

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00369 vom 24. August 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00369

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00369 du 24 août 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00369 del 24 agosto 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz 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

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.3

Nach lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; kurz: lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische

Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

Die in lit . a Abs. 1 SchlB

6. IV-Revision vorgesehene Rentenherabsetzung beziehungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugesprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche Rentenzusprache aber bereits in Beachtung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, bleibt kein Raum für ein Rückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmung (BGE 140 V 8 E. 2).

Laufende Renten sind vom Anwendungsbereich von lit . a Abs. 1 SchlB zur 6. IV Revision nur ausgenommen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden, das heisst auf einer nachweisbaren objektivierbaren Grundlage beruhen. Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E. 6.2, in Präzisierung u.a. von BGE 139 V 547 E. 10.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_738/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.2.1 mit Hinweis). Demnach ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die „erklärbaren“ Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen – auseinandergehalten werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist. Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision – um eine solche handelt es sich auch hier – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4.2 mit Hinweisen).

Ist ein „Mischsachverhalt“ gegeben, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachterliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmt sich die (zu einer integralen Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgendem Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprechung und/oder -überprüfung) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere („nichtsyndromale“) Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht, das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen).

Da der Bestand laufender Renten wesentlich von medizinischen Aspekten abhängt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich

muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich – auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten – der Beurteilung durch die Verwaltung und deren regionalen ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.2).

E. 1.4

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2 , 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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). 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 27. März 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung vom 22. Februar 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zu ergänzenden Abklärungen zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdantwort vom 16. Mai

2017 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 19. Mai 2017 wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 8).

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) vom 22. Februar

2017 hielt die Beschwerdegegnerin fest, die Abklärungen hätten ergeben, dass die vorliegenden Diagnosen, die zu einer Rentenzusprache geführt haben, zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren

syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage gehören würden. Merkmale einer Persönlichkeitsstörung oder einer andauernden Persönlichkeitsänderung würden nicht vorliegen, sei doch die Beschwerdeführerin bei fehlenden Auffälligkeiten in der Sozio-Psycho- und Berufsbiografie durchaus in der Lage, sich mit ausreichender Flexibilität auf das Gegenüber und die jeweilige Situation einzustellen. Die Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit werde im Zusammenhang mit einer Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit gesehen. Zwischen 2007 und 2014 habe je doch keine konsequente fortlaufende ambulante, teilstationäre oder stationäre psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung stattgefunden. Erst seit 2014 würde nun eine ambulante psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen werden, wobei die Termine nach dem Befinden der Beschwerdeführerin ausgerichtet werden würden. Eine stationäre Therapie sei nie thematisiert worden und sei auch während eines Informationsgesprächs abgelehnt worden. Es sei des halb von einem eher geringen Leidensdruck auszugehen. Mit einer regelmässigen psychiatrischen-psychotherapeutischen Anbindung sowie einer adäquaten medikamentösen Therapie könnte eine Verbesserung der psychischen Situation und damit auch eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit erzielt werden. Aufgrund des Gesagten, könne die im psychiatrischen Teilgutachten der A. ___ attestierte 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht berücksichtigt werden.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 27. März

2017 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, die chronifizierte affektive Erkrankung, wie sich die anhaltende depressive Störung darstelle, gehöre nicht zu den pathogenetisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage. Die Schlussbestimmungen zur IV Revision 6a würden entsprechend nicht zur Anwendung gelangen. Eine Aufhebung oder Herabsetzung der Rente ohne Verbesserung des Gesundheitszustandes komme vorliegend in Anwendung von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht in Frage. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes liege nicht vor, was auch durch das A. ___ -Gutachten bestätigt werde. Entsprechend sei der Beschwerdeführerin weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei der aktuelle Gesundheitszustand sowie dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neu zu beurteilen.

Es gehe nicht an, dass die Beschwerdegegnerin im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung einfach annehme, dass es der Beschwerdeführerin im Falle einer intensiveren Psychotherapie besser gehen würde, ergebe sich dies doch weder aus dem Gutachten noch aus den übrigen Akten. Die Beschwerdeführerin stehe in fachärztlicher Behandlung und nehme die verordneten Antidepressiva ein. Es gebe keinen Grund von der gutachterlich

bescheinigten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen und von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ferner könne aber auch auf das Gutachten nicht abgestellt werden, gebe es doch nicht den aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wieder und entspreche es nicht den aktuellen Richtlinien zur Abklärung psychosomatischer Leiden gemäss den IV-Rundschreiben Nr. 334 und 339.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die der Beschwerdeführerin zugesprochene Rente zu Recht eingestellt wurde.

E. 3

Der ursprünglichen Rentenverfügung vom 16. Oktober 2008 (Urk. 7/53) lag in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstellte polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Z.____ vom 10. Januar

2008 (Urk. 7/39) zugrunde. Die Untersuchungen fanden am 12. September sowie am 26. und 30. Oktober 2007 statt.

Die Gutachter hielten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/39 S. 32f.): - Neurasthenie (im Sinne der ICD-10), F48.0 - Mittelschwere bis schwere kognitive Minderleistung, F03. - Myofasciales Schmerzsyndrom des Schultergürtels mit muskulärer Dysbalance, M79.1

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Non-Compaction des links ventrikulären Myocards (I42.9) mit Status nach wiederholter Reanimation bei Asystolie am 14. Februar 2004 sowie Status nach Implantation eines implantierbaren Defibrillators (ICD) am 26. Februar 2004 (Z95.8) und das festgestellte Untergewicht (R63.0).

Im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung wurde festgehalten, es könne ein Weichteilschmerzsyndrom mit Druckdolenzen am Schultergürtel, am Beckengürtel und entlang der Wirbelsäule objektiviert werden. Es liege wohl ein myofasciales Schmerzsyndrom mit einer muskulären Dysbalance des Schultergürtels vor. Bewegungs- oder Funktionsstörungen mit Auswirkung auf die Alltagsaktivitäten würden dabei jedoch keine bestehen. Die bei der klinischen Untersuchung festgestellten Weichteilschmerzen seien laut Aussagen der Beschwerdeführerin auch nicht für die Niederlegung der Arbeitstätigkeit verantwortlich. Demzufolge sei davon auszugehen, dass seitens der nahezu normalen Befunde am Bewegungsapparat medizinisch-theoretisch eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit für eine mechanisch leicht belastende Tätigkeit, die rückenergonomisch durchgeführt werden könne und die wechselnde Positionen erlaube, vorliege. Zeitlich sei eine Restarbeitsfähigkeit von acht Stunden pro Tag zumutbar, aufgrund der vorliegenden muskulären Haltungsinsuffizienz sei jedoch mit einer Leistungseinbusse von maximal 20 % zu rechnen, wobei diese Leistungseinbusse durch kreislaufaktivierendes Training theoretisch korrigierbar sei (Urk. 7/39 S.24).

Der begutachtende Psychiater stellte eine Neurasthenie (ICD-10: F48) sowie Hinweise auf eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung (ICD-10: F32.1) fest. Die Beschwerdeführerin habe sich über gesteigerte Ermüdbarkeit, körperliche Schwäche sowie Erschöpfung nach nur geringen Anstrengungen beklagt. Sie habe sich seit ihrer schweren Krankheit körperlich und geistig nicht mehr erholt, habe Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen sowie eine nachlassende Gedächtnisleistung. All dies sei für die Neurasthenie charakteristisch und gehöre zum Krankheitsbild. Der Gutachter führte weiter

aus, ein eindeutig objektivierbares organisches Korrelat sei für die beschriebene Symptomatik jedoch nicht nachweisbar. Im Gesamtbild, mit einem schweren organischen Ausgangspunkt, einer wahrscheinlichen depressiven Störung, einer von aussen mehrfach beschriebenen Leistungsminderung, der anhaltenden subjektiven Müdigkeit und weiteren Störungen gewichtigen Ausmasses, sei eine erhebliche, zumindest qualitative Leistungsminderung nicht zu verkennen. Trotz regelmässiger ambulanter Behandlung (Ergotherapie, Psychotherapie) zeige sich eine kontinuierliche Chronizität bei einem mehrjährigen Verlauf. Mit der Wiederherstellung der vollen Erwerbsfähigkeit sei kaum zu rechnen. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit seien Zeitdruck und Schichtarbeit zu vermeiden, ebenso besondere Anforderungen an die psychisch-geistige Belastbarkeit, das Konzentrations- und Reaktionsvermögen sowie die Umstellungen- und Anpassungsfähigkeit (Urk. 7/39 S. 27f.).

Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin wirke psychisch belastet und bedrückt, teilweise auch etwas theatralisch und das Leiden zur Schau stellend. Die Prüfung von Simulation und Aggravation habe jedoch keine Auffälligkeiten hervorgebracht. Im Laufe der Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin zunehmend dekompenziert und erschöpft gezeigt. Die durchgeführten neuropsychologischen Untersuchungen hätten insgesamt auf eine mittelschwere bis schwere kognitive Minderleistung hingewiesen. Insbesondere seien das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit und die Exekutivfunktionen teilweise schwer beeinträchtigt gewesen, Sprache und Visuokonstruktion hingegen kaum oder gar nicht. Gegenüber vorherigen neuropsychologischen Untersuchungen habe sich insbesondere die Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistung drastisch verschlechtert, wobei diese Verschlechterung nicht auf einen primär hirnorganischen Faktor zurückgeführt werden

könne. Zwar sei nicht auszuschliessen, dass eine direkt hirnorganische Verursachung einzelner kognitiver Minderleistungen, vor allem im Bereich der Verhaltenssteuerung und der Aufmerksamkeit, möglich sei, insgesamt spreche aber der Verlauf mit initial relativ gering ausgeprägten Minderleistungen eher gegen die Annahme einer gravierenden hirnorganischen Verletzung als Folge eines Sauerstoffmangels bei den Herzstillständen im April

2004. Es sei durchaus wahrscheinlich, dass die Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit auch im Zusammenhang mit der Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit stehe. Die Beschwerdeführerin sei deutlich untergewichtig und es sei durchaus möglich, dass eine Mangelernährung und deren Begleiter scheinungen zur kognitiven Verschlechterung beigetragen hätten. Ferner sei ein verschlechternder Einfluss des Autounfalls im Oktober 2005, aufgrund dessen die Beschwerdeführerin eine Halswirbelsäule-Distorsion erlitten habe, nicht gänzlich ausgeschlossen, aber insgesamt doch eher unwahrscheinlich. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit äusserte der begutachtende Neuropsychologe, aufgrund der Gedächtnisbeeinträchtigungen sei damit zu rechnen, dass Informationen nur deutlich vermindert aufgenommen, gelernt und dauerhaft gespeichert werden könnten. Dies wiederum könne unter anderem zu fehlerhaften Arbeiten, grossen Schwierigkeiten mit neuen Aufgaben und einer deutlichen Verlangsamung führen, was auch die kognitive Verarbeitungszeit einschränke. Insgesamt bestehe wegen dieser Einschränkungen keine verwertbare Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pharmaassistentin. In einer angepassten, einfacheren Tätigkeit schätze er die Verminderung der Leistungsfähigkeit angesichts der mittelschweren bis schweren

kognitiven Minderleistung auf rund 70 %. Auch in rein zeitlicher Hinsicht bestehe aufgrund der erhöhten Ermüdbarkeit eine deutliche Einschränkung der Zumutbarkeit. Es sei davon auszugehen, dass die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin noch deutlich tiefer liege als bei ihrem Arbeitsversuch im Jahr 2005 (30%-Pensum als Pharmaassistentin). Eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit sei nach einer adäquaten Therapie der psychischen Situation und der Gewichts- und Ernährungsproblematik wahrscheinlich (Urk. 7/39 S. 30ff.).

Die Gutachter hielten zusammenfassend fest, die bisherige Tätigkeit als Pharmaassistentin sei nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit sei ab Mai

2006 von einer Restarbeitsfähigkeit im Umfang von 25 bis maximal 30 % auszu gehen (Urk. 7/39 S. 40f.).

E. 4.1

Im Rahmen der revisionsweisen Überprüfung der Invalidenrente hielt Prof. Dr. med. C.____, Zentrum für Rheuma- und Knochenkrankungen,

in seinem Arztbericht vom 10. Oktober 2013 (Urk. 7/73) zu Händen der IV Stelle fest, die Beschwerdeführerin berichte glaubhaft über Arthralgien, welche aber mit Ausnahme einer Bursitis subacromialis

auf der rechten Seite

mittels der Untersuchungsbefunde nicht objektiviert werden könnten. Dr. C.____ äusserte, diese Diskrepanz könne möglicherweise durch die zusätzliche depressive Verstimmung erklärt werden. Auch die durch Dr. med. D.____, Spezialarzt für Röntgendiagnostik, durchgeführte Kernspintomografie der Hals-, Brust und Lendenwirbelsäule sowie der Ileosacralgelenke (Urk. 7/73/11) würden keine Hinweise auf eine Sacroileitis oder entzündliche Veränderungen der Wirbelsäule zeigen. Einzig eine subakromiale Bursitis der rechten Schulter sei ersichtlich. Bereits Dr. med. E.____, Rheumatologie und Innere Medizin, legte im Rahmen einer konsiliarischen Untersuchung am 22. März 2012 (Urk. 7/73/9f.) dar, die Beschwerdeführerin leide nach eigenen Angaben seit 2007 an Schmerzen in diversen Gelenken. Es würden sich jedoch weder anamnestisch, klinisch noch im Labor Anhaltspunkte für ein entzündlich systemisches rheumatologisches Leiden finden. Dr. E.____ vermutete, die Beschwerden würden mechanisch bedingten Arthralgien entsprechen, bedingt durch interkurrente Überbelastung der Gelenke. Ferner berichtete auch Prof. Dr. med. F.____, Fachärztin Kardiologie und Innere Medizin, am 19. April 2013 (Urk. 7/73/6ff.), der Zustand der Beschwerdeführerin sei gegenüber 2011 unverändert. Sie leide an Schmerzen im Bereich der Gelenke sowie Rückenschmerzen. Weiter habe sie Mühe mit dem Atmen. Aus kardialer Sicht sei der Verlauf hingegen ausgezeichnet, sprich die systolische und diastolische Funktion seien erhalten. Echokardiographisch würden sich typische Hinweise für eine Non-Compaction finden. Dr. F.____ äusserte, wichtig sei, dass die Beschwerdeführerin sich regelmässig körperlich betätige. In diesem Zusammenhang sei eine Abklärung der Situation mit den Gelenkschmerzen sicherlich angezeigt.

Neben wandernden Arthralgien am ganzen Körper nannte Dr. C.____ in seinem Arztbericht (Urk. 7/73) ausserdem ein rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie eine depressive Grundstimmung als die Arbeitsfähigkeit einschränkende Diagnosen. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin 100 % (acht Stunden pro Tag) arbeitsfähig, wobei repetitive Arbeiten über dem Kopf zu vermeiden seien.

E. 4.2

Aufgrund eines im Vordergrund stehenden depressiven Syndroms, wurde die Beschwerdeführerin von Dr. F.____ bei Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zur psychiatrischen Abklärung und Behandlung angemeldet. Dieser stellte in seinem Arztbericht vom 26. April

2015 (Urk. 7/90) zu Händen der A.____ folgende Diagnosen: - Längere, leicht- bis mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom F32.11, nur teilweise gebessert; - Verdacht auf anhaltende Persönlichkeitsänderung nach schwerer somatischer Erkrankung F62.

Er hielt fest, die kognitiven Hauptfunktionen der Beschwerdeführerin scheinen intakt zu sein. Sie sei jedoch vergesslich und mache oft Fehler beim Ausführen einfacher Routinearbeiten zu Hause. Nach Angaben der Beschwerdeführerin würden sie insbesondere die ständige Müdigkeit sowie die Gelenkschmerzen am ganzen Körper einschränken. Sie fühle sich niedergeschlagen, entmutigt, vom Pech verfolgt und in vielen Aufgaben überfordert. Insbesondere die Kinderbetreuung fordere sie stark, da ihre Tochter an Typ I Diabetes leide und regelmässig Spritzen benötige. Dr. G.____ schlug eine antidepressive Medikation, kombiniert mit kognitiv-verhaltensorientierter und systemischer Psychotherapie, vor, wobei die Beschwerdeführerin beidem gegenüber grosse Skepsis entgegengebracht habe.

Dr. G.____ attestierte der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, da sie gemäss eigenen Angaben auch im Alltag häufig Fehler mache und viele Dinge vergesse (vgl. Urk. 7/95). Aus therapeutischer Sicht sei eine Wiedereingliederung im administrativen Bereich zu 20 bis 30 %

im Rahmen einer geschützten Arbeitsstelle sinnvoll. Gleichzeitig müsse aber eine Entlastung im Bereich des Haushalts und der Kinderbetreuung erfolgen. Überdies scheine die Beschwerdeführerin hinsichtlich der Diabetes der Tochter eine intensive Edukation zu benötigen.

E. 4.3

.4) betonte die begutachtende Psychiaterin, dass die Beschwerdeführerin seit 2007 bis 2014 keine konsequente fortlaufende ambulante, teilstationäre oder stationäre psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung wahrgenommen habe

und auch die aktuelle Medikation keine Verbesserung gebracht zu haben scheine (vgl. vorstehend E).

E. 4.3.1

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin führte die A.____ eine polydisziplinäre Abklärung durch, über welche am 28. Mai 2015 berichtet wurde (Urk. 7/93). Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Urk. 7/93 S. 19): - Depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) - Lupus erythematoses - Zervikothorakovertebrales Syndrom - Periarthropathia

humeroscapularis links.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seien folgende Diagnosen: - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD

10: F45.41) - Nicht authentische kognitive Funktionsstörungen - Rezidivierende Harnwegsinfekte - Anamnestisch «Asthma» - Non- Compaction des linken Ventrikels - Leichte Neigung zu orthostatischem Blutdruckverhalten.

E. 4.3.2

Im internistischen Teilgutachten wurde ausgeführt, die aufgrund eines Herzstillstands im Februar 2004 und prolongierter Laienreanimation entstandenen internistischen Komplikationen (disseminierte intravasale Gerinnung, Pneumonie, vorübergehende Herzinsuffizienz) würden sich nicht ungünstig auf den Gesundheitszustand auswirken. Die Beschwerdeführerin klagt jedoch über eine Atembeengung, wobei Abklärungen kein typisches Asthma ergeben hätten. Aus internistischer Sicht würden sich keine Hinweise auf ein die Leistungsfähigkeit respektive die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes Leiden ergeben. Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit als Pharmaassistentin voll arbeitsfähig (Urk. 7/93 S. 38).

E. 4.3.3

Der Gutachter im Bereich der Kardiologie hielt fest, die diagnostizierte Non-Compaction-Kardiomyopathie im linken Ventrikel sei bis heute lokalisiert geblieben und beeinträchtige mithin weder die systolische noch die diastolische Funktion des Herzens. Der Krankheitsverlauf sei erfreulich günstig. Unter Berücksichtigung des schlanken Habitus und des fehlenden körperlichen Trainings befinde sich die körperliche Leistungsfähigkeit im Normbereich. Zusammenfassend gehe derzeit vom Herzen keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus. In Anbetracht des eher asthenischen Habitus und der Grundkrankheit müsse jedoch vorsichtshalber von ganz schweren körperlichen Tätigkeiten abgeraten werden. Die Beschwerdeführerin beschreibe ausserdem eine Neigung zu Präkollapszuständen, welche den zu tiefen Blutdruckwerten zuzuschreiben sei. Sie habe diese Symptomatik durch ein geeignetes Verhalten jedoch durchaus unter Kontrolle, so dass auch von dieser Seite her keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit abzuleiten sei (Urk. 7/93 S.

45f.).

E. 4.3.4

). Angesichts des ausbleibenden Behandlungserfolgs stellt sich die Frage, weshalb die Beschwerdeführerin ihr Leiden nach so langer Zeit nicht mit einem anderen therapeutischen Ansatz wie beispielsweise einer Tagesklinik angegangen ist. So sieht auch die Psychiaterin der A.____ die Behandlungsmöglichkeiten keineswegs als ausgeschöpft (Urk. 7/93 S. 58). Unter diesen Umständen kann nicht auf eine besondere Schwere der psychischen Gesundheitsstörung geschlossen werden.

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» ist dem A.____-Gutachten zu entnehmen, dass in Bezug auf den Indikator «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» aufgrund der depressiven Störung vor allem die kognitiven Fähigkeiten der Beschwerdeführerin eingeschränkt sind (vgl. E. 4.3.4). Selbst Dr. G.____ sah in erster Linie die Vergesslichkeit der Beschwerdeführerin als die Arbeitsfähigkeit einschränkend (vgl. E. 4.2), was, in Anbetracht dessen, dass sowohl Dr. G.____ als auch die begutachtende Psychologin durch ein Training oder kognitiv-verhaltensorientierter und systemischer Psychotherapie eine Verbesserung der kognitiven Einschränkungen erwarteten (vgl. E. 4.2 und E. 4.3.5), jedenfalls nicht auf eine anhaltende schwere Störung hindeutet. Sodann schloss die begut

achtende Psychiater in eine mitwirkende psychiatrische Komorbidität von erheblicher Intensität, Ausprägung und Dauer ausdrücklich aus (Urk. 7/93 S.

58) und eine somatische Komorbidität fällt von vornherein ausser Acht.

Zur konkreten Erscheinungsform der Gesundheitsschädigung wies sowohl die psychiatrische Gutachterin als auch die begutachtende Psychologin darauf hin, dass die Motivation der Beschwerdeführerin massgeblich durch die subjektive Krankheitsüberzeugung beeinflusst sei (Urk. 7/93 S. 55 und S. 67). Ferner erwähnte auch Dr. G.____ die der Psychotherapie entgegengebrachte grosse Skepsis der Beschwerdeführerin (vgl. E. 4.2).

Zum sozialen Kontext gingen die A.____-Gutachter und Dr. G.____ übereinstimmend von intakten Familienbeziehungen aus (Urk. 7/93 S. 35f. und Urk. 3), wobei die Beschwerdeführerin seit

2004 verheiratet ist und der Ehemann sie sowohl im Haushalt als auch in der Erziehung der gemeinsamen Kinder (2006, 2009) unterstützt (Urk. 7/93 S. 51 und Urk. 3). Nach Angaben der Beschwerdeführerin habe sie eine gute Beziehung zu ihren Eltern sowie ihren Geschwistern und stehe mit diesen regelmässig in Kontakt (Urk. 7/93 S. 51). Aus dem A.____-Gutachten ergibt sich, dass kein vollständiger sozialer Rückzug vorliegt (Urk. 7/93 S. 58). 6.2.3

Beweisrechtlich entscheidend ist sodann der verhaltensbezogene Gesichtspunkt der « Konsistenz ».

Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist fest zuhalten, dass diesbezüglich keine gleichmässigen Einschränkungen bestehen. Die Beschwerdeführerin geht seit Jahren keiner beruflichen Tätigkeit nach und fühlt sich aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen schwerkrank und nicht mehr arbeitsfähig (Urk. 7/93 S. 53). Daneben zeigt die Beschwerdeführerin einige Aktivitäten im Tagesablauf (Haushalt, Spaziergänge sowie Physiotherapie und Arzttermine) und es lassen sich gute familiäre Kontakte erheben (Urk. 7/93 S. 33) einschliesslich positiv erlebte Ferientaufenthalte (Urk. 3). 6.3

Aufgrund dieser Erwägungen zur Schwere des Leidens und zu dessen Konsistenz lässt sich im Ergebnis nicht beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Rentenüberprüfung zum Schluss gelangte, eine anspruchrelevante Arbeitsunfähigkeit sei entgegen der Einschätzung der

A.____-Gutachtern zu verneinen. Mithin hat sie zu Recht erkannt, dass die Voraussetzungen von Art.

E. 4.3.5

Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin würden sich leichte, mittelschwere, schwere und sehr schwer gestörte kognitive Funktionen zeigen. Dabei komme es in keinem der geprüften kognitiven Funktionsbereiche zu einem alters- und bildungsentsprechenden Befund. Insbesondere bei Aufgaben, die aktive und selbständige Informationsverarbeitung erfordern, würden sich schwere bis sehr schwere Störungen zeigen. Es komme sowohl quantitativ wie qualitativ innerhalb einzelner Funktionsbereiche zu Diskrepanzen mit inhaltlich bizarren Antworten und Fehlern als auch zu grossen Abweichungen von Erwartungs- und Normwerten. Dies kontrastiere mit im mer

wieder auch inhaltlich sehr guten und äusserst schnell erbrachten und präzisen Antworten und kognitiven Leistungen. Die Leistungen seien zudem im Vergleich zu klinischen Erwartungs- und Normwerten bei neurologischen Patientengruppen sehr auffällig und nicht erklärbar. Die Symptomvalidierung sei quantitativ und qualitativ sowohl im Aufmerksamkeits- als auch im Gedächtnisbereich hoch auffällig. Dabei seien die Ergebnisse in den Symptomvalidierungsverfahren weitaus schlechter als sie im Vergleich zu neurologischen Gruppen mit leichter oder fortgeschrittener Demenz erwartet werden würden. Des Weiteren stellte die begutachtende Psychologin starke Verhaltensauffälligkeiten im Testverhalten fest (passiv-inaktives Verhalten, fehlendes Zuhören, fehlende aktive Informationsverarbeitung), wobei sich dieses Testverhalten nicht durchgängig beobachten lasse. Vereinzelt sei auch ein aktives und völlig unauffälliges Testverhalten unabhängig vom Schweregrad einer Aufgabe möglich gewesen. Es stehe aber in allgemein passiv-inaktives Verhalten, mehrheitlich ohne Anstrengungsbereitschaft im geistigen und psychischen Bereich im Vordergrund. Somit sei aus neuropsychologischer Sicht von nicht authentischen kognitiven Funktionsstörungen auszugehen. Leichte authentische kognitive Funktionsstörungen seien zwar nicht auszuschliessen, aktuell aber eher unwahrscheinlich und nicht objektivierbar. Die aktuell vorhandenen Hinweise auf eine chronifizierte und generalisierte kognitive Symptomatik würden sich am ehesten durch mangelndes Training und völlige Inaktivierung erklären lassen. Entsprechend könne bei nicht möglicher Identifizierung von authentischen kognitiven Funktionsstörungen und bei generalisierter und chronifizierter psychischer Symptomatik keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit, aufgeführt werden (Urk. 7/93 S. 66f.).

E. 4.3.6

Der behandelnde Rheumatologe diagnostizierte in seinem Teilgutachten Lupus erythematoses, ein zervikothorakovertebrales Syndrom sowie Periarthropathia humeroscapularis linksseitig. Die Behandlung sei erfolgreich, so dass die Beschwerdeführerin nicht mehr durch Gelenkschmerzen geplagt sei und sich die Gelenkuntersuchung klinisch unauffällig zeige. Das bereits früher beschriebene zervikothorakovertebrale Syndrom sei hingegen auch heute klinisch fassbar. Es würde sich eine schmerzhafte Tendomyose im Trapezius links befinden. Ein radikuläres Reiz- oder Ausfallssyndrom liege jedoch nicht vor. Die Schmerzen in der linken Schulter würden einer leichten

Periarthropathie mit Impingement symptomatik entsprechen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit äusserte der Gutachter, medizinisch-theoretisch könne aus rheumatologischer Sicht eine körperlich leichte Tätigkeit ohne Einschränkung vollzeitig ausgeübt werden. Die Feingliedrigkeit und die muskuläre Dekonditionierung mit Haltungsinsuffizienz und zervikothorakalem Syndrom würden das Hantieren von schweren Gegenständen verunmöglichen. Ebenso seien repetitive Arbeiten auf Schulterhöhe oder darüber zu vermeiden. Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit als Pharmassistentin nicht limitiert. Ebenso sei sie für eine körperlich leichte Tätigkeit entsprechend dem Belastungsprofil in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 7/93 S. 72f.).

E. 4.3.7

Zusammenfassend könne festgehalten werden, gegenüber der Begutachtung im Jahr 2008 (vgl. E. 3) handle es sich bei ihrer Beurteilung (A.____ -Gutachter) um eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei mehr oder weniger gleichem klinischem Bild. Die neuropsychologischen Untersuchungsbefunde würden zwar schlechter ausfallen, die Resultate allerdings anders interpretiert werden. Man gehe von nicht authentischen neuropsychologischen Störungen aus, die sich nicht auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Neu sei ausser dem die rheumatologische Diagnose eines Lupus, dessen Aktivität jedoch nur leichten Grades sei und mit geringer Medikation unter Kontrolle gehalten werden könne. Die kardialen Befunde seien stabil und würden als günstig eingeschätzt werden. Hinsichtlich der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Störung , welche für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verantwortlich sei, sei anzu merken, dass bereits im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS Hinweise auf eine leicht- bis mittelgradig schwere depressive Störung erwähnt worden seien (Urk. 7/93 S. 26).

E. 4.4

Zu den gesamten Vorakten nahm RAD-Ärztin Dr. B.____ am 2. Juni 2015 Stellung (Urk. 7/103) und äusserte, die willentliche Überwindung der Schmerzempfindungen erscheinemöglich. Es werde eine polydisziplinäre Rehabilitation empfohlen. Es sei davon auszugehen, dass eine Verbesserung der geistigen und körperlichen Dekonditionierung dadurch erreicht werden könne.

E. 4.5

Dr. G.____ hielt in seinem Verlaufsbericht vom 7. Februar 2017, der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereicht wurde, fest (Urk. 3), der psychopathologische Befund sei praktisch durchgehend derselbe wie beim Erstgespräch (Mai

2014, vgl. E. 4.2) . Die Beschwerdeführerin sei schüchtern, wortkarg, erschöpft wirkend, affektmässig traurig, depressiv und hoffnungslos. Im Denken sei sie verlangsamt sowie eingeeengt auf ihre Schmerzen und die gesundheitlichen Probleme ihrer Kinder. Aufgrund ihrer praktisch permanenten Schmerzen im Bereich der Hände, der Schultern und auch der Beine sowie der extremen Müdigkeit empfinde sie die Lebensqualität massiv eingeschränkt. Ausserdem traue sie sich wegen ihrer Zerstreutheit nichts mehr zu. Die Beschwerdeführerin sei die verkörperte Hoffnungs- und Hilflosigkeit, sehe sich als Opfer ihres Schicksals und vollkommen resigniert. Einzige Lichtblicke seien die Sommerferien im Süden mit der Familie. Dr. G.____ äusserte weiter, es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die Medikation regelmässig einnehme, wobei deren Wirkung eher gering zu sein scheine. Zu einer zeitweisen Entlastung der Beschwerdeführerin und ihrer Familie könne allenfalls eine stationäre psychosomatische Rehabilitationskur beitragen. Hinsichtlich der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit könne er sich nicht vorstellen, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei , einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Aufgrund ihres mittlerweile derart stark negativ geprägten Selbstkonzepts bei chronischer Depression schaffe sie selbst im Haushalt nur das Minimum. Plausible Anhaltspunkte für Aggravation sehe er nicht.

E. 5.1

Es steht aufgrund der Akten fest, dass sich das klinische Bild im Zeitpunkt der Einstellung der Invalidenrente gegenüber demjenigen im Zeitpunkt der Renten zusprache im Jahr 2008

nicht wesentlich verändert hat, was im Übrigen auch unbestritten ist.

Zu prüfen ist, ob die Aufhebung der seit 1. Mai 2006 zugesprochenen Invalidenrente per Ende März 2017 im Sinne der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 gerechtfertigt ist.

E. 5.2

Nach der dargelegten Aktenlage, war im Zeitpunkt der Rentenzusprache im Jahr 2008 das im MEDAS-Gutachten beschriebene, diagnostisch einer Neurasthenie zugeordnete Beschwerdebild sowie eine mittelschwere bis schwere kognitive Minderleistung und ein myofasciales Schmerzsyndrom des Schultergürtels Grundlage für die Annahme eines die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Gesundheitsschadens (vgl. vorstehend E. 3; Urk. 7/42 S. 7). Die Zugehörigkeit der Neurasthenie zu den somatoformen Störungen und damit zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage wurde in der Rechtsprechung schon mehrfach bestätigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2; 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3). Aus somatischer Sicht ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf das MEDAS-Gutachten von einer vollen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten aus (vgl. E. 3). Damit steht fest, dass die Rentenzusprache im Jahr 2008 aufgrund eines unklaren Beschwerdebildes, wie es von der Schlussbestimmung 6a erfasst ist, erfolgte, und entsprechend ist die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Überprüfung der Rente unter diesem Titel nicht zu beanstanden (BGE 139 V 547 E. 10.1.1).

Indem die Beschwerdegegnerin die Überprüfung im März 2013 (Urk. 7/64) und damit innert der Dreijahresfrist gemäss der Schlussbestimmung 6a einleitete, erfolgte die Überprüfung rechtzeitig.

E. 5.3

Zu prüfen ist im Folgenden, ob im Zeitpunkt der Revision die Voraussetzungen nach Art.

E. 7

Die Gerichtskosten im Sinne von Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdeführer in 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - 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 1

5. 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
Hurst Stadler

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