

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01056 vom 19. Mai 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01056](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01056)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01056 du 19 mai 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01056 del 19 maggio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

7. Februar 2010 unter Hinweis auf psychische Beschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, sprach ihr mit Verfügung vom

#### **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). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (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 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 Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

). Aktuell finde eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung statt und nach dem Austritt werde eine weiterführende teilstationäre und ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dringend empfohlen (S. 4 Ziff.

#### **E. 1.5**

). Es bestehe eine reduzierte psychische Belastbarkeit aufgrund der Depression und der Kränkung durch den Arbeitsplatzverlust. Das Erlebnis mit dem ehemaligen Arbeitgeber scheine die Beschwerdeführerin traumatisch zu verarbeiten, weshalb gewisse Begegnungen/soziale Interaktionen Erinnerungen wachrufen und die Beschwerdeführerin blockieren würden. Weiter bestünden häufig Kopfschmerzen, die die Leistungsfähigkeit ebenfalls reduzieren würden (S. 4 Ziff. 1.7) . 3.4

Die Ärzte der A.\_\_\_\_ berichteten am

4. August 2010 (Urk. 7/24) und nannten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10), bestehend seit September 2009 (S. 1 Ziff. 1.1) . Sie führten aus, dass bei Fortführung der ambulanten Behandlung insgesamt eine eher gute Prognose zu erwarten sei (S. 2 Ziff. 1.4) . Aktuell bestehe eine teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie Milieuthherapie und Pharmakotherapie mit Antidepressiva (S. 2 Ziff. 1.5). Es bestünden eine mittelgradig reduzierte Konzentration sowie Schwierigkeiten bei der Beendigung von Plänen im Setzen von Prioritäten. Durch die psychischen Einschränkungen steige die Fehlerhäufigkeit unter emotionalem Stress (S. 2 Ziff. 1.7). Ab Herbst 2010 könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zu 50 % im geschützten Rahmen gerechnet werden (S. 3 Ziff. 1.9).

3.5

Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 30. November 2010 (Urk. 7/37/1-3) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - mittelschwere bis

schwere depressive Erkrankung (ICD-10 F32.10) - akzentuierte Persönlichkeitszüge (histrionisch, emotional instabil, abhängig) mit Angstzuständen und Vermeidungsverhalten - anamnestisch dissoziative Störungen - anamnestisch Temestaabhängigkeit im Rahmen einer Krise nach dem Tod eines Sohnes (1993-1995)

Sie führte aus, dass ihr

die Beschwerdeführerin von der Tagesklinik der A.\_\_\_\_ zur ambulanten Weiterbehandlung zugewiesen worden sei. Die Beschwerdeführerin habe beim Erstgespräch eine weiterhin bestehende depressive Symptomatik gezeigt, die sich im Verlauf der Wochen zunehmend verschlechtert habe. Vor allem sei die Beschwerdeführerin in der Stimmung, dem Antrieb, dem Durchhaltevermögen und der körperlichen Belastung noch sehr eingeschränkt (S.

1). Erschwerend komme hinzu, dass die Beschwerdeführerin emotional instabile und histrionische Persönlichkeitszüge zeige, was sich negativ auf das Erreichen der Therapieziele und das Erlangen einer erneuten Arbeitsfähigkeit auswirke. So komme es zu Vermeidungsverhalten, emotionalen Ausbrüchen, dann wieder zu traurigen deprimierten Stimmungen, Verzweiflung und Selbstabwertung sowie Suizidgedanken (S. 2 oben). Die medikamentöse Einstellung habe sich schon im ambulanten Setting vor Klinikeintritt erschwert gezeigt durch Angst vor Nebenwirkungen und später durch die anhaltenden negativen Nebenwirkungen. Es sei der Beschwerdeführerin eine erneute stationäre Behandlung nahe gelegt worden. Aufgrund der starken Angst- und Vermeidungssymptomen habe sich die Beschwerdeführerin bisher nicht dazu entschließen können. Die Beschwerdeführerin sei noch nicht arbeitsfähig. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit, welche vom Beginn der ambulanten Behandlung am 23. Juli 2010 bis heute und auf weiteres bestätigt werden könne (S. 2 unten). 3.6

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, erstattete sein Gutachten am 6. Februar 2012 (Urk. 7/62) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung der Beschwerdeführerin am 3.

Oktober

2011. Er nannte folgende Diagnosen (S. 5 Ziff. 6): - Spondylose und Osteochondrose L5/S1 - beginnende lumbale Skoliose - Bandscheibendegeneration L4/5 mit Diskusprotrusion rechtsbetont - neu wahrscheinlich Lymphom (zum Zeitpunkt der Untersuchung in Abklärung, aber Zytologie positiv)

Er führte aus, dass bei der Beschwerdeführerin Zeichen einer Wirbelsäulenproblematik vorlägen. Das Übersichtsbild und das MRI zeigten den Beginn einer degenerativen Skoliose. Die ad laterus Verschiebung L3/4 sei klar ersichtlich. Im Moment sei sie noch als gering zu bezeichnen und könne vielleicht mit geeigneter Therapie über lange Zeit so beibehalten werden. Allerdings benötige die physikalische Therapie eine recht gesunde Psyche, was hier leider gar nicht der Fall sei. Wenn so gravierende Faktoren vorlägen, die den Arbeitsplatz und eine mögliche Wiedereingliederung ins Berufsleben erschweren würden, sei es für den Somatiker sehr schwierig, ein Profil festzulegen, das die Beschwerdeführerin ausfüllen könnte. Es sei auch so, dass im Moment nicht das Skelett limitierend sei, sondern nur erschwerend. Die Beschwerdeführerin könne eine leichte Arbeit, das heiße ohne Heben von Lasten über 10 kg, mit Wechselbelastung ausführen. Für den Pflegeberuf wäre es durchaus denkbar, dass die Beschwerdeführerin als 2/3 arbeitsfähig

gelten würde, zumal ihr das Heben von Patienten nicht zumutbar sei (S.

5). Man müsste eine interdisziplinäre Beurteilung fordern, um die psychischen und somatischen Befunde dem Krankheitsbild entsprechend zu formulieren und zu werten. Das psychische Problem stehe im Vordergrund. Die Beschwerdeführerin habe eine gewisse Leistungseinschränkung vom Orthopädischen her, eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % , wahrscheinlich eher 66-80 % so fern der Arbeitsplatz entsprechend angepasst sei, sei jedoch zumutbar (S. 6) . 3.7

Die Ärzte des D.\_\_\_\_ berichteten am 17. April 2012 ( Urk. 7/66) und führten aus, dass bei der Beschwerdeführerin im Oktober 2011 anlässlich einer schmerzhaften Lymphknotenvergrößerung der rechten Leiste ein sogenanntes follikuläres Lymphom festgestellt worden sei. Bei der Beschwerdeführerin sei im Dezember 2011 eine Immuno-Therapie durchgeführt worden. Leider sei es kurz nach Beginn der Therapie zu einer sehr schweren, lebensbedrohlichen Unverträglichkeitsreaktion gekommen, welche über die letzten vier Monate hinweg zu deutlichen psychischen und physischen Folgeerscheinungen geführt habe. Physisch lasse sich eine deutlich reduzierte Leistungsfähigkeit bescheinigen sowie Ödeme der Extremitäten und diffuse, die Mobilität deutlich einschränkende Gelenkschmerzen. Noch gravierender als die körperlichen Einschränkungen erscheine jedoch die Verschlechterung der psychischen Problematik. Durch die schwere Unverträglichkeitsreaktion auf die onkologische Therapie und die damit verbundene traumatische Hospitalisation mit Aufenthalt auf der Intensivstation sei es zu einer Verschlechterung der Angststörung und Depression mit massiver Somatisierung gekommen (S 1). 3.8

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 17. Februar

2012 Stellung ( Urk. 7/71/ 5-6) und führte aus, dass ein IV-relevantes psychisches Leiden seit dem Behandlungsbeginn bei Dr. Z.\_\_\_\_ am 24. September 2009 ausgewiesen sei aufgrund der Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und rezidivierender dissoziativer Störungen, welche zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in bisheriger und angepasster Tätigkeit ab diesem Zeitpunkt geführt hätten. Aus dem Bericht der Psychiaterin Dr. B.\_\_\_\_ vom 31. März 2011 gehe hervor, dass diese Arbeitsunfähigkeit von 100 % auch über den Zeitpunkt dieses Berichts angehalten habe. Aus somatischer Sicht sei seit dem 3. Oktober 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % aufgrund des follikulären Lymphoms ausgewiesen. Daraus folge, dass seit September 2009 von keiner Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit auszugehen sei. Das Auferlegen einer Schadenminderungspflicht könne bei installierter psychiatrischer Betreuung unterbleiben. 3.9

RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ nahm am 17. Dezember

2012 erneut Stellung ( Urk. 7/88/2-3) und führte aus, dass es sich im vorliegenden Fall nicht einzig um eine depressive Episode handle, bereits im Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_

sei zusätzlich eine dissoziative Störung diagnostiziert worden, in der Kombination dieser Diagnosen erscheine die langandauernde Arbeitsunfähigkeit plausibel. Die psychosozialen Umstände vermöchten die Krankheit anfänglich befördert haben, entstanden sei jedoch ein IV-relevanter Gesundheitsschaden. Zudem sei die Beschwerdeführerin zwischen Januar 2010 und Ende Juli 2010 fast ununterbrochen in stationärer und tagesklinischer Behandlung gewesen, was formal einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % entspreche. Die Psychiaterin Dr.

B.\_\_\_\_, welche die nachfolgende Behandlung übernommen habe, habe am 30. November 2011 testgestützt immer noch eine mittelschwere bis schwere depressive Erkrankung, kompliziert durch akzentuierte Persönlichkeitszüge, diagnostiziert. Sie habe ebenfalls die Diagnose einer dissoziativen Störung übernommen. Sie habe bereits zu diesem Zeitpunkt eine erneute stationäre Behandlung als indiziert angesehen. Am 31. März 2011 habe diese Ärztin mitgeteilt, dass die Beschwerdeführerin wegen anhaltender Verschlechterung seit Ende März 2011 wieder in der Tagesklinik der A.\_\_\_\_ behandelt werde, womit auch erneut eine formale Arbeitsunfähigkeit von 100 % unbestritten sein müsse. Somit sei eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 100 % rein aus psychischen Gründen seit September 2009 aufgrund der Berichte/

Diagnosen/Befunde sämtlicher behandelnder Stellen ausgewiesen. Damit seien eine somatisch bedingte teilweise Arbeitsunfähigkeit aus orthopädischer Sicht und eine sich aus einem Lymphom ergebende Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Oktober 2011 nicht mehr entscheidend für die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im strittigen Zeitraum. 4. 4.1

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen, rentenherabsetzenden Verfügung vom 19. August 2016 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die nachfolgenden Berichte. 4.2

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 28. Mai 2013 (Urk. 7/121) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Depression und Angststörung - follikuläres Lymphom - Periarthropathia humeroscapularis

calcarea rechtsbetont - chronisches zervikospondylogenes Syndrom - chronisches lumbospondylogenes Syndrom - Fingerpolyarthrose

Er führte aus, dass keine wesentliche Änderung zu erwarten sei. Die aktuelle Behandlung bestehe aus regelmässigen psychiatrischen Konsultationen. Zur Arbeitsfähigkeit seien keine genauen Angaben möglich. Es bestünden eine depressive Störung, eine eingeschränkte Schulterfunktion rechts sowie ein lumbospondylogenes Syndrom, was zu einer eingeschränkten psychischen und physischen Belastbarkeit führe (S. 3).

4.3

Die Ärzte des D.\_\_\_\_ berichteten am 11. April 2014 (Urk. 7/129) und führten aus, dass die Beschwerdeführerin vom Oktober 2011 bis Januar 2012 im Rahmen eines follikulären Lymphoms bei ihnen behandelt worden sei. Seit Februar 2012 befinde sich die Beschwerdeführerin in Bezug auf das follikuläre Lymphom in kompletter Remission. Die letzte CT-Kontrolle habe am 4. Februar

2014 stattgefunden, wobei sich keine lymphomspezifischen

Krankheits Symptome gezeigt hätten. 4.4

Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 24. April 2014 (Urk. 7/131) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F33.1), seit September 2009 - dissoziative Störung (ICD-10 F44), bestehend seit September 2009 - akzentuierte Persönlichkeitszüge (histrionisch, emotional instabil, abhängig) - follikuläres Lymphom, Erstdiagnose Oktober 2011 mit Chemo- und Strahlentherapie

Sie führte aus, dass die Beschwerdeführerin weiterhin in ihrer ambulanten psychiatrischen Behandlung stehe. Die Konsultationstermine fänden zwei wöchentlich statt. Die Beschwerdeführerin zeige weiterhin enorme psychische Schwankungen, vor allem was die depressive Symptomatik betreffe. Ebenfalls seien immer wieder dissoziative Phasen mit Gefühlsverarmung bis hin zu Blockaden im Denken und Starrheit, die als Lähmung beschrieben werde, aufgetreten. Aufgrund der gesamten sich chronifizierenden depressiven Erkrankung und den emotional instabilen, histrionischen sowie abhängigen Persönlichkeitszügen sowie der dissoziativen Störung bestehe auch seit 2010 bis heute und auf weiteres keine Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in angepasster Tätigkeit (S. 2 Ziff. 1.4). Gegenwärtig finde eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit vor allem verhaltenstherapeutischen Methoden inklusive medikamentöser Therapie statt (S. 2 Ziff. 1.5). 4.5

Die Ärzte der Medas

Y. \_\_\_ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 19. Dezember 2014 (Urk. 7/143) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen der Beschwerdeführerin in den Fachgebieten Rheumatologie, Psychiatrie sowie Allgemeine Innere Medizin. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 37 Ziff. 6.1.1): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei massiveren degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - mittelgradig depressive Störung im Rahmen der Schmerzsymptomatik (ICD-10 F32.1)

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie die Folgenden (S. 37 f. Ziff. 6.1.2): - diffuses chronisches Schmerzsyndrom mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden

- Diagnose eines folliculären Lymphoms Oktober 2011. Schwere Unverträglichkeitsreaktion Dezember 2011 auf eine Immun-Therapie mit

dem

Antikörper Rituximab, klinisch und bildgebend in Remission - Adipositas - Nikotinabusus - akzentuierte histrionische und abhängige Persönlichkeitszüge

Die psychiatrische Gutachterin führte aus, dass eine dissoziative Störung aktuell nicht bestätigt, aber auch nicht vollständig ausgeschlossen werden könne. Während der tagesklinischen und stationären Behandlung würden in den vorliegenden Berichten keine dissoziativen Zustandsbilder beschrieben. Das Vorliegen von dissoziativen Zustandsbildern beruhe vorwiegend auf anamnestischen Angaben der Versicherten, die diese als ein ins Leere schauen und abwesend wirken beschreibe, sodass sie von ihrer Kollegin habe wach gerüttelt werden müsse.

Zusammenfassend sei diagnostisch von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, einer reaktiven mittelgradig depressiven Symptomatik und akzentuierten histrionischen und abhängigen Persönlichkeitszügen auszugehen. Im Rahmen der heutigen Rechtsprechung müsse darauf hingewiesen werden, dass die depressive Symptomatik aufgrund der Schmerzstörung entstanden sei und es sich somit um ein syndromales Leiden handle. Bei syndromalen Leiden sei zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach bundeseinheitlichen Vorgaben das Diskutieren der Försterkriterien notwendig. Aus rein psychiatrischer Sicht sei zurzeit nicht davon auszugehen, dass eine

mitwirkende psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vorhanden sei. Anamnestic habe sich die depressive Symptomatik reaktiv auf die Schmerzstörung entwickelt.

Das Kriterium der chronischen körperlichen Begleiterkrankung sei zum Teil erfüllt, wobei der Schweregrad, die Exazerbation und die Ausprägung der Schmerzen nicht ganz nachvollziehbar seien und eine Schmerzausweitung stattgefunden habe. Ein teilweiser sozialer Rückzug sei vorhanden, aber nicht in allen Belangen des Lebens. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe bei der Beschwerdeführerin ein deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn, indem sie ihre Kollegin an sich binde, sich diese um sie kümmere und sich ihrer annehme. Das zudem zu beobachtende umfangreiche dysfunktionale Krankheits-, Schon- und Vermeidungsverhalten werde von der Freundin jederzeit unterstützt. Diesbezüglich bestünde ein sekundärer Krankheitsgewinn (S. 33).

Ein primärer Krankheitsgewinn könne nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, da eine starke Abwehr, sich mit der Mobbing-Situation und aber auch mit den Vorfällen in der Ehe auseinanderzusetzen, bestünde. Es bestünde an ausgeprägte körperbetonte Ängste und Schmerzen, die im Sinne eines primären Krankheitsgewinns, und dadurch einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf einer missglückten psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung zu sehen seien. Aus diesem Grund sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführerin nicht möglich sei, ihre Schmerzen zu überwinden. Eine ambulante psychotherapeutische Behandlung finde seit 2009 statt, eine adäquate antidepressive Medikation bestünde nur teilweise. Wellbutrin (Bupropion) nehme sie regelmässig ein. Die medikamentöse Behandlung sei nicht ausgeschöpft. Die Schlafstörungen seien nicht adäquat behandelt. Es sei davon auszugehen, dass nur teilweise unbefriedigende Behandlungsergebnisse vorhanden seien. Im Moment scheine die Beschwerdeführerin nicht in der Lage zu sein, aufgrund des vermuteten primären Krankheitsgewinns ihre Schmerzen willentlich überwinden zu können (S. 34 oben).

Die Beschwerdeführerin sei in der Anpassung an Regeln und Routinen, in der Planung und Strukturierung von Aufgaben als mittelgradig eingeschränkt zu betrachten. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit könne durch die abhängigen Persönlichkeitszüge leicht eingeschränkt sein. In der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei die Beschwerdeführerin als mittelgradig eingeschränkt anzusehen. Die Durchhaltefähigkeit könne durch die Schmerzen zu Beginn deutlich eingeschränkt sein. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittelgradig eingeschränkt. Die Selbstpflege sei vorhanden. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit könnten leicht eingeschränkt sein. Die Verkehrsfähigkeit sei teilweise vorhanden. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihren Fähigkeiten mittelgradig eingeschränkt sei (S. 34 Mitte).

Interdisziplinär wurde festgehalten, dass aus den rheumatologischen Diagnosen eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere, belastende Pflegetätigkeiten mit dem damit verbundenen Heben in ungünstiger vorgelegter Position bestehe. Die ursprünglich erlernte Tätigkeit als Köchin und Kellner wäre angepasst, jedoch in Anbetracht der geschilderten Rückenprobleme ebenfalls ungünstig. Zudem sei diese Tätigkeit nach der Lehrzeit nicht mehr ausgeübt worden. Von entscheidender Bedeutung seien stets die psychischen Faktoren mit depressiver Störung und chronischer Schmerzstörung gewesen, welche ab September 2009 zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Aus

psychiatrischer Sicht sei im Vergleich zu 2009 vom gleichen Krankheitsbild mit einer anderen medizinischen Einschätzung auszugehen. Es liege ein syndromales Leiden mit einer reaktiven depressiven Störung vor. Beim Diskutieren der Foerster-Kriterien liege ein primärer Krankheitsgewinn vor, durch den es der Beschwerdeführerin nicht möglich sei, ihren Schmerz zu überwinden. Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit werde dem Rechtsanwender vorbehalten. Polydisziplinär seien den bisherigen psychiatrischen Beurteilungen zu folgen (S. 39). Der psychiatrisch attestierte Beginn der

Arbeitsunfähigkeit sei ab dem 3. September 2009 gewesen. Von Seiten der lumbospondylogenen Beschwerden

seien körperlich leichte bis mittel-schwere Tätigkeiten ohne häufig vorgeneigte Zwangshaltungen und ohne regelmässiges Heben und Tragen von Lasten schwerer als zirka 7-10 kg adaptiert.

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sollte dringend weitergeführt werden. Eine erneute stationäre oder tagesklinische Behandlung könnte aufgrund der fehlenden Tagesstruktur empfohlen werden. Weiter könnte aufgrund der depressiven Symptomatik eine Therapieoptimierung, insbesondere die Behandlung der Schlafstörungen eingeleitet werden. Bezüglich beruflicher

Eingliederungsmassnahmen sei Zurückhaltung zu empfehlen. Internistisch-onkologisch seien bei einem sich seit 2011 in Remission befindlichen folliculären Lymphom weiterhin zirka halbjährliche klinische und bildgebende Nachkontrollen notwendig. Rheumatologisch in Frage kämen sporadisch Physiotherapien und der Gebrauch eines Analgetikums bei Bedarf (S. 40).

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin

sei seit der letzten Beurteilung gleich geblieben, doch habe sich die Diagnose wie oben erwähnt geändert (S. 41 oben). 4.6

RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ nahm am 12. Januar 2015 Stellung (Urk. 7/148/5) und führte aus, gestützt auf das Medas-Gutachten sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin psychiatrisch seit 2009 nicht wesentlich verändert habe, doch erfolge diagnostisch eine andere Einschätzung. Eine psychiatrische Therapie sei zu empfehlen, obwohl damit keine zu erwartende Steigerung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden könne. 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin berief sich zur Begründung ihrer Verfügung vom 19. August 2016 (Urk. 2) auf die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Verfügung vom 21. Mai 2013 (vgl. vorstehend E. 1.4).

Die Beschwerdegegnerin kann auf formell rechtskräftige Verfügungen zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Zweifellose Unrichtigkeit im wiedererwägungsrrechtlichen Sinn liegt vor, wenn die Verfügung aufgrund falscher oder unzutreffender Rechtsregeln erlassen oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewendet wurden. Zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Verfügung kann auch bei unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Die Wiedererwägung im Sinne dieser Bestimmung dient somit der Korrektur einer anfänglich

unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich

unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts. Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform

und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts 8C\_947/2010 vom 1. April 2011 E.

## **E. 2**

6. Oktober 2016 (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die wiedererwägungsweise Herabsetzung der im Jahre 2013 zugesprochenen Rente damit, dass die damalige Zusprache zweifellos unrichtig gewesen sei, da die Feststellung der dissoziativen Störung auf den Angaben der Beschwerdeführerin beruht habe, wobei eine derartige Diagnosestellung nicht zulässig sei und nicht zu überzeugen vermöge. Zur depressiven Episode sei anzumerken, dass diese vorübergehender Natur sei und keine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit und damit keine Invalidität im Sinne des Gesetzes auszulösen vermöge. Daraus folge, dass gestützt auf die genannten Diagnosen keine Arbeitsunfähigkeit hätte festgestellt werden dürfen (Urk. 2, Verfügungsteil 2 S. 2).

### **E. 2.2**

mit Hinweisen). Nach dem Gesagten kann vorliegende in so eindeutiger Schluss nicht gezogen werden; die Zusprache einer unbefristeten ganzen Rente erscheint in Anbetracht der damaligen Sachlage als vertretbar. Eine wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 21. Mai 2013 ist somit nicht möglich. 5.4

Zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes ist auf das Gutachten der medas vom 19. Dezember 2014 (vorstehend E. 4.5) abzustellen. Das Gutachten berücksichtigte die geklagten Beschwerden sowie das Verhalten der Beschwerdeführerin und wurde ferner in Kenntnis der Vorakten erstellt, zu welchen auch Stellung genommen wurde.

Übereinstimmend mit der Sachlage zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache waren vor allem die psychischen Faktoren entscheidend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Insbesondere wurden auch sämtliche notwendigen Kriterien für das Vorliegen einer

chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie einer mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen dieser Schmerzsymptomatik beschrieben. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Das Gutachten erfüllt damit die praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. Demzufolge sind vorliegend als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei massiven degenerativen Veränderungen der unteren LWS, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine mittelgradig depressive Störung im Rahmen der Schmerzsymptomatik (ICD-10 F32.1) ausgewiesen. 5.5 Die medizinische Beurteilung durch die medas-Gutachter wurde noch unter Anwendung der bisherigen Überwindbarkeits-Rechtsprechung abgegeben. Im Lichte der geänderten

bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist nun zu prüfen, ob die Gutachter ausschliesslich Folgen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung berücksichtigen haben und ihre Beurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist. Ob die medizinische Beurteilung den nunmehr zu beachtenden Indikatoren (vgl. BGE 141 V 281) im Ergebnis hinreichend Rechnung trägt, ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten zu prüfen.

Die psychische Komorbidität ist nicht mehr generell vorrangig, weshalb nicht entscheidend ist, dass die depressive Symptomatik vorliegend als reaktiv auf die Schmerzstörung beurteilt wurde (Urk. 7/143 S. 33).

Die Gutachter attestierten der Beschwerdeführerin nur noch wenig Ressourcen. Ferner ist ausdrücklich festgehalten, dass die Funktionalität der Beschwerdeführerin eingeschränkt und die Überwindbarkeit des Schmerzes durch die psychiatrische Diagnose nicht möglich sei (S. 33 f.). So gehen die Gutachter von einem im Vergleich zu 2009 gleichen Krankheitsbild aus, welches zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit geführt habe (S.

39). Der geschilderte Tagesablauf lässt – entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin – auf eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen schliessen. Die Beschwerdeführerin verbringt den Tag mehrheitlich zu Hause oder bei ihrer Freundin, ohne diese sie nicht imstande sei, den Alltag zu bewältigen. Sie erledigt zwar kleinere Hausarbeiten, jedoch lediglich mit Hilfe ihrer Freundin. Tagsüber laufe immer der Fernseher oder der Radio. Stille halte sie nicht aus. Hobbies habe sie keine. Früher habe sie gerne genäht oder andere Handarbeiten verrichtet. Dazu fehle ihr jetzt die Motivation. Mit ihrer Freundin gehe sie einkaufen, jedoch zu Randzeiten, wenn nicht viele Leute unterwegs seien. Aus dem alleinigen Umstand, dass die Beschwerdeführerin den Tag mit ihrer einzigen Kollegin verbringt und mit ihr einkaufen gehe, lässt sich nicht auf das Nichtvorhandensein eines sozialen Rückzugs schliessen (Urk. 26 f.). Zwar führten die Gutachter aus, dass die

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dringend weitergeführt werden sollte, eine erneute stationäre oder tagesklinische Behandlung aufgrund der fehlenden Tagesstruktur empfohlen werde und aufgrund der depressiven Symptomatik eine Therapieoptimierung, insbesondere die Behandlung der Schlafstörungen eingeleitet werden könnte (S. 40). Zu beachten ist diesbezüglich jedoch, dass die Gutachter den bereits chronifizierten und somit in gewisser Weise behandlungsresistenten psychiatrischen Diagnosen so viel Gewicht bei gemessen haben, dass sie gemäss ihrer Beurteilung eine doch sehr erhebliche Arbeitsunfähigkeit

zu begründen vermögen. So führten die Gutachter immerhin aus, dass polydisziplinär den bisherigen psychiatrischen Beurteilungen zu folgen sei (S. 39). Zudem sind keine deutlichen Inkonsistenzen auszumachen. So wurde das Antidepressiva Wellbutrin anlässlich des Medikamentenspiegels im therapeutischen Bereich nachgewiesen und auch der Konsultationsrhythmus von zwei wöchentlich (Urk. S. 27) bei der langjährigen Psychiaterin Dr. B. \_\_\_ kann nicht als Inkonsistenz erachtet werden.

Eine Veränderung in der therapeutischen und medikamentösen Behandlung könnte die Beschwerdegegnerin zudem über die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht anstreben. Diesbezüglich bleibt jedoch anzumerken, dass RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ im Januar 2015 ausführte, eine psychiatrische Therapie sei zu empfehlen, obwohl damit keine zu

erwartende Steigerung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden könne (vgl. vorstehend E. 4.6) .

Insgesamt erscheint es damit als plausibel und nachvollziehbar, dass die Medas -Gutachter trotz festgestellter aber als reduziert zu bezeichnender Alltagsaktivität und entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin eine massgebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit attestierten.

Nach dem Gesagten ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die funktionellen Einschränkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei nachgewiesen sind, so dass den psychiatrischen Diagnosen die invaliden versicherungsrechtliche Relevanz nicht abgesprochen werden kann .

5.6

Da die ursprüngliche Rentenzusprache demnach nicht zweifellos unrichtig war und sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach Lage der Akten seither nicht wesentlich verbessert hat, entbehrt die von der Beschwerdegegnerin

vorgenommene Rentenherabsetzung per 1. Oktober

2016 einer rechtlichen Grundlage und erweist sich somit als unzulässig.

Die angefochtene Verfügung ist mithin, in Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde, aufzuheben, wobei die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. 6.

### **E. 2.2.1**

mit weiteren Hinweisen). Auch klar unzutreffende Annahmen, die für die Diagnosestellung von entscheidender Bedeutung sind, können in gleicher Weise wie das Fehlen einer nachvollziehbaren fachärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eine Leistungszusprechung als zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinn erscheinen lassen ( Urteil des Bundesgerichts 9C\_86/2013 vom 30. April 2013 mit Hinweisen).

5.2

Die Rentenverfügung vom 21. Mai 2013 erging insbesondere gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte sowie des RAD (vgl. vorstehend E. 3.2 – E.

3.9) .

Dass diese Berichte als solche mangelhaft gewesen wären, wurde von der Beschwerdegegnerin auch rückblickend – zu Recht – nicht behauptet.

Viel mehr ging sie davon aus, die Feststellung der Diagnose einer dissoziativen Störung habe im damaligen Zeitpunkt auf den Angaben der Beschwerdeführerin beruht und eine depressive Episode sei vorübergehender Natur, weshalb gestützt darauf keine Arbeitsunfähigkeit hätte festgestellt werden dürfen.

Dies erscheint als nicht nachvollziehbar, zumal die umfassenden Berichte der behandelnden Ärzte der konkreten medizinischen Situation Rechnung trugen und in nachvollziehbarer Weise aufzeigten, dass der – näher umschriebene – psychopathologische Befund für eine eingeschränkte Funktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin spreche. In Bezug auf die

Ausführungen der Beschwerdegegnerin zur Diagnosestellung einer dissoziativen Störung bleibt anzumerken, dass i nvalidenversicherungsrechtlich

einzig erheblich ist , ob und in welchem Mass eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit - und zwar unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie - ausgewiesen ist (Urteil des Bundesgerichts I 815/05 vom 5. Februar 2007 E.

7.2.2 mit weiteren Hinweisen , BGE 136 V 279 E.

3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 294 ).

Die behandelnden Ärzte nahmen ausdrücklich Stellung zu den Parametern der funktionellen Leistungsfähigkeit und machten sodann

darauf aufmerksam, dass der Beschwerdeführerin eine erneute stationäre Therapie nahe gelegt worden sei, sich diese jedoch noch nicht dazu habe entschliessen können.

Die Rechtsprechung zur Auswirkung einer mittelgradigen Depression auf die Arbeitsfähigkeit ist zudem facettenreich. So findet man etwa im Urteil des Bundesgerichts 9C\_980/2010 vom 20. Juni

2011 die Unterscheidung zwischen einer depressiven Episode und einer depressiven Störung (E. 5.3). Gemäss Urteil des Bundesgerichts 8C\_953/2010 vom 29. April 2011 reicht sodann eine leichte depressive Episode zur Anerkennung eines dauerhaften invalidisierenden Gesundheitsschadens nicht aus (E. 5.3), wobei im Urteil des Bundesgerichts 8C\_808/2009 vom 4. Januar 2011 festgehalten wurde, dass auch eine leichte depressive Episode im Einzelfall die Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigen könne, wenn sie zusammen mit anderen Befunden – wie etwa eine ernsthafte Persönlichkeitsstörung – auftrete (E. 4.3).

Gemäss Urteil des Bundesgerichts 9C\_1041/2010 vom 30. März

2011 erscheint es allerdings nicht bundesrechtswidrig, eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wegen einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode anzunehmen (E.

5.2). Auch im Urteil 9C\_210/2012 vom 9. Juli 2012 äusserte sich das Bundesgericht dahingehend, eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung sei, sofern sie nicht bloss eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit darstelle, nicht von vornherein auszu schliessen (E. 4.2).

Nach dem Gesagten steht jedenfalls fest, dass die Rechtsprechung in Bezug auf die Diagnose einer depressiven Episode , wie sie bei der

Beschwerdeführerin vorliegt, Raum lässt, um eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in relevantem Ausmass zu berücksichtigen.

Dass diese ursprüngliche Rentenzusprache

demnach zweifellos unrichtig gewesen wäre, kann entgegen den diesbezüglichen Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht gesagt werden. So weisen

die umfassende n

medizinischen Berichte nicht derart gravierende Mängel auf, dass sie als offensichtlich unrichtig zu bezeichnen wären . 5.3

Der von der Beschwerde gegen die angegriffene Wiedererwägungsgrund liegt hier im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung einer Anspruchsvoraussetzung wie der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit

vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darboten, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar (SVR 2010 IV Nr. 5 S. 10, Urteil des Bundesgerichts 8C\_1012/2008 vom 17. August 2009 E).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die mit Verfügung vom 21. Mai 2013 zugesprochene Rente zu Recht wegen zweifelloser Unrichtigkeit wiedererwägungsweise

herabgesetzt wurde. 3. 3.1

Der Leistungszusprache im Jahr 2013 lagen folgende medizinische Berichte zu Grunde:

3.2

Dr. med. Z. \_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 10. März 2010 (Urk. 7/12) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), bestehend seit September 2009 - anamnestisch rezidivierende dissoziative Störungen (ICD-10 F44) - akzentuierte Persönlichkeitszüge (histrionisch, emotional instabil, anhängig) - Probleme in Verbindung mit der Berufstätigkeit

Sie führte aus, dass die Prognose von einer möglichst baldigen Wiederaufnahme der Arbeit abhängig sei. In der Arbeitslosigkeit habe sich der Mangel an innerer Struktur mit zunehmender depressiver Symptomatik, körperlicher Vernachlässigung, fehlender Therapiecompliance deutlich gezeigt, so dass eine ambulante Therapie nicht mehr möglich gewesen sei. Aktuell finde eine stationäre Therapie statt (S. 2 Ziff. 1.4). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 24. September 2009 bis zum 15. Januar 2010 in der Tätigkeit als Pflegeassistentin (S. 2 Ziff. 1.6). 3.3

Die Ärzte der A. \_\_\_\_ berichteten am 9. April 2010 (Urk. 7/19) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdefühlerin vom 21. Januar bis 30. März

2010 und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1):

- schwere depressive Episode, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.20), seit September 2009

Sie führten aus, dass seit dem 4. September 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Den Übertritt in die Akuttagesklinik werde sehr unterstützt, da dies der Beschwerdeführerin eine geregelte Tagesstruktur sowie die nötige Aktivierung biete (S. 1). Die stationäre Behandlung habe bis zum aktuellen Zeitpunkt eine leichte Steigerung des Antriebs gebracht, so dass es der Beschwerdeführerin besser gelinge, den Tag aktiv zu gestalten und am Therapieprogramm teilzunehmen. Es komme aber immer wieder zu Rückschritten und inaktiven Tagen (S. 3

Ziff.

## **E. 6**

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 31. Oktober 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk.

### **E. 6.1**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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 Beschwerde gegenüber zuzurechnen.

### **E. 6.2**

Ausgangsgemäss steht der obsiegenden Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung zu, die gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien und beim gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 220.-- ist die Prozessentschädigung vorliegend auf Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. August 2016 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

## **E. 8**

00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 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 Dr. Thomas Grieder - 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  
Die Gerichtsschreiberin  
Mosimann  
Schüpbach

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