

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01161 vom 30. Juni 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.01161

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01161 du 30 juin 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01161 del 30 giugno 2014

Erwägungen

E. 1

SchlB IVG 6. IV-Revision) mit Verfügung vom 15. November 2013 mit Wirkung ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung auf (Urk. 2).

E. 1.1

Die Beschwerdeführerin macht e

vorab geltend, in der angefochtenen Verfügung vom 15. November 2013

habe sich die Beschwerdegegnerin mit ihrem Einwand, es sei das ordnungsgemässe Verfahren nicht eingehalten worden, nicht auseinandergesetzt. Ferner sei sie nicht auf die Einwände zur Überwindbarkeit des Leidens (Foerster- Kriterien) eingegangen. Nur schon aus diesen Gründen sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin aufzuheben (Urk. 1 Ziff. 11).

E. 1.2

Nach Art. 49 Abs.

E. 1.3

Es trifft zu, dass die IV-Stelle

die Vorbringen der Beschwerdeführerin zu den Foerster-Kriterien nicht im Detail in ihre Begründung einbezog, wobei sie sich bei ihrer unterschiedlichen Bewertung der Beschwerden auf das MEDAS-Gutachten abstützen konnte .

Es kann

allerdings offen bleiben, ob die Beschwerdegegnerin damit

die aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör fließende Begründungspflicht verletzt hat. Denn selbst wenn dies zuträfe, handelte es sich nicht um eine schwerwiegende Verletzung des Gehörsanspruchs, weil der Beschwerdeführerin dadurch die sachgerechte Anfechtung des Verwaltungsaktes nicht verunmöglicht wurde. Von einer Rückweisung der Sache an die IV-Stelle ist im Sinne einer Heilung des allfälligen Mangels unter diesen Umständen abzusehen, da dem urteilenden Gericht die volle Kognition zusteht und eine Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führte, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der Beschwerdeführerin an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht vereinbar sind (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390; Urteil des Bundesgerichts 8C_682/2011 vom 12. Oktober 2011 E.

3.2.4).

Was das Nichteinhalten des ordentlichen Verfahrens gemäss SchlB IVG 6. IV-Revision betrifft ,

ist auf Erwägung 7 des Entscheides zu verweisen. 2 .

2 .1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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 zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2 .2

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 (sog. "Foerster-Kriterien", BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3 ff.).

Der Geltungsbereich der zunächst auf die somatoforme Schmerzstörung bezogenen Rechtsprechung wurde sukzessive auf weitere pathogenetisch -ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ausgedehnt . Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden beispielweise rechtsprechungsgemäss auch bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4) angewendet . 2 .

E. 1.4

Im Rahmen eines im September 2012 eingeleiteten Revisionsverfahrens machte die Versicherte erneut eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (Urk. 7/54 /1-2). Die IV-Stelle holte Arztberichte (Urk. 7/54/3-5) sowie einen IK-Auszug (Urk. 7/55) ein und

veranlasste ein polydisziplinäres Gutachten (Urk.

7/56-60) bei der MEDAS Y.____, das am 27. März 2013

erstattet wurde (Urk. 7/65 ; vgl. auch die Ergänzung vom 23. April 2013 auf Rückfrage des RAD hin, Urk. 7/66, Urk. 7/68 und Urk. 7/73 S. 4). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/74-79) hob die IV-Stelle die bisherige halbe Invalidenrente gestützt auf lit . a Abs.

E. 2

Hiegegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 16. Dezember 2013 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 15. November 2013 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die halbe Rente weiter auszurichten. Eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere Abklärungen zu tätigen (S. 2). Am 28. Januar 2014 erstattete die Beschwerdegegnerin ihre Beschwerdeantwort mit dem Antrag auf Abweisung (Urk. 6). Am 27. März 2014 erging die Replik (Urk. 11) und am 17. April 2014 legte die Beschwerdeführerin ein weiteres Arztzeugnis zu den Akten (Urk. 14-15). Die Beschwerdegegnerin verzichtete in der Folge auf eine Duplik sowie eine weitere Stellungnahme (Urk. 18 und Urk. 20). Das Gericht zieht in Erwägung:

E. 3

Nach lit . a Abs. 1 der

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 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. E. 3).

Damit eine Rente nach Massgabe von lit . a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision aufgehoben oder herabgesetzt werden kann, bedarf es zwar keiner erheblichen Veränderung des Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 17 ATSG. Indes ist die Revision an drei Voraussetzungen geknüpft (BGE 139 V 547 E. 10.1): -

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. -

Auch im Revisionszeitpunkt liegt ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vor . Zu klären ist daher, 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 (vgl. BGE 139 V 547 E. 7.1.4). -

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 (vgl. BGE

139 V 547 E. 9.1-9.1.3).

Da es sich bei den erwähnten Punkten, von deren Beantwortung der Bestand laufender Renten abhängt, in erster Linie um solche medizinischer Art handelt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich – auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten – der Beurteilung durch die Verwaltung und deren Regionalen Ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (BGE 139 V 547 E. 10.2). 2 .

E. 4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 3 .

3.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die bisherige halbe Invalidenrente der Beschwerdeführerin zu Recht aufgehoben hat. 3.2

Die Beschwerdegegnerin stützte ihre Rentenaufhebung

in der Verfügung vom 15. November 2013 (Urk. 2) auf das MEDAS- Gutachten vom 27. März 2013

(Urk. 7/65 /1-14) sowie auf lit . a Abs. 1 der

SchlB IVG 6. IV-Revision und führte aus, die Abklärungen hätten ergeben, dass die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung nicht auf einer organischen Grundlage basiere. Rechtsprechungsgemäss seien soziokulturelle und psychosoziale Faktoren, welche die Erwerbsfähigkeit der Versicherten einschränkten, bei der Leistungsbeurteilung auszuschliessen. Da keine schwere psychische Komorbidität vorliege und auch die Foerster-Kriterien in einem überwiegenden Ausmass nicht erfüllt seien, sei der Beschwerdeführerin die Überwindung der chronischen Schmerzstörung aus rechtlicher Sicht zumutbar. Eine Invalidität im Sinne des Gesetzes sei demnach nicht mehr ausgewiesen, weshalb kein Anspruch auf Rentenleistungen sowie Massnahmen der Wiedereingliederung bestehe. 3.3

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, die Rente sei ihr wegen eines psychiatrischen Leidens namentlich aufgrund der Diagnosen „Angst und depressive Störung, gemischt“ und nicht wegen einer anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung, welche erstmals im Bericht der psychiatrischen Einrichtung Z.____ vom 14. Januar 2009 gestellt worden sei, zugesprochen worden

(Ziff. 12 f.). Damit verbiete sich eine Rentenaufhebung gestützt auf die Schlussbestimmungen vom 18. März 2011. Zudem könne die Rente auch nicht gestützt auf die allgemeinen Bestimmungen über die Rentenrevision aufgehoben werden, da das Gutachten lediglich eine Neu Beurteilung eines gleichen Zustandes darstelle. Schliesslich sei das Gutachten mit Bezug auf die angebliche Besserung der Arbeitsfähigkeit, die Diagnosen und die festgesetzte Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig, so dass darauf ohnehin nicht abgestellt werden könne (Ziff. 15 f.). Die Beschwerdeführerin machte weiter geltend, ihr sei eine willentliche Schmerzüberwindung unzumutbar. Die Rente hätte daher selbst dann nicht aufgehoben werden können, wenn von einer (früheren) Rentenzusprechung aufgrund einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen würde (Ziff. 17 ff.). Ferner leide sie unter invalidisierenden Rückenbeschwerden, für die eine organische Grundlage vorliege; es sei somit nicht von einem psychisch bedingten Leiden auszugehen. Auch wegen dieser Rückenbeschwerden könne die Rente nicht aufgehoben werden (Ziff. 18). Abschliessend rügte die Beschwerdeführerin, dass Massnahmen zur Wiedereingliederung nicht geprüft worden seien

(Ziff. 19 f.). 3 .4

In der Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus , die ursprüngliche Rentenzusprache sei aufgrund eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlagen erfolgt, welches auch aktuell noch vorliege und überwindbar sei. Daher könne die Rente unabhängig von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gestützt auf lit . a Abs. 1 der

SchlB IVG 6. IV-Revision aufgehoben werden. Ferner wies die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass die Beschwerdeführerin gemäss Abs. 2

der

SchlB IVG 6. IV-Revision Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG habe und jederzeit mittels schriftlichen Gesuchs Unterstützung bei der Eingliederung beantragen könne. 3 .5

In ihrer Replik wies die Beschwerdeführerin unter Beilage von Arztberichten auf eine Zyste im Nasennebenhöhlenbereich hin

(Urk. 11 Ziff.

E. 4.4

Der behandelnde Rheumatologe PD Dr. C.____ stellte im Kurzbericht vom 12. September 2006 (Urk. 7/15/5-6) die Diagnose eines zervikovertebralen und zervikozephalen Syndroms bei Status nach Unfall vom September 2004 mit Entwicklung einer Fibromyalgie . Er kam zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei sicher seit Behandlungsbeginn (6. Juli 2005) zu 100 % arbeitsunfähig. Auf grund der Anamnese sei sie seit dem Arbeitsunfall zu 100 % arbeitsunfähig. Er fügte hinzu, auch bei der letzten Untersuchung am 14. August 2006 habe die Patientin über vermehrte Schmerzen im Halswirbelsäulen- und Lendenwirbelsäulenbereich geklagt. Sie habe Schwindel und Kopfweh und benötige als Medikation regelmässig Grefen , Tramadol (4 mal 20 Tropfen pro Tag), wie auch Zolofl . Sie werde auch in der psychiatrischen Klinik E.____ betreut. 5 . 5 .1

Die nach der Rentenzusprache im Rahmen der Revisionsverfahren eingeholten Arztberichte (Urk. 7/32, Urk. 7/33, Urk. 7/41 , Urk. 7/45/1-7)

enthalten keine wesentlichen neuen Befunde und Diagnosen. Anzuführen bleibt, dass die Z.____-Ärzte im Bericht vom 11. September 2007 auf eine Destabilisierung nach einem Unfall des Ehemannes am Arbeitsplatz im Januar 2007 und posttraumatische Symptome hin wiesen (Urk. 7/33), die aber laut Bericht vom Januar 2009 später wieder völlig in den Hintergrund traten (Urk. 7/41). Dem letztgenannten Bericht ist ferner zu entnehmen, dass es im Verlauf zu einer weiteren Besserungstendenz des Zustandsbildes gekommen ist . 5 . 2

Vor der Rentenaufhebung liess die Beschwerdeführerin die Beschwerdeführerin durch die MEDAS Y.____ begutachten. Die verantwortlich zeichnenden Fachärzte FMH für Allgemeinmedizin, Rheumatologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie stellten im Gutachten vom 27. März 2013 (Urk. 7/65/1-14) die folgenden Diagnosen (S. 12) : 1. Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit : chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren 2. Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert: Psychiatrische Diagnosen: - vereinzelt depressive Episoden möglich (ICD-10 F32.8) - Dysthymia (ICD-10 F34.1) chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei - leichter Fehlstatik mit diskreter hochlumbal-linkskonvexer Skoliose - Osteochondrose L4/5 chronisches zervikales Schmerzsyndrom mit möglicher zephaler Komponente links bei - Fehlstatik mit zervikaler Streckhaltung, leichter Segmentkyphose C3-5 und diskreter linkskonvexer Skoliose - Osteochondrose C5/6 leichter Knick-Senk-Spreizfuss beidseits Übergewicht (BMI 29) mit Hypercholesterinämie Kopfweh vom Spannungstyp, chronifiziert - teils Übergang in Migräne ohne Aura - Schmerzmittelinduziertes Kopfweh nicht ausgeschlossen 3. Nebenbefunde Status nach Varizenoperation beidseits Status nach Arbeitsunfall mit Sturz auf Rücken und Kopf September 2004 (ohne wesentliche Verletzungen) Status nach Appendektomie 2005 Status nach rezidivierenden Nasennebenhöhlenentzündungen Eigentliche unfallbedingte Diagnosen konnten die Gutachter keine stellen (S.

13). Sie attestierten der Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Montagearbeiterin eine Arbeitsfähigkeit von 70 % mit der Anmerkung, es seien lediglich die psychopathologischen Befunde limitierend und fügten hinzu, diese Beurteilung gelte auch für jede Alternativität (S. 12). Diese Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit gilt nach dem Dafürhalten der Gutachter ab dem 27. Februar 2013 (dem Tag der Schlussbesprechung). Des Weiteren führten die Gutachter aus, die früheren Beurteilungen zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten, die seit dem Jahr 2006 eine halbe Invalidenrente beziehe, seien aus heutiger Sicht entweder nicht nachvollziehbar oder beruhten auf anderen Kriterien, respektive anderer Rechtslage (S. 13).

Dem Konsiliarbericht vom 8. Februar 2013 (Urk. 7/65/31-40) des psychiatrischen Gutachters Dr. med. F.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin während des Gesprächs eine adäquate Gestik und Mimik gezeigt und abschnittsweise lebendig geschildert hat . Vom Unfall ihres Ehemannes habe sie unter Tränen berichtet . Bei einzelnen Themen habe sie auch durchaus lachen können, zum Beispiel als ihre Gewichtszunahme und die Reaktion des Ehemannes thematisiert worden seien oder als über Abläufe in der Küche ihres Haushalts gesprochen worden sei . Sie habe ohne Latenz geantwortet, aufmerksam zugehört und keine Ermüdungszeichen gezeigt.

Eindrücklich sei gewesen, dass die Beschwerdeführerin gewisse Fragen in der direkten Konversation auf Deutsch nicht verstanden habe und auch nach der Übersetzung nicht habe folgen können. Dies habe sich sehr deutlich am Beispiel der beim Ehemann beobachteten Defizite im Alltagsverhalten gezeigt. Sie sei auch in ihrer Muttersprache auf medizinische Probleme ausgewichen, habe die Schädigung der inneren Organe erwähnt, die so natürlich nicht sichtbar sein könnten (S. 5). Auch die Beschreibung der ehelichen Beziehung sei in deutscher Sprache sehr vage geblieben und habe nach der Verpflichtung, die Dolmetscherin in Anspruch zu nehmen, nicht präzisiert werden können. Eindrücklich vage seien auch die Beschreibungen der Schmerzen und deren Ausbreitung gewesen. Zu Beginn der Diskussion habe sie angegeben, dass immer alles weh tue und später Schwankungen eingestanden, ohne dass sie in der Lage gewesen sei, einen Schmerzcharakter nachvollziehbar darzulegen. Stimmungsmässig sei die Beschwerdeführerin sicher bedrückt gewesen, enttäuscht, vereinzelt habe sie aber dennoch Freude zeigen können, etwa beim Thema der Psychotherapie in ihrer Muttersprache (S. 6).

Dr. F.____ führte weiter aus, nach der Beschreibung in den Akten und auch nach der Darlegung der Versicherten selbst im aktuellen Gespräch könne man sich fragen, ob es sich beim Unfall wirklich um ein Ereignis ausserordentlicher Schwere oder ob es sich nicht vielmehr um einen an sich banalen Sturz mit leichten Verletzungen gehandelt habe. Berechtigt sei natürlich dann die Frage, aus welchem Quell die Beschwerden die Energie schöpften und sich zu einem derart schweren Gesundheitsbild erweitert hätten. Dr. F.____ erwähnte als Erklärung – in Übereinstimmung

mit der Deutung des SUVA-Kreisarztes im Bericht von 2005 – die Zurückstufung von der Gruppenleiterin zur gewöhnlichen Mitarbeiterin nach ihrem Unfall sowie den Unfall ihres Mannes gut zwei Jahre später. Problematisch scheine, dass das Ehepaar nie gelernt habe, über Ängste, Befürchtungen, Zweifel sowie die Gefühle zu den Unfällen zu sprechen. Die Beziehungskonflikte beschleunigten diese Entwicklung zusätzlich. Die Unschärfe der Beschreibung ihrer Einschränkungen, die diversen Widersprüche zu den Akten und die erhaltenen emotionellen Erregungen bei neutralen Themen im Gespräch hätten verdeutlicht, dass es sich nicht einfach um eine banale und chronifizierte Depression, sondern um ein komplexeres Geschehen handeln müsse. Die diagnostische Einordnung werde durch die ICD-10 F45.41-Kategorie erleichtert. Eine gewisse Bahnung der Schmerzreaktion habe wahrscheinlich nach dem Unfallereignis stattgefunden und die Veränderungen im persönlichen Umfeld, die Arbeitsplatzproblematik und später der Unfall des Ehemannes hätten das ihre zur Progredienz der Beschwerden beigetragen (S. 7 f.).

Dr. F.____ gliederte die in BGE 130 V 352 aufgeführten Kriterien, welche für die einzelfallweise Überprüfung der willensmässigen Überwindbarkeit einer somatoformen Schmerzstörung heranzuziehen sind, eingehend mit seinen Untersuchungsbefunden ab. Dabei gelangte er zum Ergebnis, dass von den sogenannten Foersterschen Kriterien einzig der primäre Krankheitsgewinn in dem Sinne, dass die Flucht in den Leidenszustand die Beschwerdeführerin von der sonst wohl unerträglichen Entwicklung in der Familie und in ihrem persönlichen, früheren Arbeitsumfeld befreie, erfüllt sei und damit höchstens eine Teilarbeitsunfähigkeit zu attestieren sei. Präzisierend führte er aus, er könne unter Berücksichtigung der neuen Kriterien nur noch eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl im Haushalt als auch im Rahmen einer Arbeit in der Industriemontage bescheinigen. Die Foersterschen Kriterien seien nur teilweise erfüllt und das Rollenverständnis im soziokulturellen Umfeld sowie die ungünstige Entwicklung beim Ehemann stellten

wesentliche Faktoren der Beschränkung dar (S.

E. 6

und Urk. 12/1-2 ; vgl. auch : Urk. 7/65 S. 7). Ferner rügte sie erneut das Vorgehen in Bezug auf Massnahmen der Wiedereingliederung (Ziff. 8). 4 . 4 . 1

Noch vor der Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung

hatte die SUVA ihre nach dem Sturz am Arbeitsplatz vom 21. September 2004 erbrachten Leistungen per 20. März 2005 rechtskräftig eingestellt (Urk. 7/20 S. 2 und Urk. 7/13/30). Im Bericht vom 2. März 2005 stellte SUVA -Kreisarzt

Dr. med. A.____ , Facharzt FMH für Chirurgie, fest (Urk.

7/13/32-34) , die gleichentags durchgeführte Untersuchung habe einen absolut blanden Befund ergeben, sowohl an der Halswirbelsäule (HWS) wie auch an der Lendenwirbelsäule (LWS) ; grob neurologisch sei die Beschwerdeführerin unauffällig und irgend welche neurologischen Symptome hätten nie bestanden. Die Beschwerdeführerin mache einen depressiven Eindruck. Es handle sich um eine psychosoziale Problematik, sehr wahrscheinlich dadurch bedingt, dass der Beschwerdeführerin an der Arbeitsstelle die Position einer Leiterin weggenommen worden sei. Mit dem klinisch absolut blanden Befund habe er die Versicherte „als goldene Brücke“ ab dem 4. März zu 50 %

arbeits (un) fähig geschrieben, ab dem 21. März 2005 bestehe dann wieder eine volle Arbeitsfähigkeit. Irgendwelche strukturelle Läsionen habe die Beschwerdeführerin bei ihrem Sturz nicht erlitten, nicht ein mal Prellmarken. 4 . 2

Die ursprünglich Rentenzusprache erfolgte massgeblich gestützt auf die Berichte der Klinik B.____ vom 15. Mai 2006 (Urk. 7/15/7-10) sowie der psychiatrischen Einrichtung Z.____ vom 31. August 2006 (Urk. 7/16).

Im erstgenannten Bericht der Klinik B.____ über die Hospitalisation vom 10. April 2006 bis 11. Mai 2006 an PD Dr. med. C.____ , Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen (Urk. 7/15/7-10) , stellten die verantwortlich zeichnenden Ärzte die folgenden Diagnosen (S. 1): 1. anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) -

fibromyalgieforme Schmerzen -

posttraumatisches Syndrom -

Unfall vom 21.09.04 ohne Nachweis von Fraktur im Bereich der LWS/BWS/HWS -

leichtgradige degenerative HWS-Veränderungen mit Protrusion C5/6 ohne nervale Kompression (CT-HWS 21.04.05 KSW) -

geringe Spondylarthrose L3-S1, Diskusprotrusion L4/L5 linksbetont ohne nervale Kompression, keine craniale Blutung, Auffälligkeiten (CT-LWS/ Neurocranium vom 24.10.04 KSW) 2. Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) - Panikstörung mit Hyperventilation (ICD-10 F41.0)

Die Klinikärzte führten weiter aus , die Kriterien einer Depression seien während des Aufenthaltes vollumfänglich erfüllt gewesen, auch der HADS-Test habe mit einem Ergebnis von 15/18 (A/D) einen deutlichen Hinweis für eine manifeste Depression sowie Angststörung gezeigt. Die vorliegenden organischen Befunde erklärten das Ausmass des

Schmerzempfindens nicht vollumfänglich, es bestün den Konflikte, sicherlich auch psychosoziale Belastungen, bei Depression und Angst gemischt als Verstärker einer somatoformen Schmerzstörung (S.

2).

Die Ärzte der K linik B.____

hielten weiter fest, insgesamt sei eine deutliche psychophysische Rekonditionierung mit Stimmungsaufhellung und leichter Schmerzreduktion im Rahmen des stationären Aufenthalts erreicht wor den (S. 2). Bei Austritt habe eine weiterführende Arbeitsunfähigkeit für eine weitere Woche bestanden. Im Anschluss werde ein Wiedereinstieg mit reduzier ter Arbeitsfähigkeit empfohlen, beispielsweise 30 % bis 50 % mit im Anschluss zu erfolgreicher symptomadaptierter Steigerung in Absprache mit dem Hausarzt (S. 3). 4 . 3

Die verantwortlich zeichnenden Ärzte der psychiatrischen Einrichtung

Z.____ stellten im Bericht vom 31.

August 2006 (Urk. 7/16) die Diagnosen eines postcommotionellen Syndroms nach Sturz am Arbeitsplatz am 21. September 2004 mit chronischen Schmerzen sowie einer Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2).

Sie be richteten weiter, m ittlerweile habe sich bei der Beschwerdeführerin eine deutlich psychoreaktive Dimension (depressive Phänomene und Angstsymptomatik) ein gestellt. Das Beschwerdebild sei durch Schmerzen, Schwindelattacken und eine generelle Verunsicherung geprägt gewesen . Dies habe zur Aufgabe fast aller Aktivitäten geführt. Seit Oktober 2005 stehe die Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Einrichtung Z.____ in ambulanter psy chiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung im Setting ein mal pro Woche. Im Frühling 2006 habe eine fünfwöchige stationäre Behand lung in der Klinik D.____ stattgefunden. Unter einer konsequenten psychiat risch-psychotherapeutischen Behandlung (wöchentliche psychotherapeutische Gespräche, medikamentös e Therapie mit SSRI, Sertralin [Zoloft] 50 mg 2 Tab letten am Tag) sei es zu einer deutlichen Besserung der depressiven und ängstli chen Symptomatik gekommen. Auch die vegetativen Symptome sei en teilweise rückläufig . Sie

würden aber in Zusammenhang mit ausgeprägter Schmerzintensität immer wieder auf treten . Die Beschwerdeführerin habe bereits Zuversicht gewonnen und entsprechend auch ihre täglichen Aktivitäten teilweise wieder aufgenommen. Aktuell habe sich die Beschwerdeführerin aber stets über Kopf schmerzen mit Ausstrahlung in Schulter und Arme sowie ausgeprägter Ver spannung im Rücken beklagt , begleitet gelegentlich von Parästhesien in den Armen und Händen. Die Z.____ -Ärzte führten weiter aus, die Beschwerdeführerin nehme sehr motiviert die Sprechstunden wahr, könne sich aber noch nicht vor stellen, irgendwelche Arbeiten wieder aufzunehmen. Die psychiatrisch-psycho therapeutische Behandlung sei bis auf weiteres geplant. Die verantwortlich zeichnenden Ärzte rechneten mit einer weiteren Besserung der Symptomatik, konnten aber keine absehbare Zeit angeben.

Eine Wiederaufnahme der bisherigen Arbeitstätigkeit (Arbeit an einer Maschine mit viel Verantwortung und gutem Konzentrationsvermögen) erachteten die Ärzte aus psychiatrischer Sicht aktuell aber vermutlich auch längerfristig als nicht mehr denkbar, so dass von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegan gen werde. Betreffend die

Zumutbarkeit einer anderen Tätigkeit bleibe zu ergänzen, dass bei dem aktuell vorliegenden psychischen Zustandsbild die Anwesenheit von eventuell vier Stunden pro Tag an einem der Einschränkung angepassten Arbeitsplatz zumutbar wäre. Um dies genauer evaluieren zu können, würde sich aus psychiatrischer Sicht ein Arbeitsversuch in einem für die Evaluation der Arbeitsfähigkeit geeigneten Setting anbieten.

E. 8

f.). Der gleiche oder subjektiv sogar etwas verschlechterte Sachverhalt führe somit unter Anwendung neuer Kriterien zu einer geringeren Einstufung der Arbeitsunfähigkeit (S. 10). 6.6.1

Vorliegend ist zunächst festzuhalten, dass keine Besserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist, die eine Rentenrevision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG rechtfertigen würde. Von dieser Ausgangslage gehen auch die Parteien aus (Urk. 1 Ziff. 15 und Urk. 7/73 S. 4). Die MEDAS-Gutachter

kamen zum Schluss, der gleiche oder subjektiv sogar etwas verschlechterte (psychiatrische) Sachverhalt führe unter Anwendung neuer Kriterien zu einer geringeren Einstufung der Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/65/31-40 S. 10, vgl. namentlich die ergänzende Stellungnahme nach Rückfrage des RAD, Urk. 7/68). 6.2

Die ursprüngliche Rentenzusprache basierte nicht auf unfallbedingten somatischen Befunden, auch darin gehen die Parteien überein (Urk. 1 Ziff. 12). Aus rheumatologischer Sicht bestand spätestens seit dem 21. März 2005 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit (vgl. E. 4.1 und RAD-Stellungnahme vom 6. November 2011 in Urk. 7/20 S. 3). Die Ärzte hatten keine somatische Erklärung für das Ausmass der Beschwerden.

Die verantwortlich zeichnenden Ärzte der Klinik B. führten hierzu aus, es bestünden Konflikte, sicherlich auch psychosoziale Belastungen, bei Depression und Angst gemischt als Verstärker einer somatoformen Schmerzstörung. Im Zentrum stand mithin

die somatoforme Schmerzstörung. Die Umschreibung der Ärzte macht deutlich, dass sie die Diagnose „Angst und depressive Störung gemischt“ nicht als eigenständige von der somatoformen Schmerzstörung und psychosozialen Belastungen abgrenzbare Krankheit betrachteten (vgl. E. 4.2). Dabei gilt es weiter zu beachten, dass die Diagnose „Angst und depressive Störung gemischt“ rechtsprechungsgemäss im Lichte der offiziellen ICD-klassifikatorischen Umschreibung ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren ist, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_55/2

E. 013

vom 27. Februar 2014 E. 4.3 mit Hinweisen). Denn die Kategorie kommt zum Tragen, wenn weder die Angst noch die Depression ein Ausmass erreichen, das eine Einzeldiagnose rechtfertigen würde – und eine entsprechende Einzeldiagnose wurde von den behandelnden Ärzten in sämtlichen Berichten auch nie gestellt.

Auch wenn die verantwortlich zeichnenden Ärzte im Bericht der Klinik B. im Text zwar erwähnten, die Diagnose einer Depression sei während des Aufenthalts vollumfänglich erfüllt gewesen, so steht doch fest, dass sie

in ihrer Diagnoseliste nicht einmal eine leichte Depression aufführten, so dass nicht davon ausgegangen werden kann, es habe eine

von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens vorgelegen. Die Rehabilitationsmassnahmen waren denn auch auf den Umgang mit den Schmerzen ausgerichtet,

hatten sie doch das Erkennen von psychophysischen Zusammenhängen, das Erlernen von Copingstrategien beziehungsweise einen verbesserten Umgang mit Schmerzen und Stress auslösenden Faktoren, eine allgemeine körperliche Rekonditionierung sowie das Erkennen und Einteilen eigener Ressourcen und Erlernen von Selbstwirksamkeit zum Ziel. Die Ärzte der Klinik B._____

hielten

ferner fest, es sei zu einer deutlichen Stimmungsaufhellung gekommen. Bezüglich des Schmerzerlebens konnte subjektiv aber nur eine leichte Verbesserung erzielt werden (Urk. 7/15 /7-10 S. 2). Zur als Diagnose ebenfalls aufgeführten Panikstörung mit Hyperventilation nahmen sie im Bericht keine Stellung, so dass ihr ebenfalls keine eigenständige invalidisierende Bedeutung zugemessen werden kann.

Richtig ist, dass die Z._____ -Ärzte erstmals im Verlaufsbericht vom 14. Januar 2009 die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung stellten (Urk. 7/41). Sie taten dies allerdings mit dem Hinweis, die Diagnose bestehe seit vier Jahren und es liege ein verfestigtes depressives-ängstliches- somatoformes

Missbild vor. Tatsächlich standen auch im ersten Bericht vom 31. August 2006 die chronischen Schmerzen – für die es nach dem Gesagten kein entsprechendes organisches Korrelat gab – im Vordergrund, auch bei der Schilderung der Wahrnehmung der Beschwerdeführerin. So weisen die Z._____ -Ärzte in ihrem Bericht vom 31. August 2006 darauf hin, das Beschwerdebild werde durch chronische Schmerzen, Schwindelattacken und generelle Verunsicherung geprägt. In Bezug auf die depressive und ängstliche Symptomatik stellten sie eine deutliche Besserung fest, während sich die Beschwerdeführerin aber stets über Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in die Schultern und Arme sowie ausgeprägter Verspannung im Rücken, begleitet gelegentlich von Parästhesien in den Armen und Händen, beklagt habe (Urk.

7/16/5-7 S. 2).

Anzumerken bleibt, dass

die von Dr. C._____ diagnostizierte Fibromyalgie ebenfalls zu den von lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision erfassten pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage zählt (vgl. E. 2.2 und Kreisschreiben über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG, KSSB, gültig ab 9. September 2013, Ziff. 1002). 6.3

Nach dem Gesagten stützte sich die Rente der Beschwerdeführerin auf ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage im Sinne lit. a der

SchlB IVG 6. IV-Revision.

Die Ausschlusskriterien gemäss Abs. 4 (Erreichen des 55. Altersjahres im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung oder Bezug einer Rente seit mehr als 15 Jahren im Zeitpunkt der Überprüfung) dieser Bestimmung sind vorliegend nicht gegeben und die Überprüfung der Rente erfolgte innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung am 1. Januar

201 2. Folglich ist lit . a Abs. 1 der

SchlB IVG 6. IV-Revision

anwendbar und eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rente der Beschwerdeführerin ist grundsätzlich möglich, auch wenn die Revisionsvoraussetzungen nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Zu prüfen bleibt ,

ob auch im Revisionszeitpunkt ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vor lag. 6 .4

Dabei kann auf das MEDAS- Gutachten vom 27. März 2013

abgestellt werden, das die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (E. 2.4) vollumfänglich erfüllt.

Es ist für die streitigen Be lange umfassend, beruhte auf allseitigen fachärztlichen Untersuchungen, berücksichtigte die geklagten Beschwerden, erging in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Die Schlussfolgerungen sind begründet und nachvollziehbar. Nach Einschätzung der Gutachter lag auch im Zeitpunkt der Rentenrevision ein unklares Beschwerdebild vor , weder der rheumatologische noch der neurologische Gutachter noch die allgemeinmedizinische Hauptgutachterin stellten Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Bereits der

rheumatologische Konsiliararzt schloss aufgrund seiner Feststellung, dass die degenerativen Veränderungen weitgehend als altersgerecht zu interpretieren seien und die von der Versicherten als invalidisierend angegebenen Beschwerden bei Weitem nicht erklärten, auf eine offensichtliche Überlagerungsproblematik mit Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 7/65/19-29 S. 9) . Der psychiatrische Gutachter kam zum selben Schluss

und

diagnostizierte – und zwar entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin mit eingehender Befunderhebung und Begründung (Urk. 7/65 /31-40 S. 5 f. und S. 7 f.) – eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren .

Die Beweiswertigkeit des Gutachtens vermögen die von der Beschwerdeführerin zitierten abweichenden Berichte nicht in Zweifel zu ziehen. Dies gilt einmal für den Bericht von Dr. med. G.____, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie , vom 5. September 2012 (Urk. 7/54 /3), die als Diagnose eine Panikstörung mit Hyperventilation (ICD-10 F41.0) stellte und seit Mai 2012 lediglich für leichte Haushaltsarbeiten eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bis drei Stunden pro Tag attestierte, ohne dies mit entsprechenden Befunden zu untermauern. Mit dem MRI-Bericht vom 7. Juni 2013 (Urk. 7/76) werden ebenfalls keine wesentlichen im Gutachten nicht gewürdigten Befunde dargetan – so war namentlich bereits im CT vom 5. Oktober 2004

eine breite Diskusprotrusion L4/5 festgestellt worden (Urk. 7/65/1-14 S. 2; vgl. auch Stellungnahme des RAD vom 27. Juli 2013 ,

Urk. 7/79 S. 2). Die Problematik der Nasennebenhöhlenentzündungen mit Zyste sowie chronische n

Kopfschmerzen war den Gutachtern bekannt (Urk. 7/65/1-14 S. 7 und Urk. 7/65/41-45 S. 4) und hat sich laut den neu ein gereichten Arztberichten deutlich gebessert (Urk. 12/1-2) .

Mit der Dysthymia, die vom psychiatrischen Gutachter auch im Zusammenhang mit einer ungünstigen psychosozialen Situation gesehen wird, sowie der Vermutung, es habe vielleicht für einige Wochen, z.B. unmittelbar nach dem Unfall des Ehemannes, eine Depression vorgelegen (Urk. 7/65/31-40 S. 9), ist keine psychische

Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer ausgewiesen. Zu prüfen ist, ob die übrigen Kriterien der Überwindbarkeitsrechtsprechung erfüllt sind: Sämtliche Gutachter verneinten das Vorliegen von körperlichen Begleiterkrankungen, welche die Arbeitsfähigkeit anhaltend beeinträchtigen.

In Anbetracht der im Verlaufe

von den behandelnden Ärzten immer wieder festgestellten Phasen der Stimmungsaufhellung und der Besserung der Schmerz wahrnehmung

ist auch ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung nicht ausgewiesen. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens

ist ebenfalls nicht dargetan. Die Verbindung zu Arbeitskollegen ist vor allem wegen dem Verlust der Arbeitsstelle abgebrochen. Die übrigen Kontakte sind bedingt durch den Wohnortswechsel seltener geworden. Die Beschwerdeführerin unterhält zu ihrer in der Schweiz lebenden Schwester Kontakt (Urk. 7/65/31-40 S.

4), versteht sich mit der Schwiegertochter, die zeitweise im selben Haushalt lebte, gut (S. 5), lässt sich von Bekannten und Angehörigen zur Psychotherapie begleiten (S. 4) und kann mit ihrer Tochter ordentlich gut reden (Urk. 7/65/1-14 S. 8). Zu vermuten ist mit dem psychiatrischen Gutachter ein primärer Krankheitsgewinn

im Sinne einer „Flucht in die Krankheit“

angesichts der schwierigen Entwicklung in der Familie und dem persönlichen, früheren Arbeitsumfeld der Beschwerdeführerin. Bereits im Rahmen der Rehabilitation in der Klinik B.____ wie auch im Rahmen der Behandlung durch die

psychiatrische Einrichtung Z.____ wurden positive Ergebnisse festgestellt, trotzdem konnte sich die Beschwerdeführerin nicht vorstellen, irgendwelche Arbeiten wieder aufzunehmen. Insgesamt sind die praxismässigen (Foerster-)Kriterien für die Annahme einer ausnahmsweisen Unüberwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung nicht in massgebendem Ausmass erfüllt. Zudem sind nach Einschätzung des psychiatrischen Gutachters viele Aspekte der

seiner Ansicht nach noch vorhandenen mit den Einschränkungen soziokulturell und wirtschaftlich bedingt (Urk. 7/65/31-40 S. 9), so dass in Würdigung der gesamten praxismässigen Kriterien von einer nicht invalidisierenden somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden muss. 6. 5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass alle Voraussetzungen erfüllt sind, welche von der Praxis an die Aufhebung einer Rente nach Massgabe der SchlB IVG 6. IV-Revision gestellt werden. Die Rentenaufhebung erweist sich demnach grundsätzlich als rechtmässig. 7. 7. 1

Zu beachten ist indes, dass gemäss lit. a Abs. 2 der SchlB IVG 6. IV-Revision die Bezügerin oder der Bezüger Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a hat, wenn die Rente herabgesetzt oder aufgehoben wird. Werden Massnahmen zur

Wiedereingliederung nach Art. 8a durchgeführt, so wird die Rente nach lit. a Abs. 3 SchlB IVG bis zum Abschluss der Massnahmen weiter ausgerichtet, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung.

Ist eine Rentenherabsetzung oder -aufhebung absehbar, so ist in jedem Fall ein persönliches Gespräch mit der versicherten Person zu führen. Allfällige Wiedereingliederungsmassnahmen sind ihr aufzuzeigen und im Weiteren mit ihr zu planen (vgl. KSSB, gültig ab 9.

September 2013, 14, Ziff. 1004.2).

Vorliegend stellte die Beschwerdegegnerin die Rentenleistungen ohne weitere Integrationsmassnahmen ein, hielt in der Einstellungsverfügung sogar fest, da eine Invalidität im Sinne des Gesetzes nicht mehr ausgewiesen sei, bestehe kein Anspruch auf Massnahmen der Wiedereingliederung (Urk. 2 S. 3) und liess es auch nach Entdeckung dieses Irrtums in der Beschwerdeantwort mit dem Hinweis

sein Bewenden haben, die Beschwerdeführerin habe gemäss Art. 2 der SchlB IVG 6. IV-Revision Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG; wünsche sie Unterstützung bei der Eingliederung, könne sie sich jederzeit mittels schriftlichem Gesuch bei der IV-Stelle melden (Urk. 6 S. 3). 7.2

Vorweg ist festzuhalten, dass grundsätzlich die Beschwerdegegnerin für die Eingliederung von Versicherten zuständig ist, welchen aufgrund der Gesetzesrevision die Rente entzogen wird. Eine Delegation dieser Verantwortlichkeit an die Versicherten ist nicht statthaft. Dies ergibt sich denn auch aus den Materialien, wurde doch in der Botschaft zur Änderung des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket) vom 24. Februar 2010 Folgendes festgehalten: „Gleichzeitig mit einer allfälligen Herabsetzung oder Aufhebung der Rente, soll der Wiedereinstieg ins Arbeitsleben für betroffene Personen erleichtert werden, indem sie einen Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen während höchstens zwei aufeinanderfolgenden Jahren erhalten, falls

diese für eine Wiedereingliederung sinnvoll und nutzbringend sind. Wichtig dürfte insbesondere die Arbeitsvermittlung

sein, die in der Regel eine Eingliederung ins Erwerbsleben erleichtert und

von der IV-Stelle deshalb praktisch in jedem Fall zugesprochen werden kann.“ (BBI 2010 S.

1911).“

Eine Aufhebung der Rente kann demgemäss nicht ohne weiteres verfügt werden, sondern lediglich dann, wenn die Beschwerdegegnerin Eingliederungsmassnahmen an die Hand nimmt oder eine allfällige Verweigerung dokumentiert ist. Ob ohne Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens eine Renteneinstellung überhaupt möglich ist, braucht vorliegend nicht geprüft zu werden (vgl. zur Rechtslage bei Rentenherabsetzung oder -aufhebung bei Versicherten ab Alter 55

oder nach 15-jähriger Bezugsdauer: Urteil des Bundesgerichts 9C_497/2013 vom 30. November 2013 E. 3.3). 7.3

Sodann steht fest, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin nicht auf die Rechtsfolgen eines Entscheides für oder gegen Eingliederungsmassnahmen aufmerksam

gemacht hat. Nämlich dass ihr die Rente für (höchstens) weitere zwei Jahre ausgerichtet wird beziehungsweise dass die Rente – bei Verzicht auf Eingliederungsmassnahmen – mit sofortiger Wirkung aufgehoben wird. Dem gemäss besteht auch unter dem Titel der Aufklärungspflicht nach Art. 27 Abs. 1 ATSG kein Raum für eine umgehende Aufhebung der Invalidenrente. 7.4

Damit ist die angefochtene Verfügung vom 15. November 2013 in dem Sinne zu bestätigen, dass eine Aufhebung der Invalidenrente grundsätzlich rechtmässig ist, die Ausrichtung der Rente aber nicht auf das Ende der Zustellung der Verfügung folgenden Monats erfolgt, sondern – unter einstweiliger Weiterausrichtung der Rente – erst nach Ende von allfälligen Eingliederungsmassnahmen, je doch höchstens nach zwei Jahren seit der Rentenaufhebung. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 8.8.1

Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und – angesichts des überwiegenden Unterliegens – der Beschwerdeführerin zu zwei Dritteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Drittel aufzuerlegen. 8.2

Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens fest zulegen ist (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Angesichts des bloss geringen Obsiegens rechtfertigt sich die Zusprache

einer Prozessentschädigung von Fr. 900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 15. November 2013 der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, insofern abgeändert, als die Ausrichtung der Rente erst nach Abschluss allfälliger Eingliederungsmassnahmen, spätestens aber zwei Jahre nach der Rentenaufhebung, eingestellt wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin zu zwei Dritteln sowie der Beschwerdegegnerin zu einem Drittel auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Elisabeth Glättli, unter Beilage des Doppels von Urk. 20 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubOertli

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