

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00477 vom 19. Februar 2002

ZH Sozialversicherungsgericht, 2002-02-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00477

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00477 du 19 février 2002

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00477 del 19 febbraio 2002

Erwägungen

E. 1.1

): - generalisierte Angststörung (F41.1) - rezidivierende depressive Störung (F33.3) - gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen - chronische Suizidgedanken - posttraumatische Belastungsstörung (F43.1 nach Tod der Tochter an Leber- und Nierenkrebs im Jahre 1991) - Xanax -Abhängigkeit (F13.2) - Tramactil -Abhängigkeit (F11.2) - generalisierte Schmerzstörung - chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Gonarthrose links, Erstdiagnose (ED) 2009

Die Behandlung habe vom 16. Januar 2012 bis 18. Juni 2013 stattgefunden sowie seit 11. Mai 2016 (Ziff. 1.2) . Nach dem Tod der Tochter im Jahr 1991 habe die Beschwerdeführerin an einen erweiterten Suizid gedacht. Seit Jahren sei keine psychische Verbesserung eingetreten. Die Beschwerdeführerin habe chronische Suizidgedanken (Sprung aus der Höhe), bislang habe es aber keinen Suizid versucht gegeben. Die erneute Anmeldung in ihrer Praxis sei erfolgt wegen Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit aufgrund der persistierenden psychischen Beschwerden und medikamentöser Wirkungslosigkeit. Die Beschwerdeführerin habe Angstträume und Panikattacken tagsüber und nachts. Sie habe die permanente Befürchtung, dass etwas Schlimmes passieren könnte in verschiedenen Themenbereichen. Es lägen ein Globusgefühl, ein retrosternales Druckgefühl und Schreckhaftigkeit vor. Sie wache morgens mit schmerzhaft verkrampften Händen auf. Es bestehe eine Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörung. Formale Denkstörungen zeigten sich darin, dass die Beschwerdeführerin gehemmt, verlangsamt, umständlich, eingeengt und perseverierend sei. Es zeigten sich Grübeln, Vorbeireden, Misstrauen und Phobien. Festzustellen seien Beeinträchtigungen wie Verfolgungswahn, Stimmenhören, optische und gustatorische Halluzinationen sowie Körperhalluzinationen. Es liege eine Ich-Störung in Form von Depersonalisation vor, sowie eine Störung der Affektivität: Die Beschwerdeführerin sei ratlos, stark deprimiert, hoffnungslos, weinerlich, stark bedrückt, ängstlich, gereizt, klagend, jammerig, ambivalent, affektlabil, habe eine Störung der Vitalgefühle, starke innere Unruhe, hohe innere Anspannung bis zu Zitteranfällen, starke Insuffizienz- und Schuldgefühle sowie Parathymie. Sie sei antriebsarm und motorisch unruhig. Die Stimmung sei morgens schlechter, abends besser. Es seien ein starker sozialer Rückzug und ein Libidoverlust erfolgt. Die Beschwerdeführerin habe chronische Suizidgedanken (Ziff.

E. 1.2

Nach Eingang eines am 10.

Juli

2015 ausgefüllten Revisionsfragebogens (Urk. 9/ 54) holte die IV-Stelle unter anderem beim Y. ___ ein bidisziplinäres Gutachten ein, das am 9. Februar 2017 erstattet wurde (Urk. 9/83).

Nach am 6. Juni 2017 er gangenem Vorbescheid (Urk. 85) machte die Versicherte unter anderem geltend, es seien keine Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden (Urk. 9 /98 S. 2). Am 30. Januar 2018 teilte die IV-Stelle mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 111).

Mit Verfügung vom 16. April 2018 setzte die IV-Stelle die Rente auf eine halbe Rente ab 1. Juni 2018 herab (Urk. 2 = Urk. 9/119-120).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hin sichtlich 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 Hin weisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

E. 1.4

am Ende).

Die bisherige körperlich belastende Tätigkeit als Raumpflegerin sei aufgrund der körperlich multiplen Schmerzen mit geringer Belastungsfähigkeit

nicht möglich . Die geistigen und psychischen Beschwerden seien in ihrer Summe an jeglichem Arbeitsplatz hinderlich. In der Belastbarkeit, Einsatzfähigkeit, Leistungsfähigkeit und Flexibilität sei die Beschwerdeführerin stark eingeschränkt. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei nicht möglich (Ziff.

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.6

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheits schädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E.

2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E.

4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden 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 an diesem Nachweis, hat die materiell beweispflichtige versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 2.

E. 1.7

).

4.4

Dr. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Federführung), sowie Dr. med. J.____, Facharzt für Rheumatologie, erstatteten ihr Y.____-Gutachten vom 9. Februar 2017 (Urk. 9/83) nach Studium der Akten, eigenen persönlichen Befragungen und klinischen Untersuchungen so wie Beurteilungen in den Fachgebieten Psychiatrie und Rheumatologie. Sie stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11): - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, in einem rezidivierenden Verlauf (F33.11). - Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom (F13.2), iatrogen - generalisiertes myofaszielles Schmerzsyndrom (Differentialdiagnose Fibro myalgiesyndrom) - chronifiziertes

zervikospodylogenes Schmerzsyndrom mit/bei Status nach Diskektomie und Entfernung dorsaler Osteophyten sowie Stabilisierung mit Cage-Implantation C5/6 am 23. Oktober 2003 infolge einer Diskushernie und Retrospondylose C5/6 und Status nach ventraler Fusion C4/5 mit Cage-Implantation am 13. September 2011 und leichtgradiger segmentaler Instabilität auf dem Anschlusssegment C6/7 - chronifiziertes

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei Osteochondrose zwischen dem 5. Lendenwirbel und dem Kreuzbein (L5/S1) mit Diskushernie median bis rezessal L5/S1 ohne Zeichen einer neuralen Kompression, rezessal links gelegener Diskushernie L3/4 ohne klinische Zeichen einer radikulären Kompression und Spondylarthrosen auf den Segmenten L3 - L5

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine muskuläre Haltungsinsuffizienz und ein iatrogenes Opioidabhängigkeitssyndrom F11.2 (S. 11 unten).

Bei der Beschwerdeführerin lägen Erkrankungen von sozial-medizinischer Relevanz sowohl auf dem psychiatrischen als auch auf dem rheumatologischen Gebiet vor. Die aktuell beklagten Beschwerden in Form von reduzierter Belastbarkeit und Ausdauer mit Erschöpfung und Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Energiemangel sowie reduziertem Selbstvertrauen und einer chronischen Ängstlichkeit und Besorgtheit ließen sich im psychischen Befund objektivieren. Hier imponierten ein erhöhter Leidensdruck, eine Antriebsminderung und

eine eingeschränkte affektive Modulationsfähigkeit und depressive Stimmungslage mit Beeinträchtigung der Grundbedürfnisse. Die Beschwerdeführerin zeige eine psychomotorische Verlangsamung, auch Störungen bezüglich Konzentration und Aufmerksamkeit könnten objektiviert werden. Es liege eine manifeste depressive Symptomatik mit Krankheitswert nach Kriterien des ICD-10 im Sinne einer mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom im rezidivierenden Verlauf vor (S. 12 oben). Die Diagnose einer Somatisierungsstörung nach Kriterien von ICD-10 lasse sich aus psychiatrischer Sicht nicht ableiten (S. 13 oben).

Im Vergleich zum Zustand 2010 zeige sich eine Verbesserung der affektiven Störung (Depression) in Bezug auf den aktuellen Schweregrad der Erkrankung (mittelgradig). Die Beschwerdeführerin habe seit 2010 keine stationäre psychiatrische Behandlung mehr benötigt und von 2013 bis zum 11. Mai 2016 habe auch keine ambulante psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung stattgefunden.

Im Rahmen der aktuellen Untersuchung sei auch ein Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom (iatrogen) diagnostiziert worden, das als assoziierte Komorbidität zur depressiven Erkrankung zu verstehen sei. Erschwert bleibe die Trennung der im Rahmen der

depressiven Störung festzustellenden Symptomatik von psychischen Symptomen bei Benzodiazepin-Abhängigkeit, die sich auf die Affektivität und Kognition mit psychischer Leistungsminderung auswirke und sich auch in Stimmungsschwankungen, ängstlicher Spannung und Unruhe, Interessensverlust sowie

Vergesslichkeit und in einem gestörten Vitalitätsgefühl zeigen könne (S. 12 Mitte).

Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führten sie aus, es bestehe von 2010 bis August 2016 eine Dokumentationslücke, die eine retrospektive Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in diesem Zeitraum verunmögliche. Im Bericht vom 2. August 2016 von Dr. H. ___ werde jedoch bei ausführlicher Darstellung von Funktionsdefiziten bei chronischer Depression und seit Jahren angegebener fehlender psychischer Verbesserung keine Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit dokumentiert (S. 14 Mitte, S. 20 f.). Die Beschwerde fühlerin selber fühle sich gemäss eigenen Angaben aktuell etwas stabiler und verspüre eine gewisse Verbesserung. Sie sei weniger nervös, schlafe besser und die Medikamente würden ihr helfen. Seit Juni 2016 habe sie Unterstützung durch die psychiatrische Spitex (S. 27 Mitte).

Die depressive Erkrankung sowie die Abhängigkeitserkrankung schränken auf grund der relevanten Funktionsdefizite und medizinisch begründbarer reduzierter Leistungsfähigkeit die Arbeitsfähigkeit in einer Grössenordnung von 50

% sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit ein. Somit resultiere aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50 % (S. 12).

Dazu wurde ausgeführt, aus heutiger Sicht sei eine gewisse Verbesserung festzustellen.

Die aktuell festgestellte depressive Störung zeige bei der Untersuchung eine mittelgradige Ausprägung (im Jahre 2010 habe eine schwergradige Ausprägung vorgelegen), die die Arbeitsfähigkeit einschränke, jedoch keinesfalls zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit führe. Der Beginn der Verbesserung könne in der Zwischenzeit aufgrund der fehlenden Dokumentation nicht eingeschätzt werden und die Arbeitsfähigkeit von 50 % sei als ab der aktuellen Untersuchung geltend anzunehmen (S. 14 Mitte, S. 20 f.).

Aufgrund einer leichten bis mittelstarken Einschränkung der zumutbaren Belastbarkeit des Achsen skeletts bestehe aus rheumatologischer Sicht für die früher (auch) praktizierte Tätigkeit im Reinigungsdienst eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %.

Demgegenüber könne man aus rein rheumatologischer Sicht eine leichte, rückschonende Tätigkeit mit der Möglichkeit zu Wechselpositionen der Beschwerdeführerin in einem Umfang von 8 ½ Stunden pro Tag zugemutet werden mit einer dekonditionierungsbedingten Leistungsminderung von maximal 15 % (S. 13 oben).

Zusammenfassend bestehe aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % . Aus psychiatrischer Sicht seien Tätigkeiten ungeeignet, in denen eine schnelle Umstellung und Einstellung auf neue Situationen und Anforderungen an kognitive Flexibilität und Ausdauer im Vordergrund stehen. Äusserst ungeeignet seien Tätigkeiten mit Publikumsverkehr aufgrund von Aufmerksamkeitsschwierigkeiten, ausserdem könnten Arbeiten mit grossen Anforderungen an die Verlässlichkeit und Genauigkeit problematisch sein. Die Tätigkeiten der einfachen bis durchschnittlichen geistigen Art mit niedrigem Verantwortungsbereich ohne besonderen Zeitdruck und Nachtarbeitsbedingungen seien

auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorstellbar, jedoch keine Akkord- oder Wechsel schichttätigkeiten (S. 13). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin erachtete

eine Verbesserung des Gesundheitszustandes vor allem in rheumatologischer Hinsicht als ausgewiesen (vorstehend E. 2.1). Dies ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar, denn diesbezügliche Beschwerden waren weder Grund für die ursprüngliche Rentenzusprache 2001 noch für die Bestätigung der Rente im Jahr 2010 gewesen, wo diesbezüglich eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert worden war (vorstehend E. 3.4). Auch im Y.____-Gutachten wurde

diesbezüglich nichts über eine Verbesserung gegenüber 2010 ausgeführt . Dem Gutachten lässt sich einzig entnehmen, aus rheumatologischer Sicht gelte die Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit von 50

% seit Ende 2011

(Urk. 9/83 S. 14) .

5.2

Die Y.____-Gutachter begründen die Verbesserung des psychischen

Gesundheitszustandes gegenüber dem Jahr 2010 zunächst damit, dass mittlerweile nur noch eine rezidivierende Depression mittleren Grades vorliege, während 2010 noch eine Depression schweren Grades vorgelegen habe (Urk. 9/83 S. 14). Der Hausarzt Dr. Z.____ hielt im

Oktober 2009 fest, die Depression habe «eher zugenommen» (vorstehend E. 3.2) und die behandelnde Psychiaterin Dr. F.____

diagnostizierte im Mai 2010 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere bis mittelgradige Episode

(vorstehend E. 3.7). Im Vergleich dazu liegt in der gemäss Gutachten nur noch mittelgradigen Depression in diagnostischer Hinsicht eine Verbesserung vor.

5.3

Entscheidend fällt sodann ins Gewicht , dass die Beschwerdeführerin selber anlässlich der Exploration durch die Gutachter in davon berichtete, sie fühle sich aktuell etwas stabiler und verspüre eine gewisse Verbesserung, sei weniger nervös, schlafe besser und die Medikamente würden ihr helfen (Urk. 9/83 S. 27). Im Verbund mit dieser Selbsteinschätzung ist auch daraus , dass die Beschwerdeführerin seit 2010 keine stationäre und von 2013 bis Mai 2016 auch keine ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung mehr in Anspruch nahm, auf eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zu schliessen . Dass ein erhöhter Leidensdruck weiterhin vorhanden ist, hielt das Gutachten zwar fest. Tatsächlich dürfte dieser insgesamt aber -

mit der Beschwerdegegnerin - also

doch als deutlich geringer anzunehmen sein als im Jahr 2010 , wurde doch die Behandlung erst nach Beginn des Revisionsverfahrens wiederaufgenommen (vgl. Urk. 9/116 S. 3). 5.4

Nicht gefolgt werden kann der Beurteilung durch Dr. H.____

im August 2016, denn diese erweist sich mit der Auflistung diverser

zusätzlicher Diagnosen, teilweise ohne ersichtliche Begründung, als nicht schlüssig. Die Y.____-Gutachterin Dr. I.____

setzte sich mit diesem Bericht auseinander und legte gut nachvollziehbar dar, aus welchen Gründen weder eine psychotische Symptomatik noch eine generalisierte Angststörung oder eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) festgestellt werden konnten (Urk. 9/83 S. 35). Wenn die Beschwerdeführerin rügt, Dr. I.____ habe darzulegen versäumt, welche Symptome nach Kriterien gemäss ICD-10 und Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) für eine PTBS gefehlt hätten (Urk. 1 S. 9), verkennt sie, dass Dr. H.____ ihrerseits die

diesbezügliche Diagnosestellung kaum begründet hatte. 5.5

Das Y.____-Gutachten vermag somit in der Beurteilung der medizinischen Situation und deren Begründung insgesamt einzuleuchten und erfüllt auch die übrigen beweismässigen Voraussetzungen (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich. Es ist also im Vergleich zur medizinischen Situation im Juni 2010 von einer wesentlichen Verbesserung auszugehen. Entgegen der Beschwerdeführerin liegt also nicht bloss eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (vorstehend E 2.2), sondern eine revisionsbegründende Änderung im Sinne von Art.

17 ATSG vor. 6.

E. 2

Die Versicherte erhob am 17. Mai 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. April 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr

über den 31. Mai 2018 hinaus eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 15. Juni 2018 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 28. Juni 2018 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Rentenentscheid wie folgt (Urk. 2): Sie habe ausführliche medizinische Abklärungen vorgenommen, wobei die Beschwerdeführerin unter anderem bei der Gutachterstelle Y.____ rheumatologisch und psychiatrisch untersucht worden sei. Diese Untersuchungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erfreulicherweise verbessert habe. Es seien nur noch Einschränkungen von 50% ausgewiesen. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes ergebe sich vorwiegend aus rheumatologischer Sicht. Die entsprechenden Beschwerden seien im Jahr 2010 umfassend abgeklärt und auch vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) beurteilt worden, womit von einer materiellen Revision zu diesem Zeitpunkt gesprochen werden könne (S. 2).

Die geforderten Eingliederungsmassnahmen seien der Beschwerdeführerin angebot worden. Sie habe sich jedoch nicht in der Lage gesehen, diese zu starten, und habe ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis eingereicht. Daher seien keine Eingliederungsmassnahmen gestartet worden (S. 2 unten) .

Eine Verbesserung aus psychiatrischer Sicht könne erst ab Zeitpunkt des Gutachtens dokumentiert werden (S. 2 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die medizinische Aktenlage 2010 könne nicht Vergleichsbasis bilden für die Rentenrevision. Für eine saubere Abklärung des medizinischen Sachverhalts wäre damals der Beizug eines psychiatrischen Gutachtens unabdingbar gewesen. Als Vergleichsbasis diene daher die medizinische Aktenlage anlässlich der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahre 2002 (S. 6

Ziff. 1c). Die Y.____-Gutachter hätten sich weiter nicht rechtsgenügend darüber ausgesprochen, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden habe. Sie hätten nicht aufgezeigt, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung zur neuen Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt hätten (S. 5 ff. Ziff. 2) . Angesichts der von den Gutachtern gestellten Diagnosen habe sich im Vergleich zum Zeitpunkt der Berentung keine Verbesserung des Gesundheitszustandes zugetragen, eher sei das Gegenteil der Fall. Der Schluss der Gutachter auf eine Arbeitsfähigkeit von 50 % stelle eine unterschiedliche Beurteilung eines im wesentlich gleich gebliebenen Sachverhaltes dar (S. 10

Ziff. 3c).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob

die Verhältnisse im Zeitpunkt der An spruchsbestätigung im Juni 2010 (Urk. 9/51) die Vergleichsbasis bilde n für die anschliessend zu beantwortende Frage, ob sich seither die Verhältnisse in an spruchsrelevanter Weise verändert haben. Weiter ist zu prüfen, wie es sich mit den Eingliederungsmassnahmen verhält. 3. 3.1

Am 16. Juni

2010 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit (Urk. 9/51), dass bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine Änderung festgestellt worden sei, die sich auf die Rente auswirke. Es bestehe deshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (Invaliditätsgrad 100 %). Dabei stützte sie sich auf die nachfolgend zusammengefassten Arztberichte und Einschät zung e n. 3.2

Im Bericht vom 5. Oktober 2009 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/33 /1-2) hielt Dr. med. Z.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hausarzt der Beschwerdeführerin, fest, es habe sich in der Zwischenzeit eigentlich nichts verändert, nach wie vor habe die Beschwerdeführerin starke therapie resi stente rheumatologische Beschwerden. Die Depression habe eher zugenommen und auch die Nephrolithiasis und Harnwegsinfekte seien häufiger (lit . D.3) . Be treffend therapeutische Massnahmen / Prognose ergebe es keinen Sinn, irgend welche Belastbarkeit eruieren zu wollen (lit . D.7) . 3.3

Im Bericht vom 13. Januar 2010 (Urk. 9/43/3-4) stellte Dr. med. A.____, Facharzt für Hals- und Gesichtschirurgie, folgende Diagnosen: - hyperreaktive Rhinopathie mit Pharyngitis granularis bei Nikotinabusus - Depression - psychosoziale Belastung

Mit Bericht vom 25. Februar 2010 hielt Dr. A.____

fest, dass die Behandlung bei persistierender Pharyngitis granularis abgeschlossen sei. Er habe der Beschwerdeführerin nahegelegt, mit dem Rauchen aufzuhören. Sicherlich spiele auch die psychosoziale Belastungssituation eine Rolle (Urk. 9/43/5). 3. 4

Im Bericht vom 19. April 2010 zuhanden des Hausarztes (Urk. 9/45/10-11) stellten die Ärzte der Abteilung Rheumatologie am

B.____

folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches Zervikobrachialsyndrom rechts bei - kleiner linksparamedianer/ recessaler Diskushernie zwischen dem 4. und dem 5. Halswirbel (C4/5) ohne erkennbare Neurokompression gemäss Magnetresonanztomographie (MRI) der Halswirbelsäule (HWS) vom 25. August 2008 - Status nach Diskektomie und Entfernung dorsaler Osteophyten sowie Stabilisierung mit PEEK-Cage C5/6 am 23. Oktober 2003 bei Diskushernie C5/6 und Retrospondylose C5/6 - Verschlechterung seit Verkehrsunfall im Jahre 2005 - leichte Depression, teilweise reaktiv schmerzbedingt, psychosoziale Belastungssituation - rezidivierende Urolithiasis - Verdacht auf Penicillinallergie - intermittierendes lumboradikuläres Reizsyndrom am 5. Lendenwirbel (L5) links - leichte medial betonte Gonarthrose links bei Röntgen am 27. März 2009

Die Behandlungsmöglichkeiten der Klinik seien ausgeschöpft. Grundsätzlich sei bei der Beschwerdeführerin mit einer Depression und zusätzlich psychosozial massiv belastenden Faktoren eine Behandlung in der Schmerzgruppe der C.____ indiziert (S. 2).

Im Bericht vom 23. April 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/45/6-7) machten die Ärzte des B.____ vergleichbare Angaben, wobei sie die

Diagnosen als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten. Ihrerseits sei nie eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, da die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht voll IV-berentet sei. Aus rein rheumatologischer Sicht sei diese für leichte wechselbelastende Tätigkeiten mit Heben von maximal 5-10 kg zu 100% arbeitsfähig (S. 2). 3.5

Im Verlaufsbericht vom 23. April

2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/44) nannte Dr. med. D.____, Klinik für Urologie, B.____, als Befunde mehrere Verkalkungen in den Nieren von zirka 1 mm, eine kleinste Verkalkung in einer unteren Kelchgruppe links mit Differentialdiagnose kleines Konkrement sowie eine grössenprogrediente, teils zystische Raumforderung der Adnexe rechts (Ziff. 3). Bezüglich der Nephro- oder Urolithiasis liege zurzeit kein Behandlungsbedarf vor. Betreffend die Zyste Adnexe erfolge eine gynäkologische Nachkontrolle im Mai 2010 (Ziff. 4). 3.6

Im Bericht vom 30. April 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/46) hielt Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, fest, der Gesundheitszustand sei seines Erachtens stationär. Er stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - atypische Thoraxschmerzen mit Differentialdiagnose funktionell bei depressivem Zustandsbild, Thoraxwand Schmerz -

anamnestische Diskushernie C5/C6

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 1): - anamnestisch minime Mitralinsuffizienz - k ardiiovaskuläres Risiko: Adipositas und Nikotinabusus - anamnestisch rezidivierende Harnwegsinfekte - Status nach viermaliger Nierensteinzertrümmerung

Die Prognose sei abhängig vom depressiven Zustandsbild. Falls nicht bereits durchgeführt, sei eine psychiatrische Abklärung zu erwägen (S. 2). 3.7

Im Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 30. Mai 2010 (Urk. 9/49) fü hrte Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, sie behandle die Beschwerdeführer in seit August 2001 (Ziff. 1.2), und nannte als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere bis mittel gradige Episode (ICD-10 F33.2 respektive F33.1 ; Ziff. 1.1). Seit dem letzten Bericht von 2006 habe die Krankheit einen wellenförmigen Verlauf genommen, wobei das letzte halbe Jahr erneut eine massive Verschlechterung eingetreten sei, welche auf die katastrophalen familiären Verhältnisse respektive die äusserst ungünstige Entwicklung dreier von vier Söhne zurückzuführen sei. Die beiden jüngeren Söhne verzeichneten häufige Zwischenfälle mit der Polizei, der zweit jüngste habe sich wiederholt in betrunkenem Zustand geschnitten und finde keine Lehrstelle. Der jüngste sei seit einigen Wochen in einer sozialpädagogischen Familie untergebracht, da er sozial unangepasst sei. Der zweitälteste Sohn sei erneut in Haft.

Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und allseitig orientiert, habe eine verzweifelte Stimmung und sei agitiert , mit Gedankenkreisen um die Söhne. Die Prognose sei schlecht und vorwiegend abhängig von der familiären Problematik, die sich ständig verschlimmere (Ziff. 1.4) .

Die gegenwärtige Behandlung erfolge durch Psychotherapie und Psychopharmaka, Konsultationen erfolgten alle ein bis drei Monate , je nach Bedarf (Ziff. 1.5) .

Es bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem Jahre 2001 (Ziff. 1.6) aufgrund von massiver, chronischer körperlicher und seelischer Anspannung mit daraus erfolgender chronischer Erschöpfung und kognitiven Einschränkungen hinsichtlich Denken, Konzentration und Gedächtnis. Eine allfällige Arbeit würde daher fehlerhaft ausfallen und es bestünde die Notwendigkeit sehr häufiger Pausen. Es sei kein Durchhaltevermögen vorhanden (Ziff.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Ohne Weiteres nachvollziehbar und einleuchtend ist die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht. Zu fokussieren ist daher weiterhin auf die psychischen Beschwerden.

E. 6.2

Dr. I.____ setzte sich eingehend mit den Standardindikatoren (vorstehend E. 1.6) auseinander (vgl. Urk. 9 /83 S. 32-37). Ihre Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil

mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Die psychiatrische Gutachterin ist bei der Beantwortung der Frage, wie sie das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, sie hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und ihre versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektiver Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob sie

sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb auf das Gutachten abzustellen ist.

E. 6.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Vergleich zur letzten Rentenrevision im Juni 2010 eine anspruchrelevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist: Die Beschwerdeführerin ist in der bisherigen wie auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. 7.

7.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen aufgrund des Einkommensvergleichs vorzunehmen.

7.2

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs

massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 8C_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen). 7. 3

Die Beschwerdeführerin arbeitete von Oktober 1989 bis Mai 1991 bei der K.____ als Betriebsmitarbeiterin in der Bäckerei. Von 1991 bis 1999 ging sie keiner Arbeitstätigkeit nach, bevor sie von Juni 2000 bis Februar 2001 noch einmal bei der K.____ arbeitete (Urk. 9/11, Urk. 9/3 Ziff. 6.4.1 , Urk. 9/7

Ziff. 1).

Dieser letzte Arbeitseinsatz ist zu kurz und zu

weit zurückliegend , als dass daraus ein hinreichend genaue s

Vergleichs einkommen abgeleitet werden könnte. Es erscheint als zuverlässiger, wenn - mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/84 S. 7) - von der verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 50 %

in der angestammten Tätigkeit mittels Prozentvergleich auf eine Erwerbseinbusse und somit auf einen Invaliditätsgrad von 50 % geschlossen wird. 8.

E. 8

(ATSG) sind.

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

E. 8.1

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (zur Publikation vorsehendes Urteil des Bundesgerichts 8C_494/2018 vom 6. Juni 2019 E. 5.1).

E. 8.2

Die Beschwerdeführerin bezog seit Januar 2002 und damit seit über 15 Jahren eine Rente, und wurde noch vor Erlass der Revisionsverfügung 55 Jahre alt. Damit fällt sie unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezückerkreis. Hierauf machte die Beschwerdeführerin im

Vorbescheid verfahren zu Recht aufmerksam (Urk. 9/98 S. 2).

Dementsprechend tätigte die Beschwerdegegnerin vor der Herabsetzung der Rente Eingliederungsbemühungen, welche erfolglos blieben: So wurde am 12. Dezember 2017 ein Erstgespräch durchgeführt, anlässlich welchem die Beschwerdeführerin angab, sie fühle sich subjektiv ausser Stande, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Ihr wurde eine dreimonatige Abklärung bei L. ___ in M. ___ angeboten und sie wurde informiert, dass eine Abklärung ab einer täglichen Präsenzzeit von zwei Stunden ohne jeden Druck und Stress stattfinden könnte. Am 15. Januar 2018 teilte die Beschwerdeführerin mit, dass sie bereit sei, an einer Potentialabklärung teilzunehmen. Am entsprechenden Erstgespräch vom 24. Januar 2018 bei L. ___ machte die Beschwerdeführerin geltend, dass eine Verschlechterung eingetreten sei, und legte ein entsprechendes Arztzeugnis vor, welches eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für eine Arbeitsintegration auswies (Urk. 9/111/1; Urk. 9/112).

E. 8.3

Das besagte Arztzeugnis befindet sich nicht in den Akten. Eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 %

wurde jedoch erstellt (vorstehend E. 6.3). Sie war zudem gemäss E-Mail ihres Sohnes vom 5. Oktober 2017 (Urk. 9/112/S. 4 f.) in der Lage, von Oktober bis November 2017 für rund zwei Monate in die Türkei zu reisen, um sich um ihre kranke Mutter zu kümmern. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb sie ein tägliches Training von zwei Stunden nicht hätte wahrnehmen können. Insoweit ist der Abbruch der Eingliederungsmassnahmen nicht zu beanstanden, auch wenn weitere diesbezügliche Bemühungen der Beschwerdegegnerin zumindest wünschenswert gewesen wären.

E. 8.4

Somit ist die Herabsetzung der Rente auch aus diesem Blickwinkel rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 9. 9.1

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.

E. 9

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind die Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 9.2

Mit Honorarnote vom 14. September 2018 (Urk. 13 / 2) machte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Aufwand von total 11 Stunden und 10 Minuten sowie Barauslagen von Fr. 39.80 geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung der Bedeutung

der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 des Gesetz es über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) als angemessen, wes halb die E ntschädigung unter Berücksichtigung des massgebenden Stundenan satzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) wie beantragt auf insgesamt Fr. 2'688.70 (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Ge währung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichts kasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Stephan Kübler, Winterthur, wird mit Fr. 2'689 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Ge richts kasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht ge mäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler -
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 Bundes gesetzes 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber MosimannBoller

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