

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00620 vom 14. Juli 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00620](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00620)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00620 du 14 juillet 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00620 del 14 luglio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 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). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbeurteilung 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. 1.2**

Am 26. Juli 2013 erteilte die IV-Stelle der Versicherten auf Gesuch hin Kostengutsprache für einen Rollstuhl sowie ein Viamobil (Hilfsmittel, Urk. 7/67-68). Gestützt auf eine vor Ort durchgeführte Abklärung (Abklärungsberichte für Hilflösenentschädigung für Erwachsene vom 9. April 2013 [Urk. 7/52] und Abklärungsbericht vom 29. August 2013 [Urk. 7/70]) sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 6. Dezember 2013 eine Hilflösenentschädigung leichten Grades ab August 2013 zu (Urk. 7/73 [Verfügungsteil 2], Urk. 7/75).

#### **E. 1.2.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von 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 zu dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2.2**

Fettleibigkeit begründet grundsätzlich keine leistungsbegründende Invalidität, wenn sie keine körperlichen, geistigen oder psychischen Schäden bewirkt und nicht die Auswirkung von solchen Schäden ist. Hingegen muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (ZAK 1984 S. 345 f. E. 3; Urteile des Bundesgerichts I 839/06 vom 17. August 2007 E. 4.2.3 und I 745/06 vom 21. März 2007 E. 3).

### **E. 1.2.3**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4. ).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierte Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

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

### **E. 1.5**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen 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 oder die Expertin 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: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). Da eine abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen keine materielle Revision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG begründet (vgl. E. 1.1), hängt der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitsschadens stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die Verhältnisse sich verändert haben (SVR

2012 IV Nr. 18 S. 81; Urteil des Bundesgerichts 8C\_160/2017 vom 22. Juni 2017 E. 2.2).

## **E. 2**

IVG).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, aufgrund eines verbesserten Gesundheitszustandes sei der gesamte Sachverhalt neu überprüft worden. Es sei nunmehr kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden mehr ausgewiesen (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin brachte in ihrer Beschwerde dagegen vor, es liege kein Revisionsgrund vor, da der Vergleich des revisionsweise eingeholten B.\_\_\_\_-Gutachtens mit dem Gutachten der Medas-A.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2009 keine massgebende Veränderung ihres Gesundheitszustands ergebe. Insbesondere liege nach wie vor eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vor, was sich aus den Angaben der behandelnden Ärzte ergebe. Das B.\_\_\_\_-Gutachten sei in dieser Hinsicht nicht überzeugend, da sich die Gutachter nicht mit der PTBS auseinandergesetzt und deren Wegfall nicht begründet hätten. Die Gutachter hätten lediglich festgestellt, dass mit einer somatischen (Gewichtsreduktion) sowie psychiatrischen Massnahme (Opiatkonsum) eine theoretische Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden könne, was sich für eine Rentenaufhebung als ungenügenderweise erweise (Urk. 1).

## **E. 3**

S. 1).

### **E. 3.1**

Referenzzeitpunkt zur Prüfung der Revisionsvoraussetzungen (E. 1.1) ist die Verfügung vom 7. April 2010, mit welcher der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. September 2008 eine ganze Rente zugesprochen wurde (Urk. 7/40 [Verfügungsteil 2], Urk. 7/42).

#### **E. 3.2.1**

Dem polydisziplinären Gutachten der Medas A.\_\_\_\_ vom 21. April 2009 können folgende Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit entnommen werden (Urk. 7/31/16, ergänzt durch Stellungnahme vom 20. Mai 2009, vgl. 3.2.2): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

- anhaltende Depression - mit dauernder Einschränkung der Entfaltungsmöglichkeiten (ICD-10 F34.8) sonstige anhaltende affektive Störungen - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - mit erfüllten Kriterien für die Diagnose Fibromyalgie mit ausgeprägter muskulärer Dekonditionierung - Absenz von anderweitigen Erklärungen für die rechtsbetonte Hand /

Vorderarm-Problematik

Sodann wurde n

als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein metabolisches Syndrom mit morbidem Adipositas ( 150,5cm/100.5kg, BMI 44.4 ),

mit Genua valga, ausgeprägten Knick-(Senk-)Füssen, Verdacht auf Fettleber (GPT und Gamma-GT leicht erhöht) und positiver Familienanamnese [Vater, Sohn]), Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose September 2008), mit Diät allein befriedigend eingestellt (HbA1c 7.1) bei positiver Familienanamnese (Vater), Dyslipidämie (unbehandelt, mit deutlich erhöhtem Gesamtcholesterin, leicht erhöhten Triglyceriden) und arterieller Hypertonie, wahrscheinlich „essentiell“, unbehandelt, aktuell 145/115mmHg, bei positiver Familienanamnese (Vater) sowie Nikotinabusus (20 Zigaretten pro Tag, ca. 20 pack years), mit (Stress)-Leukozytose, genannt (Urk. 7/31/16).

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, in der bisherigen Tätigkeit als Kassiererin (in einem 25%-Pensum) und allen anderen in Frage kommenden beruflichen Tätigkeiten werde die Arbeitsfähigkeit auf 25 % der Norm eingeschätzt, wobei einzig die psychiatrischen Gegebenheiten limitierend wirkten. So dann seien körperliche Schwerarbeiten aus konstitutionellen Gründen unzumutbar (Urk. 7/31/17).

Dem psychiatrischen Teilgutachten ist folgende Beurteilung zu entnehmen (Urk. 7/31/32): Die gesunde Entwicklung der Beschwerdeführerin sei nachhaltig und schwer durch mehrfache Traumatisierungen gestört worden. Es werde allgemein empfohlen, mit der Diagnose der PTBS Zurückhaltung zu üben. Den noch sei sie hier gerechtfertigt. Durch den Wegzug der Eltern in die Schweiz sei die Beschwerdeführerin und möglicherweise etwas weniger auch ihr Bruder in einer verletzlichen Phase, insbesondere der sexuellen Entwicklung, den Traumatisierungen durch die Grosseltern in einer Art und in einem Umfang ausgesetzt gewesen, die unvermeidlicherweise Schäden hinter lassen hätten. Durch das Fehlen religiöser Bindungen und durch die harten Erziehungsmethoden in der Schule seien auch Kontakte in diesen Bereichen ausgeschlossen gewesen und sie habe ihre Einsamkeit zuerst in der Jugendzeit und jetzt wieder in Gegenwart des geisteskranken Ehemannes

eindringlich geschildert. Die Symptome der PTBS

seien alle nachweisbar. Albträume, bedrückende Erinnerungen, gelegentlich auftretende Suizidgedanken sowie fehlende Energie und Initiative bei der Alltagsgestaltung seien nachweisbar. Der Umgang mit den Schmerzzuständen absorbiere derart viel Energie, dass keine Möglichkeiten bleiben würden, das Aktivitätsniveau zu heben. Die arrangierte Heirat mit einem ungeliebten Partner sei dem sexuellen Vermeidungsverhalten entgegen gekommen, habe aber im seelischen Bereich eine zusätzliche Traumatisierung bewirkt. Die seelischen Schmerzen seien dann im Erwachsenenalter auf eine körperliche Ebene verschoben worden, kombiniert mit der extremen Gewichtszunahme, welche die Aktivitäten zusätzlich eingeschränkt habe. Die PTBS stelle ohne Zweifel ein psychiatrisches Leiden von erheblicher Schwere dar, das die Kriterien einer Komorbidität erfülle. Chronische körperliche Begleiterkrankungen seien ohne Zweifel vorhanden. Auch die Adipositas habe nach der Einschätzung des Experten Krankheitswert und Schmerzen werde die Beschwerdeführerin ohne Zweifel schon durch die gewichtsbedingte Überlastung des Bewegungsapparates empfinden. Eine Remissionstendenz habe sich bisher nie eingestellt. Ein sozialer Rückzug habe in praktisch allen Belangen des Lebens stattgefunden, Freundinnen und Kolleginnen seien selten und man beschränke die sozialen Kontakte auf oberflächliche Beziehungen am Arbeitsplatz und auf die häufigen Treffen mit den Eltern. Der innerseelische Verlauf sei verfestigt und für die Beschwerdeführerin ergäben sich keinerlei Perspektiven zu Veränderungen mehr. Bedingt durch die ausgeprägten Schamgefühle habe eine ambulante Psychotherapie erst vor kurzer Zeit und damit

nach ausserordentlich lang dauernder Chronifizierung begonnen werden können, was die Erfolgsaussichten einschränke. Es sei vorstellbar, dass unter der Behandlung der Leidensdruck etwas nachlasse. Es schein aber unwahr scheinlich, dass sich die Arbeitsfähigkeit in relevantem Umfang verbessere (Urk. 7/31/32-34) .

### **E. 3.2.2**

Mit Stellungnahme vom 20. Mai 2009 zu Ergänzungsfragen der Beschwerdeführerin vom 6. Mai 2009

(Urk. 7/33) führte Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, aus, die Adipositas sei bei der Beschwerdeführerin für sich allein nicht berufsrelevant. Man habe sie als Teil des metabolischen Syndroms aufgeführt (Gewicht 100,5 kg, Grösse 150,5 cm, BMI 44,4). Vermutlich bestehe ein Zusammenhang mit der erwähnten frühen, anhaltenden Traumatisierung. Weit im Vordergrund stehe das psychiatrische Leiden der Beschwerdeführerin. Die Adipositas wirke indirekt mit (und habe Krankheitswert). Sie trage zu einer muskulären Dekonditionierung bei und erschwere ein körperliches Aufbautraining, wie dies bei Fibromyalgie-Patientinnen oft günstig wirke. Die Adipositas habe auch ungünstige Auswirkungen auf die Bewegungsabläufe. Eine Gewichtsreduktion würde sich vermutlich günstig auf das ganze metabolische Syndrom auswirken, doch habe die Beschwerdeführerin derzeit nicht die psychischen Ressourcen, aktiv gegen ihr Übergewicht anzukämpfen. Es komme hinzu, dass die hier etablierte Pharmakotherapie die Adipositas eher fördere als bekämpfe. Bei dieser polymorbiden Beschwerdeführerin könnten einzelne Krankheiten nicht aus dem Gesamtkontext herausgelöst und isoliert beurteilt werden. Es sei ein komplexes Zusammenspiel multipler Faktoren, welche hier zu einer hochgradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten, wobei die psychischen Leiden weit im Vordergrund stünden.

Die Adipositas, für sich allein betrachtet, hätte hier wohl keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Die Adipositas wirke vor allem dann einschränkend, wenn sie Folgeschäden wie Arthrosen an den gewichtstragenden Gelenken und relevante kardiovaskuläre Schäden bewirke (Urk. 7/33/1-2).

Zur Frage der Beschwerdeführerin nach der Anamnese resp. den Befunden der PTBS ist der Stellungnahme zu entnehmen, die Beschwerdeführerin habe angegeben, täglich von der Grossmutter geschlagen und an den Haaren gezogen worden zu sein. Der Grossvater habe sie sexuell missbraucht, was die Mutter gewusst und toleriert habe. Die Erinnerungen würden sie bis heute quälen, oft habe sie Alpträume, in denen sie immer wegzulaufen versuche und dann völlig verängstigt und erschöpft erwache. Die quälenden Erinnerungen persistierten auch tagsüber bis heute und sie habe auch in der Schweiz sehr lange nicht den Mut gefunden, über die Erlebnisse zu berichten. Erst im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Behandlung, die etwa seit einem Jahr andauere, könnten die Themen aufgearbeitet werden. Trotz der Vielzahl von Medikamenten habe es kaum eine Zustandsverbesserung gegeben. Auch jetzt noch leide sie unter Angstträumen, unter Erinnerungen an die Schläge und die sexuellen Übergriffe, unter ausgeprägten, lang anhaltenden Stimmungstiefs und unter allgegenwärtigen Ängsten und Befürchtungen. Ende der 90er-Jahre sei als weitere Belastung eine schizophrene Erkrankung des Ehemannes hinzugekommen. Die Ehe sei phasenweise extrem belastet gewesen (Urk. 7/33/2-3). Die Gutachter sprachen sich im Weiteren dafür aus, dass die länger dauernde körperliche Misshandlung in der Kindheit in Form sexueller Übergriffe durch den Grossvater und

Schläge durch die Grossmutter (Ersatzeltern) durchaus einer Belastung entspreche, die geeignet sei, eine PTBS auszulösen und zu unterhalten, zumal sie über Jahre verkannt und nicht adäquat behandelt worden sei. So sei auch die Kombination eines Zustands nach sexueller Traumatisierung in der Jugend mit einer Adipositas typisch und die Häufung dieser Kombination evidenzbasiert. Gleiches gelte für die Kombination einer sexuellen Traumatisierung mit einem Ganzkörper schmerz syndrom in Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. Fibro myalgie

( Urk. 7/33/3).

### **E. 3.3.1**

Grundlage für die rentenaufhebende Verfügung vom 27. April 2016 bildete das polydisziplinäre B.\_\_\_\_-Gutachten (Fachrichtungen: Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie, Neurologie), welches am 27. April 2015 erstattet

wurde (Urk. 7/109). Darin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (Urk. 7/109, S. 25 des Gutachtens): - Metabolisches Syndrom (ICD-10 E88.9) - Adipositas permagna mit BMI von 65.8 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.0) - Diabetes Mellitus Typ 2 mit aktuellem HbA1c-Wert von 8,7 % (ICD-10 E11.7) - Dyslipidämie (ICD-10 E78.2) - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - Störung durch Opioide (Opioid-Analgetika), ständiger Gebrauch (ICD-10 F11.25) - distal-symmetrische sensible Polyneuropathie, wahrscheinlich diabetisch (ICD-10 G63.2)

Sodann wurden als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende festgehalten: (1) anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) , chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9), (2) Status nach Entfernung eines dorsalen Handgelenksganglions rechts 1994 ( D.\_\_\_\_ ) (ICD-10 Z98.8), Status nach Spalten des Retinaculum flexorum und Epineurolyse des Nervus medianus sowie ausgedehnter Beuge seh nen -S ynovektomie am 2 5. September 2007 (Dr. E.\_\_\_\_ ), aktenanamnestisch postoperatives Auftreten eines CRPS, (3)

Status nach konservativ behandelter Femurfraktur links , 1975 (ICD-10 T93.1) , (4) persistierendes Schmerzsyndrom im Bereich der rechten Hand unklarer Ursache (ICD-10 R52.2), Status nach Kar pal kanalspaltung am 25. September 2007 mit nachfolgendem CRPS laut Angabe, (5) chronische Kopfschmerzen unklarer Ursache (ICD-10 G44.8), Differentialdiagnose: Spannungstyp-Kopfschmerz, Zusammenhang mit obstruktivem Schlafapnoe- Syndrom, (6) Migräne mit Aura (ICD-10 G43.1), (7) Overlap-Syndrom mit obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom und Adipositas-Hypoventilationssyndrom, Erst diagnose Juni 2013 (ICD-10 E47.31/E66.29), CPAP-Therapie, (8) erhöhte Entzündungsparameter (ICD-10 R79.8), Leukozytose mit Linksverschiebung, CRP- und BSR-Erhöhung, (9) unklarer Larynxbefund mit Leukoplakie (ICD-10 J38.7), Heiserkeit (10) PAVK Grad I beidseits (ICD-10 I73.9), (11) Nikotinabusus (ICD-IO F17.1), (12) Leberwerterhöhung (ICD-10 R74.8) wahrscheinlich bei Steatosis hepatis (Urk. 7/109 S. 25 des Gutachtens) .

Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, bei der allgemeininternistischen Untersuchung stehe die morbid Adipositas mit einem BMI von 65,8 kg/m<sup>2</sup> im Vordergrund der Problematik. Die Beschwerdeführerin sei dadurch nur noch im Rollstuhl mobil. Auch resultiere ein durch die Adipositas bedingtes Hypoventilationssyndrom und die Beschwerdeführerin klagt über eine Dyspnoe. Aufgrund der morbid Adipositas

bestehe aus allgemeininternistischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche beruflichen Tätigkeiten. Eine bariatrische Operation sei der Beschwerdeführerin jedoch zumutbar, die Operabilität sollte abgeklärt werden. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe eine Störung durch Opioide festgestellt werden können. Auch habe eine leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung mit verminderter Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen festgestellt werden können. Die depressive Symptomatik sei durch die negativen Auswirkungen des Substanzkonsums überlagert. Als Weiteres habe auch eine ausweitete diffuse Schmerzsymptomatik des Bewegungsapparates festgestellt werden können, wobei es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung handle. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 100 %, was durch die depressive Störung und vor allem auch durch die Störung durch den Substanzkonsum bedingt sei. Nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung könne aus psychiatrischer Sicht theoretisch mit einer

aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung leicht eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer somatisch angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % erreicht werden. Eine genaue orthopädische Untersuchung sei unmöglich, da die Beschwerdeführerin sich nur knapp für einige Schritte aus dem Rollstuhl heben könne. An den Knien, Füßen, Schultern, Ellbogen und Händen hätten höhergradige funktionelle Einschränkungen

–

wie es scheine – gefehlt (Urk. 7/109 S.

26 des Gutachtens). Radiologisch seien weitestgehend unauffällige Verhältnisse an Händen, Füßen und lumbaler Wirbelsäule festgehalten worden. Die von der Beschwerdeführerin völlig diffus beklagten Beschwerden hätten sich auf rein orthopädischer Ebene keinesfalls nachvollziehen lassen. Aus orthopädischer Sicht bestehe für eine körperlich leichte, praktisch ausschliesslich sitzende Tätigkeit eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Bei der neurologischen Untersuchung habe sich eine Areflexie und eine fehlende Schweisssekretion sowie eine sockenförmige Hypästhesie und -algie, ohne sichere begleitende Paresen im Bereich der Füße, gefunden. Dies bezüglich sei eine diabetische Ätiologie wahrscheinlich. Bezüglich der Schmerzen im Bereich der rechten Hand hätten sich gemäss den vorliegenden Berichten weder klinisch noch neurographisch Anhaltspunkte für ein persistierendes Nervenkompressionssyndrom gefunden. Es hätten an der rechten Hand diffuse Druckdolenzen bestanden. Die Trophik sei intakt gewesen. Die Hautfarbe und Temperatur seien symmetrisch gewesen und es habe kein Ödem bestanden. Das Schmerzsyndrom im Bereich der rechten Hand habe aus neurologischer Sicht nicht zugeordnet werden können. Aus neurologischer Sicht habe ein chronisches Spannungstyp-Kopfschmerz diagnostiziert werden können. Davon unabhängig bestehe eine Migräne mit Aura, wobei die Attacken-Häufigkeit in letzter Zeit deutlich abgenommen habe. Aus neurologischer Sicht bestehe allenfalls eine Arbeitsfähigkeitseinschränkung als Folge der Polyneuropathie für Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an das Gleichgewichtssystem, wie zum Beispiel auf Leitern, unebenem Boden und im Dunkeln. Insgesamt kämen die Experten aus polydisziplinärer Sicht zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin für sämtliche beruflichen Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe (Urk. 7/109 S. 27 des Gutachtens).

Mit Blick auf anzurathende medizinische Massnahmen führten die Gutachter aus, aus allgemeininternistischer Sicht sollten dringend Abklärungen bezüglich eines chirurgischen bariatrischen Eingriffs erfolgen, welcher der Beschwerdeführerin zuzumuten sei. Die Diabetes-Therapie sollte intensiviert werden mit Anstreben eines HbA1c-Wertes von unter 8 % . Auch aus orthopädischer Sicht stehe eine massive Gewichtsreduktion im Vordergrund sämtlicher Bemühungen. Aus psychiatischer Sicht werde zur Überprüfung der Opioid-Therapie geraten und es sollte diesbezüglich eine qualifizierte Entzugsbehandlung erfolgen (Urk.

7/109 S. 27 des Gutachtens).

Der Expertise ist ferner zu entnehmen, dass im Unterschied zum Gutachten der Meda A. die Diagnose einer PTBS nicht mehr bestätigt werden könne. Es sei anzunehmen, dass es zu einer Verbesserung gekommen sei (Urk. 7/109 S. 28 des Gutachtens). Über die traumatischen Erinnerungen in der Kindheit habe die Beschwerdeführerin im heutigen Untersuchungsgespräch nicht mehr gesprochen. Dies könne ein Hinweis auf eine schlechte Verarbeitung dieser Erlebnisse sein. Sie sei aber gut spürbar und zugänglich, wenn auch schläfrig wegen der Substanzeinnahme. Dies spreche gegen eine deutliche posttraumatische Belastungsstörung. Menschen mit einer manifesten posttraumatischen Belastungsstörung zeigten neben den sich aufdrängenden traumatischen Gedanken und Träumen regelmässig auch eine deutliche emotionale Abstumpfung der Umgebung gegenüber. Sie wirkten im Gespräch schlecht zugänglich und nicht gut spürbar, was bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall gewesen sei. Entgegen der behandelnden Psychologin könne auch keine sonstige andauernde Persönlichkeitsänderung diagnostiziert werden. Für diese Diagnose fordere die ICD-10 neben einer deutlichen misstrauischen Haltung der Umgebung gegenüber mit innerer Anspannung und Nervosität auch eine Entfremdung, also einen emotionalen Rückzug mit Abstumpfung der Umgebung gegenüber. Die Beschwerdeführerin sei aber im Untersuchungsgespräch überhaupt nicht misstrauisch, sondern vielmehr gut zugänglich gewesen und habe auch keine emotionale Abstumpfung der Umgebung gegenüber gezeigt (Urk. 7/109 S. 16 des Gutachtens).

Zu den Foerster-Kriterien ist

der psychiatrischen Expertise zu entnehmen (Urk. 7/109 S. 14 des Gutachtens) ,

es bestehe vor allem auch eine chronische ausgeweitete, diffuse Schmerzsymptomatik im Bewegungsapparat. Diagnostisch handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Es liege ein chronischer Verlauf mit einer langjährigen Arbeitsunfähigkeit und IV-Berentung vor , vor allem aber auch mit chronischen somatischen Problemen, die deutlich ausgeprägt seien. Eine schwere psychische Störung, die theoretisch therapeutisch nicht günstig beeinflusst werden könne , bestehe nicht. Gegen die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit spreche hier vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf bei einer zwar entlastenden, aber missglückten Konfliktbewältigung im Sinne eines unbewussten Konflikts, beziehungsweise primären Krankheitsgewinns , sei nicht erwiesen. Die therapeutischen Möglichkeiten seien theoretisch nicht ausgeschöpft. Es bestehe ein deutlicher sozialer Rückzug in die Familie, Kontakte bestünden aber durchaus , so auch zu einer Kollegin. Von der Familie, vor allem dem Ehemann und der Tochter , erhalte sie viel Hilfe, auf die sie angewiesen sei , genau so wie auf den Rollstuhl. Die Beschwerdeführerin

fühle sich nicht mehr arbeitsfähig, was sie vor allem mit ihren somatischen Beschwerden begründe (Urk. 7/ 109 S. 14-15 des Gutach tens).

### **E. 3.3.2**

Der Stellungnahme der Gutachter vom 29. Dezember 2015 zu den Zusatzfragen der Beschwerdegegnerin vom 23. Dezember 2015 (Urk. 7/139; vgl. Urk. 7/130) kann entnommen werden, es könne kein körperliches oder psychisches Leiden bezeichnet werden, welches die Adipositas ursächlich kausal begründen könnte. Aufgrund der ausgesprochenen Adipositas mit aktuell einem BMI von 66 kg/m<sup>2</sup>

sei die Arbeitsfähigkeit aufgehoben, da die Beschwerdeführerin kaum mehr bewegungsfähig sei. Weitere Folgen oder Erkrankungen, die quantitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründen könnten, seien bisher nicht vorhanden. Die Polyneuropathie könne mit der möglichen Wahrscheinlichkeit als indirekte Folge der Adipositas, welche den Diabetes mellitus induziert habe, bezeichnet werden. Diese bedinge jedoch nur einige qualitative Einschränkung für Tätigkeiten mit höheren Anforderungen ans Gleichgewichtssystem, also verschiedene Tätigkeiten, welche die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer faktischen Gehunfähigkeit ohnehin nicht mehr ausführen könne. Diese würden dann zum Tragen kommen, wenn die Beschwerdeführerin massiv Gewicht reduzieren könnte. Die Einschränkung aufgrund der Polyneuropathie sei nur marginal. Anlässlich ihrer Exploration habe die Beschwerdeführerin 148 kg gewogen. Bei einem derartigen Gewicht könne erfahrungsgemäss in den meisten Fällen nur ein bariatrischer Eingriff zu einer Reduktion führen. Der Beschwerdeführerin sei eine derartige Massnahme grundsätzlich sowohl somatisch wie auch psychiatrisch zumutbar. Ob ein derartiger Eingriff, welcher potenziell gefährlich sein könne, als duldenpflichtig zu erachten sei, sei eine andere Frage. Es sei in diesem Fall zu beachten, dass es Monate gehe, bis die Beschwerdeführerin in einen Gewichts Bereich komme, der ihre Bewegungsfähigkeit deutlich erhöhe, und somit wieder eine Arbeitsfähigkeit realisierbar sei (Urk. 7/139/2).

### **E. 3.3.3**

Der behandelnde Allgemeinpraktiker Dr. med. F.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 18. März 2016 zu Händen des Rechtsschutzversicherers der Beschwerdeführerin (Urk. 7/155) aus, die Beschwerdeführerin zeige nach wie vor Symptome einer PTBS (ICD 10 F43.1), so leide sie unter dem wiederholten Erleben der traumatischen Ereignisse und den sich aufdrängenden Erinnerungen und Träumen. Sie habe massive Ängste, Schlaflosigkeit und Suizidgedanken sowie ein generelles Misstrauen den Menschen (insbesondere Männern) gegenüber. Sie vermeide Situationen, welche die Erinnerungen wachrufen könnten. Die Traumatisierung der Beschwerdeführerin und das noch dazugekommene Schmerzsyndrom seien derart tiefgreifend, dass sich ihre Persönlichkeit anhaltend verändert habe und man von einem Übergang zu einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.8) sprechen könne. Sie sei heute nicht mehr fähig, ein selbständiges Leben zu führen. Die Traumatisierung und das damit verbundene Gefühl der Wertlosigkeit würden bei ihr auch zu regelmässigen Essattacken (ICD-10 F50.4) führen, bei denen sie grosse Mengen in sich hineinstopfen müsse. Aus diesem Grund könne auch die verlangte Magenbypass-Operation nicht unterstützt werden (Urk. 7/155).

### **E. 3.3.4**

Dr. F.\_\_\_\_ führte in der beschwerdeweise eingereichten Stellungnahme vom 18. Mai 2016 zu Händen der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin (Urk. 3) auf deren Nachfrage (vgl.

Urk. 3 S. 3) aus, die Beschwerdeführerin habe von 148 kg auf 116 kg abgenommen. Ein Opioid-Entzug wäre unter einer stationären Behandlung denkbar. Ungewiss sei der Einfluss auf die Psyche und auf die Schmerzen. Ob eine Schmerzbehandlung ohne den Einsatz von Opiaten langfristig möglich sei, könne nicht mit Gewissheit beantwortet werden. Die Mobilität könne mit einer Gewichtsreduktion verbessert werden. Aktuell sei die Beschwerdeführerin körperlich dekontingiert. Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine komplexe Polymorbidität, mit negativem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk.

#### **E. 4.1**

Vorliegend ist zu prüfen, ob sich seit der Rentenverfügung vom 7. April 2010 (Urk. 7/40 [Verfügungsteil 2], Urk. 7/42) bis zur rentenaufhebenden Verfügung vom 27. April

2016 eine revisionsbegründende Tatsachenänderung gemäss Art. 17 ATSG ergeben hat. Ob eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes und damit ein entsprechender Revisionsgrund vorliegt, ist durch Gegenüberstellung der beiden polydisziplinären Gutachten der Medas A.\_\_\_\_ sowie des B.\_\_\_\_ zu eruieren.

Ist eine relevante Veränderung zu verneinen, ist sodann zu prüfen, ob die Voraussetzungen einer Wiedererwägung der Verfügung vom 7. April 2010 gegeben sind und die angefochtene Verfügung unter diesem Titel zu schützen wäre.

#### **E. 4.2**

Bei einer revisionsrechtlich relevanten Veränderung des Gesundheitszustands muss erwiesen sein, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse verändert haben. Hierbei ist anzumerken, dass eine neu hinzugetretene (oder weggefallene) Diagnose nicht unbesehen eine höhere (oder niedrigere) Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Massgebend für den Grad der Arbeitsunfähigkeit ist nicht die Diagnose oder die Zahl der erhobenen Diagnosen, sondern die daraus resultierende Leistungseinschränkung (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_804/2015 vom 21. Juni 2016 E.

3.2).

Die B.\_\_\_\_-Gutachter stellten fest, dass die Diagnose einer PTBS formell nicht mehr gestellt werden könne und gingen deshalb von einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands aus. Dass sich die Leistungs- oder Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin verbessert haben soll, wird im B.\_\_\_\_-Gutachten jedoch nicht dargelegt. Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass zwar formell keine PTBS mehr vorliege, gegenwärtig unter anderem aufgrund der morbiditen Adipositas sowie Opioid-Abhängigkeit allerdings noch immer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gegeben ist. Ob es sich bei der Beurteilung der Gutachter des B.\_\_\_\_ bezüglich der PTBS um eine unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhalts handelt oder die Diagnosekriterien einer PTBS nicht mehr gestellt werden können, kann letztlich offen bleiben. Selbst bei Wegfall der Diagnose PTBS ergibt sich aus dem Gutachten, dass die Beschwerdeführerin an einer morbiditen Adipositas und Opioid-Abhängigkeit leidet und dies zur kompletten Aufhebung der Arbeitsfähigkeit führt. Dies gilt unabhängig davon, dass bei der Rentenzusprache wegen der morbiditen Adipositas für sich genommen noch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war.

Bei der Untersuchung im Rahmen der aktuellen Revision ergab sich, dass die Adipositas zur gegenwärtigen körperlichen Immobilität der Beschwerdeführerin führt (vgl. auch die verschiedenen zugesprochenen Hilfsmittel, Sachverhalt Ziff. 1.2 und Ziff. 1.4).

Dass die gesundheitlichen Beschwerden sich im Verlaufe der Zeit verändert, respektive verschoben haben, stellt wohl eine Änderung des medizinischen Sachverhalts dar, vermag jedoch nicht als revisionsrechtlich relevante wesentliche Veränderung des Sachverhalts zu überzeugen.

Sodann äussern sich die B.\_\_\_\_-Gutachter im Zusammenhang mit der invaliden versicherungsrechtlichen Relevanz der Adipositas nicht abschliessend zu einer zumutbaren Behandelbarkeit

respektive Operabilität der morbid Adipositas (Magenbypass-Operation), wovon die Rechtsprechung die Massgeblichkeit dieser gesundheitlichen Beeinträchtigung im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne abhängig macht (vgl. E.1.2.2). Die B.\_\_\_\_-Gutachter führten hierzu lediglich aus, aus allgemeininternistischer Sicht sollten dringend Abklärungen bezüglich eines bariatrischen Eingriffs erfolgen, welcher unter diesen Umständen einziges Ziel führend und der Beschwerdeführerin grundsätzlich zumutbar sei (Urk. 7/109 S. 26 und 27 des Gutachtens). Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. F.\_\_\_\_, führte hierzu aus, die Traumatisierung und das damit verbundene Gefühl der Wertlosigkeit führe bei der Beschwerdeführerin zu regelmässigen Essattacken, bei denen sie grosse Mengen in sich hineinstopfen müsse, weshalb aus diesem Grund

die verlangte Magenbypass-Operation nicht unterstützt werden könne (Urk. 7/155). Die vom B.\_\_\_\_-Gutachter angeregten Abklärungen blieben aus. Bei Erlass der angefochtenen Verfügung hatte sich noch kein Facharzt abschliessend zur Machbar- und Zumutbarkeit der Operation respektive deren Erfolgsaussichten oder Risiken geäussert.

Ob ein bariatrischer Eingriff konkret zumutbar und innert welcher Frist eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten wäre, ist daher weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht abschliessend beurteilt. Demzufolge lässt sich aus juristischer Sicht auch nicht beurteilen, ob diese medizinische Massnahme im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG unter Berücksichtigung der möglichen Gefahren für Leben und Gesundheit zumutbar wäre. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass die Aufhebung der Rente unter der Annahme einer möglichen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nach wesentlicher Gewichtsreduktion nur zulässig wäre nach Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens, das auch die notwendige Zeitperiode zur Gewichtsreduktion und Rekonventionierung nach einem bariatrischen Eingriff berücksichtigt.

Mit Blick auf die Adipositas ist zudem festzustellen, dass sich die beiden Vergleichsgutachten widersprechen, kann doch der ergänzenden Stellungnahme zum polydisziplinären Gutachten vom 21. April 2009 entnommen werden, es werde ein Zusammenhang der Adipositas mit der früher anhaltenden Traumatisierung vermutet, wobei das psychiatrische Leiden der Beschwerdeführerin weit im Vordergrund stehe (Urk. 7/33/1-2). Die Gutachter der Medas-A.\_\_\_\_ bezeichneten die Kombination eines Zustands nach sexueller Traumatisierung in der Jugend mit einer Adipositas als typisch (Urk. 7/33/3). Demgegenüber gingen die B.\_\_\_\_-Gutachter davon aus, dass kein körperliches oder psychisches Leiden bezeichnet werden könne, welches die Adipositas ursächlich kausal begründen könne (Urk. 7/139/1). Ob die Adipositas demnach als Folge der Traumatisierungen zu beurteilen ist oder nicht, wird durch die B.\_\_\_\_-Gutachter lediglich anders beurteilt.

#### **E. 4.3**

Nach dem Gesagten ist eine massgebende Veränderung des Gesundheitszustands und insbesondere der Arbeitsfähigkeit nicht ausgewiesen.

#### **E. 4.4**

Die von der Beschwerdegegnerin erlassene Revisionsverfügung ist auch nicht mit der Begründung zu schützen, es liege zwar kein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor, wohl aber sei die ursprüngliche Verfügung zweifellos unrichtig gewesen, weshalb gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG ein Wiedererwägungsgrund vorliege (zur Zulässigkeit der Prüfung und Beurteilung einer verfügten Rentenrevision mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung vgl. BGE 140 V 87 E. 4.2).

In der Verfügung vom 7. April 2010 (Urk. 7/40 [Verfügungsteil 2], Urk. 7/42)

ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der Beschwerdeführerin eine Resterwerbsfähigkeit von 25 % zumutbar ist. Diese Beurteilung stützte sie auf die Einschätzung der Gutachter der Medas-A. \_\_\_ gemäss Gutachten vom 21. April 2009. Es lag mithin in den formellen Anforderungen genügendes medizinisches Gutachten vor, dessen Schlussfolgerungen nachvollziehbar erscheinen. Es erweist sich nicht als offensichtlich unrichtig, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin gestützt auf das Gutachten der Medas-A. \_\_\_ eine ganze Invalidenrente zugesprochen hat.

#### **E. 5**

Zusammenfassend sind die Voraussetzungen für eine Rentenaufhebung unter keinem Titel erfüllt.

Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. April 2016 (Urk. 2) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben, und es ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

#### **E. 6.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

#### **E. 6.2**

Ausgangsgemäss steht der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung zu, die gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen zu bemessen und unter Berücksichtigung dieser Grundsätze auf Fr. 1'900.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 27. April 2016 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 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. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Claudia Mock Eigenmann - 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  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Hurst Hausammann

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