

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00827 vom 22. Juni 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00827](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00827)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00827 du 22 juin 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00827 del 22 giugno 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1965, war als diplomierte Pflegefachfrau AKP zu einem Pensum von 80 % bei der Stiftung Y.\_\_\_\_ angestellt. Am 29. Oktober 2009 erlitt sie bei der Arbeit ein Verhebetauma, infolge dessen sie mehrheitlich zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben wurde; das Arbeitsverhältnis wurde später - per 31. Dezember 2010 – durch die Arbeitgeberin aufgelöst. Im April 2010 meldete sich X.\_\_\_\_ bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 5/10). Die IV-Stelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich führte Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht durch, zog die medizinischen Akten der zuständigen Pensionskasse bei und holte beim Z.\_\_\_\_ ein bidisziplinäres Gutachten ein (Gutachten vom 2. Mai 2011; Urk. 5/41 sowie ergänzende Stellungnahme hierzu vom 9. Januar 2012; Urk. 5/75). Ebenfalls führte sie am 21. September 2011 eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt durch (Urk. 5/59). Gestützt auf die so getätigten Abklärungen sprach sie der Versicherten nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens mit Verfügung vom 22. Juni 2012 gestützt auf einen (in Anwendung der gemischten Methode ermittelten) Invaliditätsgrad von rund 48 % eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zu (Urk. 5/92). Eine dagegen erhobene Beschwerde vom 8. August 2012 zog die Versicherte mit Erklärung vom 26. August 2013 zurück, nachdem das hiesige Gericht unter Hinweis auf die Anträge der zum Prozess beigeladenen Pensionskasse auf die Möglichkeit einer Schlechterstellung hingewiesen hatte (Urk. 5/115 sowie Urk. 5/117 S. 4).

Im Jahr 2013 leitete die IV-Stelle eine amtliche Rentenrevision in die Wege (Urk. 5/119); die Versicherte selber liess am 25. Februar 2014 ebenfalls um Revision (Erhöhung) der laufenden Rente ersuchen (Urk. 5/132). Die IV-Stelle holte daraufhin bei den behandelnden Ärzten medizinische Berichte ein und veranlasste eine erneute bidisziplinäre Abklärung (Gutachten der Dres. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und B.\_\_\_\_, Spezialarzt FHM für Rheumatologie, vom 3. Dezember 2015; Urk. 5/156-157). Mit Vorbescheid vom 12. Februar 2016 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Einstellung der bisher ausgerichteten Rente in Aussicht (Urk. 5/161). Nach erhobenem Einwand durch die Versicherte (Urk. 5/164) holte die IV-Stelle bei den Gutachtern je eine ergänzende Stellungnahme ein (vgl. ergänzende Ausführungen von Dr. A.\_\_\_\_, Urk. 5/168, und Dr. B.\_\_\_\_, Urk. 5/170), welche sie der Beschwerdeführerin am 20. Mai 2016 zur Kenntnis brachte (Urk. 5/171). Mit Verfügung vom 20. Juni 2016 stellte die IV-Stelle die bisher ausgerichtete Viertelsrente wie angekündigt auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats ein (Urk. 2).

### **E. 1.1**

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).

### **E. 1.2**

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

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

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

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 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). 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, Beweismwürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der 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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

### **E. 2**

Dagegen lässt X.\_\_\_\_ mit Eingabe vom 4. August 2016 hierorts Beschwerde erheben und beantragen, es sei ihr weiterhin eine Viertelsrente auszurichten (1.), eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (2.; Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle stellte mit Vernehmlassung vom 14. September 2016 Antrag auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 4), was X.\_\_\_\_ mit Verfügung vom 15. September 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass im Rahmen der Rentenrevision umfangreiche Abklärungen vorgenommen worden seien. Namentlich sei das bidisziplinäre Gutachten vom 3. Dezember 2015 veranlasst worden. Aus medizinischer Sicht sei von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen, namentlich bestünden seit Februar 2014 nur noch eine leichtgradige depressive Episode und Schulterschmerzen. Nach erfolgreicher Behandlung der Schulter könne eine volle Arbeitsfähigkeit erwartet werden. Daher und da bei der Versicherten auch erhebliche Ressourcen vorhanden seien, sei keine gesundheitliche Beeinträchtigung mehr vorliegend, die eine dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit begründe (Urk. 2).

#### **E. 2.2**

Dagegen lässt die Versicherte zur Hauptsache ausführen, dass das Gutachten nicht verwertbar bzw. beweiskräftig sei. Auf die rheumatologische Expertise könne schon daher nicht abgestellt werden, weil der Gutachter nicht unabhängig sei. Zudem habe er auf alte Bildgebungen abgestützt bzw. die notwendigen (bildgebenden) Abklärungen nicht durchgeführt. In psychiatrischer Hinsicht verpassten es die Gutachter, den diagnoseinhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung zu definieren. Das

Gutachten sei bezüglich zentraler Fragen unzulänglich (Urk. 1).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist die revisionsweise Einstellung der bisher ausgerichteten Viertelsrente und damit die Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Versicherten im massgeblichen Vergleichszeitraum verbessert haben, sodass kein Rentenanspruch mehr besteht. Referenzzeitpunkt für die materielle Prüfung allfällig veränderter Verhältnisse bildet die Verfügung vom 22. Juni 2012. Dieser lag zur Hauptsache das orthopädisch-psychiatrische Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2011 zugrunde (Urk. 5/41 einschliesslich ergänzende Stellungnahme hierzu vom 9. Januar 2012; Urk. 5/75; vgl. auch Feststellungsblatt für den Beschluss, Urk. 5/61 S. 6). Darin hatten die verantwortlich zeichnenden Fachärzte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte Osteochondrose und linksbetonte Discusprotrusion C5/6 mit Foramenstenose links ohne Nervenwurzelkompression C6, eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, bestehend von 01/2010 bis 08/2010 (ICD-10 F43.21) sowie ab 09/2010 eine reaktive mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert; als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine leichte bilaterale Discusprotrusion L4/5 ohne Nervenwurzelirritation L4. Sie erachteten die Versicherte in ihrer bisherigen Tätigkeit als Pflegehelferin von 11/2009 bis 08/2010 als zu 70 % und ab 09/2010 als 50 % arbeitsfähig, wobei bis 08/2010 die orthopädischen und ab die psychiatrischen Gegebenheiten limitierend waren. In einer angepassten Tätigkeit bestand ab 01/2010 bis 08/2010 (aus psychiatrischen Gründen) eine 90%ige und ab 09/2010 eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (Urk. 5/41 S. 20 f.).

### **E. 3.1**

In dem im Rahmen des Revisionsverfahrens eingeholten Gutachten stellte der Psychiater Dr. A.\_\_\_\_ gestützt auf die Untersuchung vom 17. November 2015 folgende Diagnosen (Urk. 5/156 S. 10):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F34.0; seit Februar 2014) - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; Februar 2013 – Januar 2014) - Längere depressive Reaktion (ICD-10 F.43.21; Januar 2011 bis Januar 2013)

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Lange Phase von Arbeitsuntätigkeit (Z56) - Status nach Kündigung (Z56)

Er führte im Wesentlichen aus, nach dem Verhebetauma im Oktober 2009 habe sich eine chronische Schmerzkrankheit entwickelt, welche zunächst den Nacken betroffen und sich später in den Rücken ausgedehnt habe. Die Schmerzsymptomatik sei immer bedeutender geworden, insbesondere nach der im Juni 2010 festgestellten Diskushernie. Die Versicherte leide seit Jahren sowohl im Nacken als auch im Rücken sowie in den Armen an beinahe andauernden, schweren und subjektiv quälenden Schmerzen. Sie bestätige, dass es in Verbindung mit emotionalen Konflikten zur Verstärkung der Schmerzen komme. Da sie zudem auf die Schmerzen fixiert sei und hypochondrische Befürchtungen hege, könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Störung gestellt werden. Die Störung sei chronifiziert und trotz aller Behandlungen. Es hätten ihr die Lebensprobleme (u.a. die Kündigung des langjährigen Arbeitsplatzes im September 2010) und Schmerzen zugesetzt, depressiv sei sie erst später geworden. Ab 2011 hätten sich die typischen Zeichen einer Anpassungsstörung gezeigt bzw. einer depressiven Reaktion. Im August 2011 habe sie eine

ambulante psychiatrische Behandlung aufgenommen, was auf einen erheblichen Leidensdruck hinweise. Gemäss ICD gehe eine Anpassungsstörung nach zwei Jahren in eine depressive Episode über, was ab ca. Frühjahr 2013 der Fall gewesen sei. In der Folge sei die Versicherte schwankend verblieben in einer leicht bis mittelgradigen Episode. Im Februar 2014 sei es zu einer Verbesserung der Depressivität gekommen und im Mai 2015 vorübergehend zu einer Verstärkung. Bei der aktuellen Untersuchung lasse sich die leichte depressive Episode bestätigen. Die Versicherte sei anfänglich in gedrückter Stimmung gewesen, sei aber deutlich aufgetaut. Sie berichte von diversen Interessen, insbesondere familiären und sportlichen. Die Konzentration sei nicht eingeschränkt, es bestünden keine Suizidimpulse, der Appetit sei in Ordnung und sie zeige eine regelmässige Tagesgestaltung. In Bezug auf die somatoforme Schmerzstörung könnten schliesslich sogenannte Ausschlussgründe festgestellt werden; es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten massiven Schmerzen und dem ausgeglichen, ruhigen bzw. euthymen und unauffälligen Verhalten anlässlich der Besprechung. Der rheumatologische Gutachter stellte zudem fest, dass sich die beklagten und demonstrierten Beschwerden organisch nicht hätten nachvollziehen lassen (Urk. 5/156 S. 10 ff.).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit gab Dr. A. \_\_\_ an, die Versicherte sei von Januar 2011 bis Januar 2014 zu 30 % eingeschränkt gewesen. Seit Februar 2014 liege die Einschränkung unter 20 %. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei gleich hoch, da die frühere Tätigkeit angepasst gewesen sei (Urk. 5/156 S. 19). Es habe sich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingestellt (Urk. 5/156 S. 20).

### **E. 3.2**

Der rheumatologische Gutachter Dr. B. \_\_\_ stellte aufgrund seiner Untersuchung der Versicherten vom 18. November 2015 folgende Diagnosen (Urk. 5/157 S. 15 f.):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronifiziertes zerviko-zephalisches Schmerzsyndrom mit doppelseitiger Brachialgie - Subjektiv extreme Schmerzen - Objektiv klinisch altersübliche Verhältnisse ohne radikuläre Zeichen - Bildgebend leichte Osteochondrose C5/6 mit Diskusprotrusion (MRI 29.03.2011) - Periarthropia humeroscapularis calcarea rechts - Subjektiv extreme Schmerzen - Objektiv mässiggradige Impingementsymptomatik - Bildgebend Läsion der Supraspinatussehne mit Verkalkung (MRT 15.05.2015) - Noch erfolversprechende Therapiemöglichkeiten

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronisches thorakolumbales, ev. lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen mit degenerativen Zeichen an der distalen LWS und einer Diskushernie L4/5 ohne sichere Neurokompression. Wirbelsäulenfehlhaltung. - Arterielle Hypertonie - Rezidivierende Eisenmangelanämie

Dr. B. \_\_\_ führte aus, anlässlich der aktuellen Untersuchung habe die Versicherte, unverändert zur Situation von 2011, extreme Nacken-Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in beide Arme und Hände beklagt. Objektiv ergäben sich - abgesehen von den massiven Schmerzäusserungen - bei der Untersuchung der Halswirbelsäule keine relevanten Befunde: die HWS sei gut beweglich, die Nackenmuskulatur nicht verspannt, Irritationszonen hätten sich nicht gefunden und die Neurologie der Arme sei unauffällig. Auch die spontanen Kopfbewegungen seien unbehindert gewesen. Zusätzlich seien extreme Schulterschmerzen rechts geäussert worden; bei der aktuellen Untersuchung hätten sich Hinweise auf eine Impingementsymptomatik ergeben, was mit der neuen Bildgebung einer Läsion der Supraspinatussehne gut korreliere. Die aktiven Bewegungen an der rechten Schulter seien

schmerzhaft leicht eingeschränkt gewesen, dies im Widerspruch zum freien Ausziehen des Sport-BHs mit beiden Armen. Lokale Druckdolenzen hätten an der Schulter nicht bestanden. Auch bezüglich der beklagten Kreuz- und Beinschmerzen hätten sich die pathologischen Befunde in engen Grenzen gehalten. Die Rückenmuskulatur sei weich gewesen, BWS und LWS unbehindert beweglich, palpatorisch hätten sich Druckdolenzen über der distalen Lendenwirbelsäule und am thorako-lumbalen Übergang gefunden. Die Neurologie der unteren Extremitäten sei normal, auffällig hingegen die Diskrepanz zwischen der normalen Lasègueprüfung im Sitzen und der rechts stark schmerzhaften Prüfung im Liegen. Die inadäquaten Schmerzäußerungen und divergenten Untersuchungsbefunde würden für aggravatorische Tendenzen sprechen (Urk. 5/157 S. 17).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, in der bisherigen Tätigkeit bestehe eine zeitlich volle Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinbusse von 20 %. Nach erfolgreicher Behandlung der Schulterschmerzen könne eine volle Arbeitsfähigkeit erwartet werden. In einer angepassten Tätigkeit (leichtere Arbeit, keine Arbeiten über Schulterhöhe) bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Im Haushalt bestehe eine Einschränkung von 10 bis 20 %. Im Vergleich zum Gutachten St. Gallen sei die Halswirbelsäule besser beweglich und die rechte Schulter etwas stärker eingeschränkt. Insgesamt der Gesundheitszustand leicht gebessert (Urk. 5/157 S. 22).

### **E. 3.3**

In ihrer interdisziplinären Beurteilung führten Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ schlussfolgernd aus, es könne vorwiegend auf den psychiatrisch-psychosomatischen Gesichtspunkt abgestellt werden, da eine angepasste Verweistätigkeit aus rheumatologischer Sicht voll zumutbar sei. Die Leistungseinbusse von 20 % wegen der Schulterschmerzen könne mit Hilfe von therapeutischen Massnahmen reduziert werden; dies sollte sich also nicht zusätzlich anhaltend negativ auswirken (Urk. 5/157 S. 26).

### **E. 4.1**

Die Verwaltung stütze sich für die Beurteilung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im massgeblichen Vergleichszeitraum verbessert haben, auf die von ihr eingeholte bidisziplinäre Expertise von Dres. A.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_. Dies ist nicht zu beanstanden. So erstellten die Gutachter ihre Expertise in Kenntnis der Vorakten, unter Berücksichtigung der subjektiven Angaben der Versicherten sowie gestützt auf für die strittigen Belange erforderlichen Untersuchungen. Die Darlegungen der Experten sind nachvollziehbar und die von ihnen angestellten Arbeitsfähigkeitseinschätzungen können vom rechtsanwendenden medizinischen Laien nachvollzogen werden.

Insbesondere kann in psychiatrischer Hinsicht vor dem Hintergrund der Angaben der Versicherten (Urk. 5/156 S. 7 f.) sowie der anlässlich der Untersuchung erhobenen objektiven Befunde (vgl. Urk. 5/156 S. 8 f und S. 12) nachvollzogen werden, dass aus psychiatrischer Sicht nur noch eine leichte depressive Störung zu diagnostizieren ist; dies korreliert damit, dass die beim behandelnden Psychiater wahrgenommenen therapeutischen Massnahmen verringert worden sind (Therapie nur noch alle vier Wochen, Ausdünnung der Medikation, vgl. wiederum Urk. 5/156 S. 7). Ebenfalls kann vor dem Hintergrund der geklagten starken bis quälenden Beschwerden und den diesen nicht entsprechenden Verhaltensweisen bzw. nur wenig ausgeprägten klinischen objektiven Befunden nachvollzogen werden, dass Dr. A.\_\_\_\_ eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert.

Aber auch die Ausführungen des rheumatologischen Experten Dr. B.\_\_\_\_ leuchten ein; insbesondere kann nachvollzogen werden, dass er mit Blick auf die (verbesserten) klinischen Untersuchungsbefunde im Bereich der Halswirbelsäule (vgl. Urk. 5/157 S. 12 f.) von einer Verbesserung der dortigen Situation ausgeht, wohingegen er den - verglichen mit der Leistungszusprache im Jahr 2012 - neu aufgetretenen Impingement-Symptomatik an der rechten Schulter durch Attestierung eines eingeschränkten Leistungsvermögens Rechnung trägt. Insgesamt erfüllt das Gutachten demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ( BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c) , weshalb darauf abgestellt werden kann.

#### **E. 4.2.1**

Soweit die Beschwerdeführerin einwendet, auf die rheumatologische Expertise sei schon daher nicht abzustellen, weil der Gutachter Dr. B.\_\_\_\_ über keine eigene Praxis (mehr) verfüge und er - da er nur noch von einem Versicherungsträger Einkommen erziele - nicht unabhängig sei (Urk. 1 S. 2), ist ihr nicht zu folgen. Sie verkennt, dass nach gefestigter Rechtsprechung der regelmässige Beizug eines Gutachters oder einer Begutachtungsinstitution durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Abhängigkeit für sich allein genommen keine fehlende Unabhängigkeit bewirken bzw. nicht zur Befangenheit bzw. Ausstand führen ( statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_96/2018 vom 19. März 2018, E. 3.2.1 mit Hinweisen auf BGE 137 V 210

E. 1.3.3 ; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 69, 9C\_67/2007 E. 2) . Aus dem Umstand, dass Dr. B.\_\_\_\_ zwar keine eigene Praxis (mehr) führt, jedoch regelmässig Gutachter für diverse IV-Stellen ist (vgl. Urk. 5/170 S. 2), vermag die Beschwerdeführerin daher nichts für sich abzuleiten.

#### **E. 4.2.2**

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 3) hat Dr. B.\_\_\_\_ seine Beurteilung bezogen auf die Problematiken an der Wirbelsäule auch nicht auf alte Röntgenbilder abgestellt. Vielmehr stützte er seine Einschätzung in erster Linie auf das Ergebnis der aktuellen klinischen Untersuchung, als Folge welcher er auf die Veranlassung neuer bildgebenden Abklärungen verzichtet hat. So hatte der einlässliche klinische Untersuchte keine relevanten objektiven Befunde hervorgebracht. Vielmehr hatten sich eine verbesserte Beweglichkeit der Halswirbelsäule ergeben (vgl. 5/157 S. 22) und ungehinderte spontane Kopfbewegungen sowie auch eine ungehinderte Beweglichkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule gezeigt. Weiter ergaben sich keine Verspannungen im Nackenbereich sowie eine weiche Rückenmuskulatur, ebenso eine normale Neurologie bzw. keine bzw. keine konsistenten neurologischen Befunde (vgl. zum Ganzen Urk. 5/157 S. 17). Wenn Dr. B.\_\_\_\_ mit Blick auf die keine erhebliche Pathologie ausweisenden bildgebenden Abklärungen der Jahre 2009 bis 2011 sowie angesichts der bei der Untersuchung festgestellten normalen (bzw. in Bezug auf die HWS verbesserten) Klinik eine wesentliche neue Pathologie ausschloss und auf neue Abklärungen auch daher verzichtete, weil der Nachweis von zusätzlichen Chondrosen und Spondylosen im Rahmen des normalen Alterungsprozesses an der Gesamtbeurteilung nichts geändert hätte (vgl. Stellungnahme von Dr. B.\_\_\_\_ vom 16. Mai 2016, Urk. 5/170), vermag der Verzicht auf neue bildgebende Abklärungen den Beweiswert der Expertise nicht zu schmälern. Aber auch soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, Dr. B.\_\_\_\_ habe einfach das „Merkblatt“ der

Beschwerdegegnerin (Anmerkung: zu den Standardindikatoren) einkopiert und dann die so gestellten Fragen nur stichwortartig abgehandelt (Urk. 1 S. 4 unter Hinweis auf Urk. 5/157 S. 18 ff.), ergibt dies nichts zu ihren Gunsten, was schon daher gilt, als die Prüfung der Standardindikatoren im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung nicht von Bedeutung ist.

#### **E. 4.2.3**

Schliesslich ist auch nicht ersichtlich, inwiefern die psychiatrische Expertise mangelhaft sein sollte, weil – wie die Beschwerdeführerin geltend machen lässt - die Gutachter es verpasst hätten, den diagnoseinhärenten Schweregrad der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung zu definieren (Urk. 1 S. 4). Zum einen sieht diese Diagnose – anders als beispielsweise eine depressive Episode oder die rezidivierende depressive Störung - keine Abstufungen nach dem Schweregrad vor und resultiert zum andern u nabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit aus einer Diagnose - mit oder ohne diagnoseinhärenten Bezug zum Schweregrad - allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse (vgl. BGE 143 V 418 E. 6).

#### **E. 4.3**

Zusammenfassend vermögen die Einw e ndungen der Beschwerdeführerin die Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen . Es ist daher gestützt auf das Gutachten der Dres .

A. \_\_\_ und B. \_\_\_ davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand seit der Referenzverfügung vom 22. Juni 2012 in somatischer wie psy c hiatri s cher Hinsicht dahin verbessert hat , dass die Beschwerdeführerin aus medizinisch-psychiatrischer Sicht in angestammter wie auch angepasster Tätigkeit zu (mindestens) 80 % arbeitsfähig ist, wobei in der angestammten Tätigkeit - infolge der Beschwerden an der rechten Schulter - eine nicht darüber hinausgehende Leistungseinbusse von 20 % (bezogen auf eine vollschichtige Tätigkeit) besteht.

#### **E. 5.1.1**

Psychische Leiden – und nicht nur somatoforme respektive funktionelle Störungen – sind wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich. Dieser Beweis ist indirekt, behelfsweise, mittels Indikatoren zu führen. Da bei sämtlichen psychischen Störungen trotz variierender Prägnanz der erheblichen Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme bestehen, sind sie nach der jüngeren bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418) grundsätzlich alle einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) schliessen lassen.

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und

Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).  
geänderten

### **E. 5.1.2**

Auch vorliegend ist mithin anhand des strukturierten Beweisverfahrens zu prüfen, ob die von Dr. A.\_\_\_\_ bezeichnete Arbeitsunfähigkeit von – maximal - 20 % auch aus rechtlicher Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da die Prüfung der vorgenannten Indikatoren vor dem Hintergrund der neuen Rechtsprechung auch bezüglich der diagnostizierten leichten depressiven Episode vorzunehmen ist, braucht nicht näher darauf eingegangen werden, ob in Bezug auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung – welcher Dr. A.\_\_\_\_ infolge Aggravation keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimisst - der Ausschlussgrund (Aggravation) effektiv gegeben ist, in welchem Fall sich insoweit die indikatorengeleitete Überprüfung nach Massgabe von BGE 141 V 281 erübrigte (vgl. zum Ganzen BGE 143 V 418 E. 8.2).

### **E. 5.2.1**

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Begriff der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde angeht, ist festzustellen, dass die Gutachter schwergradige bzw. „gröbere“ Befunde (Urk. 5/156 S. 14 und Urk. 5/157 S. 19) und entsprechend eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneinten. Ein Leiden von erheblichem Schweregrad ist demnach nicht ausgewiesen. Zum Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –Resistenz“ ist festzuhalten, dass die im August 2011 aufgenommene Psychotherapie im Verlauf (im Jahr 2014) zu einer merklichen Besserung des psychischen Gesundheitszustandes führte und sich der psychische Gesundheitszustand auch nach vorübergehenden Verschlechterungen per Ende 2014 (infolge Auftretens der Schulterproblematik; vgl. ärztlicher Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2015; Urk. 5/142) bzw. im Mai 2015 (vgl. Urk. 5/156 S. 7) bis zur Begutachtung durch Dr. A.\_\_\_\_ wieder verbessert hat. Vor diesem Hintergrund kann nicht von einer leistungshindernden Chronifizierung der psychischen Problematik ausgegangen werden bzw. davon, dass eine invalidisierende schwere psychische Störung vorliegt, die therapeutisch nicht angebar wäre. Alsdann bestehen zwar verschiedene Komorbiditäten (Impingement-Symptomatik an der rechten Schulter sowie Problematik an der Wirbelsäule, namentlich im cervikalen Bereich mit beklagter Ausstrahlung in die Arme). Die entsprechenden Pathologien erscheinen angesichts der klinischen Befunde anlässlich Untersuchung durch Dr. B.\_\_\_\_ nicht als ausgeprägt und wurden (bezüglich der Schulter) als besserungsfähig bezeichnet (Urk. 5/157 S. 21).

### **E. 5.2.2**

Bei den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes: Bei der Beschwerdeführerin fanden sich keine Hinweise auf eine Persönlichkeits- oder Zwangsstörung (vgl. Urk. 5/156 S. 9: nicht dissozial, nicht emotional instabil, nicht

zwanghaft, nicht ängstlich); dies stimmt damit überein, dass sie denn auch jahrelang in der Lage war, ihren Beruf als Pflegefachfrau auszuüben, welcher sowohl eine hohe psychische Belastbarkeit wie auch soziale Grundfertigkeiten voraussetzt. Weiter attestiert Dr. A.\_\_\_\_ der Versicherten verschiedene mobilisierbare Ressourcen, auf die sie zurückgreifen kann (Einsicht in den Nutzen der Therapie, Einnahme von weniger Medikamenten, soziale Kontakte, gute sprachliche Fähigkeiten, Teamfähigkeit; Urk. 5/156 S. 16). Weiter wohnt die Beschwerdeführerin mit ihren Kindern, zu denen sie eine enge Beziehung pflegt, zusammen, wobei sie die familiären Verhältnisse als tragend erlebt (Urk. 5/156 S. 24). Auch unterhält sie gute Kontakte zu ihren Nachbarn (Urk. 5/156 S. 8). Damit sind weder limitierende Persönlichkeitsmerkmale noch ein ausgeprägter sozialer Rückzug erkennbar und enthält der soziale Lebenskontext bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

### **E. 5.2.3**

In der Kategorie „Konsistenz“ ist bezüglich des Indikators „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ festzustellen, dass sich die Beschwerdeführerin nicht als arbeitsfähig sieht. Jedoch ist ihre

Tagesgestaltung regelmässig und

nur bedingt eingeschränkt. So führt sie – soweit schmerzbedingt möglich - den Haushalt, kocht für ihre Kinder, macht Spaziergänge, liest Teletext. Sie

hat eine gepflegte Erscheinung, geht zweimal wöchentlich ins Fitnesstraining und absolviert Ausdauertraining (Velofahren). Auch tätigt sie kleine Einkäufe, wofür sie die übrigen Einkäufe zusammen mit ihrem Sohn vornimmt. Ebenso war sie in der Lage, mit öffentlichen Verkehrsmitteln an die Begutachtung (nach Bern) zu reisen und verbringt alle zwei Jahre die Ferien im Ausland (Urk. 5/156 S. 6 und S. 7f.). Eine gewisse Einschränkung im Alltag ist damit zwar ersichtlich, diese ist jedoch nicht ausgeprägt. Bezüglich des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin verschiedene manualtherapeutische und medikamentöse Therapien (inkl. Infiltrationen) auch mit alternativmedizinischem Ansatz in Anspruch genommen und sich im Jahr 2010 für rund drei Wochen in stationäre Behandlung (D.\_\_\_\_, vgl. Urk. 5/37) begeben hatte. Auch hat sie sich im August 2011 in psychiatrische Behandlung begeben bzw. eine ambulante Psychotherapie durchgeführt. Im Begutachtungszeitpunkt (November 2015) bestand die Therapie in somatischer Hinsicht – neben den sportlichen Aktivitäten - im Wesentlichen in Infiltrationen (etwa 2 mal pro Jahr) und in der Einnahme von Medikamenten (Urk. 5/157 S. 10) und in psychiatrischer Hinsicht fanden psychotherapeutische Sitzungen nur noch alle vier Wochen statt (vgl. Urk. 5/156 S.12). Aus den noch in Anspruch genommenen Therapien kann daher zwar in somatischer Hinsicht auf einen gewissen Leidensdruck geschlossen werden, wohingegen er in psychiatrischer Hinsicht nicht mehr ausgeprägt erscheint.

### **E. 5.3**

Bei Würdigung der rechtserheblichen Indikatoren, namentlich des verhaltensbezogenen Aspekts der Konsistenz, ergibt sich jedoch, dass insgesamt nicht auf einen rechtsgenügenden Bezug zwischen den gestellten Diagnosen und deren funktionellen Auswirkungen im Sinne einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit geschlossen werden kann. Eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer

Invalidität aus psychischen Gründen führen könnte, ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Vorliegend ist daher insofern von der Einschätzung des psychiatrischen Experten einer – ohnehin nur „maximalen“ - 20%igen Arbeitsunfähigkeit abzugehen, als dass aus rechtlicher Sicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit aus psychiatrischer Sicht sowohl in angestammter wie auch angepasster Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Dies führt insgesamt zum Ergebnis, dass die Versicherte in angestammter wie auch in angepasster Tätigkeit vollzeitlich arbeitsfähig ist, wobei – aufgrund der Beschwerden an der rechten Schulter – in der angestammten Tätigkeit eine Leistungseinbusse von 20 % besteht.

## **E. 6**

Vorgängig zur Rentenzusprache hatte die Verwaltung die Versicherte gestützt auf deren Angaben anlässlich der Haushaltabklärung vom 21. September 2011 als Teilerwerbstätige (Haushalt 20%/Erwerbstätigkeit 80 %) qualifiziert. Bei der damaligen Haushaltabklärung hatte die Versicherte unter anderem ausgeführt, dass sie im Gesundheitsfall in den nächsten Jahren weiterhin in diesem Umfang gearbeitet hätte (bis ihr Sohn seine Lehre abgeschlossen habe; vgl. Urk. 5/59 S. 4). Im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens führte die Verwaltung keine neuerliche Haushaltabklärung durch und klärte auch die Statusfrage nicht neu ab. Ob die Versicherte im Gesundheitsfall zwischenzeitlich allenfalls ein Vollpensum versehen würde, kann offenbleiben. Denn selbst wenn man zugunsten der Beschwerdeführerin davon ausgeht, besteht kein Anspruch mehr auf eine Rente, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

### **E. 7.1**

Der Invaliditätsgrad ist mittels eines Einkommensvergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage - hier im Jahr der verfügten Rente n. Aufhebung (2016) - zu erheben (vgl. BGE 129 V 223 f. E. 4.2 in fine, 128 V 174). (

### **E. 7.2**

Die Verwaltung war bei der Rentenzusprache von einem bei ausgeübtem 80 % Pensum erzielten (Validen-)Einkommen von Fr. 69'801.-- (per 2009; vgl. Lohnausweis der Stiftung Y.\_\_\_\_, Urk. 5/70) ausgegangen (vgl. Verfügungsteil 2 zur Verfügung vom 22. Juni 2012; Urk. 5/82). Daran ist auch vorliegend anzuknüpfen. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis im Jahr 2016 (Bundesamt für Statistik [BFS], T39, Entwicklung der Nominallöhne, Reallöhne und Konsumentenpreise, Frauen, Nominallöhne, Index 1939 =100, 2009: 2552, 2016: 2709) ergibt dies per 2016 ein Einkommen von Fr. 74'095.--, was aufgerechnet auf ein Vollzeitpensum (: 8 x 10) ein solches von Fr. 92'619.-- ergibt.

### **E. 7.3**

Da die Versicherte ihre Stelle bei der Stiftung Y.\_\_\_\_ aus gesundheitlichen Gründen verloren hat und sie keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ihr jedoch ihre angestammte Tätigkeit unter Berücksichtigung einer Leistungseinbusse von 20 % nach wie vor zumutbar ist, ist das Invalideneinkommen anhand des statistischen Monatseinkommens von Fr. 5'168.-- gemäss der (seit 2012 in revidierter Form durchgeführten) LSE 2014, TA1\_tirage\_skill\_level (privater Sektor, Kompetenzniveau 2, Rz. 86-88, Gesundheits- und Sozialwesen, Frauen) zu ermitteln. Unter diesen Tabellenwert fallen alsdann auch weitere Tätigkeiten im medizinischen Bereich, die der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Berufs- und Fachkenntnisse möglich sind (zB Praxishilfe). Unter Berücksichtigung einer

durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2016 von 41.6 Stunden (vgl. Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, wiederum Rz 86-88, Gesundheits- und Sozialwesen) und der Nominallohnentwicklung bis im Jahr 2016 (vgl. wiederum Bundesamt für Statistik [BFS], T39, Entwicklung der Nominallöhne, Reallöhne und Konsumentenpreise, Frauen, Index 1939 = 100, 2014: 2673, 2016: 2709) resultiert demnach ein Invalideneinkommen von Fr. 65'356.--.

Ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt sich nach konstanter Rechtsprechung des Bundesgerichts bei vollzeitlicher Arbeitsfähigkeit, jedoch reduzierter Leistungsfähigkeit, nicht (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_211/2018 vom 8. Mai 2018, E. 4.4, betreffend eine Verweistätigkeit). Dies muss vorliegend umso mehr gelten, als im anzuwendenden Tabellenlohn wie erwähnt auch weniger schulterbelastende Tätigkeiten im Gesundheitswesen eingeschlossen sind.

#### **E. 7.4**

Eine Gegenüberstellung von Valideneinkommen (in Höhe von Fr. 92'619.--, vgl. E. 7.2) und Invalideneinkommen (in Höhe von Fr. 65'365.--; vgl. E. 7.3) führt zu einem Invaliditätsgrad von rund 29 % (29.42%). Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liegt, besteht kein Rentenanspruch mehr, weshalb die Verwaltung die Rente zu Recht auf das Ende der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben hat (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV).

#### **E. 8**

00.-- 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: - Rechtsanwalt Hans Stünzi - 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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Bachmann

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