

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00185 vom 22. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00185

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00185 du 22 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00185 del 22 maggio 2018

Erwägungen

E. 1.1

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 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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 versicherten Person

eröffnete Mitteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 und 9C_771/2009 vom 11. September 2010 E. 2.2, je mit Hinweisen).

E. 1.2

Im Februar 2016 leitete die IV-Stelle von Amtes wegen ein weiteres Revisionsverfahren ein (Urk. 7/90) und nahm erneut Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor. Sie holte wiederum den Bericht des behandelnden Arztes (Urk. 7/92) sowie einen Auszug aus dem Individuellen Konto der Versicherten (IK-Auszug, Urk. 7/97) ein. Des Weiteren veranlasste die IV-Stelle eine Untersuchung beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD). RAD-Ärztin Dipl.-Med. A.____, Fachärztin für Innere Medizin, sowie RAD-Arzt med. pract. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichteten am 5. Juli 2016 über die durchgeführten Untersuchungen (Urk. 7/95-96). Die am 12. Juli 2016 durchgeführte Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt (Haushaltsabklärung, Urk. 7/98) ergab keine Einschränkung im Haushaltsbereich mehr.

Mit Vorbescheid vom 25. Juli 2016 wurde der Versicherten die Einstellung der Invalidenrente mitgeteilt (Urk. 7/100). Dagegen erhob die Versicherte mit Schreiben vom 5. August 2016 sowie ergänzend am 30. September 2016 Einwand (Urk. 7/103 und Urk. 7/114 inkl. Beilage Urk. 7/111). Die Abklärungsperson nahm dazu am 5. Januar 2017 Stellung (Urk. 7/122). In der Folge verfügte die IV-Stelle am 9. Januar 2017 wie vorbeschrieben die Einstellung der Invalidenrente auf Ende des folgenden Monats und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung (Urk. 2). Zudem verfügte die IV-Stelle am 12. Januar 2017 die Aufhebung der Hilflösenentschädigung (Urk. 7/129).

E. 1.2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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. 1.2.2

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG ,

BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich fest gestellte 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 (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad

bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines rentenbe gründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislustete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

E. 1.3

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. 1.4

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

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher

Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestic Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3). Rechtsprechungsgemäss gibt es keine verbindliche Mindestdauer für eine psychiatrische Exploration, sondern es wird lediglich verlangt, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2).

E. 1.5

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfungsmethoden können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210).

E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinerner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Gegen die Einstellung der Invalidenrente erhob die Versicherte am 9. Februar 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung vom 9. Januar 2017 sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, subeventualiter sei der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen zu prüfen. In prozessualer Hinsicht beantragte sie, der Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen und es sei ihr die unentgeltliche Prozessführung sowie einen unentgeltlichen Rechtsbeistand zu gewähren.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 20. März 2017 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 26. April 2017 (Urk. 8) wurde das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde abgewiesen.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 9. Januar 2017 (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin fest, gemäss RAD-Untersuchung (allgemeinmedizinisch/internistisch und psychiatrisch) vom 16. Juni 2016 (Urk.

7/95 und Urk. 7/96) sowie im Abklärungsbericht betreffend Einschränkungen im Haushaltsbereich vom 25. Juli 2016 (Eingangsdatum; Urk.

7/98) weise die Beschwerdeführerin keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden aus, der eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit im Haushalts- oder Erwerbsbereich begründen würde. Es bestehe eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten. Damit erübrige sich die Vornahme eines Einkommensvergleichs und die Beschwerdeführerin habe keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente.

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 9. Februar 2017 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, seit der Rentenverfügung im Jahr 2014 (Urk. 7/79) sei keine relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten. Der Beschwerdeführerin sei deshalb ab März 2017 weiterhin eine volle Invalidenrente auszurichten. Eventuell sei ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten anzuordnen und eine erneute Haushaltsabklärung vorzunehmen, subeventualiter seien Eingliederungsmassnahmen zu prüfen. In prozessualer Hinsicht beantragte die Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung sowie die Gewährung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin auch über den 28. Februar 2017 hinaus Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer Änderung des Invaliditätsgrads im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. E 1.1) bildet die auf eingehender medizinischer Abklärung fußende Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 20. Januar 2014 (Urk. 7/79), mit welcher der Invaliditätsgrad von 83 % und damit der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente im Rahmen des im Februar 2013 angehobenen amtlichen Revisionsverfahrens bestätigt wurde. Hierbei stützte sich die IV-Stelle im Wesentlichen auf folgende Arztberichte:

E. 3.2

Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, behandelte die Beschwerdeführerin seit Mai 2000, wobei monatliche Konsultationen stattfanden. In seinem Arztbericht vom 23. März 2013 (Urk. 7/65) zu Händen der IV-Stelle diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.3) und berichtete, die Beschwerdeführerin denke formal logisch-kohärent, inhaltlich jedoch depressiv und um ihre Lebensgeschichte kreisend. Mit Ausnahme von Schattensehen und sporadisch Stimmen Hören habe sie keine Wahrnehmungs- und Ich-Störungen. Die Beschwerdeführerin sei freud- und lustlos und weise ausgeprägte Antriebs hemmungen, Kraftlosigkeit, Schlafstörungen und psychosomatische Beschwerden (starke Übelkeit, Fresssucht, Adipositas, Juckreiz) auf. Ihre Mimik sei traurig und ihre Gestik reduziert. Aufgrund des starken Kratzens habe sie Blutkrusten an allen Extremitäten und im Gesicht. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischen Gründen sei die Beschwerdeführerin nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig, wobei es ihr inzwischen auch Mühe bereite, den Haushalt zu führen. Mittlerweile zeige sich ein chronifizierter Krankheitsverlauf und die Prognose sei nicht gut.

E. 3.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, diagnostizierte in seinem Bericht vom 11. Juni 2013 (Eingangsdatum, Urk. 7/68) zu Händen der IV-Stelle eine chronische depressive Verstimmung sowie eine chronische Hepatitis B mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin habe die festgestellte Adipositas sowie Status nach Erysipel linker Unterschenkel. Aufgrund der regelmässigen psychotherapeutischen Behandlung und der antidepressiven Medikation sei eine Verbesserung der chronischen depressiven Verstimmung durchaus möglich. Ungünstig sei jedoch die Kombination der chronischen Depression, Adipositas und weichteilrheumatischen Beschwerden.

E. 3.4

Im Rahmen der von Dr. Z.____ durchgeführten psychiatrischen Begutachtung (Urk. 7/74), über welche am 7. Oktober 2013 berichtet wurde, wurde eine anhaltend mittel- bis schwergradig ausgeprägte depressive Episode mit (anamnestisch diskreten) psychotischen Symptomen im Sinne einer depressiven Entwicklung (ICD-10 F32.11/F32.21) diagnostiziert. Psychopathologisch zeige sich ein gehemmt-depressiver Habitus. Die Grundstimmung sei gedrückt-depressiv, freudlos-ratlos und der Antrieb sei deutlich vermindert, die Mimik und Gestik schwunglos. Die Beschwerdeführerin habe die Aufmerksamkeit für die Dauer des Gesprächs nicht durchgehend aufrechterhalten können.

Psychometrisch bilde sich auf den beiden Fremdbeurteilungsskalen (Hamilton, MADRS) ein mittel- bis schwergradig depressives Syndrom ab und differentialdiagnostisch sei auch eine organisch bedingte depressive Störung, eine bipolar-affektive Störung, eine schizoaffektive Störung oder eine Persönlichkeitsstörung zu erwägen, wobei für die genannten Diagnosen die Kriterien nach ICD-10 nicht erfüllt seien (Urk. 7/74 S. 12).

Der Verlauf der Störung sei gesamthaft bereits deutlich prolongiert, wobei mittlerweile von einem erheblichen Chronifizierungsgrad auszugehen sei. Dies sei auch erkennbar an einer deutlichen Persönlichkeitsnivellierung, die sich durch Gehemmtheit und Passivität, eine resignative Grundhaltung und sozialen Rückzug zeige (Urk. 7/74 S. 13).

Dr. Z. ___ attestierte eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit für jedwede Tätigkeit unter den Bedingungen der freien Wirtschaft. Sinnvoll sei eine stundenweise Tätigkeit in einem geschützten (ruhig, stressarm, emotional nicht belastend, gut strukturierte, nicht monotone, unterstützende Arbeitsatmosphäre) Rahmen, dies im Sinne einer verbesserten Tagesstrukturierung. Berufliche Massnahmen seien zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht erfolgsversprechend und deshalb nicht indiziert (Urk. 7/74 S. 13).

Hinsichtlich der Prognose äusserte Dr. Z. ___, es sei von einem langwierigen Behandlungs- und Heilverlauf auszugehen. Die ambulante Behandlung mit vier- bis sechswöchigen Gesprächsterminen sei kaum ausreichend, um dem Schweregrad der zugrunde liegenden Störung adäquat zu begegnen. Angesichts der Schwere und der Dauer der vorliegenden Erkrankung sei eine stationäre Behandlung zu erwägen. Ausserdem seien die Möglichkeiten einer intensiveren medikamentösen Behandlung unter stationären Bedingungen wesentlich effizienter als unter ambulanten Bedingungen. Alternativ könne auch eine tagesklinische Behandlung, insbesondere zur Verbesserung der Tagesstruktur und Erhaltung und Einübung sozialer Kompetenzen, in Betracht gezogen werden (Urk. 7/74 S. 14).

E. 4.1

Im Rahmen der revisionsweisen Überprüfung der Invalidenrente hielt Dr. C. ___ in seinem Bericht vom 5. März 2016 (Urk. 7/92) zu Händen der IV-Stelle fest, die Beschwerdeführerin leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome mit wiederholten Selbstverstümmelungen (ICD-10 F33.3). Die Beschwerdeführerin habe über eine ständige starke Müdigkeit, Schlafprobleme, tiefe Traurigkeit und Schuldgefühle ihrem Ehemann gegenüber berichtet. Ausserdem habe sie aufgrund des starken Kratzens am ganzen Körper gut sichtbare Wunden. Dr. C. ___ attestierte ihr weiterhin eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit.

E. 4.2

RAD-Ärztin dipl. med. A. ___ berichtete am 5. Juli 2016 (Urk. 7/95), die Beschwerdeführerin besitze ein offenes Wesen, habe gerne Umgang mit Menschen, stricke, nähe und lese gerne und sei vielseitig interessiert. Während der Untersuchung war sie aufgeschlossen, kontaktbereit und zur Mitwirkung jederzeit in der Lage. Dipl. med. A. ___ stellte keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin leide lediglich an einem diskreten Fussekzem, welches jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Beschwerdeführerin weise keine Erkrankung auf, welche zu einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit berechtigen würde. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten entsprechend dem Ausbildungsprofil.

E. 4.3

Während der psychiatrischen Begutachtung stellte RAD-Arzt med. pract. B.____ in seinem Bericht vom 5. Juli 2016 (Urk. 7/96) fest, die Beschwerdeführerin sei freundlich und breitwillig im Kontakt und habe einen flüssigen und zusammen hängenden Gedankengang. Es gebe keinen Anhalt für Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder inhaltliche Denkstörungen sowie Störungen der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses. Sie zeige eine lebhaftige Mimik und Gestik und habe einen guten Antrieb. Während der gesamten dreistündigen Untersuchungszeit sei die Beschwerdeführerin aufmerksam und konzentriert gewesen. Eine erhöhte Ermüdbarkeit habe sich nicht gezeigt. Im Vergleich zum Gesundheitszustand im Jahr 2013 seien nun keine nennenswerten depressiven Symptome mehr erkennbar. Med. pract. B.____ diagnostizierte einen Zustand nach depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4). Psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er keine.

E. 4.4

Dr. D.____ teilte in seinem Bericht vom 2. September 2016 (Urk. 7/111/1), der im Rahmen des Einwandverfahrens nachgereicht wurde, mit, in der hausärztlichen Behandlung würden die somatischen Probleme, insbesondere das chronische Hand- und Fussrückenekzem, im Vordergrund stehen. Diese somatischen Probleme seien jedoch nicht so ausgeprägt, dass daraus schwerwiegende oder lang dauernde Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit resultieren würden. Hinsichtlich der psychiatrischen Behandlung inklusive deren Frequenz und Medikation sei er nicht informiert.

E. 4.5

Die Gynäkologin Dr. med. E.____ berichtete am 9. September 2016 (Urk. 7/111/3), eine gynäkologische Untersuchung sei bei der Beschwerdeführerin aufgrund einer Abwehrspannung wiederholte Male nicht möglich gewesen. Die Einlage einer Spirale zur Antikonzeption sei nur mittels Narkose möglich gewesen. Die Beschwerdeführerin habe einen sexuellen Übergriff erwähnt.

E. 4.6

Ebenfalls im Rahmen des Einwandverfahrens wurde der Bericht von Dr. med. et med. dent. F.____ vom 20. September 2016 (Urk. 7/111/2) nachgereicht. Er äusserte, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine Myoarthropathie des Kauapparates. Man habe sie über die Ätiopathogenese der Erkrankung informiert und Analgetica, autogenes Training, Diät, physio- und physikalische Therapie empfohlen. Ausserdem wurde eine Knirschiene angefertigt.

E. 5.1

Zu prüfen ist, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt, welcher eine Aufhebung der seit 1. Mai 2001 zugesprochenen Invalidenrente per Ende Februar 2017 rechtfertigt.

E. 5.2

Die Bestätigung des Anspruchs auf eine ganze Rente gemäss Mitteilung vom 20. Januar 2014 (Urk. 7/79) basierte im Wesentlichen auf den Facharztberichten von Dr. C.____ (Urk. 7/65), Dr. D.____ (Urk. 7/68) sowie Dr. Z.____ (Urk. 7/74). Es steht aufgrund der Akten fest, damals eine anhaltend mittel- bis schwergradig ausgeprägte depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Sinne einer depressiven Entwicklung (ICD-10

F32.11/F.32.21) zur Bestätigung des Rentenanspruchs führte.

E. 5.3

Die Beschwerdeführerin ging im Rahmen der Rentenaufhebung im Jahr 2016 davon aus, dass der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit mindestens seit der RAD-Untersuchung im Juni 2016 (Urk. 7/96 S. 5) in einem 100%-Pensum zumutbar sei (Urk. 2). Sie stützte sich dabei auf die allgemeinmedizinisch/internistische und die psychiatrische Untersuchung von dipl. med. A.____ respektive med. pract. B.____ vom 16. Juni 2016, über welche am 5. Juli 2016 berichtet wurde (Urk. 7/95-96) und wonach im Vergleich zur Situation im Jahr 2013 keine Diagnosen mehr vorliegen, die aus versicherungsrechtlicher Sicht Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben.

E. 5.4

Die Untersuchungsberichte von dipl. med. A.____ und med. pract. B.____ vermögen die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (vgl. E. 1.5). So tätigten die RAD-Ärzte sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den vorgelegten Vorakten. Sie legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Die RAD-Berichte erweisen sich somit grundsätzlich als beweistauglich. Soweit die Beschwerdeführerin eine ungenügende Dauer der Untersuchung durch med. pract. B.____ rügte (Urk. 1 S. 8), ist dem entgegenzuhalten, dass das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung der Dauer einer psychiatrischen Exploration keinen bedeutenden Stellenwert zumisst, solange die Expertise den praxisgemässen Kriterien entspricht (Urteil des Bundesgerichts 8C_448/2009 vom 27. Juli 2009, E. 2.2 und 8C_485/2010 vom 21. September 2010, E. 2.4.3), was vorliegend der Fall ist.

E. 5.5

In Anbetracht der von dipl. med. A.____ erhobenen Befunde (Urk. 7/95 S. 4f.) erweist sich ihre Beurteilung, aus allgemeinmedizinischer Sicht lasse sich aktuell keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen, als nachvollziehbar. Dies umso mehr, als auch Dr. D.____ äusserte, die somatischen Probleme seien nicht so ausgeprägt, dass daraus schwerwiegende oder langdauernde Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit resultieren würden (Urk. 7/111/1). Weder Dr. D.____ noch die Gynäkologin Dr. E.____ und der Zahnarzt Dr. F.____ attestierten der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/111).

E. 5.6

Angesichts der von med. pract. B.____ festgehaltenen Befunde (Urk. 7/96 S. 3f.) ist seine Einschätzung, aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine Diagnose von Krankheitswert stellen, einleuchtend. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, als die jahrelang unterhalb des therapeutischen Bereichs liegende Medikation und Therapiefrequenz (vgl. Urk. 7/74 S. 14) auf keinen ausgeprägten Leidensdruck hindeuten. Überdies weisen auch die durch die Beschwerdeführerin gepflegten sozialen Beziehungen zu ihrem Ehemann, ihren Kindern und ihren Geschwistern, insbesondere ihrer Schwester, die sie oft in Deutschland besucht, ihre jährlichen Reisen in die Türkei, um Verwandte zu besuchen, (Urk. 7/96 S. 1) sowie ihre vielseitigen Interessen (Lesen, Stricken, Nähen) auf vorhandene persönliche Ressourcen hin. Dementsprechend schlüssig erscheint sodann die

Feststellung von m ed. pract. B.____, zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin habe auch eine erfreuliche neue Ehe beigetragen, in der sie gegenseitigen Respekt erlebe (Urk. 7/96 S. 4). Psychotische Symptome konnte der psychiatrische Facharzt nicht (mehr) feststellen und solche wurden auch nicht bei der Schilderung der Alltagsaktivitäten erwähnt.

E. 5.7

Was die Einschätzung durch den behandelnden Psychiater Dr. C.____ vom 5. März 2016 (Urk. 7/92) betrifft, fällt auf, dass er einen völlig gleichlautenden Arztbericht erstellte wie bereits drei Jahre zuvor (vgl. Arztbericht vom 23. März 2013; Urk. 7/65). Diesbezüglich ist auch auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass, in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten, diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 5.8

Die Beschwerdeführerin monierte ausserdem die Fehlerhaftigkeit der Haushaltsabklärung vom 12. Juli 2016 (Urk. 1 S. 10ff.). So sei beispielsweise die Festlegung der Aufteilung Erwerbs-/Haushaltsbereich (65 %/35 %, Urk. 7/98 S. 3) nicht nachvollziehbar, würde die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall doch 100 % erwerbstätig sein. Ausserdem wohne der Sohn nicht wieder zu Hause, wie von der Beschwerdegegnerin fälschlicherweise angegeben worden sei.

Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit kann offen gelassen werden, in welchem Pensum die Beschwerdeführerin letzten Endes tatsächlich erwerbstätig sein würde. Des Weiteren ist sodann nicht von Belang, ob der Sohn der Beschwerdeführerin tatsächlich bei ihr wohnt oder nicht respektive inwieweit es ihm zuzumuten ist, im Rahmen der Mitwirkung im Haushalt mitzuhelfen, würde doch selbst eine 100%ige Einschränkung im Haushaltsbereich bei einem Anteil von 35 % im Haushaltsbereich zu einem maximalen Invaliditätsgrad von 35 % und damit zu keinem Rentenanspruch mehr führen.

E. 5.9

Demnach ging die Beschwerdegegnerin zu Recht davon aus, dass sich der Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der letzten materiellen Rentenüberprüfung im Jahr 2014 massgeblich verbessert haben, was rechtsprechungsgemäss einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG darstellt.

E. 6.1

Eingliederungsmassnahmen wurden von der Beschwerdegegnerin rudimentär geprüft (Urk. 7/99 S. 6f.) und aufgrund der schlechten Deutschkenntnisse der Beschwerdeführerin als aussichtslos erachtet. Zu prüfen bleibt, ob vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. Januar 2017 (Urk. 2) Eingliederungsmassnahmen hätten durchgeführt werden müssen oder ob der Beschwerdeführerin die Selbsteingliederung auf dem Arbeitsmarkt möglich ist.

E. 6.2

Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzu kehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen). Dieses Gebot der Selbsteingliederung ist Ausdruck des in der ganzen Sozialversicherung

geltenden Grundsatzes der Schadenminderungsspflicht (vgl. BGE 120 V 368 E. 6b, 117 V 275 E. 2b), wobei jedoch von der versicherten Person nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzel falles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungs pflicht geht die Pflicht, die notwendigen Schritte zur Selbsteingliederung zu unternehmen, nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (Urteil des Bundesgerichts 9C_356/2014 vom 14. November 2014 E. 3.1 mit Hinweisen auf Urteile I 116/03 vom 10. November 2003 E. 3.1 und I 145/01 vom 12. September 2001 E. 2b).

E. 6.3.1

Das Bundesgericht geht vom Regelfall aus, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist. Bei Versicherten, die bei der revisions- oder wiedererwägungsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente das 55. Altersjahr vollendet haben oder eine Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren aufweisen, ist – von Ausnahmen abgesehen – eine Selbsteingliederung indessen nicht mehr zumutbar (Urteil 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E. 2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220; 9C_228/2010 E. 3).

Die am 1. Januar 1973 geborene Beschwerdeführerin war im relevanten Zeitpunkt (Vorliegen der RAD-Untersuchungsberichte vom 5. Juli 2016; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3) 43 Jahre alt und hat während rund 15 Jahre eine Rente bezogen. Sie fällt damit grundsätzlich unter die erwähnte Rechtsprechung.

E. 6.3.2

Vor dem Hintergrund der massgeblichen Aktenlage kann allerdings nicht gesagt werden, es falle beim gegebenen medizinisch-theoretischen Zumutbarkeitsprofil auf dem als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt eine Anstellung nur mehr unter erschwerten Bedingungen in Betracht. So ist in erster Linie darauf hinzuweisen, dass das wiedergewonnene Leistungsvermögen in derselben Tätigkeit verwertet werden kann, welche die Beschwerdeführerin bereits vor Eintritt der Invalidität ausgeübt hat. Entsprechend fehlt es bereits aus diesem Grund an einem Eingliederungsbedarf. Ausserdem stellte schon Dr. Z. ___ in seinem Gutachten im Oktober 2013 eine 20%ige Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin fest (Urk. 7/74 S. 13), welche diese jedoch nie ausgeschöpft hat. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit, jedenfalls teilweise, bereits vor der effektiven Rentenaufhebung wiedererlangte und entsprechend bevor die 15 Jahre überschritten wurden. Weiter ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin hobbymässig Handarbeiten ausführt, Kontakte in ihrem Haus pflegt, ihre Schwester in Deutschland regelmässig besucht und zwei- bis dreimal pro Jahr in die Türkei reist, um ihre Verwandten zu besuchen (Urk. 7/95-96). All dies spricht dafür, dass die Beschwerdeführerin über intakte Fähigkeiten verfügt, die sie auch im ihr ohne berufliche Massnahme offenstehenden erwerblichen Bereich nutzen könnte.

Erschwerend wirken sich sicherlich die mangelnden Sprachkenntnisse sowie die minimalen Berufserfahrungen aus. Diese sind primär aber nicht auf den langen Rentenbezug zurückzuführen, sondern in erster Linie darauf, dass die Beschwerdeführerin vor Eintritt ihrer Depressionserkrankung nur wenig Berufserfahrung und gar keine Ausbildung erlangt

hat. Sie ist aber noch relativ jung und mit 45 Jahren nicht schlechter gestellt, als eine frisch immigrierte Frau, ohne Sprachkenntnisse, Ausbildung oder berufliche Erfahrung in der Schweiz. Die ihr angesichts dieser Umstände offenstehenden Tätigkeiten kann die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Einschränkung vollzeitlich ausüben. Die IV-Stelle weist zu Recht darauf hin, dass die ihr offenstehenden, zumutbaren Hilfsarbeiten keinen besonderen Qualifikationen unterliegen. Umstände, die den Zugang zum ausgeglichenen Arbeitsmarkt im Sinne von Art. 16 ATSG (BGE 138 V 457 E. 3.1) ohne vorgängige befähigende Massnahmen ausschliessen oder erheblich erschweren, sind nicht ersichtlich (vgl. auch Urteil 8C_586/2014 vom 22. Dezember 2014 E.8.2 und 9C_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 6.3). Auch aus medizinischer Sicht besteht kein Abklärungsbedarf hinsichtlich allfälliger somatischer Einschränkungen und der damit verbundenen notwendigen Anpassung an den Arbeitsplatz. Die Erschwernis bei der Eingliederung ist nicht auf die Dauer des Rentenbezugs zurückzuführen. Damit ist (ausnahmsweise) eine weitere Prüfung von Eingliederungsmassnahmen vor einer Rentenaufhebung hinfällig.

E. 7.1

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und die Beschwerdeführerin bedürftig ist, ist ihr antragsgemäss (Urk. 1) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und, da auch die Voraussetzungen zur Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters gemäss § 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt sind, in der Person von Rechtsanwalt Abdullah Karakök ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen.

E. 7.2

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind dabei nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, jedoch zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 7.3

Rechtsanwalt Abdullah Karakök machte mit seiner Honorarnote vom 7. Juni 2017 einen Aufwand von 9.75 Stunden und Barauslagen von Fr. 72.10 geltend (Urk. 19). Der geltend gemachte Aufwand erweist sich im Hinblick auf die Bedeutung der Streitsache, den Schwierigkeiten des Prozesses und im Vergleich zu gleichgelagerten Fällen als angemessen. Die Entschädigung ist bei einem gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr. 220.-- auf insgesamt Fr. 2'394.45 (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 9. Februar 2017 wird der Beschwerdeführerin Rechtsanwalt Abdullah Karakök, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt, und es wird ihr die unentgeltliche Prozessführung gewährt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4

GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Abdullah Karakök, Zürich, wird mit Fr. 2'394.45. (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Abdullah Karakök - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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
HurstStadler

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