

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01127 vom 9. Februar 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-02-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01127

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01127 du 9 février 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01127 del 9 febbraio 2004

Erwägungen

E. 1.1

). Allerdings ist nicht aktenkundig, dass sich diese auch rentenrelevant ausgewirkt hätte . Vielmehr wurde die durch

Dr. C.____ geltend gemachte Verschlechterung jeweils als nicht ausge wie sen erachtet und der Anspruch auf die bisherige Invalidenrente immer be stätigt (vgl. Urk. 8/26; Urk. 8/60; Urk. 8/79) . Insbesondere ist in diesem Zusammen hang auf die im Februar 2008 erfolgte polydisziplinäre Begutachtung durch die Ärzte des F.____ (vorst ehend E. 5.5) hinzuweisen. Die Gutachter hielten ausdrücklich fest, dass die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), für die Funktionseinschränkungen massgebend sei und zu einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit führe. Das Vorliegen einer somatoformen Schmerz störung wurde explizit verneint .

Z udem wurde ausdrücklich angegeben, dass der zeit keine Anhaltspunkte für eine Fibromyalgie vorlägen (vgl. Urk. 8/54/1-34 S.

24 f. Ziff. 6 .1, S. 28 f. Ziff.

E. 1.2

Nach lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbe stimm ungen der Änderung vom 1 8. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Mass nahmenpaket; kurz: lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision) werden Renten, die bei

pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nach weis bare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufge hoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht er füllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

Die in lit. a Abs. 1 SchlB

6. IV-Revision vorgesehene Rentenherabsetzung bezieh ungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugesprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche Rentenzusprache aber bereits in Beach tung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch -ätiologisch unkla ren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, bleibt kein Raum für ein Rückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmung (BGE 140 V 8 E. 2).

Laufende Renten sind vom Anwendungsbereich von lit. a Abs. 1 SchlB zur 6. IV-Revision nur ausgenommen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden, das heisst auf einer

nachweisbaren objektivierbaren Grundlage beruhen. Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E. 6.2, in Präzisierung u.a. von BGE 139 V 547 E. 10.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_738/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.2.1 mit Hinweis). Demnach ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die «erklärbaren» Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen – auseinandergehalten werden können. Ein organisch bedingter Teil der Arbeitsfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist. Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision – um eine solche handelt es sich auch hier – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4.2 mit Hinweisen).

Ist ein « Mischsachverhalt » gegeben, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachtliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmt sich die (zu einer integralen Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgenden Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprechung und/oder -überprüfung) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere (« nichtsyndromale ») Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht, das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen).

Da der Bestand laufender Renten wesentlich von medizinischen Aspekten abhängt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich – auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten – der Beurteilung durch die Verwaltung und deren regionalen ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.2).

E. 1.3

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 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspprechung 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).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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 zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Da bei Brauch es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt 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 2011).

E. 1.4

). Die verfügte Renten aufhebung kann daher nicht mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung geschützt werden, zumal dem auch die im aktuellen Gutachten der K.____ attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit entgegenstehen würde. 8.5

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdeführerin demnach weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente. Mit dieser Feststellung ist die angefochtene Verfügung somit in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben.

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, dass die Überprüfung der Invalidenrente gemäss Schlussbestimmung der Änderung des IVG vom 18. März 2011 ergeben habe, dass die Diagnosen, welche zur Rentenzusprache geführt

hätten, zu den ätiologisch- pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage gehören würden. Zur Abklärung des aktuellen Gesundheitszustandes sei eine polydisziplinäre Begutachtung veranlasst worden. Das psychiatrische Gutachten weise mehrere Diskrepanzen auf. Die Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit sei – aus näher genannten Gründen - nicht plausibel und nachvollziehbar. Aus somatischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Nach Vornahme eines Prozentvergleichs resultiere kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr (S. 1 ff.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), dass die Rente einzig aufgrund einer Depression zugesprochen worden sei, weshalb sie nicht unter die Revision der Schlussbestimmungen 6a falle. Beide Gutachten sowie sämtliche medizinischen Berichte würden übereinstimmend die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Depression bestätigen (S.

12 Ziff. 3.1). Sie verfüge über keinerlei persönliche Ressourcen (S. 13 Ziff. 3.5). Eine Remission und damit Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei gemäss den Ärzten selbst bei leitliniengetreuer Durchführung der Behandlung nicht zu erwarten (S.

15 Ziff. 3.5.3). Ein invalidisierender Gesundheitsschaden liege vor. Aus somatischer Sicht sei unumstritten eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Aufgrund der glaubhaft zunehmenden Verschlechterung liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht vor. Im Gutachten seien keine Diskrepanzen ersichtlich (S. 17 Ziff. 6).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Rentenaufhebung zu Recht erfolgt, oder ob vielmehr eine Rentenerhöhung vorzunehmen ist.

E. 3

E. 3.1.2).

E. 3.1

Der ursprünglich rentenzusprechenden Verfügung vom 9. Februar

2004 (Urk. 8/15-16) lag ein Bericht von Dr. med. C.____, praktische Ärztin, vom 21. Juli 2003 (Urk. 8/7) zugrunde. Diese gab an, dass sie die Beschwerdeführerin seit dem 11. Juni 2001 behandle (S. 2 lit. D Ziff. 1) und folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne (S. 1 lit. A): - depressive Entwicklung mit schweren depressiven Episoden - chronisches Panvertebralsyndrom

Sodann nannte sie eine Hypermenorrhoe als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 lit. A). Die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an Rücken- und Nackenbeschwerden bis hin zur akuten Lumboischialgie und Migräne. Ab Mitte des Jahres 2001 habe sich eine Depression entwickelt, welche zugenommen und im Frühjahr 2002 zur Hospitalisation geführt habe. Seit Herbst 2002 sei die Beschwerdeführerin äusserst vermindert belastbar, die Beschwerden seien wechselnd und es bestehe Suizidgefahr (S. 2 lit. D Ziff. 3). In der bisherigen Tätigkeit sei sie vom 11. Februar bis 19. August 2002 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 20. August 2002 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1 lit. B). Auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihr halbtags zumutbar (S. 4).

Die Prognose für die nächsten Jahre sei eher ungünstig (S. 2 lit. D Ziff. 7).

E. 3.2

Mit Bericht vom 25. Juli 2003 (Urk. 8/8) bestätigten die Ärzte der D.____, dass die Beschwerdeführerin vom 12. Februar bis 1. März 2002, vom 6. März bis 26. April 2002 sowie vom 26. Juni bis 5. Juli 2002 stationär hospitalisiert gewesen sei (S. 2). Die gestellten Fragen könnten nicht beantwortet werden (S. 5).

E. 4.1

Im Rahmen des im Jahr 2005 eingeleiteten Revisionsverfahrens informierte Dr. C.____ mit Bericht vom 17. Mai 2005 (Urk. 8/24) über einen verschlechterten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und erwähnte als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit neben einem chronischen Panvertebralsyndrom und einer depressiven Entwicklung neuerdings auch eine Fibromyalgie (S. 1 Ziff. 1-2). Die Weichteilbeschwerden mit chronischen Schmerzen hätten zugenommen. Auch läge eine schubweise Verschlechterung der Schmerzen und ein Auftreten von Weichteilschwellungen vor. Es bestehe eine Stimmungsmässig chronische Depression mit Antriebsverlust (S. 1 Ziff. 3). Es sei weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit mehr zumutbar (S. 4).

E. 4.2

Mit Stellungnahme vom 1. Juni 2005 erkannte

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), dass bereits die Zusprache einer halben Rente auf einer schwachen medizinischen Grundlage erfolgt sei. Es habe ein subjektives Schmerzsyndrom ohne komorbide psychiatrisch dokumentierte Störung bestanden. Aktuell werde der gleiche medizinische Sachverhalt erwähnt. Eine fachärztlich-psychiatrische Therapie finde nicht statt. Es wäre grundsätzlich bereits vor der Rentenzusprache eine polydisziplinäre Abklärung angezeigt gewesen. Aus objektiv-medizinischer Sicht habe sich jedenfalls nichts geändert. Es seien keine neuen Befunde ausgewiesen, welche eine Verschlechterung nachweisen würden (vgl. Urk. 8/25 S. 2).

E. 4.3

Gestützt darauf bestätigte die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf die bisherige halbe Invalidenrente (vgl. Mitteilung vom 2. Juni 2005, Urk. 8/26).

E. 5

.2

Dem Schreiben von Dr. C.____ vom 26. April 2006 (Urk. 8/32) ist zu entnehmen, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin seit der IV-Anmeldung kontinuierlich verschlechtert habe. Neben einer mittelschweren bis schweren Depression bestehe auch eine ausgeprägte Fibromyalgie. Ausserdem leide die Beschwerdeführerin an chronischen Rückenschmerzen. Die Diagnosen seien unverändert. Allerdings hätten sich der Schweregrad der Erkrankung sowie der Allgemeinzustand kontinuierlich verschlechtert. Der Beschwerdeführerin könne keine berufliche Tätigkeit mehr zugemutet werden.

E. 5.2

, S. 28 f. Ziff. 7.3).

Zusammenfassend

hielten die Gutachter fest, dass aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen sowie einer angepassten körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestehe. Aus internistischer und rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig. Seit der Rentenzusprache im Februar 2003 sei von einem stationären Verlauf auszugehen, weshalb seither von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (S. 29 ff. Ziff. 7.4-7.7, Ziff. 8.1-8.5). Als Schadenminderungspflicht könne die Teilnahme an einer psychiatrischen Therapie im teilstationären Setting auferlegt werden (S. 32 Ziff. 8.6). Die vorliegenden psychosozialen Faktoren würden mit der Entwicklung der Beschwerden, der psychischen Dekompensation und der Chronifizierung der Symptomatik einhergehen (S. 32 Ziff. 8.7). Eine somatoforme Schmerzstörung sei diagnostisch nicht ausgewiesen (S. 33 Ziff. 8.8).

Es lägen aktuell

auch keine Anhaltspunkte für eine Fibromyalgie vor. Die angegebenen Schmerzen würden im Rahmen eines nicht näher spezifizierbaren generalisierenden weichteilrheumatischen Schmerzsyndroms ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gesehen (S. 34 Ziff. 8.10).

E. 5.3

Auch mit Bericht vom 16. Juni 2006 (Urk. 8/33) bestätigte Dr. C.____ ihre Diagnosestellung sowie ihre Einschätzung einer seit Februar 2005 bestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (S. 7 lit. A-B). Mit einer Verbesserung sei vorläufig nicht zu rechnen (S. 7 lit. D Ziff. 7).

E. 5.4

Mit Bericht vom 26. respektive 27. Oktober

2006 (Urk. 8/44) informierte Dr. C.____ erneut über einen sich verschlechternden Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin (S. 2 lit. C Ziff. 1). Es sei ihr keine Tätigkeit mehr zumutbar (S. 4). Die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit habe weiter abgenommen. Sie habe Gewicht verloren und sei unfähig, den Alltag körperlich und psychisch zu bewältigen. Auch innerhalb der Familie liege ein depressiver Rückzug vor. Es bestünden eine starke Müdigkeit sowie Todeswünsche und eine latente Suizidalität (S. 5 lit. D Ziff. 3).

E. 5.5

Am 28. Februar 2008 erstatteten die Gutachter des F.____ ihr polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeinere Innere Medizin, Rheumatologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 8/54 /1-34). Dabei diagnostizierten sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), als mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie Folgendes (S. 25 Ziff. 6.1-6.2): - nicht näher spezifizierbares generalisierendes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom mit/bei: - an den oberen und unteren Extremitäten diffus beidseits sowie pan-/para vertebral, betont parathorakal und paralumbal mit Oberflächenberührungsschmerzen - ohne Beteiligung des Achsenskeletts respektive der peripheren Gelenke

Bei der internistischen Untersuchung habe sich eine kardiopulmonal kompen sierte, normosome Beschwerdeführerin in gut em Allgemeinzustand gezeigt. Der internistische Status sei weitgehend unauffällig. Laborchemisch zeige sich eine minime Erhöhung der Cholesterinwerte. Ansonsten fänden sich keine kardiovas kulären Risikofaktoren. Aus internistischer Sicht sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig (S. 28 Ziff. 7.3) .

Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung habe sich eine dekon ditionierte Beschwerdeführerin mit einer ausgeprägten Haltungsinsuffizienz bei einer funk tionellen Kyphosierung der Brustwirbelsäule (BWS) gezeigt. Das Gangbild sei flüssig ohne Schonhinken .

Der Untersuch des Achsenskeletts sei unauffällig ohne Hinweise für eine segmentale Funktionsstörun g . Ebenso sei der periphere Gelenk status unauffällig. Hingegen hätten sich generalisierte Oberflächenberüh r ungs- und Tiefenpalpationsschmerzen im Sinne einer generalisierten weichteilrheu ma ti schen Schmerzmanifestation gezeigt . Die Ursache sei aus rheumatologischer Sicht ätiologisch nicht erklärbar. An der Lendenwirbelsäule (LWS) stelle sich bildgebend ein etwas steiler Kreuzbein-Basiswinkel dar, allerdings ohne degene rative oder anlagebedingte pathologische Befunde. Aus rein rheumatologischer Sicht lasse sich k eine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen (S. 19 f. Ziff. 5.1, S. 28 Ziff. 7.3).

Aus psychiatrischer Sicht läge eine rezidivierende depressive Störung, gegen wärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), vor. Die mnestischen und kognitiven Funktionen seien intakt, obwohl die Beschwerdeführerin Aufmerksamkeits- u nd Konzentrationsstörungen beklage . Im formalen Denken falle eine Tendenz zum Grübeln und Gedankenkreisen auf. Ansonsten sei der Denkprozess geordnet und kohärent, inhaltlich auf die aktuelle Situation eingeeengt. Im Affekt zeige sich eine depressive Stimmungslage mit Insuffizienzgefühlen, einer Hilflosigkeit, einer Freud- und Hoffnungslosigkeit, einer Lustlosigkeit sowie einer Energie- und Kraftlosigkeit mit Störung der Vitalgefühle. Psychomotorisch bestehe eine An trieb s losigkeit bei reduzierter Mimik und Gestik. Es sei ein Lebensüberdru ss mit gelegentlich passiven Todeswünschen erkennbar . Auch würden Ein- und Durch schlafstörungen, eine Appetitlosigkeit, ein Libidoverlust sowie ein Druckgefühl auf der Brust und eine Obstipation angegeben. Es lägen mehrere einschneidende Lebensereignisse vor, welche mit der Entwicklung der körperlichen Schmerzen sowie der psychischen Dekompensation und der C h r o nifizierung der Sympto ma tik einhergehen würden. Die depressive Störung führe zu Funktionsein schrän kungen, weshalb die Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit zu 50 % arbeits unfähig sei . Die therapeutischen Massnahmen seien noch nicht ausgeschöpft. Die Optimierung der pharmakotherapeutischen Behandlung vorzugsweise im teilsta tio nären Rahmen könne den weiteren Verlauf und die Prognose günstig beein flussen (S. 24 f. Ziff.

E. 5.6

Mit Stellungnahme vom 23. April 2008 empfahl RAD-Arzt Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, für die Beurteilung vollumfänglich auf das Gut achten des F.____ abzustellen. Eine erkennbare Veränderung des Gesundheits zu standes liege nicht vor. Der Beschwerdeführerin sei als Schadenminderungspflicht eine fachpsychiatrische Behandlung einschliesslich einer allfälligen Pharmako therapie mit den nötigen Urinkontrollen im teils tationären Rahmen aufzuerlegen (vgl. Urk. 8/58 S. 4).

E. 6.1

Im Rahmen des im Jahr 2010 eingeleiteten Revisionsverfahrens, wobei zunächst die Rentenaufhebung infolge Nichterfüllens der auferlegten Schadenminderungs pflicht in Aussicht gestellt (vgl. Vorbescheid vom 18. März 2011,

Urk. 8/70) und schliesslich mit Verfügung vom 28. Juli 2011 (Urk. 8/79) der Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bestätigt wurde, lagen im Wesentlichen die nachfolgenden medizinischen Berichte vor.

E. 6.2

Mit Bericht vom 6. September 2010 (Urk. 8/64) erklärte Dr. C.____, dass sich die rheumatischen Beschwerden und Schmerzen bei Belastung und Kälte verstärken würden. Auch die Depression nehme bei psychischen Belastungen, insbesondere bei familiären Problemen,

zu.

Die Beschwerdeführerin sei seit dem Jahr 2006 relativ stabil (S. 5 Ziff. 1.1, Ziff. 1.4). Eine ausserhäusliche Tätigkeit sei unzumutbar. Sie sei allerdings motiviert, ihre häusliche Tätigkeit nach Möglichkeit zu steigern (S. 6 Ziff. 1.7).

E. 6.3

Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, informierte mit Schreiben vom 18. Februar 2011 (Urk. 8/68/6-7) über die zerebrovaskuläre Untersuchung der Beschwerdeführerin.

Als Diagnosen erwähnte sie Spannungskopfschmerzen, eine Fibromyalgie sowie einen Vitamin D-Mangel. Ausserdem äusserte sie den Verdacht auf eine chronische depressive Entwicklung sowie den Verdacht auf eine Schilddrüsenzyste rechts (S. 1). Anlässlich der Magnetresonanztomographie (MRI) habe sich eine diskrete chronische Pansinusitis bei ansonsten unauffälligen Befunden gezeigt, wobei die linke Arteria vertebralis im intrakraniellen Abschnitt sehr kaliberschwach sei (S. 2).

E. 6.4

Dem Bericht von Dr. C.____ vom 4. März 2011 (Urk. 8/68/1-5) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 5 Ziff. 1.1): - depressive Entwicklung bei Depression mit psychosomatischen Symptomen - Angstkrankheit (ICD-10 F41.2) - Sozio- und Agoraphobie - invalidisierender Spannungskopfschmerz und Zervikalsyndrom - Fibromyalgie - Schilddrüsenzysten rechts

Es läge eine unveränderte chronische depressive Stimmung mit Rückzug in die Wohnung und sozialer Isolation vor. Die Kopfschmerzepisoden hätten sich verstärkt. Anlässlich der erfolgten neurologischen

Abklärung seien Knoten in der Schilddrüse entdeckt worden. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin zu 100% arbeitsunfähig (S. 5 Ziff. 1.4, Ziff. 1.6).

E. 6.5

Mit Stellungnahme vom 4. Juli 2011, erklärte RAD-Arzt Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dass die auferlegte Schadenminderungs pflicht nicht umgesetzt worden sei. Es habe weder eine teilstationäre noch eine fachpsychiatrische Behandlung oder eine Pharmakotherapie einschliesslich Urinkontrollen stattgefunden. Dem Gutachten des F.____ lasse sich keine konkrete Aussage entnehmen, wie sich die

Arbeitsfähigkeit – angegeben in Prozenten – unter einer solchen Therapie überwiegend wahrscheinlich in nützlicher Frist verbessern werde. Aus heutiger Sicht würde daher eine solche Massnahme nicht in dieser Form im Sinne einer Schadenminderungspflicht empfohlen werden (vgl. Urk. 8/78 S. 3).

E. 7

.4

Am 24. August 2016 erstatteten die Gutachter der K.____ ihr polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 8/117/3-107). Dabei konnten sie folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 14 lit. A): - anhaltende Depression, derzeit in schwergradiger Episode, Differentialdiagnose (DD): rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradig (ICD-10 F33.2) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Ausserdem nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14 lit. B): - Verdacht auf fibromyalgieformes Schmerzsyndrom, DD: somatoform - Migräne ohne Aura, wahrscheinlich verstärkt durch exogene (körperliche Belastung, Wetter) und psychische Triggerfaktoren - Verdacht auf chronischen Spannungskopfschmerz und/oder Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch - erosive Antrumgastritis, nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) -induziert - Schilddrüsenknoten, aktenanamnestisch

euthyreote Stoffwechsellage

Aus internistischer Sicht bestehe keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Diagnose (S. 18). Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung habe sich zwar ein psoriasischer Hautbefall im Bereich der Streckseiten der Knie und Ellenbogen sowie distal der Streckseite der Sprunggelenke gezeigt. Klinische Hinweise für einen typischen Gelenkbefall einer Psoriasisarthritis mit Daktylitis an den Händen oder Füßen oder sonstige sichtbare Gelenksschwellungen fänden sich allerdings nicht.

In den Kniegelenken falle eine leichte beidseitige Krepitation bei ansonsten normalem Range of Motion auf. Der rheumatologische Gelenkstatus sei unauffällig für Synovitiden. Ein entzündlicher Schmerzcharakter könne nicht herausgearbeitet werden, wohl aber eine Schmerzverstärkung bei Kälte als möglicher Hinweis für eine beginnende Arthrose. Diese könne allerdings radiologisch nicht festgestellt werden, zeige klinisch keine Symptome und begründe keine Arbeitsunfähigkeit. Insgesamt lägen keine Anhaltspunkte für eine Entzündung am muskuloskelettalen Bewegungsapparat oder für eine Entzündung an den peripheren Gelenken vor. Hinweise für eine andere Systemerkrankung oder eine rheumatoide Arthritis bestünden ebenfalls nicht. Die radiologischen Befunde ergäben keine Hinweise für degenerative oder entzündliche Veränderungen.

Es sei eher unwahrscheinlich, dass eine Fibromyalgie oder ein myofasiales Syndrom vorlägen (S. 15 ff.).

Aus

neurologischer Sicht

liege ein Migränekopfschmerz vor. Die darüber hinaus bestehenden Kopfschmerzen seien entweder als Spannungskopfschmerzen oder als Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch zu deuten. Diese Kopfschmerzen seien nicht besonders ausgeprägt und würden eine normale Arbeitstätigkeit zulassen. Die Migränekopfschmerzen träten ein- bis zweimal pro Monat für zirka drei Tage auf.

Das bedeute, dass an maximal 20 % der Tage ein Migränekopfschmerz und damit eine nicht unerhebliche punktuelle Arbeitsunfähigkeit vorliege (S. 17 f.).

In psychiatrischer Hinsicht sei eine schwere depressive Episode ausgewiesen. Es lägen eine Niedergeschlagenheit sowie ein Freud- und Antriebsmangel vor. Die Beschwerdeführerin verspüre Todeswünsche und habe über einen Appetitverlust, Schlafstörungen sowie einen Verlust des Selbstvertrauens und ein vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen berichtet. Psychotische Symptome seien nicht

erueierbar (S. 18 f.). Da kein somatischer Befund die Schmerzen hinreichend erkläre, sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) zu diagnostizieren. Strukturelle Defizite seien nicht unwahrscheinlich. Diese Defizite und die schwere Depression würden der Beschwerdeführerin Ressourcen im Umgang mit den Schmerzen rauben. Es sei anzunehmen, dass die Schmerzen schwer überwindbar seien und somit ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (S. 19 f.). Persönlichen Ressourcen seien nicht erkennbar. Der kulturelle Hintergrund erzwinge eine psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit. Eine erhebliche Beeinträchtigung liege vor. Die Aufgabe sämtlicher Aktivitäten in allen Lebensbereichen decke sich mit der Einschätzung

einer vollen Arbeitsunfähigkeit (S. 21 lit. B-D). Die bisherige Behandlung der Depression sei nicht leitliniengetreu

erfolgt. Die medikamentöse Behandlung sei wenig validiert und eine psychotherapeutische Therapie bei einem entsprechenden Facharzt finde nicht statt. Die hausärztliche Behandlung mit sozialpsychiatrisch-supportiven Elementen erfolge unregelmässig. Es könne davon ausgegangen werden, dass auch bei einer leitliniengetreuen Durchführung einer Psychotherapie dieser kein Erfolg beschieden wäre (S. 20).

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit mindestens zu 80 % arbeitsfähig sei. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Die Beschwerdeführerin sei durch die schwere depressive Episode eingeschränkt und die chronischen Schmerzen seien mangels Ressourcen erschwert überwindbar. Die vermuteten Defizite in der Persönlichkeit würden dazu führen, dass sie mit den Beschwerden und Schmerzen erschwert umgehen könne. Es bestünden zusätzliche psychosoziale Belastungen, welche ihr Ressourcen rauben würden (S. 24 lit. B-C).

Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung einschliesslich Medikation sei grundsätzlich indiziert. Allerdings sei dadurch kein therapeutischer Erfolg und Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 25)

Ziff. IV). Aus internistischer Sicht sei die Prognose gut und aus rheumatologischer Sicht sei die weitere Entwicklung abzuwarten. Die Prognose für eine deutliche Linderung der Kopfschmerzsymptomatik sei eher ungünstig. Die psychiatrische Prognose sei schlecht. Eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit könne nicht erwartet werden (S. 26)

Ziff. VI). Aus internistisch- rheumatologischer Sicht könne ein stabiler Gesundheitszustand objektiviert werden, wobei auch retrospektiv betrachtet keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Diagnose vorhanden sei. Aus neurologischer Sicht ergebe sich seit der letzten Revision vom Mai 2014 keine Veränderung. Hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosen sei seit der im Jahr 2014 erfolgten Revision keine Veränderung anzunehmen. Die depressive Symptomatik habe sich gesamthaft s either eher verschlechtert (S. 26 Ziff. VII).

E. 7.3

, S. 33 f. Ziff. 8.8, Ziff. 8.10). Entsprechend ergibt sich nicht, dass die Invalidenrente aufgrund eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage oder aufgrund eines Mischsachverhaltes gesprochen wurde, womit eine Aufhebung der Rente gestützt auf lit. a Abs. 1 SchlB

IVG 6. IV-Revision

ausser Betracht fällt.

E. 7.5

Mit Stellungnahme vom 8. September 2016 empfahl RAD-Arzt Dr. med. L.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, für die Beurteilung auf das Gutachten abzustellen. Hinsichtlich der Diagnosen bestehe keine Veränderung seit der Revision im Jahr 2014. Die depressive Symptomatik habe sich gesamthaft eher verschlechtert. Eine arbeitsfähigkeitsrelevante Veränderung im Gesundheitszustand sei nicht zu erwarten (vgl. Urk. 8/119 S. 3 ff.).

E. 7.6

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurde ein Bericht von

Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 26. September 2017 (Urk. 3/8) eingereicht. Dieser gab an, dass er die Beschwerdeführerin seit dem 29. Oktober 2015 in unregelmässigen Abständen betreue, da die bisherige Hausärztin Dr. C.____ pensioniert worden sei. Auffallend sei jeweils die subdepressive bis depressive Verstimmung. Nach jahrzehntelanger bestehender depressiver Episode sei nicht an eine Verbesserung zu denken. Dies nicht nur infolge der kulturellen Probleme, sondern auch aufgrund emotionaler oder intellektueller Schwierigkeiten. Aufgrund der chronischen rezidivierenden Depression und des Umstandes, dass sich diese mittels der klassischen Therapiemöglichkeiten nur wenig beeinflussen lasse, bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1 f.).

E. 8

.1

Aus den vorliegenden Akten ergibt sich, dass die ursprüngliche Rentenzusprache einzig gestützt auf den Bericht von Dr. C.____ (vorstehend E. 3.1) erfolgte, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund einer depressiven Entwicklung mit schweren depressiven Episoden sowie einem chronischen Panvertebralsyndrom nach einer zuvor vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit dem 20. August 2002 als zu 50% arbeitsunfähig in jeglicher Tätigkeit erachtet wurde.

Auch in den nachfolgenden Revisionsverfahren stand die festgestellte affektive Störung im Vordergrund. Zwar erwähnte Dr. C.____ nun unter anderem auch eine Fibromyalgie (vgl.

Urk. 8/24 S. 1; Urk. 8/32; Urk. 8/33 S. 7 lit. A; Urk. 8/44 S. 5 lit. A; Urk. 8/68/1-5 S. 5 Ziff.

E. 8.2

Zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin erfolgte eine eingehende Begutachtung durch die Ärzte der K.____ (vorstehend E. 7.4), wobei das Gutachten sämtliche n

praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vorstehend E. 1.5) entspricht. Dies erkannte auch RAD-Arzt Dr. L.____ (vgl. Urk. 8/119 S. 3 ff.). Zu den bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nun bei sämtlichen psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) wurde – wenn auch noch in Unkenntnis der heute massgebenden Rechtsprechung –

Stellung genommen. So äusserten sich die Gutachter ausführlich zum Komplex Gesundheitsschädigung, dies zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (Urk. 8/117/3-107 S. 84 ff.), zum Behandlungserfolg oder -resistenz (Urk. 8/117/3-107 S. 90 f.) und allfälligen Komorbiditäten (Urk. 8/117/3-107

S. 27 f., S.

E. 8.3

Massgebender Vergleichszeitpunkt, ob eine Veränderung des Gesundheitszustandes und damit ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG ausgewiesen ist (vorstehend E. 1.3), ist die im Rahmen des Rentenerhöhungsgesuchs vom April 2006 vorgenommene Beurteilung (vorstehend E. 5).

Ein Vergleich der beiden gutachterlichen Einschätzungen aus den Jahren 2008 und 2016 zeigt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seither nicht wesentlich verändert hat. Einzig die depressive Symptomatik habe sich nach Aussage der Gutachter der K.____ gesamthaft eher verschlechtert (vgl. Urk. 8/117/3-107 S. 36

Ziff. VII). Dabei erklärten die Gutachter der K.____ allerdings auch, dass die damalige gutachterliche Einschätzung, wonach bei mittelgradig depressivem Zustandsbild eine halbe Arbeitsfähigkeit bestehe, grundsätzlich nachvollziehbar erscheine, ebenso wie die in Aussicht gestellten noch offenen Therapieoptionen. Unberücksichtigt seien indessen Defizite in der Persönlichkeit geblieben, die den Umgang mit Schmerzen und Krankheit erschweren würden. Auch seien krankheitsferne Aspekte, wie der kulturelle Aspekt, ein geringes Bildungsniveau, ein fehlendes psychiatrisch-psychotherapeutisches Verständnis und die fehlende Motivation, unterschätzt worden. Aus heutiger Sicht müsse von einer weiteren Chronifizierung und Zunahme der depressiven Beschwerden mit Entpflichtung von Sozial- und Alltagsaktivitäten seit der letzten Begutachtung ausgegangen werden, und es müsse ein Einfluss der Persönlichkeit angenommen werden, sodass eine halbe Arbeitsfähigkeit nicht mehr realistisch sei (vgl. Urk. 8/117/3-107 S. 25 lit. D).

Die fachärztliche Beurteilung der K.____, wonach die Beschwerdeführerin nun vollständig arbeitsunfähig sei, ist demnach nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Ausdruck eines erheblich verschlechterten Gesundheitszustandes, sondern Resultat einer unterschiedlichen Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit, wobei die Gutachter der K.____ insbesondere auch grundsätzlich invaliditätsfremde psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren mitberücksichtigt haben (vgl. hierzu BGE 127 V 294

E. 5a; Urteil e des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 und 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E.

2).

Vor diesem Hintergrund fällt eine revisionsweise Aufhebung oder auch – wie von der Beschwerdeführerin beantragt - Erhöhung der Rente ausser Betracht.

8.4

Es stellt sich zuletzt die Frage, ob die ursprüngliche Rentenzusprache allen falls zweifellos unrichtig war, da das Gericht die vorliegend rentenaufhebende Verfügung der Beschwerdegegnerin – gleich wie eine auf Art. 17 ATSG gestützte Rentenaufhebung oder – herabsetzung (vorstehend E. 1.4) – auch im Zusammenhang mit einer fehlgeschlagenen Anwendung der Schlussbestimmung mit der substituierten Begründung schützen könnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2). Dabei ergibt sich vorliegend allerdings, dass, auch wenn die der ursprünglichen Rentenzusprache zugrundeliegenden Unterlagen nach heutiger Sicht als eher dürftig erscheinen - was überdies auch der verantwortliche RAD-Arzt im Rahmen des ersten Revisionsverfahrens fest gestellt hat (vgl. Urk. 8/25 S. 3) - , nicht gesagt werden kann, dass die Zusprache der Invalidenrente zweifellos unrichtig war, zumal die Beschwerdeführerin in den Jahren 2002 und 2004 viermal stationär behandelt werden musste (vgl. Urk. 8/8 S. 2; Urk. 8/54/1-34 S. 3 ff. Ziff.

E. 9

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. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWS) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Pensionskasse der Z.____ - 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 Meierhans

E. 9.1

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.

E. 9.2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts rechtfertigt der Umstand allein, dass einem Beschwerdeführer in einem Beschwerdeverfahren eine geringere Teilrente als beantragt zugesprochen wird, noch keine Reduktion der Parteientschädigung, jedenfalls soweit der Aufwand nicht vom beantragten Umfang der Rente beeinflusst wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_288/2015 vom 7. Januar 2016 E. 4.2). Entsprechend ist die Beschwerdeführerin zu verpflichten, der Beschwerdegegnerin eine volle Prozessentschädigung zu bezahlen. Diese ist 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 Streit sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen. Unter Berücksichtigung dieser Bemessungskriterien ist die Prozessentschädigung vorläufig auf Fr. 1 ' 6 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. September 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

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