierte Leistungsbereitschaft und Selbstlimitierung fest (Urk. 7/81/62).

Ferner schilderte er auffällige Antworttendenzen hinsichtlich der Beschwerden, es würden umso mehr Beschwerden genannt, je mehr erfragt würden. Spezifische Fragen beantwortete die Beschwerdeführerin undifferenziert, teilweise bejahte sie auch widersprüchlich formulierte Aussagen, ein Plausibilisieren war

dann meist nicht möglich (Urk. 7/81/60). Der Gutachter erhob teilweise positive Konsistenzparameter nach Widder, etwa eine wechselhafte und unpräzise ausweichende Schilderung von Beschwerden, aber auch des Krankheitsverlaufs und Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnестischen Informationen (etwa im Vergleich mit dem Bericht der B.____ von 2014, in dem eine Besetzung während des stationären Aufenthalts festgehalten wurde; Urk. 7/81/59). Eine final ausgerichtete Entschädigungshaltung konnte der Gutachter nicht abschliessen, zumal die Beschwerdeführerin an anderen Orten angegeben habe, ihre Familie in der Türkei finanzieren zu müssen (Urk. 7/81/62).

Andererseits führte Dr. J.____ jedoch auch aus, dass die Beschwerdeführerin teilweise deprimiert und über weite Abschnitte dysphorisch gewesen sei. Sie habe ausgeprägte Insuffizienzgefühle gezeigt und ihr Antrieb sei gehemmt gewesen (Urk. 7/81/57). Leidensdruck sei in der Untersuchung durchaus sichtbar gewesen (Urk. 7/81/59). Es handle sich um eine echte psychische Störung, diese werde jedoch auch durch psychosoziale Faktoren (Familie in Türkei versorgen müssen, schwierige Ausgangssituation mit zweifacher Scheidung und fehlender Integration), aufrechterhalten (Urk. 7/81/66).

Auch in Auseinandersetzung mit den weiteren medizinischen Unterlagen müsse von einer depressiven Störung ausgegangen werden, wenngleich keine Hinweise auf rezidivierende depressive Episoden bestünden (Urk. 7/81/61).

Der psychiatrische Teilgutachter erachtete die Befunde insgesamt zwar als durchaus schwer (Urk. 7/81/66), wies jedoch darauf hin, dass der « Punctum

maximum » der depressiven Störung im Jahre 2014 mit einer schweren depressiven Störung erreicht worden sei. Angesichts der seither eingetretenen - wenn auch nicht vollständigen - Remission des Störungsbildes, der nicht besonders stark ausgeprägten

ausgewiesenen objektiven Befunde

und der zahlreichen aufgeführten Inkonsistenzen ist jedoch höchstens

von einem mittelgradigen, wenn nicht sogar lediglich von einem leichten Schweregrad auszugehen. Daran ändern auch die somatischen Befunde nichts, denn die Gutachter schrieben sowohl der Adipositas als auch der - im Rahmen einer blossen Verdachtsdiagnose genannten -

Neuro fibromatose keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu. 4.2.3

Zum Indikator

« Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz » ist fest zu halten, dass sich die Beschwerdeführerin seit der Hospitalisation in der B. ____

wöchentlich in psychologische Behandlung im C. ____ begibt (Urk. 7/81/55 ; vgl. dazu auch Urk. 7/50/8) sowie Medikamente einnimmt (Urk. 7/81/51) . Die Beschwerdeführerin hätte jedoch gemäss Dr. J. ____ schon längst wieder stationär therapiert werden müssen, mit einem soziotherapeutischen Nachsorgesystem, also unter anderem Tagesklinik und Aufrechterhaltung von Tagesstrukturen (Urk. 7/81/66).

Entlastende Psychotherapeuten gespräche würden nicht ausreichen, um die Beschwerdeführerin wieder einzugliedern, die Behandlung sei daher angesichts des Verlaufs als nicht suffizient zu bezeichnen (Urk. 7/81/67). Im Rahmen des stationären Aufenthalts im Jahr 2014 sei sodann eine deutliche Verbesserung eingetreten, diese habe jedoch mit der ambulanten Behandlung nicht gehalten oder fortgeführt werden können (Urk. 7/81/62). Letztlich würden angemessene Therapiemassnahmen fehlen (Urk. 7/81/59). Die Compliance bezüglich Medikamenten sei kritisch einzuschätzen, überhaupt der Zugang zur Therapie. Die Psychotherapie werde verstanden als Ort zur Dokumentation des Leidens, nicht aber als Instrument zur Veränderung der Situation (Urk. 7/81/63).

Eine massgebliche Behandlungsresistenz im Sinne des Scheiterns einer indizierten und legitim durchgeführten Therapie ist daher nicht auszuweisen.

Bezüglich der Möglichkeit einer Wiedereingliederung führte der Gutachter aus, dass eine Bereitschaft zur Veränderung überhaupt nicht erkennbar sei, von neuen Berufen und Tätigkeitsfeldern wolle die Beschwerdeführerin nichts wissen. Ihr subjektives Leistungskonzept heisse, dass sie ein unglückliches Leben gehabt habe und nichts mehr machen könne, wie sie es auch mehrfach explizit formuliert habe . Dementsprechend sei keine intrinsische Leistungsmotivation (Urk. 7/81/59) beziehungsweise kein typischer Wille zur Wiedereingliederung auf Seiten der Beschwerdeführerin erkennbar (Urk. 7/81/67). 4.2.4

In Bezug auf den Indikator «Komorbiditäten» ist zu bemerken, dass keine rechtlich bedeutsamen Komorbiditäten vorliegen .

Die ebenfalls diagnostizierte dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54) wie auch die somatischen Beschwerden bleiben ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/81/67) . 4.2.5

Was die im Komplex «Persönlichkeit»

zu prüfenden Merkmale (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktion) anbelangt, gilt es zu beachten, dass keine Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne vorliegt . Dementsprechend erwog der Gutachter

auffällige Persönlichkeitszüge, in der Untersuchung dominierend in leicht histrionischer Form (Urk. 7/81/68) . Dem Gutachten von Dr. J. ____

ist ferner zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin sich in einem wachen, bewusstseinsklaren, in allen Qualitäten sicher orientierten Geisteszustand befunden habe. Ihr Denken sei geordnet, nicht gehemmt, sondern eher beschleunigt gewesen, eingengt auf

das erlebte Leid und das ungerechte Schicksal. Die Auffassung und Konzentration seien im Gespräch unauffällig, im Test unglaubwürdig gestört gewesen (Urk. 7/81/56). Insgesamt sind aufgrund der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin keine Ressourcen mehr an den Faktoren ersichtlich. 4.2.6

Zum sozialen Lebenskontext ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zweifach geschieden ist und einen erwachsenen Sohn aus erster Ehe hat, der in der Türkei lebt (Urk. 7/81/47 f.). Zur Zeit lebt sie mit einer Mitbewohnerin zusammen, die ihr vom Sozialdienst zugewiesen worden sei, diese möge sie nicht (Urk. 7/81/52). Die Beschwerdeführerin schildert laut Gutachten zwar einerseits ein psychosozial von Restriktion geprägtes Leben und sich selbst als sehr desintegriert,

andererseits scheine ein gewisses Netz vorhanden zu sein. So sei sie von einem sehr freundlichen und sehr umgänglichen Landsmann zum Untersuchungstermin gebracht worden, der sich sehr um sie kümmere (Urk. 7/81/60)

und über dessen Sorgen und Nöte im Scheidungsverfahren sie berichten könne (Urk. 7/81/59). Sie habe eine enge Beziehung zum Sohn, wöchentliche Kontakte zur Schwester und eine Freundin, mit der sie über alles sprechen könne. Ferner gehe sie regelmässig zu einer Psychologin, deren Handynummer sie auch habe und die gemäss der Beschwerdeführerin alles für sie tun würde (Urk. 7/81/64). Insgesamt ist sie in erheblicher Krankheit scheinbar sozialer Rückzug vor diesem Hintergrund nicht ausgewiesen, die Beschwerdeführerin verfügt zumindest über ein gewisses

soziales Netz, welches als eine begünstigende Ressource angesehen werden kann. 4.2.7

In Bezug auf die beweisrechtlich entscheidende

Kategorie «Konsistenz» ist vorab auf die schon mehrfach erwähnten Inkonsistenzen, Diskrepanzen sowie aggravatorischen Tendenzen zu verweisen. Gemäss psychiatrischem Gutachter kann nicht sicher beurteilt werden, ob eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen vorliegt, da die Aussagen der Beschwerdeführerin auch diesbezüglich zahlreiche Inkonsistenzen enthielten (Urk. 7/81/64). Die Beschwerdeführerin war wenig bereit, ihren Tagesablauf zu schildern, verlor sich im Allgemeinen, die Antworten auf Rückfragen waren meist unbefriedigend und vage. Inkonsistent waren auch die Ausführungen der Beschwerdeführerin zu ihrem Sozialleben. Sie gebe an, das Haus nie zu verlassen, lasse sich aber von einem überaus freundlichen und zuvorkommenden Mann zur Begutachtung bringen (Urk. 7/81/59). Bezüglich Freizeitaktivitäten gab die Beschwerdeführerin zwar an, keine Lust auf Hobbies zu haben, nannte

jedoch auf die Frage, ob sie vormals Hobbies gehabt habe, keine und ergänzte, sie könne sowieso nichts machen (Urk. 7/81/54).

Bei den Haushaltarbeiten hilft ihr offenbar die Nachbarin (Urk. 7/81/37), inzwischen lässt sie sich nach eigener Darstellung auch durch die Spitex unterstützen (Urk. 1 S. 8). Ein variables Funktionsniveau zeigt sich auch darin, dass es der Beschwerdeführerin gelungen ist, anlässlich der Hochzeit ihres Sohnes die finanziellen Ressourcen für eine Türkeireise zu organisieren und diese auch durchzuführen (Urk. 7/81/67).

Was den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck angeht, ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Beschwerdeführerin wöchentlich eine Psychologin aufsucht und zudem Medikamente einnimmt, wenn auch im Vergleich zum

stationären Aufenthalt in deutlich reduzierter Dosis (Urk. 7/81/65) . Gemäss Gutachter scheint die Compliance bezüglich der Medikation jedoch schwierig (Urk. 7/81/59) beziehungsweise explizit mässig zu sein (Urk. 7/81/62) , dies bestätigt e sich auch anhand der anlässlich des Gutachtens erhobenen Medikamentenspiegel, die sich geringfügig unter dem Normwert befinden (Urk. 7/81/15). Eine Malkooperation sei nicht auszuschliessen. Die psychotherapeutischen Sitzungen würden nur als Entlastung verstanden (Urk. 7/81/62). Auch werden wie bereits erwähnt relevante therapeutische Optionen nicht in Anspruch genommen, insbesondere eine Behandlung in einer Tagesklinik, wie sie der Beschwerdeführerin mehrfach empfohlen worden sei (Urk. 7/81/63) .

Aus diesem Missverhältnis zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der beanspruchten therapeutischen Hilfe kann auf einen nicht allzu hohen Leidensdruck geschlossen werden .

4.2.8

Zusammenfassend handelt es sich bei der diagnostizierten depressiven Störung weder um ein schweres, therapieresistentes Leiden, noch liegen namhafte Komorbiditäten oder Persönlichkeitsmerkmale vor, die sich ressourcenhemmend auswirken. Des Weiteren ist ein soziales Netz vorhanden, welches für die Beschwerdeführerin in stützende Ressourcen bereithält . Gegen einen erheblichen Leidensdruck sprechen auch die Inkonsistenzen im Aktivitätsniveau und die Selbstlimitierung sowie der Umstand, dass die medikamentöse Therapie nach dem stationären Aufenthalt stark reduziert und andere zumutbare Therapieoptionen nicht genutzt wurden , obwohl (auch) gemäss psychiatrischem Gutachter unter der Voraussetzung von Motivation und Änderungs- und Leistungsbereitschaft der Beschwerdeführerin mit einer relevanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen wäre (Urk. 7/81/66) . Auch die zahlreichen Inkonsistenzen in der Schilderung der Beschwerden und des Krankheitsverlaufs sowie das Verhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchung lassen nicht auf ein invalidenversicherungsrechtlich massgebendes Leiden schliessen.

4.3

Nach dem Gesagten ist in Würdigung der massgebenden Standardindikatoren mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein invalidisierender Gesundheitsschaden auszuweisen.

Da der psychiatrische Gutachter der A. ___ den genannten Aspekten beziehungsweise Indikatoren bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht nachvollziehbar genügend Rechnung getragen hat, erscheint die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit

nicht als begründet. Es besteht folglich Anlass, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen und von keiner relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt damit nicht vor. Folglich hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mit der angefochtenen Verfügung vom 18. April 2019 (Urk. 2) zu Recht verneint. Da es anhand der Aktenlage möglich war, die erforderliche Prüfung der Standardindikatoren vorzunehmen, ist im Übrigen entgegen dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin von weiteren medizinischen Abklärungen abzusehen, da von diesen keine anderen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3).

Da die angefochtene Verfügung somit nicht zu beanstanden ist, ist die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 5.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, in Folge der ihr gewährten unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 8) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Die Beschwerdeführerin ist auf §

E. 16

Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

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