

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00008 vom 22. Juni 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00008)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00008 du 22 juin 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00008 del 22 giugno 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

been dete die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung, da sich die Versicherte aus gesundheitlichen Gründen nicht dazu in der Lage fühlte, irgendwelche Tätigkeiten auszuüben (Urk. 8/38-39). Vom 5. bis 22. Juli 2011 absolvierte die Versicherte den Strategiekurs „IV-Bewerbungstechnik“ (Urk. 8/40). In der Folge holte die IV Stelle aktuelle Arztberichte ein (Urk. 8/42, Urk. 8/47-48) und liess X. durch die E. psychiatrisch-orthopädisch begutachten (bidisziplinäres

E.-Gutachten vom 12. Oktober 2012, Urk. 8/61). Am 24. April 2013 beantwortete der beteiligte Gutachter,

Dr. med. F., Leitender Arzt Orthopädie und Traumatologie FMH, die von der IV Stelle aufgeworfenen Rückfragen (Urk. 8/63 und Urk. 8/65). Mit Vorbescheid vom 10. Juli 2013 stellte die IV-Stelle der Versicherten, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 32 %, die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (Urk. 8/69) und verfügte nach erhobenem Einwand vom 5. August 2013 (Urk. 8/70) am 6. November 2013 wie vorbeschrieben (Urk. 2).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art.

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( 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 ausgeglichener

Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (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 festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE

134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H.

Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

#### **E. 2**

Hiergegen erhob X.\_\_\_\_ am 3. Januar 2014 Beschwerde und beantragte, es sei ihr unter Aufhebung der Verfügung vom 6. November 2013 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei ein neues Gutachten einzuholen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1). Zudem ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes in der Person von Rechtsanwalt Dr. iur. Rolf Schmid. Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 5. Februar 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-79), was der Beschwerdeführerin am 28. Februar 2014 mitgeteilt wurde (Urk. 10).

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründet die Verneinung eines Rentenanspruches gestützt auf das psychiatrisch-orthopädische E.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. Oktober 2012 (Urk. 8/61) im Wesentlichen damit, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Pflegehelferin zwar nicht mehr möglich sei, ihr hin gegen eine behinderungsangepasste

Tätigkeit (eine körperlich leichte, wechsel belastende Tätigkeit, welche hauptsächlich sitzend und ohne Trageleistungen ausgeübt werden kann, und nicht auf Leitern, Gerüsten und unebenen Gelände ausgeführt werden muss) - unter Berücksichtigung des erhöhten Pausenbedarfs

zu 75 % (ausgehend von einer Vollzeit-Stelle) zumutbar sei. Die Invaliditätsbemessung ergebe einen Invaliditätsgrad von 32 % (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin ist demgegenüber der Ansicht, auf das psychiatrisch-orthopädische E.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. Oktober 2012, könne nicht abgestellt werden, da es aufgrund der zeitlichen Distanz von 1¾

Jahren seit der gutachterlichen Untersuchung im Februar 2012 bis zum Verfügungserlass im November 2013 als überholt zu qualifizieren sei. Viel mehr sei auf den bei liegenden Bericht vom 17. Dezember 2013 (Urk. 3/6) von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, abzustellen, da dieser als aktuell behandelnder Psychiater die Entwicklung der Depression besser beurteilen könne. So habe sich ihr psychischer Gesundheitszustand in den knapp zwei Jahren seit der psychiatrischen Begutachtung progressiv entwickelt.

Die im Gutachten von 2012 diagnostizierte leichte depressive Episode mit Verdacht auf Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen und narzisstischen Zügen habe sich gemäss aktueller Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ zwischenzeitlich insoweit erhärtet, dass er eine rezidivierende mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen auf dem Boden einer Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen und narzisstischen Zügen festgestellt habe (Urk. 1) . 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

#### **E. 3.1**

2) seien per se kein Widerspruch, da affektiven Störungen eine wechselnde Intensität inhärent sei. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (zeitliches Ausmass, körperliche Anforderung, Leistungsgrad) zeige sich folgendermassen: Aufgrund der depressiven Symptomatik sei die Beschwerdeführerin in ihrer Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie in ihrer Durchhaltefähigkeit leicht beeinträchtigt. Sie sei durch die depressive Symptomatik sowie ihre Persönlichkeitsakzentuierung in ihrer Stresstoleranz und emotionalen Belastbarkeit sowie vor allem hinsichtlich eines funktionellen Umgangs mit Konflikten beziehungsweise konflikthaft erlebten Beziehungskonstellationen eingeschränkt. In ihrer angestammten Tätigkeit als Hilfspflegerin sei sie - sofern man die genannten Einschränkungen berücksichtige, also etwa der Beschwerdeführerin Rückzugsmöglichkeiten biete sowie zu starkem Zeitdruck vermeide - aus rein psychiatrischer Sicht zu 80 % arbeitsfähig, sofern die fachpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlung weitergeführt werde. Dabei könne die effektive Leistungsfähigkeit je nach Arbeitsumfeld beziehungsweise -belastung nochmals um weitere 10 % reduziert sein. In einer Verweistätigkeit sei die Beschwerdeführerin ebenfalls zu 80 % arbeitsfähig (Urk. 8/61/23-24).

Bei der orthopädischen

Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine Verbesserung ihrer Beschwerdesituation nach der Knie- Totalendoprothese am 26. April 2010 insoweit umschrieben, als sie nun an Unterarmgehstützen zusammenhängend gut zwei Stunden mobil sei und dabei 45 bis 60 Minuten stehen und gehen und über mehrere Stunden sitzen könne. Aus orthopädischer Erfahrung sei dies ein bekanntes Belastungsprofil nach totalendoprothetischem

Gelenksersatz, da Kunstgelenke niemals in der Art zu belasten seien, wie natürliche Gelenke. Ausserdem wiesen diese neben einer Restbeschwerdesymptomatik häufig auch eine gewisse Gehstreckenlimitierung und vor allem Belastungslimitierung auf. Insgesamt solle man auch künstliche Gelenke nicht zu sehr auf Treppen, Leitern, beim Bergab- oder Bergauflaufen sowie auf unebenem Gelände als auch mit zu hohen Traglasten beanspruchen, um die natürlicherweise schon eingeschränkte Lebensdauer von circa 15 Jahren nicht noch deutlich zu reduzieren. Somit bestehe bei der Beschwerdeführerin eine bleibend eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 100 % für schwere bis mittelschwere körperliche Arbeiten. Die durchaus mögliche 100%ige Arbeitsfähigkeit nach künstlichem Gelenksersatz für leichte körperliche Arbeiten werde bei der Beschwerdeführerin beim Zustand nach multiplen Voroperationen, komplexer Tibiakopflu xationsfraktur mit nachfolgender Arthrofibrose und Proximalisierung der Tuberositas

tibiae und daraus konsekutiv ableitbaren Beschwerden vor allem ventral im Bereich des Streckapparates weiterhin limitiert, sodass in Zusammenschau der Befunde, der klinischen Erfahrung und der radiologischen Untersuchung bei der Beschwerdeführerin auch bei leichten körperlichen Arbeiten ein zusätzlicher Pausenbedarf resultiere, um die Beschwerden im erträglichen Rahmen zu belassen. Durch diesen erhöhten Pausenbedarf reduziere sich die Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Arbeiten und es resultiere entsprechend eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % für leichte körperliche Arbeiten. Diese Arbeitsfähigkeit bestehe seit Mai 2011 (ein Jahr postoperativ nach Implantation der Knieprothese). Ansonsten seien die sehr akkurat dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten ( vom 4. Juli 2008 bis 8. April 2009 zu 100 %, vom 14. April bis 27. Juli 2009 zu 50 %, vom 14. August 2009 bis 5. November 2010 zu 100 % und vom 1. Dezember 2010 bis 14. April 2011 zu 50 %, vgl. S. 28 ) realistisch und seit dem Unfall bis zum 30. April 2011 anzuwenden (Urk. 8/61/31-32). Aus bidisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen schweren bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit zu 100 % bleibend arbeitsunfähig. Durch einen erhöhten Pausenbedarf reduziere sich die Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Arbeiten um 25

%, weshalb der Beschwerdeführerin eine Verweistätigkeit im Umfang von 75 % zumutbar sei. Ein eventueller Arbeitsplatz solle dabei berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin zur Entlastung des Knies auf Unterarmstützen angewiesen sei und somit keine Trageleistung erbringen könne oder diese nur im Stand, zum Beispiel zum Einsortieren eines Kartons aus Stuhlhöhe bis über Kopf, leisten könne und dass sie nicht auf unebenem Gelände, Treppen, Leitern tätig sein müsse. Des Weiteren solle die Arbeit wechselseitig belastend ohne Zwangshaltungen, hauptsächlich sitzend, teilweise stehend, gehend durchführbar sein. Eine solche Arbeit sei sicherlich in keiner der von der Beschwerdeführerin durchgeführten Tätigkeiten zu finden. Es handle sich hierbei wahrscheinlich am ehesten um einen Arbeitsplatz vergleichbar einer Tätigkeit, zum Beispiel an einer Telefonzentrale, einer Poststelle, an einer Pforte etc. (Urk. 8/61/35).

### **E. 3.2**

In ihrem Bericht vom 4. Januar 2011 (Urk. 8/10) zuhanden der Beschwerdeführerin hielt Dr. H.\_\_\_\_ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Folgendes fest: rezidivierende depressive Störung, am 9. August 2010 eine mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F 33.11), und zurzeit leichte depressive Episode (ICD-10: F 33.00), bestehend seit circa 2008. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie einen Status nach Knie- Totalarthroplastik links mit Tuberositasosteotomie und Proximalisierung vom 26. April 2010 bei posttraumatischer Gonarthrose links mit Patella baja nach einem Unfall am Arbeitsplatz am 4. Juli 2008. Die Prognose sei jedenfalls gut. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Probleme mehr. So habe sich die Beschwerdeführerin am 13. Dezember 2010 bei ihr gemeldet und berichtet, dass sie keine weitere psychiatrische Behandlung benötige und sie sich im März wieder melde. Sie sei Grossmutter geworden. Psychiatrisch bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die (allgemeine) Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin könne sie aber nicht mit Sicherheit einschätzen, weshalb sie eine Beurteilung durch eine MEDAS empfehle.

### **E. 3.3**

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, nannte in seinem Bericht vom 31. Januar 2011 (Urk. 8/12) zuhanden der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Status nach Tibiakopf -Luxations-Fraktur links (Juli 2008) mit Status nach primärer Plattenosteosynthese

-

Status nach Metallentfernung am 16. Februar 2009

-

Status nach diagnostischer Knie-Arthroskopie und Knorpel- Shaving am 14. August 2009

-

Status nach Knie- Totalarthroplastik links mit Tuberositasosteotomie und Proximalisierung vom 26. April 2010.

Von Juli 2008 bis 31. November 2010 sei die Beschwerdeführerin zu 100 % und seit dem 1. Dezember 2010 bis auf Weiteres zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Die maximale Gehstrecke sei auf circa 1 Kilometer beziehungsweise 10

Minuten limitiert. Ausserdem sei die Beschwerdeführerin beim in die Hocke gehen körperlich eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit als Schwesternhilfe im Pflegeberuf sei der Beschwerdeführerin wegen einer reduzierten Leistungsfähigkeit nicht mehr zumutbar, eine Belastungsanpassung sei notwendig. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei dagegen ein volles Pensum möglich. Ab circa April 2011 könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von vermutlich 75 % gerechnet werden.

### **E. 3.4**

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, von der B.\_\_\_\_ verwies in seinem Bericht vom 21. Februar 2011 (Urk. 8/13/6-7) zuhanden der Beschwerdeführerin bezüglich der Diagnosestellung auf die beiliegenden Konsultationsberichte

(Urk. 8/13/8-23). Im Konsultationsbericht vom 12. November 2009 (Urk. 8/13/8-9) wurden folgende Diagnosen genannt: -

posttraumatische Gonarthrose links bei Status nach

Tibialkopflufraktionsfraktur vom 4. Juli 2008

-

Status nach Platten- und Schraubenosteosynthese vom 14. Juli 2008

(Spital K.\_\_\_\_)

-

Status nach Osteosynthesematerial-Entfernung vom 16. Februar 2009

-

Status nach diagnostischer Knie-Arthroskopie mit Knorpel-Shaving,

Spital

A.\_\_\_\_ am 14. August 2008).

Nach der Knie-Totalarthroplastik vom 26. April 2010 wurde im Verlaufskontroll-Bericht vom 10. Juni 2010 (Urk. 8/13/1

### **E. 3.6**

Dr. med. M.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, führte in ihrem Bericht vom 13.

Oktober 2011 (Urk. 8/47) zuhanden der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: -

rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F 33.11) -

Status nach Innex Knie-Totalarthroplastik links mit Tuberositas osteotomie und Proximalisierung vom 26. April 2010 bei posttraumatischer Gonarthrose links -

Status nach Tibialkopflufraktionsfraktur vom 4. Juli 2008 -

Status nach Plattenosteosynthese vom 14. Juli 2008 -

Status nach Osteosynthesematerial-Entfernung vom 16. Februar 2009 -

Status nach diagnostischer Knie-Arthroskopie mit Knorpel-Shaving vom 14. August 2009

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. M.\_\_\_\_ einen Status nach Appendektomie (circa 1970) und einen Status nach Helicobacter

pylori-Infekt mit Eradikationstherapie (circa 2000). Die Beschwerdeführerin beklagte sich über Rückenbeschwerden, Beinschmerzen, Schlaflosigkeit und Depression. Die Prognose sei schlecht. So sei die Beschwerdeführerin für ihren früheren Beruf als Pflegerin zu 100 %

arbeitsunfähig und es sei schwierig, einen Beruf zu nennen, den die Beschwerdeführerin noch ausführen könnte. Die bis herige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Und auch mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne nicht gerechnet werden.

### **E. 3.7**

Dr. G.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 6. November 2011 (Urk. 8/48) zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F 33.1-2) und eine anhaltende depressive Störung (ICD-10: F 34.1) fest. Die weitere somatische Diagnostik mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergebe sich gemäss zuweisendem Hausarzt.

Der ärztliche Befund zeige eine 54-jährige, altersentsprechend aussehende, durchschnittlich gepflegte, bewusstseinsklare Frau in unauffälliger Haltung, adäquater Mimik und Motorik. Die Beschwerdeführerin, welche mit einer Krücke zum Gespräch komme, sei allseits orientiert. In der Kommunikation könne der Kontakt leicht hergestellt werden und die Beschwerdeführerin sei motiviert für eine Zusammenarbeit. Der Augenkontakt werde hergestellt. Es bestünden Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisprobleme. Das formale Denken sei umständlich, grübelnd, eingeengt und inhaltlich um ihre Probleme kreisend. Ein affektiver Rapport könne hergestellt werden. Die Grundstimmung sei depressiv, ängstlich, nervös, bedrückt, verzweifelt, weinerlich, innerlich unruhig, gelegentlich impulsiv. Es zeigten sich Existenz- und Zukunftsängste, Insuffizienzgefühle und undefinierbare Ängste. Gelegentliche Durchschlafstörungen. Hingegen bestünden keine Hinweise auf Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Die Beschwerdeführerin sei lust- und interessenlos und ziehe sich sozial leicht zurück. Sie habe chronische Schmerzen und passive Todeswünsche. Es bestünden dennoch keine Hinweise auf Eigen- oder Fremdgefährdung. In Anbetracht der bisherigen Erfahrungen mit der Beschwerdeführerin, der geschilderten Krankheitsanamnese beziehungsweise dem chronischen Verlauf sei zukünftig eher von einer Langzeittherapie auszu gehen, wobei die therapeutischen Fortschritte nur in kleinen Schritten zu erreichen seien. Die Beschwerdeführerin sei in der Aufmerksamkeit und in der Konzentration beeinträchtigt, vermindert belastbar, kaum leistungsfähig, blockiert und auf der Beziehungsebene kaum erreichbar. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar, wobei der zeitliche Rahmen vom Behandlungsablauf abhängen. Die Beschwerdeführerin sei aktuell gemäss medizinischer Gesamtbeurteilung (psychiatrisch/somatisch) bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Die Einschränkungen liessen sich durch eine Anpassung der antidepressiven Medikation und eine intensiviertere Psychotherapie und das Installieren einer Tagesstruktur vermindern, wobei auch unter adäquater Behandlung mit einem längeren Genesungsprozess mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei.

### **E. 3.8**

Das psychiatrisch-orthopädische E.\_\_\_\_ -Gutachten vom 12. Oktober 2012 (Urk. 8/61) nannte folgende Diagnosen aus bidisziplinärer Sicht mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1.

Leichte depressive Episode (ICD-10: F 32.0)

2.

Verdacht auf Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen und narzisstischen Zügen (ICD-10: Z 73.1)

3.

Status nach Tibia-Kopfluksionsfraktur am 4. Juli 2008 (ICD-10: S 82.18)

4.

Status nach Plattenosteosynthese am 14. Juli 2008

5.

Status nach Osteosynthesematerial-Entfernung am 16. Februar 2009

6.

Status nach Arthroskopie, intraartikulärem Débridement, Gelenklavage am 14. August 2009.

Status nach Implantation einer Knie-Totalendoprothese links mit Tuberositasosteotomie und Proximalisierung

Knie links am 26. April 2010.

Als weitere Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Mangel an Tagesstruktur (ICD-10: Z 72.8) und Probleme mit Bezug auf die Wohnbedingungen oder die wirtschaftlichen Verhältnisse (ICD-10: Z 59.8) aufgeführt (Urk. 8/61/34).

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin als hauptsächliche Beschwerden Kniebeschwerden nach einem Sturz am 4. Juli 2008 nach nur viertägiger Beschäftigung bei einem ambulanten Pflegedienst sowie eine depressive Symptomatik mit Vergesslichkeit und Zukunftsängsten genannt. Durch den Unfall, der insgesamt 3 Operationen und eine Knie-Endoprothese notwendig gemacht habe, habe die Beschwerdeführerin ihre Arbeit verloren und sei von ihrem Ehemann, der ihr Schulden hinterlassen habe, verlassen worden. Dadurch sei die aktenanamnestisch anscheinend schon vorher bestandene angespannte finanzielle Situation weiter in den Vordergrund getreten und habe sich verschärft. Die Beschwerdeführerin beschreibe massive finanzielle Sorgen und den Umstand, dass sie sich selber durch ihre geringen finanziellen Mittel in ihrem sozialen Leben beeinträchtigt fühle und dass diese Position für sie inakzeptabel sei. In diesem Konflikt und in den Enttäuschungen, die sie von ihrem Mann und wohl auch von ihrem sozialen Umfeld erfahren habe, wirke sie glaubhaft und gut spürbar, nichtsdestotrotz ergäben sich verschiedene Diskrepanzen. Aktenanamnestisch sei beschrieben, dass der Beschwerdeführerin die vorletzte Stelle gekündigt worden sei, weil sie Kollegen und auch Patienten um Geld angegangen sei. Die Beschwerdeführerin schildere dagegen, dass sie wegen ihres Ehemannes den Arbeitsplatz gewechselt habe. Des Weiteren finde sich aktenanamnestisch, dass sie zur Beerdigung ihrer Mutter gereist sei, an anderer Stelle schildere sie dagegen, dass sie mit ihrer Mutter telefoniere. Auch in der aktuellen Untersuchung ergäben sich Hinweise auf eine nicht schlüssige Symptompräsentation. In ihren Schilderungen gewinne man den Eindruck einer Symptomverdeutlichung. Nichtsdestotrotz bestehe eine depressive Stimmung mit verstärkten Ängsten, einer Vergesslichkeit und durch ihre geringen finanziellen Mittel bei ihrer histrionischen und narzisstischen Persönlichkeitsstruktur ein sozialer Rückzug. Dieser sei aber nicht dergestalt,

dass sie keine Kontakte mehr zu ihrem sozialen Umfeld pflegen würde. Die Beschwerdeführerin habe weiterhin belastungsabhängige Schmerzen, sodass sie bis zu 2 Gramm Dafalgan nehme, wenn sie sich ausserhalb ihrer Wohnung bewege. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Hilfspflegerin zurzeit lediglich zu 80 % arbeitsfähig. Die Diskrepanzen zu den früheren ärztlichen Beurteilungen von Dr. G.\_\_\_\_ vom 6. November 2011 (vgl. E. 3.7) und von Dr. H.\_\_\_\_ (vgl. E.

### **E. 3.9**

Dr. F.\_\_\_\_ beantwortete mit Schreiben vom 24. April 2013 (Urk. 8/65) die von der Beschwerdegegnerin aufgeworfene Rückfrage vom 4. April 2013 (Urk. 8/63) : Bei der Arbeitsunfähigkeit handle es sich um eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten und entsprechend um eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin als Pflegehilfe im Pflegeheim. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs eine Arbeitsfähigkeit von 75 %, womit eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % resultiere. Diese Arbeitsunfähigkeiten bestünden seit Mai 2011. Für alle Tätigkeiten, also auch für angepasste Tätigkeiten, bestehe bis April 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

### **E. 3.10**

Dr. G.\_\_\_\_ hielt in seinem - mit der Beschwerdeschrift eingereichten - Bericht vom 17. Dezember 2013 (Urk. 3/6) zuhanden von

Dr. M.\_\_\_\_ als Diagnose eine rezidivierende mittelgradige bis schwere depressive Episode mit (bekannten) somatischen Symptomen auf dem Boden einer Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen und narzisstischen Zügen (ICD 10: F 33.1-2 und F 60.4) fest. Die Beschwerdeführerin zeige eindeutig Symptome einer Depression, die trotz Behandlung mit Antidepressiva und psychiatrisch-psychotherapeutischer Gespräche keine Verbesserungselemente zeige. Im Gegenteil scheine sich die Symptomatik sowohl auf der somatischen als auch auf der psychischen Ebene zu chronifizieren. Bei bestehender depressiver Symptomatik scheine die Beschwerdeführerin in den letzten Monaten regrediert zu haben. So sei ihre Haltung sehr unsicher und sie frage im Zusammenhang mit Bagatellen oft nach und orientiere sich dabei ganz an den anderen Personen. Natürlich wirke sich die belastende soziale Situation, in welcher sich die Beschwerdeführerin befinde, negativ aus. Es handle sich aber nicht um einen ursprünglichen (ursächlichen) Faktor in der Entwicklung der Depression.

In psychisch-geistiger Hinsicht bestehe eine deutliche Beeinträchtigung der psychophysischen und psychosozialen Leistungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei grübelnd und klagsam. Sie berichte meist stereotyp über immer stärker werdende Schmerzen, Schlafstörungen, Insuffizienzgefühle und Ängste. Die Beschwerdeführerin habe negative, pessimistische Vorstellungen über die eigene Person und über andere Menschen entwickelt. Ihre Stimmung sei durch Selbstabwertung, Verzweiflung, Freudlosigkeit sowie Unglücklichsein charakterisiert. Im Zentrum der Selbstwahrnehmung stünden die eigene Unzulänglichkeit, Wertlosigkeit und ein niedriges Selbstwertgefühl. Im Denken sei sie pessimistisch eingeengt, neige zu Schuldgefühlen und habe einen ausgeprägten Leistungsdruck. Aus psychiatrischer Sicht führe die Depression zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %, wobei sich diese durch die Schmerzstörung jedoch noch relevant erhöhe. Es sei auch nicht zu erwarten, dass sich ihre Arbeitsfähigkeit

in der nächsten Zeit erhöhen werde.

Es sei zukünftig eher von einer Langzeittherapie auszugehen, wobei die therapeutischen Fortschritte nur in kleinen Schritten zu erreichen seien. Aufgrund der aktuellen, komplexen, somatischen und psychiatrischen Beschwerden bilde sich lediglich eine schlechte Prognose möglich. 4.4.1

Das interdisziplinäre

E.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. Oktober 2012 basiert auf einer umfassenden psychiatrischen und orthopädischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Dem interdisziplinären Gutachten kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erw. 1.4). 4.2

Die E.\_\_\_\_-Gutachter stellten fest, dass der Gesundheitsschaden, welcher sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt, mit den dargelegten Diagnosen ausgewiesen ist. Sie führten jedoch schlüssig aus, dass diese psychiatrischen und orthopädischen Diagnosen einer behinderungsangepassten Tätigkeit mit einem besonderen Anforderungsprofil, welches auf die geklagten Beschwerden abgestimmt ist (erhöhter Pausenbedarf sowie körperlich leichte Tätigkeiten), nicht entgegenstehen. 4.3

Der Einwand der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 3 ff.), welcher sich hauptsächlich auf den Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2013 (Urk. 3/6) stützt, vermag an dieser Einschätzung nichts zu ändern. Zu diesem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten medizinischen Bericht ist zu bemerken, dass für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung grundsätzlich der Sachverhalt im Zeitpunkt des Verfügungserlasses massgebend ist (BGE 130 V 138 E. 2.1).

Wie die Beschwerdeführerin richtig darlegt, besteht zwischen der gutachterlichen Untersuchung im Februar 2012 und dem Verfügungserlass am 6. November 20

## **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. 9**

-20) die Diagnose folgendermassen ergänzt: Status nach Innex Knie-Totalarthroplastik links mit Tuberositasosteotomie und Proximalisierung vom 26.

April 2010 bei posttraumatischer Gonarthrose links mit Patella baja.

Aufgrund der muskulären Schwäche und der Restbeschwerden nach der Knie-Totalprothese links bei posttraumatischer Gonarthrose sei die Beschwerdeführerin im Pflegedienst nicht beziehungsweise nur angepasst einsatzfähig, und zwar

aktuell zu 50 %, aber ohne schweres Heben (nicht mehr als 5 Kilogramm). Auf grund der verminderten Leistungsfähigkeit sei ihr die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Eine Erhöhung der Einsatzfähigkeit sei anzunehmen, eine voll ständige Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeit im Pflegedienst sei jedoch fraglich und verlaufsabhängig (Urk. 8/13/7) . 3 .5

Im Arzt eugnis vom 25. August 2011 (Urk. 8/42) stellte Dr. G.\_\_\_\_ zuhanden der Arbeitslosenkasse fest, dass sich die Beschwerdeführerin im L.\_\_\_\_ in psychiatrischer und psychotherapeutischer Therapie befinde. Zudem attestierte er der Beschwerdeführerin gemäss medizinischer Gesamte urteilung somatisch/psychiatrisch, wie dies bereits seitens des langjährigen Hausarztes festgehalten worden sei, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit .

### **E. 13**

eine zeitliche Distanz von 1 ¾ Jahren (vgl. Urk. 1 S. 5). Diese Tatsache alleine führt jedoch nicht dazu, dass nicht mehr auf das E.\_\_\_\_ -Gutachten abgestellt werden darf. Vielmehr stellt sich die Frage, ob seit der psychiatrisch-orthopädischen Begutachtung durch die E.\_\_\_\_ eine relevante und vor allem dauerhafte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes mit entsprechendem Einfluss auf die Leistungsfähigkeit vorliegt. Dr. G.\_\_\_\_

hielt in seinem Bericht vom 17. Dezember 2013 (Urk. 3/6), welcher zeitlich nahe zum Verfügungserlass am 6. November 2013 (Urk. 2) liegt, eine Verschlechterung sowie Chronifizierung der psychischen Krankheitssymptome der Beschwerdeführerin fest, dies vor allem in den letzten Monaten (vgl. Urk. 3/6 S. 3 unten) . Dabei ist zu berücksichtigen, dass der psychiatrische E.\_\_\_\_ -Gutachter die Diskrepanzen seiner Beurteilung zu denjenigen von Dr. H.\_\_\_\_ und von Dr. G.\_\_\_\_

- indem die depressiven Episoden zwischen mittelgradig bis schwer (im Jahre 2010) zu leicht (Januar 2011) zu mittelgradig (November 2011) zu leicht ( E.\_\_\_\_ -Gutachten: Oktober 2012) diagnostisch änderten - damit erklärt e , dass dies per se kein Widerspruch sei, da affektiven Störungen eine wechselnde Intensität inhärent sei (Urk. 8/61 S. 24). Entsprechend diesem Vorbehalt ist es durchaus möglich, dass sich die psychische Situation der Beschwerdeführerin entsprechend der Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ vom Dezember 2013 verschlechtert hat, doch vermag er nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit darzulegen, dass es sich um eine dauerhafte und damit relevante Verschlechterung handelt.

Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass sich eventuell zwar eine Akzentu ierung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführer in in den letzten Monaten vor dem Verfügungserlass im November 2013 ergeben hat, dass diese jedoch nicht zu einer veränderten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit geführt hat . Dies, da solche Veränderungen beziehungsweise wechselnde Intensitäten bei einer affektiven Störung normal sind

entsprechend der

Fest stellung des psychiatrischen E.\_\_\_\_ -Gutachters - und sich die vorliegend zu beurteilende Progredienz der depressiven Episode im üblichen Mass bewegt , da Dr. G.\_\_\_\_ schon im November 2011 eine rezidivierende mittelgradige bis schwere Episode diagnostiziert hatte (vgl. E. 3.7) und sich diese bis ins Frühjahr 2012 (Begutachtungszeitpunkt) offensichtlich wieder gebessert hatte.

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (der Gutachter bemisst sie mit 80 %, der behandelnde Arzt mit 50 %) angesichts der vergleichsweise kleinen Differenz von 30 % bereits damit hinreichend erklärbar ist, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE

135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Schliesslich bleibt zu ergänzen, dass

die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Verfügungserlasses im Oktober/November 2013 in der Lage war, mehrere Wochen in die Ferien zu fahren (Urk. 1 S. 2-3 und Urk. 3/3-5), was ebenfalls gegen eine relevant verschlechterte psychische Gesundheitssituation spricht. 4.4

Demnach kann in antizipierter Beweiswürdigung darauf verzichtet werden,

ein aktuelles Gutachten einzuholen (BGE 127 V 491 E. 1b). Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind aufgrund der medizinischen Akten - insbesondere des bidisziplinären Gutachtens - hinreichend abgeklärt. 4.5

Zusammenfassend ist aufgrund der überzeugenden Feststellungen im E.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. Oktober 2012 (Urk. 8/61) davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste Tätigkeit (körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, welche hauptsächlich sitzend und ohne Trageleistungen ausgeübt werden kann, und nicht auf Leitern, Gerüsten und unebenem Gelände ausgeführt werden muss) ab Mai 2011 - und damit vor dem frühestmöglichen Rentenbeginn (Art. 29 Abs. 1 IVG) - zu 75 % zumutbar ist. 5.

Die von der Beschwerdegegnerin verwendeten Faktoren zur Bemessung der Invalidität wurden weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht beanstandet und es besteht angesichts des deutlich rentenausschliessenden Invaliditätsgrades auch kein Anlass für eine genauere Prüfung von Amtes wegen. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Die Beschwerdeführerin ist darauf hinzuweisen, dass es ihr frei steht, im Falle einer dauerhaften und wesentlichen Verschlechterung ihres (psychischen) Gesundheitszustandes bei der Beschwerdegegnerin eine Neuanmeldung zum Leistungsbezug einzureichen. 6.

6.1

Zu prüfen bleibt der Anspruch des Beschwerdeführers auf Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG muss das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenlos sein. In Abweichung von diesem Grundsatz bestimmt Art. 69 Abs. 1 bis IVG, dass das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig ist (Satz 1). Eine besondere Regelung der unentgeltlichen Rechtspflege wurde mit der erwähnten Änderung des IVG nicht statuiert, weshalb grundsätzlich das kantonale Verfahrensrecht massgebend ist (Art. 61 Satz 1 ATSG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_991/2008 vom 1. April 2009 E.

3.1.1). Nach Art. 61 lit. f ATSG muss das Recht, sich verbeistanden zu lassen, im Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht gewährleistet sein. Der Beschwerdeführenden Person wird ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt, wo die Verhältnisse es rechtfertigen. Nach Art. 29 Abs. 3 der Bundesverfassung hat jede Person, die nicht über die

erforderlichen Mittel verfügt und deren Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint, Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege. Soweit es zur Wahrung ihrer Rechte notwendig ist, hat sie ausser dem Anspruch auf unentgeltlichen Rechtsbeistand. Nach der Praxis sind die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos erscheint sowie die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (SVR 2009 UV Nr. 12 S. 49; Urteil des Bundesgerichts 8C\_530/2008 vom 25. September 2008 E. 3 mit Hinweisen). 6.2

Die Beschwerdeführerin wird gemäss Unterstützungsbestätigung vom 22. November 2013 (Urk. 3/8) und Budget 2013 vom 17. September 2013 (Urk. 3/9) von ihrer Wohngemeinde N.\_\_\_\_ finanziell unterstützt. Mit Blick darauf ist sie im vorliegenden Verfahren bezogen auf den massgebenden Zeitpunkt als prozessual bedürftig zu qualifizieren. Da auch die weiteren Anspruchsvoraussetzungen (fehlende Aussichtslosigkeit und sachliche Notwendigkeit der Rechtsverbeiständung) erfüllt sind, ist der Beschwerdeführerin in Bewilligung ihres Gesuchs vom 3. Januar 2014 (Urk. 1 S. 2) Rechtsanwalt Dr. Schmid, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen, und es ist ihr die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren. 6.3

Die unentgeltliche Rechtsvertretung hat dem Gericht eine detaillierte Zusammenstellung über ihren Zeitaufwand und ihre Barauslagen einzureichen; unterlässt sie dies, wird die Entschädigung vom Gericht nach Ermessen festgesetzt (§ 7 Abs. 2 in Verbindung mit § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht, GebV

SVGer). Unnötiger oder geringfügiger Aufwand wird ausserdem nicht entschädigt (§ 7 Abs. 1 in Verbindung mit § 8 GebV

SVGer).

Mit Honorarnote vom 12. Juni 2015 (Urk. 11) machte Rechtsanwalt Dr. Schmid einen Aufwand von 6,25 Stunden so wie Barauslagen in Höhe von Fr. 73.80 und damit insgesamt Fr. 1'429.70 (inklusive

Mehrwertsteuer) geltend, was als angemessen erscheint. Rechtsanwalt Dr. Schmid ist daher in diesem Umfang aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 6.4

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzu setzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6.5

Die Beschwerdeführerin ist darauf hinzuweisen, dass sie zur Nachzahlung der Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist (§

## **E. 16**

Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 3. Januar 2014 wird der Beschwerdeführerin Rechtsanwalt Dr. Rolf Schmid, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt, und es wird ihm die unentgeltliche Prozessführung bewilligt. und

erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- 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.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Rolf Schmid, Zürich, wird mit Fr. 1'429.70 (inklusive Barauslagen und M WST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Rolf Schmid -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Beweismitel 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-Geiger

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