

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00030 vom 21. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00030

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00030 du 21 décembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00030 del 21 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1.1

Mio. Selbst bei Verkauf des momentan vermieteten Hauses (Mietzinsausstände) verblieben Schulden. Wegen der bestehenden Beschwerden (Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Schmerzen im linken Arm, der linken Schulter, Kreuzschmerzen, Schmerzen in beiden Füßen, Alpträume, Angstzustände, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche) könne sie nicht mehr arbeiten (S. 18).

Dr. S.____ verneinte das Vorliegen plausibler Darstellungen, welche die typischen Merkmale einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) belegten (unter anderem andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit). Auch Angst und Depressionen erkannte er (gegenwärtig) nicht bei bestens gelassener und entspannter sowie selbstüberzeugt wirkender Beschwerdeführerin, welche erkennbarerweise ein selbstbestimmtes Leben führe. Von einem emotionalen oder sozialen Rückzug, einer Gefühlsabstumpfung oder einem Vermeidungsverhalten in sozialen Kontakten könne nicht die Rede sein. Eine psychiatrische Behandlung (samt Medikation) sei zu keinem Zeitpunkt konsequent durchgeführt worden, auch einer Traumatherapie habe sie sich nicht unterzogen. Das Verhalten in der Untersuchungssituation gebe auch keine Hinweise auf das Vorliegen einer sonstigen relevanten psychiatrischen Erkrankung, speziell einer depressiven Störung. Auch die Einschränkung im Alltagsleben könne aus psychiatrischen Gründen nicht nachvollzogen werden. Zur Schmerzsymptomatik sei anzumerken, dass bei der Beschwerdeführerin kaum Entlastungsbewegungen in der Untersuchungssituation hätten beobachtet werden können. Auch zu den als regelmässig eingenommen angegebenen Schmerzmedikamenten seien keine messbaren Wirkspiegel im Serum nachweisbar gewesen. Auch die berichteten Konzentrationsstörungen und Gedächtnisprobleme hätten nicht reproduziert werden können. Erst nach dreieinhalb Stunden Untersuchungsdauer habe die Beschwerdegegnerin angegeben, etwas müde zu sein. Der Gutachter konstatierte, er habe sich aus psychiatrischen Gründen von keinen in der Aktenlage geschilderten Symptomen überzeugen können, diese hätten in Anbetracht der aktuellen Untersuchung meist nicht plausibel gewirkt und vorrangig auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruht (S. 19 f.).

Dr. S.____ bescheinigte der Beschwerdeführerin zusammenfassend gute persönliche Ressourcen, welche im Hinblick auf das Mini-ICF unter den Bedingungen einer einfachen Tätigkeit keine bedeutsamen Störungen der Emotionen, der Funktionen der psychischen Energie und des Antriebes bewirkten. Die allenfalls leichten Defizite der Durchhaltefähigkeit könnten durch entsprechende Förderfaktoren mit Übungseffekt überwunden werden, dies sei der Beschwerdeführerin auch zumutbar. Der Erfolg sei jedoch abhängig von motivationalen Faktoren (Problemlösebereitschaft, interpersonelle

Gegebenheiten, Barrieren, ideale Arbeitsbedingungen, soziale Unterstützung, mangelnde Resilienz gegenüber alltäglichen Belastungen oder Spannungen). Er empfahl eine einfache, gut strukturierte, möglichst ohne Akkordarbeit, ohne grössere physikalischen Belastungen auszuübende Tätigkeit, welche auch unter günstigen sozialen Voraussetzungen erfolgen könne (S. 23). 4. 6

Dr. med. T.____, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin, welche die Beschwerdeführerin seit April 2009 hausärztlich betreut, nahm am 3. November 2014 (Urk. 10a/76) Stellung zum C.____-Gutachten. Sie führte aus, die Beschwerdeführerin habe im Jahr 2009 ein mittelschweres bis schweres depressives Zustandsbild gezeigt, welches im Mai 2009 zur Hospitalisation in der Q.____ geführt habe. Dort sei eine posttraumatische Belastungsstörung festgestellt und ab November eine Therapie begonnen, indes nach drei Tagen wieder abgebrochen worden zugunsten einer ambulanten Psychotherapie bei Psychologin N.____. In den Jahren 2009 und 2010 sei die psychische Verfassung lange schwer beeinträchtigt gewesen.

Im Gutachten hätte die wiederholten unklaren Sturzereignisse mit zum Teil erheblichen Verletzungsfolgen kaum Erwähnung gefunden. Sie - Dr. T.____ - gehe mit dem Gutachter einig, dass eine narzisstisch-histrionische

Persönlichkeitsproblematik bestehe, schätze diese aber als eine Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert ein. Eine schwer gekränkte narzisstische Persönlichkeit sei besonders schwer psychotherapeutisch zu behandeln, welche Problematik durch einen psychoanalytisch-psychotherapeutisch versierten Sachverständigen erörtert werden müsste. Es sei verkürzt, die verschiedenen therapeutischen Bemühungen einfach als inkompetent darzustellen

Unter Hinweis auf ein schlecht zugängliches Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates und die (wohl dissoziativen) Sturzereignisse samt Verletzungen (multiple Kontusionen mit entsprechenden Schmerzexazerbationen) habe gar nie eine einigermaßen stabile Situation entstehen können, bei der eine Arbeitsaufnahme als realistisch hätte ins Auge gefasst werden können. 5. 5.1

Liegt ein Revisionsgrund vor (vgl. dazu E. 1.1), ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend („allseitig“) zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3). 5.2

Die Beschwerdegegnerin gewährte der Beschwerdeführerin nach der Berentung im Jahr 1997 (Vergleichszeitpunkt) berufliche Massnahmen und stellte den erfolgreichen Abschluss am 12. Februar 2008 (Urk. 10/217) fest. Die Beschwerdeführerin hatte zwar das angestrebte Bürofachdiplom VSH nicht erworben, indes eine Einarbeitung in den kaufmännischen Bereich samt schulischer Unterstützung genossen (Urk. 10/107 und Urk. 10/155).

Damit ist ein Revisionsgrund ohne weiteres ausgewiesen (BGE 122 V 77 E. 2a), ist es doch zu einer erheblichen Veränderung der erwerblichen Verhältnisse gekommen mitsamt Dokumentation der effektiven Arbeitsfähigkeit während der Dauer der beruflichen Massnahmen und der hernach aufgenommenen Bürotätigkeit (vgl. Urk. 10/226/8). 5.3 5.3.1

In medizinischer Hinsicht ist vorwegzuschicken, dass die Gutachten der Z.____ (E. 4.2) und der C.____ (E.

4.5) den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise vollumfänglich entsprechen. So sind die beiden Gutachten für die streitigen Belange umfassend, beantworten sie doch die Frage nach

den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Sie beruhen sodann je auf umfassenden Untersuchungen und berücksichtigen die geklagten Beschwerden sowie das Verhalten der Beschwerdeführerin während der Abklärung. Die Gutachter schilderten die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin und setzten sich detailliert damit auseinander. Die Expertisen wurden sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben und sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. In diesem Sinne erscheinen die gutachterlichen Schlussfolgerungen als begründet. 5.3.2

In Bezug auf das Z.____-Gutachten vom 2. September 2008 (E. 4.2) ist zu bemerken, dass die geschilderten Einschränkungen aus organischer Sicht nachvollziehbar dargelegt wurden. Bei den unbestritten gebliebenen (diskreten) Diagnosen (panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle, chronische Fusschmerzen, mässige Gonarthrose sowie Schulterschmerzen) erscheint es als ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin

nurmehr körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten ausüben kann (E. 4.2.2).

In psychiatrischer Hinsicht verneinten die Gutachter das Vorliegen von Hinweisen auf eine manifeste affektive Störung wie auch auf deutliche psychopathologische Symptome (E. 4.2.3). Der anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung, welche Grund für die ursprüngliche Rentenzusprache war, massen sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr bei. 5.3.3

Auch die C.____-Gutachter begründeten ihre Einschätzung einlässlich. So erwähnten sie ebenfalls die (diskreten) organischen Diagnosen (zerviko- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, chronischer Schulterreizzustand links, dekompenzierter Senk-/ Spreizfuss) und schlossen daraus in nachvollziehbarer Weise auf eine um 30 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (E. 4.5.2). Angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im Z.____ einen Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion erlitten hatte, mehrfach gestürzt war und eine Schulterpathologie festgestellt wurde, erscheint es als nachvollziehbar, wenn die C.____-Ärzte die Teilarbeitsfähigkeit mit einem vermehrten Pausenbedarf aufgrund der schmerzbedingten Leistungseinschränkung begründeten und ein auf die Beschwerden Rücksicht nehmendes Stellenprofil festlegten (leichte bis kurzfristig mittelschwere Arbeiten in Wechselbelastung der Wirbelsäule unter Meiden von monotoner Arbeitshaltung, ohne häufige Überkopfarbeit, ohne

grössere Kraftanwendung, ohne längeres Stehen und Gehen; Urk. 10a/61/46). In diesem Sinne begründeten sie auch die Verschlechterung seit der Z.____-Begutachtung (Urk. 10a/61/47), was überzeugt.

In psychiatrischer Hinsicht verneinte der Fachgutachter Dr. S.____ eine relevante Pathologie und begründete dies einlässlich unter Hinweis auf die anamnestischen Angaben sowie seine eigenen, diskreten Untersuchungsbefunde (E.

4.5.3). Der Persönlichkeitsakzentuierung wurde keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (E. 4.5.1), was angesichts der geschilderten Verhaltensweisen der

Beschwerdeführerin überzeugt. 5.3.4

Das implizite Attest einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit von Hausärztin Dr. T.____ vom 3. November

2014 (E.

4.6) vermag den Beweiswert der C.____ - Expertise nicht in Zweifel zu ziehen. Ihr hauptsächlichliches Vorbringen, bei der Beschwerdeführerin bestehe nicht bloss eine Persönlichkeitsakzentuierung sondern eine Persönlichkeitsstörung (narzisstisch-histrionisch), unterlegte sie nicht mit konkreten Untersuchungsbefunden und setzte sich auch nicht mit den vom Gutachter erwähnten (intakten) Verhaltensweisen und Ressourcen auseinander. Sodann ist Dr. T.____ nicht Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und deshalb weniger kompetent in Bezug auf diese Fragestellung. Die Hausärztin verwies sodann auf das Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates, deren versicherungsrechtliche Relevanz nachfolgend (E. 7) zu prüfen sein wird. 6. 6.1 6.1.1

Zu prüfen bleiben weiter die Verhältnisse zwischen den zwei Begutachtungen 2008 und 2014. In organischer Hinsicht ergibt sich dazu Folgendes: 6.1.2

Nach den im Jahr 2009 erlittenen Unfällen berichtete SUVA-Kreisarzt Dr. med.

U.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, am 11. Dezember

2009 (Urk. 10a/1/108-113) über seine Untersuchung vom selben Tag. Er führte aus, es stünden drei Ereignisse zur Beurteilung an. Initial habe sich die Beschwerdeführerin am 7. Januar 2009 im Sinne einer Processus

Spinatus Spitzenfraktur BWK12 verletzt. Im Februar 2009 sei indes mittels CT-Traumaspirale ein Abschluss traumatischer Läsionen beschrieben worden. Am 19. Februar 2009 sei es im Rahmen eines Auffahrunfalles zu einer Distorsion der HWS gekommen. Strukturelle Verletzungen hätten nicht nachgewiesen werden können und ein im Rahmen des unmittelbar anschliessenden stationären Aufenthaltes im E.____ durch den leitenden Arzt durchgeführtes fachneurologisches

Konsil habe keine Defizite feststellen lassen. Offenbar sei es (am 7.) September 2009 im Rahmen einer Synkope zu einem Sturz auf die rechte Körperseite gekommen, eine in der Folge durchgeführte Kernspintomographie habe den Nachweis einer Supraspinatussehnenläsion ergeben (vgl. Radiologiebericht der V.____ vom 18. November 2009, Urk. 10a/1/119). 6.1.3

Am 3. Februar 2010 (Urk. 10/304/236-241) berichtete Dr. med. W.____, Facharzt Neurologie FMH, AA.____, BB.____, zu Händen der SUVA und führte aus, seitens des am 19. Februar 2009 erlittenen HWS-Beschleunigungstraumas seien keine direkten neurologischen Folgen festzustellen. In wie weit eine Aktivierung des vorbeschriebenen chronischen Schmerzsyndroms bestehe, müsse offen gelassen werden. Die linksseitig angegebenen hernihypästhetischen Beschwerden seien im Rahmen des Schmerzsyndroms zu sehen und entsprächen keinem zentralen oder peripheren neurogenen Versorgungsgebiet; eine Überlagerung durch das Carpaltunnelsyndrom möge bestehen. Aktuell bestünden aus neurologischer Sicht keine Hinweise für ein epileptisches Geschehen (in Bezug auf die wiederholten Synkopen).

Aus rein neurologischer Sicht bestehe derzeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf in der Buchhaltung. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des

Schmerzsyndroms sowie der psychischen Problematik sei anzunehmen (S. 5). 6.1.4

Am 30. März 2010 (Urk. 10/304/159-160) erfolgte eine Aktenbeurteilung durch SUVA-Kreisarzt Dr. med. U.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie. Er führte aus, in der Synopsis sei festzustellen, dass aus orthopädisch/traumatologischem Fachgebiet eine Pathologie im Bereich des rechten Schultergelenkes mit Supraspinatussehnenruptur, AC-Arthropathie und Tendinopathie der langen Bizepssehne zu diagnostizieren sei, welche mit Wahrscheinlichkeit auf das Geschehen im September 2009 zurückgehe. Hier sei zunächst der weitere Behandlungsverlauf abzuwarten. Bezüglich der Auffälligkeit des Processus spinosus

E. 1.2

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.2.1

Die IV-Stelle erteilte der Versicherten sodann Kostengutsprache für eine Umschulung (vom im Ausland erlernten Beruf der Coiffeuse, Urk. 10/1 Ziff. 5.2) in den kaufmännischen Bereich im Sinne des Besuches einer Handelsschule (vom 14. November 2005 bis 10. Februar 2006 sowie vom 27. Februar 2006 bis 14. Juli 2006, Urk. 10/72 und Urk. 10/83). Der angestrebte Erwerb des Bürofachdiploms VSH (Urk. 10/82) scheiterte indes (Urk. 10/88 und Urk. 10/92/2). In der Folge wurde vom 2. Oktober bis 31. Dezember 2006 eine berufliche Abklärung an einem Arbeitsplatz durchgeführt (Urk. 10/89) sowie die Einarbeitung in den kaufmännischen Bereich samt schulischer Unterstützung beim selben Arbeitgeber vom 1. Januar bis 31. Dezember 2007 (Urk. 10/107 und Urk. 10/155). Mit Verfügung vom 12. Februar 2008 (Urk. 10/217) stellte die IV-Stelle den erfolgreichen Abschluss der beruflichen Massnahmen fest und lehnte eine Verlängerung ab, namentlich für die Dauer der während der laufenden Massnahme eingetretenen Arbeitsunfähigkeit (wegen einer Fussoperation, Urk. 10/196) unter dem Hinweis, dass die Ausbildungsziele im Wesentlichen erreicht worden seien. Betreffend Rente wurde ein separater Entscheid nach erfolgten weiteren Abklärungen in Aussicht gestellt.

E. 1.2.2

Am 10. Mai 2007 (Urk. 10/129) hatte die Versicherte die Vergütung von Taxikosten für Fahrten vom Wohn- an den Umschulungsort beantragt unter Auflage eines Zeugnisses von Dr. med. Y.____, Innere Medizin FMH, vom 8. Mai 2007 (Urk. 10/128), welcher unter Hinweis auf Gelenkbeschwerden eine solche Lösung empfahl. Die IV-Stelle lehnte dieses Begehren mit Verfügung vom 12. September 2007 (Urk. 10/156) ab. Die dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 10/176) hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 20. Januar 2010 (Urk. 10/277) in dem Sinne gut, als es die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und zum Neuentscheid an die IV-Stelle zurückwies (Prozess-Nr. IV.2007.01297).

Pendente lite hatte die IV-Stelle mit Mitteilung vom 1. November 2007 (Urk. 10/184) die Kosten für den Taxitransport in der Höhe von Fr. 250.-- pro Tag vom 29. Oktober bis 9.

November

2007 übernommen. Mit Verfügungen vom

13. November 2007 und 26. März 2008 (Urk. 10/191 und Urk. 10/221) übernahm die IV-Stelle sodann die Mehrkosten für invaliditätsbedingte Änderungen am neuen Auto der Versicherten.

E. 1.3

Zur Klärung der medizinischen Verhältnisse nach Abschluss der beruflichen Massnahmen holte die IV-Stelle das Gutachten der Z.____ vom 2. September 2008 (Urk. 10/226) ein. Mit Vorbescheid vom 30. September 2009 (Urk. 10/255) stellte sie – ausgehend von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit - die rückwirkende Einstellung der Rente ab 12. August 2008 (Zeitpunkt der Gesundheitsverbesserung [Datum der Untersuchung im Z.____, Urk. 10/226 S. 1]) in Aussicht. Hiergegen erhob die Versicherte am 20. Oktober und 11. November 2009 Einwand (Urk. 10/263 und Urk. 10/265, vgl. auch Urk. 10/260) und schloss auf eine lediglich 50%ige Arbeitsfähigkeit; weiter verwies sie auf einen im Februar 2009 erlittenen schweren Autounfall und eine seither bestehende vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit.

Die Versicherte hatte am 19. Februar 2009 einen Auffahrunfall erlitten, wobei sie eingeklemmt war und von der Feuerwehr geborgen werden musste. Dabei zog sie sich eine Comotio cerebri, multiple Kontusionen sowie eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) zu (Urk. 10/276/140 und Urk. 10/366/295). Zuvor war sie am 7. Januar 2009 bei einer Auseinandersetzung von ihrem Sohn weggestossen worden und mit dem Hinterkopf, Nacken und Rücken gegen die Türe geprallt und umgefallen. Dabei zog sie sich multiple Kontusionen sowie eine Processus

Spinus Spitzenfraktur des Brustwirbelkörpers (BWK) 12 zu (Urk. 10a/1/801 und Urk. 10a/1/788). Die Versicherte stürzte sodann am 7. September 2009 infolge eines Ohnmachtsanfalls, wobei sie sich eine Supra spinatussehnenruptur rechts sowie eine Partialruptur des Musculus

gluteus

medius rechts mit begleitender Bursitis trochanterica zuzog (Urk. 10/367/317 und Urk. 10/367/281). Am 31. März 2010 stürzte sie erneut wegen einer Synkope und zog sich eine nicht dislozierte Fraktur des Os Sacrum zu (Urk. 10a/1/75 und Urk. 10a/12/6).

E. 1.4

Mit Verfügung vom 15. Juni 2012 (Urk. 10/359) sprach die IV-Stelle der Versicherten - unter Hinweis auf die mittlerweile getroffenen weiteren Abklärungen gemäss Urteil des hiesigen Gerichtes vom 20. Januar 2010 - die Taxi-Kosten vom 8. Mai bis 25. September 2007 zu. Am 2. Juli 2012 (Urk. 10/361) stellte die Versicherte entsprechende Rechnung und forderte einen Betrag von Fr. 30'000.-- für 100 Taxifahren (jeweils hin und zurück) à Fr. 300.--. Die IV-Stelle forderte die Versicherte am 6. August 2012 (Urk. 10/362) auf, Kopien der Originalrechnungen des Taxiunternehmers einzureichen. Am 14. August 2012 (Urk. 10/363) teilte die Versicherte telefonisch mit, dass sie die Rechnungen nicht mehr habe; jemand anderes habe für sie den Umzug gemacht und alles entsorgt. Sie könne sich auch nicht mehr daran erinnern, welches Taxiunternehmen sie während den fünf Monaten von A.____ nach B.____ gefahren habe.

Mit Verfügungen vom 19. Juni und 16. Juli 2013 (Urk. 10a/14 und Urk. 10a/21) übernahm die IV-Stelle sodann die Kosten für invaliditätsbedingte Änderungen am neuen Auto der Versicherten.

E. 1.5

Die IV-Stelle veranlasste schliesslich die erneute Begutachtung der Versicherten (Expertise der C.____ vom 2. Juni 2014, Urk. 10a/61). Mit Verfügung vom 21. November 2014 (Urk. 2) wies sie - nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10a/74) - das Begehren um Ausrichtung von Transportkosten für das Jahr 2007 ab. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10a/63) verfügte sie am 25. Februar 2015 (Urk. 16/2), dass die Rentenleistungen nach Abschluss der Umschulung am 31. Dezember 2007 eingestellt bleiben.

E. 2

Die rentenbestätigenden Mitteilungen 27. April 1999 (Urk. 10/27/1-2) und jene vom 4. Juni 2003 (Urk. 10/47) basierten jeweils nicht auf eingehenden medizinischen Abklärungen. Im Rahmen des ersten Revisionsverfahrens wurden wohl einige Formularberichte (Urk. 10/20-22, Urk. 10/24) sowie Auskünfte bei der Klinik D.____ (wo die Fussoperation im Jahr 1997 durchgeführt worden war, Urk. 10/26), indes keine neuen Einschätzungen des für die Berentung relevanten psychischen Gesundheitszustandes eingeholt. Anlässlich der in Mai 2003 (Urk. 10/42) eingeleiteten zweiten Revision wurde wiederum kein Bericht eines Psychiaters eingeholt (Urk. 10/44). Diese Revisionsentscheide können demnach nicht als Vergleichszeitpunkt einer Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse dienen (vgl. hierzu auch Urteil des Bundesgerichts 9C_52/2016 vom 23. März 2016 E. 3.2). Relevanter Vergleichszeitpunkt ist deshalb die ursprüngliche Rentenzusprache am 28. Januar 1997 (Urk. 10/18). Zu prüfen ist, ob sich seither bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung betreffend Renteaufhebung am 25. Februar 2015 (Urk. 16/2) beziehungsweise bis zur Aufhebung der Rentenzahlungen per 31. Dezember 2007 eine massgebliche Veränderung der gesundheitlichen und/oder erwerblichen Verhältnisse mit Auswirkung auf den Rentenanspruch ergeben hat.

E. 3.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache (ganze Rente mit Wirkung ab 1. April 1994, Verfügung vom 28. Januar 1997 [Urk. 10/18]) basierte im Wesentlichen auf den folgenden Gutachten:

E. 3.2

und 9C_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.1). Im Weiteren ist vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E.

4.1). Dabei stellt das Bundesgericht sowohl an die Langjährigkeit (verneint im vorgenannten Urteil 9C_892/2015 bei einer Therapiedauer von weniger als anderthalb Jahren) als auch an die Intensität der Therapiebemühungen (vgl. etwa das vorgenannte Urteil 9C_454/2013 E. 4.1) hohe Anforderungen.

Bei den vorliegenden Verhältnissen ist augenfällig, dass das (vorübergehende) depressive Geschehen im Rahmen der Schmerzstörung zu sehen ist, verwiesen doch sämtliche psychiatrischen Fachärzte auf eine Schmerzproblematik (bzw. ein Fibromyalgiesyndrom).

Damit ist bereits am eigenständigen Charakter der Diagnose zu zweifeln. Sodann ergibt sich der vorübergehende Charakter des depressiven Geschehens vorliegend bereits aus dem Umstand, dass dieses im Rahmen der C.____-Begutachtung vollständig verschwunden war. Die Therapiebemühungen erfolgten zwar wöchentlich sowie teilweise auch stationär (Urk. 3/4 und Urk. 10/367/10-12), doch wurde trotz jahrelang erfolgloser Therapie kein anderer Ansatz gewählt und zuletzt – wegen subjektiv fehlender Erleichterung – gar die Medikation abgesetzt. Sodann drehten sich die hauptsächlichsten Schwierigkeiten um die Abhängigkeit von ihrer Tochter (23-jährig) mit Verlassensängsten, finanzielle Fragen sowie das Thema der Anerkennung ihres Leidens (S. 2).

Damit aber stehen im Wesentlichen psychosoziale Belastungsfaktoren im Vordergrund. Hierzu ist zu bemerken, dass je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein muss. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Vorliegend gehen die psychosozialen Symptome in der diagnostizierten depressiven Problematik im Wesentlichen auf. Die Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin drehen sich um die familiäre und finanzielle Situation sowie darum, in ihrem Leiden anerkannt zu werden und dieses als Unfallfolge zu sehen. Im Zusammenspiel mit der akuten somatoformen Komponente kann damit (für die Zeit zwischen den zwei Gutachten) nicht von einer langdauernden Arbeitsunfähigkeit aus psychopathologischen Gründen ausgegangen werden. 6.4

Zusammenfassend steht fest, dass die ab 2009 erlittenen Unfälle nicht zu einer längerdauernden Arbeitsunfähigkeit führten und die zwischenzeitlich eingetretene psychische Problematik ebenfalls von vorübergehendem beziehungsweise versicherungsrechtlich irrelevantem Charakter war. 7. 7.1

Zu prüfen bleibt schliesslich die versicherungsrechtliche Relevanz der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung. Die Z.____-Ärzte verneinten eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter Hinweis auf die (damals geltende einschlägige) Rechtsprechung (E. 4.2.3). Auch die behandelnden Therapeutinnen Dr. GG.____ und Psychotherapeutin N.____ gingen - differenzialdiagnostisch - vom Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung aus (E. 4.4). Die C.____-Ärzte dagegen verneinten dies (E. 4.5.2), der psychiatrische Facharzt erkannte aber gleichwohl immerhin eine Schmerzsymptomatik (E. 4.5.3). 7.2 7.2.1

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturierendes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislasterentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer

Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlich er Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisselastete versicherte Person zu tragen (E. 6). 7.2.2

Nach Aufgabe des Konzepts der Überwindbarkeitsvermutung, welche durch eine ergebnisoffene Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens als zentralem Beweisgegenstand abgelöst wird, scheint der Begriff des Kriteriums nicht mehr geeignet. Das Bundesgericht spricht fortan von Indikatoren, einem Begriff, der massgebliche Beweisthemen bezeichnet, anhand welcher ein bestimmter Sachverhalt ermittelt wird (vgl. dazu auch Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: SZS 2014 S. 533 und 541 [Gutachten des Prof.]).

Dr. Peter Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische Universität München, vom Mai 2014 zu Fragen der Schweizer Praxis zur Invaliditätsfeststellung bei somatoformen und verwandten Störungen]; BGE 141 V 281 E. 4.1.1 und E. 4.1.2).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederung sanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3). 7.3 7.3.1

Die diagnosenrelevanten Befunde erscheinen vorliegend nicht als besonders ausgeprägt. So vermerkte der Fachgutachter des Z. ___ einen massgeblichen Zusammenhang der geklagten Schmerzen mit psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren und wies auf die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin hin, welche sich nicht als vollumfänglich arbeitsunfähig beurteilte. Die Gutachter gingen von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit (in körperlich angepasster Tätigkeit) aus.

Auch die C. ___ -Ärzte schilderten die diagnoserelevanten Befunde als nur diskret vorliegend und verwiesen ebenfalls zur Hauptsache auf psychosoziale Belastungen. Die Einnahme von Schmerzmedikamenten war in der Blutuntersuchung nicht nachweisbar und die Beschwerdeführerin musste bei der Untersuchung kaum Entlastungsbewegungen machen (E. 4.5.3).

Auch die von der Beschwerdeführerin geschilderten Tagesabläufe lassen nicht auf ausgeprägte Befunde schliessen. Gegenüber den Z. ___ -Ärzten gab sie an, im Haushalt Hilfe zu benötigen, dies aber auch zu bekommen (durch die Tochter und eine Freundin). Einkäufe erledigte sie indes selber (zusammen mit der Tochter), so dass lese sie gerne (Urk. 10/226/10). Anlässlich der C. ___ -Begutachtung schilderte sie sodann wohl, den Tag hauptsächlich in der Wohnung zu verbringen, doch lässt sich dem Tagesablauf insgesamt nichts wesentlich Einschränkung entnehen. So kocht sie (für die Tochter), bekommt Besuch (von Freundinnen der Tochter) und geht diese auch ausser Haus besuchen. Sodann unternimmt sie Spaziergänge mit dem Hund und macht Besorgungen (mit der Tochter, Urk. 10 a /61/14).

Insgesamt liegen die relevanten Befunde nicht in besonders ausgeprägter Form vor. 7.3.2

Weiter ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin nach Abschluss der beruflichen Massnahmen nicht in schmerztherapeutischer/psychiatrischer Behandlung war. Eine solche nahm sie erst im Mai 2009 auf (O. ___). Es folgten zwei kürzere stationäre Behandlungen (wegen Zuspitzung der depressiven Symptomatik sowie zur psychosomatischen Rehabilitation). Nach dem Abbruch einer traumaspezifischen

Hospitalisation nach drei Tagen begab sie sich ab 5. November 2009 in Behandlung bei Psychotherapeutin N. ___ (Urk. 16/3/4). Eine konsequente medikamentöse Behandlung fand indes nicht statt, auch eine Traumatherapie wurde nicht durchgeführt (Urk. 10a/61/19).

Damit ist zu konstatieren, dass die Beschwerdeführerin wohl therapeutische Bemühungen getätigt hat ,

diese jedoch nicht von massgebendem Erfolg gekrönt waren. Dabei zeichnen sich die Therapien nicht durch die nötige Konsequenz aus, gibt es doch noch weitergehende Therapieoptionen (medikamentöser Art sowie fachspezifische Hospitalisation). 7.3.3

Bei der Beurteilung der Komorbidität ist neu eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen vorzunehmen. Neben der Schmerzstörung leidet die Beschwerdeführerin an diversen organischen Erkrankungen (Rücken-, Schulter-, Fussbeschwerden). Die organisch objektivierbare Pathologie ist indes nicht massgeblich ausgeprägt und die Beschwerdeführerin deswegen noch in hohem Masse (70 %) arbeitsfähig, wobei sich die Einschränkung lediglich durch einen vermehrten Pausenbedarf begründet (E. 4.5.2). Damit liegt eine Komorbidität vor, indes nicht in ausgeprägter Weise. 7.3.4

Was den Komplex „Persönlichkeit“ betrifft, scheint die Beschwerdeführerin durchaus über persönliche Ressourcen zu verfügen, welche ein Angehen der Krankheitsfolgen begünstigen könnten. Vorwegzuschicken ist, dass die Beschwerdeführerin (im Rahmen der beruflichen Massnahmen) die Handelsschule besuchte und sich in den kaufmännischen Bereich einarbeitete. Damit verfügt sie über berufliche Fähigkeiten. In psychischer Hinsicht zeigen sich in anamnestic Hinsicht Schwierigkeiten durch die traumatische Ehe mit einem gewalttätigen Ehemann (E. 3.3). Die Beschwerdeführerin hat indes eine gute Beziehung zu ihrer Tochter, mit welcher sie sich häufig trifft, für sie kocht und welche sie im Haushalt unterstützt. Die Beschwerdeführerin versorgt sodann ihren Hund und geht mit diesem spazieren. Insgesamt verfügt sie demnach über einige persönliche Ressourcen. Dies stellten auch die C.____-Ärzte anlässlich ihrer Untersuchung fest und wiesen darauf hin, dass diesbezüglich nur leichte Defizite bestehen (Durchhaltefähigkeit, motivationale Faktoren, Urk. 10a/61/28). 7.3.5

Bezüglich des sozialen Kontexts ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin zusammen mit ihrer erwachsenen Tochter in einer Eigentumswohnung lebt. Diese unterstützt sie im Haushalt. Die Beschwerdeführerin ist sodann nicht isoliert, hat sie doch Freunde und bekommt auch hin und wieder Besuch (Urk. 10a/61/11 ,

Urk. 16/3/4 S. 3 und Urk. 10/328/118) . Damit besteht ein un auffälliger sozialer Kontext. 7.3.6

Hinsichtlich der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist anzumerken, dass die Tätigkeiten wie sie den geschilderten Tagesabläufen entnommen werden können (Urk. 10/226/10 , Urk. 10a/61/14 und 32, Urk. 10/328/118), auf ein weitgehend uneingeschränktes Aktivitätsniveau hinweisen. So geht die Beschwerdeführerin mit ihrem Hund spazieren, zusammen mit der Tochter einkaufen, absolviert Therapien, pflegt ihre Terrasse (gärtnerische Tätigkeiten) und kocht für die Tochter. Auch wenn jüngst ein gewisser Rückzug geltend gemacht wurde, erscheint das Aktivitätsniveau (situationsangepasst) als nicht erheblich eingeschränkt. 7.3.7

Bezüglich des Leidensdrucks ist anzumerken, dass die Z.____-Gutachter kein erhebliches Leiden feststellten und auf eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit schlossen (E. 4.2.2). Die C.____-Gutachter ersahen einen höheren Leidensdruck und gingen

von einer um 30 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus ; dies begründeten sie mit einer allgemeinen Dekonditionierung sowie Schmerzzuständen zervikal und im Schulterbereich bei repetierten Stürzen (E).

4.5.2). Die Ärzte hielten allerdings fest, dass der effektive Leidensdruck schwierig einzustufen sei. So sei es kaum nachvollziehbar, weshalb sich die Beschwerdeführerin nicht mehr in der Lage fühle, selbst leichteste Haushaltarbeit für sich und ihre Tochter zu verrichten, dies trotz Einnahme von hoch dosierten Schmerzmitteln (bei allerdings fehlendem Wirksbstanzspiegel, Urk. 10a/61/26).

Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang sodann auch die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, was ein

massgebender Indikator für den tatsächlichen Leidensdruck darstellt (BGE 141 V 281 E.

4.4.2). Dabei fällt auf, dass die therapeutischen Bemühungen als gering bezeichnet werden müssen. So erfolgte erstmals im Jahr 2009 eine stationäre psychiatrische Hospitalisation

(Urk. 10/292/15), eine Traumatherapie brach die Beschwerdeführerin nach drei Tagen ab (Urk. 10/286/3) und eine Schmerztherapie ist nicht aktenkundig. Auch die übrige psychiatrische Therapie erfolgte nicht mit vollster Konsequenz (E).

6.3.4). 7. 4

Zusammenfassend führen die einschlägigen Standardindikatoren bei der Beschwerdeführerin nicht zur Annahme, dass sie wegen des Schmerzgeschehens nicht mehr arbeitsfähig wäre. Damit steht fest, dass die Beschwerdeführerin in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht nicht über die von den C.____-Gutachtern attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit hinaus arbeitsunfähig ist. 8.

Die Beschwerdegegnerin nahm zur Errechnung des Invaliditätsgrades faktisch einen Prozentvergleich vor, was nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerdeführerin war nach der Ausbildung - ausser an der Stelle, bei welcher sie die Umschulung absolviert hatte und welche sie wegen Erkrankung des Chefs verlor - nie in der Tätigkeit als Buchhalterin tätig, weshalb sich das Valideneinkommen und das Invalideneinkommen entsprechen und der Invaliditätsgrad der Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit entspricht (sofern man für das Valideneinkommen zu Gunsten der Beschwerdeführerin auch das nach der Umschulung durch die Beschwerdegegnerin zu erwartende Einkommen einsetzen will). Für einen Abzug vom Tabellenlohn besteht keine Veranlassung, ist die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin (höherer Pausenbedarf aufgrund der muskuloskelettalen Beschwerden) bereits im attestierten Arbeitsunfähigkeitsgrad enthalten und bestehen keine weiteren massgeblichen Einschränkungen in einem Büroberuf.

Damit resultiert ein Invaliditätsgrad von 30 %, bei welchem Ergebnis die Beschwerdeführerin kein Anrecht auf eine Rente der Invalidenversicherung mehr hat (Art. 28 Abs. 2 IVG). Die diesbezügliche Beschwerde ist demnach abzuweisen. 9. 9.1

In Bezug auf die weiter im Streit stehenden Taxikosten für Fahrten zum Umschulungs-Arbeitsplatz vom 8. Mai bis 25. September 2007, für welche die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 15. Juni 2012 Kostengutsprache erteilt hatte (Verfügung vom 15. Juni 2012, Urk. 10/359), stellte die Beschwerdeführerin im Verlauf unterschiedliche Forderungen. So bezifferte sie die Auslagen am 2. Juli 2012 mit Fr. 30'000.-- (100 Taxifahrten jeweils hin und zurück à Fr. 300.--). Im vorliegenden Prozess beantragte sie die Zusprache von Fr. 23'343.--, wobei sie von Taxifahrten an 80 Tagen (à Fr. 300.--) ausging

und davon den bereits entrichteten Betrag von Fr. 657.-- abzog (Urk. 1 S. 6 f.). 9.2

Unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache erteilt hat und für die angefallenen Taxikosten aufkommen muss. Auch wenn der Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht ist, darf von einer beschwerdeführenden Partei - im Rahmen der Mitwirkungspflicht - verlangt werden, dass sie Belege für die von ihr gerügten Punkte beibringt (Urteil des Bundesgerichts 8C_668/2012 vom 26. Februar 2013 E. 6.2). Nachdem der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 18. Juli 2016 (Urk. 24) Frist zur Einreichung von Belegen für die geltend gemachten Taxi-Auslagen angesetzt worden war, liess sie sich nicht vernehmen und bezeichnete auch keine von ihr nicht bebringbaren Beweismittel. 9.3

Damit ist aufgrund der vorliegenden Akten zu entscheiden. Die Beschwerdeführerin brachte im vorliegenden Prozess vor, im gesamten Zeitraum vom 8. Mai bis 27. September 2007 (soweit arbeitsfähig) das Taxi benutzt zu haben (Urk. 1 S.

5). Im Verwaltungsverfahren hatte sie auf Aufforderung der Beschwerdegegnerin zur Einreichung von Belegen hin ausgeführt, die Rechnungen nicht mehr zu haben; jemand anderes habe für sie den Umzug gemacht und alles entsorgt (Urk. 10/363) .

Den Akten ist indes zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nicht an jedem Tag das Taxi benutzt hat. Ihr Arbeitgeber bestätigte am 21. Juli

2007 (Urk. 10/146 S. 8), dass sie sich nötigenfalls zur Arbeit schleppe, was nicht auf eine Benützung des Taxis schliessen lässt. In diesem Sinne teilte die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin am 9. August 2007 telefonisch mit, sie wälte den Arbeitsweg mit dem Auto, teilweise werde sie vom Sohn gefahren. An einzelnen Tagen habe sie wegen der Knie- und Fussbeschwerden das Taxi nehmen müssen. Grundsätzlich sei sie aber auch mit den öffentlichen Verkehrsmitteln gefahren (Urk. 10/153/2). Am 11. Dezember 2007 teilte sie mit, diesbezüglich offene Rechnungen von (lediglich) Fr. 3'000.-- zu haben (Urk. 10/210/8).

Auf den (von der Beschwerdeführerin ausgefüllten) Formularen „Rechnung für Reisekosten“ vermerkte sie für die massgebende Periode lediglich „Abo“-Kosten in der Höhe von Fr. 219.-- pro Monat, von Taxifahrten war keine Rede (Urk. 10/216/2-3). Dass dies den Grund im Umstand hatte, dass sie (einstweilen) von einer Kostenübernahme nur für die Auslagen bei Benützung des öffentlichen Verkehrs ausging (Urk. 1 S. 4 f.) , ist zweifelhaft. Angesichts der eindeutigen telefonischen Auskunft erscheint es auch als widersprüchlich, wenn sie nun beschwerdeweise geltend macht, der Sohn sei aufgrund seiner Schichtarbeit gar nicht in der Lage gewesen, sie zu fahren (Urk. 1 S. 5). 9.4

Fest steht, dass sich die Kostengutsprache nur auf effektiv angefallene Auslagen bezieht und keine separate Entschädigung für die Beschwerdeführerin bei Benutzung des eigenen Fahrzeugs oder der öffentlichen Verkehrsmittel zum Zweck hat. Bei der dargelegten Aktenlage kann die Beschwerdeführerin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darlegen, dass sie an jedem der geltend gemachten Tage das Taxi benutzt hat. Im Gegenteil steht für keinen einzigen Tag fest, dass dies der Fall war. Die Beschwerdegegnerin ist wohl kostenpflichtig für die angefallenen Taxikosten, wie hoch diese sind, ist indes nicht zu eruieren. Eine Entschädigung kann deshalb nicht zugesprochen werden, weshalb die entsprechende Beschwerde abzuweisen ist. 10. 10.1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Die unentgeltliche Rechtspflege kann nur gewährt werden, wenn die Rechtsvorkehr nicht aussichtslos ist. Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten (ex ante betrachtet) beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen finanziellen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde; eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet (BGE 133 III 614 E. 5 mit Hinweisen). 10.2

Die Argumentation der Beschwerdeführerin (in Bezug auf die Taxikosten) erschöpfte sich darin vorzubringen, an jedem Tag der beruflichen Massnahmen (soweit nicht krankheitsbedingt verhindert) das Taxi benutzt zu haben. Eine Auseinandersetzung mit den anderslautenden Akten erfolgte nicht. Belege brachte sie keine bei, auch nicht nachdem ihr im vorliegenden Verfahren Frist hierzu angesetzt und sie darauf hingewiesen worden war, dass die Beschwerde bei der aktuellen Aktenlage als aussichtslos erscheine. Objektiv gesehen waren die Gewinnaussichten der Beschwerde damit beträchtlich geringer als die Verlustgefahren. Die Beschwerde ist deshalb als aussichtslos zu bezeichnen und das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung von Rechtsanwältin Rita Arnold Haas vom 12. Januar 2015 (Urk. 1 S. 2) folglich abzuweisen. 10.3

Die

Kosten

des

Verfahrens

gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des

Verfahrens der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch der Beschwerdeführer in vom 12. Januar 2015 um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung durch Rechtsanwältin Rita Arnold Haas wird abgewiesen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde n werden abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Rita Arnold Haas unter Beilage einer Kopie von Urk.

E. 3.3

Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, verwies in seinem Gutachten vom 1. Juli 1996 (Urk. 10/13) in anamnestischer Hinsicht auf die Jugendzeit der Beschwerdeführerin in einer bürgerlichen Grossfamilie im G.____, ihre Heirat mit einem gewalttätigen Offizier, die Geburt zweier Söhne, die Scheidung samt Rückkehr zu ihren Eltern sowie die Übersiedlung in die Schweiz, die erneute Heirat und Geburt einer Tochter im Jahr 1990 (S. 2 und S. 3).

5). Er schilderte sodann die Klagen der Beschwerdeführerin im Sinne chronischer Schmerzen der Arme und Hände, Rücken- sowie Kopfschmerzen, psychische Niedergeschlagen- und Hoffnungslosigkeit. Angefangen habe alles während einer Anstellung in einem Altersheim mit Schwellungen der Finger und in der Folge Ausbreitung der Schmerzen (S. 3). Der Gutachter führte weiter aus, es bestehe ein labiles psychisches Gleichgewicht, das mittels Kontrolle aufrechtzuhalten versucht werde. Im kulturellen Milieu ihrer Herkunft sei sie sich dieser Kontrolle und ihrer eigenen Kontrollmöglichkeiten sehr sicher gewesen und habe diese gezielt und bewusst einzusetzen vermocht (S. 3).

4). Die Beschwerdeführerin komme sich vor wie eine Porzellanschüssel, die auf den Boden geworfen werde. In diesem Bild gebe es einen Aggressor: der die Schüssel zu Boden werfe, aber den sie nicht benennen könne. Sie sei die zerstörte Schüssel, zerbrochen, in Scherben. In diesem Bild drücke sich ihre Situation aus einem Apparat und Menschen gegenüber, die sie diffus, ungenau, unbewusst als Aggressoren erlebe, ohne über die Mittel zu verfügen, sich dagegen auflehnen, ja sie nicht einmal verstehen zu können (S. 6).

Gemäss Dr. F.____ leidet die Beschwerdeführerin an multiplen Schmerzsyndromen, die sich in somatischer Hinsicht nicht einordnen lassen. Er hielt weiter fest, die Beschwerdeführerin leide (neben und infolge und als Ursache dieser Schmerzen) unter depressiven Symptomen und Schlafstörungen. Depressive Symptome seien immer eine Folge eines gestörten Selbstbezugs und Selbstwertbezugs. Unter den Bedingungen ihrer Herkunftsfamilie sei ihr die Kontrolle gelungen, in der Schweiz hätten ihre Kontroll- und Abwehrmechanismen versagt; in diesem Moment sei an die Stelle der Kontrolle des (vermeintlichen) Aggressors die Identifikation mit diesem getreten und sie habe sich zur Unterwerfung gezwungen gefühlt (S. 7).

Der Gutachter diagnostizierte eine schwere anhaltende somatoforme

Schmerzstörung in Verbindung mit einer anhaltenden affektiven Störung: Dysthymie (S. 8)

und attestierte für die Tätigkeit als Coiffeuse eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit; sie sei in ihrer Arbeitsfähigkeit weitgehend behindert und unfähig, einer regelmässigen Tätigkeit ausser Haus nachzugehen (S. 9).

E. 4

Chronische diffuse Schulterschmerzen rechts mehr als links

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine Obesitas (S. 24).

E. 4.1

Im Rahmen des nun strittigen Revisionsverfahrens ergingen unter anderem folgende medizinische Einschätzungen.

E. 4.1.1

mit Hinweisen). Die Relevanz der sodann diagnostizierten Aktivierung eines chronischen Schmerzsyndroms (DD: anhaltend somatoforme Schmerzstörung) ist nachfolgend (E. 7) zu prüfen. Die Ärzte gingen angesichts der Befunde von einer langfristigen Arbeitsfähigkeit aus, wenn auch bei deutlich verminderter Belastbarkeit (Bericht vom 11. Mai 2010, Urk. 10a/1/72-74 S. 1 und S. 3). 6.3.4

Zum im Raum stehenden mittelgradigen depressiven Geschehen ist festzuhalten, dass laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1; 9C_667/2013 vom 29. April 2013 E. 4.3.2; 9C_917/2012 vom 14. August 2012 E. 3.2 und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Daran hat auch BGE 141 V 281 nichts geändert (Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2).

Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung ist allerdings nicht schlechthin auszuschliessen; deren Annahme bedingt nach den höchstrichterlichen Vorgaben jedoch, dass es sich nicht bloss um die Begleitscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt (Urteile des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E.

E. 4.2.1

Die Z. ___-Ärzte stellten in ihrem Gutachten vom 2. September 2008 (Urk. 10/226) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23): 1.

Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle - freie Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte 2.

Chronische Fusschmerzen links mehr als rechts -

Status nach Lapidus-Operation beidseits bei Hallux valgus beidseits am 20. Januar 1997 -

Status nach Re-Arthrodesen Strahl I/II mit Spongiosaplastik aus dem rechten Beckenkamm und zu klappenden Osteotomie Metatarsale I am 7. Juli 1997 -

Status nach Entfernung des Osteosynthesematerials, Arthrodesen

Cuneiforme mediale/intermedius, intermedius/laterale, TMT (Tarso-Metatarsale) II/III und Chevron-Osteotomie links am 25. September 2007 -

fehlender ossärer

Durchbau an TMT II, TMT III und zwischen den Ossa cuneiformia links -

vollständiger ossärer

Durchbau rechts 3.

Mässige Gonarthrose und ventrale Instabilität Knie rechts

E. 4.2.2

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aus orthopädischer Sicht wirkten sich das chronische panvertebrale Schmerzsyndrom, die chronischen, linksbetonten Fusschmerzen, die mässige Gonarthrose sowie chronischen diffusen Schulterschmerzen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus. Körperlich vorwiegend mittelschwere und schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sowie Tätigkeiten, welche wiederholte Arbeiten über Kopfhöhe erforderten oder vor allem stehend und gehend ausgeübt würden, seien der Beschwerdeführerin nicht zumutbar. Für körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten, welche während ca. der Hälfte der Arbeitszeit im Sitzen ausgeübt werden könnten, bestünden keine Einschränkungen. Für eine derart adaptierte Tätigkeit bestehe eine vollumfängliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 25).

E. 4.2.3

In psychiatrischer (wie auch internmedizinischer oder anderweitiger somatischer) Hinsicht verneinten die Ärzte eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bei Fehlen von entsprechenden Befunden oder Diagnosen (S. 25). Im psychiatrischen Teilgutachten vermerkte Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, die psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren (zwei Scheidungen mit teilweise Gewalterfahrungen in der Ehe, Gefängnisaufenthalt im G.____, Wohnhaus mit Hypothek belastet, Inanspruchnahme finanzieller Hilfe von den Eltern, Schulden) drückten sich auch in körperlichen Schmerzen aus. Diagnostisch handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Dadurch komme es zur psychischen Überlagerung der somatisch nicht hinreichend objektivierbaren Schmerzen. Die Beschwerdeführerin habe nach den Akten im Rahmen beruflicher Massnahmen in einem 50 % -Pensum als Büroangestellte in der Praxis I.____ gearbeitet, wobei sie 2006 die Bürofachdiplom-Prüfung nicht bestanden habe. Ab Januar 2008 habe sie eine feste Anstellung erhalten, die ihr infolge Erkrankung ihres Chefs gekündigt worden sei mit Lohnfortzahlung bis August 2008. Daneben erhalte sie Alimente von ihrem Ex-Mann. Im Haushalt verrichte sie nur wenige Arbeiten selber wegen Schmerzen. Sie erhalte Hilfe von ihrer Tochter. Auch eine Kollegin helfe mit und eine Nachbarin gehe jeweils mit dem Hund spazieren. Es sei ihr aber auch möglich, kleinere Einkäufe selbständig zu verrichten. Sie fahre auch selber mit dem Auto, beispielsweise heute alleine zur Untersuchung nach J.____. Sie habe einen Freund, mit dem sie sich jeweils treffe. In der Nacht könne sie manchmal nicht gut schlafen und habe deswegen ein Medikament erhalten. In den gerade verbrachten Ferien in der Heimat habe sie es problemlos abgesetzt, weil sie dort gut schlafen könne. Gegen Schmerzen erhalte sie auch ein Opioid-Analgetikum (S. 12 f.).

Die Beschwerdeführerin habe die Absicht, sich wieder eine Arbeit zu suchen, und hoffe auf eine Anstellung im Bürobereich. Sie sehe sich aber nicht mehr als wie bisher in einem 50 % -Pensum arbeitsfähig. Sie begründe dies hauptsächlich mit ihren Schmerzen. Sie sei nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, gegenwärtig erhalte sie keine antidepressive Medikation. Nach ihren Angaben sei sie in der Zeit nach der Trennung von ihrem zweiten Ehemann in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, gewesen. Damals habe sie auf eine antidepressive Medikation nach ihren Angaben mit starken sedativen Nebenwirkungen reagiert. Sie leide manchmal unter traurigen Verstimmungen. Depressive Symptome seien derzeit aber nicht genügend ausgeprägt für die zusätzliche Diagnose einer depressiven Störung. Auch eine posttraumatische Belastungsstörung könne nicht diagnostiziert werden, da die typischen Merkmale wie das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden

Erinnerungen ebenso wie die emotionale Stumpfheit fehlten. Ausser einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Aufgrund der aus geprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung sei die Prognose ungünstig (S. 13).

Dr. H.____ befand die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht als nicht eingeschränkt und ergänzte, es bestünden keine Hinweise auf eine manifeste affektive Störung, es lägen auch keine Hinweise auf unbewusste Konflikte vor, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht gegeben. Daher könne es der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, ihrer häuslichen oder einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags nachzugehen. Die Beschwerdeführerin leide in ihrem Alltag nicht unter deutlichen psychopathologischen Symptomen. Bei der aktuellen Untersuchung hätten ebenfalls keine psychopathologischen Symptome festgestellt werden können, welche die Diagnose einer zusätzlichen psychischen Störung begründen würden. Sie habe verschiedene operative Eingriffe hinter sich, die Schmerzen hätten sich trotz Behandlung nicht gebessert und sich ausgeweitet. Dadurch sei sie psychisch enttäuscht. Es bestünden lebensgeschichtliche Enttäuschungen und Traumatisierungen, die möglicherweise reaktiviert worden seien. Lediglich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ohne deutliche psychische Komorbidität begründe aber keine Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen (S. 13 f.).

Zur früheren Einschätzung durch Dr. F.____ bemerkte der Z.____ -Experte, bei der aktuellen Untersuchung seien die depressiven Symptome nicht genügend ausgeprägt gewesen für die Diagnose einer solchen Störung. Es sei aber nicht ausgeschlossen, dass die Beschwerdeführerin früher unter depressiven Symptomen gelitten habe (damalige Diagnose: Dysthymie). Er führte weiter aus, die aufgeführte Arbeitsunfähigkeit für ausserhäusliche Erwerbstätigkeiten könne aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Die Beschwerdeführerin verrichte durchaus einfache Tätigkeiten im Haushalt, so besorge sie auch kleinere Einkäufe, fahre selber mit dem Auto, Flugreisen seien möglich, sie erhalte Hilfe im Haushalt von einer Kollegin und habe auch Kontakte zu einer Nachbarin, die mit ihrem Hund spazieren gehe. Zu ihrem Freund habe sie eine gute Beziehung. Ein schwerer sozialer Rückzug liege ebenso wenig vor wie ein emotionaler Rückzug. Intentionalität und Antrieb seien nicht vermindert. Sie lese gerne, Ferienreisen in die Heimat unternehme sie ohne grössere Schwierigkeiten, Selbstwertregulation und Regressionsfähigkeit seien erhalten. Ebenso sei die Abwehrorganisation nicht gestört. Konzentrationsstörungen lägen nicht vor. Die gelegentlichen nächtlichen Schlafschwierigkeiten seien auch durch die Schmerzen bedingt. Sie zeige keine auffälligen Persönlichkeitszüge. Es bestehe zwar ein mehrjähriger Verlauf mit einer Chronifizierungstendenz, sie erhalte aber keine antidepressive Medikation und sei nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Durch eine adäquate Medikation könnten die nächtlichen Schlafschwierigkeiten gebessert und eine gewisse Schmerzdistanzierung erreicht werden. Daher könne es ihr aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, in einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags zu arbeiten (S. 14 f.).

E. 4.3

Der seit 1. September 2009 behandelnde Chiropraktor

Dr. L.____ diagnostizierte mit Bericht vom 16. Februar 2010 (Urk. 16/3/3) einen Zustand nach HWS-Distorsionsstrauma vom 19. Februar 2009, eine Supraspinatussehnenruptur (Arthro -MRI vom 17. November 2009), eine Partialruptur des

Musculus

gluteus

medius rechts mit begleitender Bursitis trochanterica (MRI vom 6. Januar 2010) sowie ein Lumbovertebralsyndrom bei aktivierter Osteochondrose und Spondylarthrose der LWS. Er beschrieb eine komplexe Problematik mit mehrfach traumatischer physischer und psychischer Schädigung, begleitet von postoperativen, degenerativen und rheumatischen Beschwerden sowie einer schwierigen psychosozialen Situation. Aktuell besteht in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit, welche längeres Sitzen und Büroarbeit beinhaltet, keine Arbeitsfähigkeit.

E. 4.4

Dr. med. M.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Psychotherapeutin N.____ berichteten am 13. April 2010 (Urk. 16/3/4) über die seit 5. November 20

E. 09

dauernde psychotherapeutische Behandlung und verwiesen auf die Vorbehandlung im O.____ von Mai bis Oktober 2009 (mit stationär bedingten Unterbrüchen) und die nach drei Tagen abgebrochene Therapie in der

P.____ im November 2009 sowie die stationären Aufenthalte in der Q.____ (Mai bis Juni 2009) und in der R.____ (Juni bis Juli 2009). Sie diagnostizierten ein mittelgradig depressives Syndrom im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung seit dem Autounfall vom 19. Februar 2009, Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände (Wohnortwechsel, finanzielle Probleme, keine beruflichen Perspektiven, Autonomieverlust) sowie eine Aktivierung eines chronischen Schmerzsyndroms (Differenzialdiagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung).

Die Therapeutinnen schilderten geklagtes Wiedererleben des Unfallgeschehens (Flashbacks und Alpträume), Vermeidungsverhalten (Stress beim Autofahren), teilweise Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte des Unfallereignisses erinnern zu

können, anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung, innere Anspannung und Unruhe, Schlafstörungen, Angstzustände, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, anhaltende Kopfschmerzen. Laut ihren Ausführungen habe sich das Leben der Beschwerdeführerin als aktive Frau seit dem Unfallgeschehen stark verändert. Sie habe das Gefühl, keine Perspektive mehr zu haben, fühle sich hoffnungslos, deprimiert und als grosse Belastung für ihr soziales Umfeld. Die unklaren Amnesien und Zustände der Bewusstlosigkeit verunsicherten sie stark, so dass sie sich kaum traue, alleine zu sein. Starke Kopfschmerzen und verschiedene schmerzbedingte körperliche Beeinträchtigungen behinderten sie. Trotz verschiedenen Therapien sei für sie keine Verbesserung des Leidens zu erkennen.

Die Therapeutinnen attestierten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin bei einem Rechtsanwalt im Rahmen der IV-begleiteten Umschulung und Hinweis auf die seit August 2008 bestehende Arbeitslosigkeit. Aufgrund der bestehenden Problematik sei eine langfristige Arbeitsunfähigkeit bei deutlich

verminderter Belastbarkeit gegeben. 4. 5 4. 5 .1

Die Gutachter der C.____ stellten in ihrem Gutachten vom 2. Juni 2014 (Urk. 10a/61) folgende Diagnosen mit Relevanz für die angestammte Tätigkeit (angelernete Tätigkeit als Buchhalterin ohne Abschluss, S. 27): 1.

Chronisches zervikospondylogenes und lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom, Brachialgie links -

Fehlhaltung der Wirbelsäule -

degenerative Veränderungen (Osteochondrose und Spondylarthrose der HWS und der LWS [Lendenwirbelsäule]) -

muskuläre Dysbalance -

keine Hinweise auf radikuläre Symptomatik noch auf primär-entzündliche Affektion der Wirbelsäule 2.

Chronischer Schulterreizzustand links -

Status nach Kontusion bei Sturz im Sommer 2013 -

Partialruptur der Supraspinatussehne (MRI Befund vom 20. November 2013) 3.

Dekompensierter Senk-/Spreizfuß links -

Status nach zweimaligem operativem Eingriff wegen Hallux

valgus und postoperativer Pseudarthrose -

Fehlender ossärer

Durchbau an TMT II und TMT III sowie zwischen den Ossa cuneiformia links -

Arthrose zwischen Os naviculare und Ossa

cuneiformia links

Als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Status nach Commotio cerebri am 19. Februar 2009 ohne Folgen, eine HWS-Distorsion QTF (Quebec Task Force) Grad 1, einen Status nach Carpaltunnelsyndrom-Operation rechts, anamnestisch ein Carpaltunnelsyndrom links, anamnestisch angegebene rezidivierende Bewusstseinsstörungen ohne Hinweis für iktale Genese, eine Impingement-Symptomatik an der rechten Schulter, einen Status nach transmuraler

Supraspinatussehnenruptur rechts, einen Status nach mehrmaligen operativen Eingriffen am rechten Vorfuß wegen Hallux

valgus und postoperativer Pseudarthrose, ein weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom am Schultergürtel unklarer Genese sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung (histrionische, narzisstische Züge) ohne Krankheitsrelevanz. 4. 5 .2

Aus den einzelnen Fachbereichen schilderten die Experten in internistischer Hinsicht keine eigenständige Erkrankung.

Aus neurologischer Sicht wurde die dargestellte Schmerzsymptomatik als nicht plausibel objektivierbar qualifiziert unter dem Hinweis, dass keine über das rheumatologische

Fachgebiet hinausgehende zusätzliche Beeinträchtigung habe festgestellt werden können.

Aus rheumatologischer Optik attestierten die Spezialisten eine schmerzbedingte Leistungseinschränkung von 30 % (vermehrter Pausenbedarf) unter Hinweis auf die deutliche allgemeine Dekonditionierung und angesichts der unklaren reperierten Stürze mit wiederholt aktivierten Schmerzzuständen zervikal und im Schulterbereich.

In psychiatrischer Hinsicht wurde festgestellt, dass anlässlich der Untersuchung weder eine affektive Störung, ein kognitives Defizit, eine psychotische Störung noch eine somatoforme Schmerzstörung vorlägen. Auch retrospektiv ergäben sich dafür keine sicheren Anhaltspunkte. Im Vordergrund stehe eine narzisstische Persönlichkeit, welche auch histrionische Anteile enthalte. Eine versicherungsmmedizinische Relevanz lasse sich daraus jedoch weder gegenwärtig noch retrospektiv ableiten. Die Beschwerdeführerin habe bislang nur sporadisch eine medikamentöse psychopharmakologische Behandlung erhalten, eine analgetische Therapie werde gegenwärtig nicht durchgeführt (Medikamentenspiegel), auch wenn die Beschwerdeführerin dies bei der Untersuchung beteuere.

Zusammenfassend attestierten die Gutachter (einzig) aus rheumatologischer und damit interdisziplinärer Sicht eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 25 f.). 4. 5. 3

Im psychiatrischen Teilgutachten verwies Dr. med. S.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, auf von der Beschwerdeführerin beklagte traumatische Zustände seit dem Unfall im Jahr 2009, sie habe tags und nachts Alpträume. Sodann habe die SUVA ihre Zahlungen im Sommer 2013 eingestellt, gegenwärtig lebe sie noch von etwa Fr. 4'000.-- (Unterhalt sowie Ausbildungszulage für die Tochter vom geschiedenen Ehemann). Sie habe sodann sehr hohe Schulden von Fr.

E. 12

seien inzwischen 14 Monate nach potentiell auslösendem Ereignis keine wesentlichen Unfallfolgen mehr anzunehmen (S. 2). 6.1.5

Nach einem Sturz am 31. März 2010 wurde die Beschwerdeführerin im Spital CC.____ behandelt. Die verantwortliche Ärztin führte zur Beschreibung der Becken-CT-Aufnahmen vom 24. Mai 2011 (Urk. 10/328/49) – durchgeführt zur Abklärung der Konsolidierung der damals erlittenen Beckenfraktur – aus, im Bereich der im MR diagnostizierten Frakturen des Os sacrum auf Höhe SW5/ SW4 sei residuell nur eine kleine Einkerbung an der ventralen Kontur SW5 erkennbar. Die Frakturlinien seien im CT aktuell nicht erkennbar. Es bestünden keine sekundäre Dislokation und keinerlei Hinweis für eine Pseudoarthrose. 6.1.6

Am 11. April 2011 (Urk. 10a/1/36-56) berichtete SUVA-Versicherungsmedizinern

Dr. med. DD.____, Fachärztin für Neurologie FMH, über ihre Untersuchung vom 16. März 2011 und hielt fest, für die Schulterschmerzen rechts sei bereits im Jahr 2004 als Ursache eine Ruptur der Supraspinatussehne nachgewiesen worden (vgl. hierzu Bericht von Dr. med. Y.____, Innere Medizin FMH, vom 24. Juli 2004, Urk. 10/53/5). Die behandelnden Kollegen von der V.____ hätten die Läsion auf den Sturz vom 7. September 2009 zurückgeführt, da die Beschwerdeführerin angegeben habe, sich nicht daran erinnern zu können, vor dem Sturz bereits Schulterprobleme gehabt zu haben. Dies stehe in deutlicher Diskrepanz zu den vorliegenden Unterlagen (S. 19 f.). 6.1.7

SUVA-Kreisarzt Dr. med. EE.____, Facharzt für Chirurgie FMH, berichtete am 20. Juni 2013 (Urk. 10a/22/58-64) über seine Abschlussuntersuchung vom selben Tag und verwies vorweg auf die anlässlich der drei Unfälle zugezogenen Verletzungen (BWK12-Processus spinosus -Spitzenfraktur, Comotio cerebri, multiple Kontusionen, HWS-Distorsion, aktivierte Arthrose der Wirbelsäule, Schulter, Hüfte und Knie). Dazu hielt er fest, bei den drei Unfällen seien keine wesentlichen Verletzungen entstanden. Bei der aktuellen Untersuchung zeige sich eine schwer leidende Beschwerdeführerin mit nicht nachvollziehbaren Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule und der unteren Extremitäten. Aufgrund der genannten Traumata erkannte Dr. EE.____ keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Buchhalterin (S. 6). 6.2

Der geschilderte Ablauf zeigt, dass die bei den verschiedenen Unfällen zugezogenen Verletzungen zu keinen bleibenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (von mindestens einem Jahr, Art. 28 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] in Verbindung mit Art. 29 bis

der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] e contrario) führten. Die Processus spinosus Spitzenfraktur BWK12 heilte zeitgerecht ab und zeigte auf den entsprechenden Bildern nach

E. 14

Monaten keine wesentlichen Auffälligkeiten mehr (E).

5.1.4). Anlässlich der erlittenen HWS-Distorsion konnten keine strukturellen Verletzungen nachgewiesen werden und auch neurologisch zeigten sich keine Auffälligkeiten (E).

5.1.2). Ob sich die Beschwerdeführerin die geschilderte Schulterverletzung anlässlich des Unfalls vom 7. September 2009 zugezogen hat, ist fraglich. Wohl wurde im entsprechenden Radiologiebericht eine Supra spinatussehnenläsion beschrieben, doch bestand eine solche bereits im Jahr 2004 (E. 5.1.2 und E. 5.1.6). Entsprechende Einschränkungen wurde von den Z.____-Ärzten jedenfalls berücksichtigt, was zur Beschreibung eines eingeschränkten Stellenprofils führte. Die Hüftverletzung heilte sodann ebenfalls zeitgerecht ab, war doch auf den CT-Bildern 14 Monate nach dem Sturz nur noch eine kleine Einkerbung sichtbar, die Frakturlinien waren nicht mehr erkennbar, es bestand keine Dislokation und auch das Vorliegen einer Pseudarthrose wurde verneint. 6.3 6.3.1

In psychiatrischer Hinsicht ist vorauszuschicken, dass die Z.____-Ärzte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostizierten und zudem auf verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren verwiesen (E. 4.2.3). Die zwischenzeitlich behandelnden Ärzte diagnostizierten ein mittelgradig depressives Syndrom im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände (E. 4.4 und Urk. 10/292/11). 6.3.2

C.____-Gutachter Dr. S.____ verneinte im Jahr 2014 das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung und begründete dies einlässlich. Zur gestellten Diagnose ist grundsätzlich festzuhalten, dass eine solche anerkannt wird, wenn sie als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses entsteht, die in fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder der Umstand, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst

Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen zu sein. Diese Störung soll nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine „wahrscheinliche“ Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als sechs Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch, und es kann keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden (ICD-10 F43.1; Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2014, S. 207 f.).

Beim fraglichen Auffahrunfall vom 19. Februar 2009 fuhr die Beschwerdeführerin auf der Autobahn und musste wegen sich verdichtendem Verkehr abbremsen. Ein nachfolgender Lenker, welcher die Spur wechseln wollte und eine Lücke suchte, übersah dies und prallte auf das Fahrzeug der Beschwerdeführerin (Urk. 10/276/121). Sie musste durch die Feuerwehr aus ihrem Auto geborgen werden und wurde per Rega ins Spital geflogen (Urk. 10/276/125). Die Ärzte trafen bei Eintritt auf eine voll orientierte Beschwerdeführerin, stellten keine Verletzungen der Haut, Hämatome, Prellmarken oder Schürfwunden fest und schlossen mittels CT-Traumaspirale und Schädel CT traumatische Läsionen aus. Die klinisch-neurologische Überwachung verlief ereignislos und unter entsprechender Analgesie konnte die Beschwerdeführerin zunehmend mobilisiert werden. Am 25. Februar 2009 konnte sie in deutlich gebesserten Allgemeinzustand entlassen werden (E.____-Bericht vom 25. Februar 2009, Urk. 10/276/140-141).

Angesichts dieser echtzeitlichen Schilderungen erscheint es mehr als fraglich, ob der Unfall überhaupt geeignet war, eine posttraumatische Belastungsstörung hervorzurufen. Bei objektiver Betrachtung handelte es sich um einen Unfall mittleren Schweregrades, bei welchem sich die Beschwerdeführerin keine relevanten Verletzungen zuzog. Einzig kritischer Aspekt war, dass sie von der Feuerwehr aus dem Fahrzeug befreit werden musste. Es besteht indes keine Hinweise dafür, dass sie eingeklemmt war. Vielmehr dürfte sie durch den Aufprall die Tür verbogen haben, weshalb sie sich nicht mehr öffnen liess. Die Ärzte führten denn auch nicht aus, aus welchen Gründen der Unfall ein katastrophenartiges Ausmass angenommen haben sollte, welches in fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. 6.3.3

Wie dem auch sei, ist jedenfalls keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit auf Grund der durch den Unfall verursachten psychischen Belastung ausgewiesen. Die nachbehandelnden Ärzte der Psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis FF.____ diagnostizierten (von Relevanz) alsbald nurmehr ein mittelgradig depressives Syndrom im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung seit dem Autounfall. Die weitere Diagnose „Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände“ ist eine Z-Diagnose, welche rechtsprechungsgemäss nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fällt (Urteil des Bundesgerichts 9C_780/2014 vom 2. Juni 2015 E).

E. 19

- Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes

gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubSonderegger

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