

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00273 vom 30. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00273

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00273 du 30 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00273 del 30 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1958 in Italien, besuchte dort die obligatorischen Schulen und absolvierte hernach keine Berufsausbildung. 1979 liess sie sich in der Schweiz nieder (Urk. 2/7/2/3 Ziff. 4 und Ziff. 6). Seit 1980 arbeitete sie als Betriebsmitarbeiterin für die A.____ AG (vgl. Urk. 2/7/12). Am 25. November 2003 meldete sie sich mit dem Hinweis auf bestehende Fussprobleme, auf ein Schulterleiden und auf Rückenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (Rente) an (vgl. Urk. 2/7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, führte medizinische und beruflich-erwerbliche Abklärungen durch (Urk. 2/7/7, Urk. 2/7/8-12, Urk. 2/7/14, Urk. 2/7/17, Urk. 2/7/18, Urk. 2/7/21, Urk. 2/7/34). Mit Verfügung vom 23. Februar 200

E. 1.1

Mit seinem Urteil 9C_857/2015 vom 2. Februar 2016 (Urk. 1) hob das Bundesgericht das Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2012.00600 vom 30. September 2015 auf und stellte zusammengefasst fest, der Einwand bezüglich des vorinstanzlichen Verzichts auf die Durchführung der angeordneten Begutachtung sei begründet. Prozessleitende Anordnungen erwachsen zwar nicht in Rechtskraft und es könne grundsätzlich auf sie zurückgekommen werden. Es sei indessen nicht ersichtlich, inwiefern die im Beweisbeschluss vom 5. November 2013 genannten Aspekte bereits geklärt und beantwortet seien. Die angeordnete Begutachtung sei daher durchzuführen (E. 2.2).

E. 1.2

Mit der nach erfolgter Rückweisung gerichtlich veranlassten interdisziplinären Begutachtung durch Experten des C.____

wurde die Beweismassnahme durchgeführt und der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ist nunmehr erneut zu prüfen. Die Beschwerdegegnerin hatte diese als vollerbwerbstätig qualifiziert und ihr mit der Verfügung vom 3. Mai 2012 ab dem 1. November 2003 befristet bis zum 31. Juli 2005 eine ganze Rente zugesprochen (Urk. 2/2). Da die Befristung der rückwirkend zugesprochenen Rente angefochten ist, ist die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert blieben (BGE 125 V 413). 2. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.2

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). 2.3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.4

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein (BGE 115 V 111 E. 3d/ bb; Maurer, Sozialversicherungsrecht, Bd. I, 2. unveränderte Aufl., Bern 1983, S. 438 Ziff. 7a). Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 133 E. 8a). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b). 3.3.1

Dem C.____-Gutachten liegt eine ausführliche Zusammenstellung der Vorakten zu Grunde, die den Experten zur Verfügung standen (Urk. 42 S. 4 ff.). Berücksichtigung fanden auch die von der Beschwerdegegnerin zur Begutachtung mitgebrachten Unterlagen (Urk. 42 S. 9, Urk. 43/1-11). Sodann erfolgten die Untersuchungen in den jeweiligen Fachgebieten

Innere Medizin (Urk. 42 S. 46 ff. Ziff. 4.1), Rheumatologie (einschliesslich einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit [EFL]; Urk. 44), Psychiatrie (Urk. 45), Neurologie (Urk. 46) und Neuropsychologie (Urk. 47). Die jeweiligen Teilexpertisen sind im Hauptgutachten zusammengefasst wiedergegeben (Urk. 42 S. 53 ff. Ziff. 4.2-4.5). Schliesslich erfolgte eine ausführliche interdisziplinäre Beurteilung aufgrund einer Konsenskonferenz (Urk. 42 S. 67 ff. Ziff. 5). 3.2

Die internistischen Gutachter Dr.

D.____, Direktor der Klinik und Klinik für Innere Medizin, und Dr. E.____, Leitender Arzt der Klinik und Klinik für Innere Medizin (vgl. Urk. 42 S. 1 Ziff. 1.1), stellten gestützt auf ihre Untersuchung (Urk. 42 S. 46 ff. Ziff. 4.1) fest, hervorzuheben seien das Übergewicht der Beschwerdeführerin und der erhöhte Blutdruck. Auf die Arbeitsfähigkeit wirke sich dies indessen nicht aus. Die erhobenen Befunde seien im Wesentlichen altersentsprechend (Urk. 42 S. 53). 3.3

Die neurologischen Gutachter Dr. F.____, Leitender Arzt, Klinik für Neurologie, und Dr. G.____, Assistenzärztin, Klinik für Neurologie (vgl. Urk. 42 S. 1 Ziff. 1.1), stellten gestützt auf ihre Untersuchung (Urk. 42 S. 53 ff. Ziff. 4.2) die folgenden Diagnosen (Urk. 42 S. 56):

- Status nach Gamma-Knife-Behandlung eines Meningeoms im Sinus cavernosus rechts 2004 - stabile radiologische Verlaufsuntersuchung, aktuell asymptomatisch
- Status nach Karpaltunnelsyndrom-Operation rechts 2006, aktuell asymptomatisch
- Status nach episodischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp, aktuell asymptomatisch und ohne Hinweise auf ein neurologisches Krankheitsbild/Neuralgie
- Urge-Inkontinenz ohne Hinweise auf eine neurogene Ursache

Dazu führten die Experten aus, objektiv neurologisch fänden sich keine Manifestationen des Meningeoms mehr. Die in den Vorberichten beschriebene leichte

Abduzenparese sei nicht mehr nachweisbar. Auch die übrigen Nervenfunktionen des Gehirns seien unauffällig. Des Weiteren bestünden keine Hinweise für ein radikuläres Reiz- und/oder Ausfallssyndrom. Die von der Beschwerdeführerin angegebene veränderte Fühlwahrnehmung der rechten Körperhälfte sei fluktuierend ausgeprägt und exakt mittig begrenzt, so dass hier primär der Verdacht auf eine funktionelle Fühlstörung im Rahmen des Schmerzsyndroms bestehe. Trotz der Rücken- und Nackenschmerzen fänden sich aus neurologischer Sicht erstaunlich wenige muskuloskelettale Befunde. Es fänden sich keine sicheren Myogelosen und es bestehe nur eine diskrete Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der Sehnenansätze okzipital am Nacken. Die Kopfbeweglichkeit sei normal und auch die Beweglichkeit der lumbalen Wirbelsäule sei nicht höhergradig eingeschränkt. Hierzu passe, dass die Beschwerdeführerin während der Untersuchung ruhig und ohne Schmerzangaben während zwei Stunden auf dem Stuhl habe sitzen können und sich ausserhalb der Untersuchungssituation ohne wesentliche Auffälligkeiten bewegt habe. Bezüglich der Fusschmerzen ergäben sich aus neurologischer Sicht keine Hinweise auf eine Morton-Neuralgie. Die Ansätze der Plantarfaszie seien beidseits indolent. Zusammengefasst könne festgehalten werden, dass sich aus neurologischer Sicht aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin, der zur Verfügung stehenden Akten und der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung keinerlei Hinweise auf ein neurologisches Krankheitsbild ergäben, das zu einer Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führe (Urk. 42 S. 55). 3.4

Die neuropsychologischen Gutachter

Dr. H.____ , Abteilungsleiter Neuropsychologie, Klinik für Neurologie, Dr. I.____ , Neuropsychologin, Klinik für Neurologie, und J.____ , Assistenzärztin, Klinik für Neurologie (vgl. Urk. 42 S. 2 Ziff. 1.1), stellten gestützt auf ihre Untersuchung (Urk. 42 S. 57 ff. Ziff. 4.3) fest, im Vordergrund der erhobenen Befunde stehe eine leichte bis mittelschwere psychomotorische Verlangsamung. Diese habe sich bei allen geschwindigkeitssensitiven Aufmerksamkeitsaufgaben feststellen lassen. Die Verlangsamung trete insbesondere dann auf, wenn die gestellten Anforderungen eher gering seien. Darüber hinaus sei die verbale Erfassungsspanne im attentionalen Bereich mittelschwer vermindert. Bis auf die Lernstörung für verbale Informationen und semantische Verwechslungen beim Wiedererkennen seien weitgehend altersentsprechende Gedächtnisfunktionen feststellbar. Die Frontalhirnfunktionen seien ansonsten altersentsprechend. Auch basale visuelle, sprachliche, sprachassoziierte und praktische Leistungen seien unbeeinträchtigt. In der Verhaltensbeobachtung habe sich bei einer vollständig orientierten Beschwerdeführerin ein leicht verlangsamtes Arbeitstempo gezeigt, bei ordentlichem Antrieb und intaktem Aufmerksamkeitsfokus ohne starke attentionale Schwankungen oder Ermüdung im Verlauf. Die kognitive Verlangsamung in Form einer leichten neuropsychologischen Störung habe eine reduzierte Produktivität zur Folge und schränke somit die Arbeitsfähigkeit

ein. Es rechtfertige sich, von einer Arbeitsunfähigkeit zwischen 10 und 30 % auszugehen. Die Beurteilung stütze sich auf die Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung der Schweizerischen Vereinigung für Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP). Da die beobachtete kognitive Beeinträchtigung auch bei einfachen mentalen Leistungen auftrete,

seien die angestammte (Maschinen- und Anlagebedienerin am Fließband) und angepasste Tätigkeiten gleichermaßen betroffen (Urk. 42 S. 57 f.). 3.5

Der rheumatologische Gutachter Dr. K.____ und der Physiotherapeut L.____ (vgl. Urk. 42 S. 1 Ziff. 1.1) nannten gestützt auf ihre Untersuchung, die auch eine EFL beinhaltete (Urk. 42 S. 58 ff. Ziff. 4.4), die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 42 S. 59 f.): - hauptsächlich femoro-patellär betonte Pagonarthrosen beidseits, deutlich rechtsbetont mit mässiger Muskeldegeneration - Periarthropathia

humeroscapularis

tendopathica links und rechts - chronisches lumbovertebrales Syndrom - Senk-Spreizfuss und Hallux

valgus beidseits - Rhizarthrosen beidseits Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit massen sie den degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren Halswirbelsäule und dem anamnestisch fibromyalgischen Zustandsbild zu (Urk. 42 S. 60).

Die Experten führten zu den gestellten Diagnosen aus, es bestünden im Bereich des Bewegungsapparates mehrere Gesundheitsprobleme, wobei in funktioneller Hinsicht und auch in Bezug auf die Beschwerdeschilderung die beidseitigen Kniearthrosen sowie die Periarthropathia

humeroscapularis rechts von Relevanz seien. Die am 15. Mai 2017 durchgeführte Analyse des Kniegelenkspunktes spreche eher gegen eine entzündliche Genese und für eine mechanische. Unter Berücksichtigung der strukturellen organischen Veränderungen sei die Zurückhaltung der Beschwerdeführerin gegenüber einer Totalprothese verständlich. Es sei nicht davon auszugehen, dass damit eine erheblich bessere Belastbarkeit erzielt werden

könne. Hinsichtlich der rechten Schulter sei im April 2016 noch mals ein Arthro-MRI durchgeführt worden, welches eine im Vergleich zu den früheren Aufnahmen ausgedehntere

Rotatorenmanschettenruptur

und Ruptur der langen Bizepssehne bei unveränderter AC-Gelenksarthrose gezeigt habe. Die bei guter Leistungsbereitschaft und Konsistenz im Rahmen der Evaluation der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit erhobenen funktionellen Einschränkungen seien mit den objektiven Befunden und den strukturell-organischen Veränderungen vereinbar. Hinweise für ein dysfunktionales Krankheitsverhalten hätten sich keine ergeben. Für

die verschiedenen Einzeltätigkeiten im angestammten Beruf hätten keine sicheren funktionellen Einschränkungen objektiviert werden können. Allerdings seien repetitive Teilaufgaben sowie stehende Arbeitsschritte und die Positionswechsel ungünstig. Derzeit bestehe das Hauptproblem in der verminderten Belastbarkeit des linken Knies. Dies habe sich bei sämtlichen kniebelastenden Tests gezeigt (Urk. 42 S. 60).

Die bei der EFL ermittelte Belastbarkeit liege im Bereich einer leicht bis mittel schweren Arbeit. Zumutbar sei eine solche Tätigkeit mit seltenen Gewichtsbelastungen bis zu 12,5 kg, ohne Hockstellungen und ohne wiederholte Kniebeugen, mit seltenem Treppen- oder Leitersteigen und nur manchmaligem Stossen, Ziehen, Kriechen oder Knien. Ungünstig sei ferner eine Tätigkeit mit hohen Anforderungen an das Gleichgewicht. Die angestammte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin liege von den Gewichtsbelastungen her im Bereich einer leichten Tätigkeit. Die Beschwerdeführerin habe täglich verschiedene Teilaufgaben (Produktion, Abfüllen, Kontrolle, Reinigung) übernehmen müssen (Jobrotation). Die Arbeit habe abwechselnd im Stehen oder im Sitzen ausgeübt werden müssen. Eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit lasse sich unter Berücksichtigung der heutigen Gesundheitssituation aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht retrospektiv nicht begründen, höchstens in der akuten Phase postoperativ in Bezug auf die Füße sowie bei Exazerbationen hinsichtlich der Beschwerden der rechten Schulter. Eine Arbeitsfähigkeit von 50 % sei in der angestammten Tätigkeit aufgrund der erhobenen Anforderungen und der Belastbarkeit zumutbar (Urk. 42 S. 60 f.).

Eine dem Leiden besser angepasste Tätigkeit könnte die Beschwerdeführerin aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht grundsätzlich ganztags ausüben. Aufgrund der nachvollziehbar auch bei günstigen Voraussetzungen im Laufe der Zeit zunehmenden Beschwerden und möglichen Reizsituationen sei von längeren Erholungszeiten nach Einzelbelastungen auszugehen. Dem lasse sich mit vermehrten Pausen von zwei Stunden verteilt über den Tag Rechnung tragen. Damit ergebe sich aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht in einer optimal angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 75 %. Gegenüber der letzten Begutachtung durch die Ärzte des B.____ im Jahr 2011 sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festzustellen, indem neu symptomatische Gonarthrosen rechts betont sowie beidseitige Rhizarthrosen hinzugekommen seien und hinsichtlich der übrigen Gesundheitsprobleme am Bewegungsapparat eine gewisse Verschlechterung nicht ausgeschlossen werden könne. Gegenüber früheren bildgebenden Befunden ausgewiesen sei eine Verschlechterung hinsichtlich der rechten Schulter bei allerdings unveränderter subjektiver Situation. Ob das aktuelle Untersuchungsteam bereits 2011 zu einer anderen Einschätzung als die B.____-Gutachter gekommen wäre, lasse sich zum heutigen Zeitpunkt weder beweisen noch wi

derlegen. Entsprechend sei aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht von einer mindestens seit vier Jahren verschlechterten Situation auszugehen, womit seit mindestens Frühjahr 2013 eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit bestehe. Mit medizinischen Massnahmen lasse sich die verbliebene Arbeitsfähigkeit voraussichtlich nicht steigern. Das gelte insbesondere in Bezug auf eine Totalprothese im Bereich des rechten Knies. Aufgrund der femoropatellären Problematik und der vorhandenen Funktionsfähigkeit sei am konservativen Vorgehen festzuhalten (Urk. 42 S. 61 f.). 3 .6

Der psychiatrische Gutachter Dr. M.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des C.____ (vgl. Urk. 42 S. 2 Ziff. 1.1), nannte gestützt auf seine Untersuchung (Urk. 42 S. 62 ff. Ziff. 4.5) als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig subsyndromal ausgeprägte Episode (ICD-10 F33.8), sowie eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6; Urk. 42 S. 65). Zu den gestellten Diagnosen führte der Experte aus, das Vollbild einer Depression liege nicht vor, vielmehr sei von einer subsyndromalen Ausprägung auszugehen. Die übermässige Reizbarkeit ändere daran nichts. Trotz in der Kindheit erlittener sexueller Übergriffe könne nicht vom Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werden. Die für eine solche Diagnose erforderlichen Symptome lägen nicht vor. Die Vermeidung, über das Erlebte zu sprechen, und die übermässigen Gefühle von Scham und Schuld rechtfertigten die Diagnose nicht. Eine somatoforme Schmerzstörung liege ebenfalls nicht vor. Vorgängig sei eine solche zwar diagnostiziert worden, doch seien die hierfür erforderlichen Diagnosekriterien nicht erfüllt. So werde vorausgesetzt, dass der geklagte Schmerz durch eine somatische Ursache nicht genügend erklärt werden könne. Dies sei bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall. Sodann könne angesichts des geklagten Schmerzniveaus auch nicht von einem vorherrschenden und quälenden Schmerz gesprochen werden. Mindestens seit dem frühen Erwachsenenalter seien bei der Beschwerdeführerin jedoch übermässige Ängste vor Versagen und sozialer Zurückweisung, leichte hypochondrische Ängste und eine Störung der Impulskontrolle mit Suizidimpulsen vorhanden. Es lägen damit hinreichende Merkmale einer allgemeinen Persönlichkeitsstörung vor. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin trotz dieser Einschränkungen parallel zur Kindererziehung während vielen Jahren habe arbeiten können, deute auf eine eher leichte Ausprägung der Störung hin. Die Persönlichkeitsstörung führe dazu, dass die Beschwerdeführerin Mühe habe, ihre körperlichen Symptome und die dadurch verursachten Einschränkungen im Alltag zu bewältigen. Bereits früher habe sie auf äussere Belastungen mit depressiven Entgleisungen reagiert. Die derzeit vorliegenden Symptome seien durch die in den letzten Jahren vermehrt aufgetretenen körperlichen Beschwerden ausgelöst worden. Für deren Bewältigung verfüge die Beschwerdeführerin nur über wenig Ressourcen. Insgesamt bestehe keine wesentliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung, den Fremdangaben und dem Verhalten der Beschwerdeführerin während der Begutachtung. Auch wenn sich die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren sozial verstärkt zurückgezogen habe, werde ihr Alltag noch immer von verschiedenen Aktivitäten geprägt. Da die Beschwerdeführerin zeitlebens an depressiven Episoden gelitten habe und die Persönlichkeitsstörung seit dem jungen Erwachsenenalter vorhanden sei, lasse sich das derzeitige Funktionsniveau nicht direkt mit demjenigen vor Eintritt des Gesundheitsschadens vergleichen. Zeitlich scheine ein Zusammenhang zu bestehen zwischen den seit den um die Jahrtausendwende vermehrt aufgetretenen körperlichen Gebrechen und der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit ab 2004. Da die Persönlichkeitsmerkmale über die Jahre weitgehend stabil geblieben seien, könne davon

ausgegangen werden, dass es der Beschwerdeführer in auch heute möglich wäre, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Aus rein psychiatrischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Da die Beschwerdeführerin zeitlebens mehrfach unter depressiven Episoden gelitten habe, teilweise unter solchen mit schwererer Ausprägung, dürfte die Arbeitsfähigkeit zeitweise vermindert gewesen sein. Eine retrospektive Quantifizierung sei indessen nicht möglich (Urk. 42 S. 65 ff.). 3.7

In der interdisziplinären Beurteilung fassten die Gutachter zusammen, beeinträchtigt sei die Arbeitsfähigkeit in erster Linie aus neuropsychologischer und aus rheumatologischer Sicht. Trotz der langjährigen Leidensgeschichte und der bildgebend nachweisbaren Schäden des Schultergelenks, der Füße, der Knie und des Rückens sei bei der Untersuchung und insbesondere bei der EFL eine ordentliche Funktionalität festzustellen gewesen. Die Beschwerdeführerin habe bei allen Untersuchungen kooperiert. Aggravationszeichen oder eine Schonungstendenz hätten gefehlt. In der angestammten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit allein unter Berücksichtigung der Limitationen am Bewegungsapparat um 50 % reduziert. Unter Berücksichtigung von Interaktionen mit den neurokognitiven und den psychiatrischen Diagnosen bestehe in der angestammten Tätigkeit eine theoretische Arbeitsfähigkeit von 35 %. Eine Verbesserung im Vergleich zu früheren Beurteilungen liege nicht vor, vielmehr sei die in den Vorgutachten für die angestammte Tätigkeit attestierte Arbeitsunfähigkeit Folge einer zu wenig differenzierten Leistungsbeurteilung gewesen. Auch bei einer angepassten Tätigkeit weiche die aktuelle rheumatologische Einschätzung von den Vorgutachtern ab. Hier könne unter Berücksichtigung der tatsächlich vorliegenden funktionellen Leistungseinbußen durch die Problematik der rechten Schulter, der Füße, der Kniegelenke und der Wirbelsäule keine vollständige Arbeitsfähigkeit bescheinigt werden. Die EFL habe gezeigt, dass Arbeitspausen von zwei Stunden pro Tag erforderlich seien, so dass aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 75 %

in optimal angepassten Tätigkeiten vorliege. Die Behandlung des Meningeom habe nach der Einschätzung aller Experten ein gutes Ergebnis gezeitigt, so dass diesbezüglich nicht von Spätschäden auszugehen sei. Einigkeit habe auch dahingehend bestanden, dass die fachspezifischen Beurteilungen für sich allein genommen der komplexen Situation nicht gerecht würden. Auch bei einer angepassten Tätigkeit liege interdisziplinär betrachtet eine stärkere Beeinträchtigung vor, als dies aus monodisziplinärer Sicht der Fall sei. Die Aufmerksamkeitsstörung und die Persönlichkeitsstörung erschwerten die Bewältigung der chronischen körperlichen Beschwerden aufgrund der nachweisbaren Schäden am Bewegungsapparat. Obschon die neuropsychologischen Einschränkungen zum Teil durch die chronischen Schmerzen erklärbar seien, sei eine therapeutische Verbesserung kaum erreichbar. Eine wirksame pharmakologische Schmerztherapie würde eine weitere Verlangsamung psychomotorischer Funktionen nach sich ziehen und wäre darüber hinaus mit dem Risiko einer Abhängigkeitsentstehung behaftet. Für eine nicht-pharmakologische Schmerzbehandlung komme nach bereits ausgeschöpften physiotherapeutischen Verfahren nur die chirurgische Therapie mit bilateralen Kniegelenksprothesen und einer Schultergelenkprothese in Frage, wobei auch dadurch keine namhafte Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten wäre. Zusammengefasst liege aus interdisziplinärer Sicht eine generalisierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 40 % vor, im Wesentlichen bedingt durch die psychomotorische Verlangsamung

in Kombination mit dem chronischen Schmerzsyndrom. Retrospektive lässt sich die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilen, da vergleichstaugliche standardisierte Funktionsanalysen fehlten. Zu beachten sei aber, dass sich der Zustand tendenziell verschlechtert habe (Urk. 42 S. 67 ff. Ziff. 5, Ziff. 6.1-2 und Ziff.

E. 6

, bestätigt mit Einspracheentscheid vom 6. September 2007, verneinte die IV-Stelle den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente

(Urk. 2/7/39, Urk. 2/7/54). Die dagegen erhobene Beschwerde (vgl. Urk. 2/7/56) hiess das hiesige Gericht mit Urteil IV.2007.01286 vom 29. Mai 2009 in dem Sinne gut, dass es die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die IV-Stelle zurückwies (Urk. 2/7/69).

Diese führte weitere medizinische Abklärungen

durch. Insbesondere holte sie das Gutachten des medizinischen Zentrums B.____ vom 26. März 2011 und die ergänzende Stellungnahme des B.____ vom 13. April 2011 ein (Urk. 2/7/85; Urk. 2/7/87). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (vgl. Urk. 2/7/94) sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 3. Mai 2012 mit Wirkung ab 1. November 2003 eine bis 31. Juli 2005 befristete ganze Rente zu (Urk. 2/2 = Urk. 2/7/107). 2.

Gegen die Verfügung vom 3. Mai 2012 erhob die Versicherte am 6. Juni 2012 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, es sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten in den Fachdisziplinen Orthopädie, Neurochirurgie, Neurologie und Psychiatrie einzuholen und hernach sei über den Rentenanspruch erneut zu entscheiden. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei über den 1. Januar 2005 hinaus eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100% auszurichten (Urk. 2/1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte in der Beschwerdeantwort vom 28. August 2012 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 2/6). Am 6. November 2013 stellte das Gericht die Einholung eines medizinischen Gutachtens in Aussicht (Urk. 2/15), wozu die Parteien am 2. und 3. Dezember 2013 Stellung nahmen (Urk. 18-19). In der Folge stellte das Gericht den Parteien den Verzicht auf die Einholung eines Gerichtsgutachtens in Aussicht, liess sie dazu Stellung nehmen (Urk. 2/21, Urk. 2/23-24) und wies hernach die Beschwerde mit Urteil IV.2012.00600 vom 30. September 2015 ab (Urk. 2/25). 3.

Die von der Versicherten gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde hiess das Bundesgericht mit Urteil 9C_857/2015 vom 2. Februar 2016 teilweise gut und wies die Sache an das Sozialversicherungsgericht zurück, damit dieses das anfänglich in Aussicht gestellte Gerichtsgutachten

einhole und hernach über den Leistungsanspruch erneut entscheide (Urk. 1 = Urk. 2/28). Am 27. Juni 2016 beschloss das Sozialversicherungsgericht die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens (Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie) durch Experten des Universitätsspitals C.____ und unterbreitete den Parteien die Fragen (Urk. 3). Nachdem weder Ergänzungsfragen gestellt noch Änderungsvorschläge gemacht wurden, erteilte das Gericht den Gutachtensauftrag und ersuchte das C.____ um die Mitteilung der Gutachter (Urk. 6). Die Klinik teilte am 8. Mai 2017 die Namen der Gutachter mit (Urk. 17) und am 8. Juni 2017 gab das Gericht den Parteien Gelegenheit, um allfällige Einwände gegen die Gutachter vorzubringen (Urk. 18). Solche brachte innert Frist keine der Parteien vor (vgl. Urk. 21). Der definitive Gutachtensauftrag

erging mit Beschluss vom 14. August 2017 (Urk. 22). In der Folge fanden die Untersuchungen in den verschiedenen Fachgebieten statt. Das neuropsychologische Teilgutachten datiert vom 22. Oktober 2017 (Urk. 47), das neurologische vom 19. November 2017 (Urk. 46), das rheumatologische vom 13. Dezember 2017 (Urk. 40 = Urk. 44) und das psychiatrische vom 22. Januar 2018 (Urk. 45). Am 23. Januar 2018 sodann erstatteten die Gutachter das Gesamtgutachten mit der abschliessenden Konsensbeurteilung (Urk. 42). Am 8. Februar 2018 gab das Gericht den Parteien Gelegenheit, um zum Ergebnis der Begutachtung Stellung zu nehmen (Urk. 49). Die IV-Stelle verzichtete auf eine Stellungnahme zum Gutachten (Urk. 51) und die Versicherte reichte innert Frist keine solche ein (vgl. Urk. 52).

Auf die Ausführungen der Parteien und die Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 7

lit. d u. lit. e). Die rheumatologischen Experten wiesen darauf hin, zur Verschlechterung hätten die seit der letzten Begutachtung aufgetretenen symptomatischen und rechtsbetonten Gonarthrosen sowie beidseitige

Rhizarthrosen

beitragen. Nicht ausgeschlossen wurde auch eine funktionelle Verschlechterung hinsichtlich der übrigen Gesundheitsprobleme am Bewegungsapparat. Gegenüber früheren bildgebenden Befunden stellten die Gutachter ferner eine Verschlechterung im Bereich der rechten Schulter bei allerdings unveränderter subjektiver Situation fest. Ob das aktuelle Untersuchungsteam bereits 2011 zu einer anderen Einschätzung als die B.____-Gutachter gekommen wäre, mussten die Gutachter offenlassen. Hingegen betonten sie, es rechtfertige sich insgesamt aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht, von einer seit vier Jahren verschlechterten Situation auszugehen, womit seit mindestens Frühjahr 2013 eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 42 S. 61). 4.4

Die Restarbeitsfähigkeit allein aus rheumatologischer Sicht schätzten die Gutachter auf 75 % ein (Urk. 42 S. 61). Massgebend dabei war der im Rahmen der EFL festgestellte Bedarf an Arbeitspausen während insgesamt zwei Stunden pro Tag, wobei die Ergebnisse der EFL nachvollziehbar als valide eingestuft wurden (Urk. 44 S. 24 f. Ziff. 4.1 u. S. 28 ff.). In der Konsensbeurteilung hielten die Experten sodann fest, die fachspezifischen Beurteilungen für sich allein genommen würden der komplexen Situation nicht gerecht werden. Auch bei einer angepassten Tätigkeit liege interdisziplinär betrachtet eine stärkere Beeinträchtigung vor, als dies aus monodisziplinärer Sicht der Fall sei. Auch dies überzeugt. In's Gewicht fallen folgende Aspekte: Die Aufmerksamkeitsstörung und die Persönlichkeitsstörung erschweren die Bewältigung der chronischen körperlichen Beschwerden aufgrund der nachweisbaren Schäden am Bewegungsapparat. Die mit den chronischen Schmerzen zusammenhängenden neuropsychologischen Einschränkungen wurden als therapeutisch kaum angebar eingestuft, denn eine wirksame pharmakologische Schmerztherapie dürfte

eine weitere Verlangsamung psychomotorischer Funktionen nach sich ziehen und wäre darüber hinaus mit dem Risiko einer Abhängigkeitsentstehung behaftet. Für eine nicht-pharmakologische Schmerzbehandlung kommen

aufgrund der bereits ausgeschöpften physiotherapeutischen Verfahren nur chirurgische Massnahmen in Betracht (bilaterale Kniegelenksprothesen, Schultergelenksprothese). Solche lehnt die Beschwerdeführerin aber ab und nach der Einschätzung der Experten kann damit auch objektiv betrachtet

die Arbeitsfähigkeit kaum günstig beeinflusst werden. Limitierend wirkt sich sodann auch die psychomotorische Verlangsamung in Kombination mit dem chronischen Schmerzsyndrom aus. Die in der Konsensbeurteilung ermittelte generalisierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 40 % ist damit nicht nur hinreichend begründet, sondern es ist nicht ersichtlich, dass die zusätzlichen Faktoren erst nach der von den rheumatologischen Experten retrospektiv ermittelten Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes eingetreten sind. Es rechtfertigt sich damit, ab Frühjahr 2013 von einer generalisierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 40 % und mithin von einer Restarbeitsfähigkeit von 60 % in angepassten Tätigkeiten auszugehen. 4.5

Für die Zeit davor gingen die Gutachter des B.____ und des N.____

ab Herbst 2001 von einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit aus sowie ab Mai 2005 von einer gesundheitlichen Besserung verbunden mit einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 2/7/34/20 ff., Urk. 2/7/85/59 ff., Urk. 2/7/87/1 f., Urk. 2/7/92/5 f.). Gestützt darauf sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin nach erfolgter Anmeldung im November 2003 die von November 2003 bis Ende Juli 2005 befristete ganze Rente zu (Urk. 2/7/99, Urk. 2/7/107). Die gesundheitliche Besserung im Jahr 2005 stellt die Beschwerdeführerin in Abrede (Urk. 2/1 S. 4 ff.). Von einer Fortdauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit aber ist insbesondere

auch mit Blick auf die jüngsten Erkenntnisse nicht auszugehen. Gemäss C.____-Gutachten ist ab Frühjahr 2013 nachvollziehbar von einer Restarbeitsfähigkeit von 60 % auszugehen, dies als Folge einer gesundheitlichen Verschlechterung (vgl. Urk. 42 S. 61 u. S. 71 f.). Bestand ab Oktober 2001 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit und ab Frühjahr 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer angepassten Tätigkeit auf Grund einer gesundheitlichen Verschlechterung, muss sich in der Zeit dazwischen der Zustand zunächst gebessert haben, bevor er sich ab Frühjahr 2013 erneut verschlechterte. Gemäss den Gutachtern des N.____ - und des B.____ war ab Mai 2005

von einem gebesserten Zustand auszugehen. Ob sich der Zustand effektiv im Sinne einer vorübergehend uneingeschränkten Restarbeitsfähigkeit besserte, oder ob in gewissem Umfang weiterhin

eine Beeinträchtigung verblieb, bleibt offen. Mit der erneuten Begutachtung durch das C.____

jedenfalls konnte eine eindeutige Beurteilung der erwerblichen Leistungsfähigkeit erst für die Zeit ab dem Frühjahr 2013

vorgenommen werden.

Eine weiter in die Vergangenheit zurückreichende Beurteilung war nicht möglich. Die Experten, denen umfangreiche Vorakten zur Verfügung standen (vgl. Urk. 42 S. 4 ff.), kamen zum Schluss, für eine weitergehende retrospektive Beurteilung fehlten vergleichstaugliche Funktionsanalysen (Urk. 42 S. 70 f.). Für die Zeit ab Mai 2005 bis zum

Frühjahr 2013 ist demnach von Beweislosigkeit auszugehen. Die Existenz weiterer echtzeitlicher medizinischer Unterlagen, mit denen sich der Verlauf ab Mai 2005 bis zum Frühjahr 2013 zuverlässiger beurteilen liesse, ist weder ersichtlich noch wies die Beschwerdeführerin auf solche hin. Weitere Abklärungen fallen daher ausser Betracht. 4.6

Zusammenfassend steht fest, dass ab Oktober 2001 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in allen in Betracht kommenden Tätigkeiten bestand. Diese dauerte gemäss den Feststellungen der N.____-Gutachter bis ins Jahr 2005 an (Urk. 2/7/34/23). Für die Zeit ab Frühjahr 2013 bestand aufgrund einer

objektiv vierbaren Verschlechterung des Gesundheitszustandes eine Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer angepassten Tätigkeit. Der Verlauf dazwischen bleibt ungeklärt, so dass sich nicht feststellen lässt, wie sich der Gesundheitszustand in diesem Zeitraum

auf die erwerblichen Ressourcen ausgewirkt hat. 5.5.1

Aufgrund der Feststellungen in den Gutachten des

N.____ und des B.____

und gestützt auf die Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Urk. 2/7/34/19 ff., Urk. 2/7/85/58 ff., Urk. 2/7/87, Urk. 2/7/92/5 f.) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab November 2003 eine ganze Rente zu (vgl. Urk. 2/7/99, Urk. 2/7/107). Die Anmeldung erfolgte im genannten Monat (Urk. 2/7/2). Das Wartefahr war zu diesem Zeitpunkt bestanden. Entsprechend dem allgemeinen übergangsrechtlichen Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen), ist sodann die Frist von sechs Monaten ab der Anmeldung im Sinne von Art. 29 Abs. 1 IVG vorliegend nicht anwendbar. Art. 29 IVG in dieser Form trat erst am 1. Januar 2008 in Kraft. Auf die Zuspätkommen der ganzen Rente zurückzukommen besteht nach dem Gesagten kein Anlass. Der Entscheid gründet auf diesbezüglich nachvollziehbaren und daher nicht zu beanstandenden Schlussfolgerungen. 5.2

Die Beschwerdegegnerin befristete die ganze

Rente per Ende Juli 2005 ausgehend von einer Besserung des Gesundheitszustandes ab Mai 2005 (Urk. 2/7/99, Urk. 2/7/107). Sie stützte sich auf die Beurteilungen in den Gutachten des N.____ und des B.____

und auf diejenige

des RAD (vgl. Urk. 2/7/34/22 f., Urk. 2/7/85/65 f., Urk. 2/7/87, Urk. 2/7/92/5 f.). Diese von der Beschwerdeführerin in Frage gestellte Beurteilung konnte durch das Gutachten des C.____ nicht weiter geklärt werden. Der gesundheitliche Verlauf ab Mai 2005 und damit auch die Quantifizierung der Restarbeitsfähigkeit bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2012 bleiben nach Durchführung der in Frage kommenden Beweissmassnahmen offen (vgl. vorstehende E. 4.5 f.). Ein Rentenanspruch ab August 2005 ist somit nicht ausgemessen.

Die Beweislosigkeit wirkt sich zu Ungunsten der Beschwerdeführerin aus. Die von den Gutachtern des C.____

festgestellte, nur noch teilweise verwertbare Restarbeitsfähigkeit bezieht sich auf einen Zeitraum nach Erlass der Verfügung vom 3. Mai 2012, mithin auf die Zeit ab Frühjahr 2013. 5.3

Die mit der angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2012 ab November 2003 befristet bis Ende Juli 2005 zugesprochene ganze Rente ist nicht zu beanstanden. Sodann hat die Beschwerdegegnerin

im Ergebnis zu Recht einen über den 31. Juli 2005 hinausgehenden Rentenanspruch verneint. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Mit Blick auf die von den Gutachtern des C.____

ab Frühjahr 2013 attestierte Arbeitsfähigkeit von 60 %

auch in einer angepassten Tätigkeit ist die Sache indessen nach Eintritt der Rechtskraft an die Beschwerdegegnerin zu überweisen, damit diese unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin erneut prüfe (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG). Mit Blick auf die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensbemessung (vgl. Urk. 2/7/91), zu der im Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 30. September 2015 Stellung genommen wurde (E. 5), ist ein Rentenanspruch angesichts der nur noch teilweise verwertbaren Restarbeitsfähigkeit von höchstens 60 % keineswegs auszuschliessen. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 1'000.-- als angemessen. Ausgangsgemäss sind die Kosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Die Kosten für das Gerichtsgutachten (polydisziplinäres Gutachten des C.____; vgl. Urk. 42-47) sind dagegen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Eine Prozessentschädigung steht der Beschwerdeführerin entsprechend dem Verfahrensausgang nicht zu. Die ihr mit Urteil des Bundesgerichts 9C_857/2015 vom 2. Februar 2016 zu Lasten des Kantons Zürich zugesprochene Prozessentschädigung für das bundesgerichtliche Verfahren wurde ihr am 4. März 2016

durch die Gerichtskasse ausbezahlt (Urk. 2/31).

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Sache wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheids an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, im Sinne der Erwägungen überwiesen. 3.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. Die Kosten für das polydisziplinäre Gutachten des Universitätsspitals Zürich vom 23. Januar 2018 werden auf die Gerichtskasse genommen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der

Rechtskraft) 5 .

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

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

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

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