

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01160 vom 20. Februar 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-02-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.01160

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01160 du 20 février 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01160 del 20 febbraio 2015

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des

Bundesgesetz es über den All ge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfä higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezü gerin 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 sächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch 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 1 1. Mai 2009 E.

E. 1.2

und I 212/03 vom 28. Augus t 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Aus wirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesund heitszu stan des auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisi onsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurtei lung einer anspruchserheblichen Ände rung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Ein spracheent scheid, welche oder welcher auf einer mate riellen Prüfung des Ren tenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsab klä rung , Beweiswürdigung und Invaliditäts be messung 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. 1 mit Hin weisen).

E. 1.3

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 des Bundesgesetz es über die In va li den versicherung (IVG) frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Gel tend machung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühes tens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der An spruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 2 2 IVG beanspruchen kann (Abs. 2). Die Rente wird vom Beginn des Mo nats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3). Beträgt der Invali di tätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Ver si cherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Diese Voraussetzung ist auch von Ange hörigen zu erfüllen, für die eine Leistung beansprucht wird (Abs. 4) . 1. 4

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme

Schmerz störung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprä gung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankun gen ; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder pro gredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiese ner sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeu tisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich miss glückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krank heitsgewinn ; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungser gebnis

trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Be handlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und geschei terte Rehabilita tions massnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenan strengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Krite rien zutreffen und je aus geprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – aus nahms weise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zu sammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

0. Mai 2009 bei einem Invaliditätsgrad von

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere das Gutachten der MEDAS vom 18. Dezember 2012 (Urk. 10/72), davon aus, dass die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben könne. Eine angepasste Tätigkeit sei ihr jedoch zu 100 % zumutbar. Es sei keine Verschlechterung eingetreten.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin bestritt beschwerdeweise (Urk. 1) die von der Beschwerdegegnerin angenommene volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und machte geltend,

sie sei voll arbeitsunfähig, und den Ausführungen im Gutachten könne nicht gefolgt und zugestimmt werden. Die Diagnose einer depressiven Verstimmung könne sehr wohl gestellt werden. Dies festzustellen könne diagnostisch Schwierigkeiten bereiten, da die Gutachter die Beschwerdeführerin nur kurz gesehen hätten und sie unter schwerer medikamentöser Psychotherapie stehe (S. 2 Punkt 1). Alleine schon die Intensivierung und häufige Änderung der medikamentösen Therapie zeige eine Zustandsverschlechterung. Eine medizinisch nachvollziehbare Zustandsverschlechterung spiegle sich objektiv auch in den einzelnen schlechter werdenden MRI-Befunden wieder. Ein negatives Leistungsprofil ergebe sich sehr wohl aus objektivierbaren Befunden (S. 2).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob und allenfalls in welchem Ausmass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 20. Mai 2009

verändert haben. 3. 3.1

Im interdisziplinären Gutachten des Zentrums Z.____

vom 2. Mai 2008 (Urk. 10/22) stellten Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. B.____, Facharzt für Innere Medizin, Chefarzt, Dr. med. C.____, Fachärztin für physikalische Medizin und Rehabilitation, Stellvertretende Chefarztin und

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, Gutachter, folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30 Ziff. 6.1): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte (S. 30 f. Ziff. 6.2): - chronisches Schmerzsyndrom des rechten mehr als des linken Kniegelenks - chronisches cervikocephales und cervikospondylogenes

Schmerzsyndrom

- Verdacht auf Panikstörung - metabolisches Syndrom

Die Beschwerdeführerin klagt über andauernde, pulsierende Nackenschmerzen mit Ausbreitung in den Schultergürtel beidseits sowie in den Hinterkopf. Daneben habe sie ausgeprägte Knieschmerzen beidseits rechtsbetont beschrieben, die ausdauernd, teils stechend, teils dumpf seien und in den rechten Unterschenkel bis in die rechte Fusssohle

ausstrahlen würden. Zudem mache sie sich Sorgen um ihre und die Gesundheit ihres psychisch kranken Sohnes; ferner leide sie an einer ausgeprägte Müdigkeit, Energie- und Freudlosigkeit, einer soziale Isolation und diffuse n Ängsten (S. 33 f. Ziff. 7.3).

Anlässlich der internistischen Untersuchung habe sich eine übergewichtige und kardiopulmonal kompensierte Beschwerdeführerin in einem guten Allgemein zustand gezeigt. Der internistische Status sei bis auf eine arterielle Hypertonie unauffällig. Aus internistischer Sicht lasse sich aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen (S. 34 oben Ziff. 7.3).

Bei der rheumatologischen Untersuchung des rechten Kniegelenks habe eine erhebliche Selbstlimitation und Inkonsistenz imponiert. So seien die demonstrierten Beschwerden und die teilweise massive Bewegungsverminderung im Bereich des rechten Kniegelenks im demonstrierten Ausmass nicht plausibel. Im Bereich der rechten unteren Extremität habe die Beschwerdeführerin über sehr starke, topographisch weit ausgeprägte Ruheschmerzen geklagt; das Schmerz muster sei undifferenziert, teilweise seien die Beschwerden ohne Bewegung beziehungsweise Aktivität angegeben worden. In diesem Bereich habe sie über vorsichtige Bewegungen, eine starke, abnorme Haltung, eine häufige Schmerz mimik und verbale Schmerzäusserungen demonstriert. Zudem sei es zu übertriebenen Abwehrbewegungen bei der klinischen Untersuchung gekommen. Bildgebend würden sich abgesehen von einer initialen

Femoropatellararthrose und einer initialen medialen Gonarthrose rechts keine wesentlichen, über das altersentsprechende Mass hinausgehende degenerative Veränderungen zeigen (S. 34 unten Ziff. 7.3). Insbesondere fänden sich auch keine Hinweise für entzündliche beziehungsweise destruktive Prozesse (S. 34 f. Ziff. 7.3). Aus rheumatologischer Sicht lasse sich zusammengefasst kein die Arbeitsfähigkeit limitierender Gesundheitsschaden formulieren. Sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (S. 35 oben Ziff. 7.3).

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe sich eine meist weinende Beschwerdeführerin gezeigt. Es liege eine depressive Grundstimmung vor. Die Beschwerdeschilderungen hätten einen appellativen Charakter und seien teilweise dramatisierend. Es werde eine Tendenz zur Aggravation deutlich. Ein Leidensdruck sei dabei nur stellenweise spürbar, die Beschwerdeführerin wirke bei der Beschwerdeschilderung nicht durchwegs authentisch. Die Kriterien zur Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien bei der Beschwerdeführerin erfüllt. Es zeigten sich Hinweise auf relevante innerseelische Konflikte und psychosoziale Belastungsfaktoren (Erkrankung des Sohnes, Arbeitslosigkeit des Ehemannes, fehlendes Einkommen der Beschwerdeführerin) und

Auffälligkeiten beim emotionalen Erleben, respektive bei der affektiven Schwingungsfähigkeit. Unter Einbezug der Forester-Kriterien lasse sich zwar keine auffällige prämorbid Persönlichkeitsstruktur beziehungsweise -entwicklung oder eine schwere psychiatrische Komorbidität eruieren; es seien lediglich Hinweise auf eine Panikstörung mit episodisch auftretenden Angstattacken (etwa zweimal die Woche) vorhanden (S. 35 Mitte Ziff. 7.3). Ferner sei ein Verlust der sozialen Integration (sozialer Rückzug, Verlust persönlicher Interessen) zu erkennen. Bis her seien noch nicht alle denkbaren Behandlungsoptionen ausgeschöpft. Zum Beispiel wäre eine stationär-psychiatrische Behandlung möglich. Es lägen aber sicher unbefriedigende Behandlungsmassnahmen trotz

kon sequenter Rehabili tationsmassnahmen und Therapien vor . Die F oe rster-Kriterien wu rden von der Beschwerdefu hrerin weitgehend erf u llt. Demzufolge sei sie aus psychiatrischer Sicht sowohl in der angestammten T atigkeit als Reinigungskraft als auch in einer angepassten T atigkeit zu 30 % arbeitsunf ahig (S. 35 unten Ziff. 7.3). Im Haushalt lasse sich aktuell keine Einschr ankung der Arbeitsf ahig keit recht fer ti gen (S. 38 Ziff. 8.5).
3.2

Gest u tzt auf dieses Gutachten verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verf u gung vom 20. Mai 2009 in Anwendung der gemischten Methode einen Leistungs an spruch der Beschwerdefu hrerin, was das hiesige Gericht mit Urteil vom 14. Febru ar 2011 best atigte.
4. 4.1

Dr. med. E.____ , Facharzt f u r Rheumatologie, Oberarzt, Spital F.____ , nannte in seinem Bericht vom 1 6. Juni 2011 (Urk. 10/52/5-8) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsf ahigkeit (S. 1) : - Complex regional pain

syndrome (CRPS) I nach MI-Osteotomie nach Kr amer August 2009 bei Hallux valgus -D eformit at (fecit

Dr. Y.____) - symptomatische Gonarthrose und Femoropatellararthrose beidseits rechts betont

- Status nach

arthroskopischer Innen- und Aussenteilmeniskektomie beidseits und bikale Sektion am 1 4. April 2005 rechts - Status nach Re-Arthros k opie mit Nachresektion im medialen Menis kushinterho rn bereich Knie rechts am 0 8. September 20 05 - c hronisches cervikospondylogenes Syndrom der unteren Halswirbels au le (HWS) beidseits - Chondrose und Diskusprot rusion C5/6 ohne Kontakt zur Nerv enwur zel (MRI HWS vom 1 7. Februar 20 09) - K opf protraktion , Hyperkyphose am cervikot horakalen U bergang - c hronisches lumbospondylogenes Syndrom bei degenerativen Ver ande run gen lumbal rechtsbetont - thorakal linkskonvexe Skoliose - myofaszi ales Syndrom - Periarthropathia

humeroscapularis (PHS)

tendopathica rechts bei Im ping e mentsymptomatik - Verdacht auf Partialruptur M. supraspinatus , AC-Gelenksarthrose (Arthro -MR I Schulter rechts vom 1 9. Februar 2009) - Status nach Infiltration des AC-Gelenkes und der B ur sa subacromialis rechts letztmals am 1 7. Mai 2011 - a nhaltende somatoforme Schmerzst orung und Verdacht auf Panikst orung

- behandelte reaktive Depression

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsf ahigkeit nannte e r (S. 1 un ten) : - metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ 2 unter OAD, art erielle Hypertonie, Adipositas

Er fu hrte aus , dass die Beschwerdefu hrerin durch die multiplen chronischen Schmerzen sowohl beim Gehen als auch beim B u cken und Anheben von Ge genst anden u ber Schulterho he eingeschr ankt sei (Ziff. 1.7) . In der zuletzt aus gef u hrten T atigkeit als Reinigungsfachfrau bestehe seit dem Sturz im Jahr 2006 eine volle Arbeitsunf ahigkeit (Ziff. 1.6) . Grunds atzlich sei eine leichte vorwie gend sitzende T atigkeit mit M o glichkeit zum Positionswechsel zu mindest teil weise m o glich (Arbeitsf ahigkeit zirka 50 %) .

Aufgrund der bereits lang andauernden Arbeitsunfähigkeit mit multiplen Beschwerdelokalisationen sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei die Arbeitsfähigkeit beziehungsweise das Belastungsprofil nur im Rahmen eines Gutachtens detailliert beurteilbar (S. 4

Ziff. 1.9) . 4.2

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 25. Mai 2012 (Urk. 10/66/6-7) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit November 2003 (Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1) : - chronisches Schmerzsyndrom mit symptomatischen und psychischen Faktoren - chronisches cervikales spondylogenes Syndrom, Status nach

Distorsions trauma nach Treppensturz - Paravertebralsyndrom - chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und leichter Skoliose - PHS tendopathica rechts, mit Impingementsyndrom - symptomatische Gonarthrosen

beidseits - metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus unter oralen Antidiabetika - Hypertonie - Adipositas - Somatisierungstendenz und Panikstörung, Verdacht auf reaktive Depression

Dr. G.____ führte aus, dass die Beschwerdeführerin seit März 2006 zu 100

% arbeitsunfähig sei (Ziff. 1.6). Bei Belastung bestünden starke Schmerzen im Bereich des gesamten Bewegungsapparates, die Beschwerdeführerin sei psychisch ebenfalls massiv eingeschränkt. Dr. G.____ erachtete die bisherige Tätigkeit als nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7). 4.3

Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatriezentrum

I.____, führte in ihrem Bericht vom 1. Februar 2012 (Urk. 10/91/3-4) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin seit August 2006, und nannte

als psychiatrische Diagnosen (S. 1) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Die Beschwerdeführerin sei aufgrund des somatischen Gesundheitszustands, des bisherigen Behandlungsverlaufs im ambulanten Rahmen sowie der chronifizierten psychiatrischen Erkrankung aktuell, mittel- und auch langfristig zu 100 % arbeitsunfähig. Der psychische Zustand habe sich zusehends verschlechtert, sie sei nicht einmal mehr in der Lage, die anfallenden Arbeiten im Haushalt zu erledigen und sei auf die Unterstützung des Ehemannes angewiesen (S. 2). Behandlungen fanden alle 4 bis 6 Wochen statt. 4.4

Im Gutachten der MEDAS vom 18. Dezember 2012 (Urk. 10/72/1-70) stellten Dr. med. Dipl.-Psych. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. L.____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 49 oben) : -

multifokales Schmerzsyndrom - Gonarthrose beidseits - Status nach arthroskopischer

Teilmeniskektomie medial und lateral und Plica Resektion Knie rechts April 2005 - Status nach Rearthroskopie mit Nachresektion medialer Meniskus rechtes Knie September 2005 - Status nach Kontusion Knie beidseits März 2006 (Status nach arthroskopischer medialer

Teilmeniskektomie links 23. Januar 2012) - p anvertebrales Schmerzsyndrom, cervikal und lumbal betont bei - Wirbelsäulenfehlform/Wirbelsäulenfehlhaltung (linkskonvexe Torsions skoliose lumbal, muskuläre Dysbalance) - degenerativen Veränderungen (Chondrose mit Protrusion C5/6, Spondylose LWS rechtsseitig betont, vor allem L3/4 magnetresonanztomographisch

1. Juni 20

E. 7

% einen Leistungsanspruch (Urk. 10/39). Die dagegen von der Versicherten am 22. Juni 2009 erhobene Beschwerde (Urk. 10/40/3-11) wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich im Verfahren IV.2009.00604 mit Urteil vom 14. Februar 2011 ab (Urk. 10/48).

E. 9

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 13. Februar 2014 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 11

). Am 27. Februar 2014 reichte die Versicherte eine weitere Stellungnahme ein (Urk. 12), welche der Beschwerdegegnerin am 4. März 2014 zur Kenntnisnahme zugestellt wurde (Urk. 14).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 12

exzentrische Diskushernie L3/4 rechts) - PHS tendopathica

/

Impingementsymptomatik rechtsbetont beider Schultern mit/ bei - AC - Arthrose rechts, degenerativen Veränderungen Rotatorenmanschette rechts

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte folgende Diagnosen (S. 49 unten): - Opiatabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F12.25) - Benzodiazepin-Niedrigdosisabhängigkeit (ICD-10 F13.80) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Diabetes mellitus, Typ 2 - Status nach Commotio cerebri März 2006 - Status nach M1-Osteotomie wegen Hallux valgus 20. August 2009 mit postoperativem Morbus

Sudeck

Seitens der Fachgebiete Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 49

Mitte).

Bei zum Teil kooperationsbedingt eingeschränkter Prüfbarkeit seien aus rheumatologisch-internistischer Sicht keine radikulären Reizphänomene oder motorische Ausfallerscheinungen festgestellt worden. Die angegebenen sensiblen Störungen hätten topographisch-anatomisch keiner neuralen Struktur zugeordnet werden können. Bei einem Status nach Hallux

valgus Operation links be stünde zurzeit klinisch kein Hinweis für eine Algodystrophie . Die Fibromyalgie -Punkte wie auch die Kontrollpunkte seien allesamt positiv gewesen. Vordergründig scheine es sich um ein multilokuläres Schmerzsyndrom zu handeln (S. 61 unten).

Eine panvertebrale Schmerzproblematik, apikal und basal betont , verstärke diese Problematik durch etwas über das Alter hinausgehende degenerative Veränderungen vor allem lumbal. Die Schmerzhaftigkeit sei jedoch nicht allein durch die morphologischen und degenerativen Veränderungen, auch jene der Kniegelenke, erklärbar (S. 62 oben).

Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bleibe ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit . Aus psychiatrischer Sicht könne von einer Überwindbarkeit der Schmerzsymptomatik ausgegangen werden. Der Beschwerdeführerin gelänge es bei ausreichen der Willensanstrengung , die Schmerzen zu überwinden und länger zielgerichtete Aktivitäten durchzuführen, wie beispielsweise die von ihr beschriebenen Spaziergänge, Besuche im Altersheim sowie Ferienreisen nach Mazedonien. Die therapeutischen Möglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. Von einer Intensivierung und insbesondere adäquaten Durchführung der psychiatrischen Therapie

könne eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik erwartet werden (S. 54 unten) .

Im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung seien die Symptome einer depressiven Störung nicht erfüllt gewesen. Insbesondere eine anhaltende depressive Beeinträchtigung, eine erhebliche Einschränkung des Antriebes sowie eine Beeinträchtigung der kognitiven Störungen könne nicht bestätigt werden. Unter Berücksichtigung der fehlenden Motivation der Beschwerdeführerin , bei den Testuntersuchungen und neuropsychologischen Abklärungen mitzuwirken, bestehe eine klare Tendenz zur Aggravation. Auch ein erheblicher Leidensdruck könne nicht im nachvollziehbaren Ausmass objektiviert werden. Trotz des subjektiv beschriebenen Leidensdrucks zeige die Explorandin keine Motivation für die Intensivierung einer Behandlung. Eine depressive Verstimmung könne nicht ausgeschlossen werden, ein eigenständiger Krankheitswert könne dieser jedoch nicht beigemessen werden (S. 53) . Es seien keine psychiatrischen Störungen festgestellt worden, die eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit begründen würden (S. 64 Ziff. 2).

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 10/72/71-120) wurde zudem festgehalten , dass die Explorandin über Einkäufe und Spaziergänge, tägliche Besuche im Altersheim (S. 33 oben) , jährliche Ferienfahrten nach Mazedonien, jährliche Besuche des Bruders in Bern

sowie tägliche Telefonate mit der Schwester und den Schwiegertöchtern berichtete (S. 34 unten) . Im Zusammenhang mit der chronischen Schmerzstörung führte der Gutachter zudem aus , dass bei der Beschwerdeführerin

emotionale Konflikte im Zusammenhang mit der nicht gelösten Trauerarbeit nach dem Tod der Mutter und des psychischen Gesundheitszustand des Sohnes bestünden , über welche sie eine Kommunikation verweigere. Gemäss Beurteilung des Gutachters seien keine Anhaltspunkte ersichtlich, weshalb diese Konflikte therapeutisch nicht mehr angebar sein sollen (S. 38 Mitte, S. 44 oben) . Die bisherigen Behandlungsergebnisse seien nicht unbefriedigend, sondern nicht adäquat. Alternative Behandlungskonzepte seien trotz sechsjähriger psychiatrischer Behandlung ohne Besserung nicht versucht worden. Die

niedrigere qualifizierte Gesprächsbehandlung führe hauptsächlich eine Psychiatrie - Pflegefachfrau

durch (S.

44 Mitte). Von einer Intensivierung und insbesondere adäquater Durchführung einer psychiatrischen Therapie könne eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik erwartet werden (S. 44 unten).

In der neuropsychologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine ungenügende Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft gezeigt und in allen Symptomvalidierungsaufgaben auffällige Ergebnisse erreicht. Sie habe in allen getesteten kognitiven Leistungsbereichen unter der Norm liegende Resultate erzielt. Die meisten Ergebnisse seien weit unter den zu erwartenden Werten und weitestgehend nicht plausibel oder inkonsistent gewesen. Selbst einfache Aufgaben, welche von schwer dementen Patienten korrekt gelöst werden könnten, seien ihr nicht gelungen. Die Gutachter hielten dazu zusammenfassend fest, dass die festgestellten Leistungen in keiner Art und Weise mit einer vor sechs Jahren erlittenen leichten traumatischen Hirnverletzung vereinbar seien (S. 56 f.). Eine objektivierbare hirnorganische Funktionsstörung liege nicht vor (S.

64 Ziff. 2).

Aus neurologischer Sicht lasse sich die den ganzen Körper betreffende Schmerzsymptomatik keinem neurologischen Krankheitsbild zuordnen. Die angegebenen Sensibilitätsminderungen beziehungsweise –

ausfälle seien organisch nicht erklärbar. Die Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 58).

Die bisherige Tätigkeit sei aus interdisziplinärer Sicht nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien körperlich leichte, wechselbelastende, jedoch vorwiegend sitzend auszuführende Arbeiten mit Gewichtsbelastung bis 7.5 kg bei ausgeglichenem Raumklima in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden an 5 Tagen der Woche ohne dabei verminderte Leistungsfähigkeit. Ausgeschlossen seien Tätigkeiten mit Positionsmonotonien, Zwangshaltungen sowie repetitive Überkopfarbeiten. Aus versicherungspsychiatrischer, internistischer und neurologischer Sicht ergebe sich kein zu begründendes besonderes Tätigkeitsprofil (S. 63 oben). 4.5

In seinem Bericht vom 19. April 2013 (Urk. 10/88) nannte Dr. G.____ (vorstehend E. 4.2) folgende Diagnosen: - chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren - chronisches Panvertebralsyndrom, insbesondere cervikospindylogenes Syndrom und lumbospindylogenes Syndrom bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule - Polyarthrose, insbesondere Gonarthrose und Retropatellearthrose beidseits - metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie und Adipositas - reaktive Depression und Panikstörung

Dazu führte er aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein sehr komplexes Beschwerdebild. Schmerzen seitens des Bewegungsapparates stünden im Vordergrund. Ausser der Adipositas seien die übrigen Beschwerden beherrschbar. Es bestehe eine sehr schwierige familiäre Situation, und er erachte sie als sicher nicht mehr arbeitsfähig (S. 1). 4.6

Dr. H.____, Psychiatriezentrum I.____ (vorstehend E.

4.3), berichtete am 23. April 2013 (Urk. 3/7) von einer schwergradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.2). Im Übrigen entspricht der Bericht demjenigen vom 1. Februar 2012. 4.7

Die MEDAS-Gutachter nahmen zu den nach Erstellung des Gutachtens eingegangenen medizinischen Unterlagen mit Bericht vom 30. Juli 2013

Stellung (Urk. 10/95).

In psychiatrischer Hinsicht führten die Gutachter aus, dass mit dem gleichen Befundstatus eine Zustandsverschlechterung begründet werde, ohne die Kriterien des ICD-10 zu berücksichtigen. Aus gutachterlicher und medizinischer Sicht könne nicht nachvollzogen werden, dass die behandelnden Ärzte seit 2009 gleich lautende Informationen zitierten und kopierten und auf dieser Basis eine depressive Störung diagnostiziert und wiederholt eine Zustandsverschlechterung

begründet hätten, obwohl diese im psychopathologischen Befund nicht beschrieben werde (S. 4 unten). Im MEDAS-Gutachten werde in Auseinandersetzung mit den vorhandenen medizinischen Akten ausführlich dargestellt, dass die Diagnose einer depressiven Störung nicht gestellt werden könne. Eine genaue Überprüfung der kognitiven Funktionen habe nicht stattgefunden und die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, dass Gedächtnisleistungen und Konzentrations- und Merkfähigkeitsleistungen vermindert seien, würden als objektive Befunde erwähnt. Es werde auf der Basis der subjektiven Angaben ein negatives Leistungsprofil erstellt, ohne dies mit objektivierbaren Befunden zu begründen. Auch eine Auseinandersetzung mit der vorliegenden Suchtproblematik sowie deren Folgen auf die Psyche würde nicht berücksichtigt. Schliesslich sollten die sozialen Belastungsfaktoren als invaliditätsfremde Faktoren bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht gelassen werden (S. 3 unten).

Im Übrigen würden auch die somatischen Diagnosen im eingegangenen Bericht von Dr. G._____

keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 5 unten). Unter Berücksichtigung der gesamten medizinischen Akten sei es seit Begutachtung zu keiner Zustandsverschlechterung gekommen (S. 6). 4.8

Am 24. Januar 2013 erfolgte eine CT-gesteuerte Infiltration L3/4 (Urk. 3/6).

Am 26. November 2013 berichteten die Ärzte der Klinik für Rheumatologie, Spital F._____, über eine lumbal unveränderte Beschwerdesymptomatik (Urk. 3/9 S. 1 unten).

Dr. G._____ (vorstehend E.

4.2) führte am 9. Dezember 2013 aus, er bestätigte, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in den letzten zwei bis drei Jahren deutlich verschlechtert habe. Unter anderem bestehe ein deutlicher Erschöpfungszustand; seines Erachtens handle es sich um eine psychosoziale Überlastungssituation, insbesondere familiär (Urk. 3/10). Dr. H._____ verwies mit dem beschwerdeweise eingereichten Bericht vom 18. Dezember 2013 (Urk. 7/2) auf die Feststellungen in ihrem Bericht vom 1. Februar 2012 und ging weiterhin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aus. 4.9

Weitere mit der Beschwerde eingereichte Berichte betreffen die Bildgebung der HWS im Oktober 2008 und Februar 2009 und der Lendenwirbelsäule im November 2011 (Urk. 3/1), eine hämatologische Abklärung im Dezember 2011 (Urk. 3/2), die im Januar 2012 erfolgte (im MEDAS-Gutachten bei den Diagnosen aufgeführt) Kniearthroskopie (Urk. 3/3), Bildgebung der Lendenwirbelsäule im Juni 2012 (Urk. 3/4) und im Januar 2013 (Urk. 3/5) und eine erstmals im Mai 2013 erfolgte chiropraktische Behandlung (Urk. 3/8). 5.5.1

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im relevanten Zeitraum (vgl. E. 2.3) in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat.

Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Unterhaltsreinigerin inzwischen vollständig arbeitsfähig ist. Dies erscheint mit Blick auf die medizinische Aktenlage auch ohne weiteres nachvollziehbar.

Während die Beschwerdegegnerin ferner davon ausging, dass in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, macht die Beschwerdeführerin geltend, sie sei auch in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig.

Für die Beantwortung der Frage, ob eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin in einer für den Anspruch erheblichen Weise eingetreten ist, kann auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS abgestellt werden (vgl. E. 4.4).

Das MEDAS-Gutachten entspricht den erforderlichen Kriterien an den Beweiswert einer Expertise (vgl. E. 1.5). Die Beschwerdeführerin wurde ihren geltend gemachten Beschwerden entsprechend umfassend abgeklärt, das MEDAS-Gutachten beruht auf internistisch/rheumatologischen, psychiatrischen, neuropsychologischen und neurologischen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Sodann sind die Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet. Die Gutachter der MEDAS kamen in ihrer Gesamtbeurteilung zum nachvollziehbaren Schluss, dass eine

körperlich leichte, wechselbelastende, jedoch vorwiegend sitzend auszuführende Arbeit mit Gewichtsbelastung bis 7.5 kg bei ausgeglichenem Raumklima seit Juli 2011 vollschichtig zumutbar sei. 5.2

Der Beschwerdeführerin ist insoweit zuzustimmen, als das strittige MEDAS-Gutachten wie jedes Administrativgutachten im Sozialversicherungsverfahren auf einer Momentaufnahme beruht, während die behandelnden Ärzte auf eine Langzeitbeobachtung zurückgreifen können. Es ist jedoch Wesensmerkmal einer jeden Begutachtung, dass sie nicht auf einem derart langen Beobachtungszeitraum beruhen kann wie die Berichte behandelnder Ärzte, ohne dass dies allein ihrem Beweiswert abträglich wäre (Urteil des Bundesgerichts 9C_866/2012 vom 21. November 2012 E. 3.2.1). Vielmehr verschaffen die mitunter schwierige Abgrenzung von invaliditätsfremden Faktoren sowie die auf die IV-spezifischen Tatfragen zugeschnittenen Schlussfolgerungen dem polydisziplinären Gutachten einen entscheidenden Vorteil gegenüber den Berichten der behandelnden Ärzte, welche aus therapeutischen Zusammenhängen heraus erstattet wurden (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 1.2.4 mit Hinweisen). 5.3

Hinsichtlich der Dauer der psychiatrischen Untersuchung (vgl. Urk.

2 unten) ist festzuhalten, dass es für den Aussagegehalt einer ärztlichen Stellungnahme rechtsprechungsge mäss nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E.

8.2). Da die Beschwerdeführerin laut Angabe des Gutachters die auf Deutsch gestellten Fragen in den meisten Fällen ohne nachfolgende Übersetzung direkt auf Albanisch dem Dolmetscher beantwortete und dies auf eine ausreichend gute Konzentrationsfähigkeit schliessen

liess (Urk. 10/72/108 f.), besteht kein Grund zur Annahme, dass die psychiatrische Anamnese nur unvollständig erhoben werden konnte. Weiter setzte sich der psychiatrische Gutachter eingehend mit den Beurteilungen der behandelnden Ärzte auseinander. Insgesamt liegen daher keine konkreten Hinweise dafür vor, dass sich die Untersuchungsdauer negativ auf die Qualität des psychiatrischen Teilgutachtens ausgewirkt hätte.

Konkrete Hinweise, die unter diesem Aspekt gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen, werden von der Beschwerdeführerin nicht genannt . Sie

unterliess es aufzuzeigen, inwiefern sich die angeblich kurze Untersuchungsdauer konkret negativ in der Qualität und der Aussagekraft des Gutachtens niedergeschlagen haben soll.
5.4

Soweit die Beschwerdeführerin bemängelt, die Diagnose einer depressiven Verstimmung könne aktuell sehr wohl gestellt werden und eine Zustandsverschlechterung zeige sich alleine schon durch die Intensivierung und häufige Änderung der medikamentösen Therapie, verkennt sie, dass eine Zustandsverschlechterung aus medizinischer Sicht erst dann nachvollzogen werden kann, wenn die allfälligen Veränderungen des Gesundheitszustandes durch objektivierte Befunde belegt werden können . Die Tatsache, dass in späteren Berichten des Psychiatricentrums I.____ (E.

4.3 , E.

4.6)

die psychopathologischen Befunde identisch sind, vermag für sich allein noch keine Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes nachzuweisen .

Aus der Stellungnahme der MEDAS vom 30. Juli 2013 (E. 4.7) geht ausführlich und nachvollziehbar hervor, dass die Diagnose einer depressiven Störung nicht gestellt werden könne, da die in den Berichten des Psychiatricentrums I.____ erwähnte Symptomatologie dafür nicht ausreicht und auf Basis der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ein negatives Leistungsprofil erstellt werde , ohne dies mit objektivierbaren Befunden zu begründen. So erfolgte auch keine Berücksichtigung der vorliegenden Suchtproblematik oder ein Ausklammern von psychosozialen und soziokulturellen Faktoren. 5.5

Soweit die Beschwerdeführerin einwendet, bezüglich körperlicher Symptome sei ebenfalls eine Verschlechterung eingetreten und diese spiegle sich in den einzelnen schlechter werdenden Befunden (Urk. 1 S. 3) , ist zu bemerken, dass für die Eignung eines Gesundheitsschadens, die Leistungsfähigkeit rechtserheblich einzuschränken, nicht bereits die Befunde und Diagnosen , sondern erst deren Folgen abschätzung entscheidend sind .

Die im MEDAS-Gutachten enthaltenen Schlussfolgerungen, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt ist, sind

nachvollziehbar und überzeugend. Daran ändern auch die von der Beschwerdeführerin beschwerdeweise eingereichten Berichte (vorstehend E.

4.8 - 4.9)

nichts. Teilweise lagen sie bereits im Zeitpunkt der Begutachtung vor und wurden entsprechend durch die Gutachter gewürdigt. Zu

nach Begutachtung einge reichten Berichte n nahmen die Gutachter ebenfalls ausführlich Stellung und kamen nachvollziehbar zum Schluss, weshalb sich auch aus diesen keine anderweitige Beurteilung begründen lasse .

Von der Beschwer deführerin sowie den behandelnden Ärzten w u rden

folglich keine objektiv fest stellbaren Aspekte genannt, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder unge würdigt geblieben wären und Zweifel am MEDAS-Gutachten begrün den würden . 5.6

Zusammenfassend ist damit der medizinische Sachverhalt als dahingehend er stellt zu betrachten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht nicht in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat .

Aus somatischer Sicht hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführeri n im relevanten Zeitraum

aufgrund der morphologischen und degenerativen Ver änderungen insofern verschlechtert, dass sie in ihrer angestammten Tätigkeit als Unterhaltsreinigerin nicht mehr arbeitsfähig ist. Hingegen ist sie in einer kör perlich leichten, wechselbelastenden, jedoch vorwiegend sitzend auszuführen den Tätigkeit mit Gewichtsbelastung bis 7.5 kg und ohne Positionsmonotonien , Zwangshaltungen sowie repetitive Überkopfarbeiten zu 100 %

a rbeitsfähig .

Daraus folgt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im rele vanten Zeitraum nicht in einer anspruchsbegründenden Weise verändert hat . 6 .

Der durch die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen vorgenommenene Einkommensvergleich ist

nicht zu beanstanden und wird durch die Beschwerdeführerin auch nicht gerügt .

Unbestritten blieb auch die Qualifikation der Beschwerdeführerin mit einem Anteil im Erwerbsbereich von 53 % und im Haushaltbereich von 47 % (vgl. Urk.

10/78/6).

V on einer erneuten Abklärung im Aufgabenbereich ist abzusehen, da davon

keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Die Beschwerdeführerin wurde umfassend abgeklärt und

beurteilt, wobei den Gutachtern auch die Beurteilung und das Ergebnis der ursprünglichen Haushalt- Ab klärung vorgelegen hat (Urk. 10/72/14) und sie sich über die Wohnsituation der Beschwerdeführerin ein Bild machen konnten.

Trotzdem sind sie von keiner nennenswerten Einschränkung beziehungsweise Verschlechterung im Aufgabenbereich ausgegangen.

Dies wird durch den Umstand gestützt, dass die Beschwerdeführerin in leichter Tätigkeit voll arbeitsfähig ist und im Haushalt, im Gegensatz zur beruflichen Tätigkeit, die Aufgaben und die Zeit frei einteilen kann.

Rechtsprechungsgemäss ist zudem darauf hinzuweisen, dass die Mithilfe der Familienangehörigen

in solchen Fällen im Sinne der Schadenminderungspflicht weiter geht als der übliche Umfang, den man erwarten darf, wenn die Beschwerdeführerin nicht an einem Gesundheitsschaden leiden würde (BGE 133 V 509 E. 4.2).

Die Frage, ob der Beschwerdeführerin zusätzlich ein behinderungsbedingter Abzug vom Tabellenlohn hätte gewährt werden müssen, kann ebenso offen bleiben, da selbst bei einer Gewährung des maximalen Abzugs kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, es gäbe für sie keine angepasste Tätigkeit (Urk.

1 S.

2), verkennt sie, dass das invalidenversicherungsrechtlich massgebende Invalideinkommen

rechtsprechungsgemäss auf der Grundlage eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes (Art.

E. 16

ATSG) ermittelt wird (BGE 134 V 64 E.

4.2.1). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt ist dabei ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher der Abgrenzung zwischen der Leistungspflicht der Arbeitslosenversicherung und der Invalidenversicherung dient. Soweit der Wegfall des Einkommens nicht auf gesundheitliche Gründe, sondern auf das konjunkturell bedingte Fehlen zumutbarer Arbeitsstellen zurückzuführen ist, liegt keine Invalidität vor.

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7 .

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- anzu setzen und der

unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dr. med. Y.____ - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Der Gerichtsschreiber Mosimann Sager

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