

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00210 vom 11. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00210

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00210 du 11 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00210 del 11 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

5. Juni 2015 Ergänzungsfragen der IV-Stelle (Urk. 14/142 ; vgl. auch Urk. 14/126-128 , Urk. 14/140). Gestützt darauf stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 28. Juli 2015 in Aussicht, die Rente wegen einer wesentlichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes aufzuheben (Urk. 14/145). Aufgrund der vom Versicherten dagegen erhobenen Einwände (Urk. 14/152, Urk. 14/161) ordnete die IV-Stelle eine psychiatrische Verlaufsbegutachtung in der A.____ an (Urk. 14/174).

Gegen die im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 11. Oktober 2016 (Urk. 14/183) gezogenen Schlussfolgerungen erhob der Versicherte weitere Einwände (Urk. 14/189). Hierzu äusserten sich die A.____-Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 24. Juli 2017 (Urk. 14/209). Am 24. Januar 2018 verfügte die IV-Stelle wie angekündigt die Aufhebung der laufenden Rente (Urk. 2).

E. 1.1

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

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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.

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

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

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 Zusprenkung 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 Aufgabenbereich 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).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 2

0. November 2017 und 22. Februar 2018 festgehalten, dass er psychisch schwer krank und nicht arbeitsfähig sei,

und eine mittel- bis schwergradige depressive Episode diagnostiziert. Damit sei gar eine Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse dokumentiert. Zudem habe Dr. C.____ dargelegt, dass die vom psychiatrischen Gutachter der A.____ gestellten Diagnosen nicht haltbar seien. Bei den Beurteilungen der A.____ handle es sich bloss um andere Beurteilungen des gleichgebliebenen Sachverhalts. Im Übrigen habe die IV-Stelle unberücksichtigt gelassen, dass er bei Erlass der angefochtenen Verfügung 55 Jahre alt gewesen

sei und fast 15 Jahre lang eine Dreiviertelrente der Invalidenversicherung bezogen habe. Deshalb hätte sie vor der Rentenaufhebung Eingliederungsmassnahmen durchführen müssen (Urk. 1 , Urk.

E. 2.1

Die IV-Stelle begründete die Aufhebung der Rente in der angefochtene n Verfügung damit, zwar sei aus

somatischer Sicht keine Änderung eingetreten, indessen habe sich der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht wesentlich verbessert.

Dies habe das von ihr veranlasste, beweiskräftige medizinische Gutachten ergeben. Die divergierenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte führten zu keinem anderen Schluss: Im Bericht des B.____ vom 31. Mai 2017 werde praktisch der gleiche psychosomatische Befund beschrieben wie im Vorbericht vom 8. April 2016. Einzige Ausnahme sei, dass im Bericht aus dem Jahr 2016 die Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und das Gedächtnis deutlich eingeschränkt gewesen seien und eine deutliche Vergesslichkeit beschrieben worden sei, wogegen im Bericht aus dem Jahr 2017 nur noch eine Verlangsamung der genannten Funktion erwähnt worden sei. Dies spreche eher für eine gesundheitliche Verbesserung und nicht für die von diesen Ärzten behauptete Verschlechterung. Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

habe in seinem Bericht vom 20. November 2017 keine neuen medizinischen Fakten beschrieben, mit Ausnahme einer Dekompensation nach Einstellung der IV-Rente. Diese könne aber als psychologisch nicht ungewöhnliche Reaktion auf die Renteneinstellung, die einen

rein psychosozialen Belastungsfaktor darstelle, eingestuft werden. Aus dem Umstand, dass der behandelnde Arzt zu erkennen gegeben habe, dass er die Renteneinstellung als falsch einstufe und dem Beschwerdeführer deshalb helfen wolle, dies zu korrigieren, könne geschlossen werden, dass dieser die Arbeitsfähigkeit eher zu Gunsten seines Patienten beurteile. Die bisherige Tätigkeit als Maschinist sei dem Beschwerdeführer zwar weiterhin nicht zumutbar; hingegen bestehe in einer leidensangepassten, wechselbelastenden, überwiegend sitzenden Tätigkeit ohne wiederholte Rumpffehlhaltungen seit April 2014 eine volle Arbeitsfähigkeit. Ausgehend von einem hypothetischen Valideneinkommen als Maschinist und Glätter im Jahr 2015 von Fr. 71'224.90 und einem gestützt auf statistische Werte ermittelten zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 66'621.50 resultiere bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 4'603.40 ein Invaliditätsgrad von 6%. Gestützt darauf bestehe kein Rentenanspruch mehr. Falls der Beschwerdeführer Arbeitsvermittlung benötige, könne er dies mit einem Zusatzgesuch beantragen (Urk.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber im Wesentlichen geltend, die Voraussetzungen für eine revisionsweise Aufhebung seiner Rente seien nicht erfüllt, da sich sein Gesundheitszustand nicht wesentlich verbessert habe. Die behandelnden Ärzte Dr. C.____ und die Ärzte des B.____

hätten bei ihm keine gesundheitliche Verbesserung feststellen können. Im Gutachten der A.____ vom 9. Juli 2014 sei noch festgehalten worden, dass er in einer leidensangepassten Tätigkeit nur zu 50% arbeitsfähig sei. Im ergänzenden Bericht der A.____ vom 15. Juni 2015 sei dann eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert worden.

Einige Monate danach habe er sich in der psychiatrischen Klinik des D.____ behandeln lassen müssen , wobei diese Ärzte im Gegensatz zu den

A.____ -Gutachten eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert hätten. Inzwischen sei er an Prostatakrebs und Herzbeschwerden erkrankt. Wegen der Operationen an der Wirbelsäule

habe er zudem ständige Schmerzen , welche seine Mobilität an manchen Tagen schwergradig einschränkten . Die Ärzte des B.____ hätten ihm in den Berichten vom 8. März, 8. April und 30. Dezember 2016 , vom 31. Mai 2017

sowie vom 9. März 2018 wegen seiner psychischen und somatischen Beschwerden eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert . Dr. C.____ habe in seinen Berichten vom 19. Dezember 2016,

E. 7

). 3. 3.1

Zeitliche Vergleichsbasis zur Beurteilung der Frage, ob eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, bildet die letzte materielle Beurteilung des Rentenanspruchs mit dem Einspracheentscheid vom 24. März 2004 (Urk. 14/57).

Die später erlassene, den laufenden Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bestätigende Mitteilung vom 4. Dezember 2006 (Urk. 14/74) basiert lediglich auf Berichten von Ärzten somatischer Fachrichtung. Da die Rentenzusprechung hauptsächlich gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____

erfolgt war (Urk. 14/57/2) , hätte im 2006 eingeleiteten Revisionsverfahren zusätzlich mindestens ein psychiatrischer Verlaufsbericht eingeholt werden müssen, was aber unterblieb (Urk. 14/69-73) . Da auf dieser Grundlage keine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder – aufhebung hätte begründet werden können, beruht die Mitteilung nicht auf einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts 9C_52/2016 vom 23. März 2016, E. 3.1 mit Hinweisen). Deshalb ist sie als Referenzzeitpunkt für die Beurteilung einer relevanten gesundheitlichen Änderung nicht geeignet. 3.2

Dem Einspracheentscheid vom 24. März 2004 (Urk. 14/57) lagen hauptsächlich folgende medizinischen Berichte zugrunde

(Urk. 14/ 31, Urk. 14/54-55):

Die Hausärztin Dr. med. E.____ , Allgemeine Medizin FMH, erwähnte in ihrem Bericht vom 3. September 2002 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei radiologisch nachgewiesenen ausgeprägten degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, welches seit 18. Januar 2002 akut sei. In der angestammten Tätigkeit als Maschinist/ Glätter bestehe seit 1. Februar 2002 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ganztag arbeitsfähig (Urk. 14/7 / 1-4).

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des F.____ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 14. Oktober 2002 ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits mit einer möglichen lageabhängigen Reizsymptomatik S1 beidseits , polysegmentalen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) und einer

Übergangsanomalie L5/S1. Laut den Ärzten ergaben sich anlässlich ihrer Untersuchungen vom 3. und 27. September 2002 keine Hinweise für eine kompressive

Radikulopathie bei symmetrischer Kraft und Sensibilität sowie beidseits negativem Lasègue-Test. Aus rheumatologischer Sicht bestehe in einer leichten bis mässiggradigen wechselbelastenden Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 14/13/3-4).

Vom 9. Januar bis 6. Februar 2003 hielt sich der Beschwerdeführer zur Durchführung einer intensiven stationären Physiotherapie in der G.____ auf. Laut Angaben der Ärzte im Abschlussbericht vom 24. Februar 2003 zeigten im April 2002 angefertigte MRI-Bilder eine hochgradige Osteochondrose L2/3 sowie L4/5 sowie eine mediane Diskushernie auf Höhe L2/3 und L4/5 ohne Nervenwurzelkompression. Auf Röntgenbildern der Lendenwirbelsäule vom 15. Februar 2002 sei eine Übergangsanomalie L5/S1 mit dysplastischen

Fazettengelenken sowie einer leichten linkskonvexen LWS-Skoliose zur Darstellung gelangt. Das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom habe sich im Verlauf der stationären Therapie deutlich gebessert.

Bei Klinikaustritt sei der Beschwerdeführer in einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig gewesen (Urk. 14/24/4-6).

Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Beschwerdeführer von Dr. Z.____ am 12. Februar 2004 psychiatrisch begutachtet. Laut der Expertise vom 14. Februar 2004 gab er dem Gutachter an, die Schmerzsituation habe sich nach der Entlassung aus der G.____ schnell wieder verschlechtert. Aktuell habe er vor allem Schmerzen im Rücken mit Ausstrahlung in die Beine. Wegen der Schmerzen sei er sehr nervös, reagiere gereizt und impulsiv und schlafe trotz der Einnahme von Medikamenten schlecht. Er habe keine Lust zu reden und sei am liebsten allein, was seine Beziehungen zu den drei Kindern und zur Ehefrau belastet. Dr. Z.____ beobachtete eine gedrückte Stimmung und hielt fest, während der Untersuchung habe der Beschwerdeführer mehrmals

geweint. Aufgrund der erhobenen Befunde diagnostizierte Dr. Z.____ eine längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung nach körperlicher Erkrankung. Er gelangte zur Beurteilung, die anhaltenden therapieresistenten Schmerzen hätten zu einer psychischen Dekompensation geführt. Die zwischenzeitlich eingeleitete psychotherapeutische Behandlung bei Dr. C.____

inklusive medikamentöse Therapie mit Antidepressiva habe zwar eine leichte Beruhigung gebracht, jedoch keine Veränderung des gesamten Zustandsbildes. Die langdauernde Krankheit und Arbeitsunfähigkeit habe

zu einer prekären finanziellen Situation und sozialen Belastungen in der Familie geführt; die bei der Exploration ebenfalls anwesend gewesene, psychisch angeschlagene Ehefrau habe sich auch in psychiatrische Behandlung begeben müssen. Aus ihrem Verhalten könne auf eine verzweifelte Situation zu Hause geschlossen werden. Der Beschwerdeführer sei depressiv, scheine aber gegenwärtig nicht suizidal zu sein. Die depressive Störung vermindere seine Leistungsfähigkeit auch in Tätigkeiten, welche seinen körperlichen Behinderungen angepasst seien, beträchtlich. Aus psychiatrischer Sicht sei er in leidensangepassten Tätigkeiten zu 50% arbeitsunfähig (Urk. 14/50/3-7). 3.3

3.3.1

Im hier zu beurteilenden Revisionsverfahren holte die IV-Stelle das polydisziplinäre internistische, neurologische, orthopädische und psychiatrische Gutachten der A.____ vom 9. Juli 2014 ein. Die gutachterlichen Untersuchungen erfolgten am 25. und 26. März 2014 (Urk. 14/116/1). Dem Gutachten sind als somatische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine wahrscheinliche koronare Herzkrankheit, eine unbehandelte arterielle Hypertonie sowie eine chronische Lumbago (lumbales Vertebrales Syndrom) nach spinaler lumbaler Sequenztomie L4/5 rechts im April 2011 und ohne ausreichende Anhaltspunkte für einen namhaften residuellen Wurzelkompressionsdefekt zu entnehmen (Urk. 14/116/18, Urk. 14/116/25, Urk. 14/116/36). Die Gutachter hielten fest, angesichts der erhobenen internistischen Befunde sei von einer erheblichen kardiopulmonalen Limitation der Belastbarkeit auszugehen. Der derzeitige klinische Status sei allenfalls mit einer partiellen Arbeitsfähigkeit von rund 50 % in körperlich leichten Tätigkeiten vereinbar. Zu empfehlen sei zunächst aber eine zügige stationäre Aufnahme in einer internistischen Klinik zur Blutdruckeinstellung und Einleitung einer Nikotin- und Alkoholkarenz, Gewichtsreduktion sowie zur Durchführung einer erweiterten kardiologischen und pulmonologischen Diagnostik (Urk. 14/116/34). Aus neurologischer und orthopädischer Sicht habe ein leichtgradiges lumbales Vertebrales Syndrom mit geringgradigem paravertebralem Hartspann und leichtgradig eingeschränkter Beweglichkeit der LWS in alle Richtungen erhoben werden können. Der Lasègue-Test sei negativ ausgefallen, sämtliche Muskeleigenreflexe an Armen und Beinen seien seitengleich mittlebhaft auslösbar gewesen. Relevante radiokuläre Läsionen beziehungsweise Wurzelkompressionen in den Segmenten L5 und S1 könnten aufgrund der Ergebnisse der klinischen Untersuchung und der kernspintomographischen Zusatzuntersuchung ausgeschlossen werden. Die funktionellen Einschränkungen seien im Vergleich zur Spontanmotorik aggravierend

dargeboten worden. In wechselbelastenden, körperlich vorwiegend leichten Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis maximal 10 kg und ohne häufige Rumpfwangshaltungen oder häufiges Bücken sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Insofern bestehe eine weitgehende Übereinstimmung mit den somatischen Vorbeurteilungen (Urk. 14/116/16-18, Urk. 14/116/25-26). Der psychiatrische Teilgutachter Dr. H.____

erhob keine auffälligen psychischen Befunde. Die drei Hauptkriterien einer Depression (deprimierte Stimmung, Antriebsdefizit, Verlust von Interesse und Freude) hätten nicht nachgewiesen werden können. Der beschriebene soziale Rückzug könne Ausdruck eines geringgradigen Interessesverlusts sein. Zudem bestünden Selbstwertprobleme und leichte Schlafstörungen als Nebenkriterien eines depressiven Syndroms. Die aktenkundige depressive Episode habe sich trotz negativer Prognose zurückgebildet und es sei zu einer deutlichen Besserung gekommen. In diagnostischer Hinsicht sei davon auszugehen, dass die Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion weitgehend remittiert sei. Deswegen bestehe aus psychiatrischer Sicht wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Zu vermeiden sei lediglich Nacharbeit (Urk. 14/116/30-33).

Wegen der Empfehlungen des internistischen Teilgutachters liess die IV-Stelle den Beschwerdeführer in der A.____ zusätzlich kardiologisch begutachten. Laut dem kardiologischen Gutachten der A.____ vom 27. April 2015 ergab die vertiefte kardiologische Untersuchung (klinisch, mittels EKG, Echokardiographie und Ergometrie) keine Hinweise für eine strukturelle respektive ischämische Herzkrankheit. Die vom Beschwerdeführer angegebenen und während der Untersuchung beobachteten Episoden von Luftnot, teils verbunden mit thorakalem Druck und Schwitzen, führte die

kardiologische Gutachterin nicht auf eine kardiale Ursache zurück. Aus kardiologischer Sicht attestierte sie dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten (Urk. 14/139/ 11-15).

In der ergänzenden Konsensbeurteilung vom 15. Juni 2015 hielten die A.____-Gutachter unter Berücksichtigung der kardiologischen Begutachtung fest, der Beschwerdeführer sei in einer körperlich leichten, wechselbelastenden oder überwiegend sitzenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Während sich sein somatischer Gesundheitszustand im zeitlichen Verlauf nicht nennenswert geändert habe, liege die von Dr. Z.____ im Jahr 2004 erhobene mittelgradige depressive Episode nicht mehr vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Erkrankung mehr, welche die Arbeitsfähigkeit einschränke. Angesichts des aktuellen Befunds sei von einer objektivierten deutlichen Besserung der psychischen Symptomatik auszugehen. Aufgrund der leitliniengerechten Therapie der psychischen Problematik entspreche diese Entwicklung dem erwarteten Verlauf (Urk. 14/142 /1 ff.). 3.3.2

Auf Empfehlung des behandelnden Psychiaters Dr. C.____ (Urk. 14/154) wurde der Beschwerdeführer vom 21. Oktober bis 12. November 2015 im D.____

erstmalig stationär-psychiatrisch behandelt. Im Austrittsbericht vom 25. November 2015 diagnostizierten die Ärzte eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode, eine anankastische Persönlichkeitsstörung sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bei bekannter Wirbelsäulenveränderung. Weiter hielten sie fest, der Beschwerdeführer sei bei Klinikeintritt stark dysphorisch und affektinkontinent gewesen und habe angegeben, im letzten Jahr einen vermehrten sozialen Rückzug sowie eine Antriebsschwäche bemerkt zu haben. Im August dieses Jahres sei es zu einer Überprüfung seiner Invalidenrente gekommen, was bei ihm zu einer psychischen Dekompensation geführt habe. Seine antidepressive Medikation habe er im März 2015, ohne Kenntnis des behandelnden Psychiaters, in Eigenregie gestoppt, da er keine Wirkung bemerkt habe. In seinem aktuellen Job als Hauswart fühle er sich deutlich unterfordert und leide an mangelnder Tagesstruktur. Die Ärzte bemerkten im Verlauf der Hospitalisation mit multimodalen Therapieansätzen eine deutliche Stimmungsaufhellung und Antriebssteigerung. Die medikamentöse Therapie wurde wieder aufgenommen. Ursächlich für die Zunahme der Symptomatik sei nebst der IV-Überprüfung auch das postoperative Beschwerdebild einer erektilen Dysfunktion, welches behandelbar sei. Die depressiven Symptome seien bei Austritt regredient

gewesen und der Beschwerdeführer habe sich deutlich erholt gefühlt (Urk. 14 /162).

Vom 13. Januar bis 11. März 2016 befand sich der Beschwerdeführer in tagesklinischer Behandlung im B.____. Im Austrittsbericht vom 8. April 2016 wird im Wesentlichen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostiziert. Im Rahmen diverser psychologischer und neuropsychologischer Tests erhoben die Ärzte zu Beginn der Behandlung Werte für eine schwere Depression. Laut ihren Angaben beschrieb sich der Beschwerdeführer im Freiburger Persönlichkeitsinventar als verschlossene Person. Hinsichtlich der kognitiven Leistungsfähigkeit seien die Ergebnisse verschiedener Tests bezüglich Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung und der selektiven Aufmerksamkeit widersprüchlich gewesen.

Der nicht sprachliche Intelligenztest habe einen unterdurchschnittlichen IQ von 65 ergeben. Die Krankheitsverleugnung sei unterdurchschnittlich bis durchschnittlich gewesen, was auf einen bleibenden sekundären Krankheitsgewinn hindeute. Der Beschwerdeführer habe

eine sehr angepasste und rigide Persönlichkeit und sei bei der Arbeit als Bodenleger bemüht gewesen, alles schnell, richtig und korrekt zu machen. Dadurch habe er seine körperlichen Grenzen überschritten, es sei zu massiven LWS-Beschwerden gekommen und er habe seine Arbeit nicht mehr ausüben können. Er habe Mühe, adäquat mit seinen Schmerzen umzugehen und eigene Bedürfnisse wahrzunehmen. Durch die fehlende Struktur und Aufgabe im Leben sei er innerlich immer unruhiger geworden und der Kontakt mit der Aussenwelt sei für ihn immer schwieriger geworden.

Er

habe motiviert am Therapieprogramm teilgenommen, habe aber mit unveränderter Depression und weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig aus der tagesklinischen Rehabilitation behandelt werden müssen. Zu empfehlen seien eine Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung und die Teilnahme an einer Gruppentherapie einmal wöchentlich (Urk. 14/170; vgl. auch Urk. 14/168).

3.3.3

Im Auftrag der IV-Stelle untersuchte der psychiatrische Gutachter der A.____

Dr. H.____ den Beschwerdeführer am 1. Juli 2016 erneut und erstellte das Verlaufsgutachten vom 11. Oktober 2016. Wie der Expertise entnommen werden kann, gab der Beschwerdeführer an, dass sich seine Lumbalgien verschlechtert hätten und zusätzlich Schmerzen in den Händen und in der rechten Schulter aufgetreten seien. Wegen der fortdauernden Erwerbslosigkeit hätten sich seine psychischen Probleme verstärkt; er meide den Kontakt zu anderen Menschen, lebe zurückgezogen, habe Selbstwertprobleme und reagiere gereizt. Aktuell werde er etwa zwei Mal monatlich von seinem Psychiater und Psychotherapeuten behandelt (Urk. 14/183/2-4).

Laut Dr. H.____ liessen sich bei der AMDP-konformen Befunderhebung keine depressiven Kardinalkriterien (niedergeschlagene Stimmung, Antriebsverlust, Interessen- und Freudverlust) nachweisen. Im Vordergrund stünden ein Selbstwertdefizit mit Kränkungsgefühlen und Scham wegen der Erwerbslosigkeit, eine dysphorisch-gereizte Stimmungslage sowie Zukunftsängste. Die Alltagsaktivitäten (Nebentätigkeit als Hauswart im Rahmen eines Pensums von 10-20%, Urlaube in der Heimat, Spaziergänge) sprächen gegen eine wesentliche Beeinträchtigung von Aktivitäten und Interessen. Der dokumentierte Verlauf weise keine abgrenzbaren depressiven Episoden aus; dies spreche gegen die von den behandelnden Ärzten gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Erkrankung. In diagnostischer Hinsicht sei am ehesten von einer mittlerweile chronifizierten Anpassungsstörung auszugehen, zumal der vorgegebene Zeitrahmen für Anpassungsstörungen von maximal zwei Jahren deutlich überschritten sei. Vor allem bei der teilstationären Behandlung sei die Tendenz zur Beschwerdeverdeutlichung unzureichend berücksichtigt worden. Die dort erfolgte neuropsychologische Diagnostik habe Hinweise für einen sekundären Krankheitsgewinn und für eine Antwortverzerrung ergeben. Der ermittelte IQ von 65 stehe in deutlichem Kontrast zur abgeschlossenen Schul- und Berufsausbildung, zu den sprachlichen und sozialen Fähigkeiten und zum Eindruck bei der gutachterlichen Untersuchung. Diese deutlichen Inkonsistenzen unterminierten die diagnostische Einschätzung im Austrittsbericht der Tagesklinik. Ein weiteres Indiz für eine Verdeutlichungsneigung sei die Diskrepanz zwischen dem strahlenden Beschwerdeschilderung und geringer Beeinträchtigung anlässlich der Exploration. Das kräftige Erscheinungsbild des Beschwerdeführers und die Beschwellung seiner Hände

sprächen gegen die geltend gemachte körperliche Inaktivität. Die Beschwerden hätten in der Gegenübertragung auch keine namhafte Betroffenheit beim Gutachter ausgelöst.

Offenbar bestehe auch nur eine vordergründige Behandlungsmotivation, der Beschwerdeführer habe sein Antidepressivum im März 2015 eigenhändig abgesetzt und nehme auch nicht an der zuletzt empfohlenen Gruppentherapie teil. Da die angegebenen Beschwerden, soweit sie keine organische Grundlage hätten, wegen Inkonsistenzen kritisch zu hinterfragen seien

und eine quälende Schmerzsymptomatik klinisch nicht evident sei, könne keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden. Hierfür mangle es auch an einem ungelösten seelischen Konflikt. Die in den Vorberichten gestellte Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung könne nicht nachvollzogen werden. Es sei nicht erkennbar, dass die leistungsbezogene rigide Grundhaltung des Beschwerdeführers seit der Kindheit und Jugend zu Leidensdruck und mangelnder Anpassung in sozialen und beruflichen Situationen geführt habe (Urk. 14/183/2-4,

Urk. 14/183/23-26) . Mangels wesentlicher Veränderung des Gesundheitszustandes seit der letzten psychiatrischen Begutachtung am 25. März 2014 sei nach wie vor von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen

(Urk. 14/183/33-34).

Am 30. Dezember 2016 nahmen die Ärzte des B.____ zum Gutachten vom 11. Oktober 2016 von Dr. H.____ Stellung. Sie hielten an ihrer Diagnose einer gegenwärtig mittelgradig depressiven Episode fest und auch an der attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Zu den vom Gutachter erwähnten

Inkonsistenzen und zur Verdeutlichungstendenz

führten sie aus, der tiefe IQ-Wert sei depressionsbedingt. Der Beschwerdeführer sei nicht nur vordergründig motiviert eine Therapie zu absolvieren; die Gruppentherapie besuche er nicht mehr, da diese bloss eine beschränkte Zeit von 8 Wochen gedauert habe . Insgesamt sei das Gutachten von der Diagnosestellung her falsch – eine Anpassungsstörung könne längstens zwei Jahre dauern - , oberflächlich und unvollständig. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Testungen seien schlichtweg ignoriert worden (Urk. 14/160/3-6 ; vgl. auch Urk.

E. 8

).

Am 31. Mai 2017 berichteten die Ärzte des B.____ über die bei ihnen durchgeführte interdisziplinäre Schmerzbehandlung. Nebst der mittelgradigen depressiven Episode diagnostizierten sie aus psychiatrischer Sicht neu eine anankastische Persönlichkeitsstörung. In somatischer Hinsicht diagnostizierten sie ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits mit leichten bis mässigen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule, einer Protrusion des Rest-Discus auf Höhe L4/L5 mit deutlicher Tangierung der absteigenden Nervenwurzeln L5 beidseits rezessal

sowie mit einer lumbosakralen Übergangsvariante mit linksseitiger beginnender Sakralisation von LWK5 und Neoarthrose-Bildung links. Als weitere somatische Diagnose erwähnten sie ein zervikozephalisches Syndrom mit mässig gradigen Segmentdegenerationen der Halswirbelsäule (Urk. 14/213/1). Die klinisch-neurologische Untersuchung ergab einen

positiven Lasègue -Test bei 30°, eine Dysästhesie im Dermatom L5 sowie eine Parese des Fuss senker s . Zudem seien die Achilles- und Patellarsehnenr eflexe nur abgeschwächt auslösbar gewesen (Urk. 14/213/8). Dem Bericht ist zu entnehmen, dass die Ärzte die vom Beschwer deführer geklagten radikulären Schmerzausstrahlungen rechts auf die bildgebend am 7. April 2016 zur Darstellung gelangte Diskusprotrusion mit deutlicher Tan gierung der Nervenwurzel L5 beidseits zurückführten. Die am 7. April 2016 radio logisch festgestellte lumbosakrale Übergangsvariante mit Ne o ar th rosen bil dung

links sei wohl für die pseudoradikulären linksseitigen Ausstrahlungen verant wort lich (Urk. 14/213/1-4) . Wegen der depressiven Symptomatik und der einge schrän kten Kognition (Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Ge däch t ni s) bestehe auch in einer leiden sangepassten Tätigkeit eine 90%ige Arbeits unfähig keit. Die Kriterien, welche auf Aggravation oder Simulation hinweisen würden, seien nicht erfüllt (Urk. 14/213/8-11).

Im Bericht vom 20. November 2017 wies

der behandelnde Psychiater Dr. C.____

darauf hin , dass er die Aufhebung der Invalidenrente des Beschwerdeführers ni cht richtig finde und dem Beschwerdeführer helfen wolle, dieses Unrecht zu korri gieren. Der Beschwerdeführer werde aktuell weiter von ihm ambulant behandelt. Die Symptomatik habe sich nicht gebessert, so dass gegenwärtig von einer mittel gradigen bis schweren depressiven Episode ausgegangen werden müsse. Deshalb sei seine Arbeitsfähigkeit sehr stark beeinträchtigt; auch in einer physisch und psychisch leichteren Arbeit könne er höchstens ein Beschäftigungspensum von 30 % bewältigen (Urk. 14/224 ; vgl. auch Urk. 3/8 und Urk. 14/160/1-2).

Am 20. Dezember 2017 nahm der psychiatrische Gutachter Dr. H.____ zu r Kritik der behandelnden Psychiater Stellung. Er hielt fest, mangels einer ausreichenden echtzeitlichen Dokumentation der von den behandelnden Psychiatern erhobenen Befunde könne er deren Beurteilungen nicht hinreichend überprüfen. Da seit der letzten Begutachtung bei ihm mehr als ein Jahr vergangen sei, empfehle er der IV-Stelle, ihm den Beschwerdeführer zur Durchführung einer psychiatrischen und neuropsychologischen Verlaufsbeurteilung vorzustellen (Urk. 14/229; vgl. auch Urk. 14/209). 4. 4.1

Der Einschätzung der IV-Stelle, dass sich der somatische Gesundheitszustand im Vergleichszeitraum nicht namhaft verändert habe, kann nicht ohne Weiteres beige pflichtet werden.

Die behandelnden Ärzte hatten

in den Jahren 2002 und 2003 im Bereich der Lendenwirbelsäule degenerative Veränderungen ohne klinische oder radiolo gi sche Hinweise auf eine Nervenwurzelkompression erhoben (zum Beispiel nega tiver Lasègue -Test; vgl. vorstehend E. 3.2).

Zwischenzeitlich war im April 2011 eine spinale lumbale Sequestrektomie L4/5 rechts durchgeführt worden. Die neurologischen

und orthopädischen Gutachter der A.____ hatten in der Expertise vom 9. Juli 2014 festgehalten, dass der Lasègue -Test negativ ausgefallen sei , sämt liche Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar gewesen seien und relevante radikuläre Läsionen

beziehungsweise Wurzelkompressionen in den Segmenten L5 und S1 aufgrund der Ergebnisse der klinischen Untersuchung und der kernspintomographischen Zusatzuntersuchung 2. April 2014

hätten

ausgeschlossen werden können (Urk. 14/116/16 -26).

Aus dem Bericht der Ärzte des B.____ vom 31. Mai 2017 über die interdisziplinäre Schmerzbehandlung ergibt sich nun aber, dass eine bildgebende Untersuchung vom 7. April 2016 eine Protrusion des Rest-Discus auf Höhe L4/L5 mit deutlicher Tangierung der absteigenden Nervenwurzeln L5 beidseits rezessal zur Darstellung brachte. Des Weiteren erhoben die Ärzte klinisch-neurologisch unter anderem einen positiven Lasègue-Test bei 30° sowie nur eingeschränkt auslösbar e Achilles - und Patellarsehnenreflexe (Urk. 14/213/8). Ebenfalls neu wird im Bericht vom 31. Mai 2017 ein zervikozepales Syndrom mit mässiggradigen Segmentdegenerationen der Halswirbelsäule diagnostiziert.

Aufgrund dieser Aktenlage

kann nicht ausgeschlossen werden, dass die vom B.____ radiologisch

und klinisch

gefassten neuen Befunde

zusätzliche Beeinträchtigungen

und eine weitere qualitative und/oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben ;

die Ärzte des

B.____

attestierten dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht denn auch eine hochgradige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 14/213/10-

E. 11

), und der Beschwerdeführer gab Dr. H.____ am 1. Juli 2016 an, dass sich seine Lumbalgien verschlechtert hätten (Urk. 14/183/2-4). 4.2

Hinsichtlich der psychischen Symptomatik fällt auf, dass die behandelnden Psychiater des B.____ und Dr. C.____ der Beurteilung des psychiatrischen A.____-Gutachters Dr. H.____, dass keine relevante depressive Symptomatik mehr vorliege und beim Beschwerdeführer Verdeutlichungstendenzen, ein inkonsistentes Verhalten und eine ungenügende Behandlungsmotivation bestünden (Urk.

E. 14

/183/2-4, Urk. 14/183/23-26), in ihren Stellungnahmen vom 30. Dezember 2016 (Urk. 14/160/3-6) und vom 20. November 2017 (Urk. 14/224)

vehement widersprechen.

Von der Einschätzung von Dr. H.____, dass aufgrund des dokumentierten Verlaufs keine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert werden könne, weicht auch die Beurteilung im Bericht des D.____ vom 25. November 2015 ab (Urk. 14/162).

Damit ist das vom Beschwerdeführer gezeichnete Bild in den Akten äusserst widersprüchlich.

Namentlich die Kritik der B.____-Ärzte kann nicht ohne Weiteres widerlegt werden, da diese Ärzte im Gegensatz zu Dr. H.____ eine ausführliche neuropsychologische Testung durchgeführt haben. Zudem haben sie zahlreiche Kriterien, welche auf Aggravation oder Simulation hinweisen, überprüft und diese im Gegensatz zu Dr. H.____ nicht als erfüllt betrachtet (Urk. 14/213/11).

Die vorerwähnten Hinweise auf eine deutliche Tangierung der Nervenwurzeln im Segment L5 im radiologischen Befund vom 7. April 2016 lassen die von Dr. H.____

aufgrund seiner Beobachtungen am 1. Juli 2016 – ohne Kenntnis dieses neuen Befunds – vermutete Verdeutlichungsneigung in einem anderen Licht erscheinen. In seiner späteren Stellungnahme vom 20. Dezember 2017 widersprach Dr. H.____ der Beurteilung der B.____-Ärzte denn auch nicht kategorisch und empfahl wegen der seit seiner letzten Begutachtung abgelaufenen Zeit eine Verlaufsbeurteilung mit einer neuropsychologischen Zusatzuntersuchung (Urk. 14/229). Von Bedeutung ist auch, dass die Nachvollziehbarkeit der in den psychiatrischen (Teil-)Gutachten von Dr. H.____ vom 9. Juli 2014 respektive vom 11. Oktober 2016

postulierten deutlichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes dadurch geschmälert wird, dass dieser Arzt die Befunde des Vorgutachters Dr. Z.____, welche im Revisionsverfahren die Vergleichsbasis bilden, bloss äusserst knapp würdigte (Urk. 14/116/30-34, Urk. 14/183/33-34).

Auf dieser Grundlage kann nicht ausgeschlossen werden, dass der psychische Gesundheitszustand entgegen der Beurteilung von Dr. H.____ nicht wesentlich gebessert hat und/oder dass nach seiner Verlaufsbeurteilung vom 11. Oktober 2016 erneut eine Verschlechterung eingetreten ist. Dies scheint auch er selbst nicht auszuschliessen, denn in den Stellungnahmen vom 24. Juli und 20. Dezember 2017 erachteten er und der mitunterzeichnende weitere Experte und Leiter der A.____-Begutachtung, Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie FMH, eine Verlaufsbeurteilung für angezeigt (Urk. 14/209, Urk. 14/229). 4.3

Demnach

bestehen Hinweise dafür, dass sowohl die somatischen als auch die psychiatrischen A.____-Beurteilungen bei Erlass der angefochtenen Verfügung nicht (mehr) der aktuellen Befundlage entsprechen. Gleichzeitig schliesst die widersprüchliche Aktenlage in Verbindung mit der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte 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), ein Abstellen auf die Berichte des

B.____ und von Dr. C.____ aus. Dabei beabsichtigt letzterer erklärermassen, dem Beschwerdeführer beim Wiederlangen der Rente helfen zu wollen. Damit besteht weiterer Abklärungsbedarf. Die Sache ist an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie bei einer anderen Gutachtenstelle ein polydisziplinäres (internistisches, neurologisches, orthopädisches und psychiatrisches) Gutachten (einschliesslich einer neuropsychologischen Untersuchung zur Überprüfung der von den B.____-Ärzten erhobenen Befunden) einhole. Die beauftragten Gutachter werden sich eingehend mit den divergierenden Beurteilungen

der A.____ auf der einen Seite und des B.____ und von Dr. C.____ auf der anderen Seite auseinanderzusetzen haben. Ebenso werden sie sorgfältig zu prüfen und zu begründen haben, ob und bejahendenfalls inwiefern im Vergleich zu den in E. 3.2 aufgeführten medizinischen Befunden aus den Jahren 2002 bis 2004 eine erhebliche Veränderung des somatischen und psychischen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

Bei diesem Ausgang kann hier offen bleiben, ob die IV-Stelle vor der Renten aufhebung wegen des fortgeschrittenen Alters des Beschwerdeführers die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen hätte prüfen müssen. 4.4

Der Beschwerdeführer beantragt für den Fall einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur weiteren Sachverhaltsabklärung die Wiederaufnahme der Zahlung der Dreiviertelrente (Urk. 1 S. 1). Diese wurde wegen des mit der angefochtenen Verfügung angeordneten Entzugs der aufschiebenden Wirkung einer Beschwerde auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats eingestellt (Urk. 2 S. 3). Das Bundesgericht hat wiederholt entschieden, dass der mit der revisionsweise verfügten Aufhebung einer Rente verbundene Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde bei Rückweisung der Sache an die Verwaltung auch für den Zeitraum dieses Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verfügungsverfügung

andauert (vgl. BGE 129 V 370 mit weiteren Hinweisen). Der im Widerspruch zur klaren Rechtslage stehende Antrag des Beschwerdeführers ist folglich abzuweisen. 5.

5.1

Ausgangsgemäss gehen die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- zulasten der unterliegenden IV-Stelle (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 5.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird der Anspruch auf Ersatz der Parteikosten ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'600.-- zuzusprechen (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 24. Januar 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber FehrKlemmt

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