

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00339 vom 13. Juni 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00339](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00339)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00339 du 13 juin 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00339 del 13 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie 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).

### **E. 1.2**

Nachdem X.\_\_\_\_ im Fragebogen für die amtliche Revision der Invalidenrente am 12. November 2008 (Urk. 6/36) angegeben hatte, dass ihr Gesundheitszustand gleich geblieben sei, klärte die IV-Stelle wiederum die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und liess eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, durchführen (Gutachten vom 16. Juli 2009, Urk. 6/44). Mit Vorbescheid vom 2. September 2009 (Urk. 6/48) kündigte die IV-Stelle die Aufhebung der Rente an, wogegen die Versicherte am 12. November 2009 Einwand erhob (Urk. 6/54). Mit Verfügung vom 5. Januar 2010 stellte die IV-Stelle - gestützt auf einen errechneten Invaliditätsgrad von 8 % - die Rentenleistung per Ende Februar 2010 ein (Urk. 6/58). Die dagegen am 4. Februar 2010 erhobene Beschwerde (Urk. 6/60/3-8) wurde mit Urteil IV.2010.00136 vom 7. Dezember 2010 in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 5. Januar 2010 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde, damit diese - nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen - über den Rentenanspruch von X.\_\_\_\_ neu verfüge (Urk. 6/65).

#### **E. 1.2.1**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die

Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.2.2**

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine vergleichbare Störung ohne erkennbare organische Ursache begründet als solche noch keine Invalidität. Nach der bisherigen Rechtsprechung bestand eine Vermutung, dass die somatoforme

Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Danach konnten bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügte. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

### **E. 1.2.3**

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. 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. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Die Anerkennung eines renten begründenden 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 beweislustige versicherte Person zu tragen (E. 6).

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 eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

### **E. 1.3**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.4**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

## E. 1.6

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehleinschätzungen notwendig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

### 2.1

Das hiesige Gericht kam im Urteil IV.2010.00136 vom 7. Dezember 2010 (Urk. 6/65) betreffend die Beschwerde gegen die rentenaufhebende Verfügung vom 5. Januar 2010 (Urk. 6/58) zum Schluss, dass aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht - gestützt auf das überzeugende psychiatrische Gutachten von Dr. A. \_\_\_ vom 16. Juli 2009 (Urk. 6/44, vgl. dort

E. 3.5.2) - keine Anzeichen mehr für eine Krankheitswertigkeit der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten psychischen Problematik bestehe. Hinsichtlich der somatischen Beschwerden erweise sich der medizinische Sachverhalt aber noch ergänzungsbedürftig.

Die Sache wurde deshalb an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen zurückgewiesen. Die ausführliche Begründung ergibt sich aus E. 3 des zitierten Urteils, weshalb darauf verwiesen wird.

Zu prüfen ist deshalb, ob seit dem Einspracheentscheid vom 18. Januar 2005 (Urk. 6/30) bis zum Erlass der Verfügung vom 5. Januar 2010 (Urk. 6/58) eine revisionsrechtlich erhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, welche die Aufhebung der Rente per Ende Februar 2010 rechtfertigt, und ob seither keine rentenerhebliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse mehr erfolgte.

### 2.2 2.2.1

Im Nachgang zum Rückweisungs-Urteil IV.2010.00136 vom 7. Dezember 2010 liess die Beschwerdeführerin die Beschwerdeführerin polydisziplinär (rheumatologisch, internistisch und psychiatrisch) begutachten (B. \_\_\_ -Gutachten vom 16. August 2011, Urk. 6/74). Im eingeholten Gutachten wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit genannt:

-

Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die linke Extremität (ICD-10: M 54.5)

-

radiomorphologisch

bekannte Übergangsanomalie mit

Hemisakralisation von L5 links und Nearthrose L5/S1 links

-

Status nach multip len, mei st nur kurz wirksamen

Schmerzinfiltrationen L5/S1 links (zuletzt Februar 2010)

-

Wirbelsäulenfehlform/Wirbelsäulenfehlhaltung (betonte Lendenlordose, Schulterhochstand rechts, betonte Kyphosierung im zervikothorakalen Übergang)

-

muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominalen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen

-

Verdacht auf beginnende mediale Gonarthrose (ICD-10: M 17.1) links bei Genua vara -Fehlstellung

DD: mediale Meniskusläsion, Ansatzentzündung

Pes

anserinus

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen:

-

Metabolisches Syndrom

-

medikamentös behandelte arterielle Hypertonie (ICD-10: I 10)

-

Adipositas (BMI 33 kg/m<sup>2</sup>, ICD-10: E 66.0)

-

Hyperurikämie (ICD-10: E 79.0)

-

## Warthin -Tumor (ICD-10: D 11.9)

Aufgrund der objektivierbaren pathoanatomischen Veränderungen im lumbosakralen Übergang könnten die seit bald 30 Jahren von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden am Beckengürtel mit Ausstrahlung in die linke untere Extremität gut erklärt werden, doch bestünden klinisch keine Hinweise für Kompressionen von neuralen Strukturen. Der weitere rheumatologische Status sei komplett unauffällig. Die Beschwerdeführerin habe über Jahre stets als Montagearbeiterin/ Lötlerin bei verschiedenen Arbeitgebern, zuletzt bis im Januar 2003 gearbeitet. Eine eigentliche angestammte berufliche Tätigkeit im Sinne eines Berufes bestehe nicht. Die letzte berufliche Tätigkeit könne - anhand der detaillierten Arbeitsplatzbeschreibung seitens des Arbeitgebers - als eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit mehrheitlich manuellen Verrichtungen mit den Händen interpretiert werden. Aus rein somatisch orientierter Sicht könne festgestellt werden, dass diese zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit ohne Einschränkung in der freien Wirtschaft möglich sein sollte, sofern folgende qualitativen Arbeits- platzbedingungen eingehalten würden: wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitive Rotationsbewegungen der LWS und ohne Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneigeposition sowie ohne Heben, Stossen, Ziehen und Tragen von Lasten über 10 Kilogramm; in mehrheitlich sitzender Arbeitsposition beständen dagegen keine Einschränkungen weder für fein noch grob manuell verarbeitende Tätigkeiten mit den Händen. Eine körperlich regelmässig mittelschwer bis schwer belastende Tätigkeit könne der Beschwerdeführerin hingegen nicht zugemutet werden.

Aus allgemeininternistischer Sicht könne ein metabolisches Syndrom festgestellt werden, welches sich jedoch insbesondere bei einer Adipositas Grad I nicht relevant auf die gesamte Arbeits- und Leistungsfähigkeit negativ auswirke.

Die psychiatrische Evaluation ergebe keine eigenständige Morbidität. Im psychiatrischen Befund seien sämtliche Qualitäten regelrecht gewesen und Psychopathologika

hätten nicht objektiviert werden können. Ergänzend könne festgestellt werden, dass der Medikamentenspiegel des nach Angaben der Beschwerdeführerin regelmässig eingenommenen Sertralins deutlich im nicht-therapeutischen Bereich liege.

Dementsprechend seien die Äusserungen der Beschwerdeführerin in Bezug auf ihre depressive Verstimmung mit Vorsicht zu geniessen. Zusammenfassend könne auch auf dem psychiatrischen Fachgebiet keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden.

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe daher für die zuletzt ausgeübte und jegliche weitere in der freien Wirtschaft verwertbare, leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeit eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Einzig körperlich regelmässig mittelschwer bis schwer belastende Tätigkeiten seien nicht möglich. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass diese Einschätzung mit Sicherheit ab Datum dieses Gutachtens gelte. Weiter sei anzunehmen, dass in den letzten Jahren keine höhergradige Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit weder aus psychiatrischer noch rheumatologischer Sicht vorgelegen habe, wobei im weiteren Zeitverlauf eine retrospektive Beurteilung zunehmend schwieriger werde. Einzig für den Zeitraum 2003 und 2004 sei in den vorliegenden Unterlagen von einer höher gradigen Arbeitsunfähigkeit bei Depressionen auszugehen, wobei dieser Grad retrospektiv nicht genau festgelegt werden

könne. Mit hoher Wahrscheinlichkeit bestehe die aktuelle Arbeitsfähigkeit seit der letzten psychiatrischen Begutachtung durch Dr. A.\_\_\_\_ im Juli 2009.

Die üblich anfallenden Haushaltstätigkeiten könnten in eigener Zeiteinteilung in Ergänzung zu einer normalen beruflichen Tätigkeit in der freien Wirtschaft verrichtet werden. Dass die Beschwerdeführerin die Haushaltstätigkeiten im Wesentlichen durch ihren berufstätigen Sohn und dessen Ehefrau durchführen lasse, könne nicht adäquat begründet werden, sondern spreche für eine ausgeprägte subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und eine deutliche Selbstlimitierung, was keinen eigentlichen Krankheitswert darstelle. Insgesamt bestehe aus rheumatologisch-internistischer und psychiatrischer Sicht eine deutliche Diskrepanz zwischen der subjektiv vorgetragenen Beschwerdesymptomatik und den objektivierbaren erheblichen klinischen Befunden. Die Selbsteinschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit sei aus gutachterlicher Sicht in keiner Art und Weise zu begründen. Dem entsprechend beständen deutliche Inkonsistenzen in Bezug auf den objektivierbaren Befund und den geschätzten Leidensdruck. Aufgrund der subjektiv ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und der deutlichen Selbstlimitierung könnten auch keine beruflichen Massnahmen empfohlen werden. 2.2.2

Zu den im Rahmen des Einwandverfahrens eingereichten Berichten des medizinischen Zentrums C.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2011 (Urk. 6/89) und vom 19. April 2012 (Urk. 6/105), wonach die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei, nahmen die B.\_\_\_\_-Gutachter am 15. Mai 2012 (Urk. 6/109) und am 11. Oktober 2012 (Urk. 6/115) eingehend Stellung. Darin hielten sie an der gutachterlichen Beurteilung vollumfänglich fest. Sie wiesen darauf hin, dass im Oktober 2012 (nach Ablauf von bald 1.5 Jahren seit der Untersuchung) eine Veränderung sowohl in somatischer wie auch in psychiatrischer Hinsicht nicht gänzlich auszuschliessen sei. 2.3

### 2.3.1

Das polydisziplinäre B.\_\_\_\_-Gutachten vom 16. August 2011 (Urk. 6/74) basiert auf einer umfassenden internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die begutachtenden Ärzte haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Dem polydisziplinären Gutachten kommt daher grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.6). 2.3.2

Der psychiatrische Gutachter schloss aufgrund der aktuellen Befundlage die Diagnose einer psychischen Störung mit Krankheitswert aus und verwies dabei auf die Nichteinnahme des verschriebenen Medikaments Sertralin. Diese Beurteilung, wonach aktuell sowie seit Juli 2009 keine depressive Symptomatik mehr besteht, überzeugt auch angesichts der Übereinstimmung mit der durch das Gericht als beweiskräftig gewürdigten Einschätzung des Vorgutachters

Dr. A.\_\_\_\_

(vgl. E. 3.5.2 im Urteil IV.2010.00136 vom 7. Dezember 2010, Urk. 6/65).

Der Rheumatologe stellte fest, dass der Gesundheitsschaden, welcher sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt, mit den dargelegten Diagnosen ausgewiesen ist. Er führte jedoch schlüssig aus, dass diese Beschwerden seit jeher einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit wie der angestammten als Montage-Arbeiterin nicht entgegenstehen.

Die Gutachter beschrieben nachvollziehbar eine deutliche Diskrepanz zwischen der subjektiv vorgetragenen Beschwerdesymptomatik und den objektivierbaren klinischen Befunden ,

die ausgeprägte subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung sowie die deutliche Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin .

Auch die Berichte des medizinischen Zentrums C.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 6/89 und Urk. 6/105) vermögen

an dieser Einschätzung nichts zu ändern . 2.4

Zusammenfassend kann aufgrund der überzeugenden Feststellungen im polydisziplinären B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 16. August 2011 (Urk. 6/74) ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass - aus damaliger Sicht - der Beschwerdeführerin seit jeher auch in somatischer Sicht eine leidensangepasste (körperlich leichte und wechselbelastende) und entsprechend auch die bisher ausgeübte Tätigkeit zu 100 % zumutbar gewesen war .

Folglich erweist sich die Aufhebung der Rente per Ende Februar 2010 - wie sie mit Verfügung vom 5. Januar 2010 (Urk. 6/58) verfügt wurde - als rechtens.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Fraglich bleibt aber , ob seit dieser Rentenaufhebung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Februar 2015 (Urk. 2), die die zeitliche Grenze für die richterliche Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220; 129 V 167 E. 1 S. 169), ein neuer Rentenanspruch der Beschwerdeführerin entstanden ist.

#### **E. 3.2**

Das MEDAS-Gutachten vom 12. Februar 2014 (Urk. 6/133) nannte in seiner polydisziplinären (internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch)

Expertise folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit:

-

Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links mit pseudoradikulärer Reizsymptomatik bei

-

Fehlstatik mit Haltungsinsuffizienz und teilfixiertem Hohl-

## Rundrücken

-

muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung

-

Dauerüberlastung infolge Adipositas

-

polysegmentale n Segmentdegenerationen

-

Übergangsanomalie mit Sakralisation des 5. Lendenwirbels mit

-

rudimentär ausgebildeter Bandscheibe

-

Nearthros -Bildung beidseits

-

A ktuell atypische, mittelgradige depressive Störung im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F 33.8), einer mit telgradigen depressiven Störung ohne somatische s Syndrom entsprechend ( ICD-10: F 33.10)

-

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 : F 45.41) mit

-

begleit ender Angststörung ( ICD-10: F 41.8)

-

Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen (vermeidenden) und abhängigen (asthenischen) Anteilen (ICD-10: F 61.0)

Zudem verblieben folgende Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert:

-

Metabolisches Syndrom mit

-

Adipositas „ simplex “ (BMI 35.7 kg/m<sup>2</sup> )

-

arterieller Hypertonie

-

latentem Diabetes mellitus, unbehandelt

-

Dyslipidämie , unbehandelt

-

Hyperurikämie

-

Nikotinabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10: F 17.25;  
30 Zigaretten täglich, das heisst 60 pack years )

-

Intermittierende Gonalgie medial rechts bei Genua vara

Subjektiv klagt die Beschwerdeführerin über „Traurigkeit“, welche im Zusammenhang mit dem plötzlichen Ausbruch einer Schizophrenie bei ihrer Mutter entstanden sei, da sie ihrer Mutter ähnlich sei und grosse Angst habe, dass das gleiche Schicksal auch ihr bevorstehen könnte. 2002 sei sie vom Hausarzt der ambulanten Psychiatrie in E. zugewiesen worden, mit Besserung nach circa 6 Monaten. 2010 sei es zu einer erneuten depressiven Krise gekommen, welche erneut ambulant (zwischenzeitlich tagesklinisch) psychiatrisch betreut worden sei und bis heute anhalte. Sie habe sich seit dem Tod der Mutter (an einer komplizierten Herzoperation) 2009 immer mehr zurückgezogen, fühle sich alleine am wohlsten, müsse sich überwinden, die Wohnung zum Besuch ihres Hausarztes und der Psychiaterin zu verlassen und selbst auf den Balkon hinauszugehen. Freude habe sich fast nur noch an ihren Enkelkindern. Sie sei trotz Behandlung über die Jahre noch trauriger und sensibel geworden, werde durch Kleinigkeiten irritiert, ertrage die schlechten Nachrichten am Fernseher nicht mehr, wolle auch keine Zeitung mehr lesen etc. und halte zeitweise sogar die eigenen Kinder und Enkelkinder nicht mehr aus. Ihr zweitwichtigstes Gesundheitsproblem seien die „Tumoren“, derjenige in der linken Brust (gutartig, Operation in Istanbul, möglicherweise Abszess), dann die (inzwischen operierten) Tumoren in den Ohrspeicheldrüsen und ferner zwei solche am behaarten Schädel (wahrscheinlich Atherome). Ihre dritte Klage betreffe eine „Steifigkeit“ in beiden Ellbögen, weniger ausgeprägt in den Knien und intermittierend. Invalid sei sie wegen einer Riesenangst vor einer eventuellen neuen Stelle, könnte am Morgen des etwaigen Stellenantritts nicht aufstehen, hätte Angst vor dem Chef und dessen eventuellen Zurechtweisungen etc. Objektiv wirke die adipöse Beschwerdeführerin vorgealtert und deprimiert, spreche in etwa normaler Lautstärke recht gut gebrochen Deutsch, weine häufig, lächle aber auch hier und da. Im Labor liege der Serumspiegel von Sertralin deutlich unterhalb des therapeutischen Rahmens.

Der psychiatrische Gutachter komme zum Schluss, dass aufgrund der psychiatrischen Diagnosen eine 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Montage-Mitarbeiterin im Bereich Mechanik und Elektronik bestehe. Dagegen betrage die Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Verweistätigkeit ohne besondere Anforderungen an die psychische Belastbarkeit, Konzentration, Aufmerksamkeit, Durchhaltevermögen und

Sorgfalt 55 % und die Haus haltsarbeit sei zu 70 % zumutbar.

Der Rheumatologe veranschlage aufgrund der rheumatologisch festgestellten Beschwerden eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere und ständige mittelschwere Arbeiten sowie für solche in häufig rückenbelastenden Arbeitspositionen. Hingegen bestehe für körperlich leichte und gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Verweistätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100 %.

Eine retrograde Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei nur eingeschränkt möglich, weshalb diese gutachterliche Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit ab 24. Januar 2014 (Schlussbesprechung) gelte. Die Prognose sei ungewiss; somatisch sei diese vor allem von der Entwicklung des metabolischen Syndroms abhängig.

### **E. 3.3.1**

Gemäss Art. 29 bis IVV werden bei der Berechnung der 1-jährigen Wartezeit nach Art. 29 Abs. 1 IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet, wenn eine Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben wurde, aber in den drei darauf folgenden Jahren die auf dasselbe Leiden zurückzuführende Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass erreicht.

Art. 29 bis IVV zielt darauf ab, dass beim Wiederaufleben der Invalidität nach Aufhebung der Rente eine versicherte Person unter bestimmten Voraussetzungen (zeitlicher Konnex zwischen Aufhebung der Rente und Neuanschätzung; Arbeitsunfähigkeit in rentenbegründendem Ausmass bedingt durch gleiches Leiden) die im Rahmen der erstmaligen Rentenzusprechung bereits bestandene Wartezeit nicht ein zweites Mal erfüllen muss (BGE 117 V 24 f. E. 3a; vgl. Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichtes [EVG] vom 22. August 2001 [I 11/00] E. 3c-d mit Hinweisen). Die fragliche Ausnahmebestimmung ist auch anwendbar, wenn der (erste) Rentenanspruch nur deshalb nicht bestand, weil die versicherte Person den Anspruch verspätet geltend gemacht hatte. Dadurch soll vermieden werden, dass diese durch eine verspätete Anmeldung gleichsam doppelt bestraft wird (BGE 117 V 23; vgl. Urteil des BGR vom 13. September 2006 [I 73/05] E. 6.3).

### **E. 3.3.2**

Gemäss MEDAS-Gutachten gilt die Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit seit dem 24. Januar 2014 (vgl. E. 3.2). Die Rentenaufhebung gestützt auf eine revisionsrechtlich relevante Besserung des Gesundheitszustandes erfolgte per Ende Februar 2010 (vgl. E. 2.4). Somit beträgt die Zeitspanne mehr als drei Jahre, weshalb Art. 29 bis IVV nicht zur Anwendung gelangt und im Januar 2014 eine neue einjährige Wartezeit (Art. 29 Abs. 1 IVG) zu laufen begann und im Januar 2015 endete. Ein erneuter Rentenanspruch der Beschwerdeführerin konnte als frühestens im Januar 2015 entstehen.

Wie nachfolgend unter E. 3.5-7 aufzuzeigen sein wird, entsprechen die vorliegenden Diagnosen aber keinem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden.

### **E. 3.4**

.2

Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 12. Februar 2014 basiert auf einer umfassenden internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten

(Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge grundsätzlich einleuchtend dargelegt. Insoweit erfüllt das MEDAS-Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

#### **E. 3.4.1**

) führt zur vorliegend relevanten Schlussfolgerung, dass kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliegt. Angesichts dieser Umstände

drängt

sich die Einholung eines Obergutachtens nicht auf.

#### **E. 3.5**

Der rheumatologische MEDAS-Gutachter stellte schlüssig fest, dass bei der Beschwerdeführerin ein somatischer Gesundheitsschaden, welcher die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, ausgewiesen ist. So zeigt auch die gesamte Aktenlage - einschliesslich der Vorgutachten - auf, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren an Rückenbeschwerden leidet. Hinsichtlich der Einschätzung der aus diesem Gesundheitsschaden resultierenden Arbeitsunfähigkeit besteht eine Übereinstimmung mit derjenigen des B.\_\_\_\_-Gutachtens aus dem Jahre 2011 (Urk. 6/74), wonach seit jeher eine körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit - und somit auch die bisher ausgeübte Tätigkeit als Lötlerin /Montage-Arbeiterin - weiterhin zu 100 % zumutbar ist.

#### **E. 3.6**

.2

Nebst den orthopädischen Diagnosen wurde auch eine atypische, mittelgradige depressive Störung im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F 33.8), einer mittelgradigen depressiven Störung ohne somatisches Syndrom entsprechend (ICD-10: F 32.1) diagnostiziert, welche die Arbeitsfähigkeit um 4

#### **E. 3.7**

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, es sei ein gerichtliches Obergutachten einzuholen, da zwei sehr unterschiedliche und sich widersprechende Gutachten des B.\_\_\_\_ von 2011 und der MEDAS von 2014 vorlägen (Urk. 1 S. 4), ist auf den zeitlichen Verlauf hinzuweisen, der vorliegend ausreichend berücksichtigt wurde. Die B.\_\_\_\_-Gutachter kamen 2011 zum Schluss, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin (retrospektiv) bis Juli 2009 (Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_) massgeblich gebessert hatte. Dies führte zur Rentenaufhebung per Ende Februar 2010 (vgl. E. 2.4). Das zeitlich letzte MEDAS-Gutachten von 2014 wurde dagegen zur Prüfung der Frage, ob seither ein neuer Rentenanspruch entstanden ist, beigezogen und betrifft daher einen anderen Zeitraum. Deshalb ist die darin geäusserte Auffassung, dass sich die psychiatrische Symptomatik wieder verschlechtert habe und sich sogar auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, nicht als widersprüchlich zu betrachten. Erst die weitere Würdigung dieser Einschätzung im Rahmen der rechtlichen Vorgaben (vgl. E.

#### **E. 3.8**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht seit jeher eine angepasste (körperlich leichte und wechselbelastende) und eben auch die angestammte Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist. In psychiatrischer Hinsicht ist entgegen der gutachterlichen Beurteilung des MEDAS-Gutachters ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen. Hieraus ergibt sich keine relevante Erwerbsunfähigkeit.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 4.

Die Gerichtskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- und Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird 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: - Rechtsanwalt Dr. Kurt Pfau - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

## **E. 5**

% einschränke.

Ob die genannte Diagnose einer atypischen Depression in ausreichendem Mass nachvollziehbar begründet erscheint, kann vorliegend offen bleiben, denn entscheidend ist im Hinblick auf die Rechtsanwendung Folgendes: Nach der Rechtsprechung werden leicht- bis mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet, die es der betroffenen Person verunmöglicht, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung

diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil 9C\_856/2013 vom 8. Oktober 2014 E. 5.1.2). Zwar ist eine invalidisierende Wirkung einer mittelgradigen depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen, indes bedingt deren Annahme, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 mit Hinweisen).

Bereits im Jahre 2004 wurde anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch das Z.\_\_\_\_ (Urk. 6/14) eine depressive Störung festgestellt, wobei diese psychische Erkrankung zur Rentenzusprache führte. Die ambulante psychiatrische Behandlung dauerte in der Folge rund ein Jahr. Offenbar hat sich dabei der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auch subjektiv gebessert, da es anschliessend zu einer mehrjährigen Therapiepause kam (vgl. Urk. 6/74/17 und Urk. 6/133/24). Erst im Jahr 2010 erfolgte eine Wiederaufnahme der Therapie. Diesbezüglich fällt aber der zeitliche Zusammenhang mit der Rentenaufhebung mit Verfügung vom 5. Januar 2010 (Urk. 6/58) auf. Auch der psychiatrische B.\_\_\_\_-Gutachter hält diesen Konnex des Rentenentzugs mit dem Aufsuchen eines Psychiaters auf Anraten des Hausarztes so fest (vgl. Urk. 6/74/17). Ergänzend zum Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin während rund 5 Jahren - trotz Rentenbezug wegen Depressionen - in keiner therapeutischen Behandlung befand und diese erst nach dem Rentenentzug im Frühjahr 2

#### **E. 010**

wieder aufnahm, ist auch auf den Serumspiegel des nach Angaben der Beschwerdeführerin regelmässig eingenommenen Sertralins, der im nicht-therapeutischen Bereich lag, hinzuweisen. Dies fiel bereits anlässlich der B.\_\_\_\_-Begutachtung 2011 auf und zeigte sich auch anlässlich der aktuellen MEDAS-Begutachtung (vgl. 6/74/17 und Urk. 6/133/25). Mangels Ausschöpfung einer konsequenten Depressionstherapie kann nicht auf die Resistenz des Leidens geschlossen werden. Vielmehr lässt die ungenügende Inanspruchnahme von Therapien (medikamentös und therapeutisch) auf einen nicht ausgeprägten Leidensdruck schliessen.

Angesichts dessen ist aufgrund der psychiatrischen Diagnose einer (atypischen) depressiven Störung ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden zu verneinen.  
3. 6.3

Die Gutachter kamen im Weiteren zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Die Frage, ob der psychiatrischen Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 : F 45.41) aus rechtlicher Sicht ein relevanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beizumessen ist, ist anhand der seit dem 3. Juni 2015 geänderten Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. E. 1.2.1 und E. 1.2.2) zu prüfen (BGE 141 V 281).

Die Beschwerdegegnerin hat in Anwendung der bisherigen Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen (vgl. E. 1.2) grundsätzlich zutreffend dar gelegt, dass und weshalb diese diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren im Falle der Beschwerdeführerin als überwindbar zu gelten hat (Urk. 2 S. 2-3). An diesem Ergebnis ändert die seit dem 3. Juni 2015 geänderte bundesgerichtliche

Rechtsprechung (vgl. E. 1.2.2-3) nichts. Zu prüfen sind nachfolgend die neu eingeführten und im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren nach BGE 141 V 281:

Unter dem - beweisrechtlich entscheidenden - Aspekt „Konsistenz“ ist betreffend den Indikator Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen hauptsächlich nochmals festzuhalten, dass bisher keine fortdauernde psychiatrische Therapie und auch keine angemessene medikamentöse (antidepressive) Medikation in Anspruch genommen worden ist. Die Wiederaufnahme der therapeutischen Behandlung im Frühjahr 2010 ist durch das laufende Versicherungsverfahren (Rentenaufhebung mit Verfügung vom 5. Januar 2010) beeinflusst.

Deshalb kann dennoch angesichts dieser jahrelangen erheblichen Inkonsistenz auf fehlenden Leidensdruck geschlossen werden. Unter der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ ist in Betracht zu ziehen, dass die diagnoserelevanten Befunde und Symptome gemäss ICD-10 : F

45.41 nicht besonders ausgeprägt erscheinen. So befindet sich die Beschwerdeführerin hinsichtlich ihrer somatischen Beschwerden nur bei ihrem Hausarzt in Behandlung und macht beispielsweise auch keine Physiotherapie. Was den Indikator „Komorbiditäten“ betrifft, wies der psychiatrische Gutachter zwar darauf hin, dass ein depressives Leiden vorliege. Dieses kann aber nicht als primärer psychischer Faktor für die Auslösung der Schmerzsymptomatik identifiziert werden, da diese Depression gemäss Prüfung nach rechtlichen Vorgaben gerade nicht invalidisierend ist (vgl. E. 3.6.2). Es besteht sodann Grund zur Annahme, dass das depressive Beschwerdebild durch invaliditätsfremde Faktoren (lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, finanzielle Probleme, sekundärer Krankheitsgewinn) mitbestimmt ist. Somatische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden von den Gutachtern zwar erhoben, doch führen diese nur zu einer geringen qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, sodass sogar die zuletzt ausgeübte Tätigkeit noch zu 100 % möglich ist. Hinsichtlich des Komplexes „Sozialer Kontext“ ist einerseits auf die laut psychiatrischem Gutachter das Beschwerdebild möglich erweise mitbestimmenden (invaliditätsfremden) Kontextfaktoren hinzuweisen. Andererseits lässt der Lebenskontext der Beschwerdeführerin auf durchaus vorhandene Ressourcen (offenbar ein gutes Verhältnis zu den Kindern und Enkelkindern, gute Ehe) schliessen.

Demnach sind unter Berücksichtigung der nunmehr im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (vgl. E. 1.2) erhebliche funktionelle Auswirkungen der Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Daher ist die chronische Schmerzstörung nicht als invalidisierend zu betrachten.

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