

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00936 vom 27. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00936

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00936 du 27 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00936 del 27 marzo 2017

Erwägungen

E. 1.1

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 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 des Bundesgesetzes 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); dazu gehört auch die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3). Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit als dann von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird, in jedem Fall aber, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiter dauern wird (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_1022/2012 vom 16. Mai 2013 E. 3.3 betreffend Meldepflichtverletzung).

E. 1.2

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die 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; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E. 5.4 mit Hinweis). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter lit. f IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung

gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Die Wirkung der Revision bestimmt sich in zeitlicher Hinsicht nach Art. 88 bis IVV. Nach Abs. 2 lit. a dieser Bestimmung erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats. Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV lässt ausnahmsweise eine rückwirkende Herabsetzung oder Aufhebung der Rente bereits vom Eintritt der anspruchserheblichen Änderung an zu, wenn die unrichtige Ausrichtung einer Leistung darauf zurückzuführen ist, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder der ihm gemäss Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_1022/2012 vom 16. Mai 2013 E. 2.2 und 3.3 mit Hinweisen sowie 9C_226/2011 vom 15. Juli 2011 E. 4.2.1). Gemäss der heute geltenden Fassung dieses Absatzes erfolgt die rückwirkende Aufhebung der Rente „unabhängig davon, ob die Verletzung der Meldepflicht oder die unrechtmässige Erwirkung ein Grund für die Weiterausrichtung war“. Indessen verlangten Rechtsprechung und Lehre bis zu deren Inkrafttreten am 1. Januar 2015 für die rückwirkende Korrektur, dass zwischen der Meldepflichtverletzung und dem unrechtmässigen Leistungsbezug eine Kausalität besteht (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 25 N 17 mit Hinweis auf SVR 1995 IV Nr. 58; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_320/2014 vom 29. Januar 2015 E. 5 und 9C_245/2012 vom 29. Oktober 2012 E. 5.1.1 und 5.2).

Zu melden sind gemäss Art. 77 IVV alle Änderungen in den tatsächlichen Verhältnissen, die für das Fortbestehen des Leistungsanspruchs wesentlich sind, namentlich solche des Gesundheitszustandes, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit sowie der persönlichen und gegebenenfalls wirtschaftlichen Verhältnisse (vgl. auch Art. 31 ATSG). Die Meldung an die IV-Stelle hat unverzüglich nach Eintritt der Änderung zu erfolgen. Ob eine Meldepflicht besteht, beurteilt sich nach den konkreten Umständen des Einzelfalls. Massgebend ist die Umschreibung der Aufmerksamkeit, welche der als meldepflichtig betrachteten Person zumutbar ist. Dabei ist etwa auf die Fähigkeiten und den Bildungsstand der betreffenden Person abzustellen. Von Bedeutung ist insoweit, dass sie in unzweideutiger Form auf konkrete Meldepflichten hingewiesen worden ist. Sodann kann sich die Meldepflicht nur auf Sachverhaltsänderungen beziehen, um welche die betreffende Person sowohl bezüglich ihres Vorliegens als auch hinsichtlich der Auswirkungen auf den Leistungsanspruch weiss bzw. wissen müsste. Insoweit ist ein schuldhaftes Fehlverhalten erforderlich, wobei nach der Rechtsprechung eine leichte Fahrlässigkeit ausreicht (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-7704/2009 E. 3.4.2-3 mit Hinweis auf BGE 118 V 214 E. 2b und 119 V 431 E. 2 sowie die Urteile des Bundesgerichts 8C_1/2007 vom 11. Mai 2007 E. 3 und 9C_570/2010 vom 8. September 2010 E. 3; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_338/2015 vom 12. November 2015 E. 2).

E. 1.4

Widerrechtlich bezogene Leistungen, wie sie soeben beschrieben wurden, sind gemäss den Vorgaben von Art. 25 ATSG zurückzuerstatten (Urteil des Bundesgerichts 9C_491/2012 vom 22. Mai 2013 E. 2.2). Der Rückforderungsanspruch erlischt mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die IV-Stelle davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung (Art. 25 Abs. 2 Satz 1 ATSG).

Das Bundesgericht hat in seiner jüngeren Rechtsprechung wiederholt entschieden, es sei nicht bundes rechtswidrig, im Zusammenhang mit dem Beginn der einjährigen Frist zuverlässige Kenntnis von der Rechtswidrigkeit des Leistungsbezuges erst nach Eintritt der Rechtskraft der Rentenaufhebung anzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_642/2014 vom 23. März 2015 E. 3.2-3 mit diversen Hinweisen). Im Übrigen handelt es sich um von Amtes wegen zu berücksichtigende Verwirkungsfristen (Urteil des Bundesgerichts 9C_320/2014 vom 29. Januar 2015 E. 2.2).

E. 1.5

Im Übrigen hat das Sozialversicherungsgericht den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: U.____ Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 2

Mit Eingabe vom 11. September 2015 erhob die Versicherte gegen beide Verfügungen Beschwerde. Darin beantragte sie, beide Verfügungen aufzuheben und ihr weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1; Beilage Urk. 3/1-8). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Auf eine Stellungnahme zur späteren Eingabe der Versicherten vom 18. November 2015 (Urk. 11; Beilage Urk. 12) verzichtete sie (Urk. 14). Im Übrigen gewährte das Sozialversicherungsgericht der Versicherten mit Verfügung vom 4. November 2015 die unentgeltliche Prozessführung und bestellte ihr in der Person von Rechtsanwalt Maron einen unentgeltlichen Rechtsvertreter (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der Verfügung vom 22. Juli 2015, gemäss Gutachten von Dr. Z.____ und A.____-Gutachten sei die für die ursprüngliche Berentung ausschlaggebende mittelgradige depressive Störung nicht mehr nachweisbar. Spätestens bei Erstattung des erstgenannten Gutachtens sei die Beschwerdeführerin in der Lage gewesen, Bücher zu schreiben und zu veröffentlichen. Dies habe sie im Revisionsfragebogen vom 24. April 2013 indes verschwiegen und damit eine strafbare Meldepflichtverletzung begangen.

Die Stellungnahme von Dr. B.____ vermöge daran nichts zu ändern. Einerseits hätten von den A.____-Gutachtern keine nachvollziehbaren Befunde für eine dissoziative Störung oder depressive Problematik erhoben werden können, andererseits hätten sich auch die neurokognitiven Defizite in zwei Abklärungen nicht bestätigen lassen (Urk. 2/1). Der Verfügung vom 29. Juli 2015 ist ausser der Bezifferung der Rückforderung nichts weiter zu entnehmen (Urk. 2/2). In der Beschwerdeantwort verwies die Beschwerdegegnerin lediglich auf die Stellungnahmen des RAD sowie ihres internen Rechtsdienstes (Urk. 6).

E. 2.2

Bezüglich des Gutachtens von Dr. Z.____ monierte die Beschwerdeführerin, diesem liege eine Abstufung der Leistungsfähigkeit nach deutschem Recht zugrunde, es sei keine körperliche Untersuchung durchgeführt worden, am Ende werde eine stationäre Begutachtung vorgeschlagen und es seien kaum Vorakten berücksichtigt worden (Urk. 1 Ziff. III.2a). Die A.____-Gutachter wiederum würden sich nicht mit der sehr starken Desorientiertheit, der Unfähigkeit, sich im Alltag zurechtzufinden, und dem Thema Chronifizierung auseinandersetzen. Der Verdacht auf Simulation werde zudem nicht begründet (Urk. 1 Ziff. III.4a). Tatsächlich habe sie seit der Erkrankung keine wesentliche, ökonomisch verwertbare Leistung als Schriftstellerin mehr erbracht. Die Veröffentlichungen hätten alle einen wesentlichen Anteil aus dem persönlichen Textarchiv aus der Zeit vor dem Jahr 2004 enthalten oder seien unter erheblichem Aufwand nachbearbeitet worden (Urk. 1 Ziff. III.3). Es bleibe die Erkenntnis, dass keine Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (Urk. 1 Ziff. III.4b).

Eine Meldepflichtverletzung könne frühestens ab Erhalt des deutschen Widerspruchsentscheidens am 27. Oktober 2011 angenommen werden. Indes habe sie die Beschwerdegegnerin innert einer Woche telefonisch über den Entscheid informiert und ihr diesen per Post zugestellt. In den Akten fänden sich allerdings trotz zahlreicher Gespräche keinerlei Telefonnotizen (Urk. 1 Ziff. III.2b und c). Zudem sei die Beschwerdegegnerin gemäss Haushaltsbericht vom 7. September 2005 schon lange über die Schriftstellerei im Bild gewesen (Urk. 1 Ziff. III.3b). Ohnehin gelte die Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit selbst gemäss A.____-Gutachten erst ab Mai 2014 (Urk. 1 Ziff. III.4b). Im Übrigen habe die einjährige Verjährungsfrist bereits am

E. 4

, S. 169-174) und die Ursache der Symptomatik unklar war. Dabei waren sich behandelnde Psychiaterin, Gutachterin und RAD nicht nur einig, dass die Beschwerdeführerin nahezu vollständig arbeitsunfähig war. Vielmehr stellte, zumindest implizit, auch keiner von ihnen eine günstige Prognose im Rahmen einer Psychotherapie.

E. 4.1

Im Frühjahr 2007 liess sich die Beschwerdeführerin erstmals neurologisch/neuropsychologisch abklären. Im Bericht des Q.____, Zentrum für Neurologie, vom 8. März 2007 wurden eine Merkfähigkeitsstörung, eine eingeschränkte Konzentrationsleistung und wechselnde Leseschwierigkeiten diagnostiziert. Der bisherige Verlauf (unveränderte kognitive Beschwerden seit dem Jahr 2004), das Verhalten der Beschwerdeführerin und die Phänomenologie der dargestellten Befunde seien hinweisend auf vordergründig einflussnehmende affektive Komponenten als Folgen der psychosozialen Belastungssituation und damit verbundener Stressfaktoren, die auch die wechselnde Ausprägung der neurokognitiven Defizite hinreichend erklären würden. Die psychische Belastbarkeit und

damit die kognitive Leistungsfähigkeit sowie die Stresstoleranz seien seit der Krebserkrankung und Chemo-/Radiotherapie sicher deutlich vermindert. Neuropsychologisch ergäben sich keine Hinweise für eine Alexie ohne Agraphie oder eine sonstige, mit einer fokalen strukturellen Läsion zu vereinbarende neuropsychologische Funktionsstörung bei normalem Schädel-MRI und normaler Elektroenzephalografie (EEG). Der Verlauf und die klinische Ausprägung der neuropsychologischen Befunde seien auch nicht typisch für eine differentialdiagnostisch zu erwägende limbische Enzephalitis. Zusätzliche, auf die derzeitige kognitive Leistungsfähigkeit und die dargestellten Befunde Einfluss nehmende toxische Effekte durch frühere Chemotherapeutika seien eher unwahrscheinlich (Urk. 7/46/1 f.).

Aufgrund dieses Berichts sowie einer eigenen Untersuchung diagnostizierte die Fachärztin für Neurologie, Dr. med. H.____, am 5. April 2007 eine Merkfähigkeitsstörung, eine eingeschränkte Konzentration, wechselnd schwere Leseschwierigkeiten und schmerzhafte Muskelverkrampfungen, wahrscheinlich im Rahmen einer psychoreaktiven Belastungssituation. Zur Begründung führte sie aus, die neurologischen und neuropsychologischen Befunde seien recht gut. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten vor allem neuropsychologischen Ausfälle könnten aber dokumentiert werden und seien mit grösster Wahrscheinlichkeit psychoreaktiv (Urk. 7/56/5 f.).

E. 4.2

Im anschliessenden Revisionsverfahren holte die Beschwerdegegnerin einen Bericht bei der Hausärztin Dr. med. I.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Homöopathie, ein. Diese berichtete am 12. Mai 2009, es bestünden Konzentrations- und Orientierungsstörungen, chronische Schmerzen, eine Erschöpfung und Probleme mit der Feinmotorik. Der Verlauf sei schwankend. Der Zustand habe sich nicht eindeutig gebessert, allenfalls sei eine gewisse Adaption erfolgt. Medikamente nehme die Beschwerdeführerin keine mehr. Zur Arbeitsfähigkeit könne sie keine Angaben machen (Urk. 7/57/2 f.). Dementsprechend vage waren ihre Angaben zum Belastungsprofil (Urk. 7/57/5).

E. 4.3

Weiter holte die Beschwerdegegnerin einen Bericht bei der neu behandelnden Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. B.____, ein. Diese diagnostizierte am 30. Mai 2009 Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen, zeitliche und örtliche Orientierungsstörungen, kognitive Störungen, Schmerzen und Verspannungen in diversen Körperregionen sowie depressive Episoden mit Gereiztheit und Impulsivität. Die Symptome der Desorientiertheit, der kognitiven Leistungen etc. seien weiterhin teilweise stärker, teilweise schwächer vorhanden. Auffällig sei die geringe Vorausssehbarkeit. Es falle der Beschwerdeführerin noch Wochen nach dem Umbau der Küche schwer, ihre Dinge zu finden. Weiterhin bestünden Parästhesien, zweitweise Lähmungen und Gedächtnisprobleme. Momentan sei der Zustand stationär, wechselnd zwischen besseren und schwierigeren Tagen. Als Journalistin sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Es bestehe eine Beeinträchtigung im Sinne einer leichten Behinderung bis hin zur vollständigen Blockade. Im Belastungsprofil merkte Dr. B.____s zudem an, dass gehende und stehende Tätigkeiten nur sehr eingeschränkt möglich seien (Urk. 7/58).

E. 4.4

Einzig gestützt auf die letzten beiden Berichte, also ohne Stellungnahme des RAD oder Würdigung der im Jahr 2007 erfolgten Abklärungen, teilte die Beschwerdegegnerin der

Beschwerdeführerin am 3. August 2009 mit, es bestehe weiterhin ein Invaliditätsgrad von 100 % (Urk. 7/59 und 7/60).

E. 4.5

Es ist hervorzuheben, dass aufgrund der Akten (keine Hinweise auf ein Krebsrezidiv/Metastasen vier Jahre nach Abschluss der Behandlung im E.____, umfassende neuropsychologische/neurologische Untersuchungsergebnisse) bereits bei Abschluss der Revision mit grosser Wahrscheinlichkeit feststand, dass sich die von der Beschwerdeführerin beschriebene Symptomatik weder mit neuropsychologischen/neurologischen noch onkologischen Befunden erklären liess. Ergänzend ist zudem auf den in diesen Zeitraum fallenden Abklärungsbericht für Hilfslosenentschädigung vom 18. September 2009 hin zuweisen. Diesem ist zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin bei zahlreichen alltäglichen Lebensverrichtungen – nach Einschätzung der Abklärungsperson allerdings nur präventiv – von ihrem Nachbarn helfen liess (z.B. beim Ankleiden, Kochen, Staubsaugen, Erinnern an Termine und Wahrnehmen derselben, Einkaufen, Aufhängen der Wäsche und Hereinholen der Post). Indes hatte sie sich inzwischen an ihre Tour gewöhnt und musste beim Austragen der Zeitungen nicht mehr begleitet werden (Urk. 7/63).

E. 5.1

Im aktuellen Revisionsverfahren holte die Beschwerdegegnerin zur Krebserkrankung einen undatierten Bericht des Stadtsitals J.____ ein. Darin wurde als Datum der letzten Kontrolle der 24. November 2011 angegeben und weiterhin eine gute Prognose gestellt (Urk. 7/75). Ergänzend kann auf den hausärztlichen Bericht vom 1. September 2013 verwiesen werden. Dr. I.____ erwähnte darin neu eine Gonarthrose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, beschrieb im Übrigen aber eine unveränderte Symptomatik (Urk. 7/77). Damit bestehen auch rund zehn Jahre nach Abschluss der Brustkrebsbehandlung keine Anhaltspunkte für ein Rezidivum.

E. 5.2

Dr. B.____ konkretisierte ihre Diagnosen in einem neuen, undatierten Bericht wie folgt: deutlich ausgeprägte kognitive Störung (ICD-10: F06.71) infolge Zytostatikatherapie, Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) und Störung der Gehirnfunktionen nach Zytostatikatherapie (ICD-10: G93). Dazu führte sie aus, es habe sich nicht allzu viel verändert und keineswegs zum Positiven hin. Die Beschwerdeführerin leide zeitweise unter stark invalidisierenden Funktionseinbussen und müsse immer wieder stark den Alltag einschränkende Entscheidungen treffen. Zurecht komme sie durch gutes Coaching und Akzeptieren der Situation. Bei Bedarf nehme sie zudem Circadin 2 mg ein. Damit sei die Beschwerdeführerin auch künftig zu 100 % arbeitsunfähig. Beim Zeitungsaustragen könne sie Hilfe anfordern, Tage ausfallen lassen und viel Ferien machen. Es handle sich in diesem Sinne um einen geschützten Arbeitsplatz. Gelegentlich sei es ihr zudem möglich, wenige Stunden pro Woche ohne Abgabedruck zu schreiben (Urk. 7/76/1-3).

Zum Befund notierte Dr. B.____, permanent vorhanden seien eine Verwirrung und Orientierungsprobleme (zeitlich und örtlich wechselhaft). Es beständen wechselhafte kognitive Einbussen. Die Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme seien zeitweise sehr stark ausgeprägt. Die Auffassung sei indes gut und meist eher wenig beeinträchtigt. Dies gelte auch für die Merkfähigkeit, während das Kurzzeitgedächtnis teilweise stark

beeinträchtigt sei. Gelegentlich würden Impulsstörungen auftreten: Die Beschwerdeführerin kaufe zu viel ein und realisiere es nicht. Die Stimmungslage sei aufgrund der ihr sehr bewussten Situation depressiv. Sie leide unter Niedergeschlagenheit, Zukunftsängsten sowie der Angst vor dem Verlust der Selbstständigkeit bzw. noch mehr Orientierungslosigkeit. Die Planungsfunktionen seien stark beeinträchtigt, ebenso die geteilte Aufmerksamkeit. Es bestünden in wechselhaft starker Ausprägung Wortfindungsstörungen. Müdigkeit und Erschöpfung seien tageweise stark ausgeprägt (Urk. 7/76/2). Zur Plausibilisierung legte Dr. B.____ dar, dass die Beschwerdeführerin an gewissen Tagen (1) die Zeitung nicht austragen könne, (2) nicht wisse, wie man Türen öffne, (3) das Velo nicht abbremsen könne, da die motorischen Befehle nicht ausgeführt würden, (4) plötzlich orientierungslos sei und nicht wisse, wie sie zu ihr in die Praxis komme, (5) Drehtüren nicht bewältigen könne, (6) Räume nicht erkenne und (7) automatisierte Abläufe nicht korrekt abrufen könne, z.B. nicht in der Lage sei, ein Zug-Billett zu lösen. Zudem würden zeitweise auch neuropathische starke Schmerzen, Ameisenlaufen etc. auftreten (Urk. 7/76/2). Beim Belastungsprofil äusserte sich Dr. B.____ dennoch neu nur noch zu den kognitiven Einbussen (Urk. 7/76/5).

E. 5.3

Während Dr. B.____ der Beschwerdeführerin also weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt attestierte, hatte die Deutsche Rentenversicherung ihre Leistungen per Ende Juni 2011 eingestellt (Urk. 7/70/2-4) und übersandete der Beschwerdegegnerin auf Anfrage das in diesem Zusammenhang von Dr. med. Dipl.-Psych. Z.____, Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie sowie Neurologie und Psychiatrie, erstellte Gutachten vom 27. April 2011 (Urk. 7/81).

In der Epikrise wies Dr. Z.____ zunächst auf die divergierenden, vergangenen Beurteilungen hin. Bei der nervenärztlichen Begutachtung durch Dr. K.____ im Jahr 2007 sei eine postoperative reaktive Depression festgestellt und ein noch vollschichtiges Leistungsvermögen angenommen worden. Dagegen habe Dr. L.____ im gleichen Jahr den Verdacht auf eine schwere dissoziative Störung geäußert und sei von einem Leistungsvermögen von unter drei Stunden ausgegangen. Bei der nervenärztlichen Untersuchung im Jahr 2009 habe Frau M.____ ebenfalls eine dissoziative Störung angenommen, die ein unter dreistündiges Leistungsvermögen bedinge. Zur aktuellen Situation führte die Gutachterin aus, die Beschwerdeführerin habe über eine leichte Besserung der Beschwerden berichtet. Allerdings seien weiterhin „Orientierungsstörungen“ vorhanden, die sie im Alltag sehr einschränkten. Sie habe sogar Mühe, sich in der eigenen Wohnung zurechtzufinden. Sie verrichte daher nur eine werktäglich einstündige Tätigkeit als Zeitungsausträgerin. Daneben sei sie als Autorin tätig, könne jedoch nur ohne Zeitdruck und in erheblich verlangsamtem Tempo arbeiten. Der psychopathologische Befund weise im aktuellen Querschnitt indes keine Auffälligkeiten auf.

Für die Gutachterin neben dem unauffälligen Befund massgebend war schliesslich die schriftstellerische Tätigkeit der Beschwerdeführerin. Gemäss Homepage von Amazon sei im März 2011 tatsächlich das Buch „N.____“, ein 287 Seiten starker Roman, erschienen. Ein Roman mit dem Titel „O.____“ von 318 Seiten sei bereits im Oktober 2006 publiziert worden. Ferner seien laut Wikipedia seit dem Jahr 2004 bis dato zahlreiche Kurzgeschichten der Beschwerdeführerin in Anthologien erschienen. Darüber hinaus kündige diese auf ihrer Homepage aktuell diverse Reisetätigkeiten und Lesungen an. Diese Informationen würden den schon vor den Vorgutachtern beschriebenen Eindruck festigen,

dass bei ihr keine belangvolle hirnorganische Störung vorliegen könne. Die Abfassung eines publikationsreifen Romans sei eine hochintegrative kognitive Leistung, die mit den von ihr beschriebenen gravierenden Defiziten nicht vereinbar sei. Eine wesentliche depressive Verstimmung scheidet ebenfalls aus und werde von der Beschwerdeführerin selbst nicht vorgebracht. Die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin habe sich seit der Rentenzusprechung somit verbessert. Nicht gänzlich ausschliessen konnte die Gutachterin anhand der beschriebenen Faktenlage allerdings das Vorliegen einer dissoziativen Störung. Obwohl sie zum Schluss kam, eine solche wäre gegebenenfalls offensichtlich mit einer weitgehenden Alltagsfunktionalität vereinbar und in der einstündigen Querschnittsuntersuchung sei keine wesentliche Leistungseinschränkung zu erkennen gewesen, schlug sie im Hinblick auf den langjährigen Verlauf und die stark divergenten nervenärztlichen Einschätzungen letztlich vor, die Beschwerdeführerin unter stationären Bedingungen psychiatrisch begutachten zu lassen (Urk. 7/80/5 f. und 7/80/9).

E. 5.4.1

Angesichts (1) der unauffälligen neurologischen/neuropsychologischen Befunde aus dem Jahr 2007, (2) der von Dr. Y.____ erörterten schwierigen therapeutischen Situation im Falle einer psychischen Erkrankung, (3) den Vorbehalten von Dr. Z.____ im Zusammenhang mit einem möglichen dissoziativen Geschehen und den Diskrepanzen in früheren ärztlichen Beurteilungen, (4) der seit dem stationären Aufenthalt in der Klinik F.____ unveränderten subjektiven, zuvor stets als plausibel erachteten Beschwerdeklage und (5) der weiterhin attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit durch die von der Beschwerdeführerin seit Jahren regelmässig in Anspruch genommene Psychiaterin gab die Beschwerdegegnerin trotz rechtskräftiger Renten einstellung in Deutschland zu Recht ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag.

E. 5.4.2

Der Gesamtbeurteilung des A.____-Gutachtens vom 16. Juni 2014 ist zu entnehmen, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber ein erheblicher Verdacht auf Simulation bestehe. Eine psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Hinweise für eine kognitive Beeinträchtigung bestünden nicht. Ebenso wenig könne aus neurologischer Sicht ein hirnorganisches Korrelat für die angegebenen kognitiven Störungen objektiviert werden. Die neuropsychologische Untersuchung habe zwar eine leichte, unspezifische kognitive Beeinträchtigung gezeigt, die aber die Arbeitsfähigkeit als Journalistin nicht beeinträchtigte, da die gezeigten Minderleistungen nicht den verbalen Bereich betreffen würden. Die Tumorerkrankung sei mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeheilt und weitere Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fänden sich aus allgemeinmedizinischer Sicht nicht. Aus polydisziplinärer Sicht könne somit eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit als Journalistin festgestellt werden. Auch in vergleichbaren Verweistätigkeiten oder im Haushalt bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/92/25).

Aufgrund der Vorakten schwierig sei es, die Arbeitsfähigkeit zu einem früheren Zeitpunkt mit Sicherheit zu beurteilen. Die Einschätzung gelte daher sicher ab dem Untersuchungszeitpunkt im Mai 2014. Die für die ursprüngliche Berentung ausschlaggebende mittelgradige depressive Störung sei sicher nicht mehr nachweisbar. Aus onkologischer Sicht habe von Mitte April 2004 bis Mitte Mai 2005 eine 100%-Arbeitsunfähigkeit und hernach eine 50%-Arbeitsunfähigkeit bestanden, die innert

drei bis sechs Monaten auf 0 % habe reduziert werden könne. Eine länger dauernde, höhergradige Arbeits unfähigkeit sei retrospektiv nicht nachvollziehbar (Urk. 7/92/26).

E. 5.4.3

Im Detail ergibt sich aus der Exploration/Anamnese von Dr. med. P.____, dem fallführenden Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, dass das Leben für die Beschwerdeführerin nach dem Tod des Nachbarn schwieriger geworden sei und sie nun häufig Termine verpasse. Sie ertrage kein Neonlicht, sehe nicht mehr an die Wandtafel und könne nicht mehr Fahrrad fahren. Den Haushalt erledige sie ohne fremde Hilfe. Sie habe jeden Wochentag etwas geplant, d.h. sie gehe joggen, in die Sauna und in Kurse und treffe sich regelmässig mit Freundinnen (Urk. 7/92/8). Ergänzend ergibt sich aus der psychiatrischen und der neurologischen Anamnese, dass sie früher regelmässig Kolumnen für Printmedien geschrieben und Lesungen gemacht habe. Jetzt schreibe sie nur noch alle zwei bis drei Monate eine Kolumne für ihre Webseite (Urk. 7/92/10). Montags besuche sie die Ärzte, dienstags gehe sie auf den Vitaparcours, mittwochs staubsauge sie, donnerstags besuche sie regelmässig eine Sauna und freitags besuche sie abwechselnd einen Anfänger-Sprach kurs. Den Haushalt führe sie selbständig. Sie habe viele Freundinnen und Bekannte, mit denen sie sich regelmässig treffe. Man besuche sich gegensei tig bzw. esse zusammen. Samstags besuche sie auch den Flohmarkt, wo sie Bekannte treffe. Die Einkäufe erledige sie selbständig. Regelmässig besuche sie ihre Verwandten in England und Holland mit dem Zug oder Flugzeug (Urk. 7/92/11 und 7/92/15). Im Übrigen berichtete sie über die bereits bekannten Beschwerden (z.B. findet das eigene Haus nicht, vergisst aus der Strassenbahn auszusteigen, kann nicht Fahrrad fahren, weiss ohne Tablet nicht wohin sie unterwegs ist oder wo sie gewesen ist: Urk. 7/92/8, 7/92/10 und 7/92/15).

E. 5.4.4

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. S.____, führte in seinem Teilgutachten aus, er habe in der 60 Minuten dauernden Unter suchung keine kognitiven Einschränkungen feststellen können. Solche seien auch während des Klinikaufenthalts im Jahr 2005 nicht bemerkt worden und könnten ebenso wenig bei den auf der Webseite der Beschwerdeführerin auf geschalteten Videos beobachtet werden. Auch psychopathologische Symp tome bzw. depressive Verstimmungen habe er keine eruieren können. Es bestehe daher ein erheblicher Verdacht auf das Vortäuschen kognitiver Symptome (Urk. 7/92/12 f.). Es bestünden sodann keine Hinweise darauf, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht jemals eingeschränkt gewesen sei. Die geklagten kognitiven Einschränkungen seien in keiner Art und Weise objektivierbar. Allein das Klagen über kognitive Einschränkungen genüge nicht, um die Diagnose einer dissoziativen Störung zu stellen. Mit Sicherheit könne ab Datum der Untersuchung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr attestiert werden (Urk. 7/92/13).

E. 5.4.5

Gegenüber Dr. med. T.____, dem begutachtenden Facharzt für Neurologie, beschrieb die Beschwerdeführerin primär eine „Grunddesorientiertheit“ mit wechselnder Ausprägung. Diese sei so schwer, dass sie angebe, (1) zum Teil ihre eigene Wohnung nicht zu kennen, (2) sich in den Strassen und Häusern, wo sie seit dem Jahr 2006 Zeitungen austrage, nur mit einem Plan orientie ren zu können und (3) den Knopf an der Waschmaschine nicht zu finden. Sie bejahe auch eine ausgeprägte Vergesslichkeit bzw. müsse sich alles auf schreiben. Ferner habe sie Mühe mit dem Lesen/Verstehen von Texten sowie dem

Schreiben. Dr. T.____ schlussfolgerte, aufgrund dieser Angaben würde man eine schwere kognitive Störung erwarten, die nicht zwanglos mit einem selbstständigen Lebensvollzug vereinbar wäre. Die Schwere der geschilderten Defizite kontrastiere aber zum Bild, das die Beschwerdeführerin bei der Anamneseerhebung hinterlassen habe. Die anamnestischen Angaben seien sehr präzise und würden schwere kognitive Defizite ausschliessen. Auffallend sei auch, dass sie nach wie vor als Schriftstellerin tätig sei und gerade ihr neues Buch „W.____“ veröffentlicht habe. Die relevante Diskrepanz zwischen dem subjektiven Erleben/Empfinden der kognitiven Defizite sowie dem „Funktionieren“ im Alltag könne nicht auf hirnorganischer Basis erklärt werden. Das Auftreten einer derartigen Nebenwirkung der Chemotherapie wäre ebenfalls höchst ungewöhnlich. So seien die Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen bereits im Jahr 2007 als psychoreaktiv bei psychosozialer Belastungssituation interpretiert worden und Dr. Y.____ sei ebenso zum Schluss gekommen, es könne keine bedeutungsvolle hirnorganische Störung vorliegen. Möglich sei indes ein dissoziatives Geschehen. Er könne jedoch nicht entscheiden, wie bewusst seinsnah oder –fern diese Vorgänge ablaufen würden. Es sei aber nicht der Eindruck einer Aggravation entstanden. Im Übrigen sei der Befund mit einer leichtgradigen sensiblen Polyneuropathie vereinbar. Dies sei eine typische Nebenwirkung der Chemotherapie, wobei die Beschwerdeführerin in der Untersuchung im Jahr 2007 allerdings noch ein besseres Vibrationsempfinden angegeben habe (Urk. 7/92/17 f.).

E. 5.4.6

Prof. Dr. med. U.____, Facharzt für Onkologie, schloss in seinem Teilgutachten nicht aus, dass das im zeitlichen Zusammenhang mit der Tumorthherapie plötzliche Auftreten einer erheblichen Beeinträchtigung der intellektuellen Leistungsfähigkeit Folge der Chemotherapie sein könnte. Einzelne Fälle seien in der Fachliteratur durchaus beschrieben (Urk. 7/92/20).

E. 5.4.7

Schliesslich zeigte das aktuelle neuropsychologische Testprofil gemäss dem Psychologen lic. phil. V.____ nur in den Bereichen Merkfähigkeit für Zahlen und Merkfähigkeit für Bewegungsabläufe ungenügende Leistungen. In sämtlichen übrigen Verfahren fanden sich durchschnittliche Leistungen. Dabei seien die Resultate nicht ganz konsistent, da die Beschwerdeführerin im Bereich des Kopfrechnens mit Geschichtenrechnungen eine durchschnittliche Leistung zu erbringen vermöge, was eine genügende Speicherleistung für Zahlen voraussetze. Die Resultate im Bereich der Merkfähigkeit für Bewegungsabläufe (Corsi-Würfel) seien so schlecht, dass sie nicht einmal im Normbereich aufgeführt würden. Ebenso sei anfänglich die Leistung im Bereich der Merkfähigkeit für Zahlen unterhalb der ersten Normeinheit angesiedelt gewesen. Die Beschwerdeführerin habe anfänglich nur zwei Zahlen erinnert, wobei der Normbereich mit einer Reihe von drei Zahlen beginne. Im Vergleich mit der Untersuchung im Jahr 2007 zeige sie heute zum Teil bessere Resultate. Heute sei sowohl die verbale als auch die figurale Lernfähigkeit erhalten (Urk. 7/92/24). Sodann beobachtete lic. phil. V.____ unter anderem, dass die Beschwerdeführerin örtlich, zeitlich und autopsychisch orientiert war, ihre Spontanmotorik und Spontansprache unauffällig waren, ihr Vorgehen strukturiert und zielgenau war und der Lärm der Luftwäschanlage sowie das grelle Licht der Tischlampe problemlos ertragen wurden (Urk. 7/92/23).

E. 5.4.8

Bei der Würdigung des Gutachtens von besonderem Interesse ist, dass sowohl Dr. T. ___ als auch Prof. U. ___ ein dissoziatives Geschehen aufgrund derselben Befunde und Informationen wie Dr. S. ___ explizit nicht ausschlossen und Dr. T. ___ sogar anmerkte, es sei nicht der Eindruck einer Aggravation entstanden. Auch mit Blick auf die Vorakten vermag die sehr knappe psychiatrische Beurteilung von Dr. S. ___ – er habe in seiner einstündigen Untersuchung keine depressive Symptomatik und kognitiven Einschränkungen feststellen können, also würden solche auch nicht vorliegen – nicht recht zu überzeugen. So stellte Dr. Y. ___ unter Hinweis auf die Rationalität und das Kontrollbedürfnis der Beschwerdeführerin trotz eben falls weitgehend unauffälligem Befund und in Kenntnis des von Dr. S. ___ zur Plausibilisierung erwähnten Berichts der Klinik F. ___ eine psychiatrische Doppeldiagnose. Ebenso sah sich Dr. Y. ___ bei unauffälligem Befund aufgrund der divergierenden früheren Einschätzungen offenbar auch im Verfahren der Deutschen Rentenversicherung dazu veranlasst, eine stationäre Begutachtung vorzuschlagen. Zutreffend ist zwar nach einer kurzen eigenen Recherche die Feststellung von Dr. S. ___, dass sich aus den auf Facebook geposteten Videos keine Hinweise auf die geklagten Defizite ergeben. Dabei handelt es sich indes nur um sehr kurze Zusammenschnitte diverser Veranstaltungen.

Allerdings kann dem A. ___-Gutachten auch entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin nicht nur über eine feste Tagesstruktur verfügt, rege ihre sozialen Kontakte pflegt und Reisen nach England und Holland unternimmt, sondern auch ihren Haushalt einschliesslich der Einkäufe selbstständig erledigt. Ergänzend ist auf die Internetrecherchen der Beschwerdegegnerin hin zuweisen, wonach die Beschwerdeführerin sieben Lesungen in acht Tagen im Zusammenhang mit der Veröffentlichung ihres Romans „N. ___“ plante (vgl. Urk. 7/115) und im März 2014 eine weitere Tour mit Blick auf den Roman „W. ___“, explizit mit dem Auto und mehreren aufeinanderfolgenden Lesungen in Deutschland, ankündigte (Urk. 7/113 und 7/115/2). Unbestritten ist im Übrigen, dass sie diesen letzten Roman erst nach der Krebserkrankung verfasste, wobei sie aber zusätzliche – bisher nicht belegte – Kosten wegen Mehrarbeit der Lektorin geltend machte (Urk. 3/4/2). Ferner veranstaltete die Beschwerdeführerin im Jahr 2013 unter anderem einen Schreib-Workshop (Urk. 7/114/2) und veröffentlichte gemäss Wikipedia in den Jahren 2004 bis 2014 diverse Anthologien (Urk. 7/110/2 f.). Nach eigenen Angaben sollen die Texte allerdings aus einem Archiv stammen und wiederum von Dritten überarbeitet worden sein (Urk. 3/4).

E. 5.5

In der Folge liess sich die Beschwerdeführerin im E. ___ erneut neuropsychologisch abklären. Im Bericht vom 12. Januar 2015 wurde eine episodische Schwäche, Fühl- und Koordinationsstörung der linken Körperseite diagnostiziert unter Hinweis auf (1) assoziiert intermittierende Orientierungsstörungen, (2) fehlende Anhaltspunkte für eine zugrundeliegende neurologische Erkrankung, (3) die Differentialdiagnose funktionell-dissoziative Migraineuren sowie (4) unauffällige Befunde im Rahmen des Schädel-MRI, des EEG sowie der Testung von Porphobilinogen und Delta-Aminolävulinsäure im 24-Stunden-Urin, so dass eine strukturelle neurologische Erkrankung (u.a. Metastasen) und Porphyrie ausgeschlossen seien (Urk. 7/108/1).

Zu den durchgeführten Tests wurde festgehalten, als unauffällig erwiesen hätten sich die Leistungen in den Bereichen (visuelle) Wahrnehmung und Handlungsplan. Die konstruktiv-praktischen Leistungen seien intakt. Beim Kopieren einer komplexen Figur

hätten sich im Wesentlichen zwei kleinere Detailfehler gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei nicht depressiv und schätze sich selber auch nicht so ein, weine allerdings wiederholt. Sie sei orientiert, zur Zeit etwas unscharf. In den Bereichen der Aufmerksamkeit und der Exekutivfunktionen zeigten sich in Teilfunktionen Beeinträchtigungen mittleren Grades (schwer defizitär sei die Interferenzkontrolle) und die Mnestic sei leicht ungenügend. Dabei seien das Lernen und aktive Erinnern im nonverbalen Bereich besser als das passive Wiedererkennen. Isoliert sei in der umfassenden Abklärung der sprachlichen Funktionen das Benennen ungenügend und zwar quantitativ massiv und qualitativ auf eine eigenartige, bei neuropsychologisch bedingten Störungen des Sprachsystems nicht zu beobachtende Art. Die Umschreibungen würden ein weites semantisches Feld langsam und schrittweise einengen, wobei man den Eindruck erhalte, die Beschwerdeführerin würde zum Zielbegriff assoziieren und sich langsam an ihn heranarbeiten. Diese Mühen seien spontansprachlich und noch deutlicher beim Konfrontationsbenennen zu beobachten. Sie würden zum Teil durch Gesten wettgemacht. Die Schwierigkeiten fluktuierten, selten seien sie über weitere Abschnitte praktisch fehlend (Urk. 7/108/3).

Wie bei allen früheren Abklärungen lautete das Fazit des Berichts wiederum, dass aus neuropsychologischer Sicht die beobachteten Funktionsdefizite die Einschränkungen im Alltag nicht erklären würden. Lapsi wie das Vergessen, wie man ein Gartentörchen öffne, seien genauso wenig erklärt wie das ständige Wiederfinden-Müssen des Badezimmers im vertrauten Haus. Einzelne Defizite seien im Untersuchungskontext zudem widersprüchlich (ungenügend des Zahlennachsprechen und enorm knappes Arbeitsgedächtnis bei guter Lernleistung für eine lange Wortliste, gutes Abschneiden in einem der beiden Symptomvalidierungstests). Die widersprüchlichen Resultate in zwei angekündigten standardisierten Symptomvalidierungsverfahren würden keine endgültige Antwort bezüglich der Anteile an Aggravation/Simulation am Gesamtbild der erbrachten Leistungen liefern. Sie würden auch nicht darüber hinweg helfen, eine Interpretation ausserhalb eines neuropsychologischen Kontextes finden zu müssen (Urk. 7/108/4).

E. 5.6

Weiter liess die Beschwerdeführerin Dr. B.____ am 21. Januar 2015 eine Stellungnahme zum A.____-Gutachten verfassen. Diese betonte vorab, dass sich der Zustand seit Behandlungsbeginn im April 2007 auf keinen Fall verbessert habe. Die Beschwerdeführerin habe gelernt, damit umzugehen, doch seien alle Symptome und Befunde nach wie vor vorhanden. Die Beschwerdeführerin verschliesse die Augen vor dem Ausmass der Störung und habe sehr gute Copingstrategien entwickelt (Urk. 7/110/1).

Zur gutachtlichen Exploration/Anamnese stellte sie richtig, dass ihre Praktikantin selbst erlebt habe, wie die Beschwerdeführerin beim Öffnen des Kühlschranks aufgrund des Lichts erstarrt sei. Beim Haushalt habe der Beschwerdeführerin früher der Nachbar geholfen. Seit einem Streit mit der selben würden Bekannte/Freundinnen sowie neuerlich eine Spitex dies übernehmen. Den Wochenplan halte die Beschwerdeführerin ferner strikt ein, damit sie den Tag wisse und eine Tagesstruktur habe. Diese sei alsdann vor der A.____-Untersuchung mit einer Freundin nach AC.____ gefahren, um Zug, Bahnhof und Tram zu fotografieren. Die Stütze mit dem Tablet habe man als festen Bestandteil in die Copingstrategien eingebaut. Die Beschwerdeführerin habe vor der Untersuchung auch Reservezeit eingeplant und gewusst, wo sie warten würde. Die Zeitungstour mache sie im Übrigen eher selten allein. Oft rufe sie beim Arbeitgeber an und gebe diese ab. Sie benötige Hilfe beim Finden der Häuser und der richtigen Briefkästen. Trotzdem müsse sie alles fast

zwanghaft mehrmals kontrollieren. Schmerzen und Krämpfe, so dass ihr Dinge aus der Hand fallen würden, beschreibe sie auch schon seit längerem. Ausserdem seien bei der Chemotherapie starke Halluzinationen aufgetreten, die nie ganz verschwunden seien. Die Beschwerdeführerin habe ihr einst von der Geisterwelt berichtet, doch sie habe es versäumt nachzufragen und die Beschwerdeführerin habe nichts mehr erzählt, weil es ihr peinlich sei. Tat sächlich komme es öfters zur Verkennung von Schatten, Autos etc. und gele gentlich sitze nachts jemand auf dem Bett der Beschwerdeführerin, der ihr über den Kopf streichle. Schliesslich habe die Beschwerdeführerin nie regel mässig eine Kolumne geschrieben. Einige Kolumnen seien auf deren Home page erschienen, nicht in Printmedien. Für das Schreiben benötige die Beschwerdeführerin zudem viel Zeit und für alles Lektorate (Urk. 7/110/2 f.).

Bezüglich der Psychopathologie wies Dr. B.____ insbesondere auf das Brü chige Identitätsgefühl (erinnert sich anhand von Fotos an sich/ihre Familie) und die zeitweise kaum vorhandene Selbstwahrnehmung hin (verkennt Schmerzen). Die Beschwerdeführerin repräsentiere nach Aussen eine kompe tente selbstsichere Frau, was ihr aber nur für kürzere Zeit gelinge. Ferner gab Dr. B.____ einen Auszug aus einer E-Mail wieder, in der die Beschwerde führerin über die Fürsorge ihrer Freundinnen im Hinblick auf ihre Desorien tiertheit berichtete. Dazu beschrieb Dr. B.____ selbst beobachtete Orientie rungsstörungen (Praxis nach dem Umzug erst nach mehreren Anläufen direkt gefunden, motorisch impulsive Reaktionen in die falsche Richtung, Suche von Ausgangstür oder Toilette). Bezüglich Sprache sei ihr fremdanamnestisch bestätigt worden, dass die Beschwerdeführerin trotz grosser Phantasie kaum zusammenhängende Texte niederbringen könne und nicht wisse, wie man Konjunktive anwende. In ihrer Praxis würden gelegentlich Wortfindungs störungen auffallen, die mit Umschreibungen kompensiert würden. Zudem müsse die Beschwerdeführerin längere E-Mails besprechen, wobei ihr selbst auch aufgefallen sei, dass diese meist nur mit der Betreffzeile kommuniziere. Für Lesungen lerne die Beschwerdeführerin gemäss Fremdanamnese den Text auswendig und drucke ihn in Schriftgrösse 14 aus. Sie übe wochenlang und sei nach der Lesung völlig erschöpft. Ferner bestehe auch ein impulsives Verhalten. So habe ihre Bekannte berichtet, dass sich die Beschwerdeführerin rücksichtslos durch den Laden kämpfe, wenn sie ein Produkt im Kopf habe. Ein Multitasking sei unmöglich (Urk. 7/110/3-5).

Dr. B.____ schloss daraus neu auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.9) mit gemischter Symptomatik sowie – als Zusatzdiagnose und Differentialdiagnose zur Orientierungsstörung – einer dissoziativen Störung (ICD-10: F44.0). Die Perioden des Nichtwissens, was geschehen sei, könnten als Orientierungsstörung mit reduzierter Aufmerksamkeit oder als dissozia tive Störung aufgefasst werden. Sie selbst habe nur Orientierungsstörungen erlebt. In der Literatur sei bekannt, dass Zytostatika Schäden am Gehirn ver ursachen könnten, ebenso sei der mit der Verarbeitung der Diagnose entste hende Stress im Verdacht, entsprechend ausgebildete Copingmeachanismen zu überfordern. Diesbezüglich legte Dr. B.____ diverse medizinische Fach artikel bei. Schliesslich machte sie nochmals deutlich, die Verlässlichkeit sei nicht gegeben, eine Leistung genügend lange und intensiv aufrechtzuerhal ten, um sich den Lebensunterhalt selbst zu verdienen. Daran ändere nichts, dass die Beschwerdeführerin an einem Tag für einige Stunden recht gut kompensiert arbeiten oder Tests bzw. Angaben machen könne. Sei die Beschwerdegegnerin anderer Auffassung, sei das Arbeitsverhalten über einen Tag/eine Woche ohne Testsituation und im Verlauf zu beurteilen (Urk. 7/110/6 f.).

E. 5.7

Im Schreiben vom 1. Februar 2015 machte Dr. B.____ nochmals geltend, die Abklärung im E.____ erkläre, weshalb die Beschwerdeführerin zu langsam und unpräzise schreibe. Deren Verlegerin wolle keine Bücher mehr herausbringen, da die Texte zu schlechte Qualität hätten. Die Orientierungsstörungen müssten daher am ehesten einer dissoziativen Störung zugeordnet werden. Die Schwierigkeiten liessen sich bei Tests zwar beobachten, könnten aber nicht in einem Krankheitsbild integriert werden, weshalb es sich um ein syndromales Beschwerdebild handeln müsse. Die Frage der Simulation sei verständlich, decke sich aber absolut nicht mit den Ansichten der Beschwerdeführerin und den von ihr selbst regelmässig gesehenen, aber nicht voll erfassten Beschwerden. Im Zweifelsfalle sei eine berufliche Abklärung vorzunehmen (Urk. 7/109/1). Mit Schreiben vom 21. Juli 2015 bat Dr. B.____ überdies darum, einen Bericht bei der Spitexhilfe anzufordern (Urk. 7/119).

E. 5.8

Der RAD kam bereits am 26. Juni 2014 zum Schluss, dass das A.____-Gutachten alle formalen Aspekte erfülle (Urk. 7/96/6 f.), und stellte auch in seiner Stellungnahme zu den in E. 5.5 bis 5.7 zusammengefassten Unterlagen darauf ab, ohne sich näher mit den detaillierten, teilweise auf fremdanamnestic Angaben oder selbst beobachtetes Verhalten gestützte Vorbringen von Dr. B.____ auseinanderzusetzen. So hielt er fest, dass mit dem E.____-Bericht keine neuropsychologische Erklärung für die geklagten Einschränkungen beigebracht worden sei, dafür aber eine depressive Problematik erneut verneint würde. Bereits Dr. Y.____ habe eine dissoziative Störung und depressive Problematik beschrieben. Die von ihr vorgeschlagenen weiteren somatischen Abklärungen seien indes erst im aktuellen Revisionsverfahren vorgenommen worden. Im A.____-Gutachten hätten letztlich keine nachvollziehbaren Befunde erhoben werden können und seien eine dissoziative Störung und depressive Problematik explizit als nicht vorliegend beurteilt worden. Die Beschwerdeführerin habe mit den neuen Unterlagen keine nicht bereits bekannten oder gewürdigten Befunde vorgebracht. Somit könne die Einschätzung gemäss A.____-Gutachten weiterhin als nachvollziehbar beurteilt werden (Urk. 7/120/4).

E. 6.1

In der aktuellen Revision ergeben sich also wiederum keine Anhaltspunkte für ein Krebsrezidiv oder eine neurologische respektive neuropsychologische Ursache der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Symptomatik. In Frage kommt also nur noch ein psychisches Leiden. Festzustellen ist weiter, dass die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben gegenüber den A.____-Gutachten ihren Alltag vor Ankündigung der Renteneinstellung allein meisterte, seit der letzten Rentenrevision nachweislich vermehrt als Schriftstellerin (neu verfasster Roman, Lesungen, Teilnahme an Veranstaltungen) tätig war und auch die sie behandelnde Psychiaterin von einer zwischenzeitlichen Adaption an das Leiden ausgeht. Ebenso kann ein sozialer Rückzug angesichts der regelmässigen Treffen mit Freundinnen, Verwandtenbesuche im Ausland und öffentlichen Lesungen klar verneint werden. Eine gewisse Besserung räumte die Beschwerdeführerin zudem gegenüber Dr. Z.____ auch selbst ein. Diese Umstände indizieren eine gewisse Verbesserung der Erwerbsfähigkeit.

E. 6.2

Konstant geblieben sind indes die subjektiv geklagten Beschwerden und der seit Beginn weitgehend unauffällige psychopathologische Befund in den psychiatrischen

Untersuchungen. Dr. S.____ war allerdings der einzige, der daraus auf ein offenbar von Anfang an bewusstes Vortäuschen der Symptomatik schloss. Alle übrigen Ärzte räumten ein, es sei möglich, dass eine dissoziative Störung vorliege. Dr. B.____ zog nach eingehender Fremdanamnese, aber ohne dies weiter zu substantiieren, sodann erstmals eine Persönlichkeitsstörung im Sinne einer nicht näher bezeichneten pathologischen Persönlichkeit in Betracht (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 284). Eine anhaltende, relevante depressive Symptomatik als selbständiges Leiden oder Begleitsymptomatik steht in den aktuellsten Arztberichten nicht mehr zur Diskussion. Dies gilt auch für die Berichte von Dr. B.____, welche zu Beginn der Revision noch eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion diagnostiziert hatte. Dies lässt entgegen der Auffassung von Dr. S.____ allerdings nur bedingt auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und keinesfalls zwingend auf eine volle Arbeitsfähigkeit schliessen. Entgegen seiner Darstellung war für Dr. Y.____ bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nämlich nicht allein die mittelgradige depressive Störung massgebend, vielmehr sprach sie ausdrücklich von einer Doppeldiagnose und Komorbidität mit Blick auf die dissoziative Störung. Es kommt hinzu, dass Dr. Y.____ damals selbst einräumte, dass die Beschwerdeführerin eigentlich nicht depressiv wirke, jedoch gewisse Symptome entsprechender Ausprägung vorliegen würden.

E. 6.3

Bezüglich der somit in den Fokus gerückten dissoziativen Störung ist zunächst auf die Definition im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 hinzuweisen. Das allgemeine Kennzeichen ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Normalerweise besteht ein hoher Grad bewusster Kontrolle darüber, welche Erinnerungen und Empfindungen für die unmittelbare Aufmerksamkeit selektiert, und welche Bewegungen ausgeführt werden. Von den dissoziativen Störungen wird angenommen, dass die Fähigkeit zu bewusster und selektiver Kontrolle gestört ist, in einem Ausmass, das von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde wechseln kann. Es lässt sich nur sehr schwer feststellen, ob und in welchem Umfang dieser Funktionsverlust willkürlich kontrolliert werden kann. Die beschriebenen dissoziativen Störungen werden als „psychogen“ entstanden angesehen. Das heisst, es besteht eine nahe zeitliche Verbindung zu traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen. Der Begriff der Konversion wird für einige dieser Störungen in einer weiter gefassten Bedeutung verwendet und bedeutet, dass der unangenehme Effekt, der durch die unlösbaren Schwierigkeiten und Konflikte hervorgerufen wird, in irgendeiner Weise in Symptome umgesetzt wird. Es wird meist von einem plötzlichen Beginn und Ende der dissoziativen Zustandsbilder berichtet. Sie sind aber selten zu beobachten, abgesehen von geplanten Interaktionen und Verfahren wie Hypnose. Alle dissoziativen Zustände tendieren dazu, nach einigen Wochen oder Monaten zu remittieren, besonders wenn der Beginn mit einem traumatisierenden Lebensereignis verbunden war. Eher chronische Zustände, besonders Lähmungen und Gefühlsstörungen, entwickeln sich manchmal recht langsam, vor allem wenn sie mit unlösbaren Problemen oder interpersonellen Schwierigkeiten verbunden sind. Dissoziative Zustände, die bereits länger als ein bis zwei Jahre bestehen, bevor sie in psychiatrische Behandlung gelangen, sind häufig therapieresistent. Patienten mit dissoziativen Störungen verleugnen oft auffallend ihre für andere ganz offensichtlichen Probleme und Schwierigkeiten. Alle Probleme, die sie selbst erkennen, können von ihnen auf die dissoziativen Symptome zurückgeführt werden. Ein überzeugender Beleg für eine

psychische Verursachung kann, auch wenn vieles dafür spricht, schwierig zu erbringen sein (vgl. Dilling/Mom-bour / Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 214 f.).

Demnach könnte eine Konversionsstörung die von der Beschwerdeführerin geschilderten ungewöhnlichen und wellenförmig verlaufenden Beschwerden weitgehend erklären. Ebenso wird aufgrund des vorstehend Gesagten verständig, weshalb die Symptomatik selbst für diejenigen Ärzte nur schwer einzuordnen war, welche die Klagen der Versicherten über Beschwerden als zuverlässig einstufen. Dementsprechend ist gut nachvollziehbar, dass das Bundesgericht in seinem Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4 festhielt, dass es die Anwendbarkeit der für anhaltende somatoforme Schmerzstörungen entwickelten Praxis auf die dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung bereits bejaht habe und eine rechtliche Gleichbehandlung der dissoziativen Bewegungsstörung auch unter dem Gesichtswinkel der Klassifizierung korrekt sei.

E. 6.4

Des Weiteren ist zu erwähnen, dass Prof. U.____ als Alternative auch ein sog. Chemo-Brain nicht ausschloss, während eine derartige Nebenwirkung der Chemotherapie in den vorliegenden neuropsychologischen und neurologischen Berichten als unwahrscheinlich beurteilt wurde. Entsprechende Fachliteratur wurde in Kopie von Dr. B.____ bereits im Vorbescheidverfahren ins Recht gelegt (Urk. 7/110/8 ff.), ohne dass sich der RAD damit befasst hätte. Letztlich handelt es sich hierbei um eine medizinische Frage, wobei die diesbezüglich widersprüchliche Aktenlage – sofern nötig und überhaupt möglich – ärztlicherseits zu klären ist.

E. 6.5

Richtig ist sodann die implizite Schlussfolgerung im A.____-Gutachten, dass bei Aggravation oder einer ähnlichen Leistungseinschränkung regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vorliegt. Dies trifft namentlich zu, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, wenn intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, wenn keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, wenn demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Die Grenzziehung zwischen einer anspruchsausschliessenden Aggravation und einer blossen Verdeutlichungstendenz ist indes heikel. Ob die Grenze überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung. Eine Aggravation zeichnet sich aus durch eine Übertreibung oder Ausweitung von Beschwerden, indem tatsächlich vorhandene Symptome zur Erreichung eines Ziels (z.B. Rente) verstärkt werden. Externe Motivation und Bewusstseinsnähe sind somit starke, allerdings oft schwierig nachzuweisende Anhaltspunkte für eine anspruchshindernde Aggravation. Eine solche liegt umso eher vor, je mehr Hinweise auf eine absichtliche, gesteuerte und in diesem Sinne "bewusste" Symptomerzeugung hindeuten. Es ist folglich zentral, dass die Ärzte alle verfügbaren Hinweise aus dem Alltag der versicherten Person, insbesondere auch aus dem ausserberuflichen Bereich, berücksichtigen und auf dieser möglichst breiten Beobachtungsbasis eine Verbindung herstellen zwischen dem festgestellten versicherten Gesundheitsschaden und den dadurch bewirkten funktionellen Einschränkungen einerseits sowie den geschilderten sowie tatsächlichen, gegebenenfalls fremdanamnestisch erhobenen

Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation andererseits. Besteht Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre, ist der Rentenanspruch ausgeschlossen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 mit diversen Hinweisen).

Dr. S.____ hat den Verdacht auf Aggravation vorab mit seinem Untersuchungsbefund, dem Bericht der Klinik F.____ aus dem Jahr 2005 sowie den schriftstellerischen Leistungen der Beschwerdeführerin begründet. Fremdanamnestiche Angaben hat er keine eingeholt. Wirklich neu ist dabei nur, dass die Beschwerdeführerin wieder vermehrt Texte schreibt und Lesen tätig, wobei ersteres nicht auf eine konstante Leistungsfähigkeit über mehrere Tage, Wochen und Monate schliessen lässt und letzteres gemäss den von Dr. B.____ eingeholten fremdanamnestiche Angaben eine aufwendige Vorbereitung bedingt bzw. grosse Anstrengung darstellt. Im Übrigen zeigen sich erhebliche Diskrepanzen zwischen den eigenanamnestiche Angaben der Beschwerdeführerin gemäss A.____-Gutachten und den von Dr. B.____ erhobenen fremd- und eigenanamnestiche Angaben (z.B. selbständige Haushaltsführung). Dabei kommt es nach der vorstehenden Definition bei dissoziativen Störungen auffallend häufig vor, dass Betroffene ihre Beschwerden verleugnen.

E. 6.6

Nur am Rande sei schliesslich erwähnt, dass nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Die Therapie muss in dem Sinne konsequent gewesen sein, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1). Ist eine mittelgradige depressive Episode indes eine „blosse“ Begleiterscheinung (zum Beispiel Urteil des Bundesgerichts 8C_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 3.4; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depression, in: SZS 2015 308 ff., 312) zu einer somatoformen Schmerzstörung oder einem vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.2), beurteilt sich die Frage der invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach der Schmerzrechtsprechung (BGE 141 V 281; vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_624/2015 vom 25. Januar 2015 E. 3.2.2 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 4.4).

E. 6.7

Gesamthaft betrachtet kann also nicht auf das psychiatrische Teilgutachten des A.____ abgestellt werden, das keine Änderung in den Befunden nachweist, die eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 0 auf 100 % zu erklären vermag, und dessen oberflächliche Auseinandersetzung mit den divergierenden, nur teilweise vorliegenden Arbeitsfähigkeitseinschätzungen aus zwei verwaltungsrechtlichen Verfahren ebenso wenig überzeugt. Der medizinische Sachverhalt wurde bisher nur ungenügend abgeklärt. Unklar ist, ob ein bzw. welches Leiden besteht, wie sich dieses objektiv betrachtet im Alltag auswirkt und ob gegebenenfalls eine medikamentöse Therapie als zumutbar bzw. adäquat

zu gelten hat. Angesichts der Vorakten kann das Teilgutachten von Dr. S. ___ bereits aufgrund der für die Untersuchung aufgewendeten Zeit von lediglich 60 Minuten nicht mehr als inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig gelten. Dabei ist auch zu beachten, dass dissoziative Störungen respektive aggraviorisches Verhalten nach dem vorstehend Gesagten per se schwierig zu diagnostizieren und beurteilen sind. In Ziff. 3 der „Qualitätslinien für versicherungspsychiatrische Gutachten“ der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom 16. Juni 2016 wird eine „angemessene“ Dauer der Untersuchung mit genügend Zeit für eine umfassende Anamnese und ein vollständiges Bild der Befundlage verlangt (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 9C_747/2011 vom 10. Februar 2012 E. 2.2.2 und 9C_170/2009 vom 6. Mai 2009 mit Hinweisen). Diesbezüglich ist vorliegend der einleuchtend begründeten Empfehlung von Dr. Z. ___ (Urk. 7/80/6) zu folgen und eine stationäre Begutachtung durchzuführen. Nur mit einer solchen Abklärung kann eine sachlich nachvollziehbare Grundlage zur Beantwortung der Fragen nach einer weiteren Berentung geschaffen werden. Ein stationärer Rahmen bietet zudem die Gelegenheit, eingehend die Möglichkeiten einer adäquaten Medikation zu prüfen. Inwiefern darüber hinaus beispielsweise fremdanamnestiche Angaben (z.B. Spitalhilfe) einzuholen sind, ein Blick auf das Tablet zu werfen ist, eine Rohfassung des Manuskripts vorzulegen ist oder dergleichen, ist vom mit der stationären Begutachtung zu beauftragenden Facharzt respektive der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie zu entscheiden.

E. 7

Zusammenfassend kann über den strittigen Rentenanspruch somit nicht ohne zusätzliche medizinische und gegebenenfalls – bisher fehlende - erwerbliche Abklärungen entschieden werden. Da die Abklärungen grundsätzlicher Natur sind und im Rahmen der Invaliditätsbemessung allenfalls schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, ist die Sache zur Durchführung der notwendigen stationären Abklärung und zur neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]; vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). Dabei wird je nach Diagnosestellung auch die Rechtsprechung des Bundesgerichts zu anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden gemäss BGE 141 V 281 zu berücksichtigen sein. In diesem Sinne ist die angefochtene Verfügung vom 22. Juli 2015 aufzuheben. Dasselbe gilt für die Verfügung vom 29. Juli 2015. Über die Meldepflichtverletzung ist erst zu entscheiden, wenn feststeht, dass zu Unrecht Leistungen bezogen wurden, d.h. die Frage der Arbeitsfähigkeit geklärt ist. Im Übrigen ist die Beschwerdegegnerin daran zu erinnern, dass jeweils auch der Vorbescheid betreffend die Rückerstattungspflicht mit den Akten einzureichen ist. Die Beschwerde ist in diesem Sinne vollumfänglich gutzuheissen.

Anzumerken bleibt, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung begründet in BGE 106 V 18 und bestätigt in BGE 129 V 370

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 Verwaltungsverfügung andauert. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand

unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzu setzen. 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 Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 1 und 3 GSVGer). Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin machte mit Eingabe vom 2. März 2017 (Urk. 17) einen Aufwand von 17.75 Stunden à Fr. 220.-- sowie Barauslagen von Fr. 131.-- zuzüglich MWSt geltend. Unter Berücksichtigung der Komplexität des medizinischen Sachverhalts kann der eher hohe Aufwand für das Aktenstudium und den Austausch mit der behandelnden Psychiaterin per Telefon und E-Mail als angemessen bezeichnet werden. Indes ist der geltend gemachte Aufwand vom 11. September 2015 von sechs Stunden für das Abfassen der knapp 14-seitigen Beschwerdeschrift inkl. Deckblatt zu hoch und um zwei Stunden zu kürzen. Nicht zu beanstanden ist der intensivere, aber sachdienliche E-Mail-Austausch (z.B. betreffend Einhaltung der Meldepflicht oder Textarchiv) mit der Beschwerdeführerin (vgl. Aufstellung in Urk. 18). Die Beschwerdegegnerin ist daher zu verpflichten, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'883.70 (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtenen Verfügungen vom 22. und 29. Juli 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter stationärer diagnostisch-therapeutischer Abklärung über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und gegebenenfalls einen Rückerstattungsanspruch nach Art. 25 ATSG neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Jürg Maron, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 3'883.70 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Maron - 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 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

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