

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00355 vom 20. Juni 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00355](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00355)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00355 du 20 juin 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00355 del 20 giugno 2018

## **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 All gemeinen 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**

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 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E. 5.4 mit Hinweis). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde ( Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV ) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt ( Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2 und 9C\_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet 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. 2**

Die Versicherte erhob am 22. März 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. Februar 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr über den 31. März 2017 hinaus eine ganze Rente auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 13. Juni 2017 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 8. August 2017 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zuge stellt (Urk. 12).

Nach der Beiladung der Stiftung Auffangeinrichtung BVG mit Verfügung vom 27. April 2018 (Urk. 16) teilte diese mit Schreiben vom 22. Mai 2018 den Verzicht auf eine Stellungnahme mit (Urk. 18). Dies wurde den anderen Verfahrensbe teiligten mit Schreiben vom 24. Mai 2018 mitgeteilt (Urk. 19). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2), gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere das polydisziplinäre Gutachten vom 31. März 2016 (Urk. 11/70), davon aus, dass von einer leichten Verbesserung der depressiven Symptomatik auszugehen sei. Die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin im Service sei der Beschwerdeführerin seit Februar 2016 in einem Pensum von 60 % zumutbar. Somit entstehe eine Erwerbseinbusse von 40 %, was einem Invaliditätsgrad von 40 % entspreche (S. 2). Da die Beschwerdeführerin seit 17 Jahren eine Rente beziehe, sei sie zu einem

Eingliederungsgespräch eingeladen worden. Darin habe sie mitgeteilt, dass es für sie nicht vorstellbar sei, an niederschweligen Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Nach Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens seien die Eingliederungsmassnahmen mit Schreiben vom 1. Februar 2017 abgeschlossen worden (S. 3 oben).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), mangels Verdeutlichung der Fakten, mit denen die bloss angenommene Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes begründet werde, sei keine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von den nur angenommenen Veränderungen des psychischen Gesundheitszustandes erreicht. Zumal gar keine nominellen Differenzen diagnostischer Art beständen. Insgesamt sei das im Revisionsverfahren eingeholte MEDAS Gutachten, insbesondere das Teilgutachten von Dr. Y.\_\_\_\_, in Bezug auf das Thema der Rentenrevision - die Frage nach einer erheblichen Änderung des Gesundheitszustandes - nicht beweisbildend. Auf dieses Gutachten dürfe nicht abgestellt werden (S. 9 oben). Aufgrund der nicht rechtsgenügend ausgewiesenen Verbesserung des Gesundheitszustandes sei von einem seit der Berentung im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustand auszugehen. Bei objektiver Betrachtung liege somit eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts durch die Ärzte der MEDAS Z.\_\_\_\_ vor und stelle praxisgemäss keine revisionsbegründende Änderung im Sinne Art. 17 ATSG und Art. 87 IVV dar (S. 9 Mitte). Im Übrigen habe die Beschwerdegegnerin ihre Begründungspflicht in derart krasser Weise verletzt, dass dies unter Kostenaufgabe zur voraussetzungslosen Aufhebung der angefochtenen Verfügung aus formellen Gründen führen müsse (S. 4 ff.). Schliesslich sei die Beschwerdegegnerin auch der ihr obliegenden Pflicht, sämtliche möglichen und im Einzelfall notwendigen Eingliederungsmassnahmen von Amtes wegen zu prüfen, nicht umfassend nachgekommen. Das alleinige Angebot ihr bei der Stellensuche behilflich zu sein, genüge nicht, damit sie die gemäss den MEDAS Gutachtern angeblich wiedererlangte Arbeitsfähigkeit ausschöpfen könne. Die Beschwerdegegnerin habe mit anderen Worten die Rente zu früh herabgesetzt, nämlich bevor sie umfassend geprüft habe, welcher Bedarf an Eingliederungsmassnahmen bei ihr bestehe, damit sie das ihr ärztlicherseits attestierte Leistungsvermögen in ein entsprechendes Erwerbseinkommen aus zu mutbarer Tätigkeit umsetzen könne. Auch unter diesen Aspekt sei die angefochtene Verfügung ersatzlos aufzuheben (S. 9 unten ff.)

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht von einem verbesserten Gesundheitszustand ausging und die ganze auf eine Viertelsrente herabsetzte.

Zu vergleichen ist dabei der Gesundheitszustand im Zeitpunkt der Renten zu sprache mit Verfügung vom 28. Mai 2001 (Urk. 11/25) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 15. Februar 2017 (Urk. 2), da die zwischenzeitlichen Mitteilungen betreffend den unveränderten Rentenanspruch (Urk. 11/35, Urk. 11/45, Urk. 11/53) nicht auf einer umfassenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruhen (vgl. nachfolgend E. 4.2-3).

### **E. 3.1**

Bei der ursprünglichen Zusprache einer ganzen Rente mit Verfügung vom 28. Mai 2001 (Urk. 11/25) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Beurteilungen vor:

### E. 3.2

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, nannte im Bericht vom 27. April 1998 (Urk. 11/8/4-5) als Diagnosen eine schwere somatoforme Schmerzstörung mit Anpassungsstörung und ängstlich depressiver Reaktion, ein im lumbosacralen - und cervicothoracalen Übergang betontes Panvertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen, Fehlhaltung der Wirbelsäule und ausgeprägter Dekonditionierung sowie eine Malleolarfraktur Weber-Typ B rechts am 29. März 1998 mit Status nach Plattenosteosynthese am 30. März 1998 und Implantatentfernung am 6. Oktober 1998. Dazu führte Dr. A.\_\_\_\_ unter anderem aus, die ausgeprägten somatischen Beschwerden der Beschwerdeführerin liessen sich kaum mit den objektivierbaren Befunden am Bewegungsapparat erklären. In der sicherheitshalber angefertigten Laborkontrolluntersuchung würden sich keine Hinweise für eine sekundäre Ursache der ausgeprägten muskulären Schmerzen zeigen (S. 1). Auch Hinweise für ein radikuläres Ausfallmuster hätten nicht gefunden werden können. Die klinische Untersuchung hätte sich aufgrund der Verdeutlichungstendenz sehr schwierig gestaltet. Alle Waddell- und Kummelzeichen für ein pathologisches Schmerzgebaren seien positiv gewesen. Sicher gestalte sich eine Lösung aufgrund der bereits sehr langwierigen Anamnese und langanhaltenden Arbeitslosigkeit schwierig. Das therapeutische Hauptgewicht müsse auf eine psychiatrische Behandlung gelegt werden. Langfristig müsse sicher ein therapeutischer Ansatz im Bereich der psychiatrischen Behandlung gesucht werden. Die langanhaltende Arbeitsunfähigkeit lasse sich nicht rheumatologisch aber allenfalls psychiatrisch rechtfertigen (S. 2).

### E. 3.3

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 8. Mai 1999 (Urk. 11/10/1-3) als psychiatrische Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.38) sowie eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2). Dazu führte Dr. B.\_\_\_\_ unter anderem aus, Hauptbeschwerden seien chronische, unterschiedlich ausgeprägte starke Rückenschmerzen, rezidivierende Kopfschmerzen und Schwellung und Schmerzen im rechten Malleolarbereich. Weiter bestünden andauernde Mundtrockenheit, rezidivierende Nervosität, anfallsweise Tachykardie-Episoden mit begleitendem Engegefühl und Atembeschwerden, übermässiges Schwitzen, allgemeiner Pruritus und ausgeprägte Müdigkeit sowie Durchschlafschwierigkeiten. Psychisch klagte die Beschwerdeführerin über allgemeine Unsicherheit, anfallsweise Traurigkeit, negative Gedanken und Versagensängste sowie starke Selbstzweifel. Die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 1. Februar 1999 bei ihm in psychiatrischer Abklärung und Behandlung. Es finde sich eine sichtlich leidende Beschwerdeführerin, deren primäres Kontaktverhalten in ausführlichsten und sich in jeder Sitzung wiederholenden Symptomschilderungen erschöpfe. Eine psychodiagnostische Abklärung sei erheblich erschwert durch eine abwehrende Grundhaltung, die keinerlei lebensgeschichtliche Zusammenhänge an der Krankheitsentstehung zulasse, eine passive Erwartungshaltung aufweise

und in ihrem Denken eingeengt auf die Symptomatik verharrte. Zudem würden die mangelnde Beherrschung der deutschen Sprache ein differenziertes diagnostisches therapeutisches Gespräch erschweren. Die Medikationsumstellung auf Deroxat

habe zwar eine vorübergehende Besserung der Ängstlichkeit und vegetativen Symptomatik gebracht, der Beginn der Bombardierungen Serbiens hätten in der Beschwerdeführerin

starke Gefühle von Angst und Unsicherheit bezüglich der Betroffenheit der eigenen Familienangehörigen entstehen lassen, was trotz zusätzlichem Einsatz einer Mellerilmedikation eine Verstärkung der depressiven Grundhaltung und eine starke, ängstlich gefärbte innere Unruhe habe entstehen lassen (S. 1).

Der Zustand der Beschwerdeführerin entspreche einer schweren psychosomatischen Erkrankung, die eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit habe entstehen lassen. Selbst einfachere Haushaltsarbeiten könne sie zurzeit nicht mehr ausführen. Sogar leichtere Spaziergänge würden eine Überforderung der Beschwerdeführerin bedeuten, so dass sie auch tagsüber liegen müsse. Trotz Einsatz einer antidepressiven Medikation benötige sie immer wieder den Einsatz verschiedener Schmerzmittel. In ihrem Verständnis der Erkrankung existiere nur eine somatische Betrachtungsweise, welche durch eine passive Erwartungshaltung gegenüber therapeutischen Bemühungen ergänzt werde und psychotherapeutisch ausgerichtetes Behandlungsversuchen grossen Widerstand entgegensetzen würden. Bei Weiterbestehen der Erkrankung sei eine invalidisierende Persistenz zu erwarten (S. 2 oben). Zurzeit sei ihr aus medizinischer Sicht keine Tätigkeit zumutbar, da ihr dies schmerzbedingt nicht möglich sei

und auch durch Anpassungsmassnahmen keine Schmerzfreiheit erreicht werden könne (S. 2 oben).

#### **E. 3.4**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, für Allgemeine Innere Medizin und für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannten im polydisziplinären Gutachten der MEDAS F.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2001 (Urk. 11/19 und Urk. 11/20) als Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine mittelgradige depressive Episode sowie eine Angst- und Panikstörung. Dazu führten die Gutachter aus, psychiatrischerseits

hätten die früher gestellten Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer mittelgradigen depressiven Episode und einer Angst- und Panikstörung bestätigt werden können. In Übereinstimmung mit den früheren psychiatrischen Begutachtungen müsse die Beschwerdeführerin als voll arbeitsunfähig erklärt werden. Bei der Untersuchung habe sich das gleiche Bild wie früher gezeigt, die Beschwerdeführerin sei stark schmerzfixiert

und während der Untersuchung stark demonstrativ gewesen. Es habe

vorwiegend auf indirekte, von der Beschwerdeführerin willentlich nicht direkt beeinflussbare Bewegungsabläufe abgestellt werden müssen. Auch hier hätten grobe Veränderungen am Bewegungsapparat sowohl klinisch wie auch radiologisch gefehlt (S. 11 unten). Das Wirbelsäulenröntgen habe wie schon früher bekannt eine flachbogige rechts konvexe Torsionsskoliose mit abgeflachter Lordose sowie Chondrose und Spondylarthrose L4/5 mit leichten Retroglissement von L4 gezeigt. Die Mobilisierung der Malleolen sei beidseits symmetrisch gewesen. Es sei kein besonderer Schmerz angegeben worden, das angeordnete Röntgen des oberen Sprunggelenkes rechts habe posttraumatisch und postoperativ normale Befundverhältnisse mit ossären Defekten nach Metallentfernung im Bereich der distalen Fibula rechts gezeigt (S. 12 oben).

Die Gutachter kamen zum Schluss, unter Berücksichtigung des orthopädischen und psychiatrischen Aspektes (wobei der psychiatrische Aspekt bei Weitem der gewichtigste sei), sei die Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit, auch als Hausfrau, vollständig arbeitsunfähig (S. 12 Ziff. 5.1-2).

#### **E. 4.1**

Im Rahmen der relevanten Rentenrevisionen holte die Beschwerdegegnerin die folgenden relevanten medizinischen Berichte ein:

#### **E. 4.2**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 21. September 2004 (Urk. 11/33/1-3) unter Beilage älterer (Fach-)Berichte (Urk. 11/33/4-48) nebst einem Fibromyalgie-Syndrom die bekannten Diagnosen und führte aus, der Gesundheitszustand habe sich nicht verändert. Die Arbeitsunfähigkeit sei weiterhin mit 100 % zu beziffern (S. 3).

Im Bericht vom 15. Januar 2008 (Urk. 11/43/1-7) nannte Dr. G.\_\_\_\_ unter Beilage weiterer somatischer (Fach-)Berichte (Urk. 11/43/8-18) die bisher bekannten Diagnosen und führte aus, dass der Gesundheitszustand stationär sei, die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden könne (Ziff. 5.1-2) und die Beschwerdeführerin bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei (Ziff. 3 und Ziff. 6.2).

Auch im Bericht vom 2. Juni 2011 (Urk. 11/51/1-7) nannte Dr. G.\_\_\_\_ wiederum unter Beilage weiterer Berichte (Urk. 11/51/8-11) die bereits bekannten Diagnosen (Ziff. 1.1) und erachtete die Beschwerdeführerin aufgrund der psychischen Einschränkungen bis auf weiteres als zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6-7).

#### **E. 4.3**

Med. pract. H.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in der Stellungnahme vom 8. Juni 2011 (Urk. 11/52/2) aus, werde der aktuelle Arztbericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 2. Juni 2011 mit den Berichten vom 21. September 2004 und 15. Januar 2008 sowie dem MEDAS-Gutachten vom 31. Januar 2001 verglichen, könne von einem unveränderten Gesundheitszustand ausgegangen werden.

#### **E. 4.4**

Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.2) führte im Bericht vom 13. Oktober 2015 (Eingangdatum, Urk. 11/59/6-10) unter Beilage weiterer Berichte (Urk. 11/59/11-20) aus, der Gesundheitszustand sei stationär (Ziff. 1.1). Eine wesentliche Veränderung der Befunde ergebe sich seit seiner letzten Berichterstattung vom 2. Juni 2011 nicht. Einen psychopathologischen Befund habe er als Internist nicht erheben können, die funktionellen Einschränkungen seien unverändert (Ziff. 1.3). Die Prognose bezüglich Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit sei schlecht (Ziff. 3.3). Seines Wissens werde die Beschwerdeführerin ausser von ihm von keinem anderen Arzt behandelt (Ziff. 3.4).

#### **E. 4.5**

Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, sowie Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, nannten im Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_ vom 31. März 2016 (Urk. 11/70) folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 10 Ziff. 4.1): - chronische depressive Störung, gegenwärtig

mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - generalisierte Angststörung

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, nannten die Gutachter (S. 11 Ziff. 4.2): - Alpträume (Angsträume) - rechtsbetontes myofasiales Syndrom des Nacken-/Schultergürtels mit Zervikalsyndrom bei Unkovertebral - und Spondylarthrosen C5/6 und C6/7 mit rezessforaminaler Einengung rechtsbetont sowie möglicher PHS rechts - Pseudohalbseitensyndrom rechts (Oberflächensensibilität) - Gonarthrose und Femoropatellararthrose links - Adipositas - Nikotinabusus

Zusammenfassend führten die Gutachter aus, die rheumatologischen Befunde seien geringgradig bis mässig ausgeprägt und würden die Arbeitsfähigkeit in der früher ausgeübten Tätigkeit im Service nicht beeinträchtigen (S. 10 Mitte). In psychiatrischer Hinsicht kamen sie zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit mässiggradig eingeschränkt sei, weniger bedeutsam als in früheren psychiatrischen Beurteilungen beschrieben worden sei. Alle Indikatoren ausser der abgebrochenen Behandlung und der fehlenden Eingliederung würden ein einheitliches konsistentes Bild ergeben. Die frühere Tätigkeit sei nur noch eingeschränkt möglich, die Therapie könnte optimiert werden, mit einem Fokus auf den beruflichen Wiedereinstieg. Insgesamt werde also die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die psychopathologischen Befunde mässiggradig eingeschränkt (S. 10 unten). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Service sei die Beschwerdeführerin aus psychopathologischen Gründen nur zu 60 % arbeitsfähig (S. 11 Ziff. 5.1). Auch Verweistätigkeiten seien aus psychopathologischen Gründen nur zu 60 % zumutbar, wobei die Beschwerdeführerin wegen der Depression nicht fahrtauglich sei. Aus somatischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff. 5.2). Es sei fraglich, ob medizinische Massnahmen die Arbeitsfähigkeit verbessern könnten. Die Fortsetzung der psychotherapeutischen sowie psychopharmakologischen Behandlung sei zu empfehlen. Aufgrund der gemessenen Medikamentenspiegel scheine die Beschwerdeführerin die antidepressiven Medikamente korrekt einzunehmen (S. 11 Ziff. 5.3). Die geschätzte reduzierte Arbeitsfähigkeit habe ihre Gültigkeit ab Datum der Schlussbesprechung vom 23. Februar 2016. Es handle sich um eine Neueinschätzung der Situation. Es sei anzunehmen, dass sich die psychische Situation in den letzten Jahren etwas verbessert habe (S. 11 f. Ziff. 5.4).

Der psychiatrische Teilgutachter führte im Wesentlichen aus, zu der von Dr. B.\_\_\_\_ gestellten Diagnose einer Angst und depressiven Störung gemischt sei festzuhalten, dass beide Störungen inzwischen so ausgeprägt seien, dass eine eigenständige Diagnose gerechtfertigt sei. Mit Blick auf den Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ liege die Annahme nahe, dass er bereits damals eine wahrscheinlich mittelgradige Depression und eine Angststörung hätte diagnostizieren müssen (S. 21 Mitte). Die Kriterien einer mittelschweren Depression seien erfüllt. Die ICD-Kriterien seien in Bezug auf den Schweregrad nicht sehr praktikabel, so dass der klinische Eindruck einer mittelgradigen Depression die beste Annäherung an den tatsächlichen Schweregrad sein dürfte. Eine chronische Depression zeige typischerweise gewisse Schwankungen im Schweregrad. Für die Beurteilung der anhaltenden Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit sei daher nicht nur vom momentanen Schweregrad auszugehen, sondern von einem durchschnittlichen Schweregrad, das heisse in diesem Fall von einer mittelgradigen Depression (S. 22 oben).

Der Vergleich des Psychostatus in der Beurteilung durch Dr. C. \_\_\_ mit dem aktuellen Psychostatus lege die Annahme nahe, dass sich die depressive Symptomatik leicht verbessert habe. Aufgrund der Akten sei retrospektiv folgender Verlauf wahrscheinlich. Ab etwa 2000/2001 habe eine mittelgradige Depression vorgelegen, die auf die eingesetzte Therapie weitgehend resistent gewesen sei, sich aber in der Zwischenzeit doch leicht verbessert habe. Die L. \_\_\_ habe 1999 eine Panikstörung diagnostiziert. Dr. C. \_\_\_ habe im Jahr 2001 auch eine Angst- und Panikstörung diagnostiziert, welche er mit F41.1, das heisst einer generalisierten Angststörung codiert habe. Dr. med. G. \_\_\_ habe 1999, 2004, 2008 und 2011 eine Panikstörung diagnostiziert. Die Angstsymptomatik gehöre zwar zu einer Depression. Sie sei aber doch so ausgeprägt, dass eine separate Diagnose gerechtfertigt sei (S. 22 unten). Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Ängste würden am ehesten einer generalisierten Angststörung entsprechen (S. 23 oben). Subjektiv hätten die Schmerzen in den Beinen, die unverändert klar im Vordergrund stünden, eher noch zugezogen. In Bezug auf die Schmerzen lassen sich keine Veränderungen objektivieren (S. 25 oben). Hinweise auf eine wesentliche Verdeutlichung, Aggravation oder Simulation gäbe es keine. In Bezug auf die im Vordergrund stehenden Störungen sei die Schilderung der Beschwerden, des Tagesablaufs, der Aktivitäten und sozialen Kontakte konsistent und mit den Befunden, den Akten und den gestellten Diagnosen kongruent. Die Serumspiegel würden zeigen, dass die Beschwerdeführerin die Antidepressiva einnehmen würde, was für ihre Compliance und einen gewissen Leidensdruck spreche (S. 26 Mitte). Aufgrund der Depression, der Angst und der Schmerzen seien die Ausdauer, das Selbstvertrauen, die kognitiven Fähigkeiten, vor allem die Konzentrationsfähigkeit und die Gedächtnisfunktionen, das Arbeitstempo, die Verkehrsfähigkeit und der Antrieb der Beschwerdeführerin beeinträchtigt. Zusammengefasst könne aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 40 % ausgegangen werden in der bisherigen Tätigkeit im Gastgewerbe oder in einer geeigneten Verweistätigkeit (S.

27 Mitte). Aufgrund der Angaben zu Anamnese und Befunden im Bericht von Dr. B. \_\_\_ und im Gutachten von Dr. C. \_\_\_ sei von einer leichten Verbesserung der depressiven Symptomatik und damit des Gesundheitszustandes bei trotz veränderter Diagnose weitgehend unveränderter Schmerzsymptomatik auszugehen. Durch das Urteil des Bundesgerichts 141 V 281 sei der rechtliche Rahmen verändert worden. Es sei daher auch eine angepasste Beurteilung des Sachverhalts notwendig (S. 28 Mitte). Beide erwähnten Ärzte hätten die Arbeitsfähigkeit als vollständig eingeschränkt eingeschätzt, hätten aber nicht dargelegt, welche Schädigungen bestünden, inwiefern sie noch welche Aktivitäten beeinträchtigen oder erlauben würden und wie diese in der Erwerbsarbeit realisiert werden könnten. Auch aufgrund damaliger Kriterien lasse sich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehen. Aufgrund der Akten und der Anamnese könne keine genaue Aussage gemacht werden über den Verlauf der Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes und damit der Arbeitsfähigkeit, so dass die aktuelle Einschätzung ab Untersuchungszeitpunkt gelte (S. 28 unten). Unter Berücksichtigung der kritischen Punkte im Vorgutachten von Dr. C. \_\_\_ sei die wahrscheinlichste Annahme, dass der Gesundheitszustand seit etwa dem Jahr 2000 bis heute zwar etwas geschwankt, aber sich doch leicht verbessert habe und die Arbeitsfähigkeit in dieser Zeit in einem Bereich zwischen 30 und 60 % eingeschränkt gewesen sei (S. 29 oben). Zum Schluss führte der psychiatrische Gutachter aus, aus psychiatrischer Sicht ergebe sich als Fazit ein klares Bild. Alle Indikatoren ausser der abgebrochenen Behandlung und der fehlenden Eingliederung würden ein einheitliches, konsistentes Bild ergeben. Die frühere Tätigkeit sei nur noch eingeschränkt möglich und die

Therapie könnte optimiert werden, insbesondere mit einer Psychotherapie mit einem Fokus auf den beruflichen Wiedereinstieg. Bei der Prognose sei sowohl eine Verbesserung als auch eine Verschlechterung möglich, wobei auf eine lange Frist die Chancen die Risiken überwiegen würden (S. 30 oben).

### **E. 5.1**

Voraussetzung für eine Rentenrevision ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes und damit eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen (vgl. vorstehend E. 1.2).

### **E. 5.2**

Die am 28. Mai 2001 (Urk. 11/25) verfügte ursprüngliche Rentenzusprache erfolgte im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten der MEDAS F.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2001. Die Gutachter diagnostizierten mit Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine mittelgradige depressive Episode sowie eine Angst- und Panikstörung und leiteten daraus eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab (E. 3.4). Bereits der behandelnde Psychiater Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 8. Mai 1999 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine somatoforme autonome Funktionsstörung sowie eine Angst und depressive Störung gemischt und ging aufgrund der schweren psychosomatischen Erkrankung von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus (vgl. vorstehend E. 3.3).

Die Gutachterinnen und Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_ stellten im Jahr 2016 im Wesentlichen die gleichen Diagnosen wie die Gutachter der MEDAS F.\_\_\_\_, nämlich eine chronische depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine generalisierte Angststörung (vgl. vorstehend E. 4.5).

### **E. 5.3**

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nach vollziehbaren 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 Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_29/2014 vom 25. Juni 2014 E. 3.2 mit Hinweisen).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen

abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt haben.

Ein Sachverständiger kann die betreffende Entwicklung regelmässig nicht aus eigener Wahrnehmung beschreiben (ausser er sei schon als Vorgutachter tätig gewesen). Daher ist es erforderlich, dass er sich, soweit verfügbar, mit den Fakten fundiert auseinandersetzt, wie sie sich aus den für den früheren Entscheid massgebenden medizinischen Vorakten ergeben. Dem Gutachten, welches die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, fehlt die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die Schlussfolgerungen, welche auf der Grundlage der vom Sachverständigen selber erhobenen Befundtatsachen gezogen worden sind, an sich einleuchten und vom Rechtsanwender prüfend nachvollzogen werden können. Diesem Beweiswertkriterium kommt hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen in Revisionsfällen - mit Blick auf deren vergleichende Natur - eine besondere Bedeutung zu. Die spezifischen Anforderungen müssen sich im Rahmen der Fragestellung zuhanden des Gutachters niederschlagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_29/2014 vom 25. Juni 2014 E. 3.3 mit Hinweisen).

#### **E. 5.4**

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass die psychiatrische Beurteilung der MEDAS Z.\_\_\_\_ von 2016

(vgl. vorstehend E. 4.5)

eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes darstellt. So ist gemäss Beurteilung der MEDAS Z.\_\_\_\_ hinsichtlich der Schmerzstörung (trotz Änderung der Diagnose) keine Veränderung eingetreten (vgl. vorstehend E. 4.5). Auch hinsichtlich der Angstsymptomatik ergibt sich kein verändertes Bild, so diagnostizierten die Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_ wie auch schon die Gutachter der MEDAS F.\_\_\_\_ eine Angststörung (vgl. vorstehend E. 4.5; E. 3.4). Sodann ergibt sich in diagnostischer Hinsicht auch hinsichtlich der depressiven Störung keine Änderung (vgl. vorstehend E. 4.5).

Trotz unveränderter psychiatrischer Diagnosen führte der psychiatrische Gutachter der MEDAS Z.\_\_\_\_, Dr. Y.\_\_\_\_, aus, dass sich die depressive Symptomatik leicht verbessert habe. Dr. Y.\_\_\_\_ begründete dies vorwiegend mit dem Vergleich des Psychostatus des Gutachtens der MEDAS F.\_\_\_\_ und bezieht sich dabei insbesondere auf die Aussagen des damaligen psychiatrischen Gutachters Dr. C.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 11/19 S. 2). Daraus zog Dr. Y.\_\_\_\_ den Schluss, wenn man dies mit dem aktuellen Psychostatus vergleicht, liege die Annahme nahe, dass sich die depressive Symptomatik leicht verbessert habe (vgl. Urk. 11/70 S. 22 Mitte).

#### **E. 5.5**

Von einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen (vgl. vorstehend E. 5.3) kann vorliegend entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 2 S. 1) jedoch nicht ausgegangen werden. Dr. Y.\_\_\_\_ trifft einzig mit dem Verweis auf den von Dr. C.\_\_\_\_ erhobenen Psychostatus die Annahme, dass sich die depressive Symptomatik verbessert habe. Inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden haben soll, ergibt sich aus den Ausführungen und der Einschätzung von Dr. Y.\_\_\_\_ nicht. Zwar deckt sich der von Dr. C.\_\_\_\_ erhobene Psychostatus nicht durchgehend mit demjenigen, der von Dr. Y.\_\_\_\_ erhoben wurde. Doch geht aus beiden hervor, dass unter anderem eine depressive Stimmung, ein Interesse- oder Freudeverlust und ein verminderter Antrieb und eine gesteigerte Ermüdbarkeit, Bilder von toten und blutenden Kindern und Schlafstörungen vorhanden seien, welche jeweils sowohl bei der früheren als auch der neueren Beurteilung zur Diagnose einer mittelgradigen Depression führten. Auch in der Exploration durch Dr. Y.\_\_\_\_ weinte die Beschwerdeführerin wiederholt, zum Teil mit heftigem Schluchzen (Urk. 11/70 S. 6 f.). Weiter stellte Dr. Y.\_\_\_\_ keine Hinweise auf eine wesentliche Verdeutlichung, Aggravation oder Simulation fest und erachtete in Bezug auf die im Vordergrund stehenden Störungen die Schilderung der Beschwerden, des Tagesablaufs, der Aktivitäten und der sozialen Kontakte der Beschwerdeführerin als konsistent mit den Befunden und den Akten und kongruent mit den gestellten Diagnosen (vgl. Urk. 11/70 S. 26 Mitte sowie vorstehend E. 4.5). Trotz Annahme einer leichten Verbesserung der depressiven Symptomatik diagnostizierte Dr. Y.\_\_\_\_ gleichwohl eine chronische depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, wie sie schon seit dem Jahr 1999 von allen anderen Ärzten auch diagnostiziert wurde (vgl. vorstehend E. 3.4, E. 4.2, E. 4.4, E. 4.5).

### **E. 5.6**

Bei unveränderten Diagnosen und daraus im Wesentlichen gleich gebliebenen funktionellen Einschränkungen (vgl. Urk. 11/70 S. 27) nannte Dr. Y.\_\_\_\_ keine konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsfähigkeit, welche zur veränderten Einschätzung des Schweregrads der depressiven Störung respektive dessen Auswirkungen geführt haben. Der Hinweis von Dr. Y.\_\_\_\_, dass durch das Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 der rechtliche Rahmen verändert worden und daher auch eine angepasste Beurteilung des Sachverhalts notwendig sei (vgl. Urk. 11/70 S. 28 Ziff. 6.3 sowie vorstehend E. 4.5), impliziert, dass sich vorliegend der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht substantiell verändert hat, sondern Dr. Y.\_\_\_\_ eine abweichende Bewertung aufgrund einer Rechtsprechungsänderung vorgenommen hat. Auch der Hinweis von Dr. Y.\_\_\_\_, dass Dr. B.\_\_\_\_ in erster Linie Therapeut gewesen sei, seine Stellungnahme dadurch geprägt sein müsse und dies gemäss Bundesgericht zu berücksichtigen sei, wenn man ver suche, die verschiedenen Beurteilungen zu werten (vgl. Urk. 11/70 S. 28 Ziff. 6.3), legt den Schluss nahe, dass in die Beurteilung von Dr. Y.\_\_\_\_ nicht nur medizinische, sondern auch rechtliche Überlegungen hineingeflossen sind. Damit und auch mit der an der früheren Begutachtung geübten Kritik («im sehr knappen Psychostatus», Urk. 11/70 S. 22 Mitte; «beide haben die Arbeitsfähigkeit als voll ständig eingeschränkt eingeschätzt, legten aber nicht dar, welche Schädigungen bestehen, inwiefern sie noch welche Aktivitäten beeinträchtigen oder erlauben und wie diese in der Erwerbsarbeit realisiert werden können», Urk. 11/70 S. 28 unten; «Auch aufgrund damaliger Kriterien lässt sich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehen», Urk. 11/70 S. 28 unten; «unter Berücksichtigung der kritischen Punkte im Vorgutachten von Dr. C.\_\_\_\_ ist die wahr

scheinlichste Annahme, dass der Gesundheitszustand seit etwa 2000 bis heute zwar etwas geschwankt hat, aber sich doch leicht verbessert hat und die Arbeitsfähigkeit in dieser Zeit in einem Bereich zwischen 30 und 60 % eingeschränkt war», Urk. 11/70 S. 28 unten f.) lässt sich eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung nicht rechtsgenügend begründen. Schliesslich führen die Gutachter der MEDAS Z. \_\_\_ 2016 in der zusammenfassenden Beurteilung aus, dass es sich um eine Neueinschätzung der Situation handle (vgl. Urk. 11/70 S. 11 Ziff. 5.4 sowie vorstehend E. 4.5).

Nach dem Gesagten vermögen die Schlussfolgerungen von Dr. Y. \_\_\_, dass bei unveränderter Schmerz- und ausgeprägter Angstsymptomatik, wobei die Schmerzsymptomatik eher noch zugenommen habe (vgl. Urk. 11/70 S. 25 oben sowie vorstehend E. 4.5), von einer leichten Verbesserung der depressiven Symptomatik auszugehen sei und daraus - trotz attestierter Fahrunfähigkeit und dem Hinweis, dass eine Selbst- und Fremdgefährdung nicht ausgeschlossen sei, weshalb keine Arbeiten an laufenden Maschinen und gefährlichen Situationen zumutbar seien (Urk. 11/70 S. 11 und 28 oberes Drittel) - eine 60%ige Arbeitsfähigkeit resultiere, nicht zu überzeugen.

### **E. 5.7**

Zusammenfassend ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführer in revisionsrechtlich relevanter Weise verbessert hat. Es liegt lediglich eine andere Beurteilung eines im wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vor, weshalb die Herabsetzung respektive Aufhebung der bisher ausgerichteten Invalidenrente nach Art. 17 ATSG ausscheidet.

### **E. 5.8**

Von einer zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen und rechtskräftigen Rentenzusprache (Art. 53 Abs. 2 ATSG) kann vorliegend ebenfalls nicht ausgegangen werden. Dies wird im Übrigen auch nicht geltend gemacht. Auch wenn möglicherweise im Licht der heutigen, strengeren Rechtsprechung ein ähnlich gelagerter Fall aktuell anders entschieden würde, ergeben sich aus den Akten keine Hinweise darauf, dass die Diagnosestellung oder die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit offensichtlich unrichtig gewesen wären.

Dementsprechend ist die Beschwerde gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten.

Bei diesem Ausgang kann offen gelassen werden, ob die Eingliederungsbestrebungen der IV-Stelle nach langjährigem Rentenbezug vor der Aufhebung der Rente ausreichend waren (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.1 ;

8C\_582/2017 vom 22. März 2018 E. 6.3-4).

### **E. 5.9**

Ob die Begründung im angefochtenen Entscheid eine Verletzung der Begründungspflicht und schliesslich des rechtlichen Gehörs darstellt und eine Aufhebung der Sache bereits aus formellen Gründen angezeigt wäre, kann bei diesem Ergebnis offengelassen werden.

Die Voraussetzungen für eine Heilung sind hinsichtlich der allenfalls unzureichenden Begründung erfüllt. Die Beschwerdeführerinnen konnten im gerichtlichen Verfahren ihre Einwände nochmals vollumfänglich vorbringen und eingehend zu den geltend gemachten Ansprüchen Stellung nehmen. Da das Gericht ausserdem über volle Kognition verfügt, ist

eine allfällige Gehörsverletzung im vorliegenden Verfahren heilbar; dies muss umso mehr gelten, als die Beschwerdeführer in in erster Linie die Weiterausrichtung der Rente beantragt ( Urk. 1 S. 2) und lediglich in den Ausführungen ( Urk. 1 S. 4 f. ) eine Aufhebung an die IV-Stelle aus formellen Gründen erwähnt hat (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

### **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 Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 6.2**

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Partei kosten.

Mit Honorarnote vom 10. Oktober 201

### **E. 7**

( Urk. 1 5 ) machte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Aufwand von total 9.75 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 53.10 geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses ( § 34 Abs. 3 GSVGer ) als angemessen, weshalb die Prozessentschädigung unter Berücksichtigung des massgebenden Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf insgesamt Fr. 2'373.90 (inkl. Barauslagen und MWSt ) festzulegen und ausgangs gemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 15. Februar 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, Rechtsanwalt Stephan Kübler, Winterthur, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'373.90 (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Stiftung Auffangeinrichtung BVG - 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  
Mosimann  
P. Sager

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