

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01246 vom 23. August 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01246

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01246 du 23 août 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01246 del 23 agosto 2018

Erwägungen

E. 1

Die im Jahre 1961 geborene X.____ ist ausgebildete Erzieherin für geistig Behinderte und war zuletzt als Kleinkinderbetreuerin, Betreuerin und Erzieherin tätig (Urk. 8/2 S. 4). Im Zusammenhang mit psychischen Problemen meldete sich die Versicherte am 29. Dezember 1997 bei der dann zumal zuständigen IV-Stelle des Kantons Zürich zum Leistungsbezug an (Urk. 8/2 S. 5 ff.). Nach erfolgten Abklärungen sprach die nunmehr zuständige Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, der Versicherten – ausgehend von einem IV-Grad von 52 % - mit Wirkung ab 1. Juli 2000 eine halbe Rente zu (Urk. 8/35). Eine im Januar 2003 in die Wege geleitete revisionsweise Überprüfung des Rentenanspruchs ergab keine rentenrelevante Änderung (IV-Grad 63 %; Urk. 8/37, Urk. 8/48). Im Rahmen einer im Januar 2004 eingeleiteten erneuten Rentenrevisi on (Urk. 8/49) wurde der Invaliditätsgrad bestätigt und der Versicherten mit Verfügung vom 13. Februar 2004 ab 1. Januar 2004 infolge Gesetzesrevision eine Dreiviertelsrente zugesprochen (Urk. 8/51). Anlässlich der im Juni 2005 ange hobenen Rentenrevisi on wurde der medizinische Sachverhalt sowohl in rheumato logischer als auch psychiatrischer Hinsicht umfassend abgeklärt (Urk. 8/54, Urk. 8/68, Urk. 8/71). Mit Verfügung vom 3. November 2006 wurde der Versicherten ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 74 % und mit Wirkung ab 1. Juni 2005 eine ganze Rente zugesprochen (Urk. 8/88). Eine im Juni 2008 durchgeführte Überprüfung des Leistungsanspruchs ergab keine Veränderung (Urk. 8/93, Urk. 8/98).

Am 18. Februar 2014 äusserte sich die Versicherte im Zusammenhang mit einer weiteren revisionsweisen Überprüfung des Leistungsanspruchs (Urk. 8/101). Die IV-Stelle veranlasste in der Folge die polydisziplinäre Abklärung der Versicherten (MEDAS-Gutachten vom 3. Februar 2015, Urk. 8/124). Mit Vorbescheid vom 8. Dezember 2015 stellte die IV-Stelle unter Hinweis auf die Schlussbestimm ungen zur 6. IV-Revision die Einstellung der Invalidenrente in Aussicht (Urk. 8/129) und hielt daran nach zahlreichen weiteren Abklärungen mit Verfügung vom 18. Oktober 2017 fest (Urk. 8/165 = Urk. 2).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 17. November 2017 Beschwerde und bean tragte, es seien ihr Rentenleistungen zuzusprechen und weitere Abklärungen durch zuführen; weiter sei ihr die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren (Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Januar 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der Beschwerdeführerin mit Verfü gung vom 12. Januar 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Nach lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; 6. IV Revision, erstes Massnahmenpaket; kurz: lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV Revision) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

Die in lit. a Abs. 1 SchlB

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stützte die Einstellung der Invalidenrente in der angefochtenen Verfügung auf lit. a Abs. 1 der SchlB IVG. Sie prüfte die durch die MEDAS-Gutachter diagnostizierten Leiden im Hinblick darauf, ob sie eine Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG nach sich ziehen, was sie verneinte (Urk. 2).

E. 2.2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin ein (Urk. 1), beim seit 1995 bestehenden Erschöpfungssyndrom handle es sich um eine neuroimmunologische und nicht um eine psychische Erkrankung (S. 1). Im Weiteren kritisierte sie das MEDAS-Gutachten (S. 2 f.) und rügte, dass die Beschwerdegegnerin nicht von der von den Gutachtern attestierten Arbeitsunfähigkeit von 40-50 % im adaptierten Bereich ausgegangen sei. Eine Überwindbarkeit ihrer gesundheitlichen Einschränkungen sei nicht gegeben und somit auch keine Arbeitsfähigkeit, welche eine Einstellung der Rente rechtfertige (S. 3).

E. 2.3

Zunächst ist zu prüfen, ob die Rentenzusprache ausschliesslich (oder in abgrenzbarem Umfang) auf Grund der Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage

erfolgte und ob auch im Revisionszeitpunkt ein ebensolches unklares Beschwerdebild vorliegt (BGE 140 V 197 E. 6.2). 3. 3.1

Den medizinischen Unterlagen betreffend den Zeitpunkt der im Jahr 2000 zugesprochenen halben Rente (Urk. 8/35) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin damals laut ihrer Hausärztin Dr. med. Y.____ an einer psychischen und körperlichen Dekompensation bei Ausübung ihres Berufes litt (Bericht vom 4. Februar 1998, Urk. 8/8/2; vgl. auch Feststellungsblatt Urk. 8/10). Auf eine psychische Erkrankung wies auch die Beschwerdeführerin in der Anmeldung zum Leistungsbezug am 29. Dezember 1997 hin (Urk. 8/2/5 Ziff. 7.2).

Nach der seitens der Invalidenversicherung gewährten Umschulung von der Heilpädagogin zur Schneiderin (Urk. 8/12, Urk. 8/17, Urk. 8/25) diagnostizierte Dr. Y.____ am 13. Oktober 2000 eine psychosomatische Schmerzsymptomatik und eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % als Schneiderin (Urk. 8/26), gestützt worauf die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad von 52 % ermittelte (Urk. 8/27, Urk. 8/30). 3.2

Im Rahmen der im Juni 2005 angehobenen Rentenrevision (Urk. 8/54) diag nos tizierte die behandelnde Neurologin Dr. med. Z.____ ein chronisches Fatigue-Syndrom sowie Beinschmerzen beim Verdacht auf Fibromyalgie (Urk. 8/58/7). Dr. med. A.____, Innere Medizin FMH, nannte eine myofasziale Störung im Bereich der Beine, eine Hyperlordose der Lendenwirbelsäule und eine Eisenmangelanämie (Urk. 8/58/10).

Am 13. Februar und am 24. Mai 2016 erstatteten Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Rehabilitation, und Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten (Urk. 8/68, Urk. 8/71). Aus soma tischer Sicht wurde ein Panvertebralsyndrom diagnostiziert und eine Arbeitsun fähigkeit von 50 % bescheinigt (Urk. 8/68/3), aus psychiatrischer Sicht wurden eine Neurasthenie, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine de pressive Entwicklung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige chronifizierte depres sive Episode, genannt (Urk. 8/71/10) und ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer Verweistätigkeit attestiert (Urk. 8/71/12), welche Einschätzung der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) in seiner Stellungnahme vom 2. Juni 2006 stützte (Urk. 8/78/5). Ausgehend von dieser Restarbeitsfähigkeit schloss die Beschwerdegegnerin auf einen verschlechterten Gesundheitszustand und ermittelte einen Invaliditätsgrad von nunmehr 74 % (vgl. Verfügung vom 3. November 2006, Urk. 8/88). 3.3

Zwar erachtete der Gutachter Dr. B.____ aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von lediglich 50 % für zumutbar, doch begründete er dies vor allem durch die Dekonditionierung und erachtete die Beurteilung nicht für ab schliessend (Urk. 8/68/3 unten). Dr. B.____ erhob keine relevante degenerative Veränderung und einen weitgehend unauffälligen Gelenkstatus mit Weichteilver änderungen (Urk. 8/68/3 Mitte), worin kein hinreichendes organisches Korrelat für die geklagten Schmerzen erblickt werden kann. Selbst Dr. B.____ wies darauf hin, dass der Rheumatologe nicht der geeignete Gutachter sei, und hielt vielmehr einen chronischen Erschöpfungszustand, differenzialdiagnostisch ein Chronic-Fatigue-Syndrom, von Belang (Urk. 8/68/3 unten).

Diese Diagnose wie auch die von Gutachter Dr. C.____ darüber hinaus genannte Neurasthenie hat das Bundesgericht im Jahr 2008 den einer anhaltenden somato formen Schmerzstörung - wie sie Dr. C.____ ebenfalls diagnostizierte (Urk. 8/71/10) - vergleichbaren Leiden unterstellt, die in der Regel keine lang dau ernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken vermögen

(BGE 142 V 342 E. 5.2.1, 141 V 281 E. 4.2, 140 V 8 E. 2.2.1.3; zu Chronic-Fatigue Syndrome und Neurasthenie vgl. Urteile des Bundesgerichts I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5 und 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44). Diese mit BGE 130 V 352 im Jahr 2004 eingeleitete höchstrichterliche Rechtsprechung mit der Einführung der Förster-Kriterien fand bei der Zusprache der ganzen Rente am 3. November 2006 jedoch keine Beachtung (vgl. auch Feststellungsblatt vom 4. August 2006, Urk. 8/78).

Im Hinblick auf die von Dr. C.____ im Weiteren diagnostizierte depressive Symp tomatik ist zu bemerken, dass Dr. C.____ im Zusammenhang mit der von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit ausführte, diese werde insbesondere durch die Schmerzsymptomatik sowie die rasche Erschöpfbarkeit im Sinne einer Neuras thenie beeinträchtigt (Urk. 8/71/11). Daraus ist zu schliessen, dass die depressive Entwicklung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige chronifizierte depressive Epi sode (Urk. 6/71/10), als „blosse“ Begleiterscheinung zu einer somatoformen Schmerzstörung oder einem vergleichbaren

psychosomatischen Leiden zu betrachten ist (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.2 wie auch Urteil des Bundesgerichts 8C_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 3.4; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depression, in: SZS 2015 308 ff., 312). Diesfalls beurteilt sich die Frage der invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach der Schmerzrechtsprechung (BGE 141 V 281; vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_624/2015 vom 25. Januar 2015 E. 3.2.2 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 4.4).

Damit ist erstellt, dass die Rentenzusprache wie auch die spätere Rentenerhöhung auf einem unklaren syndromalen Beschwerdebild beruhte. 3.4

Die 1962 geborene Beschwerdeführerin hatte im Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der IV-Revision 6a am 1. Januar 2012 das 55. Altersjahr noch nicht zurückgelegt. Bei Einleitung der Überprüfung des Rentenanspruchs Anfang 2014 (Urk. 8/101) bezog sie auch noch nicht länger als 15 Jahre die ab 1. Juli 2000 (Urk. 8/35) zugesprochene zunächst halbe und später ganze Rente.

Die SchlB IVG ist daher auch in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich anwendbar, so dass rechtsprechungsgemäss weiter zu prüfen ist, ob auch im Revisionszeitpunkt ausschliesslich (oder abgrenzbar) ein unklares Beschwerdebild vorliegt beziehungsweise ob sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache allenfalls verschlechtert hat und ob neben den nicht objektivierbaren Störungen anhand klinischer psychiatrischer Untersuchungen nunmehr nicht klar eine Diagnose gestellt werden kann. 4. 4.1

Vom 15. bis 17. Dezember 2014 wurde die Beschwerdeführerin in der MEDAS D.____ psychiatrisch, internistisch und rheumatologisch begutachtet (Expertise vom 3. Februar 2015; Urk. 8/124). Die Gutachter führten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 27): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik, beginnend chronifiziert (ICD-10 F33.8) - Neurasthenie (ICD-10 F48.0) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Als Nebendiagnosen ohne wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 Z73.1) und ein chronisches myofasziales Schmerzsyndrom, nacken- und kreuzbetont mit vielen vegetativen Beschwerden.

Dazu führten die Gutachter aus, dass somatisch weiterhin weichteilrheumatische Beschwerden beklagt würden, einhergehend mit vielen vegetativen Begleitsymptomen, insbesondere seit Jahren eine Fatigue-Symptomatik. Aus psychiatrischer Sicht wurde eine leichte bis allenfalls mittelgradige depressive Symptomatik festgestellt (S. 28 unten). Die Erschöpfungssymptomatik gehe in ihrer Ausprägung weit über das Bild einer Neurasthenie hinaus, weshalb eine isolierte rezidivierende depressive Störung in leichter bis mittelgradiger depressiver Ausprägung, beginnend chronifiziert, zu diagnostizieren sei (S. 29 oben). Die Gutachter prüften die - damals geltenden - Förster-Kriterien und gelangten zusammenfassend zum Schluss, die Kriterien lägen zu einem gewissen Teil vor. Der Explorandin sei die Aufwendung der zumutbaren Willensanstrengung möglich, zumindest teilweise die Schmerzen und anderen Beschwerden sowie auch die Müdigkeit zu überwinden und wieder teilweise in den Arbeitsmarkt einzusteigen (S. 29 unten).

Aus somatischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit nicht wesentlich eingeschränkt, aus psychiatrischer Sicht bestehe in der Tätigkeit

als Betreuerin, Verkäuferin oder angelernte Hilfsarbeiterin eine Arbeitsunfähigkeit von etwa 40-50 % bezogen auf ein Vollpensum, und zwar seit Einleitung der Revision im Oktober 2011 (S. 30; richtig wohl Februar 2014).

Hinsichtlich der gesundheitlichen Entwicklung legten die Gutachter dar, dass aus aktueller psychiatrischer Sicht festgestellt werden könne, dass es sich bei der aktuellen Symptomatik um einen im Wesentlichen unveränderten, eventuell seit 2006 leicht gebesserten psychischen Gesundheitszustand handle (S. 32). 4.2

Dr. med. E.____, Facharzt Anästhesiologie FMH, vom RAD prüfte am 27. August 2015 die nach Aufgabe der Förster-Kriterien geltenden „Indikatoren“ und gelangte zum Schluss, es falle schwer, die psychiatrisch definierte Einschränkung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit nachzuvollziehen (Urk. 8/128/8). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stellte verfügungsweise grundsätzlich auf das MEDAS-Gutachten ab (Urk. 2). Das genannte Gutachten basiert auf fachärztlichen Untersuchungen sowie auf den anlässlich dieser Untersuchungen erhobenen Befunden, auf den Vorakten, den Angaben der Beschwerdeführer in sowie der erhobenen Anamnese. Ferner beantwortet es die gestellten Fragen umfassend und insbesondere der Psychiater setzte sich mit den früheren Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit auseinander. Somit erfüllt es die von der Rechtsprechung gestellten formellen Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Gutachten (BGE 134 V 231 E.

5.1 ; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Die Beschwerdeführerin machte geltend, das Gutachten enthalte teilweise haltlose Unterstellungen, ohne diese jedoch im Einzelnen zu erläutern, so dass sich Weirungen dazu erübrigen, zumal nicht einzusehen ist, weshalb die Gutachter von den seitens der Beschwerdeführerin vorgetragenen Angaben abgewichen sein sollten. Soweit die Beschwerdeführerin im Weiteren einwandte, der begutachtete Psychiater habe sie knapp zwei Stunden befragt, währenddem sie die behandelnden Ärzte seit Jahren und besser kennen würden (Urk. 1 S. 2), übersieht sie die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4). Diese lässt es rechtsprechungsgemäss nicht zu, ein Gutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts 8C_874/2017 vom 23. Mai 2018 E. 5.2.2). 5.2

Die übrigen im Recht liegenden Arztberichte sind nicht geeignet, das Gutachten in Zweifel zu ziehen.

Der früher behandelnde Psychiater Dr. F.____ hat die Beschwerdeführerin nur noch einmal, am 13. Januar 2016 gesehen, wobei der Bericht vom 22. Februar 2016 betreffend diese Untersuchung keine Angaben enthält. Seiner Beurteilung, er erkenne keine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/132/3), kann daher nicht gefolgt werden.

Die Berichte der G.____ vom 25. Februar 2016 (Urk. 8/132/4-5), der Praxis Dr. H.____ vom 25. Juni 2016 (Urk. 8/134/5), von Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin/Angiologie FMH, vom 26.

August

2016 (Urk.

8/142), von Dr. med. J.____, Fachärztin Rheumatologie und Innere Medizin, vom 9. November 2016 (Urk. 8/145), des K.____ vom 29. Mai 2017 (Urk. 8/156/6-7) und von Dr. med. L.____ vom 31. Juli 2017 (Urk. 8/160) sind weder abweichende Diagnosen noch - soweit überhaupt eine Beurteilung erfolgte - eine andere (begründete) Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Vielmehr konnten laut Bericht vom 13. November 2015 auch die Ärzte der Klinik für Rheumatologie des M.____ die Schmerzen keiner bildgebenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankung zuordnen (Urk. 8/140/3). Darauf verwies auch Dr. med. N.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, im Bericht vom 6. Oktober 2016 und formulierte keine abweichenden Schlüsse (vgl. insbesondere Urk. 8/143/1 Ziff. 1.1).

Die am 21. Februar 2017 erfolgte Schilddrüsenoperation (Urk. 8/151/3-4) verlief komplikationslos und führte soweit ersichtlich zu keiner weiteren Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 8/151/1-2 und Urk. 8/152). 5.3

Aufgrund dieser medizinischen Aktenlage ist erstellt, dass die Beschwerdeführer in neben der Neurasthenie an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leidet. Die daneben erhobene depressive Symptomatik ist (weiterhin) als Begleiterscheinung der Schmerzstörung zu betrachten. Der begutachtende Psychiater sprach diesbezüglich denn auch von einer chronischen Begleiterkrankung mit mehrjährigem Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik. Zudem erläuterte er, dass die Erschöpfungssymptomatik in ihrer Ausprägung weit über das Bild einer Neurasthenie hinausgehe, weshalb er die depressive Störung diagnostiziert habe (Urk. 8/124 S. 22). Es handelt sich somit zweifelsfrei nicht um ein selbständiges, vom Schmerzgeschehen losgelöstes, invalidisierendes Leiden.

Für die Darstellung der Beschwerdeführerin, ihr Erschöpfungssyndrom habe keine psychischen, sondern eine somatische Ursache (Urk. 1 S. 1), findet sich in den Akten keine Stütze. Vielmehr erwähnte die Neurologin Dr. med. Z.____ bereits im Jahr 2005 diesbezüglich einen unauffälligen Befund (Urk. 8/58/7).

Da keine somatischen Leiden ausgewiesen sind, ist auch im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids von einem syndromalen Beschwerdebild auszu gehen. Da - wie gesagt (vorstehend E. 3.3) - auch die Neurasthenie der Schmerzrechtsprechung unterliegt, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht gestützt auf die SchlB IVG die invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführer in anhand der Standardindikatoren geprüft.

E. 6

IV-Revision vorgesehene Rentenherabsetzung beziehungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugesprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche Rentenzusprache aber bereits in Beachtung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch-ätiologisch unklaren 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). 2.

E. 6.1

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2). Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; vgl. auch Andreas Traub, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2016, S. 142 Ziff. 3.3.3), sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenanprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3, 143 V 418 E. 6).

Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis

für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 143 V 418 E. 6, 144 V 50 E. 4.3).

Von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kann damit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein wie vorliegend grundsätzlich beweiskräftiges Gutachten dadurch seinen Beweiswert verliere (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3).

E. 6.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – änderte sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) traten jedoch – vom Bundesgericht näher umschrieben – Standardindikatoren, die sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen liessen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität wurde mit der Änderung der Rechtsprechung verzichtet. Der neu formulierte Prüfungsraaster sei rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirkten sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisierten die in BGE 141 V 281 E. 4 und E. 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Das Bundesgericht hielt ferner fest, dass die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades nur zulässig sei, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen seien. Fehle es daran, habe die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6) .

E. 6.3

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung

des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Resourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 7.1

Mit Bezug auf den ersten Indikator („Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome“) ergibt sich aus dem MEDAS-Gutachten (Urk. 8/124 S. 13 und S. 28), dass die Beschwerdeführerin an chronischen Erschöpfungszuständen sowie Schmerzen praktisch am ganzen Körper leidet. Im Zeitpunkt der Untersuchung wurden insbesondere in den Kopf ausstrahlende Schmerzen in der oberen Nackenregion geklagt (S. 13).

Während der Neurasthenie wie auch der als leicht bis mittelgradig gefassten depressiven Störung in Bezug auf den funktionellen Schweregrad kein schweres Ausmass der Ausprägung innewohnt, beschrieben die Gutachter auch die - nicht mit organischen Befunden korrelierenden - geklagten Schmerzen als nicht schwerwiegend (S. 29). Überdies wiesen sie auf eine Krankheits-, Schon- und Vermeidungshaltung der Beschwerdeführerin hin, die sich in der Krankenrolle eingerichtet und sich ein dysfunktionales Hilfesystem aufgebaut habe mit einem hohen sekundären Krankheitsgewinn. Das in diesem Sinne subjektiv zwar erhebliche Leiden kann invalidenversicherungsrechtlich nicht als schwere

Ausprägung der Befunde berücksichtigt werden.

E. 7.2

Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz“ zeigt sich der Gesundheitszustand aus gutachterlicher Sicht seit 2006 im Wesentlichen unverändert (Urk. 8/124 S. 32). Allerdings hat sie sich weder der bereits damals empfohlenen intensiven psychosomatischen Behandlung (S. 23) noch der auch seitens des Behandlers nahegelegten Psychopharmakotherapie (S.

18 unten) unterzogen (S. 25). Sie hat sich auch erst nach Einleitung des aktuellen Revisionsverfahrens im Jahr 2014 zu Dr. F.____ in psychiatrische Behandlung begeben (Urk. 8/105/6), weshalb eine Therapieresistenz des Leidens nicht belegt ist.

Die Beschwerdeführerin, die infolge der erwerblichen Auswirkungen ihrer Arbeitsunfähigkeit eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 72 % bezog, hat sich trotz ihrer stets erhaltenen Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer Verweistätigkeit (vgl. vorstehend E. 3.2, Urk. 8/83) seit 2006 nie um Eingliederungsmassnahmen bemüht.

E. 7.3

Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcen hemmende Wirkung beizumessen ist (vorgenannter BGE 143 V 418 E. 8.1). Vorliegend sind keine als „Komorbiditäten“ zu berücksichtigende krankheitswertige Störungen ausgewiesen.

E. 7.4

Bei den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich aus dem Gutachten Folgendes:

Die allein lebende Beschwerdeführerin stehe zwischen 9.00 und 10.00 Uhr auf. Am Morgen habe sie keine besonderen Aktivitäten geplant, sie sei meist erschöpft und der Kreislauf sei noch nicht angekurbelt. Ihre beste Zeit sei am Nachmittag, dann mache sie den Haushalt und gehe täglich 30 bis 60 Minuten spazieren und nehme Therapien wahr. Einmal pro Woche besuche sie eine Yogagruppe für Frauen. Sie gehe nachmittags einkaufen, koche am Abend und esse meist allein. Danach lege sie sich aufs Sofa und schaue TV. Sie gehe gegen 23.00 Uhr ins Bett und liege meist noch wach (Urk. 8/124 S. 18).

Die Beschwerdeführerin trifft sich einmal pro Woche mit anderen Fatigue-Kranken. Sie hat auch bei zwei Weiterbildungsveranstaltungen mitgeholfen und sie mitorganisiert (S. 18). Zur Schwester hat sie nur sporadischen Kontakt, aber mit dem Vater telefoniert sie wöchentlich. Sie hat zwar seit längerem keine Beziehung, aber eine langjährige sehr gute Freundin, die sie unterstützt. Mit ihr sei sie nach Spanien geflogen, und sie habe sie zur MEDAS-Begutachtung begleitet. Zudem habe sie noch drei entferntere Freundinnen, die sie nicht so häufig sehe. Im Schnitt habe sie einmal pro Woche ein Treffen mit Freundinnen (S. 20). Obwohl die Beschwerdeführerin den Gutachtern haltlose Unterstellungen vorwirft, stellte sie diese Angaben beschwerdeweise nicht grundsätzlich in Abrede. Allerdings bemerkte sie, die Einschränkungen in den Tagesaktivitäten seien nicht gering, sondern stark; sie schaffe es knapp, ihren Haushalt minimal zu bewältigen, ihre Termine wahrzunehmen und ein kleines soziales Netz aufrecht zu erhalten (Urk. 1 S. 2 f.).

Wenn auch zutreffen mag, dass sich die Beschwerdeführerin in ihrem Lebenskontext anstrengt - was aner kennenswert ist, aber im Rahmen ihrer Schadenminderungs pflicht auch

von ihr erwartet werden darf -, kann doch nicht von der Hand gewiesen werden, dass die Beschwerdeführerin langjährige freundschaftliche Beziehungen mit wenigstens wöchentlichen Kontakten pflegt und von einer Freundin erhebliche Unterstützung erfährt. Dies wirkt sich ebenso wie die intakte Tagesstruktur potentiell günstig auf ihre Ressourcen aus.

In Bezug auf die „Persönlichkeit“ hielt der begutachtende Psychiater verschiedene ausbaufähige Ressourcen wie insbesondere die normale Intelligenz fest (S. 23 unten). Daneben erhob er auch Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und narzisstischen Anteilen, was gewisse Defizite der sozialen Kompetenzen bewirke (S. 21). Insofern ist zwar von einer ressourcenraubenden Persönlichkeitsstruktur auszugehen, allerdings mit Blick auf das soziale Umfeld der Beschwerdeführerin nicht in ausgeprägtem Ausmass.

E. 7.5

In der Kategorie „Konsistenz“ zielt der Indikator „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Wie bereits dargelegt, hat die Beschwerdeführerin einen geregelten Tagesablauf. Sie geht täglich spazieren und trifft sich regelmässig mit Freundinnen. Sie wirkte auch bei der Organisation einer Veranstaltung mit und flog nach Spanien. Dies alles ist mit physischen und kognitiven Ressourcen verbunden und mit den geltend gemachten funktionellen Einschränkungen nicht vereinbar, sodass von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus keine Rede sein

kann, und zwar weder im Umfang der laut den Gutachtern bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 40-50 % und schon gar nicht entsprechend der geltend gemachten 100%igen Arbeitsunfähigkeit, zumal medizinisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anerkannt werden (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

E. 7.6

Im Rahmen des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch aus gewiesener Leidensdruck“ weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Wie bereits dargelegt nahm die Beschwerdeführerin über lange Zeit hinweg keine fachärztliche psychiatrische Therapie in Anspruch und widersetzte sich einer

entsprechenden Medikation (Urk. 8/124 S. 18). Ein massgeblicher Leidensdruck ist daher nicht ersichtlich. Die Gutachter erwähnten sodann eine Aggravation (S. 23), was ebenfalls auf ein inkonsistentes Verhalten hindeutet.

E. 7.7

Bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren und insbesondere mit Blick auf die inexistente gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus ist eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit aus psychischer Sicht führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

Vor diesem Hintergrund ist eine aus der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung resultierende invalidenversicherungsrechtlich massgebende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich. Da die Beschwerdeführerin auch aus somatischer Sicht weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, hat die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete Rente zu Recht gestützt auf lit. a Abs. 1 SchlB 6. IV-Revision aufgehoben.

E. 8.1

Wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, so hat die Bezügerin oder der Bezüger Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a. Ein Anspruch auf eine Übergangsleistung nach Art. 32 Absatz 1 Buchstabe c entsteht dadurch nicht (Abs. 2). Werden Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art.

8a durchgeführt, so wird die Rente bis zum Abschluss der Massnahmen weiter ausgerichtet, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung (Abs. 3).

E. 8.2

Die Beschwerdegegnerin wies verfügungsweise darauf hin, dass sich die Beschwerdeführerin melden könne, wenn sie Wiedereingliederungsmassnahmen wünsche (Urk. 2 S. 3). Dementsprechend äusserte diese ihr Interesse an Eingliederungsmassnahmen mit E-Mail vom 29. November 2017 (Urk. 8/171).

Beschwerdeweise blieb die Frage der Wiedereingliederung zu Recht unbeanstandet (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin hat die Eingliederungswirksamkeit namentlich mit Blick auf die dafür vorausgesetzte subjektive Eingliederungsfähigkeit geprüft (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_578/2016 vom 7. Februar 2017 E. 6). Anlässlich des Informationsgesprächs vom 25. Dezember 2015 (richtig wohl 25. November 2015; vgl. Urk. 8/125) wurde die Beschwerdeführerin über die SchlB IVG sowie die Möglichkeiten von Eingliederungsmassnahmen informiert. Damals konnte sich diese noch für keinen Weg entscheiden. Sie wandte sich auch nicht dagegen, dass der Rentenaufhebungsprozess mittels der Zustellung des Vorbescheids weitergeführt werde (Urk. 8/128 S. 9; vgl. auch Urk. 8/164 S. 8), und verlangte auch nach Erlass des Vorbescheids am 8. Dezember 2015 (Urk. 8/129) keine Wiedereingliederung.

Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin von im Verfügungszeit fehlendem subjektiven Eingliederungswillen ausgegangen ist (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2017 vom 14. März 2018 E. 7.2).

E. 8.3

Zum Ablauf bleibt sodann zu bemerken, dass rechtsprechungsgemäss - anders als in (ordentlichen Revisions-) Fällen, in welchen gegebenenfalls erst nach beruflichen Abklärungen über die Rentenaufhebung zu befinden ist - bei der Rentenreduktion beziehungsweise -aufhebung gemäss den SchlB IVG über die Rentenreduktion zu entscheiden

ist, bevor Massnahmen zur Eingliederung stattgefunden haben (Urteile des Bundesgerichts 8C_637/2017 vom 14. März 2018 E. 7. 1 und 9C_64/2015 vom 27. April 2015 E. 4.1).

Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

E. 9

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Da die Voraussetzungen für die unentgeltliche Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt sind, sind sie jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuches vom 17. November 2017 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zuzüglich der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GräubSchetty

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