

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00978 vom 5. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00978

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00978 du 5 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00978 del 5 settembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Der Revisionsordnung gemäss Art. 17 ATSG geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit dieser Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen).

E. 1.2

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte 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 (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE 143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152). Dabei braucht es

sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Renten revision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Renten anspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisions ergebnis gestützt auf Art. 74 ter lit . f der Verordnung über die Invaliden ver sicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangs sach verhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 1.3

). Es basiert auf den notwendigen internistischen, orthopädischen, neurolo gischen und psychiatrischen Untersuchungen der Beschwerdeführerin. Den Gut achtern standen die Akten der Beschwerdegegnerin zur Verfügung, worin namentlich die relevanten medizinischen Berichte enthalten waren. Die Experten berücksichtigten sodann die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Das Gutachten leuch tet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Dem gemäss sind auch die Schlussfolgerungen in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 2. August 2017 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 13. September 2017 Beschwerde und beantragte die Weiterausrichtung der Inva lidenrente (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2017 schloss die IV Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Mit Replik vom 13. Februar 2018 hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Rechtsbegehren fest (Urk. 11), worauf die Beschwerdegegnerin am 12. März 2018 auf Duplik verzichtete (Urk. 13).

Mit Verfügung vom 25. April 2018 wurde die Beschwerdeführerin eingeladen, zu einem allfälligen Wiedererwägungsgrund bezüglich der Rentenbestätigung vom 27. Januar 2011 (Urk. 6/189) Stellung zu nehmen (Urk. 14). Die Beschwerde führerin reichte ihre Stellungnahme am 15. Juni 2018 ein (Urk. 17), welche der Beschwerdegegnerin am 18. Juni 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hob die Rente der Beschwerdeführerin mit der Begrün dung auf (Urk. 2), die medizinische Abklärung habe ergeben, dass seit Juli 2012 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (S. 1 unten). Es sei der Beschwerdeführerin eine körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit in einem Pensum von 80 % zumutbar, mit welcher sie ein rentenaus schliessendes Einkommen erzielen könnte (S. 2 oben).

E. 2.2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein (Urk. 1), laut den Gutachtern der A.____ ag liege keine Veränderung ihres Gesundheits zustan des vor, sondern die Gutachter hätten ausdrücklich festgehalten, dass sie den gleichen Sachverhalt anders beurteilten als die vorangehenden Ärzte (Ziff. 38 S. 17). Insofern liege kein Revisionsgrund vor (Ziff. 39 S. 17). Überdies machte sie zahlreiche Mängel am Gutachten geltend und stellte dessen Beweistauglichkeit in Frage (Ziff. 40 ff. S. 17 ff.).

E. 2.3

Mit Beschwerdeantwort machte die Beschwerdegegnerin zusammengefasst geltend (Urk. 5), Anlass zur Rentenrevision gebe jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet sei, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (S. 1 Mitte). Mit den neu hinzugeetreten Befunden in orthopädischer Hinsicht an der Schulter sei eine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten, die es erlaube, den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen. Das im Rahmen des Revisionsverfahrens eingeholte polydisziplinäre Gutachten der A.____ ag erweise sich als vollumfänglich beweiskräftig (S. 2 Mitte).

E. 2.4

Mit Replik (Urk. 11) bekräftigte die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die Stellungnahme ihres behandelnden Psychiaters (Urk. 6/360) die Mangelhaftigkeit des Gutachtens (Ziff. 3 ff. S. 2 ff). Voraussetzung bei der umfassenden und allseitigen Überprüfung der Rente bleibe eine tatsächliche Änderung des Sachverhalts. Die Beschwerdegegnerin unterscheide nicht klar zwischen den zulässigen Gründen, eine Revision zu initiieren und den zulässigen Gründen, eine Rente aufzuheben, und gelange zu einem unzulässigen Ergebnis. Die unmissverständliche Angabe der Gutachter, wonach sie den gleichen Sachverhalt anders beurteilten, verbiete die Rentenaufhebung gestützt auf das Gutachten (Ziff. 11 S. 6).

E. 2.5

mg optimal eingestellt - Adipositas mit einem BMI von 28.4 kg/m² - psychogene Überlagerung (F54) somatischer Leiden - DD: chronische Anpassungsstörung (F43.25) - akzentuierte histrionische Charakterzüge (Z73.1)

E. 3.1

Streitig und zu prüfen ist, ob ein Revisionsgrund besteht und insbesondere ob neu hinzugeetrete Befunde hinsichtlich der Schulter einen Revisionsgrund darstellen, gestützt auf welchen eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs zulässig ist.

E. 3.2

Nachdem der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 5. März 2008 (Urk. 6/133) eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. Januar 2007 zugesprochen worden war, fand die letzte materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung mit rentenbestätigender Mitteilung vom 27. Januar 2011 (Urk. 6/189) ihren Abschluss, wobei auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs mangels Änderung im Sachverhalt absichtlich verzichtet worden war (vgl. Feststellungsblatt vom 27. Januar 2011, Urk. 6/188). Die nachfolgenden amtlichen Revisionsverfahren wurden ohne eigentliche, materielle Anspruchsprüfung abgeschlossen (vgl. Feststellungsblatt vom 5. April 2013, Urk. 6/212, und vom 29. Juli 2014, Urk. 6/232). Damit sind die Verhältnisse im Zeitpunkt vom 27. Januar 2011 mit denjenigen im Zeitpunkt der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 2. August 2017 zu vergleichen.

E. 3.3

Im massgeblichen Gutachten vom 18. Dezember 2010 (Urk. 6/187) führten Dr. C.____, Oberarzt, und Dr. D.____, Assistenzärztin, Sanatorium B.____, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Verdachtsdiagnosen auf (S. 20): - subsyndromale

posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) - Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) - chronifizierte Anpassungsstörung (F42.21)

Als Differentialdiagnose nannten sie (S. 20) eine organische Persönlichkeitsstörung (F07.0).

Die Untersuchung der Beschwerdeführerin sei durch ihre eingeschränkte Kenntnis der deutschen Sprache, welche die Übersetzung durch eine Dolmetscherin erfordert habe, sowie nach Angaben der Dolmetscherin vorhandene formale Denkstörungen und die teilweise vagen und widersprüchlichen Angaben der Beschwerdeführerin erschwert gewesen. Die vielfältigen Beschwerden, die sie genannt habe, hätten trotz Nachfragens oft nicht hinreichend konkretisiert werden können (S. 21 oben).

Im Vordergrund der in der gutachterlichen Untersuchung genannten psychischen Beschwerden hätten Ängste gestanden, welche sich zum einen auf die Gewalterfahrungen in der Ehe und ein Intoxikationsereignis vom 24. Oktober 2003 bezögen, zum anderen auf Situationen, in denen die Beschwerdeführerin fürchte, sich durch einen Sturz infolge eines epileptischen Anfalls zu verletzen oder sich in der Öffentlichkeit zu exponieren. Neben phobischen Ängsten vor als bedrohlich eingestuften Situationen (z.B. Dunkelheit, Alleinsein, Einnahme von Nahrung) mit entsprechendem Vermeidungsverhalten habe sie über eine erhöhte Anspannung und Schreckhaftigkeit, über ein erhöhtes Misstrauen sowie über Erinnerungen an tätliche Übergriffe durch ihren Ehemann und Albträume, deren intrusiver Charakter aber unklar bleibe, berichtet. Ihre depressiven Beschwerden habe sie nicht konkretisieren können, sondern habe stattdessen vielfältige, unspezifische körperliche Beschwerden genannt. Ihre Schwester habe über eine überwiegend traurige Stimmung bei ausgeprägten Stimmungsschwankungen berichtet (S. 22 Mitte).

In der Untersuchung hätten sich als objektive, der Fremdbeobachtung zugängliche Symptome kognitive, affektive und psychomotorische Auffälligkeiten feststellen lassen. Die Beschwerdeführerin sei gedanklich eingengt auf ihre Beschwerden und ihre Sorge um die Wohnsituation und neige zum Vorbeireden. Sie sei im Affekt mittelgradig deprimiert, ängstlich und vermindert schwingungsfähig. In der Psychomotorik falle eine leichte Logorrhoe auf. Der Befund sei bei der Verlaufsuntersuchung im Wesentlichen unverändert gewesen (S. 22 unten).

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt könnten bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht nur Verdachtsdiagnosen gestellt werden (S. 28 unten).

Die affektiven Beschwerden wie depressive Verstimmung, Affektlabilität, Reizbarkeit und Misstrauen schränken das Anpassungsvermögen, das Durchhaltevermögen und die Kontaktfähigkeit zumindest mittelgradig ein. Die Beschwerdeführerin sei darüber hinaus aufgrund ihrer phobischen Ängste in ihrer Wegefähigkeit mittelgradig bis schwer beeinträchtigt. Die formalen Denkstörungen legten schliesslich kognitive Beeinträchtigungen nahe, deren Auswirkungen auf Arbeit und Alltagsbewältigung jedoch unklar seien. Aufgrund dieser Beeinträchtigungen sei gegenwärtig von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die Beschwerdeführerin könne keiner beruflichen Tätigkeit mehr mit der erforderlichen Regelmässigkeit und Ausdauer nachgehen. Aus diesem Grund sei eine berufliche Massnahme zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht aussichtsreich. In der Haushaltsführung und in der Bewältigung ihres Alltags sei sie auf die Unterstützung durch Dritte angewiesen (S. 28 unten f.).

Die Arbeitsunfähigkeit sei zumindest teilweise durch die psychischen Störungen der Beschwerdeführerin bedingt. Unklar sei aber, welchen Anteil psychosoziale Faktoren an der Arbeitsunfähigkeit hätten (S. 29 unten).

E. 4.1

Anlässlich des Revisionsverfahrens holte die Beschwerdegegnerin die nach folgenden Berichte ein.

E. 4.2

Dr. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 24. März 2013 (Urk. 6/210) folgende Diagnosen: - Agoraphobie mit vorbestehend Panikattacken, sekundär entwickelt (F40.01) - rezidivierende ängstlich depressive Zustände bei psychosozialen Konflikten und Somatisierung von Beschwerden (F43.22); chronische unspezifische multifokale Schmerzsymptomatik - Verdacht auf Persönlichkeitsstruktur mit selbstunsicheren und abhängigen Zügen (F61.0) - Verdacht auf symptomatische (kryptogene) Epilepsie mit sekundär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen, anamnestisch seit Jugend mit - Status nach rezidivierender Schulterluxation rechts; aktuell deswegen am 21. März 2013 Schulteroperation geplant

Die Beschwerdeführerin befinde sich meist aufgrund von diversen Schmerzen in leidendem Zustand. Es sei eine allgemein erhöhte Anspannung spürbar mit starker Verunsicherung und insbesondere einer Angst, wegen eines plötzlichen Schwächezustandes des Körpers mit Herzklopfen, Schwindel, Atemnot usw. zusammenzubrechen. Weiterhin bestehe die Angst, dass durch Stress ein epileptischer Anfall ausgelöst werde. So bedeute bereits das Einhalten von Arztterminen, besonders, wenn sie diese alleine realisieren müsse, einen Stress. Es stünden stets ängstlich depressive Symptome mit hauptsächlich körperlichen Beschwerden im Vordergrund. Es handle sich um ein anhaltendes Schmerzsyndrom (OSG-Schmerzen links, Beinschmerzen beidseits, Kopfschmerzen, Schulterschmerzen rechts, teils überlagert durch somatische Befunde), um eine Kraftlosigkeit in den Beinen, Schwindelbeschwerden und andere diverse vegetative Stresssymptome. Die Beschwerdeführerin sei zeitweise freud- und lustlos, traurig und ohne Antrieb und gegenüber Menschen sehr ängstlich-misstrauisch. Sie vermeide körperliche Aktivitäten und Kontakte (S. 2 unten f.). Sie sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Mit medizinischen Massnahmen, beispielsweise einer stationären Rehabilitation, und einem günstigen Verlauf könnte innerhalb eines halben bis ganzen Jahres eventuell eine Arbeitsfähigkeit von 30-50 % erreicht werden.

E. 4.3

Im Bericht vom 3. Juli 2014 (Urk. 6/227) wiederholte Dr. E.____ die bereits gestellten Diagnosen. Es sei in der orthopädischen Klinik F.____ eine Operationsindikation der Schulter abgeklärt und verneint worden, da eine operative Sanierung kaum eine Verbesserung der Beschwerden bringen würde. Die Beschwerdeführerin sei sichtlich entlastet, sei aktiver geworden und habe begonnen, vermehrt physiotherapeutische Übungen für die Schulterbeweglichkeit rechts zu Hause zu machen. Sie habe zirka 5 kg abgenommen und begeben sich vermehrt unter Leute. Auch die Beweglichkeit des rechten Armes habe sich verbessert. Ab Herbst seien jedoch vermehrt soziale Probleme in den Vordergrund getreten. Die Beschwerdeführerin sei mit vielen administrativen Belangen überfordert. Als ihr die Wohnung gekündigt worden sei, habe sie vermehrt unter Schlafproblemen gelitten und es sei erneut ein epileptischer Anfall aufgetreten (S. 2).

Grundsätzlich liessen sich die Einschränkungen durch medizinische Massnahmen vermindern, aber es sollte zuerst über sozialpsychiatrische Massnahmen zu einer Stabilisierung im Alltag kommen (S. 3).

E. 4.4

Dr. G.____, Leidender Arzt, und Dr. H.____, Oberarzt, Klinik I.____, stellten im Bericht vom 21. März 2016 (Urk. 6/253) folgende Diagnosen (Urk. 6/253 Ziff. 1.2): - vermutlich symptomatische, bislang kryptogene Epilepsie mit sekundär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen - MRI vom 26. März 2004: altersentsprechende, nicht pathologische MRI-Untersuchung des Schädels - EEG vom 23. Februar 2015: Normalbefund - bekannte Anpassungsstörung mit ängstlich-depressiven Zügen - chronische unspezifische multifokale Schmerzsymptomatik und gegebenenfalls Medikamentenübergebrauchskopfschmerz bei Einnahme von 2x500 mg Mefenacid täglich
Aktuell sei die Beschwerdeführerin anfallsfrei und es bestehe eine gute Prognose (Ziff. 3.1). Aus rein epileptologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1).

E. 4.5

Dr. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 9. August 2016 (Urk. 6/257/1-4) eine Depression und verwies auf einen ambulanten Notfallaustrittsbericht des Spitals K.____ vom 9. Oktober 2015 (Urk. 6/257/5-7) und einen ambulanten Verlaufsbericht der Klinik I.____ vom 1. Februar 2016 (Urk. 6/275/8-10; Ziff. 1.2). Wegen Schwäche und der Depression bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 2.1).

E. 4.6

Dr. E.____ berichtete am 10. August 2016 (Urk. 6/260), seit Juli 2014 hätten 12 psychiatrische Konsultationen stattgefunden. Die Sitzungsfrequenz werde durch die Angstsymptomatik sowie durch das körperliche Beschwerdebild im Rahmen der epileptischen Erkrankung sowie der Schmerzsymptomatik bestimmt und sei entsprechend unregelmässig (S. 1). Aufgrund der ablehnenden Haltung der Krankenversicherung gegenüber einer stationären Therapie habe sich am Verlauf nichts geändert (S. 3). Durch medizinische Massnahmen könnte bei sehr günstigem Verlauf eine Teilarbeitsfähigkeit erlangt werden (S. 4).

E. 4.7

Vom 10. bis 18. November 2016 befand sich die Beschwerdeführerin stationär im Sanatorium B.____. Dem Austrittsbericht vom 29. November 2016 (Urk. 6/277) kann entnommen werden, dass sie sich aufgrund des Verdachts auf eine mittelgradige Episode bei einer bekannten rezidivierenden Depression in akutstationärer Behandlung befunden habe. Bezüglich Medikation habe sie angegeben, die bisher eingenommenen Medikamente bis auf eines 10 Tage vor Eintritt abgesetzt zu haben. Sie habe sich auf der Station zurückhaltend und freundlich gezeigt und sei in gutem Kontakt mit den Mitpatienten gewesen. Nach rascher Besserung der Beschwerden (kein Schwindel mehr, weniger Ängste) sei sie in die bekannten Verhältnisse zurückgekehrt. Es hätten zu keiner Zeit Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung gegeben (S. 2).

E. 4.8.1

Die Beschwerdeführerin wurde am 9. und 13. März 2017 in der A.____ ag von Dr. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. M.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. N.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. O.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, untersucht. Im Gutachten vom 10. Mai 2017 (Urk. 6/308) stellten die Ärzte folgende Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 76 Ziff. 8.1.1): - rezidivierende Schulterluxation rechts - OSG-Instabilität beidseits - myofaszielles Schmerzsyndrom - Verdacht auf Fibromyalgie - Dauerkopfschmerzsymptomatik mit - Migräne mit einfachen Attacken - rezidivierenden Spannungskopfschmerzen - Medikamentenübergebrauchskopfschmerz

Als Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 76 Ziff. 8.1.2): - Verdacht auf frontal beginnende, sekundär generalisierte grand mal-Epilepsie mit Anfallsfreiheit unter Medikation seit 16. Februar 2014 - arterielle Hypertonie seit 2015 mit Concor

E. 4.8.2

Von neurologischer Seite sei bedeutsam, dass in einem MRT des Neurokraniums von März 2004 eine hirnsubstantielle Schädigung als Ursache der Epilepsie habe ausgeschlossen werden können. Die Epilepsie sei gesichert worden durch Nachweis einer epilepsiespezifischen Aktivität während eines klinisch eindeutigen Anfallsereignisses. Dies habe beim mobilen Langzeit-EEG von März 2004 festgestellt werden können. Auch der Verdacht auf Beginn mit Myoklonie im Bereich der Arme und des Oberkörpers deute auf einen frontalen Anfallsursprung (S. 82). Aus neurologischer Sicht bestünden keine speziellen Handicaps. Die berichteten morgendlichen Schwindelzustände könnten Einschränkungen für die Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an das Gleichgewicht bedingen, seien aber neurologisch nicht zu erklären, sodass sie nicht bewertet würden. Aufgrund der schon jahrelang bestehenden, immer noch nicht therapierten Dauerkopfschmerzsymptomatik ergäben sich leichte Einschränkungen der Leistungsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit, wobei aber dieser Zustand durch fachspezifische Therapiemaßnahmen bei stringenter Führung innerhalb eines halben Jahres bis maximal eines Jahres deutlich besserbar sei (S. 83).

E. 4.8.3

In Bezug auf das rechte Schultergelenk sei festzuhalten, dass angesichts der Anamnese und des klinischen Befundes mit positivem Apprehension-Zeichen davon ausgegangen werden könne, dass rechts eine chronische Schulterinstabilität bei rezidivierenden Schulterluxationen (dokumentiert seien insgesamt fünf derartige Ereignisse) vorlägen. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie ihre alltäglichen Aktivitäten dem Schulterstatus anpasse, das heiße, sie vermeide forcierte Aussenrotationsbewegungen und Bewegungen oberhalb der Horizontal ebene. Nachts trage sie einen stabilisierenden Verband, um unwillkürliche Luxationen zu vermeiden. Sie habe angegeben, dass im Bereich der dominanten rechten oberen Extremität eine verminderte Kraft vorliege. In diesem Zusammenhang sei festzuhalten, dass klinisch keine relevante Atrophie an der entsprechenden oberen Extremität festgestellt werden können, so dass eine deutliche Kraftminderung nicht nachvollziehbar sei. Es sei in diesem Zusammenhang auch darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin mit dem Jamar-Vigorimeter rechts (wohl richtig: links) stets Werte unter 10 kg gedrückt habe, bei weitgehend normaler Situation an der linken oberen Extremität, was den Verdacht auf Aggravation wecke. In Bezug auf die

übrige muskulo-skelettale Problematik sei darauf hinzuweisen, dass bei der Beschwerdeführerin 14 der 18 für die Fibromyalgie definierten Tender-Points positiv seien, so dass grundsätzlich die Diagnose einer Fibromyalgie erlaubt wäre. Da jedoch auch 4 Kontrollpunkte positiv seien, dürfe diese Diagnose definitionsgemäss nicht gestellt werden. Angesichts der Gesamtsituation erscheine es jedoch gerechtfertigt, zumindest den Verdacht auf jenes Krankheitsbild zu äussern (S. 82). Orthopädischerseits sei davon auszugehen, dass die rechte obere Extremität vermindert belastbar sei. Die ebenfalls geklagten Beschwerden an beiden Sprunggelenken und im Bereich der lumbalen Wirbelsäule fänden kein klar fassbares morphologisches Substrat (S. 83).

E. 4.8.4

In psychiatrischer Hinsicht sei spätestens seit der Scheidung die massive Paarproblematik hinfällig geworden. Psychosoziale Belastungsfaktoren bestünden nach wie vor wie beispielsweise sprachliche Schwierigkeiten, fehlende Berufsausbildung, finanzielle und Wohnprobleme. Aktuell bestünden im Zusammenhang mit der Epilepsie-Erkrankung leichte und langanhaltende Störungen der psychischen Befindlichkeit wie Sorgen, emotionale Konflikte und ängstliche Erwartungen im Sinne einer psychogenen Überlagerung (F54). In Anlehnung an die DSM

E. 4.9

Am 3. April 2017 wurde die Beschwerdeführerin auf der Notfallstation des Spitals K.____ ambulant behandelt. Laut Austrittsbericht vom 4. April 2017 (Urk. 7/328) erfolgte eine notfallmässige Zuweisung via Ambulanz bei akutem Schwindel und konsekutivem Kollaps ohne Bewusstlosigkeit mit begleitender initialer Dyspnoe (S. 1). Im Untersuchungsbeleg habe sich die Beschwerdeführerin ohne auffällige Pathologien gezeigt, insbesondere ohne okulären Nystagmus. In den Blutuntersuchungen habe sich ein unauffälliger Befund gezeigt und im EKG hätten bei regelrechten Zeitindices keine De- oder Repolarisationsstörungen festgestellt werden können. Der Schellong-Test habe einen adäquaten Normalbefund aufgezeigt ohne Hinweise auf eine akute Kreislaufdysregulation. Im Gesamten seien die Befunde im Rahmen einer aktuellen Stresssituation bei weiterhin vorbekannter somatisierender reaktiver Depression zu werden.

E. 4.10

In der Stellungnahme vom 24. August 2017 zum Gutachten der A.____ ag stellte Dr. E.____ fest (Urk. 6/360), den sich gegenseitig negativ beeinflussenden körperlichen und psychischen Leiden werde keinerlei Rechnung getragen. Das Resultat der Begutachtung gehe an der Realität des Alltags vorbei. Alle relevanten psychiatrischen Diagnosen seien in Frage gestellt und durch eine versicherungsmedizinisch unbedeutende Diagnose ersetzt worden (S. 1). Es liege bei der Beschwerdeführerin ein sehr komplexes psychiatrisches Krankheitsbild vor, bei dem körperlich nachgewiesene Krankheitsbilder (Epilepsie, rezidivierende Schulterluxationen) mit einer Angsterkrankung und depressiven Symptomatik mit veränderter Körperwahrnehmung interferiere. Es bestehe bei ihr ein grosser Leidensdruck, der sie in der Alltagsbewältigung massiv einschränke (S. 2).

E. 5

Klassifikation, wonach eine Anpassungsstörung als chronisch zu bezeichnen sei, wenn das Störungsbild sechs Monate oder länger anhält, komme im Fall der Beschwerdeführerin differentialdiagnostisch eine chronische Anpassungsstörung in Frage. Emotionale Konflikte (beispielsweise Depressivität und Ängstlichkeit) und weitere Störungen der

Befindlichkeit seien seit 2003 andauernd vorhanden. Die eigenständigen Diagnosen einer Angststörung, einer depressiven Störung oder der Panikattacken würden weder in den Akten ausreichend begründet noch könnten sie durch die aktuelle Anamneseerhebung oder den klinischen Befund erhoben werden. Andererseits weise das Verhalten akzentuierte histrionische Charakterzüge auf, indem die Beschwerdeführerin sowohl somatische Symptome als auch frühere traumatisierende Erlebnisse in der Ehe noch Jahre später dramatisch darstelle und diese in körperliche Symptome umwandle im Sinne einer Konversionsneurose. Die von ihr angegebenen Schwindelanfälle, die somatisch nicht begründet werden könnten, seien aus psychiatrischer Sicht hier diagnostisch unterzubringen. Sie lenke dadurch die Aufmerksamkeit anderer auf sich, beschäuf tige damit die behandelnden Stellen und mutmasslich auch die Familienangehör igen. Nicht auszuschliessen sei aus dem gesamten Verhalten und auch der Art und Weise, wie sie ihre Symptome darstelle und medizinische Hilfe in Anspruch nehme, ein sekundärer Krankheitsgewinn, nicht zuletzt, um ihre ganze IV-Rente weiter beziehen zu können (S. 82 f.). Psychiatrischerseits sei die Beschwerdeführerin gemäss Mini-ICF-APP mehrheitlich nicht, bzw. nur leicht beeinträchtigt und es zeigten sich gute und erhaltene Funktionen und Ressourcen. Die vorhandenen Handicaps belegten aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht jedoch keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit oder Invalidisierung. Es bestünden keine Beeinträchtigungen hinsichtlich der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Anpassung an Regeln und Routinen, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Anwendung fachlicher Kompetenzen sowie der Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten. Ebenso wenig bestünden Einschränkungen bei Spontanaktivitäten, in der Selbstpflege, in der Verkehrsfähigkeit oder in der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit. Leichte Beeinträchtigungen könnten aufgrund einer Tendenz, körperliche Leiden psychogen zu überlagern, in der Durchhaltefähigkeit bestehen (S. 83).

Aus internistischer Sicht sei die Beschwerdeführerin gesund (S. 82) und alle Funktionen seien erhalten (S. 83).

E. 5.1

Dass bei der Beschwerdeführerin - wie von der Beschwerdegegnerin behauptet (vgl. Urk. 5) - neu orthopädische Befunde hinsichtlich der rechten Schulter vorliegen und somit eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes vorliegt, der die Überprüfung des Rentenanspruchs ohne Bindung an frühere Beurteilungen rechtfertigt, trifft nicht zu. Bereits anlässlich der Rentenzusprache im März 2008 wurde über einen Status nach dreifacher Schulterluxation rechts berichtet, wobei aber die Beschwerdegegnerin die psychiatrische Problematik gestützt auf die Beurteilung ihrer RAD-Ärztin als im Vordergrund stehend erachtete (vgl. Feststellungsblatt vom 6. Dezember 2007, Urk. 6/116 S. 3). Auch anlässlich der erstmaligen Rentenüberprüfung, in deren Verlauf die Beschwerdegegnerin das psychiatrische Gutachten von Dr. C.____ und Dr. D.____ einholte, wies die zuständige RAD-Ärztin darauf hin, dass weiterhin ein psychischer und allenfalls auch orthopädischer (Status nach dreimaliger Schulterluxation rechts) Gesundheitsschaden im Vordergrund stehe (vgl. Feststellungsblatt vom 27. Januar 2011, Urk. 6/188 S. 3). Im Verlauf des zweiten amtlichen Revisionsverfahrens berichtete Dr. E.____ am 24. März 2013 (E. 4.2), es sei eine Schulteroperation geplant, welche, wie Dr. E.____ am 3. Juli 2014 (E. 4.3) berichtete, letztendlich doch nicht stattfand. Wenn die A.____-Gutachter (E. 4.5) unter den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende Schulterluxation rechts aufführten und daher von einer vermindert belastbaren oberen

Extremität ausgingen, stellt dies im Vergleich zu den Vorberichten keine Änderung des Sachverhalts dar.

E. 5.2

Was den Gesundheitszustand in psychiatrischer Hinsicht betrifft, wies Dr. L.____ der A.____ ab (E. 4.8.4) ausdrücklich darauf hin, dass sich dieser nicht wesentlich verändert habe, sondern er den gleichen Gesundheitszustand anders beurteilt und keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit hergeleitet habe (S. 87). Eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts vermag indessen keinen Revisionstatbestand zu begründen.

E. 5.3

Ein Zurückkommen auf die Mitteilung vom 27. Januar 2011 (Urk. 6/189) ist daher nur auf dem Weg der Wiedererwägung zulässig, wobei eine zweifellose Unrichtigkeit auch bei unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein kann (BGE 117 V 8 E. 2c mit Hinweis). Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrrechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 6.2.1 mit Hinweis).

E. 5.4

Der Anspruch auf eine ganze Rente wurde am 27. Januar 2011 gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. C.____ und Dr. D.____ (E. 3.3) bestätigt. Darin stellten die Psychiater die Verdachtsdiagnosen einer subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung, einer Agoraphobie mit Panikstörung sowie einer chronifizierten Anpassungsstörung und als Differentialdiagnose eine organische Persönlichkeitsstörung.

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Gemäss Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2017 vom 22. März 2018 E. 5.1 (mit Hinweis auf: BGE 127 V 294 E. 5a) braucht es in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt.

Dr. C.____ und Dr. D.____ (E. 3.3) konnten bei der Beschwerdeführerin keine gesicherten Diagnosen stellen, sondern mussten sich mit der Nennung von Verdachtsdiagnosen begnügen und führten dies darauf zurück, dass die Angaben der Beschwerdeführerin vage und widersprüchlich gewesen seien. Unter diesen Umständen ist die attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar, weshalb das Gutachten nicht ohne weitere Abklärungen als Grundlage für die Mitteilung vom 27. Januar 2011 hätte herangezogen werden dürfen. Diese ist daher als zweifellos unrichtig zu qualifizieren ist.

E. 5.5

Steht die zweifellose Unrichtigkeit der Rentenbestätigung fest und ist die Berichtigung von erheblicher Bedeutung, was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft (vgl. BGE 119 V 475 E. 1c mit Hinweisen), sind die Anspruchsberichtigung und allenfalls der

Umfang des Anspruchs für die Zukunft zu prüfen.

E. 6.1

Das A.____-Gutachten vom 10. Mai 2017 (E. 4.5) entspricht in jeder Hinsicht den Anforderungen der Praxis an den Beweiswert einer Expertise (vorstehend E.

E. 6.2

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, verfängt nicht. Insoweit sie moniert, das psychiatrische Teilgutachten sei nicht schlüssig, weil einerseits Aggravation und sekundärer Krankheitsgewinn in den Raum gestellt, andererseits die Befunde, die von Dr. C.____ und Dr. D.____ erhoben worden seien und auch auf subjektive Angaben gegründet hätten, als nachvollziehbar erachtet worden seien, ist ihr entgegenzuhalten, dass das Gutachten von Dr. C.____ und Dr. D.____ wie oben dargelegt nicht beweistauglich war (vorstehende E. 5.3). Auch anlässlich der Untersuchung durch die A.____-Gutachter machte die Beschwerdeführerin inkonsistente Angaben: So bestritt sie, vor 2003 an Epilepsie gelitten zu haben und Antiepileptika eingenommen zu haben (S. 41), obwohl aus den Akten klar ersichtlich ist, dass sie seit der Jugend an Epilepsie leidet und unter langjähriger antiepileptischer Therapie bis 2003 anfallsfrei gewesen war und schon vor 2003 in der Klinik P.____ in Behandlung war (vgl. statt vieler Urk. 6/3). Auch den angeblichen Vergiftungsversuch durch den Ehemann schilderte sie im Laufe der Zeit unterschiedlich: Während sie laut Bericht der Klinik P.____ vom 16. Januar 2004 (Urk. 6/8 S. 2) den Ärzten angegeben hatte, ihr Ehemann habe ihr die Medikamente in einem Glas Eistee verabreicht, gab sie gegenüber Dr. C.____ und Dr. D.____ (E. 3.3) an, ihr Mann habe sie mit Alkohol und Ponstan - im Orangensaft untergemischt - vergiften wollen (S. 13). Dr. L.____ der A.____ ag (E. 4.8.4) gegenüber gab sie an, ihr (mittlerweile) geschiedener Ehemann habe die Medikamente mit Whisky und Saft verabreicht (S. 41). Zur Wohnsituation gab sie gegenüber Dr. L.____ an, sie wohne seit der Scheidung alleine in einer 1 ½-Zimmerwohnung und habe von ihrem Ehemann seit der Scheidung nichts mehr gehört (S. 40), anlässlich einer notfallmässigen Vorstellung im Spital K.____ am 6. Dezember 2016 berichtete sie, sie habe Angst, dass ihre neue Mitbewohnerin ihr irgendwelche Medikamente in den Tee beimische, und sie in nächster Zukunft an einem Termin erscheinen müsse, wo ihr Ex Ehemann auch anwesend sei (Urk. 6/293 S. 2). Wenn Dr. L.____ angesichts dieser widersprüchlichen Schilderungen inkonsistentes Verhalten festgestellt hat (S. 48), ist dies nicht zu beanstanden und führt ein solches Verhalten nicht zu einem komplexen Beschwerdebild. Daran ändert auch die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom 24. August 2017 (E. 4.10) nichts, kritisiert er im Wesentlichen, dass der psychiatrische Gutachter der A.____ ag (E. 4.8.4) die relevanten (vormals gestellten) psychiatrischen Diagnosen wegen mangelnder Begründung in Frage gestellt habe und durch eine versicherungsmedizinisch unbedeutende Diagnose ersetzt habe, ohne die nach seiner Ansicht vorliegenden Diagnosen mit einer Begründung zu untermauern. Insbesondere aber konnten auch die Ärzte des Sanatoriums B.____ (E. 4.5) keine Diagnose stellen, obwohl sich die Beschwerdeführerin während 10 Tagen dort stationär aufgehalten hatte. Schliesslich bleibt festzuhalten, dass Dr. L.____ nicht - wie von der Beschwerdeführerin behauptet - von Aggravation, sondern von demonstrativem Verhalten gesprochen hat (S. 43 und S. 48). Wenn er angesichts des Verhaltens der Beschwerdeführerin festhält, dass ein sekundärer Krankheitsgewinn nicht auszu-schliessen ist, ist dies nicht zu beanstanden.

Ist mit Dr. L.____ (E. 4.8.4) davon auszugehen, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen sind, erübrigt sich auch, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen anhand des strukturierten Beweisverfahrens (BGE 141 V 281) zu prüfen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3).

E. 6.3

Bezüglich der diagnostizierten Migräne wies Dr. N.____ (E. 4.8.2) darauf hin, dass die Beschwerdeführerin typische Symptome für eine Migräne gemäss den Diagnosekriterien der IHS (Kopfschmerzklassifikation der International Headache Society) angebe, weshalb der Einwand der Beschwerdeführerin, die Kriterien, ob eine Migräne zu diagnostizieren sei, seien nicht geprüft worden, ins Leere zielt. Die Beschwerdeführerin machte weder geltend, dass die Symptomatik unvollständig erhoben worden wäre oder sich diese stärker als von Dr. N.____ angenommen, auf ihre Leistungsfähigkeit auswirkt. Im Übrigen kann aus der Dauer der Exploration nicht geschlossen werden, ob die Untersuchungen zureichend waren oder nicht, wird doch lediglich verlangt, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3

und 8C_603/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2).

E. 6.4

Zum Vorhalt der Beschwerdeführerin, der orthopädische Gutachter (E. 4.8.3) habe den Verdacht auf eine Fibromyalgie geäussert, was weitere Abklärungen zur Folge hätte haben müssen, führte Dr. M.____ nachvollziehbar aus, dass die Diagnose einer Fibromyalgie trotz 14 positiven Tenderpoints angesichts des Vorliegens von 4 ebenfalls positiven Kontrollpunkten definitionsgemäss nicht gestellt werden darf. Damit ist nicht ersichtlich, welche Erkenntnisse bezüglich Fibromyalgie weitere Untersuchungen liefern könnten.

E. 6.5

Zusammenfassend ist somit mit den A.____-Gutachtern davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist.

E. 7.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 7.2

In erwerblicher Hinsicht ist unklar, welcher Tätigkeit die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens nachgegangen ist und welches Einkommen sie damit erzielt hat. In der Anmeldung zum Leistungsbezug blieb sie die Antwort auf die Frage bezüglich

Erwerbstätigkeit schuldig (vgl. Urk. 6/39 Ziff. 6.3) und gemäss IK-Auszug vom 17. Juli 2007 (Urk. 6/99) erzielte sie zuletzt im Jahr 2002 neben Arbeitslosenentschädigungen für Januar bis Mai ein Einkommen für den Monat Mai von Fr. 535.-- von der ISS Facility Services AG. Im Jahr 2003 war sie als Nichterwerbstätige erfasst (S. 3).

Dementsprechend ist zur Ermittlung des Valideneinkommens auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen. Derselbe Tabellenlohn ist auch bei der Ermittlung des Einkommens, das die Beschwerdeführerin zumutbarerweise in einer angepassten Tätigkeit in einem 80%-Pensum verdienen könnte (Invalideneinkommen), massgebend.

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Ein Abzug vom Tabellenlohn ist hier nicht vorzunehmen (vgl. zum Ganzen: BGE 126 V 75 und 134 V 322 E. 5.2) und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Es resultiert ein Invaliditätsgrad von 20 %, welcher keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG).

Die Verfügung vom 2. August 2017 (Urk. 2) erweist sich somit im Ergebnis als rechtmässig. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

E. 8

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 vorliegend auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannTiefenbacher

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