

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00011 vom 21. April 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-04-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00011

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00011 du 21 avril 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00011 del 21 aprile 2015

Erwägungen

E. 1

des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburt, Krankheit oder Unfall sein (Art.

E. 1.1

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

E. 1.2

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

E. 1.3

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 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).

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 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

E. 1.4

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits

deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV fest zusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E.

2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E.

3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfü gungsweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). 1. 5

Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Auf gabenbereich zu betätigen oder bei einer Verminderung der Hilflosigkeit, des in validitätsbedingten Betreuungsaufwandes oder des Hilfebedarfs die anspruchs beeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen wer den kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu not wendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E.

3c/ aa mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE 119 V 98 E. 4a, Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3).

E. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege benenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden kön nen (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Die IV-Stelle erwog in der angefochtenen Verfügung, die Beschwerdeführerin sei seit dem 5. Juli 2010 (Beginn Wartezeit) in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Weiter hätten die Abklärungen ergeben, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden ihrer bisherigen Tätigkeit weiterhin im Pensum von 80 % nachgehen würde. Die restlichen 20 % entfielen in den Aufgabenbereich. Nach Ablauf des Wartejahres sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Somit sei ein Invaliditätsgrad von mindestens 80 % ausgewiesen. Der Rentenspruch entstehe frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruches (Art. 29 Abs. 1 IVG), womit seit dem 1. März 2013 (recte: 2012) ein Anspruch auf eine ganze Rente bestehe. Im Juli 2012 sei eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes eingetreten und seither sei der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 28.58

%. Die Einschränkung im Haushaltsbereich betrage 15.5 % . Gewichtet betrage der Gesamtinvaliditätsgrad 26 % , womit per 1. September 2012 (drei monatige Frist) kein Rentenanspruch mehr bestehe (Urk. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, es treffe nicht zu, dass sich ihr Gesundheitszustand seit Juli 2012 verbessert habe. Die IV-Stelle habe sich hierfür auf einen Bericht von Dr. A.____ gestützt , der sich in den Akten nicht finden lasse (Urk. 1 S. 6). Dr. A.____ habe in keinem einzigen Bericht ausgeführt , dass ihr leichte, angepasste Tätigkeiten vollschichtig zumutbar seien. Ebenso wenig habe er ausgeführt , dass sich der Gesundheitszustand seit Juli 2012 verbessert habe (Urk.

1 S. 5) . Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sei nirgends dokumentiert. Vielmehr habe die leitende Ärztin des Schmerzzentrums des B.____ im ärztlichen Zeugnis vom 14. Juni 2013 empfohlen, dass sie (die Beschwerdeführerin) – im Sinne eines Arbeitsversuches – mit einer leichten Tätigkeit im Pensum von 50 % beginnen solle (Urk. 1 S. 6). Im Arztbericht des Schmerzzentrums des B.____

vom 24. April 2013 sei ferner festgehalten, eine angepasste Tätigkeit (keine Gewichte, keine Überkopfarbeit, keine Wischarbeiten) könne im Sinne eines Arbeitsversuches schrittweise wieder aufgenommen werden. Von einer derzeitigen Arbeitsfähigkeit von 100 % sei nicht die Rede. Somit bleibe es bei der ärztlich bescheinigten 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Damit habe sie auch nach dem 30. September 2012 Anspruch auf eine ganze Rente. Es könne wie vom Schmerzzentrum empfohlen – im Sinne eines Arbeitsversuches – eine Arbeitsaufnahme von 50 % versucht werden. Dafür sei sie aber auf die Mithilfe der IV-Stelle (berufliche Massnahmen wie Berufsberatung, Umschulung, Arbeitstraining etc.) angewiesen . Sodann sei die Abklärungsperson im Rahmen der Haushaltsabklärung von falschen Voraussetzungen ausgegangen. Es bestehe eben gerade keine 100 % ige Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten ab Juli 2012. Ausserdem betrage die

Einschränkung bei der Position Ernährung nicht 5 % , sondern aufgrund der vorhandenen Einschränkungen und Schmerzen in der Schulter mindestens 50 % . Der Hinweis auf die Schadenminderungspflicht von Sohn und Ehemann könne nicht nachvollzogen werden . Beide seien in der Regel nicht zu Hause, wenn sie am Kochen sei. Dasselbe gelte bei der Position Wohnungspflege (Urk. 1 S. 8). Da ihre Schmerzen persistierten und im B.____ kein Korrelat dafür gefunden worden sei, habe sie sich an die Klinik C.____ gewandt, deren Untersuchungen ergeben hätten, dass bei ihr zusätzlich eine „hochgradige Partialruptur der Supraspinatussehne“ vorgelegen habe (Urk. 1 S.

10). Sie habe daraufhin sofort operiert werden müssen und sei gemäss Zeugnissen der Klinik C.____ ab dem

9. Oktober 2013 bis 31. Januar 2014 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 1 S. 12). Sowohl die RAD-Ärztin als auch das B.____ hätten die Sehnenruptur offensichtlich übersehen. Aufgrund der neuen Diagnose könne sogar von einer Verschlechterung ausgegangen werden. Mit einer gerissenen Sehne sei sie auch nach Juli 2012 immer noch zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 1 S. 12) . Die Operation sei gut verlaufen. Es werde sich in den nächsten Monaten zeigen, ob und wann sie mit einer leichten Tätigkeit im Teilzeitpensum beginnen könne. Ausserdem seien ihr – nebst den falschen/unvollständigen Diagnosen –

im RAD-Bericht vom 2. September 2013 zahlreiche Fehler aufgefallen (Urk. 1 S. 13) . 2.3 Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die ab

1. März 2012 zugesprochene ganze Invalidenrente zu Recht per 1. Oktober 2012 eingestellt hat, mithin, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bis zu diesem Zeitpunkt in rentenausschliessender Weise verbessert und diese Besserung ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Dabei ist

eine Prüfung des gesamten verfügbaren Zeitraums vorzunehmen (E. 1.4) . 3.

3.1

Der seit Juli 2010 behandelnde Dr. med. D.____ , Facharzt FMH für Innere Medizin , stellte im Bericht vom 20. Dezember 2011 zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/14/2): - Persistierende Schulterschmerzen rechts bei - Status nach reaktiver Kapsulitis nach - Arthroskopie Schulter rechts mit Bursotomie und Acromioplastik am 03.02.2011.

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er (1) Morbus Crohn und (2) eine Dyslipidämie . Die Beschwerdeführerin sei

in ihrer bisherigen Tätigkeit seit dem 5. Juli 2010 und bis auf Weiteres zu 100 %

arbeitsunfähig. Es würden Einschränkungen der Beweglichkeit und Kraft in der rechten oberen Extremität bestehen. Die rechte Hand könne nur mangelhaft mitbenutzt werden (Urk.

E. 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 ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art.

E. 4.3

Bei der Ärztin in des RAD, welche die Beschwerdeführerin untersuchte, handelt es sich um eine orthopädische Fachärztin. Der Bericht beruht auf der klinischen Untersuchung vom 15. August 2013, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben worden. Die Beurteilung von med. pract. F. ___ ist schlüssig und nachvollziehbar und steht darüber hinaus hinsichtlich der erhobenen Befunde mit den Vorakten, insbesondere mit dem Untersuchungsbericht von Dr. E. ___

datierend vom 24. April 2013 im Einklang (vgl. E. 3.3). Es kann

somit auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im beweiskräftigen RAD-Untersuchungsbericht abgestellt werden. Daran vermag

entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin - auch nichts zu ändern, dass Dr. E. ___ in ihrem Bericht

vom 24. April 2013 respektive mit Schreiben vom 14. Juni 2013 zuhanden der Beschwerdeführerin

erwogen, es könne die Arbeit in einer angepassten Tätigkeit schrittweise respektive zunächst im 50 % Pensum wieder aufgenommen und

der weitere Verlauf über ein halbes Jahr evaluiert

werden (Urk. 8/28/5, Urk. 8/40). Zunächst

sind dem Bericht vom 24. April 2013 keinerlei Begründungen dafür zu entnehmen, weshalb Dr. E. ___

eine schrittweise Arbeitsaufnahme erwog. Im Übrigen ist mit der Empfehlung zur schrittweisen Wiederaufnahme nicht gleichzeitig gesagt, es sei der Beschwerdeführerin eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit nicht zumutbar.

Im Schreiben vom 14. Juni 2013 hat sich Dr. E. ___

sodann hauptsächlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin

abgestützt und ihre

Beurteilung

kaum objektive Befunde beigefügt, weshalb ihre Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit nicht nachvollzogen werden kann. Kommt hinzu, dass Dr. E. ___

im Schreiben vom 14. Juni 2013 selbst einräumte, Beurteilungen über die längerfristige Arbeits- und Erwerbsfähigkeit im gutachterlichen Sinne würden am Schmerzzentrum nicht festgelegt. Darüber hinaus hat das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erklärt sich hier

zwanglos aus der Verschiedenheit von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits (Urteil des Bundesgerichts 9C_842/2009 vom 17. November 2009 E.

2.2 mit Hinweisen).

Wie die Beschwerdeführerin zutreffend erkannte, hat sich Dr. A.____

naturgemäss weder in den aktenkundigen Konsiliarbericht erichten noch im Operationsbericht vom 2. März 2011 und Austrittsbericht vom 4. Februar 2011 zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geäussert (Urk. 8/13/4f. = Urk. 8/14/9f., Urk. 8/14/7f., Urk. 8/14/11-24, Urk. 8/15, Urk. 8/16/6-9, Urk. 8/17, Urk. 8/19). Einzig im Bericht vom 25. Juni 2012 (Urk. 8/17, E. 3.2) hielt Dr. A.____ fest, die Beschwerdeführerin habe angegeben, sich mit den Beschwerden so relativ gut arrangieren zu können. Eine Rückkehr in die ursprüngliche Berufstätigkeit mit anhaltender Überkopfarbeit sei jedoch nach wie vor nicht vorstellbar. Dabei handelte es sich offensichtlich um die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und nicht um seine eigene Einschätzung. Dass sich Dr. A.____ darüber hinaus zur Arbeitsfähigkeit der

Beschwerdeführerin geäussert haben soll, ergibt sich

entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 5 und S. 10)

- weder aus der Stellungnahme des RAD vom 11. Juli 2012

(Urk. 8/31/4) noch aus dem Untersuchungsbericht von med. pract. F.____ vom 2. September 2013 (Urk. 8/45/1-7). Der Einwand, die beurteilende RAD-Ärztin habe sich im Rahmen ihrer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung auf einen inexistenten Bericht von Dr. A.____ abgestützt, geht damit ins Leere.

Hinsichtlich des Einwandes, sowohl die Ärzte des

B.____

als auch die

RAD - Ärztin hätten

die Sehnenruptur offensichtlich übersehen, ist nicht einsichtig, inwiefern dadurch die Arbeitsfähigkeit über das im RAD Untersuchungsbericht

vom 2. September 2013 festgelegte Mass hinaus

weiter eingeschränkt

wäre. So wurde doch von der beurteilenden RAD-Ärztin auch aufgrund der funktionellen Einschränkungen bereits eine verminderte Belastbarkeit der rechten Schulter festgestellt und im Rahmen der

Arbeitsfähigkeitsbeurteilung berücksichtigt. Dass – wie von der Beschwerdeführerin vorgebracht – aufgrund der Sehnenruptur von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und von einer noch immer bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden müsste, ist aufgrund der medizinischen Unterlagen nicht ausgewiesen. Im Gegenteil

fürte die RAD- Ärztin im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 2. November 2013 aus, mit der erfolgten Rekonstruktion der Rotatorenmanschette und Sanierung der AC-Gelenksarthrose sei keine Verschlechterung gegenüber dem Zustand vor der Operation ausgewiesen (Urk. 8/51/5). Ausserdem räumte die Beschwerdeführerin selbst ein, die Operation sei gut verlaufen (Urk. 1 S. 14). Darüber hinaus ist

die postoperativ bedingte Rekonvaleszenz gemäss den beschwerdeweise eingereichten Zeugnissen der Klinik C.____ vom 10. Oktober 2013 (Urk. 3/4, Urk. 3/5) angesichts deren Begründungsdichte und mangels Dauerhaftigkeit der Einschränkung nicht geeignet, die vom 1. März 2012 bis 30. September 2012 zu gesprochene Rente wieder aufleben zu lassen.

Mit ihren übrigen Einwänden gegen den RAD- Bericht vom 2. September 2013 (vgl. Urk. 1 S. 13 f.

Ziff. 9.6) ist die Beschwerdeführerin mangels Relevanz für die hier interessierenden Fragen nicht zu hören.

Zusammenfassend ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin

in erheblicher Weise verbessert hat und ihr nunmehr jedenfalls seit Juli 2012 eine angepasste Verweistätigkeit (mit körperlich leichter wechselbelastender Tätigkeit, ohne Überkopfarbeiten und Arbeiten in ständiger Armvorhalteposition, insbesondere ohne repetitive Tätigkeiten mit Belastung der Arme, ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 bis 8 kg [unter ungünstigen Hebeln], in günstiger Belastungsposition [körpernah, bis Lendenhöhe] über 20 kg sowie ohne andauernde Vibrationsbelastungen und Nässe-/Kälteexposition) zu

mindestens 80 % (vgl.

E.

5.1) zumutbar ist. Weder

med. pract. F.____

noch Dr. E.____ haben ihre Arbeitsfähigkeitseurteilungen von beruflichen Rehabilitationsmassnahmen

abhängig gemacht. Im Gegenteil

ist die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer langjährigen Berufserfahrung und kurzen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt sowie im Hinblick auf das bescheinigte Belastungsprofil ohne berufliche Massnahmen in der Lage, einer rentenausschliessenden Erwerbstätigkeit nachzugehen. Soweit die Beschwerdeführerin

vorbringt, sie sei

auf berufliche Massnahmen angewiesen (Urk. 1 S. 8), ist sie damit auf eine Neuanmeldung zu verweisen. 5.

5.1

Die IV-Stelle hat die Beschwerdeführerin gestützt auf den Abklärungsbericht vom 28. Januar 2013 als teilerwerbstätige Hausfrau eingestuft, wobei sie den Anteil der Erwerbstätigkeit auf 80 % und den Anteil der Haushaltstätigkeit auf 20 % festgesetzt hat (

Urk. 8/29/2) . Weiter kam die Abklärungsstelle zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt zu 15.50 %

eingeschränkt ist (Urk. 8/29/7) . 5.2

Der Einwand der Beschwerdeführerin, sie sei aufgrund ihrer Einschränkungen und Beschwerden in der Schulter hinsichtlich der Position Ernährung zu 50 % und nicht - wie im Abklärungsdienst festgehalten - zu 5 % eingeschränkt, wurde nicht näher begründet und ist damit nicht nachvollziehbar. Insbesondere greift das Gericht nur dann in das Ermessen der Abklärungsperson ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse (beispielsweise infolge von Widersprüchlichkeiten) vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 128 V 94 E. 4). Vorliegend ist der Abklärungsbericht

von einer qualifizierten Person in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse und unter Berücksichtigung der Angaben der Beschwerdeführerin sowie bezüglich der einzelnen Einschränkungen

begründet, plausibel und angemessen detailliert verfasst worden, womit er sowohl für Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt als auch hinsichtlich des mutmasslichen Umfangs der erwerblichen Tätigkeit im Gesundheitsfall als vollbeweiskräftig qualifiziert (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2 [in BGE 129 V 67 nicht veröffentlichte Erwägung]; Urteil des Bundesgerichts I 73 3/03 vom 6. April 2004 E.

5.1.2) .

Im Übrigen

würde

sich selbst bei Annahme einer 50%igen Einschränkung hinsichtlich der Position Ernährung am Ergebnis nichts ändern, was nachfolgend aufzuzeigen sein wird

(E. 6.2). 5.3

Der Einwand, wonach Ehemann und Sohn in der Regel nicht zu Hause seien, wenn sie sich dem Kochen respektive der Wohnungspflege widmen, ist ebenso wenig stichhaltig. Nach konstanter Bundesgerichtspraxis ist bei der Ermittlung der gesundheitsbedingten Einschränkung in der Erledigung der Haushaltarbeiten sowohl die Schadenminderungspflicht als auch die Beistandspflicht des Ehepartners in Rechnung zu stellen. Konkret verlangt die Schadenminderungspflicht, die anfallenden Hausarbeiten so gut wie möglich einzuteilen, namentlich unter Inanspruchnahme der Hilfe der Familienmitglieder. Insbesondere besteht

bei der Besorgung des eigenen Haushalts in der Regel mehr Spielraum und Flexibilität betreffend die Einteilung und Ausführung der Arbeiten als im Rahmen eines ausserhäuslichen Arbeitsverhältnisses (Meyer/ Reichmuth, a.a.O., Art. 28a N 175 mit Hinweisen) . 6 . 6 . 1

Unbestritten ist, dass zur Ermittlung des Invaliditätsgrades die gemischte Methode anzuwenden ist und die Bemessungsfaktoren "Anteil Erwerbstätigkeit" 80 % bzw. "Anteil Haushalts-tätigkeit" 20 % betragen. Die Invalidität bestimmt sich demnach grundsätzlich

dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommen s - und im Haus halt s bereich ein Betätigungsvergleich vorge nommen wird (E. 1.3), wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvalidität e n ergibt (vgl. BGE 130 V 396 E .

3.3). 6 .2

Die IV-Stelle ging beim Einkommensvergleich von ein em Validenein kommen von Fr. 60'227.30 für ein Pensum von 80 % im Jahre 20

E. 4.4

und E. 4.7).

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

/14/3) . Die Tätigkeit des rechten Armes müsse mit der linken durchge führt werden. Die Einschränkungen liessen sich durch eine erneute Operation vermindern . Ob und gegebenenfalls seit wann eine leidensangepasste Tätigkeit zumutbar sei, könne er nicht beurteilen (Urk. 8/14/4). 3.2

Am 17. Januar 2012 unterzog sich die Beschwerdeführerin in der Klinik für ortho pädische Chirurgie des B.____ einer zweiten

Schulter arthro sk opie rechts s owie Bizepstenotomie .

Mit Konsiliarbericht vom 25. Juni 2012 zuhanden von Dr. D.____ stellte Dr. med. A.____ , Chefarzt und Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, B.____ ,

folgende Diagnosen (Urk. 8/17/1): - Restbeschwerden bei Status nach Schulterarthroskopie rechts und Bizeps te notomie 17.01.2012 - Status nach Schulterarthroskopie mit Bur se ktomie und Acromiopl a stik

03.02.2011 - Status nach rezidivierender reaktiver K apsulitis - Symptomatische Akromioklavikular (AC) -Gelenk s arthrose

Klinisch bestehe weiterh in eine freie Beweglichkeit . Über den ventralen Kapsel strukturen seien weiterhin Druckschmerzen vorhanden . Das

Impingement -Zei chen nach Hawk ins sei negativ; nach Neer mit leichter S chmerzprovokation, jedoch freie m glenohumeralem Gelenkspiel , ohne spürbares subacromiales Rei ben. Im Bereich der Rotatorenma n schette sei die Kraft weiterhin erhalten. Über dem AC-Gelenk bestehe eine Druckdolenz . Es persistiere ein latenter Entzün dungsreiz . Offensichtlich habe die Beschwerdeführerin zwische nzeitlich erneut eine subacromi ale Kortison-Infiltration durchführen lassen. Aktuell habe die Beschwerdeführerin angegeben, sich mit den Beschwerden relativ gut arran gieren zu können. Eine Rückkehr in die ursprüngliche Berufstätigkeit mit anhaltender Überkopfarbeit sei jedoch nach wie vor nicht vorstellbar (Urk. 8/17/ 1) . 3.3

Die seit November 2012 behandelnde Dr. med. E.____ , Leitende Ärztin und Fachärztin FMH für Anästhesiologie , Schmerzzentrum B.____ , stellte in ihrem Bericht vom 24. April

2013 zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/28/3): - Status nach subacromiale m

Schulterimpingement , Tendopathie der Supra spinatussehne rechts und symptomatischer AC-Gelenksarthrose mit Bursektomie und Acromioplastik 03.02.2011, Bizepstenotomie 17.11.2012 (recte: 17.01.2012) - Status nach rezidivierender reaktiver Kapsulitis seit 2010

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. E.____ Morbus Crohn seit 2010 (Urk. 8/28/3) .

Im rechten Schultergelenk bestehe ein lokaler Druckschmerz isoliert über dem Tuberkulum majus . Die Elevation der rechten Schulter erfolge bis 80 Grad ohne Schmerzen, danach mit starken Schmerzen. Das Elevationsausmass sei unter Schmerzen vollständig . Ab 60 Grad ziehe die Beschwerdeführerin die Schulter hoch und blockiere die weitere Elevation. Die Drehung auswärts/einwärts betrage 60°-0-70°. Die Abduktion und Adduktion des rechten Arms sei in der Frontalebene schmerzhaft. Das volle Ausmass könne aber langsam erreicht werden. Der Schürzengriff auf Höhe L4 sowie der Nackengriff seien möglich. Der musculus

pectoralis sei rechts verkürzt. Der musculus

trapezius

sei rechts etwas verkürzt . Am Vorderrand des musculus

trapezius pars horizontalis

finde sich ein Triggerpunkt , ebenso am musculus

supraspinatus mit Ausstrahlung auf die Schulter. Der Triggerpunkt am musculus

levator

scapulae strahle zu den Schul tern und Ellenbogen aus. Dabei würden vegetative Begleitreaktionen mit Schwitzen bestehen . Am

musculus

infraspinatus

bestehe ein weiterer Trigger punkt . Der Kraftgrad der motorischen Funktionsprüfung der Hände betrage links M5 und rechts M4. Der Biceps - und Tricepssehnenreflex sei seitengleich. Es bestehe keine Sensibilitätsstörung der Arme. Die Sensibilität der Halswirbel- und Brustwirbelsäule und der Schulter sei in Ordnung. Die Prognose sei unklar. Im Übrigen verwies Dr. E.____

hierfür auf die Berichte der Klinik für orthopädische Chirurgie des B.____ . Es bestehe eine schmerzhafte

Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Schultergelenkes (Urk. 8/28/4). Das Heben auch schon leichter Gegenstände über Schulterhöhe könne die Beschwerdeführerin nicht schmerzfrei durchführen. Sodann sei die Kraft der rechten Hand schmerzbedingt vermindert. Ebenfalls seien die Bewegungen , die beim Wischen von Fussböden erforderlichen seien ,

schmerzbedingt nicht über einen längeren Zeitraum auszuführen. Zu Hause könne die Beschwerdeführerin die Hausarbeit nur in Etappen erledigen, da sonst der Schmerz

exazerbiere . Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin eher nicht mehr zumutbar. Die Einschränkung liesse sich zum Teil durch medizinische

Massnahmen vermindern. So etwa, indem das aktuelle Bewegungsausmass der Schulter zum Beispiel durch Physiotherapie und Heimübungen erhalten bleibe. In einer angepassten Tätigkeit (keine Gewichte, keine Überkopfarbeiten, keine Wischarbeiten) könne die Arbeit schrittweise wieder aufgenommen werden. Im Übrigen werde hierfür auf die Beurteilung durch die Klinik für orthopädische Chirurgie des B.____ verwiesen (Urk. 8/28/5) .

Mit Schreiben zuhanden der Beschwerdeführerin vom 14. Juni 2013 führte Dr. E.____ auf entsprechende s Ersuchen sodann im Wesentlichen aus, bei nach wie vor gewissenhaft auswärts durchgeführter Physiotherapie sowie stets durchgeführten Heimübungen habe sich das schmerzarme Bewegungsaus mass im Bereich des rechten Schultergelenkes nicht verbessert. Nach wie vor leide die Beschwerdeführerin unter akuten Schmerzexazerbationen im Bereich des rechten Schultergelenkes, die sie, trotz Einnahme von Analgetika, in ihren Alltagsaktivitäten einschränken und behindern würden. Auch in sitzender Tätigkeit (arbeiten am PC) stelle sich

in Kürze ein starker Schulterschmerz ein. Eine leichte, angepasste Tätigkeit ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten und ohne Arbeiten in Armvorhaltepositionen oder über Kopf wäre möglich. Es wäre aus ihrer Sicht sinnvoll, diese Tätigkeit mit einem 50% Pensum zu beginnen und über ein halbes Jahr den weiteren Verlauf zu evaluieren. Beurteilungen von längerfristigen Arbeits- und Erwerbsfähigkeiten im gutachterlichen Sinne würden am Schmerzzentrum nicht festgelegt, da der entsprechende interne Auftrag fehle (Urk. 8/40). 3.4

Am 15. August 2013 wurde die Beschwerdeführerin von der RAD-Fachärztin FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie med. pract . F.____

orthopädisch/rheumatologisch untersucht. Im Untersuchungsbericht vom 2. September 2013 diagnostizierte med. pract . F.____

mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der rechten Schulter bei Status nach zweimaliger Operation (arthroskopische

Bursektomie und Acromioplastik 02/11 und arthroskopische

Bizepsstenotomie 01/12) und (2) eine Acromioclaviculargelenksarthrose . Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellte sie keine (Urk. 8/45/6). Die Beschwerdeführerin habe sich flüssig im Stehen ausgezogen, ohne Festhalten am Mobiliar , mit angedeuteten Trickbewegungen des Armes beim Abstreifen des Oberteils. Die Schwingung der Hals-/ Brust- und Lendenwirbelsäule sei physiologisch . Es bestehe keine Skoliose. An der Halswirbelsäule seien keine Narben feststellbar; auch kein Hartspann oder Druckschmerz paravertebral . Ebenso wenig würden Druckschmerzen bei den Dornfortsätze und den Facetten sowie im Bereich der lateralen Halsweichteile bestehen. Die Wirbelsäule sei im Lot. Im Bereich der Brustwirbelsäule seien keine Narben feststellbar . Die Paravertebralmuskulatur sei physiologisch ausgebildet. Es finde sich im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule kein Hartspann paravertebral. Ebenfalls würden weder Druck- noch Klopfschmerzen im Bereich der Dornfortsätze der Brustwirbelsäule bestehen. Dasselbe gelte für die

Costotransversalgelenke . Bei vollständiger Beschwerdefreiheit sei von einer Exploration der übrigen Wirbelsäulenabschnitte sowie von einer Bewegungsprüfung der Brust- und Lendenwirbelsäule abgesehen worden. Mit Bezug auf die oberen Extremitäten bestehe ein seitengleiches physiologisches Muskelrelief. Der Nackengriff sei links frei möglich. Rechts würde die Langfinger den Dornfortsatz C2 auf Höhe des distalen

Interphalangealgelenks

(DIP)

Digitus 2/3 erreichen. Der Schützengriff sei links frei möglich. Rechts werde beim Schützengriff der Dornfortsatz L1 mit dem Daumen erreicht. Die Beweglichkeit der Schultergelenke betrage bei Ante-/Retroversion rechts 120° - 0 - 30° und links 160° - 0 - 30° respektive bei Ab-/Adduktion rechts 100° - 0 - 30° und links 160° - 0 - 30° . Die Innen-/Außenrotation betrage rechts 95° - 0 - 50° und links 95° - 0 - 50° respektive bei Innen-/Außenrotation in 90° Abduktion rechts 60° - 0 - 90° und links 85° - 0 - 90° (Urk. 8/45/4f.). Hinsichtlich der rechten Körperseite bestehe beim Sternoclaviculargelenk, Musculus

levator

scapulae sowie über allen Abschnitten der Scapula

kein Druckschmerz; jedoch beim rechten Acromioclaviculargelenk, Sulcus

Musculus

bicipitis sowie Fornix. Sodann bestehe ein leichter Druckschmerz beim Coracoid. Im Übrigen seien rechts weder Hartspann noch Myogelosen feststellbar gewesen. Das Impingement-Zeichen sei negativ. Hinsichtlich der linken Körperseite bestehe beim Sternoclaviculargelenk- und Acromioclaviculargelenk, beim Sulcus

Musculus

bicipitis

und

Musculus

levator

scapulae

sowie

Coracoid

kein Druckschmerz. Der Fornix sei frei. Sodann seien auch links weder Hartspann noch Myogelosen

feststellbar. Das Impingement-Zeichen sei negativ. Die Ellenbogenflexion/-extension betrage rechts 150° - 0 - 10° und links 150° - 0 - 10° . Sodann betrage die Pronation/Supination rechts 90° - 0 - 80° respektive links 90° - 0 - 80° . Beide Ellenbogengelenke

hätten weder

Reizzustände, Schwellungen noch Hartspann aufgewiesen. Die Tender- und Triggerpoints seien beidseits druckdolent. Demgegenüber bestehe beidseits weder über dem Epicondylus

radialis und ulnaris noch beim Sulcus

lunaris ein Druckschmerz. Bei beiden Handgelenken sei hinsichtlich der dorsalen Extension/Flexion eine Beweglichkeit von 80° 0 60° und hinsichtlich der Ulnar-/Radialabduktion 30°-0-20° festgestellt worden. Im Übrigen würden beidseits weder Reizzustände noch Druck- respektive Bewegungsschmerzen bestehen. Bei völliger Beschwerdefreiheit sei auf die Untersuchung der unteren Extremitäten verzichtet worden. Inspektorisch bestehe ein flüssiges Gangbild ohne Hilfsmittel. Die Beinachsen seien physiologisch. Weiter bestehe ein Beckengradstand sowie ein seitengleiches Muskelreife (Urk. 8/45/5). Sowohl der Biceps- und Tricepssehnen-Reflex als auch der Radiusperiost-Reflex seien beidseits auslösbar. Pathologische Reflexe hätten nicht ausgelöst werden können. Bei der Prüfung der groben Kraft habe die Beschwerdeführerin eine leichte Kraftminderung der rechten Hand demonstriert. Sensibilitätsstörungen seien nicht eruiert worden (Urk. 8/45/6). Im Rahmen der Untersuchung sei auch der Serumspiegel der von der Beschwerdeführerin als regelmässig eingenommen angegebenen Schmerzmittel bestimmt worden. Metamizol (Novalgine) sei entgegen ihren Angaben, wonach sie regelmässig 3

x

2 Tabletten einnehme, nicht nachweisbar gewesen. Der nachgewiesene Duloxetin-Spiegel (Cymbalta) sei mit einer Einnahme am Morgen vor der Untersuchung vereinbar. Zusammenfassend schloss med. pract. F.____, die Beschwerdeführerin sei seit Juli 2012 in ihrer bisherigen Tätigkeit zu 50 %

respektive

in einer - näher umschriebenen - leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/45/7).

Hinsichtlich des von ihr genannten Zeitpunktes stellte sie auf die Befundaufnahme von Dr. A.____ in seinem Konsiliarbericht vom 25. Juni 2012 (vgl.

E.

3.2) ab (Urk. 8/45/6 unten und Urk. 8/45/7). 3.5

Am 9. Oktober 2013 wurde in der Klinik C.____

bei der Beschwerdeführerin eine Schulterarthroskopie rechts

mit Re-Acromioplastik, AC-Gelenkresektion sowie

Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion vorgenommen.

Dem Operationsbericht von Dr. med. G.____, Leitender Arzt und Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

vom 9. Oktober 2013, Klinik C.____,

sind

die Diagnosen

(1) eine r

extraartikuläre und intratendinöse hochgradige Partialruptur der Supraspinatusehne sowie (2) eine reaktive AC-Arthrose rechts zu entnehmen (Urk. 8/24/1). Die Beschwerdeführerin habe im Februar 2010 ein Verletzungstrauma erlitten und klage seither

über antero-laterale Schulterschmerzen rechts. Im Nachgang der zweimaligen Schulterarthroskopie am 3. Februar 2011 und am 17. Januar 2012 mit Acromioplastik und Bicepsentomie

sei ein anterolateraler Belastungsschmerz mit klinisch und bildgebender aktiver AC-Arthrose sowie deutliche Zeichen einer Supraspinatus-Tendinopathie bei im Arthromagnetischen

Resonance Imaging (MRI)

extraartikulärer Partialruptur der Supraspinatussehne

verblieben (Urk. 8/24/1). 4

4.1

Die

Parteien gingen übereinstimmend davon aus, dass die Beschwerdeführerin seit dem 5. Juli 2010 sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig war. Sodann ging die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid vom 19. November 2013 davon aus, dass der Beschwerdeführerin seit Juli 2012 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer

näher umschriebenen - Verweistätigkeit zuzumuten war. Hierfür stützte sie sich im Wesentlichen auf den orthopädisch/rheumatologischen Untersuchungsbericht

der

RAD-Ärztin

vom 2. September 2013

(Urk. 8/45/1-7; vgl. auch Feststellungsblatt zum Beschluss vom 11. Juli 2012, Urk. 8/31/4). 4.2

Nach Art. 49 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Dazu führen sie gemäss Art. 49 Abs. 2 IVV bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen durch. Den RAD-Berichten, die zu den sogenannten versicherungsinternen Beurteilungen gehören, kann Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E.

E. 12

aus und errechnete gestützt auf die seit

Juli 2012 zumutbare 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten, angepassten Verweistätigkeit (beispielsweise Qualitätskontrolle,

Abfüllarbeiten oder leichte, administrative Tätigkeiten) ein Invalideneinkommen von Fr. 43'014.30 für ein Pensum von 80%, was einer Erwerbseinbusse von Fr. 17'213.-- bzw. 28.58% entspricht (Urk. 8/30). Gewichtet erhielt sie einen ausserhäuslichen Teilinvaliditätsgrad von 22.86%. Gestützt auf die Abklärung vor Ort ging

die IV-Stelle weiter von einer 15.5%igen Einschränkung im Bereich der Haushaltsführung aus, was einen Teilinvaliditätsgrad von 3.1% ergab. Daraus resultierte ein Gesamtinvaliditätsgrad von rund 26% (Urk. 2 S.

2). Dieses Vorgehen ist gestützt auf den Arbeitgeberbericht vom 27. September 2011 (Urk. 8/12) sowie den IK-Auszug vom 5. Juli 20

E. 13

(Urk. 8/42) und unter Hinweis auf den Abklärungsbericht

vom 28. Januar 2013 (Urk. 8/29) sowie den Tabellenlohn für Hilfsarbeiten gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebene Lohnstrukturerhebungen (LSE 2010, S. 26, Tabelle TA1, TOTAL, Anforderungsniveau 4)

nicht zu beanstanden.

Selbst wenn – wie von der Beschwerdeführerin beantragt – hinsichtlich der Einschränkung im Haushaltsbereich bei der Position Ernährung von einer 50%igen Beeinträchtigung ausgegangen würde, was gewichtet zu einer Einschränkung von 19% ($50\% / 100 \times 38$, vgl. Urk. 8/29/5) und damit zu einer häuslichen

Teilinvalidität von 6.52% ($19\% + 4\% + 9.6\% = 32.6\% / 100 \times 20$) führen würde, resultierte daraus eine rentenausschliessende Gesamtinvalidität von 29.38%

($6.52\% + 22.86\%$).

Der angefochtene Entscheid erweist sich auch hinsichtlich des Zeitpunkts der Rentenaufhebung (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) als richtig. Da auch der unangefochtene Rentenbeginn zu keiner gerichtlichen Korrektur Anlass gibt, ist die Beschwerde abzuweisen. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

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

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstHediger

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