

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00772 vom 18. April 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-04-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00772](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00772)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00772 du 18 avril 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00772 del 18 aprile 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1. X., geboren 1964, war zuletzt seit 1998 bis Ende März 2007 rund 18 Stunden pro Woche als Hortmitarbeiterin in der Schule Y., F., und seit 1994 zwei Stunden pro Woche als Yogalehrerin im Ortsverein Z. tätig (Urk. 9/6 Ziff. 1 und Ziff. 10, Urk. 9/7 Ziff. 1 und Ziff. 9-10, Urk. 9/39). Anfang März 2002 meldete sie sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (Rente, berufliche Massnahmen) an (Urk. 9/1 Ziff. 7.8).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte medizinische Berichte (Urk. 9/4, Urk. 9/10) sowie Arbeitgeberberichte (Urk. 9/6-7) ein und sprach der Versicherten mit Verfügung vom 11. April 2003 (Urk. 9/14 und Urk. 9/17) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente mit Wirkung ab 1. März 2002 zu.

1.2. Im Rahmen einer im Januar 2005 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision (Urk. 9/24 ff.) holte die IV-Stelle aktuelle medizinische Berichte (Urk. 9/25-26, Urk. 9/32) sowie Unterlagen der Pensionskasse (Urk. 9/28, Urk. 9/30), welche der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. April 2005 eine Invalidenrente zugesprochen hatte, ein. Mit Verfügung vom 5. Dezember 2005 (Urk. 9/36 und Urk. 9/38) hob die IV-Stelle die Verfügung vom 11. April 2003 wiedererwägungsweise auf, und sprach der Versicherten bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 75 % eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. Januar 2005 zu.

1.3. Im April 2008 leitete die IV-Stelle von Amtes wegen eine weitere Rentenrevision ein (Urk. 9/41 ff.) und die Versicherte gab im entsprechenden Fragebogen an, ihr Gesundheitszustand sei gleich geblieben (Urk. 9/41 Ziff. 1.1). Die IV-Stelle tätigte erneute Abklärungen in medizinischer Hinsicht (Urk. 9/43, Urk. 9/45), holte einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 9/42) ein und veranlasste ein psychiatrisches Gutachten, welches am 5. Januar 2009 erstattet und am 14. Januar 2009 ergänzt wurde (Urk. 9/50-51).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/54-56, Urk. 9/61-65, Urk. 9/67-68) hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 25. Juni 2009 (Urk. 9/72 = Urk. 2) die bisherige ganze Rente der Beschwerdeführerin mit Wirkung auf das Ende des auf die Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf, da nurmehr ein Invaliditätsgrad von 31 % vorliege.

### E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit 2005 eindeutig verbessert habe und sie derzeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig sei. Sie qualifizierte die Beschwerdeführerin als voll Erwerbstätige und ermittelte mittels Einkommensvergleichs einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 31 % (S. 3).

In ihrer Duplik (Urk. 17) führte die Beschwerdegegnerin aus, in medizinischer Hinsicht könne auf das psychiatrische Gutachten und die ergänzende Stellungnahme abgestellt werden. Angesichts der remittierten rezidivierenden depressiven Stimmung sei bei analoger Anwendung der von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörung entwickelten Grundsätze auf die Neurasthenie davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die Folgen der diagnostizierten Neurasthenie mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwinden könne, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens korrekterweise zu verneinen sei (S. 1). Sofern dieser Auffassung nicht gefolgt werden könne, sei insbesondere zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin tatsächlich als voll Erwerbstätige einzustufen sei (S. 2).

2.2 Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) im Wesentlichen geltend, der psychiatrische Gutachter habe eine Fehldiagnose gestellt. Er habe seinen Bericht auf ihre äusserliche Erscheinung bezogen und die Tragweite ihres tiefen und lebenslangen Leidens nicht erfasst. Zudem habe er während der Begutachtung vermutlich unter Zeitdruck gestanden (S. 1). Sie habe seit 2001 erstmals eine Invalidenrente bezogen und zu 20 % im Hort gearbeitet. Diese Arbeit habe sie immer wieder an ihre Grenzen gebracht und sie sei auch ständig krank gewesen und habe sich oft überfordert gefühlt. Das ständige Kranksein habe sich erst ab 2007 verbessert, als sie die 20 %-Stelle aufgegeben habe (S. 2 oben)

Replikweise (Urk. 12) rügte die Beschwerdeführerin zusätzlich, dass ihr erst nach Erlass der Renteneinstellung, und damit viel zu spät, berufliche Massnahmen angeboten worden seien, was gegen die Verfahrensgrundsätze verstosse (S. 5 f.). Des Weiteren stellte sie das Vorliegen eines revisionsrelevanten Sachverhalts in Frage und wies in diesem Zusammenhang auf Divergenzen und Widersprüche in den medizinischen Beurteilungen hin, welche geklärt werden müssten (S. 8). Schliesslich wandte sie sich gegen den von der Beschwerdegegnerin durchgeführten Einkommensvergleich (S. 9 f.).

2.3 Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die ganze Rente zu Recht aufgehoben hat.

### E. 3

3.1 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchrelevanten Änderung bildet die Verfügung vom 5. Dezember 2005 (Urk. 9/36 und Urk. 9/38), welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung beruhte (vgl. Erw. 1.4). Die Beschwerdegegnerin stellte damals im Wesentlichen auf folgende medizinische Berichte ab (vgl. Feststellungsblatt vom 11. Oktober 2005, Urk. 9/33):

3.2 Dr. A. \_\_\_\_, FMH Allgemeinmedizin, bei welcher die Beschwerdeführerin seit Januar 2001 in Behandlung stand (vgl. Urk. 9/4 lit. D.1), nannte in ihrem Bericht vom 9. Februar 2005 (Urk. 9/25) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die

Arbeitsunfähigkeit (lit. A):

- CFS (Chronic fatigue syndrome) bei chronisch rezidivierenden fieberhaften Infekten bei Zustand nach EBV-Infektion (Epstein-Barr-Virus-Infektion)

- chronisch rezidivierende Depressionen mit Schlafstörungen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie führte aus, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär (lit. C.1). Im jetzigen Rahmen der Arbeit und des eingeschränkten Privatlebens sei es zu einer besseren Stabilisierung der psychischen Verfassung gekommen. Einzelne Versuche mit mehr Arbeitsstunden seien immer wieder mit Fieberschüben oder Schlaflosigkeit quittiert worden. Ab März 2005 sei nochmals ein Versuch mit sechs zusätzlichen Arbeitsstunden im Hort vorgesehen (lit. D). Bis auf Weiteres sei die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit laufend zu 50 % arbeitsunfähig (lit. B).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Schreiben vom 18. März 2005 (Urk. 9/26) nahm Dr. A. \_\_\_\_ korrigierend Stellung zum Bericht vom 9. Februar 2005. Sie führte aus, die Beschwerdeführerin arbeite seit Februar 2002 im Umfang von 20 %. Dies sei 50 % von dem, was sie vorher geleistet habe. Deshalb habe die Beschwerdeführerin ihr immer erklärt, dass sie zu 50 % arbeite. Was die Fieberschübe und die Depressionen anbelange, so habe sich der Zustand im letzten Jahr zwar etwas stabilisiert. Im Übrigen aber klagte sie nach wie vor über chronische Erschöpfung und rezidivierende Schlafstörungen. Nun habe sich herausgestellt, dass die Beschwerdeführerin nie mehr als 20 % gearbeitet habe. Versuche einer Steigerung Anfang 2002 seien gescheitert. Die Beschwerdeführerin schleppete sich so erschöpft durch ihr jetziges Arbeitsprogramm, so dass an eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht zu denken sei. Seit Herbst 2001 betrage die effektive Arbeitsunfähigkeit 80 %.

3.3 Ä Ä Ä Ä Lic. phil. B. \_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 1. Juni 2005 (Urk. 9/32) aus, seit Dezember 2002 sei der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ungefähr stabil geblieben. Sie kämpfte nach wie vor mit Erschöpfungszuständen. In letzter Zeit hätten die hartnäckigen Erkältungen ab-, die Schlafstörungen und das Kopfweh jedoch zugenommen (Ziff. 1). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit habe sich nichts verändert. Die Beschwerdeführerin könne am Montag und am Dienstag jeweils fünf Stunden als Hortmitarbeiterin arbeiten. Das gleiche Pensum am Mittwoch habe sich als unmöglich erwiesen, nachdem sie dies immer wieder ausprobiert habe. Tatsächlich sei sie noch etwa 20 % arbeitsfähig (Ziff. 2). Zur Zeit sehe er keine Möglichkeit, dass die Beschwerdeführerin mehr arbeiten könne. Sie habe immer eher die Tendenz, sich zu stark zu verausgaben, so dass eine Erholung der Arbeitsfähigkeit nach kurzer Zeit zu einem totalen Zusammenbruch führe, sodass sie gar nicht mehr arbeiten könne (Ziff. 3). Die Beschwerdeführerin habe die Motivation zur Gesundung nicht verloren. Er erachte es weiterhin als möglich, dass sich ihr Zustand verbessere (Ziff. 5).

#### E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Im Zusammenhang mit dem im April 2008 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahren finden sich im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte in den Akten:

4.2 Ä Ä Ä Ä In ihrem Bericht vom 10. Mai 2008 (Urk. 9/43/2-7) diagnostizierte Dr. A. \_\_\_\_ das bekannte CFS bei chronisch rezidivierenden fieberhaften Infekten nach EBV-Infektion

sowie chronische, zeitweise massive, Schlafstörungen. Als ursächlich dafür erachtete sie eine posttraumatische Belastungsstörung bei Alkoholismus des Vaters. Als weitere Diagnosen nannte Dr. A.\_\_\_\_ einen Zustand nach Bulimie sowie rezidivierende depressive Verstimmungen. Betreffend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führte sie aus, dass diese ihre Arbeit per Ende März 2007 wegen Überbelastung aufgegeben habe. Sie unterrichte noch zweimal wöchentlich Yoga. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei sie seit 1. April 2007 zu 90 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.1, Ziff. 2).

Seit der Aufgabe der Anstellung im Kinderhort habe das subjektive Befinden gebessert. Die Beschwerdeführerin habe keine Fieberschübe mehr, nur noch ab und zu banale Erkältungen. Bezüglich der Schlafstörungen sei die Situation wechselnd, je nach Beziehungsproblemen, im allgemeinen jedoch besser. Dementsprechend sei sie auch weniger depressiv. Die Beschwerdeführerin sei überhaupt nicht belastbar (Ziff. 3.3).

Am 4. Juni 2008 berichtete lic. phil. B.\_\_\_\_ (Urk. 9/45). In Bezug auf die Krankheitsanamnese und die Beschwerden verwies er auf seine Berichte vom Dezember 2003 (vgl. Erw. 3.2) und vom Juni 2005 (vgl. Erw. 3.4). Er führte aus, seit die Beschwerdeführerin ihre Stelle als Hortmitarbeiterin aufgegeben habe, seien Anzeichen einer Beruhigung und die Rückkehr zu einer Stabilisierung und Erholung zu beobachten. Wie bei solchen frühen Störungen üblich, brauche dieser Prozess noch mehr Zeit, denn zurzeit falle die Beschwerdeführerin immer wieder ins alte Muster zurück. Es gelte, sie zu unterstützen, indem ihr weiterhin geholfen werde, weder von aussen noch von innen unter Druck zu geraten. In diesem Sinne erachte er die Prognose weiterhin als gut, vorausgesetzt, man lasse der Beschwerdeführerin die Zeit, die sie brauche, um das tiefe Leiden an einem Mangel an erfüllendem und erfülltem Leben (mit der damit verbundenen chronischen Erschöpfung) zu überwinden.

#### **E. 4.4**

Am 5. Januar 2009 erstattete Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/50). Dieses basierte auf den zur Verfügung gestellten Akten (S. 5 ff.), den Angaben der Beschwerdeführerin (S. 3 ff., S. 11 ff.) sowie den im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung vom 29. Dezember 2008 erhobenen Befunden (S. 14 ff., Urk. 9/50/36-46).

Als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. C.\_\_\_\_ eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0), bestehend seit mindestens 2000 (S. 19 oben).

Als psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nannte er eine gegenwärtig remittierte rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.4), bestehend seit 1989, laborchemische Hinweise auf schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1), einen Status nach einer gegenwärtig remittierten Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2), eine Akzentuierung der Persönlichkeit mit selbstunsicheren Zügen sowie einen schädlichen Gebrauch von Tabak (ICD-10 F17.1, S. 19 unten).

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, zum Untersuchungszeitpunkt lasse sich bei der Beschwerdeführerin vor allem ein Klagen über eine gesteigerte Ermüdbarkeit nach Anstrengungen und vor allem ein Klagen über eine körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringsten Anstrengungen feststellen. Die Beschwerdeführerin

berichte weiter über Schlafstörungen, Schwierigkeiten zu entspannen sowie über Spannungskopfschmerzen und weitere Schmerzen. Diagnostisch sei bei der Beschwerdeführerin somit aus psychiatrischer Sicht von einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) auszugehen, was auch mit den Begriffen Erschöpfungssyndrom oder auch ■Chronic fatigue syndrome (CFS)■ bezeichnet werde (S. 22 unten). Insofern könne er die Diagnose CFS, die von Dr. A. \_\_\_ gestellt worden sei, bestätigen. Bei der Stellung der Diagnose Neurasthenie sei zu beachten, dass zum Zeitpunkt der Diagnosestellung keine autonomen oder depressiven Symptome vorliegen, die anhaltend und schwer genug seien, um die Kriterien einer der spezifischeren Störungen in dieser Klassifikation zu erfüllen. Bei der Beschwerdeführerin seien in der Vergangenheit gemäss ihren glaubhaften Angaben immer wieder depressive Phasen aufgetreten, das erste Mal nach der Geburt der Tochter im Jahr 1989. Zum Untersuchungszeitpunkt hätten sich jedoch keine depressiven Symptome feststellen lassen, so dass er diagnostisch von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), bestehend seit 1989, ausgehe (S. 23 oben). Auch die Ergebnisse im Beck Depression Interview (BDI) zeigten, dass bei der Beschwerdeführerin im Untersuchungszeitpunkt keine ausgeprägten depressiven Symptome beständen. Interessanterweise sei bei der Beschwerdeführerin auch keine medikamentöse antidepressive Behandlung erfolgt, was ebenfalls darauf hinweise, dass bei ihr keine ausgeprägte depressive Symptomatik bestehe. Sodann weise auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin gemäss der Schilderung ihres Tagesablaufs durchaus in der Lage sei, diesen zu strukturieren und auch als angenehm erlebten Tätigkeiten nachzugehen, darauf hin, dass bei ihr keine depressive Symptomatik bestehe (S. 23 unten).

Dr. C. \_\_\_ gelangte zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht aktuell aufgrund der Neurasthenie eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl im bisherigen Arbeitsverhältnis als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe. Aus psychiatrischer Sicht sei sie in der Lage, ein volles zeitliches Arbeitspensum bei einer um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit zu absolvieren. Dr. C. \_\_\_ führte weiter aus, die Rekonstruktion des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsfähigkeitseinschränkung erscheine ihm retrospektiv schwierig. Es sei davon auszugehen, dass die Neurastheniesymptomatik der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2000 persistiere, so dass er seit diesem Zeitpunkt von einer kontinuierlichen leichtgradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, maximal im aktuell festgestellten Ausmass, ausgehe. Er habe sehr grosse Mühe, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 80 %, wie sie von Dr. A. \_\_\_ beschrieben worden sei, nachzuvollziehen. Es sei durchaus vorstellbar, dass bei der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des Vorhandenseins von depressiven Phasen eine mittelgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Zum Untersuchungszeitpunkt hätten sich für ihn jedoch keine Hinweise für das Vorhandensein schwerer depressiver Episoden in der Vergangenheit ergeben, zumindest nicht seit dem Jahr 2000, so dass er davon ausgehe, dass zum Zeitpunkt des Vorhandenseins depressiver Phasen von einer höchstens mittelgradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen sei, welche er maximal mit 50 % bis 60 % taxieren würde. Zum aktuellen Zeitpunkt könne er eine solche Einschränkung jedoch nicht feststellen (S. 29 f.).

Bei der Beschwerdeführerin stehe aus psychiatrischer Sicht die Behandlung der Neurasthenie und eine Reintegration in einen Arbeitsprozess im

Vordergrund. Er empfehle ihr die Weiterführung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung (S. 30 unten). Sodann empfehle er der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit als therapeutische Massnahme. Dadurch könne sie ihre dysfunktionale gesteigerte Selbstbeobachtung verändern. Menschen, die keiner Arbeit mehr nachgingen, bekommen kaum Anerkennung und Wertschätzung, wodurch schliesslich ein Gefühl des Nichtmehrgebrauchtwerdens verstärkt würde. Dies sollte bei der Beschwerdeführerin vermieden werden (S. 31 Mitte). Da die Beschwerdeführerin seit zwei Jahren aus dem Arbeitsprozess herausgelöst sei, seien berufliche Massnahmen aus seiner Sicht indiziert (S. 31 unten).

4.4.2.2 Am 14. Januar 2009 nahm Dr. C. Stellung zur Ergänzungsfrage der Beschwerdegegnerin, ob und wenn ja inwiefern eine allfällige Verbesserung des Gesundheitsschadens der Beschwerdeführerin seit 2005 ausgewiesen sei (Urk. 9/51). Dr. C. führte aus, es sei davon auszugehen, dass die Neurasthenieproblematik der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2000 persistiere, so dass er seit diesem Zeitpunkt von einer kontinuierlichen leichtgradigen Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit, maximal im aktuell festgestellten Ausmass (30 % verminderte Leistungsfähigkeit bei vollem Arbeitspensum), ausgehe. Insofern habe sich in Bezug auf die Neurasthenieerkrankung der Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2005 nicht verändert, wobei aus seiner Sicht diese psychiatrische Erkrankung die einzige sei, welche bei der Beschwerdeführerin aktuell zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, vom Ausmass her leichtgradig, führe (S. 1 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann hielt er fest, dass nicht auszuschliessen sei, dass bei der Beschwerdeführerin vom Jahr 2005 bis heute depressive Phasen aufgetreten seien, welche, solange die Symptomatik jeweils bestanden habe, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zusätzlich reduziert hätten. Da sich bei der Beschwerdeführerin jedoch aktuell keinerlei depressive Symptomatik feststellen lasse, könne in Bezug auf die rezidivierende depressive Störung von einer Verbesserung des Gesundheitsschadens seit 2005 ausgegangen werden (S. 2 Mitte).

4.5.1.1 Dr. med. D., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welcher die Beschwerdeführerin seit 27. Mai 2009 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung steht, berichtete am 21. August 2009 (Urk. 3/3). Sie führte aus, im Vordergrund stehe die grosse Energielosigkeit, leichte Erschöpfbarkeit, Schlaflosigkeit und die seit der Adoleszenz bestehenden Schwierigkeiten im Kontakt mit Mitmenschen. Hier drohe die Beschwerdeführerin sich immer wieder selbst zu verlieren. So erlebe sie längere Kontakte zu Mitmenschen als bedrohlich und anschliessende Rückzüge seien für sie absolut lebenswichtig (S. 1 Mitte). Daneben bestehe ein hoher Druck, nach aussen perfekt und unkompliziert zu erscheinen. Dabei komme es zusätzlich zum Beispiel auch in Arbeitssituationen zu Überforderungen, die den Kreislauf von Kontakt haben wollen und anschliessendem notwendigem Rückzug zusätzlich unterhielten (S. 1 unten). Die aktuelle Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrage etwa 20 % (S. 2).

## E. 5

5.1.1.1 Das Gutachten von Dr. C. vom 5. Januar 2009 sowie seine ergänzende Stellungnahme vom 14. Januar 2009 (Erw. 4.4.1-2) sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die medizinischen

Vorakten ebenso wie die geklagten Beschwerden und setzen sich mit diesen und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die gezogenen Schlussfolgerungen sind begründet, weshalb sie alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. Erw. 1.5) erfüllen und für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Da das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vollständig, nachvollziehbar und schlüssig ist, geht sowohl der Einwand der Beschwerdeführerin, wonach eine einmalige Konsultation nicht ausreicht, um ein Gutachten zu erstatten, als auch jener, wonach das Gutachten in qualitativer Hinsicht Mängel aufweise (Urk. 1 S. 1 unten, Urk. 12 S. 8 oben), ins Leere.

5.2 Weder der Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2008 (Erw. 4.2) noch der Bericht von lic. phil. B.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2008 (Erw. 4.3) vermögen den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. C.\_\_\_\_ in Frage zu stellen. Dr. A.\_\_\_\_ und lic. phil. B.\_\_\_\_ sind bereits aufgrund ihrer Fachrichtung beziehungsweise mangels Facharztstitels nicht als kompetent zu erachten, verbindlich zum psychischen Gesundheitszustand und der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin Stellung zu nehmen. Zudem steht die Beschwerdeführerin seit mehreren Jahren in deren Behandlung, weshalb Dr. A.\_\_\_\_ und lic. phil. B.\_\_\_\_ eine besondere Vertrauensstellung zukommt. Dem ist im Rahmen der Würdigung rechtsprechungsgemäss Rechnung zu tragen (vgl. Erw. 1.6). Sodann stützte sich insbesondere Dr. A.\_\_\_\_ massgeblich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und orientierte sich bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung am effektiv von dieser abgebenen Pensum, welches jedoch keine Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zulässt. Dem Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ mangelt es somit an der erforderlichen objektiven, medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung basierend auf einer fachrichtungsentsprechenden Befunderhebung. Dem Bericht von lic. phil. B.\_\_\_\_ sind gar keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu entnehmen.

Des Weiteren legte Dr. C.\_\_\_\_ hinreichend und überzeugend dar, weshalb er die von Dr. A.\_\_\_\_ diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung nicht bestätigen konnte (Urk. 9/50 S. 25 f.). Diese Beurteilung leuchtet nicht zuletzt mit Blick auf die klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, welche für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, voraussetzen (ICD-10, 6., vollständig überarbeitete Auflage 2008, S. 183), ein, erfüllt doch eine allfällige Alkoholsucht des Vaters der Beschwerdeführerin nicht die Anforderungen an eine derartige Situation. Vor diesem Hintergrund ist deshalb auch der Einwand von Dr. A.\_\_\_\_ in ihrem Schreiben vom 25. März 2009 (Urk. 9/65), wonach bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der Beschwerdeführerin die posttraumatische Belastungsstörung, in welcher die Ursache ihrer jetzigen Verfassung liege, mehr betont werden müsse, nicht stichhaltig.

5.3 Auch mit Blick auf den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ (Erw. 4.5) ist keine andere Beurteilung angezeigt. Dieser enthält weder Diagnosen noch psychopathologische Befunde, welche den Schluss auf die von ihr attestierte 20%ige Arbeitsfähigkeit

nachvollziehbar erscheinen lassen würden. Zudem ist die Arbeitsfähigkeitsangabe zu pauschal, wird doch nicht zwischen der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit differenziert.

5.4 Zum Einwand der Beschwerdeführerin, wonach sie an einer Persönlichkeitsstörung leide, welche sie bei der Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit erheblich einschränke (Urk. 1 S. 8 unten), ist festzuhalten, dass Dr. C. nach einer umfassenden Untersuchung der Beschwerdeführerin aus fachpsychiatrischer Sicht das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung verneinte. Als Diagnose nannte er eine Akzentuierung der Persönlichkeit mit selbstunsicheren Zügen, mass dieser indes keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bei. Mit Blick auf die Beweiskraft seines Gutachtens (Erw. 6.1) ist davon auszugehen.

5.5 Dr. C. gelangte zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine seit dem Jahr 2000 bestehende Neurasthenieproblematik persistiere, welche zu einer leichten Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit führe. Insofern habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2005 nicht verändert. Mit Blick auf die rezidivierende depressive Störung sei jedoch seit 2005 von einer Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation auszugehen (Erw. 4.4.2).

Dr. C. legte in nachvollziehbarer und überzeugender Weise dar, dass nicht auszuschliessen sei, dass bei der Beschwerdeführerin von 2005 bis zu ihrer Untersuchung durch ihn depressive, die Arbeitsfähigkeit zusätzlich einschränkende Phasen aufgetreten seien, dass er jedoch im Untersuchungszeitpunkt keinerlei depressive Symptomatik habe feststellen können, weshalb entsprechend von einer gegenwärtig remittierten rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei (Erw. 4.4.1). Während für Dr. A. Anfang 2005 nebst dem von Dr. C. bestätigten und synonym als Neurasthenie bezeichneten CFS zusätzlich die depressive Problematik im Vordergrund stand (vgl. Erw. 3.2), berichtete sie im Mai 2008 von einem verbesserten Zustandsbild, welches dazu führe, dass die Beschwerdeführerin weniger depressiv sei. Diese Einschätzung stützt im Ergebnis die Einschätzung durch Dr. C., wonach sich in Bezug auf die depressive Problematik der Beschwerdeführerin im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache im Jahr 2005 eine Verbesserung eingestellt hat.

In diesem Zusammenhang ist schliesslich auf das Urteil des Bundesgerichts in Sachen V. vom 5. Februar 2007 (I 817/05) hinzuweisen, in welchem festgehalten wurde, dass zur Beurteilung des Vorliegens einer allfälligen Verbesserung des Gesundheitszustands invalidenversicherungsrechtlich einzig erheblich ist, ob und in welchem Mass eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit - und zwar unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie - ausgewiesen ist (Erw. 7.7.2). Mit Blick auf die realistische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. C. ist vorliegend im Vergleich zum Jahr 2005 von einer erheblich geringeren Einschränkung der Erwerbsfähigkeit auszugehen und bereits deshalb eine Verbesserung des Gesundheitszustand als ausgewiesen zu erachten.

Somit ist festzuhalten, dass sich aufgrund der Remission der depressiven Symptomatik der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit 2005 in revisionsrechtlich erheblicher Weise verbessert hat.

5.6 Anzumerken ist, dass erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der Zusprache der ganzen Rente mit Wirkung ab 1. Januar 2005 (vgl. Urk. 9/36 und Urk. 9/38)

bestehen. Es erscheint ausgesprochen fraglich, ob diese Zusprache nicht geradezu zweifellos unrichtig war.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich damals einzig auf zwei Berichte der Haus-Ärztin der Beschwerdeführerin, welche als Allgemeinmedizinerin psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte (vgl. Erw. 3.2), und auf einen Bericht des behandelnden Psychotherapeuten, welcher nicht im Besitze eines Facharztstitels ist (vgl. Erw. 3.3). Dr. A. \_\_\_ und lic. phil. B. \_\_\_ attestierten der Beschwerdeführerin zwar übereinstimmend eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Hortmitarbeiterin, äusserten sich aber nicht zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Die Beschwerdegegnerin unterliess weitere diesbezügliche Abklärungen und schloss aufgrund des Schreibens von Dr. A. \_\_\_ vom 18. März 2005 (Erw. 3.2), in welchem diese ausführte, die Beschwerdeführerin arbeite noch 50 % ihres ehemaligen Pensums von 50 %, ohne Weiteres auf einen Invaliditätsgrad von 75 %. Damit unterliess die Beschwerdegegnerin auch, den gesetzlich vorgesehenen Einkommensvergleich nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis Ende 2007 gültigen Fassung) vorzunehmen. Wie Dr. C. \_\_\_ in seinem psychiatrischen Gutachten vom Januar 2009 sodann zu Recht bemerkte (vgl. Urk. 9/50/22 oben), stellten sowohl Dr. A. \_\_\_ als auch lic. phil. B. \_\_\_ bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin massgeblich auf deren subjektive Angaben ab und schlossen von ihrer effektiven Arbeitstätigkeit auf ihre Arbeitsfähigkeit, ohne dies mittels entsprechenden Befunden nachvollziehbar zu begründen. Ihre Berichte enthalten nicht die erforderliche objektive, medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeitsbeurteilung basierend auf einer fachrichtungsentsprechenden Befunderhebung. An einer solchen mangelt es im übrigen auch in den Schreiben von Dr. med. E. \_\_\_, Innere Medizin FMH, zu Händen der Pensionskasse der Beschwerdeführerin (Urk. 9/28) vom 12. Januar und 8. März 2005.

Damit ist festzuhalten, dass eine revisionsrechtlich erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands ausgewiesen ist und daneben die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin ohnehin mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung infolge ursprünglicher zweifelloser Unrichtigkeit zu schätzen wäre.

## E. 6

6.1 Aus den Akten ergibt sich, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht nicht eingeschränkt ist. Dies ist denn auch nicht strittig. Die Beschwerdeführerin erachtet sich aus psychischen Gründen als arbeitsunfähig.

Der psychiatrische Gutachter Dr. C. \_\_\_ diagnostizierte aufgrund der bei der Beschwerdeführerin im Vordergrund stehenden Ermüdbarkeit, körperlichen Schwäche und Erschöpfung eine Neurasthenie (ICD-10 F48) und erachtete sie sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von 30 % als voll arbeitsfähig (Erw. 4.4.1).

6.2 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. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als

relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

6.3 Gemäss der Rechtsprechung sind die Neurasthenie und das Chronic Fatigue Syndrome (chronisches Müdigkeitssyndrom) eindeutig zu den somatoformen Störungen zu rechnen und gehören in den gleichen Syndromenkomplex wie die Konversionsstörung, Somatisierungsstörung, Schmerzstörung, Hypochondrie u.a.m.. Daher sind die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze (BGE 130 V 352) auf die Neurasthenie analog zur Anwendung zu bringen (Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 14. April 2008, I 70/07, Erw. 5).

Die Annahme einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, und damit auch der Neurasthenie, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung beziehungsweise eine diagnostizierte Neurasthenie als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung beziehungsweise die Neurasthenie oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Beschwerdenbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Beschwerden notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

In Anwendung dieser Kriterien die Frage zu beantworten, ob der Regelfall oder der Ausnahmefall gegeben ist, obliegt grundsätzlich der

Rechtsanwendung. Dies schliesst allerdings nicht aus, sondern setzt geradezu voraus, dass aus medizinischer Sicht die zur Beurteilung einzelner Kriterien dienlichen anamnestischen und befundmässigen Angaben gemacht werden.

6.4 Neben der psychiatrischerseits bestatigten Diagnose einer Neurasthenie besteht bei der Beschwerdeführerin keine ins Gewicht fallende weitere psychische Erkrankung. Dr. C. verneinte insbesondere das Vorliegen einer depressiven Symptomatik und führte aus, dass zwar durchaus vorstellbar sei, dass bei der Beschwerdeführerin in der Vergangenheit depressive Phasen aufgetreten seien, dass jedoch keine Hinweise dafür beständen, dass es sich dabei um schwere depressive Episoden gehandelt habe (Urk. 9/50 S. 29 Mitte). Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist deshalb zu verneinen.

Somit bleiben Intensität und Konstanz der alternativ zum Zuge kommenden weiteren Kriterien zu prüfen.

Nicht ausgewiesen ist ein sozialer Rückzug der Beschwerdeführerin in allen Belangen des Lebens, was nicht zuletzt deutlich aus dem Gutachten von Dr. C. hervorgeht (Urk. 9/50 S. 23 unten). Nicht erkennbar ist sodann auch ein verfestigter, nicht mehr behandelbarer Verlauf einer Konfliktbewältigung, zumal Dr. C. zum Schluss gelangte, dass die Beschwerdeführerin durch die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit ihre dysfunktional gesteigerte Selbstbeobachtung verändern und so ein Gefühl des Nichtmehrgebrauchtwerdens vermieden werden könne (Erw. 4.4.1). Zum Kriterium der chronischen körperlichen Begleiterkrankung ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gemäss Angaben ihrer Hausärztin früher unter chronisch rezidivierenden fieberhaften Infekten gelitten hat (Erw. 3.2). Im Mai 2008 berichtete Dr. A. jedoch, dass solche nicht mehr auftreten würden und die Beschwerdeführerin nur noch ab und zu an banalen Erkältungen leide (Erw. 4.2). Andere körperliche Begleiterkrankungen gehen aus den Akten nicht hervor, weshalb auch dieses Kriterium zu verneinen ist. Was das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) anbelangt, so ist festzuhalten, dass der behandelnde Psychotherapeut im Juni 2008 berichtete, dass Anzeichen einer Beruhigung und die Rückkehr zu einer Stabilisierung und Erholung zu beobachten seien und er die Prognose weiterhin als gut erachte, sofern der Beschwerdeführerin kein Druck auferlegt werde und man ihr die nötige Zeit lasse (Erw. 4.3). Sodann hielt auch Dr. C. zur Behandlung der Neurasthenie eine Weiterführung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung für angezeigt (Urk. 9/50 S. 30 unten), womit auch er davon ausging, dass diesbezüglich eine Verbesserung erzielt werden kann. Damit kann nicht von einem Scheitern der bis anhin konsequent durchgeführten Behandlung die Rede sein. Abgesehen davon gibt es mit Blick auf die Einschätzung von Dr. C., welcher gerade die Rückkehr in die Arbeitstätigkeit als therapeutische Massnahme propagierte, einen weiteren therapeutischen Ansatz, den es - mittels psychotherapeutischer Unterstützung - auszuschöpfen gilt. Zu bejahen ist indes das Kriterium eines mehrjährigen chronifizierten Krankheitsverlaufs mit unveränderter oder progredienter Symptomatik, da die Neurasthenie-Problematik bereits seit dem Jahr 2000 besteht und auch weiterhin andauert.

Die Gesamtwürdigung der bei Fehlen einer psychischen Komorbidität zu beachtenden Kriterien führt zum Schluss, dass lediglich das Kriterium

eines mehrjährigen chronifizierten Krankheitsverlaufs als erfüllt betrachtet werden kann. In ihrer Gesamtheit erlauben die Kriterien deshalb nicht den Schluss, die willentliche Überwindung der Beschwerden sei ausnahmsweise unzumutbar. Damit wäre es der Beschwerdeführerin zumutbar, die n tliche Willensanstrengung aufzubringen und die ihre Leistungsfähigkeit beeinträchtigenden Beschwerden zu überwinden. Insofern kann dem Gutachter Dr. C.\_\_\_\_, der allein aufgrund der Neurasthenie-Symptomatik auf eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit schloss, nicht gefolgt werden. Vielmehr ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ist somit nicht ausgewiesen.

7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 25. Juni 2009 von einem im Vergleich zum Jahr 2005 verbesserten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auszugehen ist und aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr vorliegt, da von der Beschwerdeführerin nach Lage der Akten eine zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung ihrer im Zusammenhang mit der Neurasthenie vorliegenden Beschwerden erwartet werden kann.

8. Damit erbringt sich die Prüfung der Rentenfrage (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen O. vom 24. August 2009, 9C\_340/2009, Erw. 3.5). Sodann ist die Beschwerdegegnerin auch nicht verpflichtet, weitergehende berufliche Massnahmen als die in der angefochtenen Verfügung genannte Prüfung der Arbeitsvermittlung (Urk. 2 S. 3 oben) durchzuführen.

9. Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin erweist sich somit als rechtmassig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

10. Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 23) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführerin ist auf Art. 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Departement Soziales der Stadt Winterthur
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Die Beschwerde gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht 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).

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