

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00189 vom 2. April 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-04-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00189](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00189)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00189 du 2 avril 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00189 del 2 aprile 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art.

### **E. 1.2**

Die Anpassung einer zugesprochenen Leistung ist unter drei Titeln zulässig, nämlich der Revision (nachstehend E. 1.2.1), der Wiedererwägung (nachstehend E.

1.2.2) oder der Überprüfung gestützt auf die SchlB IVG (nachstehend E. 1.2.3) .

#### **E. 1.2.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn

sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3) .

Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E.

1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.2.2**

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung lediglich nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist ( Art. 53 Abs. 2 ATSG). Sie ist verpflichtet, darauf zurückzukommen, wenn neue Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer andern rechtlichen Beurteilung zu führen (BGE 110 V 176 E. 2a, 292 E. 1 mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E.

2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 E.

5b/bb; Urteil des Bundesgerichts 9C\_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 mit Hinweis).

### **E. 1.2.3**

Nach lit. a Abs. 1 SchlB IVG 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 Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so

wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind.

Die Revision nach Massgabe der SchlB IVG ist an drei Voraussetzungen geknüpft: Die Rentenzusprache erfolgte ausschliesslich auf Grund der Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage. Nur unter dieser Bedingung kann die Überprüfung der Rente nach den SchlB IVG eingeleitet werden. Weiter ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente erforderlich, dass auch im Revisionszeitpunkt ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vorliegt. Zu klären ist daher ferner, 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. Schliesslich ist zu prüfen, ob die „Foerster-Kriterien“ als erfüllt zu betrachten sind und eine Validitätseinbusse auf diese Weise – trotz des hinsichtlich der invalidisierenden Folgen nicht objektivierbaren Beschwerdebildes – nachweisbar ist ( BGE 139 V 547 E. 10.1) .

Das Bundesgericht erachtete es aus Gründen der Rechtsgleichheit als geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen Anforderungen zu unterstellen, und hat in der Folge die im Bereich der anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen entwickelte „Schmerz-Rechtsprechung“ bei verschiedenen verwandten Diagnosen, so bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgie, Chronic Fatigue Syndrome oder Neurasthenie, dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, der dissoziativen Bewegungsstörung sowie einer spezifischen Halswirbelsäulen (HWS)-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (HWS- oder

Schleudertrauma) zur Anwendung gebracht (Gächter/Siki, Sparen um jeden Preis?, in: Jusletter 29. November 2010, S. 4, mit zahlreichen Hinweisen auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts). 1. 3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1. 4

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflicht gemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische

These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

2. 1

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer "substituierten" Begründung zur Ein Stellung der Rente vom 17. Februar 2014 (Urk. 26) zusammengefasst

aus, dass bei der Beschwerde führerin kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Die ursprüngliche

Rentenzusage sei aufgrund der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung und einer dissoziativen Bewegungsstörung zugesprochen worden. Dabei

handle es sich gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung

um pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage.

Anlässlich der aktuellen Rentenrevision seien bei der MEDAS Y.\_\_\_\_ sowie beim

Z.\_\_\_\_ Gutachten eingeholt worden, welche keine

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen konnten; es handle sich bei den gestellten Diagnosen um solche ohne nachweisbare organische Grundlage, wo mit

die SchIB IVG anwendbar seien. Die willentliche Überwindung der Beschwerden sei der Beschwerdeführerin gemäss der Einschätzung im Gutachten des Z.\_\_\_\_, der sie sich anschliessen würden, zumutbar.

Die Beschwerdeführerin stellte sich in ihrer Beschwerde (Urk. 1) im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass zur Beurteilung ihres Gesundheitszustandes nicht auf das mangelhafte Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. August 2012 abzustellen sei. Gemäss Bericht des A.\_\_\_\_ seien alle Kriterien für eine schwere Depression gemäss ICD-10 erfüllt. Sie sei zu 100 %

arbeitsunfähig. 2. 2

Anlässlich des im Jahr 2005 durchgeführten Rentenrevisionsverfahrens hatte die IV-Stelle keine umfassenden medizinischen Abklärungen vorgenommen, sondern lediglich gestützt auf die eingeholten Verlaufsberichte der behandelnden Hausärztin (Bericht vom 6. Juni 2005 von Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH für Allgemeinmedizin; Urk. 11/37) und des behandelnden Psychiaters (Bericht vom 20. Mai 2005 von Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie; Urk. 11/38) mitgeteilt, dass weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente bestehe (Urk. 11/39).

Nachfolgend ist demzufolge zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Ergehen der Verfügung vom 4. Juni 2003 (Urk. 11/31; massgeblicher Referenzzeitpunkt, BGE 133 V 108) bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2013 (Urk. 2) in dem Masse verbessert hat, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht die Einstellung der ganzen Rente verfügt.

3. 3.1

Infolge des Unfalls vom 16. November 2001, bei welchem die Beschwerdeführerin auf die rechte Hand stürzte und den Kopf anschlug, wurde sie vom 17. April bis 29. Mai 2002 stationär in der Rehabilitationsklinik D.\_\_\_\_

psychotherapeutisch betreut (Urk. 11/10/18).

Im entsprechenden Austrittsbericht vom 6. Juni 2002 (Urk. 11/10/18-20) nannten die Dres. med. E.\_\_\_\_ (Assistenzarzt) und F.\_\_\_\_ (Plastische- und Handchirurgie) zuhanden des behandelnden Psychiaters, Dr. med. C.\_\_\_\_, die Diagnosen einer mittelschweren ängstlich gefärbten depressiven Episode (ICD-10 F32.1), einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und einer dissoziativen Bewusstseinsstörung (ICD-10 F44.4). 3. 2

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

nannte im Bericht vom 21. Dezember 2002 (Urk. 11/10/1-8) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/10/5): - Mittelgradig ängstlich gefärbte depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit Tendenz zur Chronifizierung - Dissoziative Bewegungsstörung (F44.4) - Somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Radiologisch nachgewiesene Diskushernie C5/6 rechts

Er führte aus, dass sich die Depression wie auch die dissoziative und die somatoforme Störung therapeutisch kaum beeinflussen lassen. Aufgrund des stationären Verlaufs der Behandlung dürfte sich die durch die psychiatrischen Erkrankungen gegebene Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit nicht ändern. Bis auf weiteres bestehe seit dem 16. November 2002 eine Arbeitsfähigkeit von 0%. 3. 3

Dr. med. B.\_\_\_\_

nannte im Bericht vom 6. Februar 2003 ( Urk. 11/12) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 11/12/5): - Status nach Sturz auf die rechte Hand am 16. November 2001 mit nach folgend schwerem Schmerzsyndrom - Somatoforme Schmerzstörung mit dissoziativer Bewegungsstörung - Ängstlich gefärbte depressive Symptomatik

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie ein cervico- zerebrales und -vertebrales/spondylogenes sowie lumbovertebrales Schmerz syn drom beidseits . Weiter führte s ie aus, die Beschwerdeführerin sei vom 16. Novem ber 2001 bis auf weiteres in jeder Tätigkeit voll arbeitsunfähig. 4.

### **E. 1.3**

Im Zuge eines im Jahr 2009 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens holte die IV-Stelle zwei Arztberichte ( Urk. 11/47-48) ein und liess die Versicherte poly disziplinar begutachten (Gutachten vom 29. Oktober 2010 der Medizinischen Abklärungsstelle Y.\_\_\_\_ , MEDAS, Urk. 11/61/1-33). Mit Vorbescheid vom 25. November 2010 stellte sie die Einstellung der Invalidenrente in Aussicht ( Urk. 11/65). Dagegen erhob die Versicherte am 18.

Dezember 2010, 12. Januar und

1. Februar 2011 Einwände ( Urk. 11/69, Urk. 11/73 und Urk. 11/76 ) , worauf hin sie am 14. Juni und 4. Juli 2012 durch das Z.\_\_\_\_

erneut polydisziplinar begutachtet wurde (Gutachten vom 3. August 2012, Urk. 11/93/1-2

### **E. 4**

). Unter Auflage eines Berichts vom 16. Ok tober 2012 des A.\_\_\_\_ ( A.\_\_\_\_ , Urk. 11/102) nahm sie a m 29. Oktober und 23. November 2012 ( Urk. 11/103, Urk. 11/112) Stellung zum Gutachten des Z.\_\_\_\_ . Mit Verfügung vom 18. Januar 2013 hob di e IV-Stelle die Rente auf Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats auf ( Urk. 2). 2.

Gegen die Verfügung vom 18. Januar 2013 ( Urk. 2) erhob die Versicherte am 20. Februar 2013 Beschwerde ( Urk. 1) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Sache zur Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen. In prozessualer Hin sicht stellte sie ein Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessfüh rung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwalt Eric Stern (S. 2).

In der Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2013 ( Urk. 10) stellte die IV-Stelle den An trag auf Abweisung der Beschwerde . Mit Eingabe vom 30. Mai 2013 ( Urk. 12 )

reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des A.\_\_\_\_ ( Urk. 14/2) ein. Am 8. Au gust 2013 teilte die IV-Stelle mit, sie

verzicht te auf eine Stellungnahme ( Urk. 17), was

der Beschwerdeführerin am 14.

August 2013 ( Urk. 23) zur Kennt nis gebracht wurde .

Mit Gerichtsv erfügung vom 24. Januar 2014 ( Urk. 24) wurde den Parteien die Gelegenheit gegeben, zur Frage der offensichtlichen Unrichtigkeit der ursprüng lichen

Rentenzusprache und zur Anwendbarkeit der Schlussbestimmungen zur IV-Revision 6a (SchlB IVG), Stellung zu nehmen. Die Beschwerdegegnerin reichte ihre Stellungnahme am 17. April 2014 (Urk. 26) und die Beschwerdeführerin am 10. März 2014 (Urk. 28) ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1**

Die im Rahmen des im Jahr 2009 eingeleiteten Revisionsverfahrens eingegangenen Berichte ergeben über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin folgendes Bild:

Im Bericht vom 5. September 2009 (Urk. 11/47) nannte Dr. B.\_\_\_\_ die Diagnose eines Status nach Sturz auf die rechte Hand am 16. November 2001 mit nachfolgend schwerem Schmerzsyndrom, einer dissoziativen Bewegungsstörung mit Parese des rechten Armes (ICD-10 F44.4), einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und einer ängstlich gefärbten depressiven Symptomatik (ICD-10 F32.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Sie führte aus, dass die Beschwerdeführerin noch immer über ein Nacken-, Schulter-, Arm- und Hand-Schmerzsyndrom rechts mit eingeschränkter Einsetzbarkeit der rechten Hand klagt. An der Situation habe sich seit dem letzten Bericht nichts geändert. In wie weit die Beschwerdeführerin arbeitsfähig sei, sei für sie nicht objektivierbar.

Dr. C.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 3. November 2009 (Urk. 11/48) aus, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erweise sich als stationär und es sei zu keiner Änderung in der psychiatrischen Diagnosestellung sowie deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gekommen. Er diagnostizierte eine chronifizierte mittelgradige depressive Episode, eine dissoziative Bewegungsstörung des rechten Arms und eine somatoforme Schmerzstörung. Er gab an, seine Wissensbasis sei zu schmal, um differenzierte Angaben zur Arbeitsfähigkeit machen zu können.

#### **E. 4.2**

Die Beschwerdeführerin wurde

am 25. März und 10. Juni 2010 durch die Dres. med. G.\_\_\_\_

(FMH Rheumatologie sowie FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation), H.\_\_\_\_

(Facharzt für Neurologie) und I.\_\_\_\_

(Eidgenössischer Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie SGFP) der MEDAS polydisziplinär begutachtet.

Im entsprechenden Gutachten vom 29. Oktober 2010 (Urk. 11/61/1-33)

nannten die Fachärzte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

21). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bezeichneten sie: - Anamnestisch beschriebene depressive Störung, aktuell remittiert - Anamnestisch beschriebene dissoziative Bewegungsstörung, aktuell nicht feststellbar - Anamnestisch beschriebene anhaltende somatoforme Schmerzstörung, aktuell nicht in krankheitswertigem Ausmass feststellbar - Chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit/bei - v.a. Medikamentenübergebrauchskopfschmerz - Chronische Brachialgie rechts unklarer Aetiologie - Vertebrale bis spondylogene zervikale rechtsseitige Symptomatik mit/bei - Segmentdegeneration C5/C6 mit früher nachgewiesener Diskushernie - Rezidivierende vertebrale bis spondylogene linksbetonte lumbale Schmerzen mit/bei -

leichter Skoliose - Anamnestisch Dyslipidämie - Status nach Chevronosteotomie rechts bei schmerzhaftem Hallux valgus 2004

Aus rheumatologischer Sicht führten die Gutachter aus, dass sich die andauernde Gebrauchsunfähigkeit von Hand und Arm, die von einem Unfall im Jahr 2001 herrühre, somatisch nicht schlüssig erklären lasse. Radiologisch liessen sich

trotz geschildeter Gebrauchsunfähigkeit keine Anzeichen eines Knochenschwundes finden (S.

22). Die vertebrale n Probleme im Sinne einer vertebralen bis spondylogenen Symptomatik zervikal bei objektivierten degenerativen Veränderungen C5/C6 im Sinne einer allerdings als altersentsprechend einzustufen den Osteochondrose seien nachvollziehbar, wobei früher jedoch neuroradiologisch eine Diskushernie objektiviert worden sei. Die degenerativen Veränderungen lumbal würden das altersentsprechende Mass ebenso nicht übersteigen. Aus rheumatologischer Sicht könne daher kein Grund für eine anhaltende, seitens des Bewegungsapparats begründbare Arbeitsunfähigkeit eruiert werden. Aus neurologischer Sicht führten sie aus, dass ein chronisches Schmerzsyndrom des rechten Arms sowie ein chronisches Kopfschmerzsyndrom bestehen würden. Klinisch-neurologisch liessen sich keine objektivierbaren Ausfälle finden. Aus rein neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In psychiatrischer Hinsicht berichteten die Gutachter, dass im Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung mangels Vorhandenseins einschlägiger Symptome die Diagnose einer anhaltenden depressiven Störung nicht habe bestätigt werden können (S.

25). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei es seit längerem zu einer Remission der depressiven Störung gekommen, wobei die Diagnose anamnestisch verschiedentlich wiederholt worden sei, ohne dass objektivierbare Symptome einer mittelgradigen depressiven Störung festgehalten worden seien. Es würden Diskrepanzen zwischen den Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin und ihrem Tagesaktivitätsniveau bestehen (S. 27). Zudem sei eine erhebliche Diskrepanz zwischen ihren Beschwerden und den in der psychiatrischen und somatischen Begutachtung festgestellten objektivierbaren Befunden festzustellen. Es könne nicht mehr von einer Schmerzverarbeitungsstörung mit eigenständigem Krankheitswert ausgegangen werden, wenn zudem berücksichtigt werde, dass die Schmerzsymptome bei ausreichender Willensanstrengung überwindbar seien. Aus psychiatrischer Sicht sei keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Die Gutachter hielten fest, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit ohne Einschränkungen zumutbar sei (S. 28). 4. 3

Am 14. Juni und 4. Juli 2012 wurde die Beschwerdeführerin durch die Dres. med. J.\_\_\_\_

( Facharzt für Psychiatrie ), K.\_\_\_\_

( Facharzt für Allgemeine Chirurgie und Traumatologie FMH) und L.\_\_\_\_

(Facharzt für Neurologie) des Z.\_\_\_\_ polydisziplinär begutachtet.

Im entsprechenden Gutachten vom 3. August 2012 ( Urk. 11/93/1 -24 ) nannten die Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: - Leichte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.0) - Verdacht auf leichtes Lumbovertebralsyndrom ohne klinisch oder radiologisch fassbare pathologische Befunde - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), dissoziative Bewegungsstörung (F44)

des rechten Armes mit demonstrativer Funktionslosigkeit der Hand-, Vorderarm- und Schulterfunktion rechtsdominant bei differentialdiagnostisch möglichem Zustand nach einer Sudeckschen Dystrophie (Algodystrophie) - Zustand nach Osteotomie Metatarsale I beidseits

Die Gutachter berichteten, dass sich anlässlich der psychiatrischen Untersuchung ein allenfalls leicht ausgeprägtes depressives Syndrom gezeigt habe, wo bei einer wie in der Vergangenheit beschriebene mittelschwere bis schwere depressive Symptomatik zweifelsohne nicht vorliege (S.

17). Darüber hinaus finde sich im Zuge dieser vor allem auf psychosozialen Belastungsfaktoren (Arbeitsplatzverlust, Entwurzelung, Migrationsproblematik, gescheiterter Lebensentwurf nach zwei gescheiterten Ehen) beruhenden depressiven Symptomatik eine vermehrt nach innen gerichtete Selbstwahrnehmung mit dysfunktionaler Beschwerdeverlagerung bei primärer und sekundärer Symptomausweitung. Die vorgetragene Schmerzsymptomatik wirke deutlich histrionisch ausgestaltet und demonstrativ vorgetragen. Dazu passe ebenso die eindeutige dissoziative Bewegungsstörung mit Bewegungseinschränkungen des rechten Armes, welche sich nur zeitweilig darstelle und in vermeintlich unbeobachteten Situationen sistiere. Die in der Vergangenheit diskutierte depressive Episode sei im Zuge einer wahrscheinlich rezidivierenden depressiven Störung weitgehend remittiert. Allenfalls liege noch eine leichte depressive Episode vor. Vor dem Hintergrund der schwerwiegenden Belastungsfaktoren im psychosozialen Bereich bestehe überdies eine dysfunktionale Schmerzempfindung und Schmerzverarbeitung mit dem Aspekt einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, wobei diese somatoformmedizinisch ohne Relevanz seien. Die Foerster-Kriterien zur Annahme einer unüberwindbaren somatoformen oder dissoziativen Störung seien nicht erfüllt.

Es mangle an einer wesentlichen, somatoformmedizinisch relevanten psychiatrischen Komorbidität. Eine chronisch ausbreitende schwere körperliche Begleiterkrankung liege ebenfalls nicht vor. Des Weiteren sei zwar von einer Chronifizierung der Symptomatik auszugehen, aber ein therapeutisch unbeeinflussbarer Krankheitsverlauf könne nicht angenommen werden. Es bestünden durchaus noch therapeutische Optionen. (...) Ferner sei festzuhalten, dass ein nicht unerheblicher sekundärer Krankheitsgewinn durch die Entpflichtung und Entlastung aus der Symptomatik resultiere. Von einem primären Krankheitsgewinn hingegen könne man sich anlässlich der Untersuchung nicht überzeugen. Die anlässlich der MEDAS-Begutachtung festgestellte 100%ige Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei zu bestätigen. Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin am Bewegungsapparat in der Lage, ihren rechten Arm zu benutzen (S. 18). Morphologisch seien keine fassbaren Gründe für die funktionellen Einbußen festzustellen. Es bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht stellten die Gutachter fest, dass anlässlich der neurologischen Untersuchung keine Ausfälle zu objektivieren gewesen seien, keine neurogene Paresen festgestellt worden seien, die angegebene Sensibilitätsstörung keinem nervalen Versorgungsgebiet habe zugeordnet werden können und auch keine Reflexauffälligkeiten, keine Koordinationsstörungen oder vegetativen Störungen bestanden hätten (S.

19). Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei daher medizinisch - theoretisch in der Lage, sämtliche wechselseitigen

las tenden leich ten und mittelschweren körperlichen Tätigkeiten einfacher geistiger Natur, mit geringen Verantwortungsgraden

auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 8.5 Stunden ohne Minderung der Leistungsfähigkeit zu verrichten. Medizinisch theoretisch sei sie auch in der Lage, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Service als auch Verweistätigkeiten zu verrichten (S. 20). Eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr sei seit der Begutachtung durch die MEDAS im Oktober 2010 nicht mehr ausgewiesen (S. 22). 4. 4

Am 16. Oktober 2012 (Urk. 11/102) nahmen med. pract. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. klin. psych. N.\_\_\_\_, Klinischer Psychologe und Supervisor, vom

A.\_\_\_\_ zuhanden der Beschwerdeführerin Stellung zum Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. August 2012. Im Wesentlichen führten sie aus, dass dem psychiatrischen Teil dieses Gutachtens kein Beweiswert zu komme und nicht darauf

abzustellen sei. Es zeige deutliche Mängel auf. So sei insbesondere die Beschwerdeaufnahme unvollständig ergangen (S.

2). Die Beschwerdeführerin leide unter deutlich erhöhter Vergesslichkeit, Lust- und Interesselosigkeit, Müdigkeit sowie Konzentrationsstörungen. Sie habe Sinnlosigkeitsgedanken, mache Gedankenkreise und ziehe sich zurück. Auch sei sie antriebslos, habe das Selbstvertrauen verloren und habe Schuldgefühle, leide an Schlafstörungen und Appetitzunahme. Damit seien alle Kriterien für eine schwere Depression gemäss ICD-10 erfüllt. Unter Einbezug aller Informationen sei die Depression mittelgradig. Sie stellten folgende

Diagnosen (S. 4):

- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Dissoziative Bewegungsstörung (F44.4) - Status nach Suizidversuch 1992 (X61) - Cervicocephales Schmerzsyndrom mit/bei - Diskushernie C5/6 (Dr. C.\_\_\_\_ 27. Dezember 2002) - Lumbovertebrales Schmerzsyndrom beidseits (Dr. B.\_\_\_\_

6. Februar 2003) - Harninkontinenz mit/bei - Belastungsinkontinenz (Universitätsspital U.\_\_\_\_ 28. März 2011) - Schmerzhafter Hallux valgus beidseits mit/bei - Status nach Operation modifizierte Chevron Osteotomie rechts, mediale Kapselraffung, lateraler Release am 5. Mai 2004

Weiter

führten sie

aus, die Beschwerdeführerin sei nach wie vor auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig.

#### **E. 4.5**

Am 18. März 2013 (Urk. 14/2) berichteten die Dres. med. O.\_\_\_\_

(Facharzt für Chirurgie FMH), P.\_\_\_\_

(Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH), Q.\_\_\_\_

(Facharzt für Anästhesiologie FMH), R.\_\_\_\_

( Facharzt für Physikalische Therapie/Rheumatologie FMH ) und med. pract. M.\_\_\_\_ sowie Dr. phil. N.\_\_\_\_ , vom A.\_\_\_\_ -

auf Wunsch der Beschwerdeführerin - zuhanden der Hausärztin

Dr. B.\_\_\_\_ über den Verlauf der interdisziplinären Schmerzbehandlung .

Sie wie derholten im Wesentlichen das bereits im Bericht vom 16. Oktober 2012 ( Urk. 11/102) Ausgeführte .

5 . 5 . 1

Das Z.\_\_\_\_ - Gutachten vom 3. August 2012 ( Urk. 11/93/1-2 4 ) entspricht in sämtlichen Punkten den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise [vorher E. 1.4] . Es beantwortet die gestellten Fragen umfassend, erging nach einlässlicher Abklärung der Vorgeschichte und Befunderhebung und in Kenntnis der Vorakten, ist sorgfältig abgefasst, berücksichtigt die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin und setzt sich damit auseinander. Insbesondere wird im Gutachten auch zu früheren ärztlichen Einschätzungen Stellung

genommen und nachvollziehbar dargelegt, dass

aus psychiatrischer, orthopädisch- traumatologischer und neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht und die Beschwerdeführerin daher medizinisch - theoretisch in der Lage ist, sämtliche einfachen und wechselbelastenden leichten sowie

mittelschweren körperlichen Tätigkeiten ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu verrichten. Aus psychiatrischer Sicht zeigten die Gutachter schlüssig auf, dass die depressive Episode weitestgehend remittiert ist und allenfalls noch das Ausmass eines leichten depressiven Syndroms erreicht, welches in Verknüpfung mit einer dysfunktionalen Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung, am ehesten im Zuge einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, besteht. Letztere besteht vor dem Hintergrund besonders belastender

Erlebnisse im psychosozialen Bereich, wie namentlich dem Verlust des Arbeitsplatzes oder

des

gescheiterten Lebensentwurfs nach der zweiteschiedenen Ehe, und

gilt

mangels

Vorliegen der Foerster-Kriterien rechtsprechungsgemäss als

überwindbar . Nachvollziehbar legten die Gutachter dar, dass sich die Selbsteinschätzungen der Beschwerdeführerin nicht mit ihren objektiven Befunden decken. So beobachtete einer der Gutachter, dass es der Beschwerdeführerin möglich war, den rechten Arm beim Öffnen ihrer Handtasche relativ geschickt zu benutzen oder die linke Hand und den linken Unterarm annähernd problemlos mit einem in der rechten Hand geführten Papiertuch abzutrocknen ( Urk. 11/93/14), obschon sie abgab, die Beweglichkeit im rechten Arm sei noch weit davon entfernt, normal zu sein ( Urk. 11/93/9 ) . Auch spiegelte sich im psychopathologischen Befund die von ihr angegebene Vergesslichkeit

nicht ange messen wieder ( Urk. 11/93/15).

Dass eine Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung und den anlässlich der Begutachtung festgestellten objektivierbaren Befunden besteht, stellten auch die Gutachter der MEDAS im Jahr 2010 fest (vgl. Urk. 11/61/28). Letztere nannten ebenfalls

keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und hielten ausdrücklich fest, dass mangels Vorhandenseins krankheitstypischer Symptome die Beschwerdeführerin an keiner anhaltenden depressiven Störung leide. Schliesslich befanden auch die MEDAS-Gutachter, dass die depressive Störung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit längerem remittiert sei (Urk. 11/61/27).

Die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_

steht der Beurteilung der

Z.\_\_\_\_-Gutachter nicht

entgegen. Obschon die gestellten

Diagnosen und gemachten

Schilderungen divergieren, ist zu bedenken, dass ihr Bericht aus dem Jahr 2009 herrührt und die Gutachter nicht ausschliessen, dass die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit an einer depressiven Symptomatik gelitten hatte. Zudem ist zu bemerken, dass die Aussagekraft der Angaben Dr. B.\_\_\_\_s

mit Hinweis auf die seltenen Konsultationen (siehe die Beschwerdeführerin nur ganz grobmaschig, etwa ein- bis zwei mal jährlich; Urk. 11/47/1) und die subjektiven Eindrücke relativiert werden

(Urk. 11/47). Gleich verhält es sich mit der Beurteilung des Dr. C.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2009 (Urk. 11/48). Auch er berichtete von „weitmaschigen Kontakten“ mit der Beschwerdeführerin und orientierte sich unter dem Titel Verlauf und Befund hauptsächlich an den von ihr beschriebenen Symptomen. 5. 2

### 5. 2 .1

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz

konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3 ff. ).

In BGE 139 V 547 hat das Bundesgericht an dieser Rechtsprechung unter Auseinandersetzung mit der daran geübten Kritik festgehalten und auf die besondere Bedeutung einer fachgerechten Abklärung hingewiesen (E. 9.1.3, E. 9.2.1). Ins besondere erkannte das Bundesgericht,

dass sich die unklaren Beschwerden hinsichtlich ihrer invalidisierenden Folgen von anderen (psychischen) Leiden durch die mangelnde Objektivierbarkeit unterscheiden. Dabei handelt es sich um ein sachliches Kriterium, das überprüft werden kann. Die hinreichende Objektivierbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung wird für Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen seit jeher vorausgesetzt und hat im Rahmen der 5.

IV-Revision auch Eingang in die Gesetzgebung gefunden (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Von einer unbegründeten Schlechterstellung beziehungsweise einer Diskriminierung der betroffenen Versicherten in verfassungsmässigem Sinne beziehungsweise nach Massgabe der EMRK kann daher nicht gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_142/2013 vom 20. November 2013 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 5.6 in fine und E. 5.7).

Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronische Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E.

2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E.

5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet . 5. 2. 2

Vorliegend führten die Gutachter aus, die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung wie auch die dissoziative Bewegungsstörung würden keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen, da die Foerster-Kriterien nicht erfüllt seien. So liege neben der somatoformen Schmerzstörung und der dissoziativen Bewegungsstörung weder auf psychiatrischem Fachgebiet noch im Bereich der Soma tik eine gravierende Komorbidität vor. Darüber hinaus lägen keine Rückzugstendenzen vor und es könne nicht von einem therapeutisch unbeeinflussbaren Krankheitsprozess ausgegangen werden. Es bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn, doch würden sich für einen primären Krankheitsgewinn psychiatrisch keine ausreichenden Anhaltspunkte ergeben ( Urk. 11/93/1-24 S. 20 f. ).

Bei der Frage, ob die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung und einer dissoziativen Bewegungsstörung (vgl. E.5.2.1 vorstehend) mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind, handelt es sich um eine ausserhalb des Kompetenzbereichs des Arztes liegende Rechtsfrage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_285/2009 vom 7. August 2009 E.

3.3.2, unter Hinweis auf BGE 130 V 352). Inwieweit die somatoforme Schmerzstörung und die dissoziative Bewegungsstörung von versicherungsrechtlicher Bedeutung sind, ist daher nachfolgend zu prüfen. 5.2.3

Wie aufgezeigt, steht bei der Beschwerdeführerin im Zuge einer somatoformen Schmerzstörung eine dissoziative Bewegungsstörung im Vordergrund, wobei die Gutachter keine weitere schwerwiegende psychiatrische Diagnose stellten, mit Hinweis auf die depressive Störung als weitgehend remittiert, allenfalls noch als leicht beurteilten (vgl. E. 5.1 vorstehend). Demnach liegt keine psychiatrische Störung vor, die als eigenständiges, von der Schmerzsymptomatik losgelöstes Beschwerdebild die Schmerzverarbeitung beeinträchtigen könnte. Es fehlt damit an einer mit wirksamen, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Folglich müssten die übrigen qualifizierten Kriterien mit einer gewissen Intensität und Konstanz erfüllt sein. Vorliegend liegt den medizinischen Akten zufolge keine chronische körperliche Begleiterkrankung sowie

kein chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung vor.

Zu verneinen ist auch ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens. So geht die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben gelegentlich spazieren oder ab und zu in ein Einkaufszentrum, um dort etwas zu essen. Auch erledigt sie kleine Einkäufe selber. Ab und an komme eine Nachbarin zum Kaffee vorbei. Im Jahr 2012

besuchte sie ihre Mutter in der S.\_\_\_\_ und verbrachte zwei Wochen in T.\_\_\_\_, um

Schlamm packungen zu erhalten (Urk. 11/93/10). Weiter gibt es keine Hinweise auf einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf, den die Schmerzsymptomatik als Ausdruck einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit") erscheinen liesse. Auch kann nicht vom Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen) trotz kooperativer Haltung der Beschwerdeführerin in die Rede sein.

Vor diesem Hintergrund ist offenkundig, dass die Kriterien, die ein Abweichen von der Überwindbarkeit vermutung erlauben, nicht erfüllt sind. Die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und die dissoziative Bewegungsstörung vermögen folglich keinen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden im Sinne der Rechtsprechung zu begründen. 5.3

Soweit seitens der Ärzte des A.\_\_\_\_ ausgeführt wird, die Beschwerdeführerin leide an einer mittelgradig schweren Episode (vgl. Bericht vom 16. Oktober 2012; Urk. 3/2 und Bericht vom 18. März 2013; Urk. 14/2), ist zu bemerken, dass sie sich sowohl betreffend Diagnosestellung als auch bezüglich Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in erster Linie an den von der Beschwerdeführerin beschriebenen Symptomen orientieren, ohne diese mit medizinisch objektiven Gesichtspunkten zu untermauern (Urk. 3/2/2, Urk. 14/2/7). So beinhaltet das von ihnen erhobene positive und negative Leistungsbild erkennbar die

Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin (S. 4). Zudem ist hinsichtlich Abweichungen zwischen der Beurteilung der Gutachter und derjenigen der Ärzte des A.\_\_\_\_

auf die Beurteilung der gerichtlichen Rechtsprechung hinzuweisen, wonach in Bezug auf Berichte von Hausärzten und behandelnden Spezialärzten grundsätzlich der Erfahrungstat Sache Rechnung zu tragen ist, dass letztere mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Auf Grund des Ausgeführten drängt sich keine abweichende Beurteilung im Sinne der

behandelnden Fachärzte des A.\_\_\_\_

auf.

5.4

Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass auf das überzeugende Gutachten des Z.\_\_\_\_

vom 3. August 2012 abzustellen ist. Es ist somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig und in der Lage ist, sämtliche einfachen und wechselbelastenden leichten sowie mittelschweren körperlichen Tätigkeiten ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu verrichten. Der medizinische Sachverhalt ist in dem Sinne als erstellt zu betrachten. 6.

Damit ist ausgewiesen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit 2003 erheblich verbessert hat. Die ursprüngliche, der Rentenzusprache zugrunde liegende mittelschwere ängstlich gefärbte depressive Episode mit Tendenz zur Chronifizierung liegt nicht mehr vor, sondern lediglich noch eine weitgehend remittierte depressive Störung leichten Ausmasses. Die dissoziative Bewegungsstörung besteht ebenfalls nicht mehr, die somatoforme Schmerzstörung hat nunmehr keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Damit ist neu von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen, weshalb keine Invalidität mehr vorliegt. Damit erweist sich die am 18.

Januar 2013 verfügte Renteneinstellung als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Bei diesem Ergebnis kann ebenso offen bleiben, ob die ursprüngliche Rentenzusprache vom 4. Juni 2003 zweifellos unrichtig war, wie auch ob lit. a Abs. 1 SchlB IVG anwendbar ist und die Rentenaufhebung gestützt auf diese Gesetzesbestimmung zu schützen wäre. 7. 7.1

Da die Voraussetzungen erfüllt sind, ist der Beschwerdeführerin in Gutheissung des Gesuches vom 20. Februar 2013 die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung zu bewilligen und es ist ihr Rechtsanwalt Eric Stern, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen. 7.2

Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.3

In Anwendung von § 34 Abs. 1 und 3 GSVGer und §§ 7 und 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) ist Rechtsanwalt Eric Stern bei diesem Ausgang des Verfahrens mit Fr. 2'000.--

(inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 7.4

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuches vom 20. Februar 2013 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt, und es wird ihr Rechtsanwalt Eric Stern, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Eric Stern, Zürich, wird mit Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Eric Stern - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Swiss Life AG sowie an: - Amt für Zusatzleistungen zur AHV/IV, Zürich - 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 Gräub-Minder

## **E. 8**

Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zu dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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