

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00602 vom 31. Oktober 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00602

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00602 du 31 octobre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00602 del 31 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für

sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.4

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, 131 V 39 E. 1.2, 139 V 547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). 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 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6 ; 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4).

Die Rechtsprechung hat zu den „vergleichbaren psychosomatischen Leiden“ ausdrücklich jene gezählt, die im Nachgang zu BGE 130 V 352 über die Jahre als sogenannte „pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare

organische Grundlage“ in invalidenversicherungs rechtlicher Hinsicht den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen (Regel-Ausnahmemodell mit "Überwindbarkeitsvermutung“) unterstellt wurden (BGE 142 V 342 E. 5.2.1; 141 V 281 E. 4.2; 140 V 8 E. 2.2.1.3; bislang: Fibro myalgie: BGE 132 V 65 E. 4 [Urteil des Bundesgerichts I 336/04 vom 8. Februar 2006]; dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung: Urteil des Bundes gerichts I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4 in fine, in: SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149; dissoziative Bewegungsstörung: Urteil des Bundesgerichts 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4; Chronic Fatigue Syndrome [CFS; chronisches Müdig keitssyndrom] und Neurasthenie: Urteile des Bundesgerichts I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44, und 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, in: SVR 2011 IV Nr. 26 S. 73; spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzungen [Schleuder trauma] ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle: BGE 136 V 279 [Urteil des Bundesgerichts 9C_510/2009 vom 30. August 2010]; nichtorganische Hypersomnie: BGE 137 V 64 E. 4 [Urteil des Bundesgerichts 9C_871/2010 vom 25. Februar 2011]; leichte Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom: Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2012 vom 15. Juni 2012 E 5.2 und 6.1). Gemäss BGE 142 V 342 ist die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 auch auf eine posttraumatische Belastungsstörung anwendbar .

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.6

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]). Gemäss stän diger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Ver fahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der ent scheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 24. Mai 2016 Beschwerde (Urk. 1) mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei ersatzlos aufzuheben. Eventualiter sei, falls das Gericht eine Revision zulasse, die aktuelle Rente auf eine halbe Rente zu kürzen. Ferner sei der Beschwerde die aufschiebende Wir kung zu erteilen (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Juni 2016 ersuchte die IV-Stelle um Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), worüber die Versicherte mit Verfügung vom 13. Juli 2016 orientiert wurde. Ausserdem wurde deren Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung abgewiesen (Urk. 7). Das

Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2016 (Urk. 2) zusammengefasst auf den Standpunkt, die Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten gebessert habe und diese nun in einer körperlich sehr leichten und am besten wechselbe lastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Ausgehend von einem Validen einkommen von Fr. 93'847.60 und einem Invalideneinkommen von Fr. 78'505.40 ergebe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 16 % (S. 2).

Unter Bezugnahme auf die seitens der Versicherten im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwände führte die IV-Stelle sodann aus, dass sich der psychische Gesundheitszustand klar gebessert habe, da die depressive Symptomatik zwischenzeitlich remittiert sei. Die Veränderung des rheumatologischen Gesundheitszustandes sei angesichts dieses Umstandes nicht relevant. Überdies hielt die Beschwerdegegnerin fest, dass auch die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG erfüllt seien, da im Zeitpunkt der Rentenzusprechung die Überwindbarkeitsprüfung anhand der Foerster-Kriterien nicht vorgenommen worden sei. Die Überwindbarkeit hätte aufgrund der konkreten Umstände bejaht werden müssen, weshalb sicherlich kein Anspruch auf eine ganze Rente resultiert wäre und sich die Verfügung vom 19. Oktober 2012 damit als zweifellos unrichtig erweise (S. 3 f.). Im Übrigen sei die Überprüfung der Rente auch gestützt auf die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision zulässig (S. 4).

E. 2.2

Die Versicherte brachte demgegenüber in ihrer Beschwerdeschrift vom 24. Mai 2016 (Urk. 1) im Wesentlichen vor, dass die Rente bereits nach Inkrafttreten der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision zugesprochen worden sei, weshalb die Rentenüberprüfung gestützt hierauf nicht zulässig sei (S. 6). Ferner seien auch die Voraussetzungen für eine wiedererwägungsweise Aufhebung der Rente nicht erfüllt. Bei der damaligen Rentenzusprechung sei zwar zu Unrecht keine Prüfung der Foerster-Kriterien erfolgt. Die weiteren Abklärungen hätten indes ergeben, dass die Rentenzusprechung im Ergebnis nicht zweifellos unrichtig gewesen sei (S. 7). Des Weiteren vertrat die Beschwerdeführerin die Auffassung, dass keine erhebliche und dauernde Verbesserung ihres Gesundheitszustandes ausgewiesen sei, weswegen kein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliege (S. 7 f.). Bezugnehmend auf ihren Eventualantrag - Herabsetzung der ganzen auf eine halbe Rente - merkte die Versicherte sodann an, dass die Beurteilung durch den RAD aus verschiedenen Gründen nicht beweistauglich sei und in diametralem Widerspruch zum bidisziplinären Gutachten stehe (S. 8 ff.). Im Übrigen sei von einem Valideneinkommen von Fr. 95'315.70 und - unter Berücksichtigung eines Leidensabzuges von 25 % - von einem Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 40'941.-- auszugehen. Damit resultiere ein Invaliditätsgrad von 51 %, weshalb ein Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung bestehe (S. 13 f.). 3. 3.1

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin lässt sich anhand der Aktenlage zusammenfassend wie folgt darstellen:

Die mit Verfügung vom 19. Oktober 2012 (Urk. 6/71) erfolgte Zusprechung der unbefristeten ganzen Rente ab dem 1. Januar 2012 basierte auf dem polydisziplinären

A.____-Gutachten vom 2. Februar 2012 (Urk. 6/49). Damals wurden folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 6/49/17): - Degenerative Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule (Diskusprotrusion C5-C6, flache dorsomediane Diskushernie L1-L2 und L5-S1 ohne neurologische Ausfallzeichen) - Mögliche chronische intermittierende Radikulopathie S1 links - Dissoziative Bewegungsstörung, hauptsächlich mit persistierender Ataxie in den Beinen, vorübergehende Lähmung der Beine und Akinesie, Fingertremor (ICD-10 F44.4) - Mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11).

Kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde dagegen namentlich folgenden Diagnosen beigemessen (Urk. 6/49/17): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Wirbelsäulenfehlhaltung (dekompensierte rechtskonvexe Skoliosierung der Brustwirbelsäule, kurzstreckige linkskonvexe Skoliosierung der Lendenwirbelsäule mit globaler Wirbelsäulenantelexion) - Haltunginsuffizienz.

In neurologischer Hinsicht hielt Dr. med. E. ____, Facharzt für Neurologie, fest, die Versicherte habe berichtet, dass im Jahr 2007 erstmals Rückenprobleme aufgetreten seien mit damit einhergehenden Schwierigkeiten, die Beine zu bewegen. Diese Situation sei nach zwischenzeitlichen Besserungen wiederum in den Jahren 2009 und 2010 aufgetreten. Im Januar 2011 sei es zu einer kompletten Plegie der unteren Extremitäten gekommen, worauf die Beschwerdeführerin im F. ____ untersucht aber nicht ernst genommen worden sei. Danach habe sich die Problematik wieder leicht gebessert. Sie habe versucht, in einem 50%-Pensum zu arbeiten, was aber nicht funktioniert habe. Aktuell seien die Probleme zum einen die Schmerzen in der Wirbelsäule und den unteren Extremitäten, zum anderen die Versteifungen. Die Versicherte habe das Gefühl, als ob die Beine beidseits abgeschnitten würden. Beim Stehen, Laufen und Sitzen würden die Schmerzen zunehmen. Seit vielen Monaten gehe sie nur noch mit zwei Stöcken. Hinzu kämen circa ein Mal pro Woche Kopfschmerzen, die gut auf Dafalgan ansprechen würden (Urk. 6/49/33 f.). Anlässlich der Untersuchung sei insbesondere das groteske Gangbild aufgefallen. Die Explorandin habe sich mit einem um 90 Grad vorgeneigten Oberkörper sehr verlangsamt bewegt. Das Stehen sei nur mit Gehstöcken möglich gewesen. Der Muskeltonus und die Muskelatrophie seien indes erhalten gewesen. Die Versicherte habe die Muskeln während der Kraftuntersuchung jedoch nur minimal aktiviert. Es habe sich eine deutliche Seitendifferenz des Achillessehnenreflexes ergeben; dieser sei rechts mittellebhaft und links nicht auslösbar gewesen. (Urk. 6/49/35). Ferner hätten sich Zeichen einer leichtgradigen Radikulopathie S1 links gezeigt. Es sei jedoch sehr schwer zu beurteilen, inwiefern diese an der Symptomatik und den subjektiven Beschwerden der Explorandin beteiligt sei. Zu unterstreichen sei, dass die Versicherte eindeutig eine vor allem rechtsseitige Schmerzsymptomatik der unteren Extremitäten beschreibe, ohne dass es auf dieser Seite einen objektivierbaren Befund einer neurogenen Genese geben würde. Eine linksseitige, intermittierende Schmerzsymptomatik der unteren Extremitäten sei aber aufgrund des klinischen Befundes in der Tat möglich. Diese würde aber zu keiner Zeit zu dem grotesken Gangbild führen, welches neurologisch nicht zu erklären sei und alle Zeichen eines psychogenen Ursprungs trage. Vor diesem Hintergrund sei für die angestammte Tätigkeit von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. In anderen wechselbelastenden Tätigkeiten, die eine ergonomische Haltung des Rückens erlauben und keine grösseren Kraftanstrengungen erfordern würden, sei aus neurologischer Sicht von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 6/49/36).

Dr. med. G.____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, führte in seiner rheumatologischen Teilexpertise aus, die Versicherte habe namentlich über stechende Schmerzen im Bereich der Trapeziusmuskulatur mit starker Verspannung des Nackens berichtet. Ferner klagte sie über Rücken schmerzen eher brennenden Charakters, welche tagsüber immer präsent seien und durch Bewegungen eher zunehmen würden. Hinzu komme eine starke Schwäche und Gefühllosigkeit der unteren Extremitäten (Urk. 6/49/41). Die Beschwerdeführerin habe während der gutachterlichen Untersuchung eine massive Wirbelsäulenfehlhaltung gezeigt. Vorwiegend im Stehen aber auch im Sitzen habe sie eine globale Wirbelsäulenanteflexion von circa 40 Grad und eine groteske dekompenzierte rechtskonvexe Skoliosierung der Brustwirbelsäule sowie eine kurzstreckige linkskonvexe Skoliosierung der Lendenwirbelsäule eingenommen. Der lumbale Muskelgürtel sei dekonditioniert. Die aktiven Flexionsbewegungen der Brust- und Lendenwirbelsäule seien normal erschienen. Die Versicherte habe jedoch deren passive Extension durch massive Gegenspannung verunmöglicht. Lumboradikuläre Ausfallzeichen würden fehlen und die angegebenen Beschwerden würden sich nur bedingt mit den degenerativen Bandscheibenveränderungen L1/L2 und L5/S1 erklären lassen. Die Funktionsprüfung der Hüft- und Kniegelenke sei des Weiteren durch aktive Gegenspannung stark erschwert worden. Insgesamt bestehe eine deutliche Inkongruenz zwischen den angegebenen Beschwerden, dem klinischen Eindruck und den objektivierbaren Befunden (Urk. 6/49/44). Aus rheumatologischer Sicht sei für die angestammte Tätigkeit als Pflegeassistentin von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Demgegenüber sei die Versicherte in einer krankheitsadaptierten Tätigkeit ab Januar 2010 zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 6/49/45).

Gegenüber Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, habe die Beschwerdeführerin über Ermüdung und grosse Schmerzen geklagt. Letztere seien unerträglich und würden ihr Leben zerstören. Sie schlafe auch schlecht deswegen und habe weniger Appetit aufgrund der Medikamente. Abklärungen, Spitalaufenthalte und ambulante Therapien hätten ihr nicht geholfen; nur die verschiedenen Schmerzmedikamente würden ihr vorübergehend Linderung verschaffen. Eine Operation sei ihr nie vorgeschlagen worden und sie möchte eine solche vermeiden. Im Rahmen der Befragung zur psychischen Situation habe die Versicherte sehr abwehrend gewirkt und depressive Verstimmungen verneint. Sie habe bisher nie psychische Probleme gehabt (Urk. 6/49/24 f.). Zur Exploration sei die Beschwerdeführerin mit sehr langsamen Schritten, stark vornübergeneigt und unsicher wackelnd an zwei Stöcken erschienen. Die Erscheinung sei eindrücklich respektive bizarr gewesen. Die Versicherte habe umständlich mit schmerzverzerrtem Gesicht Platz genommen. Anlässlich des Gesprächs habe sie mit leiser, kaum modulierter Stimme gesprochen und nicht dramatisierend oder theatralisch gewirkt. Sie sei allseits orientiert gewesen. Die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit sei gut gewesen. Inhaltliche Denkstörungen mit wahnhaften Störungen hätten nicht eruiert werden können. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei stark eingeschränkt gewesen. Die Versicherte habe monoton gesprochen und dabei distanziert gewirkt. Es könne von einer starken Abwehr emotionaler Inhalte ausgegangen werden. Die wiederholte Äusserung, sich manchmal plötzlich und vorübergehend wie ein Brett oder komplett gelähmt zu fühlen, könne ein Hinweis für ein dissoziiertes Erleben sein. Die Stimmung habe depressiv gewirkt, je nach Gesprächsthema auch ängstlich. Suizidgedanken seien verneint worden. Anhaltspunkte für Zwangsgedanken oder -handlungen hätten sich nicht finden lassen (Urk. 6/49/26). Im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung gelangte Dr. H.____ zum

Schluss, dass das starre und auffällig ausweichende Verhalten in Bezug auf die familiären Beziehungen eine psychologische Abwehr von wahrscheinlich traumatisierenden oder mindestens sehr belastenden Situationen vermuten lasse. So habe die Versicherte die familiären Beziehungen als „normal“ bezeichnet, ohne emotionale Schwingung, ohne Anekdoten und ohne weitere Details. Den Unfalltod ihres ersten Ehemannes habe sie ebenfalls ohne emotionale Reaktion kaum erwähnt (Urk. 6/49/27). Der Verdacht sei gross, dass es sich hierbei um eine Konversionsstörung handle. Ob diese dissoziative Störung im Zusammenhang mit einem akut traumatisierenden, verdrängten Lebensereignis in Verbindung stehe oder sich auf dem Boden von unlösbar scheinenden Problemen - am ehesten im familiären Bereich - chronisch entwickelt habe, bleibe unklar. Angst und depressive Gefühle wehre die Versicherte massiv ab; diese seien jedoch bewusst oder unbewusst präsent. Sowohl negative als auch positive Gefühlsäusserungen über die psychosoziale Situation würden unterdrückt. Es entstehe dabei ein gefühlloser Eindruck, der Ausdruck einer dissoziativen Abspaltung aber auch einer depressiven Verstimmung sein könne (Urk. 6/49/28). Insgesamt verunmögliche die bestehende Schmerz- und Bewegungsstörung mit Ausweitungsstendenz selbst eine teilzeitliche Arbeitsaufnahme. Diese Störung habe bisher aufgrund der depressiven und dissoziativen Problematik nicht überwunden werden können. Eine Behandlung auf einer psychotherapeutischen Station könnte durch eine längere Beobachtung und Abklärung die Diagnose erhärten und zudem erlauben, einen differenzierten Therapieplan zu erstellen (Urk. 6/49/29).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Experten zum Schluss, dass die Versicherte aus vorwiegend psychischen Gründen bei funktionellen Einschränkungen der Wirbelsäule und der depressiven sowie dyssozialen Problematik in ihrer angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin zu 100 % arbeitsunfähig sei. Aus rheumatologischer Sicht sei sie zu 50 % einsetzbar. Für eine gemäss individuellem Belastungsprofil angepasste Tätigkeit bestehe aus neurologischer und rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht in der Lage, alter native Tätigkeiten auszuüben (Urk. 6/49/22). 3.2

Den im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens eingeholten Berichten der behandelnden Ärzte und Therapeuten ist zu entnehmen, dass im Wesentlichen gestützt auf die Diagnosen der A.____-Gutachter weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für jedwede Tätigkeit auszugehen sei (Urk. 6/91, 6/97, 6/98, 6/101 und 6/107).

Am 5. Dezember 2013 unterzog sich die Versicherte aufgrund einer akuten Lumboischialgie in der I.____, Zürich, einer beidseitigen Fenestration sowie einer mikroskopischen Sequesterektomie und Dekompression der Nervenwurzel L5/S1 (Urk. 6/109/6 f.). Der peri- und postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen (Urk. 6/109/10). Dem postoperativen Bericht der I.____ vom 15. Januar 2014 ist zu entnehmen, dass die Versicherte gesamthaft über eine circa 40%ige Beschwerdebesserung berichtet habe. Sie gehe nun aufrechter. Es würden allerdings noch immer deutliche lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein vorliegen. Ferner bestehe noch ein schwerstes funktionelles Defizit mit deutlicher muskulärer Dysbalance und Verkürzung (Urk. 6/114/8 f.).

Vom 5. bis 18. März 2014 war die Beschwerdeführerin in der J.____ hospitalisiert. Sie habe über eine passagere Rückbildung der Schmerzen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule nach der operativen Versorgung im Dezember 2013 berichtet. Im Rahmen der Rehabilitation habe sie kontinuierliche Fortschritte gemacht und die

schmerzarme Mobilität habe zugenommen. Die Versicherte habe sich indes nur mit Unterarmgehstöcken fortbewegen können und es sei weiterhin eine deutliche muskuläre Dekonditionierung vorhanden (Urk. 6/117/1 f.). 3.3

Dem interdisziplinären Gutachten von Dr. med. C. ____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, und Prof. Dr. med. D. ____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Juni 2015 sind im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 6/132/60): - Unspezifische, vor allem lumbale Rückenschmerzen mit/bei Symptom ausweitung, Fehllhaltung, Haltungsinsuffizienz, Bandlaxizität und Diskopathie L5/S1 - Status nach operativer Dekompression L5/S1 am 5. Dezember 2013 wegen Radikulopathie S1 rechts - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4) bei ausgeprägtem primärem Krankheitsgewinn (positive Foerster-Kriterien).

Nicht beeinflusst werde die Arbeitsfähigkeit dagegen durch (Urk. 6/132/60): - Primärer, migräniformer Kopfschmerz möglich - Adipositas (BMI 28.9 bis 33.6 Kilogramm pro Quadratmeter) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - Persönlichkeitsakzentuierung mit leistungsorientierten Anteilen (ICD-10 Z73.1).

Gegenüber Dr. C. ____, habe die Versicherte angegeben, trotz Operation und Medikamenten immer noch unter konstanten Schmerzen zu leiden. Diese seien aber nicht mehr so unerträglich wie zuvor respektive zumindest um 50 % zurückgegangen. Zudem habe sie allgemein weniger Kraft, nicht nur in den Beinen und im Rücken, was die Explorandin auf ihre Schmerzen und die Gewichtszunahme von knapp 20 Kilogramm zurückführe (Urk. 6/132/38). Bei der Versicherten handle es sich um eine deutlich übergewichtige Frau in rechtem Allgemeinzustand. Die neurologische Untersuchung sei stark limitiert gewesen. So seien die Kraftprüfungen im Bereich der unteren Extremitäten nicht verwertbar. Sowohl die beschriebenen motorischen Schwächen als auch das demonstrierte Gangbild an zwei Amerikanerstöcken, vornüber und nach rechts gebeugt, sowie die Haltung würden sich nicht plausibel erklären lassen und seien nicht auf ein definierbares organisches Korrelat zurückzuführen. Die ins Bein ausstrahlenden Schmerzen fänden weder ein klinisches noch ein radiologisches Korrelat bei suffizienter, operativer Dekompression L5/S1. Die muskulären Nacken- und Schulterschmerzen würden sich bei fehlenden Tender points und fehlenden schmerzhaften okzipitalen Insertionen ebenfalls nicht objektivieren lassen. Insgesamt zeige sich ein chronifiziertes Schmerzbild, das sich in dieser Form nur zum kleinsten Teil durch das objektivierbare somatische Wirbelsäulenleiden erklären lasse. Insbesondere seien weder das zu beobachtende Gangbild noch die präsentierten Paresen nachvollziehbar, weshalb insofern auf das psychiatrische Teilgutachten verwiesen werden müsse. Therapeutisch würden aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht eine Haltungskorrektur sowie rehabilitative Massnahmen zur muskulären Kräftigung und Verbesserung einer mutmasslich auch vorhandenen kardiovaskulären Dekonditionierung im Vordergrund stehen. Es scheine allerdings so, dass die Versicherte zunächst Coping-Strategien erlernen müsse, um Rehabilitationsmassnahmen erfolgreich realisieren zu können. In Anbetracht der minimalen objektivierbaren Befunde lasse sich medizinisch-theoretisch für eine angepasste, wechselbelastende und den Rücken nicht belastende Tätigkeit keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit begründen. Eine erneute Tätigkeit in der Pflege erscheine demgegenüber illusorisch (Urk. 6/132/52 ff.).

In psychiatrischer Hinsicht führte Prof. Dr. D.____ aus, dass bei der Versicherten aktuell Schmerzen und Verkrampfungen im Vordergrund stehen würden. Es sei der gesamte Rücken bis in den Kopf und beide Beine betroffen. Einzig die Arme würden nicht schmerzen. Die Schmerzintensität betrage auf einer zehn stufigen visuellen Analogskala durchschnittlich sieben und variere zwischen sechs und zehn. Die Explorandin habe ferner eine Abhängigkeit zwischen der Schmerzintensität und psychosozialen oder emotionalen Faktoren bejaht. Nach affektiven Symptomen befragt, habe sie angegeben, stark sein und durchhalten zu müssen. Eine psychische Ursache ihrer Schmerzen könne sie sich nicht vorstellen (Urk. 6/132/112 f.). Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine quantitativen oder qualitativen Bewusstseinsstörungen eruieren lassen. Die Explorandin sei örtlich, sachlich, zeitlich und situativ orientiert gewesen. Kognitive Symptome seien nicht beklagt worden und auch nicht feststellbar gewesen. Die Aufmerksamkeit und Konzentration habe die Versicherte gut halten können. Der formale Gedankengang sei in Kohärenz und Stringenz intakt sowie im Tempo ungestört gewesen. Inhaltlich habe sich die Beschwerdeführerin auf das subjektive Schmerzerleben fixiert, habe jedoch noch flottieren können. Sie sei felsenfest von einer somatischen Genese ihrer Schmerzen überzeugt. Durchhaltestrategien seien stark vorherrschend. Anhaltspunkte für Wahn, Sinnes täuschung oder Ich-Störungen hätten sich nicht ergeben. Der Affekt sei während des Gesprächs minim zum negativen Pol verschoben gewesen. Die Schwingungsfähigkeit sei weitgehend erhalten. Die Versicherte habe keinen generellen Interessensverlust und auch keine Freudlosigkeit beklagt (Urk. 6/132/117 f.). Da sich im affektiven Bereich keine depressiven Symptome mehr hätten erheben lassen, sei von einer remittierten depressiven Störung auszugehen. Die Diagnosen einer dissoziativen Bewegungsstörung und einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren seien aufrechtzuerhalten, wobei sich Erstere im Vergleich zum Vorgutachten leicht gebessert habe (Urk. 6/132/121 f.). Die Prüfung der Foerster-Kriterien ergebe, dass weder eine psychische Komorbidität noch ein sozialer Rückzug in allen Lebensbereichen vorliege. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf im Sinne eines primären Krankheitsgewinns sei jedoch als gegeben zu erachten, weshalb die Überwindung des syndromalen Leidens nicht zumutbar sei. Zwar seien Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation aufgrund der hohen und rigiden innerpsychischen Abwehrmechanismen nicht konsequent verfolgt worden. Dies sei jedoch ein Symptom der psychischen Störung (Urk. 6/132/123 f.). Zusammenfassend stelle sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten zum jetzigen Zeitpunkt leicht gebessert dar, weshalb mittel- und langfristig von einer 80- bis 90%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen sei (Urk. 6/132/126-128). 3.4

Med. pract. K.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom RAD der Beschwerdegegnerin nahm in ihrer Stellungnahme vom 1. August 2015 auf der Basis des Gutachtens von Dr. C.____ und Prof. Dr. D.____ eine Prüfung der Standardindikatoren im Sinne der bundesgerichtlichen Praxis (vgl. E. 1.4) vor, ohne allerdings konkrete Schlussfolgerungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zu ziehen (Urk. 6/139/8 ff.). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist umstritten, ob die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Namentlich stellt sich die Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin mit Blick auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. C.____ und Prof. Dr. D.____ vom 16. Juni 2015 (Urk. 6/132) seit der Rentenzusprechung im Oktober 2012 gebessert hat und ob dementsprechend die Voraussetzungen für eine

Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG erfüllt sind (vgl. E. 2.1 f.). 4.2

Zunächst ist die Expertise von Dr. C.____ und Prof. Dr. D.____ auf ihren Beweiswert zu überprüfen. Sie basiert zum einen auf umfassenden rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen; zum anderen wurde sie in detail lierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 6/132/5 ff. und 6/132/66 ff.). Die Beschwerdeführerin konnte gegenüber beiden Gutachtern ihre aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt (Urk. 6/132/34 ff. und 6/132/105 ff.). Insbesondere im Rahmen der psychiatrischen Exploration konnte sie sich zu diversen Themenbereichen wie der familiären Situation, dem schulischen und beruflichen Werdegang sowie dem Krankheitsverlauf ausführlich äussern (Urk. 6/132/105 ff.). Die geklagten Leiden fanden im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und erläutert wurden (Urk. 6/132/46 ff., 6/132/60 f. und 6/132/125 ff.). Soweit möglich erfolgte ausserdem eine Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 6/132/47, 6/132/56 und 6/132/120 f.). Insgesamt erfüllt das Gutachten von Dr. C.____ und Prof. Dr. D.____ sämtliche praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. E. 1.5). 4.3

Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, das Gutachten vom 16. Juni 2015 weise keine erhebliche und dauernde Verbesserung des Gesundheitszustandes aus (Urk. 1 S. 8), während die Beschwerdegegnerin die Auffassung vertritt, der psychische Gesundheitszustand der Versicherten habe sich zum Positiven entwickelt (Urk. 2 S. 3).

Prof. Dr. D.____ stellte fest, dass die objektive Erhebung des Psychostatus der Versicherten eine gewisse Besserung gezeigt habe. Im affektiven Bereich hätten sich keine depressiven Symptome mehr eruieren lassen, weshalb von einer remittierten rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei (Urk. 6/132/121). Auch die dissoziative Störung habe sich im Vergleich zum A.____-Gutachten vom 2. Februar 2012 leicht gebessert (Urk. 6/132/122; vgl. zudem Urk. 6/132/127). Gegenüber Dr. C.____ berichtete die Beschwerdeführerin selbst dahingehend, dass es ihr seit der Operation vom 5. Dezember 2013 (vgl. E. 3.2) besser gehe. Zwar seien immer noch konstant Schmerzen vorhanden, diese seien indes nicht mehr so unerträglich wie zuvor (Urk. 6/132/38; vgl. auch Urk. 6/132/112). In diesem Sinne hatte sie sich bereits im Nachgang zur Operation gegenüber den Ärzten der I.____ geäussert (Urk. 6/114/8 und 6/121/20-22).

In Anbetracht dieser Gegebenheiten ist entgegen der Argumentation der Versicherten im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprechung von einer wesentlichen Besserung des Gesundheitszustandes auszugehen. 4.4

4.4.1

Zu prüfen bleibt damit, ob diese Veränderung geeignet ist, den Invaliditätsgrad und demzufolge den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 1.3). Dr. C.____ hielt aus rheumatologischer Sicht überzeugend fest, dass die angestammte Tätigkeit in der Pflege von der Versicherten nicht mehr ausgeführt werden könne. Für eine behinderungsadaptierte Tätigkeit attestierte er demgegenüber eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (E. 3.3). Die Parteien üben an dieser Beurteilung zu Recht im Wesentlichen keine Kritik (vgl. Urk. 1 S. 13 und Urk. 2 S. 2). Uneinigkeit besteht jedoch in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Prof. Dr. D.____, welcher nach Prüfung der Foerster-Kriterien von einer 80-90%igen

Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit ausging (E. 3.3). 4.4.2

Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen-gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8).

Wie in

BGE 141 V 281 E. 5.2.1

festgehalten, hat sich das Bundesgericht verschiedentlich, so auch jüngst, über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 137 V 64 E. 5.1). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2; Ulrich Meyer, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], 2003, S. 49).

In diesem Sinne lautet die normativ bestimmte Gutachterfrage, wie die sachverständige Person das Leistungsvermögen einschätzt, wenn sie dabei den einschlägigen Indikatoren folgt. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; vgl. BGE 137 V 64 E. 1.2 in fine). Dies sichert die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (BGE 140 V 290 E. 3.3.1, 135 V 201 E. 7.1; E. 5.2.2).

Jedenfalls in der Invalidenversicherung tragen Recht und Medizin, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Das heisst, dass die medizinischen Gutachter nicht, wie häufig anzutreffen, eine quasi freihändige Beurteilung abgeben und daneben noch Grundlagen liefern sollen, anhand derer die Rechtsanwender eine von der subjektiven ärztlichen Einschätzung losgelöste Parallelüberprüfung vornehmen. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (E. 5.2.3).

4.4.3

Prof. Dr. D.____ begründete die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit in erster Linie damit, dass ein verfestigter und therapeutisch nicht mehr angebar innerseelischer Verlauf im Sinne eines primären Krankheitsgewinns (Flucht in die Krankheit) vorliege (Urk. 6/132/123). In seinem Leitentscheid vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) hielt das Bundesgericht indes fest, dass Rückschlüsse auf den Schweregrad der Erkrankung nicht mehr über den Begriff des primären Krankheitsgewinns erfolgen sollen, da es sich hierbei um ein Konzept handelt, das viele Vertreter anderer psychiatrischer Schulen skeptisch betrachten oder ablehnen (E. 4.3.1.1). Die Attestierung einer 80-90%igen Arbeitsunfähigkeit für jedwede Tätigkeit erweist sich aber auch in Anbetracht der Aussagen der Versicherten, wonach sich ihre Schmerzen seit der Operation im Dezember 2013 um 40 bis 50 % gebessert hätten (Urk. 6/109/6, 6/114/8, 6/121/20 ff., 6/132/38 und 6/132/112), als nicht vollumfänglich nachvollziehbar. Ferner stellt sich die Frage, weshalb aufgrund der sehr hohen Rigidität in der innerpsychischen Abwehr von einer Therapieresistenz auszugehen sei (Urk. 6/132/123 f.), obwohl sich die Beschwerdeführerin einerseits bis anhin nicht in konsequenter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befand und sich ihr Gesundheitszustand andererseits - gemäss ihren eigenen Aussagen - augenscheinlich als besserungsfähig erwies. Schliesslich ging auch Dr. H.____ anlässlich der Erstbegutachtung von einer Behandelbarkeit der psychischen Störung aus (Urk. 6/49/29 f.). Es zeigt sich somit, dass auf die Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten von Prof. Dr. D.____ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit aus mehreren Gründen nicht abgestellt werden kann.

Abgesehen davon, dass es sich bei der RAD-Ärztin med. pract. K.____ nicht um eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie handelt, setzte sie sich zwar mit den Standardindikatoren auseinander, äusserte sich jedoch nicht zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten (vgl. E. 3.4). Angesichts der aufgezeigten Unklarheiten hinsichtlich der Therapieresistenz und gewisser krankheitsbedingter Einschränkungen der Versicherten in den alltäglichen Aktivitäten (vgl. Urk. 6/132/36 f. und 6/132/114), kann entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin jedenfalls nicht ohne Weiteres auf der Grundlage der Ausführungen von med. pract. K.____ auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit geschlossen werden (vgl. Urk. 6/139/10 f. sowie Urk. 2 S. 2 und 4).

Da sich der entscheidrelevante Sachverhalt in Anbetracht der konkreten Umstände folglich als ungenügend abgeklärt erweist, ist die Angelegenheit zwecks ergänzender Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. E. 1.6). In diesem Zusammenhang erscheint es sachgerecht, Prof. Dr. D.____ die Prüfung der Standardindikatoren im Sinne von BGE 141 V 281 vornehmen zu lassen. Hierbei wird das Augenmerk speziell auf das zwar in gewissen Punkten eingeschränkte, aber doch vergleichsweise hohe Aktivitätsniveau der Versicherten im Alltag sowie auf die subjektiv von ihr empfundene Besserung des Gesundheitszustandes zu richten sein. Wie zuvor ausgeführt, erscheint im Übrigen eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik der Therapieresistenz als unerlässlich. 4.5

Zusammenfassend erweist sich die Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und damit des Invaliditätsgrades als unzulänglich, weshalb die angefochtene Verfügung (Urk. 2) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese nach ergänzender Abklärung im Sinne der obigen Erwägungen eine neue Beurteilung vornehme und sodann über den Leistungsanspruch der Versicherten neu verfüge.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5. 5.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für die unterliegende Partei kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand und unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person 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. 3 GSVGer).

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

Unter Berücksichtigung der massgebenden Kriterien und mit Blick auf vergleichbare Fälle ist die Prozessentschädigung auf Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 27. April 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und neu entscheide. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Bohren - 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigWürsch

ATSG) gewesen sind; und c.

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

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).

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