

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00310 vom 27. September 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00310

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00310 du 27 septembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00310 del 27 settembre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. Nachdem die 1958 geborene X. anlässlich eines Sturzes am 30. März 1995 eine Kompressionsfraktur LWK1, welche in der Folge operativ versorgt worden war, erlitten hatte (vgl. Urk. 8/3/9), zog sie sich bei einem Verkehrsunfall am 20. Juli 1996 eine Fraktur von BWK12 und LKW1, eine Fraktur des 5. Metacarpale der rechten Hand sowie multiple Abrasionen am rechten Vorderarm, Kontusionen und Schürfwunden zu (Urk. 8/3/23). Unter Hinweis auf dieses Ereignis meldete sich die Versicherte am 23. Februar 1998 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen (Wiedereinschulung, Rente) an (Urk. 8/5). Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht gewährte ihr die Invalidenversicherung bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 75 % eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. Juli 1997 (Verfügung vom 9. Oktober 1998, Urk. 8/20). Mit Mitteilungen vom 4. September 2001 (Urk. 8/27) und 16. November 2004 (Urk. 8/40) - am 14. September 2004 hatte die Versicherte angegeben, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (Urk. 8/31) - bestätigte die IV-Stelle den Rentenanspruch von X.

1.2. Im Rahmen des im Dezember 2009 veranlassten Revisionsverfahrens wurde X., welche erneut einen verschlimmerten Gesundheitszustand (seit zwei bis drei Jahren) geltend gemacht hatte (Urk. 8/46), von Dr. med. Y., FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, Manuelle Medizin SAMM, Neuraltherapie, begutachtet (Expertise vom 29. September 2010, Urk. 8/51). Gestützt auf dessen Beurteilung, wonach von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen und die bisherige Tätigkeit mit einer Einschränkung von 35 bis 40 %, eine angepasste Tätigkeit demgegenüber vollumfänglich zumutbar sei (Urk. 8/51/13), hob die IV-Stelle die bisherige Rente nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/54-67) bei einem mittels gemischter Methode ermittelten IV-Grad von 16 % mit Verfügung vom 15. März 2010 auf Ende des nach der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (Urk. 2).

2. Hiergegen liess X. am 22. März 2011 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin und auf unbestimmte Zeit eine volle Rente zuzusprechen. Allenfalls sei sie vor einer erneuten Verfügung medizinisch und beruflich abzuklären (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2011 (Urk. 7 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-70) - der Beschwerdeführerin am 9. Mai 2011 zugestellt (Urk. 9) - schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

3. Die gegen den Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 15. März 2012 gerichtete Beschwerde, welche Gegenstand des Verfahrens UV.2012.00068

bildet, wurde mit Urteil heutigen Datums abgewiesen.

4. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Während die Beschwerdeführerin insbesondere geltend machte, ihr Gesundheitszustand sei nicht nur stationär, sondern habe sich seit dem schweren Unfallereignis von 1996 gar verschlechtert (Urk. 1), hielt die Beschwerdegegnerin dafür, eine behinderungsangepasste, leichte, wechselbelastende Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin spätestens seit der am 23. September 2010 stattgefundenen Begutachtung nunmehr zumutbar. Damit sei sie unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 15 % im Stande, mit einem 50%-Pensum ein jährliches Einkommen von Fr. 18'568.-- zu erwirtschaften, was verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 27'195.-- einen Teilinvaliditätsgrad von 32 % im Erwerbsbereich ergebe. Im Haushaltbereich bestehe keine Einschränkung, womit der Invaliditätsgrad insgesamt bei 16 % liege. Ein Rentenanspruch bestehe damit nicht mehr (Urk. 2).

E. 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). Die Invalidität 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

2.2 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers 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 tatsächlichen 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 revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf

einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010, je E. 2.2, mit Hinweisen).

2.3.3 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 prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumachende 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.).

E. 3

3.1.1 Mit Verfügung vom 9. Oktober 1998 (Urk. 8/20) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 75 % eine ganze Rente der Invalidenversicherung mit Wirkung ab 1. Juli 1997 zu. Anlässlich der Revisionen in den Jahren 2001 (Urk. 8/25) und 2004 (Urk. 8/31) holte die Beschwerdegegnerin zwar die Verlaufsberichte von Dr. med. Z. ____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, vom 27. August 2001 (Urk. 8/26) beziehungsweise von Dr. med. A. ____, FMH für Rheumaerkrankungen, vom 11. November 2004 (Urk. 8/39) ein. Diese erweisen sich aber als äusserst kurz, so dass nicht von einer umfassenden materiellen Prüfung mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung (E. 2.2) gesprochen werden kann, weshalb als massgebender Zeitraum jener zu gelten hat, welcher zwischen der Rentenverfügung vom 9. Oktober 1998 und der angefochtenen Verfügung vom 15. März 2010 (Urk. 2) liegt.

3.2.1.1

3.2.1.1 Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vor dem 9. Oktober 1998 ist Nachfolgendes aktenkundig:

3.2.1.2 Nachdem die Beschwerdeführerin bereits am 30. März 1995 infolge eines Sturzes eine Kompressionsfraktur des Lendenwirbels L1 erlitten hatte, welche mittels dorsaler und ventraler Stabilisierung operativ versorgt worden war (vgl. Urk. 8/3/9), zog sie sich durch das Unfallereignis vom 20. Juli 1996 eine Fraktur des Brustwirbels B12 und (erneut) des LWK1 sowie eine solche des 5. Metacarpale an der rechten Hand mit multiplen Abrasionen, Kontusionen und Schürfwunden zu (Urk. 8/3/26). Während die Wirbelsäulenfrakturen konservativ behandelt wurden, wurden die grossen Hautabrasionen einer Hauttransplantation zugeführt und erfolgte die Versorgung der Fraktur an der rechten Hand mittels Kirschner-Draht, welcher nach Konsolidierung der Fraktur am 12. November 1996 entfernt wurde (vgl. Urk. 8/3/9).

3.2.1.3 Am 21. Januar 1997 (Urk. 8/35/1-5) - der Beschwerdegegnerin am 26. Oktober 2004 zugegangen (vgl. Aktenverzeichnis) - berichtete Dr. med. B., Innere Medizin und Tropenkrankheiten FMH, im Rahmen eines Gutachtens zu Händen der Pensionskasse der Beschwerdeführerin, die am 30. März 1995 erlittene Kompressionsfraktur LWK1 sei nach operativer Sanierung und physiotherapeutischer Behandlung praktisch ausgeheilt, so dass die Beschwerdeführerin knapp ein Jahr nach dem Unfallereignis am 5. März 1996 ihre Tätigkeit (mit Einsatz in der Cafeteria und am Buffet anstelle der Arbeit in der Waschküche) wieder aufgenommen habe (Urk. 8/35/2). Anlässlich der vertrauensärztlichen Untersuchung vom 6. Januar 1997 habe die Beschwerdeführerin in Bezug auf das Unfallereignis vom 20. Juli 1996 angegeben, immer noch unter massig starken, belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der LWS zu leiden, welche nur im Liegen vollständig verschwinden würden. Am meisten Schmerzen habe sie, wenn sie sich nach vorne beuge. Schmerzmittel benötige sie jedoch selten (Urk. 8/35/3). Dr. B. hielt zusammenfassend fest, die Beschwerdeführerin habe dieses zweite Unfallereignis erstaunlich gut überstanden und erhole sich zunehmend (Urk. 8/35/4). Die Konsolidierung der Wirbelfrakturen dauere voraussichtlich 9 bis 12 Monate. Vorher dürfe die Beschwerdeführerin den Rücken nicht allzu stark belasten. Bei ihrer positiven Einstellung und dem guten Verlauf nach der ersten Wirbelfraktur im März 1995 sei anzunehmen, dass sich die Beschwerdeführerin auch diesmal wieder vollständig erhole und ihr 50%-Pensum im Laufe des Jahres 1997 wieder aufnehmen könne. Dabei sei es sicher zweckmässig, wenn sie - wie bereits nach dem ersten Unfall - wieder am Buffet oder der Cafeteria arbeiten könne, wo sie nicht allzu schwer heben müsse (Urk. 8/35/5).

3.2.1.4 Unter intensiver Physiotherapie (Urk. 8/3/20 und 8/3/23) ergab sich in der Folge eine langsame Erholung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin. Die per 22. September 1997 mit einem Pensum von 50 % vorgesehene Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit (Bericht vom 23. September 1997, Urk. 8/3/19) scheiterte aber.

3.2.1.5 Am 14. Oktober 1997 führte Dr. C. zu Händen des Unfallversicherers eine Begutachtung der Beschwerdeführerin durch (Gutachten vom 14. Oktober 1997, Urk. 8/3/8-17). Ihm gegenüber klagte die Beschwerdeführerin über Rückenschmerzen im Lumbalbereich mit Hauptlokalisation im Kreuz, gelegentlich auch mit Ausstrahlungen bis gegen die obere BWS. Zur Behandlung der Schmerzen benötige

sie regelmässig zwei bis drei Tabletten Ponstan möglich. Vor allem bei Wetterumschlag, gewissen Torsionsbewegungen der LWS, nach langem Sitzen und Gehen seien die Schmerzen stark, während die Nachtruhe bloss gelegentlich gestört sei. Dreimal wöchentlich gehe sie zur Therapie, was ihr jeweils sehr helfe. Die Arbeit habe sie noch nicht wieder aufgenommen, sie gehe aber davon aus, dass ihr im neuen Jahr eine leichtere Tätigkeit im früheren Umfang möglich sein werde (Urk. 8/3/10). Der Gutachter erhob im Bereich BWS/LWS einen deutlichen Flachrücken bei Status nach operativer Stabilisierung mit Steifigkeit im ganzen LWS-Bereich. Der lumbosakrale Übergang zeigte sich bei allen Bewegungen schmerzhaft, und über den Dornfortsätzen der LWS, speziell über dem lumbosakralen Übergang ergab sich eine deutliche Druck-, Klopf- oder Rütteldolenz. Der Fingerspitzen-Bodenabstand betrug 40 cm. Am rechten Vorderarm präsentierte sich eine grossflächige Hauttransplantation mit entsprechender Sensibilitätsstörung und leicht herabgesetzter grober Kraft im rechten Handgelenk (Urk. 8/3/11). Die Röntgenaufnahme der BWS und LWS vom 14. Oktober 1997 visualisierte einen Status nach Spondylodese TH12 bis L2 mit massiv veränderter Wirbelkörperform TH12 bis L2 und massiv verschmälserter und teilweise aufgehobener Bandscheibe sowie einen Status nach Impressions- und Kompressionsfraktur L3 und eine gestörte Wirbelsäulenstatik. Eine Skoliose zeigte sich nicht. Die Untersuchung beider Hände ergab einen Status nach Metacarpalefraktur V rechts mit vollständigem Durchbau und Restitutio ad integrum ohne Anhaltspunkte für irgendein pathologisches Geschehen. Dr. C. ___ diagnostizierte neben einem vorbestandenem Status nach Kompressionsfraktur L1 mit operativer dorsaler und ventraler Stabilisierung und Status nach Osteosynthesematerialentfernung eine Kompressionsfraktur TH12 und L3, einen Status nach konservativer Behandlung, eine Metacarpalefraktur V rechts, einen Status nach Osteosynthese dieser Fraktur und Osteosynthesematerialentfernung, multiple Schürfwunden, Kontusionen und Abrasionen sowie einen Status nach Hauttransplantation grossflächigen Ausmasses am rechten Vorderarm (Urk. 8/3/13). Er erklärte, die von der Beschwerdeführerin geklagten Rückenschmerzen seien glaubhaft und mit aller grössten Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 20. Juli 1996 zurückzuführen. Hierbei dürfte die vorbestehende operative Stabilisierung von TH12 bis L2 kaum ins Gewicht fallen, sei doch die Beschwerdeführerin nach dem früheren Unfallereignis wieder wie bisher arbeitsfähig gewesen (Urk. 8/3/14). Derzeit bestehe noch keine Arbeitsfähigkeit. Die Therapie dauere noch an und sei - da geeignet, noch eine weitere Verbesserung zu bewirken - unbedingt bis Ende 1997 fortzusetzen. Ab Januar 1998 sei wieder von einer Arbeitsfähigkeit im bisherigen Umfang von 50 % auszugehen, allerdings nur für leichte Tätigkeiten ohne Tragen und Heben von Lasten (Urk. 8/3/16).

3.2.6 Â Mit Bericht vom 24. März 1998 (Urk. 8/3/3) machte Dr. Z. ___ aktenkundig, der Zustand der Beschwerdeführerin verbessere sich langsam, aber stetig. Seit dem 23. März 1998 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, wobei abzuwarten sei, ob der Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 % durchgezogen werden könne. Mit allfälligen Rückfällen sei zu rechnen.

3.2.7 Â Dr. B. ___ hielt am 22. Mai 1998 (Urk. 8/35/6-10; auch dieser Bericht ging der Beschwerdegegnerin erst am 26. Oktober 2004 zu) nach erneuter Begutachtung der Beschwerdeführerin vom 15. Mai 1998 fest, die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin habe sich kaum gebessert. Die Arbeitsaufnahme im Januar 1998

haben nach bloss vier Tagen wieder abgebrochen werden müssen. Auch ein Versuch Ende März 1998 sei bereits nach zwei Tagen gescheitert (Urk. 8/35/7). Die Beschwerdeführerin beklage eine Schwäche in der rechten Hand und Ameisenlaufen sowie dauernde Schmerzen im unteren Rücken, weshalb sie nicht gut gehen und nicht lange sitzen könne. Strenge Haushaltarbeiten wie Staubsaugen seien ihr nicht mehr möglich. Die Ärztin notierte, die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Untersuchung nervös und weniger zuversichtlich als noch im November 1997 gewirkt und wenig gezielt Auskunft gegeben. Sie sei beim Gehen deutlich steifer als im November 1997, und die Beweglichkeit der oberen LWS sei deutlich eingeschränkt (Urk. 8/35/8). Dr. B.____ führte sodann aus, es sei unklar, weshalb die belastungsabhängigen Schmerzen persistierten. Wahrscheinlich sei, dass diese durch sekundäre Tendinosen (Weichteilrheumatismus) bedingt seien. Es bleibe offen, ob die Beschwerdeführerin jemals wieder eine leichtere Arbeit im Teilpensum werde aufnehmen können. Vorläufig sei die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig. Sie selber, Dr. B.____, bleibe optimistisch und würde einen neuen Arbeitsversuch wagen (Urk. 8/35/9).

3.2.8.1 Im Abklärungsbericht Haushalt vom 4. Juni 1998 (Urk. 8/15) führte ferner die Abklärungsperson aus, die Arbeitsversuche von Januar und März 1998 hätten abgebrochen werden müssen und es bestehe nunmehr wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (100 % AUF lt. Unfallschein Dr. Z.____, eingesehen; Urk. 8/15/1). Die Abklärungsperson kam sodann zum Schluss, im mit 50 % zu gewichtenden Erwerbsteil ergebe sich damit ein Invaliditätsgrad von 100 %, im Haushaltsteil ein solcher von 25 %, was einen Gesamtinvaliditätsgrad von 75 % ergebe (Urk. 8/15/7).

E. 3.3

3.3.1 Nach der Verfügung vom 9. Oktober 1998 (Urk. 8/20) präsentierte sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin wie folgt:

3.3.2 Am 12. Oktober 1999 untersuchte Dr. C.____ die Beschwerdeführerin im Auftrag des Unfallversicherers erneut (Bericht vom 13. Oktober 1999, Urk. 8/59/2-7; der Beschwerdegegnerin am 21. Dezember 2010 zugegangen; Urk. 8/60/3). Die bereits am 14. Oktober 1997 genannten Diagnosen (E. 3.2.5) ergänzte er mit dem Hinweis, dass wahrscheinlich auch TH11 mitbetroffen sei (Urk. 8/59/5). Der Arzt berichtete sodann, zwischenzeitlich seien mehrere Arbeitsversuche unternommen worden, welche jedoch alle scheiterten. Aktuell habe die Beschwerdeführerin über eine glaubhafte Zunahme der Beschwerden und neu über eine Ausstrahlung in beide Beine geklagt. Sodann sei es ihren Angaben zufolge zunehmend zu einer Kraftverminderung des rechten, dominanten Armes mit Ameisenlaufen gekommen. Wegen dieser Beschwerden sei die Beschwerdeführerin auf die regelmässige Einnahme von Ponstan angewiesen und habe die Arbeit nicht wieder aufnehmen können. Im Haushalt besorge praktisch alles der Ehemann (Urk. 8/59/3). Der Gutachter erhob einen Fingerspitzen-Bodenabstand von 50 cm, einen deutlichen Flachrücken mit Versteifung der ganzen Lendenwirbelsäule sowie eine ausgeprägte Druck-, Klopf- und intermittierende über den Dornfortsätzen von TH11 bis L5. Der lumbosakrale Übergang präsentierte sich bei praktisch alle Bewegungen als deutlich schmerzhaft und neu mit etwas Ausstrahlung in beide Unterschenkel. Sodann ergab sich im rechten Ellbogengelenk eine leichte Kraftverminderung, im Bereich der Hauttransplantation zeigte sich neu zusätzlich zur Sensibilitätsstörung ein Ameisenlaufen und im rechten Handgelenk war die grobe Kraft etwas herabgesetzt. Die übrigen Befunde zeigten sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom 14. Oktober 1997 im Wesentlichen unverändert

8/48/3).

3.3.7.1 Im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstattete Dr. Y.____ am 29. September 2010 sein Gutachten (Urk. 8/51/1-17), welches sich auf die anlässlich der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 23. September 2010 erhobenen Angaben und Befunde, die beigezogenen Akten (Urk. 8/51/5-6) sowie auf die durch Dr. Y.____ veranlassten Labor- und Röntgenuntersuchungen stützt.

Gegenüber dem Gutachter gab die Beschwerdeführerin in Gegenwart einer Dolmetscherin (Urk. 8/51/7) an, die Beschwerden im Bereich der rechten Hand hätten sich bezüglich der Schmerzen vollständig zurückgebildet. Geblieben sei eine Kraftminderung im rechten Unterarm, welche bis heute andauere. Dies sei auch der Grund dafür, dass sie im Haushalt nur noch leichtgradig körperlich belastende Tätigkeiten ausführen könne und die übrigen Arbeiten von ihrem Ehemann übernommen werden müssten. Was sodann die Rückenschmerzen betreffe, persistierten diese seit Anfang 1997 und beständen sowohl am Tag als auch in der Nacht, wobei deren Ausprägung tagsüber stärker sei. Seit 1997 hätten die Schmerzen diskret zugenommen und strahlten zudem diffus in die Beine aus. Diese Ausstrahlung habe seit 1998 ebenfalls zugenommen (Urk. 8/51/2).

Dr. Y.____ erhob einen unauffälligen Neurostatus (Urk. 8/51/3). Die peripheren Gelenke zeigten sich ohne Hinweise auf eine funktionelle Einschränkung. Während die Bewegungen der Hals- und Brustwirbelsäule als schmerzlos geschildert wurden, nannte die Beschwerdeführerin Schmerzen der Lendenwirbelsäule in allen Ebenen, unabhängig davon, ob die Untersuchung in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung oder in möglichst entspannter, liegender Körperhaltung erfolgte. Der Kinn-Sternum-Abstand betrug 0 bis 20 cm, der Finger-Boden-Abstand 10 cm. Der Arzt hielt fest, die Palpation der paravertebralen Weichteile sei ausschliesslich lumbal als diffus druckschmerzhaft beschrieben worden, ohne dass daselbst - möglicherweise Pannikulose bedingt - ein klinisch-pathologischer Befund wie etwa eine Myogelose habe erhoben werden können. Die von Dr. Y.____ geprüften Laborwerte lagen im normalen Bereich. Sodann ergab die röntgenologische Untersuchung der Hände beidseits eine leichtgradige DIP-Arthrose der Zeige- und Mittelfinger mit im übrigen normalem Befund (Urk. 8/51/4). Die Aufnahme der Brustwirbelsäule visualisierte alte Infrakturierungen im mittleren BWS-Drittel sowie eine leichtgradige linkskonvexe Skoliose. Die LWS zeigte alte Frakturen von BWK11, BWK12 und LWK1, Deckplattenunregelmässigkeiten von LWK3, vereinbar mit einer Dysplasie des Typus Osteochondriosis juvenilis Scheuermann sowie eine leichtgradige rechtskonvexe Skoliose bei Beckengeradstand (Urk. 108/51/5).

Als Diagnose mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. Y.____ ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom. Ohne Auswirkung seien die chronischen unspezifischen unteren Rückenschmerzen und anamnestische Kraftminderung im Bereich des rechten Unterarms, da nicht ausreichend somatisch abstützbar und mit diffuser Druckschmerzangabe, sowie das Übergewicht, die arterielle Hypertonie und totale Thyreoidektomie mit Hormonsubstitution zu erwähnen (Urk. 8/51/6). Der Gutachter notierte sodann, in der klinischen Untersuchung hätten ein Übergewicht und eine Bewegungseinschränkung lumbal imponiert. Dass ab 1997 Beschwerden ohne belastungsabhängigen Schmerzmechanismus geklagt würden, welche sowohl tagsüber als auch nachts beständen, weise auf seit Anfang 1997 vordergründig nicht (mehr) somatisch abstützbare Beschwerden hin (Urk. 8/51/7). Im

Hinblick auf den rechten Arm fÄhrte der SachverstÄndige aus, es habe sich eine normale SensibilitÄt gezeigt, Hinweise auf eine Muskelhypotrophie hÄtten gefehlt und die Muskelkraft sei als normal getestet worden. Entsprechend der RechtshÄndigkeit der BeschwerdefÄhrerin seien die Umfangmessungen auf der rechten Seite etwas hÄher ausgefallen, was insgesamt dahingehend zu werten sei, als dass die BeschwerdefÄhrerin ihre oberen ExtremitÄten unbehindert einsetze. Die an den HÄnden visualisierte Arthrose sei derart diskret ausgeprÄgt, dass sie sich klinisch nicht sicher habe bestÄtigen lassen. Verglichen mit den am 13. Oktober 1999 erhobenen Befunden ergebe sich in Bezug auf die oberen ExtremitÄten eine Verbesserung. So sei eine KraftabschwÄchung im Bereich des Unterarms nicht (mehr) zu objektivieren, und die Handgelenksbeweglichkeit sowie auch die Kraft im Bereich der Ellbogengelenke seien beidseits wieder symmetrisch und normal ausgeprÄgt (Urk. 8/51/8). Die WirbelsÄule betreffend erklÄrte Dr. Y.____, wÄhrend sich bei der klinischen Untersuchung cervical und thorakal keine BewegungseinschrÄnkung gezeigt habe, hÄtten sich lumbal eingeschrÄnkte Bewegungsamplituden allseits von 1/3 bis maximal 1/2 ergeben. Hinweise auf ein radikulÄres Reiz- oder Ausfallssyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder auf eine Irritation/Kompression des GefÄssnervenbÄndels hÄtten gefehlt. In radiologischer Hinsicht sei von langjÄhrig stabilen VerhÄltnissen auszugehen, welche nicht zwangslÄufig zu Beschwerden fÄhren mÄssten. Wenn derartige posttraumatisch bedingte LÄsionen aber zu Beschwerden fÄhrten, so seien Schmerzmechanismen zu erwarten, die eindeutig schmerzverstÄrkende respektive schmerzlindernde Mechanismen aufwiesen. Derartige Beschwerden seien jedoch seit Anfang 1997 nicht mehr geschildert worden (Urk. 8/51/9). Schliesslich sei die aktuell radiologisch zur Visualisierung gebrachte Doppelskoliose, welche in ihrem geringen Ausmass noch als physiologisch zu gelten habe, klinisch nicht objektivierbar gewesen. ErgÄnzend fÄhrte Dr. Y.____ aus, eine RÄntgenaufnahme der BrustwirbelsÄule sei mÄglichlicherweise bislang nicht durchgefÄhrt worden. Die aktuelle Begutachtung der BWS visualisiere im Bereich des mittleren BWS-Drittels eine leichtgradig ausgeprÄgte alte Infrakturierung, welche wahrscheinlich mit dem Unfallereignis vom 30. Mai 1995 oder jenem vom 20. Juli 1997 in Zusammenhang stehe. Beschwerden diesbezÄglich wÄrden jedoch keine geschildert (Urk. 8/51/10). Zusammenfassend hÄtten sich im Vergleich zu den am 13. Oktober 1999 erhobenen Befunden auch im Bereich der WirbelsÄule Verbesserungen ergeben. So sei der Finger-Boden-Abstand vorne nunmehr normal. Ein FlachrÄcken bestehe - weder klinisch noch konventionell-radiologisch - nicht mehr. Sodann sei die LendenwirbelsÄule nicht mehr komplett eingesteift, sondern aktuell noch zu 1/3 bis maximal zu 1/2 in allen Bewegungsrichtungen eingeschrÄnkt. Eine Klopf- und RÄtteldolenz Äber den DornfortsÄtzen bestehe ebenfalls nicht mehr. Schliesslich sei weder an den unteren ExtremitÄten (Urk. 8/51/10) noch allgemeininternistisch - mit Ausnahme des Äbergewichts - ein klinisch-pathologischer Befund zu objektivieren. Endlich hÄtten sich weder aus der aufliegenden Dokumentation noch im Rahmen der Untersuchung Anhaltspunkte fÄr eine psychosomatische oder psychiatrische Affektion finden lassen (Urk. 8/51/11). Mithin liessen sich mit Blick auf diese Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes der BeschwerdefÄhrerin die frÄheren Beurteilungen der ArbeitsfÄhigkeit nicht mehr bestÄtigen, sondern ergebe sich unter BerÄcksichtigung der erhobenen Befunde aktuell eine EinschrÄnkung von 35 bis 40 % in bisheriger TÄtigkeit. DemgegenÄber kÄnne fÄr eine angepasste VerweistÄtigkeit (leichtgradig

körperlich belastende Arbeiten mit der Möglichkeit zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln und bei repetitiv zu bewegenden Gewichten von maximal 7.5 bis 10 kg; Urk. 8/51/14) ebenso wie für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastendem Arbeitsprofil eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr formuliert werden. In zeitlicher Hinsicht habe diese aktuelle Einschränkung möglicherweise seit Ende 2004, spätestens jedoch seit dem Untersuchungszeitpunkt (29. September 2010) zu gelten (Urk. 8/51/13). Endlich liessen sich mit weiteren medizinischen Massnahmen (einfache Analgetika als Schmerzreserve, nichtsteroidale Entzündungshemmer mit langer Halbwertszeit, gewichtsreduzierende Massnahmen, aktivierende Bewegungsübungen, Schuheinlagen) die Beschwerden möglicherweise günstig beeinflussen. Aus somatisch-rheumatologischer Sicht sei die Prognose gut (Urk. 8/51/14).

3.3.8 Mit Brief vom 10. Dezember 2010 (Urk. 8/59) erklärte Dr. A. ____, es sei bekannt, dass Dr. Y. ____, praktisch jede Patientin aus rheumatologischer Sicht zu 100 % als arbeitsfähig einschätze. An den von Dr. C. ____, am 13. Oktober 1999 formulierten Diagnosen und Befunden habe sich aber nichts geändert, weshalb davon auszugehen sei, dass die Beschwerdeführerin auch für eine angepasste Tätigkeit dauernd im Umfang von 70 % arbeitsunfähig bleibe. Therapeutische Möglichkeiten beständen keine.

3.3.9 Am 23. Dezember 2010 (Urk. 8/63) schrieb Dr. A. ____, die von Dr. Y. ____, genannten Diagnosen seien völlig ungenügend und gänzlich unvollständig, werde doch einzig ein lumbospondylogenes Syndrom erwähnt. Mit einer derartigen Diagnose sei nichts anzufangen, da sehr viele Leute an einem solchen Syndrom litten. Nebst den Befunden seien korrekte Diagnosen die wichtigsten Bestandteile eines Gutachtens. Die Beschwerdeführerin habe durch den sich im Jahr 1996 zugetragenen Verkehrsunfall insgesamt vier Wirbelkörperfrakturen mit osteosynthetischer Versorgung und Metallentfernung erlitten. Diese Frakturen hätten zu einer sekundären statischen Störung geführt, welche chronische lumbospondylogene Beschwerden zur Folge habe und die Wirbelsäule nicht mehr belastbar mache. Die Beschwerdeführerin sei im Jahr 1999 von Dr. C. ____, korrekt begutachtet worden. An dieser Begutachtung müsse nichts geändert werden.

E. 3.3.10

Zum Gutachten des Dr. Y. ____, sowie zur diesbezüglichen Kritik von Dr. A. ____, Stellung nehmend, notierte Dr. med. E. ____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), am 4. März 2011 (Urk. 8/67/2), Dr. Y. ____, habe einen verbesserten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin objektiviert ausgewiesen. Demgegenüber habe Dr. A. ____, keine neuen medizinischen Erkenntnisse beigebracht, weshalb dessen Einschränkung als andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts zu qualifizieren sei.

E. 4

4.1 Das von Dr. Y. ____, erstattete Gutachten vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen (E. 2.3) vollumfänglich zu erfüllen. So tätigte der Gutachter eigene, umfassende Abklärungen, berücksichtigte die geklagten Beschwerden und begründete seine Einschränkung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten. Hinweise, welche gegen die Verwertbarkeit des Gutachtens sprächen, sind entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht

ersichtlich, wofür auch die Schreiben von Dr. A.____ (E. 3.3.8 - E. 3.3.9) keinen Anlass bieten. Zu Letzteren ist vorab zu bemerken, dass nicht allein die Diagnose ausschlaggebend, sondern vielmehr relevant ist, wie sich eine gesundheitliche Veränderung auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung keine Belastungsschmerzen, sondern im Gegenteil unspezifische Rückenschmerzen beklagte, eine Kraftminderung im rechten Vorderarm sich nicht objektivieren liess, eine Klopff- und Rütteldolenz nicht mehr zu erheben war und die Umfangmessung beider Arme einen uneingeschränkten Einsatz der oberen Extremitäten vermuten lässt (vgl. E. 3.3.7, 4. Abschnitt). Aus den diesbezüglichen Vorbringen (Urk. 1 S. 2-3) lässt sich mithin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Ferner legte Dr. Y.____ seiner Beurteilung keine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit im Haushalt zugrunde, wie dies die Beschwerdeführerin anzunehmen scheint (Urk. 1 S. 3), sondern er begrenzte die Haushaltsführung ausdrücklich auf leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Tätigkeiten (vgl. E. 3.3.7, 4. Abschnitt).

Was sodann die Kritik von Dr. A.____ am Gutachten von Dr. Y.____ betrifft, vermag diese ebenso wenig zu einer anderen Einschätzung zu führen. So setzte sich der Gutachter Dr. Y.____ ausdrücklich mit der abweichenden Beurteilung durch Dr. A.____ auseinander und legte dar, infolge verbesserten Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin sei nicht mehr an einer Restarbeitsfähigkeit von 30 % festzuhalten (Urk. 8/51/13). Überdies ist aus den Angaben von Dr. A.____ auch nicht zu schliessen, dass sich seit der knapp drei Monaten zuvor stattgefundenen Begutachtung eine relevante Zustandsverschlechterung zugetragen hätte. Im Gegenteil beschränkte sich Dr. A.____ im Dezember 2010 darauf, auf die Einschätzung von Dr. C.____ vom 13. Oktober 1999 zu verweisen und ohne weitere Begründung eine Verbesserung zu verneinen (E. 3.3.3, E. 3.3.4).

Daran, dass gestützt auf das Gutachten von Dr. Y.____ von einer erheblichen, gesundheitlichen Verbesserung auszugehen ist, ändert auch nichts, dass Dr. Y.____ den von ihm erhobenen Befund mit jenem von Dr. C.____ am 13. Oktober 1999 aktenkundig gemachten Befund (E. 3.3.2) - und damit nach der eine ganze Invalidenrente zusprechenden Verfügung vom 9. Oktober 1998 - verglich. Auch im Oktober 1997 war ein deutlicher Flachrücken zu erheben, betrug der Finger-Boden-Abstand 40 cm und ergab sich eine deutliche Druck-, Klopff- oder Rütteldolenz (E. 3.2.5), womit auch diesbezüglich eine massgebliche Verbesserung vorliegt. Die Beschwerdegegnerin schien denn auch - entgegen der von Dr. C.____ am 14. Oktober 1999 gestellten Prognose, dass ab Januar 1998 von einer 50%-Restarbeitsfähigkeit auszugehen sei (E. 3.2.5) - für ihre Beurteilung auf die Haushaltabklärung vom 4. Juni 1998 abgestellt zu haben. Danach scheiterten die Arbeitsversuche vom Januar und März 1998 und attestierte Dr. Z.____ wiederum eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (E. 3.2.7). Selbst wenn sich erst nach der fraglichen Verfügung vom 9. Oktober 1998 eine (zusätzliche) Verschlechterung eingestellt haben sollte (vgl. dazu etwa die von seiner ursprünglichen Einschätzung abweichende Beurteilung von Dr. C.____ vom 12. Oktober 1999, wonach keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit mehr vorzuliegen scheine: E. 3.3.2), böte dies keinen Anlass, nicht auf das Gutachten von Dr. Y.____ abzustellen. So berichtete Dr. Z.____ am 27. August 2001 bloss noch von intermittierenden - wenn auch starken - Schmerzschüben (E. 3.3.3). Ins Gewicht fällt ferner, dass die Beschwerdeführerin, obwohl sie anlässlich einer weiteren Revision am 14. September 2004 eine

Verschlechterung ihrer Gesundheit seit einem Jahr geltend gemacht hatte (Urk. 8/31), vom 26. Juni 2003 bis zum Juni 2004 nicht in ärztlicher Behandlung stand. Zudem erklärte der ab Juni 2004 behandelnde Arzt Dr. D.____ am 19. Oktober 2004, die Beschwerdeführerin noch nie wegen ihrer unfallbedingten Leiden behandelt zu haben (E. 3.3.4). Dass sich die durch das Unfallereignis vom Juli 1996 bewirkten Beschwerden nicht mehr so stark ausgewirkt haben dürften, liegt mithin auf der Hand. Auch aus dieser Sicht kann der Einschätzung von Dr. Y.____ ohne Weiteres gefolgt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Endlich erachtete auch der RAD eine Verbesserung als objektiv ausgewiesen (E. 3.3.10).

4.2 Ä Ä Ä Zusammenfassend ist damit eine erhebliche Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes der Beschwerdeführerin ausgewiesen, womit kein Raum für weitere Abklärungen besteht. Es hat damit bei der Einschätzung von Dr. Y.____ sein Bewenden und ist der Festsetzung des Invaliditätsgrades eine Restarbeitsfähigkeit von 100 % in leidensangepasster Tätigkeit zugrunde zu legen.

4.3 Ä Ä Ä

4.3.1 Ä Ä Es bleibt zu prüfen, wie sich der nunmehr verbesserte gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

4.3.2 Ä Ä Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 ter IVG) festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

4.3.3 Ä Ä Die Beschwerdeführerin hat sich mit keinem Wort zur Festsetzung des Invaliditätsgrades durch die Beschwerdegegnerin geäussert (Urk. 1). Diese hat in Anwendung der gemischten Methode (E. 4.3.2) unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 15 % einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von insgesamt 16 % errechnet (vgl. Urk. 8/52 in Verbindung mit Urk. 8/13), was im Ergebnis nicht zu beanstanden ist.

4.4 Ä Ä Ä Ä Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (15. März 2010, Urk. 2) weder

mehr als 55-jährig war (geboren am 11. August 1958), noch die Rente während mehr als 15 Jahren (Rentengewährung ab 1. Juli 1997) bezogen hatte. Mithin liegt kein Ausnahmefallbestand im Sinne der Rechtsprechung vor, wonach trotz wiedergewonnener Arbeitsfähigkeit die Notwendigkeit vorgängiger befähigender beruflicher Massnahmen bestünde, weshalb die Beschwerdeführerin ohne Weiteres auf den Weg der Selbsteingliederung zu verweisen ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_228/2010 vom 26. April 2011, E. 3.3; 8C_136/2012 vom 27. Juni 2012, E. 4.2).

5. Diese Erwägungen führen zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

6. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie 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 zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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).