

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01372 vom 5. August 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01372](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01372)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01372 du 5 août 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01372 del 5 agosto 2019

## **Erwägungen**

### **E. 3**

.

#### **E. 3.1**

Dr. med. C.\_\_\_\_

stellte in ihrem vertrauensärztlichen Gutachten für die BVK vom 23. November 2014 die Diagnosen einer mittelschweren depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11) und einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1) sowie als Zusatzfaktoren Probleme durch negative Kindheitserlebnisse (ICD-10: Z61) und erhebliche familiäre Probleme (ICD-10: Z63; Urk. 10/23/6 f.). Sie legte dar, die mittelschwere depressive Episode mit somatischen Symptomen habe sich infolge von erheblichen psychosozialen Belastungen entwickelt:

einerseits zu Hause im Zusammenhang mit dem destruktiven Verhalten des psychisch schwer angeschlagenen Ehemannes, andererseits wegen zunehmendem Stress am Arbeitsplatz. Erst mit der Depression sei zudem neu eine posttraumatische Symptomatik in Form von typischen Flashbacks aufgetreten. Ausserdem spiele die Persönlichkeit der Versicherten eine nicht unwesentliche Rolle. Als Kind sei sie parentifiziert sowie überfordert und in entscheidenden Momenten – wie als Achtjährige bei einem Unfall des kleinen Bruders

– im Stich gelassen oder sogar beschuldigt worden. Hinzu kämen körperliche Misshandlungen durch den alkoholisierten Vater und Traumatisierungen im Krieg, wo sie als junges Mädchen auf der Flucht die Vergewaltigungen von jungen Mädchen, darunter ihrer Cousine, miterlebt habe und selber nur deshalb diesem Schicksal entkommen sei, weil sich eine Tante auf sie gesetzt und sie so beschützt habe. Gewohnt, zu funktionieren ohne Rücksicht auf eigene Bedürfnisse und ohne die Möglichkeit und Fähigkeit sich zu wehren, und in der Hoffnung auf Anerkennung und Liebe sich übergrosse Leistungen zumutend, sei sie erneut in eine sie überfordernde und schädigende Lebenssituation geraten. Es bestehe zwar keine Berufsunfähigkeit jedoch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der vielschichtigen Problematik sei nicht von einer raschen Genesung auszugehen. Die Trennung vom Ehemann sei eine wichtige Voraussetzung für eine längerfristige Besserung. Eine Wiederaufnahme der Pflgetätigkeit, beginnend mit einem kleinen Pensum, sei wohl frühestens ab Frühling 2015 realistisch, wobei ihr letzter Arbeitsplatz ungeeignet und nicht wieder in Betracht zu ziehen sei. Eine längerfristige Psychotherapie sei nebst der Weiterführung einer suffizienten medikamentösen Behandlung indiziert (Urk. 10/23/7 ff.).

#### **E. 3.2**

Die die Versicherte ab Juni 2014 behandelnde Psychiaterin Dr. Z.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 26. Oktober 2014 die Diagnosen einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode (ICD-10: F32.3) mit somatischem Syndrom und fraglichen psychotischen Symptomen und einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Sie berichtete von einer tieftraurigen Versicherten mit massiven Ängsten und grosser Verunsicherung, ohne Freude und Hoffnung. Diese leide unter Gedankenkreisen, an einem Ausmass an Schuldgefühlen, das an ein wahnhaftes Schuldleben grenze, weiter an massiven Konzentrationsstörungen und kognitiven Einschränkungen sowie an Gewichtsverlust. Sie erlebe unkontrollierbar einschliessende Bilder vom Unfall des Bruders und von Kriegserlebnissen.

Die Ärztin verschrieb verschiedene Medikamente und installierte eine wöchentliche Psychotherapie, die die Versicherte zuverlässig wahrnehme. Die Versicherte habe im Leben sehr gut funktioniert und das Fehlverhalten des Ehemannes in der Familie kompensiert. Im Mai 2014

sei alles zusammengebrochen. Der Versicherten sei es gegenwärtig nicht möglich, den Haushalt zu machen und zu den Kindern zu schauen, auch die Körperpflege falle ihr schwer. Aufgrund der Schwere der Depression attestierte die Psychiaterin eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit ab Juni 2014. Hinsichtlich der Prognose hielt sie fest, dass diese eher schlecht sei, da die Beschwerdeführerin jahrelang zu viel geleistet und zu viel geschluckt habe (Urk. 10/20/5).

Auch im Bericht vom 9. Februar 2015 attestierte sie noch immer eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit und stellte die Diagnosen einer schweren depressiven Episode (ICD-10 : F32.2) sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 : F43.1 ). Die Versicherte leide immer noch unter starken Einschränkungen ihrer kognitiven Fähigkeiten (Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Konzentration und Frischzeitgedächtnis), Gedankenkreisen, Schuldgefühlen, Zukunftsängsten, Trauer und Verzweiflung, Angstanfällen, Anspannung und einschliessenden Erinnerungen von früher. Sie habe dank der Medikation wieder etwas zugenommen, sei aber immer noch untergewichtig, es gebe viele Kriseninterventionen . Die Versicherte nehme die Medikamente zuverlässig und komme auch zuverlässig in die Therapie . Sie habe sich nun entscheiden können, sich vom Ehemann zu trennen und wohne ab 1. März 2015 getrennt von ihm. Mit einer Arbeitsaufnahme im Rahmen einer Tagesklinik oder in einem Integrationsprogramm sei frühestens ab Mai 2015 zu rechnen ( Urk. 10/27 ) .

Im Bericht vom 11. Mai 2015 ging die Ärztin hinsichtlich der depressiven Symptomatik noch von einer mittelgradigen Episode aus (Urk. 10/28/1). Die Versicherte habe durch die regelmässigen Psychotherapien an Persönlichkeit und Sicherheit gewonnen und sei nach der Trennung ihres Ehemannes psychisch stärker und auch bestimmter geworden , aber es bestehe noch keine psychische Stabilität. Die Versicherte wünsche keine Hilfe der Invalidenversicherung, sie möchte wieder zu 30 % arbeiten, was die Psychiaterin als zu optimistisch erachtete, weil die Versicherte immer wieder psychische Einbrüche habe (Urk. 10/28/5 f.). Im Bericht vom 26. Juli 2015 an die D.\_\_\_\_ änderte Dr. Z.\_\_\_\_ die Diagnose wieder dahingehend, dass sie die depressive Störung nicht mehr als mittelgradig, sondern wieder als mittel- bis schwergradig charakterisierte (Urk. 10/30/2). Obwohl die Versicherte sich vom Ehemann getrennt habe und viel Unterstützung von ihrer Mutter und den Brüdern erfahre , habe sich ihr Zustand wieder verschlechtert. Die Versicherte sei wieder in einem so schlechten Zustand, dass sie selber den Wunsch geäussert habe, mehr

Therapien zu besuchen. Vor allem die kognitiven Fähigkeiten seien wieder stark eingeschränkt, sie könne sich nicht konzentrieren, vergesse Dinge, und ihre Merkfähigkeit sei so weit eingeschränkt, dass sie auch einfache, schriftliche Texte nicht erfassen könne. Die Ärztin erachtete einen Klinikaufenthalt als notwendig, dieser sei wegen der fehlenden Kinderbetreuung jedoch nicht ganztägig möglich, sie meldete die Versicherte jedoch zu einer teilstationären Therapie an (Urk. 10/30/2).

Schliesslich stellte Dr. Z.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 5. Oktober 2015 die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere depressive Episode, sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung (Urk. 10/35/4). Die Beschwerdeführerin leide unter einer klaren depressiven Verstimmung, Unruhe, Freudlosigkeit, Interessenlosigkeit und einem mangelnden Antrieb. Daneben bestünden wahnhaftige Schuldvorstellungen, welche die Versicherte vollständig blockieren würden und sie verliere wieder Gewicht. Ausserdem sei der Selbstwert gering, der Schlaf gestört und es bestünden fast durchgehend Erinnerungen und Wiedererleben von belastenden Kriegssituationen sowie von Gewalterlebnissen durch den Vater. Sie sei überhaupt nicht belastbar. Die Versicherte vermeide Menschenansammlungen und ziehe sich alleine in die Wohnung zurück. Der Verlauf seit Frühjahr 2015 zeige klar, dass die Symptomatik durch geringe Belastungen wieder voll aktiviert werden könne. Eigentlich wäre eine mehrmonatige stationäre Therapie nötig, doch sei dies aus finanziellen und familiären Gründen nicht möglich. Die Versicherte sei, vor allem da alle kognitiven Fähigkeiten stark eingeschränkt seien, eine dauernde Müdigkeit und ein Antriebsmangel bestünden, 100% arbeitsunfähig. Aufgrund der Schwere der Diagnosen sei keine rasche Besserung möglich. Längerfristig sei jedoch geplant, dass sie wieder in den ersten Arbeitsmarkt einsteigen könne, weil dies als Ausgleich neben den Kindern und für ihr Selbstwertgefühl gut sei (Urk. 10/35/5 f.).

### **E. 3.3**

In seiner Stellungnahme vom 15. Januar 2016 stellte RAD-Arzt dipl. med. A.\_\_\_\_

gestützt auf die medizinischen Berichte von Dr. Z.\_\_\_\_ sowie auf das vertrauensärztliche Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_

als Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltend mittelschwere bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11/2) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), wobei bei letzterer die Kriterien für die Störung nach ICD-10 nur teilweise erfüllt seien und diese Diagnose deshalb in Frage zu stellen sei; die verschiedenen stattgefundenen Traumatisierungen seien jedoch nachvollziehbar. Probleme durch die negative Kindheit (ICD-10: Z61) sowie erhebliche familiäre Probleme (ICD-10: Z63) nannte er als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/42/5). Einschränkend seien die reduzierte psychische und kognitive Leistungsfähigkeit, die Antriebs- und Schlafstörungen, die Freudlosigkeit, der Interessen- und Gewichtsverlust und die psychosomatischen Störungen (Schwindel, Durchfall). Die Versicherte sei deshalb in ihrer bisherigen Tätigkeit als Pflegeassistentin und auch in einer angepassten Tätigkeit seit dem 12. Juni 2014 vollständig arbeitsunfähig (Urk. 10/42/5).

### **E. 4.1**

Die dargestellte damalige Sachlage zeigt auf, dass sich sämtliche involvierten Ärztinnen und Ärzte in der Diagnostik und in deren Einschätzung für die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen einig waren.

Die Beschwerdeführerin litt ab Frühjahr 2014 während der meisten Zeit an einer mindestens mittelgradigen bis schwergradigen

depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11, F32.2), welche die Versicherte aufgrund der fachärztlich erhobenen, typischen Symptome und Befunde bereits in ihrer üblichen Alltagsgestaltung, bestehend in der Haushaltsführung und der Kinderbetreuung und in der ausserhäuslichen Arbeitsfähigkeit erheblich einschränkte, wobei die Fachärzte alle von einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit ausgingen. Wenn daneben noch Variablen erwähnt wurden, wie durch die behandelnde Ärztin Dr. Z.\_\_\_\_ mit dem anfänglichen Hinweis auf ein fragliches psychotisches Geschehen aufgrund einer irreal anmutenden Schuldzusprechung durch die Versicherte an sich selber (ICD-10 F32.3, Urk. 10/20/5), so ist das nicht relevant und vermag die einheitliche Diagnostik nicht in Zweifel zu ziehen. Auch die unterschiedliche Einschätzung einer ebenfalls vorhandenen PTBS nach ICD-10 (F43.1) braucht hier nicht abschliessend geklärt zu werden (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 8C\_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5, 9C\_195/2015 vom 24. November 2015 E. 3.3.3), gehen doch die damit verbundenen Symptome wie Flashbacks, Alpträume und Angstzustände nachts in der unbestrittenen und objektivierten Tatsache der massiven Schlafstörungen und der damit verbundenen übermässigen Tagesmüdigkeit im Wesentlichen auf und sind daher auch Teil der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Depression.

#### **E. 4.2**

Gemäss der hier zu beachtenden, damals geltenden Rechtsprechung des Bundesgerichts war eine invalidisierende Wirkung einer mittelgradigen depressiven Störung nicht einfach auszuschliessen, vor allem dann nicht, wenn es sich dabei nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, von einem psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 mit Hinweisen). Bei mittelschweren depressiven Episoden (ICD-10 F32.1) verneint dies das Bundesgericht allerdings regelmässig (etwa Urteile 8C\_98/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3.3.1 f.; 9C\_784/2012 vom 7. Dezember 2012 E. 2 f.; 8C\_381/2012 vom 20. Juni 2012 E. 4.2.2; 8C\_183/2012 vom 5. Juni 2012 E. 7, je mit Hinweisen). Vorliegend ist in diesem Zusammenhang festzustellen, dass die Versicherte während des fraglichen Zeitraumes bis zur Verfügung am 6. April 2016 hauptsächlich an einer mittel- bis schwergradigen und nicht nur an einer mittelgradigen depressiven Episode und mit dieser an einer eigenständigen und nicht an einer, eine Schmerzkrankheit begleitenden Krankheit litt. Eine Schmerzstörung wurde nie diagnostiziert. Mangels einer solchen Diagnose war es somit auch unter der damaligen Rechtsprechung nicht angezeigt und notwendig, die invalidisierende Wirkung der rein depressiven Symptomatik unter Standard-Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen, solche waren für Schmerzleiden vorgesehen (vgl. Eva Slavik, Invalidenrentenanspruch bei depressiven Erkrankungen, in: Jusletter

4. September 2017, S. 10). Damit entfällt dieser von der Beschwerdegegnerin angerufene Wiedererwägungsgrund.

Und obwohl in den Diagnosen jeweils nur von einer Episode gesprochen wurde, ist dazu festzuhalten, dass als mittlere bis schwere depressive Episode im Sinne von ICD-10: F32.11/21 grundsätzlich eine vorübergehende Störung (vgl. Daniel Hell und Andere, Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie, 3. Aufl. 2011, S. 117 unten) bezeichnet wird. Längere

(mehr als sechs, selten zwölf Monate) dauernde Störungen werden unter ICD-10 : F33 (rezidivierende depressive Störung) oder ICD-10 : F34 (anhaltende affektive Störung) erfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C\_80/2011 vom 14. Juni 2011 E. 6.3.2 mit Hinweis). Vorliegend wurde fachärztlich während weit mehr als einem Jahr die gleiche Diagnose gestellt mit grossen Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit und in der Alltagsbewältigung, so dass geradezu von einer mittel- bis schwergradigen depressiven Störung gesprochen werden kann, welcher die invalidisierende Wirkung auch bei der damaligen Rechtslage nicht einfach abgesprochen wurde.

#### **E. 4.3**

Aufgrund der Darstellung der Zusammenhänge durch die Fachärztinnen ist davon auszugehen, dass in der Tat psychosoziale Belastungsfaktoren hauptursächlich für den Ausbruch der Krankheit im Jahr 2014 verantwortlich waren, indem die Versicherte, die eigentlich nur zu 80 %

angestellt war und die daneben noch den Haushalt machte, durch (erneute) Straftaten des Ehemannes und weil sie gleichzeitig am Arbeitsplatz wegen Personalmangels häufig 100 % arbeiten musste, in eine Überlastung mit grosser Erschöpfung und in die Depression geriet (Urk. 10/27, 10/20). Trotz des Verlassens der belastenden Arbeitsplatzsituation mit einem schwierigen Vorgesetzten Ende 2014 und der Trennung vom Ehemann und dem Einzug in eine andere Wohnung, womit auch eine Unterstützung der Beschwerdeführerin durch die Mutter und Brüder verbunden war, verbesserte sich die gesundheitliche Situation nicht wesentlich und nachhaltig. Im Gegenteil verselbständigte sich die Krankheit und sie verfestigte sich, so dass sogar Mitte 2015 ein mehrmonatiger stationärer Klinikaufenthalt angezeigt gewesen wäre, der jedoch aufgrund äusserer Umstände nicht zustande kommen konnte. Damit kann nicht gesagt werden, dass invaliditätsfremde, psychosoziale Belastungsfaktoren die Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit begründeten, vielmehr lagen diese in der selbständigen fachärztlich eindeutig gestellten Depressions-Diagnose; psychosoziale Belastungen waren höchstens als unterhaltende und verschlimmernde Faktoren vorhanden, was somit

nicht gegen eine invalidisierende Krankheit spricht (vgl. oben E. 1.3.2).

#### **E. 4.4**

Gemäss der damaligen Rechtsprechung war bei depressiven Störungen im mittelgradigen Bereich die invalidisierende Wirkung besonders sorgfältig zu prüfen. Das Bundesgericht stellte fest, es dürfe nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken (Urteile des Bundesgerichts 8C\_14/2017 vom 15. März 2017 E. 4.2, 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1, 9C\_484/2012 vom 26. April 2013 E. 4.3.2.2). Bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, werde praxisgemäss angenommen, dass - aufgrund der nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung regelmässigen guten Therapierbarkeit - hieraus keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; SVR 2016 IV Nr. 52 S. 176, 9C\_13/2016). Den leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen fehle es, solange sie therapeutisch angebar

sein, an einem hinreichenden Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen. Nur in der - seltenen, gesetzlich verlangten Konstellation mit Therapieresistenz - sei den normativen Anforderungen des Art.

## E. 7

Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3 S. 295 f.). Ein solcher Sachverhalt müsste überwiegend wahr scheinlich sein und dürfte nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Zudem müsste die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden seien (BGE 140 V 193 E. 3.3, 137 V 64 E. 5.2; vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_753/2016 vom 15. Mai 2017 E. 4.6).

Vorliegend bestand nicht eine leichte bis mittelschwere, sondern eine mittel schwere bis schwere depressive Störung mit somatischem Syndrom, welche die Ärztinnen und auch der RAD-Arzt als eigenständige Krankheit diagnostizierten und überzeugend und detailliert in ihrer Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit schilderten, weshalb die erwähnte Rechtsprechung nicht einfach so übernommen werden kann. Die Beschwerdeführerin hatte sich von Anfang an in eine wöchentliche, konsequente psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung zur psychiatrischen Fachärztin begeben und war sehr kooperativ. Diese Ärztin

erachtete

zwar die Erfolgsaussichten als gegeben, stellte sie jedoch pessimistisch dar, dies aufgrund der vorangegangenen langen Überforderungssituation der Beschwerdeführerin, die sich nicht von den vielen an sie gestellten Ansprüchen abgrenzen können, zu viel geleistet und geschluckt und sich zu viel zugegeben habe (Urk. 10/20/5). Dr. C. \_\_\_ war gleicher Meinung. Diese Einschätzung bewahrheitete sich in der Folge, indem während über einem Jahr die gleiche Diagnose mit der gleichen gänzlichen Arbeitsunfähigkeit

attestiert wurde.

Bei dieser Sachlage galt schon damals BGE 127 V 294, wonach von der Behandelbarkeit einer psychischen Störung für sich betrachtet, nichts über deren invalidisierenden Charakter gesagt werden kann. Vielmehr ist für die Entstehung des Anspruchs auf eine Invalidenrente einzig vorausgesetzt, dass während eines Jahres eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und eine anspruchsbegründende Erwerbsunfähigkeit weiterhin besteht. Dass die Beschwerdegegnerin diese anspruchsbegründende Invalidität im Zeitpunkt der strittigen Verfügung am 6. April 2016 aufgrund der gestellten selbständigen Diagnose und aufgrund der wegen der Schwere des Beschwerdebildes ermessensweise einheitlich attestierten gänzlichen Arbeitsunfähigkeit seit Juni 2014 in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit und bei einer hypothetischen Erwerbstätigkeit von 80 %

als gegeben erachtete, ist nachvollziehbar. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin lag gemäss der damaligen Rechts- und Sachlage damit ein vertretbarer Entscheid vor, weshalb heute kein Wiedererwägungsgrund vorhanden ist, der zur Aufhebung der Verfügung vom 6. April 2016 berechtigen würde. Die Einstellung der ganzen Rente in der angefochtenen Verfügung vom 15. November 2017 mit der Begründung einer

Wiedererwägung kann nicht geschützt werden. 5.

Dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der ursprünglichen Rentenzusprechung anspruchserheblich verbessert hätte und die Rente unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten herabzusetzen oder aufzuheben wäre ( Art. 17 Abs. 1 ATSG), ist nicht ausgewiesen und wird auch von der Beschwerdegegnerin nicht angenommen. Zwar führte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 15. November 2017 aus, dass bei der Rentenzusprechung vom 6. April 2016 die damals geltende Rechtsprechung betreffend psychischen Belastungsfaktoren nicht angewendet worden sei und daher ein «Revisionsgrund respektive Wiedererwägungsgrund» vorliege ( Urk. 2 S. 2), doch nimmt sie in keinem Satz Bezug auf einen möglichen Revisionsgrund. Auch dem Feststellungsblatt vor Erlass des Vorbescheides lassen sich keine Anhaltspunkte entnehmen, welche für eine im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprechung relevante Veränderung des Gesundheitszustandes sprechen (vgl. Urk. 10/67), es liegt einzig ein Verlaufsbericht der behandelnden Psychiaterin Dr. Z. \_\_\_ vom 26. August 2017 vor, worin allerdings sogar von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin mit erneutem Gewichtsverlust, vermehrten Alpträumen Todeswünschen, Suizidgedanken und Panikattacken gesprochen wird ( Urk. 10/66/5). Auch aus dem im Verfahren ein gereichten Bericht der B. \_\_\_ vom 12. Juli 2018 ( Urk. 14) ergibt sich in dieser Hinsicht nichts zu Gunsten der Beschwerdegegnerin für den massgebenden Zeitpunkt. 6.

Die angefochtene Verfügung vom 15. November 2017 ist nach dem Gesagten in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und es ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat.

#### **E. 7.1**

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Kosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

#### **E. 7.2**

Überdies hat die obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten ( § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG). Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen ( § 34 Abs. 3 GSVGer ). Vorliegend ist eine von Amtes wegen festzusetzende

Prozessentschädigung (vgl. dazu Urk.

#### **E. 11**

Dispositiv-Ziffer 3) von Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) angemessen. Diese ist dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 15. November 2017 aufgehoben und es

wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin über den 1. Januar 2018 hinaus Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Tomas Kempf, Uster, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen

sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Fumagalli

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