

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00730 vom 20. Juni 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00730](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00730)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00730 du 20 juin 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00730 del 20 giugno 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

Weder für die Verwaltung noch für das Gericht besteht ein Anlass, die Diagnose „Fibromyalgie“ in Frage zu stellen, auch wenn diese in der Ärzteschaft umstritten ist. Die Fibromyalgie weist zahlreiche mit den somatoformen Schmerzstörungen gemeinsame Aspekte auf, sodass es sich beim aktuellen Kenntnisstand aus juristischer Sicht rechtfertigt, die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters einer Fibromyalgie analog anzuwenden (BGE 132 V 65 E. 4).

### **E. 1.3**

Nach lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; kurz: lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

Die in lit. a Abs. 1 SchlB IVG

6. IV-Revision vorgesehene Rentenherabsetzung beziehungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugesprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche Rentenzusprache aber bereits in Beachtung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu

pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, bleibt kein Raum für ein Rückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmung (BGE 140 V 8 E. 2).

Laufende Renten sind vom Anwendungsbereich von lit . a Abs. 1 SchlB zur 6. IV-Revision nur ausgenommen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden, das heisst auf einer nachweisbaren objektivierbaren Grundlage beruhen. Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E. 6.2, in Präzisierung u.a. von BGE 139 V 547 E. 10.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_738/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.2.1 mit Hinweis). Demnach ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die „erklärbaren“ Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen – auseinandergehalten werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist. Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision – um eine solche handelt es sich auch hier – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (Urteil des Bundesgerichts 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4.2 mit Hinweisen).

Ist ein „Mischsachverhalt“ gegeben, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachtliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmt sich die (zu einer integralen Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgendem Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprechung und/oder Überprüfung ) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere („nichtsyndromale“) Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht, das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des Bundesgerichts 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen).

Da der Bestand laufender Renten wesentlich von medizinischen Aspekten abhängt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich – auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten – der Beurteilung durch die Verwaltung und deren regionalen ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.2).

#### **E. 1.4**

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 strukturiertes 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 rechtlicher 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 beweiselastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

### **E. 1.5**

Gemäss dem obgenannten Entscheid des Bundesgerichts führt die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der – in der Praxis zu wenig beachteten – Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält.

Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns (dazu BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197) ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49).

E. 1.2). Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin.

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vorn herein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung ( BGE 127 V 294

E. 5a S. 299) auf treten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 1.6**

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 Vorak ten (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). 2.

#### 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Einstellung der Invalidenrente unter anderem damit, diese sei aufgrund eines Fibromyalgiesyndroms zugesprochen worden. Es lägen keine Ausschlussgründe nach lit . a Abs.

### **E. 3**

Oktober 2006

ein Rentenerhöhungsgesuch ab (Urk.

10/55 ).

#### **E. 3.1**

Der ursprünglich im November 2003 rückwirkend ab März 2003 verfügte n

Zusprüche einer halben Invalidenrente ( Urk. 10/

#### **E. 3.2**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, stellte in ihrem Bericht vom 20. Februar 2003 ( Urk. 10 /9/3-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( lit . A.) : - Fibromyalgiesyndrom , bestehend seit etwa 2000 - Panvertebral-Syndrom, bestehend seit 1997 - Wirbelsäulenfehlhaltung - mittelschwere Depression, bestehend seit 2001

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. A.\_\_\_\_ ein Asthma bronchiale, bestehend seit etwa 20 Jahren, einen Status nach Cholezystolithiasis 1993, einen Status nach Abort und Sterilisation im Jahr 2000 und eine Penicillin-Allergie.

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

hielt fest , die Beschwerdeführerin sei seit dem 24. Juli 2002 bei ihr in Behandlung und die letzte Untersuchung habe am 19. Februar 2003 stattgefunden ( lit . D .). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Putzfrau im Reinigungsdienst habe vom 17. April bis 18. Mai 2002 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % , vom 19. Mai bis 22. Dezember 2002 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % , vom 23. Dezember 2002 bis 12. Januar 2003 eine

Arbeitsunfähigkeit von 100 % und vom 13. Januar 2003 an eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden ( lit . B.).

Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, seit dem Herbst 2001 sei es zu einer Ausbreitung der Schmerzsymptomatik mit generalisierten Schmerzen gekommen, so an der Schulter, paravertebral, am Beckengürtel, an den Knien und Beinen. Zudem leide die Beschwerdeführerin an häufigen Kopfschmerzen ( Lit . D. Ziff. 3). Der neurologische Status sei unauffällig, insbesondere fänden sich keine Hinweise für eine Radikulopathie . Psychisch wirke die Beschwerdeführerin depressiv, hoffnungslos, innerlich gespannt und kraftlos. Sie beklage Kopfschmerzen, Schlafstörungen und ein beklemmendes Gefühl in der Brust ( Lit . D. Ziff. 5). Dr. A.\_\_\_\_ führte zur Prognose aus, es handle sich um ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom mit Myalgien, Adynamie, depressiver Verstimmung, Insomnie und Kopfschmerzen entsprechend dem vollen Bild eines Fibromyalgie-Syndroms sowie ein Panvertebralsyndrom . Das Beibehalten des Arbeitspensums zu 50 % sei aktuell und auf längere Sicht realistisch und zumutbar ( Lit . D. Ziff. 7). 4.

Die Bestätigung der halben Invalidenrente mit Verfügung vom 3. Oktober 2006 ( Urk. 10/55) basierte auf der Einschätzung der Gutachter des Spital Y.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2006 ( Urk. 10/44 -47 , vgl. Urk. 10/ 48/4 ).

Die Gutachter des Spital Y.\_\_\_\_ , Universitätsspital B.\_\_\_\_ , erstatteten am 10. Juli 2006 das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Hauptgutachten ( Urk. 10/44). Die Gutachter stellten zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9 Ziff. 4.1): - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Weichteilschmerzsyndrom - Dysthymia (ICD-10 F34.1)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein Asthma bronchiale (S. 9 Ziff. 4.2).

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin sei nach ihrem Erachten immer etwa zu 50 % arbeitsfähig gewesen, und zwar sowohl aus psychiatrischer wie auch aus somatischer Sicht (S. 10 Ziff. 5).

Es liege ein Endzustand eines chronischen Leidens vor. Das Leiden habe sich sozusagen verfestigt. Die Versicherte finde nur dann aus ihrer Krise heraus , wenn sie arbeite, wenn möglich in einer geschützten Werkstatt. Dies würde ihr gestatten, die Wohnung zu verlassen und auf andere Gedanken zu kommen . Dass sich damit ihre Arbeitsfähigkeit verbessere, sei nicht anzunehmen (S. 11 Ziff. 6).

Die Versicherte wohne derzeit mit ihrem Ehemann in einer gemieteten Zweizimmerwohnung. Mit ihrem Vater habe sie heute noch Kontakt und sei vor kurzem in O.\_\_\_\_ bei ihm zu Besuch gewesen. Auch mit ihren Geschwistern und ihren Kindern habe sie Kontakt. Seit sie krank sei, habe sie sich völlig zurückgezogen, habe keine Beziehungen mehr. Die Gutachter führten aus, die Beschwerdeführerin habe nie Sport getrieben und treibe auch jetzt keinen Sport. Sie sei offensichtlich schlecht in der Schweiz integriert , und die eheliche Beziehung sei äusserst gespannt , und es herrsche häufig Streit. Der Ehemann sei wegen eines Unfalls seit längerem arbeitsunfähig (S. 5 unten f.). Die Probleme der Versicherten seien ausserordentlich vielfältig. Körperlich klage sie über Schmerzen im ganzen Körper. Sie könne sich nicht bewegen, wenn sie das tue, würden sich die Schmerzen verstärken (S. 6 Ziff. 2 ). In psychischer Hinsicht habe sie vor allem

über eine ausgeprägte Müdigkeit geklagt. Sie könne sich auch nicht konzentrieren und die Konzentrationsschwierigkeiten würden sich bei Nervosität steigern. Wenn sie eine Arbeit in Angriff nehmen wolle, beginne sie stark zu zittern. Auch kleinere Anstrengungen führten dazu, dass sie nachts nicht mehr schlafen könne. Sie sei ausserordentlich traurig, dass sie nicht mehr arbeiten könne (S. 7 oben).

Hinsichtlich des psychiatrischen Zusatzgutachtens von Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Mai 2006 wurde ausgeführt, es liege eine Somatisierungsstörung nach belastender, traumatisierender Biographie vor. Es habe den Anschein, dass sich die Versicherte die Versorgung und Entschädigung auf Grund einer Erkrankung zuführe, die sie über Jahrzehnte habe entbehren müssen. Es bestehe ein deutlicher Leidensdruck, und es müsse davon ausgegangen werden, dass die Versicherte tatsächlich Beeinträchtigungen und Schmerzen in ihrem Körpererleben empfinde, also keine einfache Symptomausweitung vorliege. Psychotherapeutischen Massnahmen gegenüber sei die Versicherte nicht zugänglich. Die Explorandin verfüge noch über eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Aus sozialpsychiatrischer Sicht wäre eine Wiederaufnahme einer Tätigkeit sinnvoll. Die Versicherte selbst sehe sich aber als vollinvalid an. Ab Mitte 2003 sei aus psychiatrischer Sicht von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 8 f. unten).

Im Rahmen der ausgedehnten neurologischen Untersuchung durch

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, hätten sich keine Ursachen für die geklagten Beschwerden finden lassen, und aus neurologischer Sicht bestehe keine Minderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 9 oben).

Hinsichtlich des rheumatologischen Zusatzgutachtens vom 6. Juni 2006 von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, wurde ausgeführt, die von der Versicherten angegebene Schmerzsymptomatik lokalisiere sich ausschliesslich in den Weichteilen, symmetrisch fast am ganzen Körper. Am ehesten handle es sich um eine Somatisierungsstörung, differentialdiagnostisch könne auch die Möglichkeit einer Fibromyalgie in Erwägung gezogen werden. Der Invaliditätsgrad werde mit 50% eingeschätzt (S. 9 Mitte).

In ihrer zusammenfassenden Beurteilung führten die Gutachter aus, die Beschwerden der Versicherten seien ausserordentlich vielseitig. Einerseits klage sie über heftige Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates, andererseits würden multiple vegetative Symptome geäussert, die keinem klassischen Krankheitsbild zugeordnet werden könnten. Es handle sich nach ihrem

Erachten um ein psychosomatisches Leiden (S. 10 oben). Im Vordergrund stehe also das psychiatrische Leiden. Dies führe letztlich zur Verminderung der Arbeitsfähigkeit. Problematisch sei, dass die psychiatrische Behandlung wegen Ergebnislosigkeit abgebrochen und die medikamentöse Therapie wegen Leberwertserhöhung ebenfalls nicht mehr weitergeführt worden sei. Die Versicherte sei überzeugt, dass sie nicht einmal Haushaltsarbeiten selbständig verrichten könne (S.

10 Mitte). 5. 5.1

Im Rahmen des im September 2011 veranlassten Rentenrevisionsverfahrens (Urk. 10/77) gingen unter anderem die folgenden medizinischen Berichte ein:

Dr. med. F.\_\_\_\_ , Praktischer Arzt, stellte in seinem Bericht vom 5. Juli 2012 ( Urk. 10/83/1-4 ) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode - Verdacht auf posttraumatisches Belastungssyndrom - schwere anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Asthma bronchiale

Dr. F.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 1. Januar 2000 bei ihm in Behandlung und die letzte Kontrolle sei am 5. Juli 2012 erfolgt ( Ziff. 1.2). Der Beschwerdeführerin sei eine halbe Invalidenrente zugesprochen worden ( Ziff. 1.6). Die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin sei von somatischer wie auch von seelischer Seite her deutlich eingeschränkt ( Ziff. 1.7). Eine rein sitzende oder wechselbelastende Tätigkeit sei im Umfang von etwa 30 bis 40 % möglich ( Ziff. 3).

Seit mehreren Jahren bestünden eine bekannte und therapieresistente schwere Depression und Schmerzen am ganzen Körper. Trotz intensivierter auch stationärer Behandlung sei es zu keiner wesentlichen Besserung der Beschwerden gekommen. Die Prognose sei nach wie vor ungünstig. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin im Rahmen des bisherigen IV-Grades arbeitsunfähig zu attestieren und eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erscheine aktuell nicht realistisch ( Ziff. 1.4). 5. 2

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und für Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht vom 10. August 2012 ( Urk. 10/85) folgende Diagnosen ( Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, schwere bis mittelschwere Episoden, ICD-10 F33.2 - posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10 F43.1 - schwere anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4 , bestehend seit 2002 - cervicales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Gastritis - Fibromyalgie , bestehend seit 1995 - Asthma bronchiale - vereinzelte supraventrikuläre Extrasystolen (Stadtspital Triemli , 10. Januar 2012)

Dr. G.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 18. September 2011 bei ihr in Behandlung , und die letzte Kontrolle sei am 15. August 2012 erfolgt ( Ziff. 1.2).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Putzfrau bestehe seit dem 18. September 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ( Ziff. 1.6). Die psychisch bestehenden Konzentrationsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen, Störungen der Ausdauer, die depressive Stimmungslage, der Verlust der Vitalgefühle und die Körpermissempfindungen sowie die Sorgen um die eigene Gesundheit und die Zukunfts sorgen wirkten sich negativ auf die Arbeit aus. Es bestehe eine Leistungsschwäche und die Arbeit könne nicht erledigt werden ( Ziff. 1.7)

Die Patientin lebe mit dem Ehemann zusammen und habe zwei erwachsene Kinder, die beide nicht mehr im Haus wohnten. Es bestehe ein guter Kontakt zu den Kindern. Seit 2004 sei die Patientin arbeitslos. Sie habe im ersten Gespräch berichtet, sie müsse wegen der Schmerzen und der Müdigkeit meist zu Hause liegen. Den Haushalt erledigten ihre Tochter und der Ehemann. Sie könne sich nicht gut konzentrieren und sei vergesslicher geworden. Dazu habe sie Zukunftsängste. Sie sei sehr empfindlich und reizbar und könne ihren Ehemann kaum dulden. In der Nacht könne sie schlecht schlafen. Sie habe Alpträume, ein Wirrwarr, Kriegserlebnisse und wache bis zu 20 Mal in der Nacht auf. Sie träume , dass ihr Vater ein Haus baue und sich vom Haus in den Tod stürze oder ein Tier jage sie und sie könne nicht weglaufen. Morgens sei sie dann müde, erschöpft und schweissgebadet und habe Schmerzen überall am Körper. Die Finger an den Händen seien steif , und sie spüre

etwas wie Ameisenlaufen von den Zehenspitzen nach oben in den Kopf laufend.

Dr. G.\_\_\_\_ führte aus, es zeige sich eine wache allseits orientierte ,

schmerzge plagte Patientin in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Aufmerksamkeit und Konzentration seien eingeschränkt , und das formale Denken sei kohärent. Es bestehe kein Anhalt für eine psychotische Symptomatik. Es bestehe eine tief depressive Stimmung, Lustlosigkeit , Freudlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und eine Störung der Vitalgefühle. Die Beschwerdeführerin habe eine niedrige Frustrationstoleranz , sei innerlich unruhig und verbittert. Sie schäme sich, dass sie so verrückt sei. Suizidalität werde glaubhaft verneint. In der Hamilton-Depressionskala habe die Patientin 27 Punkte erreicht, was einer schweren depressiven Episode entspreche. Die Prognose sei eher ungünstig, weil es sich um ein stark chronifiziertes Leiden handle mit psychischer Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer . Es bestehe ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens und es lägen ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten Konfliktbewältigung und eine Flucht in die Krankheit vor. Konsequenterweise durchgeführte ambulante Behandlungen seien gescheitert ( Ziff. 1.4). 5. 3

Am 8. März 2013 erstatteten die Fachpersonen der Reha H.\_\_\_\_ nach Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) ihren Bericht ( Urk. 10/96).

Die Fachpersonen führten aus, es sei nicht möglich gewesen , alle vorgesehenen Tests an den Testdaten vom 13. und 14. Februar 2013 durchzuführen. Es sei zur Zeitüberschreitung während der Ausführung einiger Tests gekommen , und ausserdem habe die Testung an beiden Tagen nach etwa zwei Stunden abgebrochen werden müssen, da die Klientin weinend und erschöpft zusammengebrochen sei. Eine Weiterführung der Tests sei objektiv nicht möglich gewesen (S. 1 Mitte). Die Beschwerdeführerin leide an Schmerzen im Bereich aller grossen Gelenke, links mehr als rechts und an einem Druck im Verlauf der gesamten Wirbelsäule, lumbal nach rechts und links ausgebreitet (S.

2 oben). Es bestehe eine erhebliche Symptomausweitung. Zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen bestehe eine schwere Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert. Die Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Reinigungsangestellte oder für andere berufliche Tätigkeiten könne allein aufgrund der Tests nicht zuverlässig beurteilt werden. Aufgrund der psychologischen Exploration erscheine derzeit keine Belastbarkeit für eine Arbeitstätigkeit gegeben . Demzufolge sei aktuell keine Arbeitsleistung zumutbar (S. 4).

Zum Umgang mit Schmerz, dem Leistungsverhalten und der Konsistenz führten die Fachpersonen aus, die Beschwerdeführerin habe sehr starke Ruheschmerzen und topographisch weit ausgebreitete, klinisch nicht plausible Schmerzen angegeben, welche von der Art der Bewegung oder Aktivität durch therapeutische Massnahmen kaum zu beeinflussen gewesen seien. Die Beschreibung der Schmerzen und Einschränkungen sei undifferenziert und das Schmerzverhalten nicht adäquat gewesen. So habe die Beschwerdeführerin eine häufiges Reiben des Schmerzbereiches, eine häufige Schmerzmimik, ein häufiges Seufzen und häufige verbale Schmerzáusserungen gezeigt. Zudem habe sich die Beschwerdeführerin auch in nicht betroffenen Bereichen nicht bis an eine beobachtbare funktionelle Leistungsgrenze belasten lassen . Es habe eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der angegebenen Einschränkungen im Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit und den beobachteten funktionellen Fähigkeiten bestanden. Die Selbsteinschätzung sei erheblich zu tief gewesen. Zudem habe die

Beschwerdeführerin neurologisch nicht plausible motorische Störungen gezeigt (S. 6 Anhang 1). 5. 4

Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, erstattete am 3. Juni 2013 sein psychiatrisches Gutachten (Urk. 10/99). Er konnte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 25 Lit. E Ziff. 1). Als psychiatrische Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine somatoforme Schmerzstörung; ICD-10 F45.4, eine Dysthymie; ICD-10 F34.1, eine histrionische

Persönlichkeitsakzentuierung, Probleme in der Beziehung zum Ehepartner, Angst vor sozialen Problemen (finanzielle Probleme) und Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (S. 25 lit. E Ziff. 2).

Prof. I.\_\_\_\_ führte aus, es sei darauf hinzuweisen, dass in seiner Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit im invalidenversicherungsrechtlichen Sinn soziokulturelle und psychosoziale Faktoren ausgeschlossen worden seien. Bei der Explorandin bestünden zahlreiche derartige Probleme, namentlich eine Eheproblematik, finanzielle Probleme, Sprachprobleme und soziokulturelle Schwierigkeiten.

Es liege keine psychiatrische Erkrankung vor, die geeignet wäre, das positive Leistungsbild im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne mittel- und langfristig zu mindern. Die Foerster-Kriterien würden zwar teilweise erfüllt, jedoch sei die vorliegende chronifizierte Schmerzstörung auf dem Boden soziokultureller familiärer und psychosozialer Probleme bestehend, die aus Sicht der Invalidenversicherung nicht relevant seien (S. 25 f. Lit. F).

Aus gutachterlicher Sicht liege die Hauptproblematik der Versicherten in ihren religiösen und soziokulturellen Grundüberzeugungen, die einer innerpsychischen erheblichen Konfliktlösung entgegenstünden. Diese wiederum unterhielten die somatoforme Schmerzstörung (S. 26 lit. G).

Es sei eine berufliche Wiedereingliederung anzustreben. Bei langer Entwöhnung von der Arbeit und der Grundüberzeugung der Versicherten, für das erlittene persönliche Leid eine Entschädigung zu erhalten, werde dies schwierig sein, weshalb auch die Prognose bezüglich der Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit als eher schlecht einzuschätzen sei. Es sei zudem zu erwarten, dass die aus der Persönlichkeitsakzentuierung der Explorandin zur Verfügung stehende Kraft eingesetzt werde, um weiteres subjektiv empfundenes Unrecht (Entzug der Entschädigung) zu verhindern (S. 26 lit. H).

Seit der letzten Rentenverfügung sei von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen (S.

26 lit. I Ziff. 1).

Prof. I.\_\_\_\_ führte aus, die Feststellungen von Dr. C.\_\_\_\_

seien nicht nachvollziehbar. Die Psychiaterin benenne und diskutiere in der Epikrise und in der Leistungsbeurteilung in keiner Weise die benannte zugrundeliegende Traumatisierung. Zudem belege sie ihre Diagnosestellungen nicht durch Diskussion anhand der Kriterien einer international anerkannten Klassifikation zur Stellung dieser psychischen Diagnose, noch sage sie, welche Kriterien für das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung sprächen und welche nicht (S. 19 Mitte).

Aus gutachterlicher Sicht liege bei der Explorandin keine posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 vor. Dr. F.\_\_\_\_ habe diese fach fremd vermutet, jedoch ohne die Diagnose anhand international anerkannter Kriterien zu begründen. Gleiches gelte für den Bericht der Psychiaterin Dr. G.\_\_\_\_ vom 10. August 2012 .

Die Explorandin habe zwar nach ihren subjektiven Angaben den O.\_\_\_\_ krieg erlebt und sei im Rahmen der kriegerischen Ereignisse aus ihrem Haus vertrieben worden, was ein Entsprechendes Ereignis darstellen könnte (S. 19 unten) . Jedoch seien die weiteren diagnostischen Kriterien im Falle der Explorandin nicht erfüllt (S. 20 oben) . Die Diagnose könne somit anhand der international anerkannten ICD-10 Kriterien nicht gestellt werden (S. 20 Mitte) .

Prof. I.\_\_\_\_ führte aus, die einzigen Belastungsfaktoren, die anamnestisch wiederholt zu erfassen und auch in der hiesigen Exploration subjektiv anamnestisch zu sichern seien, beträfen ökonomische Missbrauchssituationen und Eheproblematiken. So berichte die Explorandin , während ihrer ersten zwölf Jahre der Ehe in der Schwiegerfamilie „versklavt“ worden zu sein und unentgeltlich Hausarbeit gemacht zu haben. Des Weiteren habe sie über erhebliche Eheprobleme berichtet, die seit Jahrzehnten bestünden und aus soziokulturellen und religiösen Gründen keiner Lösung zugeführt werden könnten .

Im Vorgutachten werde die Teilarbeitsunfähigkeit aufgrund traumatisierender Erlebnisse und einer daraus resultierenden F 45-Störung und Dysthymie begründet (S. 21 Mitte). Aus aktueller gutachterlicher Sicht sei dies aufgrund der vorgenannten Fakten nicht nachvollziehbar. Durch den fehlerhaften Berentungsschritt sei zudem eine Bestätigung des „Krankseins“ für die Explorandin durch die Berentung als sekundärer Krankheitsgewinn eingetreten und stelle damit einen weiteren Chronifizierungsfaktor des Störungsbildes der Explorandin dar.

Prof. I.\_\_\_\_

hielt weiter fest , das aktuelle psychopathologische Bild der Explorandin erlaube ebenso nicht die Diagnose einer Depression, wie diese durch die behandelnde Psychiaterin Dr. G.\_\_\_\_ gestellt worden sei. Auch im Austrittsbericht der J.\_\_\_\_ Höhenklinik vom 4. April 2012 werde die Diagnose einer rezidivierenden schweren depressiven Störung (ICD-10 F33.2) gestellt. Dies sei allerdings ausschliesslich auf der Grundlage einer Selbstbewertungsskala (HADS) geschehen, welche nur dazu geeignet sei , auf Störungsbilder hin zuweisen, jedoch keine psychiatrische Diagnosestellung erlaube (S. 21 unten f.).

Bereits im Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ im Jahr 2006 sei keine Depression diagnostiziert, sondern von einer Dysthymie gesprochen worden (S. 22 oben).

Prof. I.\_\_\_\_

notierte sodann , im Vordergrund des aktuellen klinischen Bildes der Explorandin stehe eine erhebliche histrionische

Persönlichkeitsakzentuierung mit dramatischer Selbstdarstellung, theatralischer Schilderung der Ereignisse und oberflächlichen, labilen Affekten. So habe sie ein nicht nachvollziehbares Weinen mit erheblicher Selbstbemitleidung, Egozentrik und ausgeprägter Selbstbezogenheit und leichter Verletzbarkeit der Gefühle gezeigt , die zu einer depressiven Verarbeitung mit Belohnungsfantasien geführt habe („Jemand muss mir helfen“, Berentungsbegehren). Zudem sei bereits im Gutachten der Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_

2006 darauf hingewiesen worden, dass es den Anschein habe, dass die Versicherte sich auf teilbewusster Ebene die Versorgung und Entschädigung zuführe, die sie über Jahrzehnte habe entbehren müssen. Dem sei aus aktueller gutachterlicher Sicht zuzustimmen.

Im Affekt liege aktuell zwar eine gedrückte Grundstimmung vor, jedoch keine generelle Interessenverlust oder eine Freudlosigkeit und keine ausgeprägte Antriebsstörung. Diese Symptome seien nur leichtgradig ausgeprägt, so dass die Diagnose einer Depression nicht gestellt werden könne, jedoch eine Dysthymie

gemäss ICD-10 F43.1 gemäss den Kriterien vorliege, wie sie auch durch die Vorgutachterin diagnostiziert worden und somit zu bestätigen sei (S. 22 Mitte).

Die Beschwerdeführerin habe ausgeführt, soziale Kontakte bestünden regelhaft zu den Kindern und telefonisch zu den Geschwistern. Weitere soziale Kontakte würden negiert, auch solche zu den Nachbarn. Der Ehemann verweigere zudem gemeinsame Lokalbesuche oder andere Aktivitäten. Sie vermeide Kontakte, da sie niemandem von ihrer schwierigen Ehesituation berichten könne, man könnte es ja weiter erzählen. Sie habe eine Freundin, die offiziell in Zürich wohne, sich aber viel in O.\_\_\_\_ aufhalte. Ihren Angaben zufolge, hat die Beschwerdeführerin aktuell keine speziellen Hobbies. Früher habe sie gerne gestrickt oder sei spazieren gegangen, wozu sie aufgrund der Schmerzen nicht mehr in der Lage sei (S. 10 oben).

Prof. I.\_\_\_\_ führte

schliesslich aus, dass die Schmerzstörung sei bei der Exploration im Zusammenhang mit psychosozialen und emotionalen Faktoren aufgetreten und das Schmerzerleben werde nach ihren Angaben hierdurch ebenso beeinflusst. Die Annahme eines „syndromalen“ Leidens im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F 45.5 sei daher aus gutachterlicher Sicht festzustellen, unterstelle man, dass der subjektiv beklagte Schmerz objektiv nicht (vollumfänglich)

nachvollziehbar sei (S. 23 Mitte). Im Vordergrund stehe jedoch eine histrionische Persönlichkeitsakzentuierung und das Erlebte werde depressiv-regressiv und katastrophisierend verarbeitet. Die gesamte Beschwerdesymptomatik beruhe auf nicht invalidenversicherungsrelevanten psychosozialen und soziokulturellen Faktoren (S. 24 unten und Urk. 10/127/2) . 5 . 5

Die Ärzte der Psychiatrischen Universitätsklinik K.\_\_\_\_ (K.\_\_\_\_) stellten in ihrem Bericht vom 24. November 2014 (Urk. 10/125) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ICD-10 F33.1, bestehend seit etwa 2001 - somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4, Erstdiagnose 2001 - Somatisierungsstörung - Differenzialdiagnose Fibromyalgie (Erstdiagnose 2002, Universitätsspital K.\_\_\_\_)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine seit Mai 2014 bestehende essentielle Hypertonie, ein Asthma bronchiale, Erstdiagnose 1982 und eine seit Kindheit bestehende Laktoseintoleranz.

Die Beschwerdeführerin sei vom 6. bis 20. Juni 2014 in stationärer Behandlung in der K.\_\_\_\_ gewesen (Ziff. 1.3). Es sei ein freiwilliger Eintritt auf Zuweisung der ambulanten Psychiaterin Dr. G.\_\_\_\_ aufgrund von suizidalen Gedanken vor dem Hintergrund einer somatoformen Schmerzstörung sowie akuter Belastungsreaktion nach Streichung der Invalidenrente erfolgt. Im Eintrittsgespräch habe sich eine weinerlich, klagende, anfangs

wenig auskunftsbereite Patientin gezeigt ( Ziff. 1.4). Bereits vor zehn Jahren habe die Patientin eine Invalidenrente zu 50 % bezogen. Eine Anstellung zu 50 % , welche keine körperliche Herausforderung darstelle, möglicherweise im Büro, sei zu 50 % möglich ( Ziff. 1.6-7) . Ab dem 1. Juli 2014 könne mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von 50 % gerechnet werden. Es gebe keine Gründe, die gegen einen sofortigen Beginn der Wiedereingliederung sprächen ( Ziff. 1.9). 5.6

Dr. G.\_\_\_\_

notierte in Beantwortung der ihr von der Rechtsvertreterin gestellten Fragen

( 22. Januar 2015 ; Urk. 10/130) folgende Diagnosen ( Ziff. 2): - schwere anhaltende Schmerzstörung mit depressiver Symptomatik, gegen wärtig schwere depressive Episode - Fibromyalgie - arterielle Hypertrophie - Asthma bronchiale - Laktoseintoleranz - panvertebrales Schmerzsyndrom durch Fehlhaltung.

Sie erklärte , die Beschwerdeführerin stehe seit dem 18. September 2011 in ihrer ambulanten psychiatrischen Behandlung ( Ziff. 1).

Sie sei in der freien Wirtschaft sowohl in der angestammten als auch in der angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig (richtig wohl: arbeitsunfähig) . Es bestünden schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen , welche einen negativen Einfluss auf die Konzentration und die Leitungsfähigkeit hätten ( Ziff. 3).

Dr. G.\_\_\_\_ führte aus, sie sei mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Prof. I.\_\_\_\_ nicht einverstanden. So könne die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer Person, die an einer schweren somatoformen Schmerzstörung und an einem Asthma bronchiale leide, nur durch einen Arbeitsversuch mit Belastbarkeitseinschätzung erfolgen ( Ziff. 5) . Sie teile die Ansicht von Prof. I.\_\_\_\_ , dass die gesamte Beschwerdesymptomatik auf nicht invalidenversicherungsrelevanten psychosozialen und soziokulturellen Faktoren beruhe, nicht . So hätten die Vorbehandler die Versicherte länger als Prof. I.\_\_\_\_ behandelt, beurteilt und gekannt und hätten bereits beurteilt, dass die Schmerzproblematik durch Fibromyalgie invalidenversicherungsrelevant sei und Krankheitswert habe . Durch diese Problematik sei die Arbeitsfähigkeit der Patientin stark beeinflusst. Ihre Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit seien psychisch und physisch sehr tief ( Ziff. 8).

Es treffe zu, dass die psychischen Beschwerden bei der Versicherten selbst bei Wegfall der psychosozialen und/oder soziokulturellen Belastungsfaktoren nach wie vor vorhanden wären. Die Schmerzproblematik der Versicherten, die ihre psychische und physische Belastbarkeit stark beeinflusse, habe ein somatisches Korrelat ( Ziff. 9). 6 . 6 . 1

Die im November 2003 rückwirkend ab März 2003 verfügte er stmalige Rentenzusprache (Urk. 10/13 und Urk. 10/16 ) erfolgte gestützt auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch

Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E.

3.1-2). Diagnostiziert wurde n ein Fibromyalgiesyndrom , ein Panvertebralsyndrom sowie eine Depression.

Damit liegt zumindest ein „Mischsachverhalt“ (vgl. vorstehend E. 1.3 ) betreffend den der Rente zugrunde liegenden Gesundheitsschaden vor. Dr. A.\_\_\_\_ führte jedoch explizit aus, dass die Depression im Rahmen des Fibromyalgiesyndroms und im Gesamtbild zu

diesem zu sehen sei.

Es ist damit davon auszugehen, dass es sich bei der Depression nicht um eine unabhängige psychische Erkrankung handelte. Die Depression trat denn gemäss den Angaben von Dr. A.\_\_\_\_

auch erst nach der Schmerzerkrankung auf. Wie es sich damit verhält, kann letztlich offen bleiben. Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet ohnehin die Verfügung vom 3. Oktober 2006 (Urk. 10/55). Diese beruhte auf dem Gutachten des Spital Y.\_\_\_\_ vom Juli 2006 (vorstehend E.

4) und damit auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit umfassen der, rechtskonformer Sachverhaltsabklärung (Urk. 10/44-45, 10/48/3-4; BGE 133 V 108).

Dem genannten Gutachten lagen die Diagnosen einer

Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) und jene einer Dysthymie (ICD-10 F43.1) zu Grunde. Vorab ist anzumerken, dass eine r

Dysthymie

rechtsprechungsgemäss grundsätzlich keine invalidisierende Wirkung zukommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_806/2013 vom 6. März 2014 E. 6.2; klinisch-diagnostische Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 9. Auflage, Bern 2014, S. 183 f.). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sahen die Gutachter des Spital Y.\_\_\_\_ denn auch

schwergewichtig durch das psychosomatische Leiden begründet, während der depressiven Verstimmung im Sinne einer Dysthymia bloss begleitende Funktion zuerkannt wurde (Urk. 10/45/4). Der Bestätigung der halben Invalidenrente im Oktober 2006 lag infolgedessen ein psychosomatisches Leiden und damit ein unklares Beschwerdebild zu Grunde. Nach dem eine Prüfung der Foersterkriterien unterblieben (Urk. 10/44-47; Urk. 1 S.

6), mithin die Verfügung nicht in Beachtung der relevanten Rechtsprechung ergangen war, steht einer Überprüfung gestützt auf die Schlussbestimmung IVG 6. IV-Revision nichts im Wege (vgl. vorstehend E. 1.3). 6.2

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das Gutachten von Prof. I.\_\_\_\_ vom Juni 2013 (vorstehend E. 5.4), welches die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.6) erfüllt, davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege.

Prof. I.\_\_\_\_

stellte im Wesentlichen dieselben Diagnosen wie die Gutachter des Spital Y.\_\_\_\_ im Jahr 2006 (vorstehend E. 4) und bestätigte einen seither unveränderten Gesundheitszustand, befand aber im Gegensatz

dazu die somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) unter Hinweis auf die soziokulturelle Belastungssituation und die histrionischen Persönlichkeitssakzentuierung der Beschwerdeführerin als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

Hinsichtlich der anderslautenden Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E.5.2 und E. 5.6) führte Prof. I.\_\_\_\_ schlüssig aus, wes halb dieser nicht gefolgt werden könne. So erachtete er einerseits die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 für nicht erfüllt und führte andererseits weiter aus, aus welchen Gründen er das depressive Geschehen anders einschätzte. Zu Recht bezeichnete er die von Dr. F.\_\_\_\_ im Juli 2012 (vorstehend E. 5.1) vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als auf fachfremden Diagnosen basierend .

Im Übrigen attestierten auch die Ärzte der K. \_\_\_\_ im November 2014 (vorstehend E. 5.5) eine beträchtliche und sofort verwertbare Restarbeitsfähigkeit, nachdem die Beschwerdeführerin nach zusätzlicher Belastung durch die in Aussicht gestellte Renten aufhebung Ende Mai 2014 (vgl. Urk. 10/113) freiwillig in die Klinik eingetreten war . 6.3

Im weiteren ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung festgehalten

wurde , medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und - limitierungen wie sie, gerichtnotorisch, ärztlicherseits sehr oft unterstützt würden, auch künftig nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigungen anzuerkennen seien (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

Zu beachten ist

zudem , dass nach neuer Praxis des Bundesgerichts die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nur dann zur Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades führt, wenn einerseits die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind, und andererseits keine Ausschlussgründe vorliegen ( vgl. vorstehend E. 1.4-5 ).

Die im Februar 2013 durchgeführte der EFL-Testung führte unter anderem auf grund erheblicher Symptomausweitung zu keinem verwertbaren Resultat. Ins besondere wurde angegeben, dass die Beschreibung der Schmerzen und Einschränkungen insgesamt undifferenziert erfolgt, das Schmerzverhalten nicht adäquat gewesen sei und eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der angegebenen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und den beobachteten funktionellen Fähigkeiten bestanden habe (vgl. vorstehend E. 5.3). Vor diesem Hintergrund überzeugt auch die von Dr. G.\_\_\_\_ im Januar 2015 vorgebrachte Kritik am Gutachten von Prof. I.\_\_\_\_ nicht, zur Feststellung der Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien weitere Leistungstest durchzuführen (vgl. vorstehend E.

5.6) , dürfte von diesen aus den gleichen Gründen wie anlässlich der EFL-Testung im März 2013 kein verwertbares Resultat zu erwarten sein.

Prof. I.\_\_\_\_

führte weiter aus, dass im Vordergrund des klinischen Bildes eine erhebliche histrionische Persönlichkeitsakzentuierung mit dramatischer Selbstdarstellung, theatralischer Schilderung der Ereignisse, und oberflächlichen, labilen Affekten

gestanden habe . Er berichtete von einem nicht nachvollziehbaren Weinen mit erheblicher Selbstbemitleidung, Egozentrik und ausgeprägter Selbstbezogenheit .

Er stimmte im Übrigen mit der Einschätzung durch

Dr. C.\_\_\_\_ überein, dass sich die Beschwerdeführerin zumindest auf teil bewusster Ebene die Versorgung und Entschädigung zuführe, die sie über Jahr zehnte habe entbehren müssen.

Des Weiteren ist dem Gutachten von Prof. I.\_\_\_\_ und im Übrigen auch der Beschwerdeschrift zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin abgesehen von der Eheproblematik in einem intakten familiären und sozialen Umfeld lebt. So hat sie ein gutes Verhältnis zu ihren Kindern und ihren Geschwistern sowie Kontakt mit einer Freundin. Was die Freizeitgestaltung anbelangt, so verfügte die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben anlässlich der Begutachtung am Spital Y.\_\_\_\_ wie auch gegenüber Prof. I.\_\_\_\_ schon vor dem Eintritt der gesundheitlichen Probleme über ein tiefes Aktivitätsniveau. Gegenüber den Gutachtern des Spital Y.\_\_\_\_

führte sie aus, sie habe nie Sport getrieben und gegen über Prof. I.\_\_\_\_

äusserte sie, sie habe früher gerne gestrickt und sei spazieren gegangen, was nun aufgrund der Schmerzen nicht mehr möglich sei. Im Verhältnis hierzu wurde in der Beschwerdeschrift kein tieferes Aktivitätsniveau beschrieben, indem angegeben wurde, die Beschwerdeführerin tätige am Morgen kleinere Einkäufe, koche dann das Mittagessen und setze sich, nachdem sie ein bis zwei Stunden gelegen habe, an die Bushaltestelle in der Nähe ihrer Wohnung und gehe anschliessend in verschiedene n

Geschäften die Auslagen anschauen. Danach vertreibe sie sich die Zeit irgendwie und bereite dann das Nachtessen zu. Am Wochenende kämen die Kinder und holten sie und ihren Ehemann zu einem Ausflug ab (vgl. Urk. 1 S. 9 unten).

Zusammenfassend liegt hier ein Ausschlussgrund gemäss BGE 141 V 281 (vgl. vorstehend E. 1.5) vor, bei einer für die Beschwerdeführerin weitgehend normalen Freizeitgestaltung und einem abgesehen von der Eheproblematik intakten sozialen Umfeld. Mithin hat Prof. I.\_\_\_\_

der somatoformen Schmerzstörung zu Recht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beigemessen. 6.4

Aufgrund des Gesagten ist gestützt auf die Einschätzung durch Prof. I.\_\_\_\_

vom Juni 2013 davon auszugehen, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht und die Beschwerdeführerin demnach in ihrer Arbeitsfähigkeit weder in ihrer angestammten noch in einer anderen Tätigkeit eingeschränkt ist. Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - 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 Mosimann Schucan

#### **E. 4**

SchlB IVG vor. Auch heute werde ein psychosomatisches Leiden diagnostiziert, wenn auch ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Lit. a Abs. 1

SchlB IVG komme somit zur Anwendung.

Die gesamte Beschwerdesymptomatik beruhe auf nicht IV-relevanten psychosozialen und soziokulturellen Faktoren, weshalb keine Überwindbarkeitsprüfung vorzunehmen sei, auch nicht nach neuer Rechtsprechung ( Urk.

#### **E. 9**

Ziff. 2-3). Die Beschwerdeführerin habe an Eingliederungsmassnahmen teilgenommen, jedoch habe das Ziel des Belastbarkeitstrainings nicht erreicht werden können, was nichts an der Rechtmässigkeit der Renteneinstellung ändere. Ausserdem habe sie seit jeher eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit bestanden, weshalb ihr die Selbsteingliederung zumutbar sei ( Ziff. 4). 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde ( Urk. 1) geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich seit der letztmaligen umfassenden Rentenprüfung mit Begutachtung durch das Spital Y. im Juli 2006 nicht verändert. Es liege somit kein Revisionsgrund vor, und die Rente dürfe nicht aufgehoben werden. Im Weiteren seien auch die Voraussetzungen einer Rentenaufhebung nach den Schlussbestimmungen der IVG-Revision 6a nicht erfüllt, und auch eine wiedererwägungsweise Rentenaufhebung falle ausser Betracht (S.

5 Ziff. 5). Die Gutachten aus dem Jahr 2006 und aus dem Jahr 2013 würden sich weder von der Befunderhebung her noch in der Diagnosestellung unterscheiden. Es handle lediglich um eine andere Beurteilung eines an sich gleichen Sachverhaltes (S. 6 oben). Zudem seien

die nach neuer Bundesgerichtspraxis zu den somatoformen Schmerzstörungen geforderten Indikatoren als erfüllt zu betrachten. Die diagnoserelevanten Befunde und Symptome lägen in ausgeprägter Form vor. Aus dem Umstand, dass die Schmerzstörung vorliegend klar aus psychosozialen Problemen entstanden sei, könne auf deren Schwere geschlossen werden, und es ergebe sich eindeutig aus den Akten, dass sie behandlungsresistent sei (S. 7 f. Ziff. 7). Auch der Eingliederungsversuch sei trotz optimaler Kooperation misslungen (S. 8 unten f.). Es sei ihr nicht möglich, mehr als die bisher attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % zu verwerten (S. 10 oben). 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. 3.

### **E. 13**

und Urk. 10/16) lagen die folgenden medizinischen Beurteilungen zu Grunde (vgl. Urk. 10/11/2) :

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, nannte in ihrem Bericht vom 11. Februar 2003 (Urk. 10/8) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, ICD-10 F33.1 (lit. A.). Die Beschwerdeführerin sei seit Mai 2002 bei ihr in Behandlung (lit. D. Ziff. 1).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Patientin zu 50 % arbeitsunfähig. Die Patientin sei durch den O.\_\_\_\_krieg stark traumatisiert worden. In der Familienanamnese sei auch eine chronische depressive Entwicklung evident mit Aggressionshemmung und Somatisierungstendenz bei Übermacht der Schwiegerfamilie und sehr schwachem, wenig durchsetzungsfähigem

abhängigen Ehemann. Es bestehe ein chronisches Überforderungssyndrom in der Familie und bei der Arbeitsstelle. Die Beschwerdeführerin habe den Verlustschmerz durch den Tod der Mutter depressiv verarbeitet. Es werde eine stützende Psychotherapie und eine medikamentöse Behandlung mit Remeron durchgeführt (lit. D.). Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (lit. C. Ziff. 2).

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