

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00243 vom 21. Februar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00243

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00243 du 21 février 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00243 del 21 febbraio 2018

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Renten bezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Anpassung der Rente gibt jede tatsächliche Änderung, die sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Anspruchs (ein Viertel, ein Zweitel , drei Viertel, ganze Rente; Art. 28 Abs. 2 IVG) auswirkt (BGE 134 V 131 E. 3). Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 545 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_896/2011 vom 3 1. Januar 2012 E. 3.1, in: SVR 2012 IV Nr. 36 S. 140; 9C_410/2015 vom 1 3. November 2015 E. 2). Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts 9C_634/2015 vom 1 5. März 2016 E. 6.1, in: SVR 2017 IV Nr. 5 S. 10; vgl. auch BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_213/2015 vom 5. November 2015 E. 4.4.2; 9C_330/2014 vom 2 3. Juli 2014 E. 5.2.). Umgekehrt ist - bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand - eine Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung, welche zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führt, revisionsrechtlich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 2 9. August 2011 E. 4.3, in: SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81; zum Ganzen : Urteil des Bundesgerichts 8C_170/2017 vom 1 3. Oktober 2017 E. 5).

E. 1.2

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG; BGE 110 V 176 E. 2a mit Hinweisen). Letzteres trifft auf periodische Dauerleistungen wie Renten regelmässig zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_173/2015 vom 29. Juni 2015 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Ergänzend ist auf lit. a Abs. 1 SchlB

6. IV-Revision hinzuweisen. Sind weder Rückkommensgründe der materiellen Revision (Art. 17 ATSG) noch der Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) gegeben, ermöglicht es diese Bestimmung, innert drei Jahren nach ihrem Inkrafttreten Renten, die zufolge organisch nicht erklärbarer Schmerzzustände zugesprochen wurden, nach Massgabe von Art.

E. 1.4

Die Revision nach Art. 17 ATSG, die Wiedererwägung und die Überprüfung nach der Schlussbestimmung stellen dabei (bloss) verschiedene rechtliche Begründungen für den Streitgegenstand "Abänderung des Rentenanspruchs" dar. Hat der Versicherungsträger die Rente mit einer unzutreffenden Begründung herabgesetzt oder aufgehoben, führt aber die richtige Begründung zum gleichen Ergebnis, so ist die Verfügung zu bestätigen (Urteil 9C_303/2010 vom 5. Juli 2010 E. 4.3 [SVR 2011 IV Nr. 20 S. 53] ; vgl. zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) , der Verkehrsunfall vom 7. Januar 2011 habe nur zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt. Indes werde im A.____-Gutachten aufgrund neuer Befunde neu eine rezidivierende depressive Störung als eigenständige Diagnose und damit ein Revisionsgrund ausgewiesen . Gemäss Rückweisungsentscheid

könne der Sachverhalt ab Mai 2011 neu abgeklärt und über den Anspruch neu entschieden werden. Aus orthopädischer, neurologischer und gastroenterologischer Sicht liege keine Arbeitsunfähigkeit vor , gemäss psychiatrischer Beurteilung handle es sich hauptsächlich um psychosoziale Belastungsfaktoren . Es sei anzunehmen , dass es zu einer wesentlichen Besserung der Symptome komme, wenn sich die Beschwerdeführerin aus ihrem aktuellen Umfeld löse. Zudem seien die therapeutischen Massnahmen noch nicht ausgeschöpft und es liege auch kein sozialer Rückzug vor , weshalb kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Die Beschwerdeführerin sei in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. 2.2

Dem entgegnete die Beschwerdeführerin in der Beschwerde (Urk. 1) , gemäss den neuen medizinischen Unterlagen , insbesondere dem A.____-Gutachten, habe sich ihr Gesundheitszustand insgesamt verschlechtert. Die revisionsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rentenaufhebung seien also nicht gegeben, vielmehr sei ihr ab 1. Juni 2015 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen (Ziff. 7.1, im Detail Ziff. 6) .

In diesem Kontext beanstandete sie

die fehlende Berechnung des Invaliditätsgrades . Sie nahm s elbst eine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten vor

(55 bis 60 %) un d ermittelte so

– teilweise gestützt auf die Berechnungsgrundlagen gemäss U rteil vom 3 0. November 2005 (vgl. Urk. 7/70/13 f.) – einen Invaliditätsgrad von 62,75 %

(Ziff. 7.2) . 2.3

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) wies die Beschwerdegegnerin auf BGE 141 V 9 E. 2 hin, wonach auch n eu hinzugetretene Beschwer den Anlass zur Renten aufhebung bilden könnten (Ziff. 2). Der medizinische Sachverhalt habe sich gemäss A.____-Gutachten seit Januar 2011

insofer n verändert, als die Abdominal beschwerden zugenommen hätten . Der erhöhte Pausenbedarf

schränke die Arbeitsfähigkeit neu um

E. 4

eine halbe Invalidenrente rückwirkend ab 1. Januar 2002 zu (Urk. 7/21 , 7/27-28 , 7/44, 7/53).

Später gewährte sie ihr in teilweiser Gutheissung ihrer Einsprache (Urk. 7/33; Beilagen Urk. 7/34-37) e ine ganze R ente von

Januar 2002 bis August 2003 und ab September 2003 eine unbefristete halbe R ente

(Urk. 7/56 -57 , 7/65 und 7/66/14).

Die gegen den Einspracheentscheid vom 17. Februar 2005 erhobene Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2005.00363 vom 30. November 2005 ab (Urk. 7/70) .

E. 4.1

. 2

Wie dies konkret zu verstehen ist, ergibt sich aus BGE 141 V 9 E. 6.3.2 :

„ Im Rahmen der vorzunehmenden Neueinschätzung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit ist die gesundheitliche Gesamtsituation zu würdigen. Eine tatsächliche Veränderung in den gesundheitlichen Verhältnissen kann auch darin liegen, dass sich beispielsweise ein Leiden in seiner Intensität und damit in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat, oder in einer verbesserten Leidensan passung der versicherten Person . Daher kann auch bei einer hinzugetretenen Schulterproblematik ein höherer Arbeitsfähigkeitsgrad resultieren, ohne dass dem Gutachten die Schlüssigkeit abzuspochen ist. Die anspruchserhebliche Änderung der medizinischen Verhältnisse begründete die Vorinstanz denn auch nicht mit einer Verschlechterung des Gesundheits zustands, sondern mit dem durch die (trotz neu diagnostizierten Schulter beschwerden) erhöhte Arbeitsfähigkeit erheblich beeinflussten Invaliditäts grad, welcher zur Rentenanpassung führt. Entgegen den Darlegungen in der Beschwerde verletzt die vorinstanzliche Vorgehensweise somit nicht die Revisions bestimmung des Art. 17 ATSG. Die Gutachter gingen von einer massgeblich verbesserten Arbeitsfähigkeit aus; es ist hinreichend belegt, dass nicht bloss eine abweichende Interpretation und

Folgenabschätzung hinsichtlich eines im Wesentlichen unveränderten Zustandes stattgefunden hat. Die Erkenntnisse der begutachtenden Fachärzte des Gutachtenzentrums D. beruhen auf einer aktuellen interdisziplinären Untersuchung des Versicherten; unter Hinweis auf die differierenden Diagnosestellungen äusserten sie sich auch zu den früheren ärztlichen Einschätzungen und nahmen eine schlüssige Beurteilung der medizinischen Situation mit einer revisionsrechtlich relevanten, erhöhten Arbeitsfähigkeit vor. “

E. 4.1.3

Aufgrund der Verallgemeinerung im

erwähnten Urteil 9C_522/2015, dem im Gegensatz zu BGE 141 V 9 nicht die Bedeutung eines Leitentscheides zukommt, ist nicht etwa der Schluss zu ziehen, dass jede gesundheitliche Verschlechterung Grund für eine Rentenaufhebung bilden kann, indem sie ohne weiteres eine von früheren Beurteilungen abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erlaubt. Dies liesse sich kaum mit dem in BGE 141 V 9 postulierten Ausnahmecharakter

vereinbaren und findet letztlich auch im fraglichen Urteil selbst keine genügende Stütze. Einerseits bildet e

in jenem Entscheid nicht eine blossе Verschlechterung des bestehenden Beschwerdebilds, sondern wie in BGE 141 V 9 eine neu hinzugetretene, massgebliche Gesundheitsproblematik Grundlage der Revision. Andererseits ist aus dessen Erwägung E. 4.2 nicht ersichtlich, wie die Gutachter die neu attestierte volle Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten letztlich begründeten. Im Übrigen wurde auch im

bundesgerichtlichen Urteil 8C_133/2015 vom 22. April 2015 E. 3.2.2

die Rente unter Verweis auf BGE 141 V 9 letztlich infolge

eines verbesserten psychischen Gesundheitszustandes aufgehoben und angefügt, dass dem eine Zunahme der aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht festgestellten Beschwerden nicht entgegen stehe.

Zusammenfassend ist deshalb zu konstatieren, dass eine gesundheitliche Verschlechterung zweifelsohne Grundlage für eine Rentenerhöhung, aber nicht immer für eine Rentenreduktion oder -aufhebung sein kann. Eine Einschränkung in diesem Sinne liess das Bundesgericht bereits in seinem Urteil 9C_309/2016 vom 13. September 2016 E.

3.4.1 und 3.4.2.1

verlautbaren. Es erläuterte, dass aus einer festgestellten Veränderung des Sachverhalts nicht direkt ein Revisionsgrund abgeleitet werden könne. Zusätzlich sei erforderlich, dass die festgestellte Veränderung erheblich sei, indem sie sich auf den Rentenanspruch auswirke. Bestehe bereits Anspruch auf eine ganze Rente, sei deren Erhöhung nicht möglich; eine weitere gesundheitliche Verschlechterung könne daher nicht anspruchrelevant sein.

E. 4.2

Mit Blick auf die vorliegend zu beurteilende Rentenaufhebung ist also zunächst zu betonen, dass bei der Beschwerdeführerin keine neue gesundheitliche Problematik vorliegt, sondern nur die Ausprägung der bisherigen Symptomatik zur Diskussion steht. Der vorliegende Fall ist daher nicht ohne weiteres vergleichbar mit denjenigen in den

oberwählten Urteilen des Bundesgerichts, in denen eine neue Schulterproblematik respektive neue Arbeitsbeschwerden den Revisionsgrund bildeten.

E. 4.3

Besonders zu beachten ist auch, dass aus Art. 53 Abs. 2 ATSG klar hervor geht, dass nur auf formell rechtskräftige Rentenverfügungen zurückgekommen werden darf, die nicht bereits Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung bildeten (BGE 110 V 176 E. 2a mit Hinweisen). Wie der vorliegende Fall – in welchem das Sozialversicherungsgericht die aufgehobene halbe Rente bereits zweimal bestätigte

– zeigt, wären Gerichte andernfalls gehalten, wiederholt über abweichende Interpretationen eines bereits gerichtlich beurteilten Sachverhalts zu entscheiden. Dabei hätte das Gericht in solchen Fällen vorab zu prüfen, ob die festgestellte gesundheitliche Verschlechterung wirklich einen Revisionsgrund darstellt, also erheblich genug ist, um die Rente aufgrund einer bloss abweichenden Interpretation und Folgenabschätzung aufzuheben.

E. 4.3.1

Sodann wurde im Gutachten plausibel dargelegt, dass sich im Endeffekt nur die Verschlechterung der depressiven Symptomatik negativ auf die Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit auswirkt.

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

Ausserdem muss in jedem Einzelfall eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

E. 4.3.2

; z.B. Erhalt des Gutachtens von Dr. Z.____ und Dr. B.____ :

Urk. 7/102, 7/106-107, 7/111, 7/114 und 7/117, 7/119 /1 ; Trennung vom Ehepartner und Einstellung der Rente: Urk. 7/190/5 ff. , 7/190/18 ff. und 7/190/44 ; Streit mit dem Lebenspartner: Urk. 7/248/53 ff.) .

Das Beschwerdebild mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar die Symptomatik beeinflussen, sind indes als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Umstände auszuschneiden (Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.3) .

Es liegen also keine Anhaltspunkte für ein im invalidenversicherungsrechtlichen Sinn als schwer zu bezeichnendes Krankheitsgeschehen vor , zumal die – bei der Begutachtung noch mittelgradig ausgeprägte – depressive Episode klar im Vordergrund stand und die Operationen über die Jahre weniger wurden .

Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht der G.____ vom 19. Dezember 2014. Danach zeigte sich eine schwere depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation und waren trotz klinischer Stabilisierung weiterhin fluktuierende Ängste bezüglich des Ex-Partners mit begleitender vegetativer Symptomatik sowie Somatisierungstendenz vorhanden

(Urk. 7/248/48 f.).

Im Kontext mit den erwähnten psychosozialen Faktoren und der dargelegten, nur bedingten Inanspruchnahme einer psychiatrischen Behandlung (vgl. E. 6.1.2, ferner

Urk. 7/190/35) kann ferner mit Bezug auf den zweiten Indikator „Behandlungserfolg und Resistenz“ nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin durchgeführten Therapie gesprochen werden. Im A.____-Gutachten wird sogar explizit erwähnt , dass die therapeutischen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft

seien, auch wenn die Prognose aufgrund des inzwischen chronischen Verlaufs und der aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlichen subjektiven Krankheitsüberzeugung als ungünstig erachtet wurde. Schliesslich hat BGE 141 V 281 nichts daran geändert, dass grundsätzlich nur schwer psychische Störungen invalidisierend und eine Komorbidität sein können. Diese Voraussetzung wird weder durch die depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden bei unzureichender Behandlung, noch die weiter diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitsanteile erfüllt. 5. 4 .2

Beim zweiten Komplex „Persönlichkeit“ sind die Persönlichkeitsentwicklung und -struktur sowie die grundlegenden psychischen Funktionen zu berücksichtigen (vgl. vorerwähntes Urteil 9C_539/2015 E. 4.2). Soweit ersichtlich werden in den medizinischen Akten keine strukturellen Defizite im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik oder eine erhebliche Störung komplexer Ich-Funktionen thematisiert (vgl. E. 3 und 4.4.2 , ferner Urk. 7/248/21) .

Diagnostiziert wurden (und zwar einzig) im A.____-Gutachten akzentuierte abhängige Persönlichkeitszüge, welchen aber keine massgebliche Bedeutung – etwa hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit oder Prognose – beigemessen wurde. Es kann diesbezüglich auch auf die ausführliche Prüfung der Ich-Funktionen durch Dr. Z.____ verwiesen werden (vgl. Urk. 7/112/49 ff.). Im Übrigen

pfllegt die Beschwerdeführerin weiterhin soziale Kontakte , vorab mit ihren erwachsenen Kindern

(vgl. Urk. 7/ 248/18) . 5. 4 .3

Der dritte Komplex "Sozialer Kontext" bestimmt mit darüber, wie sich die Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a). Andererseits hält der Lebenskontext der versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3 und vorerwähntes Urteil des 9C_539/2015 E. 4.3). Es kann auf das vorstehend Gesagte mit Blick auf die psychosozialen Belastungsfaktoren und familiäre Unterstützung verwiesen werden. 5. 4 .4

Unter die zweite Kategorie „Konsistenz“ fällt der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Dieser zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Soweit erhebbar , empfiehlt sich ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist dabei stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 mit Hinweisen). Ein Vergleich mit dem Vorzustand ist vorliegend nicht angezeigt, da die Beschwerdeführerin bereits seit Jahrzehnten über somatisch nicht erklärbare Schmerzen klagt. Fest steht indes, dass sie im Zeitpunkt der letzten Begutachtung imstande war, mit fremden Personen zusammenzuleben, regelmässig Haushaltsarbeiten inkl. auswärtige Einkäufe zu erledigen , insgesamt einer regelmässigen Tagesstruktur nachzugehen (vgl. Urk. 7/ 248/18) und offenbar – wenn auch begleitet von vegetativen Symptomen - öffentliche Verkehrsmittel zu benützen (Urk. 7/248/15). 5. 4 .5

Der weiter in diese Kategorie fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (vgl. vorerwähntes Urteil 9C_539/2015 E. 4.5). Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Die Beschwerdeführerin nimmt eine regelmässige ambulante bzw. stationäre psychiatrische Behandlung jeweils nur im Rahmen der Verschlechterung der depressiven Symptomatik in Anspruch und auch dies erst seit Infragestellung der Rente.

Insofern kann aus der in der Zeit vor der Rentenaufhebung konsequenteren Inanspruchnahme einer psychiatrischen Behandlung, dem kurzzeitigen betreuten Wohnen und dem Medikamentenspiegel von Trittico nicht ohne weiteres auf einen erheblichen Leidensdruck geschlossen werden. Nicht von der Hand zu weisen ist allerdings, dass die Beschwerdeführerin Ärzte wiederholt zu letztlich unnötigen (erfolglosen) Operationen drängte. 5. 5

5.5.1

Insgesamt sind somit keine therapeutisch nicht angehbaren, erheblichen funktionellen Einschränkungen der festgestellten

Somatisierungsstörung nachgewiesen, wie sie das Bundesgericht für eine rentenbegründende Invalidität voraussetzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_340/2015 vom 23. März 2016)

E. 4.2) . Die therapeutischen Möglichkeiten sind noch nicht ausgeschöpft und die Beschwerdeführerin ist im Alltag und den sozialen Beziehungen kaum eingeschränkt, wobei auch das betreute Wohnen nur vorübergehend war. Dem gegenüber haben die psychosozialen Belastungsfaktoren sowie die subjektive Krankheitsüberzeugung einen massgeblichen, wenn nicht den entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der psychischen Beschwerden sowie die

Arbeitsfähigkeit . Dies erklärt auch, weshalb die Beschwerdeführerin zu keiner Zeit einen Arbeitsversuch unternahm , obschon sie nun in drei Begutachtungen, verteilt über zehn Jahre und bei weitgehend übereinstimmender Befunderhebung und ähnlicher Diagnosestellung, nie zu mehr als 50 % arbeitsunfähig erachtet wurde. Nach dem Gesagten lässt sich anhand der Standardindikatoren gemäss

BGE 141 V 281 – und damit auch aus der Optik des Rechtsanwenders, welcher die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen auf ihre konkrete sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat (vgl. BGE 141 V 281 E . 5.2 , vorerwähntes Urteil 9C_106 /2015 E. 6.3) – bestätigen, dass die Somatisierungsstörung keinen nennenswerten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat . 5.5.2

Bezüglich der depressiven Störung kann im Übrigen auf das bereits in E.

E. 4.3.3

Ausgeführte verwiesen werden . Unter zusätzlicher Berücksichtigung

der Ergebnisse der vorstehenden Standardindikatoren-Prüfung, die weitestgehend auch für die depressive Störung gelten, kann dafür trotz der neuen Rechtsprechung keine rentenbegründende Invalidität anerkannt werden. Dies ist mit der aus medizinischer Sicht postulierten gemittelten 40%-Arbeitsunfähigkeit bei in den letzten Jahren wiederholt im Vordergrund stehenden psychosozialen Belastungssituationen gut vereinbar. 5.5.3

Schliesslich sind die Diagnosen aus der Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10 Systems, wie vorliegend die von den A.____ -Gutachten gestellte Diagnose akzentuierte abhängige Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1), für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bundesgerichtes 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E.

5.1 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Im psychiatrischen Teilgutachten wird unter Hinweis auf den Längsverlauf zudem plausibel erläutert, weshalb eine Persönlichkeitsstörung ausgeschlossen wurde (vgl. E. 3.3.2). 6.

Zusammenfassend kann also nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf geschlossen werden , dass die Beschwerdeführerin über Monate hinweg aufgrund eines

invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens in erheblichem Mass in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war, selbst wenn sich ihr Gesundheitszustand zwischen April 2012 und Verfügungserlass leicht verschlechtert hat. Die mit Verfügung vom 19. Januar 2016 erfolgte Aufhebung der bisherigen halben Rente unter dem Titel der Revision nach Art. 17 ATSG ist deshalb im Rahmen einer substituierten Begründung nach lit. a

Abs. 1 SchlB zur 6. IV-Revision zu schützen. Selbstredend fällt bei dieser Sachlage die von der Beschwerdeführerin geforderte Rentenerhöhung ausser Betracht. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne von Aesch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Allianz Suisse Rechtsdienst LRD, Postfach, 8010 Zürich 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

E. 4.3.4

In Anbetracht dessen kann ohne detaillierte Prüfung der Standardindikatoren bereits gesagt werden, dass die Entwicklung der depressiven Störung mit neu mittelgradigen depressiven Episoden

von

vornherein nicht geeignet ist, aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als wie bisher 50 % in einer dem somatischen Leiden angepassten Tätigkeit zu begründen. Die Beschwerdegegnerin sprach der depressiven Störung gestützt auf die bisherige Rechtsprechung

(BGE 140 V 193 E. 3.3) sogar jegliche invalidisierende Wirkung ab. Die ausgewiesene Zunahme der depressiven Symptomatik

vermag den Invaliditätsgrad

also zweifelsohne nicht zu beeinflussen.

E. 4.4.1

Zudem wird weder von den A.____-Gutachtern noch von den Parteien eine in irgendeiner Form verbesserte Arbeitsfähigkeit, sei es infolge einer gesundheitlichen Besserung eines Teils des bisher bestehenden Beschwerdebildes oder einer besseren Adaption an das Leid, thematisiert. Damit sind auch keine

Tatsachenänderungen nachgewiesen, die für sich genommen zu einer Senkung des bisherigen Invaliditätsgrades von 57 %

(Urk. 7/70/14)

unter den Schwellenwert von 50 % für eine halbe Rente führen könnten.

E. 4.4.2

Wäre der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin also

aufgrund der festgestellten Tatsachenänderungen denn doch

frei und umfassend zu prüfen, könnte eine Reduktion oder Aufhebung der bisherigen halben Rente

auch unter Berücksichtigung der vorstehend diskutierten Bundesgerichtsurteile letztlich nur dann zulässig sein, wenn sich deren Zusprechung im Sinne der Wiedererwägungsvoraussetzungen nach Art. 53 Abs. 2 ATSG als ursprünglich zweifellos unrichtig erweist. Denn könnte eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeit ohne diese Schranke zu einer Rentenreduktion oder -aufhebung führen, so wären diejenigen Rentenbezüger, deren Gesundheitszustand sich verschlechtert, benachteiligt gegenüber denjenigen mit unverändertem Gesundheitszustand

(vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV. 2016.00496 vom 29. September 2017 E 3.2.4). Zur Gegenargumentation der Beschwerdegegnerin ist anzumerken, dass eine Verschlechterung des invalidisierenden Leidens als Revisionsgrund im Gegensatz zu einer gesundheitlichen Verbesserung oder einer Statusänderung nie zu einer Herabsetzung der Rente führen kann, ohne dass gleichzeitig eine verbesserte Arbeitsfähigkeit in Bezug auf andere Beschwerden festgestellt oder der medizinische Sachverhalt /die Arbeitsfähigkeit abweichend von früheren Einschätzungen beurteilt wird. In dieser Konstellation besteht also eine besondere Nähe zur Wiedererwägung, weshalb sich die analoge Anwendung der Voraussetzungen nach Art. 53 Abs. 2 ATSG sachlich rechtfertigt. 4.

E. 4.5

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass es unzulässig ist, wie mit der angefochtenen Verfügung angestrebt, eine gerichtlich bestätigte Rente aufgrund einer bloss abweichenden ärztlichen Folgenabschätzung aufzuheben allein mit der Begründung, es liege eine Zunahme der bisherigen Symptomatik vor. Eine Rentenaufhebung gestützt auf eine gesundheitliche Verschlechterung nach Art. 17 ATSG setzt stets eine irgendwie geartete Verbesserung der Arbeitsfähigkeit voraus, andernfalls müssen für die Rentenaufhebung die Voraussetzungen der Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG gegeben sein. Beides ist vorliegend nicht der Fall, soweit überhaupt von einem Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG im Sinne einer rentenrelevanten Veränderung ausgegangen werden kann, zumal keine neue gesundheitliche Problematik vorliegt und die neue Qualifikation der Depression keinen höheren Invaliditätsgrad als bisher zu begründen vermag. 5. 5.1

Kann die Rentenaufhebung weder unter dem Aspekt der Revision noch der Wiedererwägung geschützt werden, bleibt die Anwendbarkeit von lit . a

Abs. 1 SchlB zur 6. IV-Revision zu prüfen (vgl. E. 1.3) . Das Bundesgericht hat nach Erstellung des MEDAS-Gutachtens zweimal eine bedeutsame Praxisänderung in Bezug auf die Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden vorgenommen, worunter auch die im ersten und dritten Gutachten diagnostizierte Somatisierungsstörung fällt (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.2) .

Ab März 2004 galt zunächst die mit BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung zu den sogenannten Förster-Kriterien. Diese wurde vom Bundesgericht im Juni 2015 kurz nach Erstellung des A.____-Gutachtens

mit BGE 141 V 281 angepasst und ein strukturiertes Beweisverfahren mit sogenannten Standardindikatoren

eingeführt .

Grundsätzlich sind Rechtsprechungsänderungen, so auch jene von BGE 141 V 281, auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden. Diese gilt auch bei einer Rentenprüfung gestützt auf lit . a

Abs. 1 SchlB zur 6. IV-Revision (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2015 vom 29. Februar 2016 E. 5) . Daran vermag der Umstand, dass die Änderung der Rechtsprechung keinen Revisionsgrund darstellt (BGE 141 V 585), entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. 5.2

5.2.1

Im MEDAS-Gutachten diagnostizierte der begutachtende Psychiater eine Somatisierungsstörung insbesondere, weil selbst unter Berücksichtigung der somatischen Befunde und der Möglichkeiten von Unkorrektheiten in der früheren medizinischen Behandlung die Dramatik der Beschwerdeschilderung nicht ohne weiteres verständlich sei. Zur Diagnose passen würden einerseits die dramatische Schilderung der Krankengeschichte und andererseits die zum Teil ergebnislosen Operationen. Rein aus der Optik der Beschwerden am Bewegungsapparat könnte man auch von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sprechen. Eine Depression lasse sich zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht diagnostizieren. Der begutachtende Psychiater erachte die Arbeitsfähigkeit daher als um 50 % eingeschränkt (Urk. 7/17/19; zum psychiatrischen Konsilium, vgl. Urk. 7/17/31). Demgegenüber attestierte der damals begutachtende

Rheumatologe eine volle Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten Tätigkeiten (Urk. 7/19/31).

Trotz der klar im Vordergrund stehenden

anhaltenden somatoformen Schmerzstörung

und klaren Differenzierung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer und psychiatrischer Sicht fanden die nach Erstellung des Gutachtens eingeführten Foerster-Kriterien weder im

Einspracheentscheid vom 17. Februar 2005 (Urk. 7/56/2 ff.) noch im Urteil vom 30. November 2005 (Urk. 7/70/8 ff.) Berücksichtigung . 5.2.2

Im

letzten Vorgutachten

aus dem Jahr 2010 erläuterte indes Dr. Z.____, die komplexen Ich-Funktionen seien soweit vorhanden und ausgebildet. Dies bedeute, dass bei der Beschwerdeführerin aktuell keine gravierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf ihre Schmerzproblematik bestehe, da ihr die Willensanstrengung, die nötig sei, um die Schmerzen zu überwinden, grundsätzlich zumutbar sei, zumal sich bei ihr keinerlei Hinweise auf auffällige pathologische Persönlichkeitsstrukturen ergeben würden. Sodann liege die Komorbidität einer – effektiv

im Vordergrund stehenden – rezidivierenden depressiven Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolaren Depression, gegenwärtig leichtgradige Ausprägung vor. Es bestehe ein leichter sozialer Rückzug. Weiter sehe er zwar einen verfestigten, jedoch durchaus therapierbaren Verlauf einer Konfliktbewältigung. Diese Begleitumstände seien von der Ausprägung her so zu bewerten, dass sie momentan nicht zu einer Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung führen würden, sondern sich lediglich in einer Reduktion der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirken würden (vgl. Urk. 7/112/51 f.; bestätigt auch in der späteren Gutachtensergänzung, Urk. 7/143/2).

Wie die Beschwerdeführerin zutreffend ausführte, müssen diese Überlegungen damals von den rechtsanwendenden Behörden zur Kenntnis genommen worden sein. Dennoch setzten sie sich in der Verfügung vom 15. Juli 2011 (Urk. 7/158/2) und dem Urteil vom 19. März 2013 (Urk. 7/179/7 ff.)

zu Recht nicht

mit den Foerster-Kriterien auseinander, da das Bundesgericht damals die Auffassung vertrat, die Schlussbestimmung sei nur anwendbar, wenn die Rentenzusprache ausschliesslich aufgrund der Diagnose eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage erfolgt sei (z.B. BGE 139 V 547 E. 10.1.1, datiert vom 31. Oktober 2013). Erst nach dem Rückweisungsentscheid präzisierte es am 16. Mai 2014 in BGE 140 V 197 E. 6.2.3, dass laufende Renten vom Anwendungsbereich nur auszunehmen seien, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen. Infolgedessen begründete es die einleitend erwähnte Rechtsprechung zu den „Mischsachverhalten“ (vgl. E. 1.3).

Die Einwände der Beschwerdeführerin gegen die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung sind somit nicht stichhaltig. Ausserdem ist sie heute noch keine 55 Jahre alt, die halbe Invalidenrente

wurde ihr rückwirkend ab dem Jahr 2002 zugesprochen und es handelt sich vorliegend um die Fortsetzung eines vor Ende 2014 eingeleiteten Revisionsverfahrens, wobei der Beschwerdeführerin selbst die aktuelle Begutachtung vor Ende 2014 angekündigt wurde. Damit ist auch kein Ausschlussgrund ersichtlich. 5.3

5.3.1

Die Prüfung gestützt auf die Schlussbestimmung hat wie dargelegt anhand der aktuellen Rechtsprechung zu erfolgen. Gemäss BGE 141 V 281 hat die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen

stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wurde durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. Massgebend sind neu in Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen eingeteilte Standardindikatoren. Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind in BGE 141 V 281 E. 4.3 ff. umschrieben. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur noch zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_421/2015 vom 23. September 2015 E. 5 mit Hinweisen). 5.3.2

Bezüglich der Ausführungen im A. ___ -Gutachten zu den Förster-Kriterien kann vorab auf die Zusammenfassung in E. 3.3.4 verwiesen werden. In intertemporal rechtlicher Hinsicht ist dabei sinngemäss wie in BGE 137 V 210 vorzugehen. Nach dieser Entscheidung verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/o der gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht

(BGE 141 V 281 E. 8). 5.4.5.4.1

In der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ sind für den ersten Komplex „Gesundheitsschädigung“ die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, deren Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. -resistenz sowie allfällige Komorbiditäten entscheidend (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.1). Das Vorliegen einer

Somatisierungsstörung ist unbestritten. Dies ist angesichts der in allen Gutachten festgestellten multiplen körperlichen Symptome, für die keine somatische Erklärung besteht, und der von der Beschwerdeführerin dennoch immer wieder angestrebten

ärztlichen Abklärungen

bzw. Operationen sowie

der zunächst nur begleitend aufgetretenen depressiven Symptome und fragwürdige n Einnahme von Benzodiazepinen nicht zu beanstanden (vgl. E. 3 ; Weltgesundheitsorganisation [WHO] , Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl. 2015, S. 224 ff.).

Indes enthält das Gutachten zur Ausprägung der Symptomatik nur bedingt Ausführungen. Einerseits wurde im Psychostatus konstatiert , das formale Denken sei auf die Beschwerden eingeeengt

(Urk. 7/17/19). Andererseits findet sich in der Stellungnahme zu den früheren psychiatrischen Einschätzungen die äusserst vorsichtige Formulierung, dass die Diagnose nun „gestellt werden kann“

(vgl. Urk. 7/248/21). Es

fällt zudem

wiederum die zeitliche Nähe der Exazerbationen zu belastenden Situationen (bzw. dem Austritt aus der daran anschliessenden psychiatrischen Hospitalisation) ins Auge (vgl. E.

E. 7

Abs. 2 ATSG wurde per 1. Januar 2008 an die zu den somatoformen Schmerzstörungen begründete Rechtsprechung (BGE 130 V 352) angepasst und statuiert seither den Grundsatz, dass eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliegt, wenn diese aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Laut ihrem Abs. 4 findet die Bestimmung keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen.

Im Übrigen ist die Anwendbarkeit von lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugesprochene Renten beschränkt bzw. nur ausgeschlossen, wenn die Rentenzusprache bereits auf der Grundlage der massgebenden Überwindbarkeitsrechtsprechung erfolgt ist (vgl. zum Ganzen BGE 140 V 8 E. 2).

Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, kann die Schlussbestimmung 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). Der organisch begründete Teil der Arbeitsfähigkeit kann indes nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist (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, hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere („nichtsindromale“) Gesundheitsschädigung letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen).

E. 10

% ein . Ausserdem sei es zu einer leichten Verschlechterung der depressiven Störung

von einer leichten Ausprägung hin zu einer leicht en bis mittel gradigen depressiven Episode gekommen . Damit sei ein Revisionsgrund gegeben

(Ziff. 3). Bei der allseitigen Anspruchsprüfung sei aufgrund der Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung leichter bis höchstens mittelgradiger depressiver Störungen von der gutachtlich attestierten Arbeitsunfähigkeit von 40 %

aus psychiatrischer Sicht abzuweichen. Der Medikamentenspiegel sei unter dem Referenzwert, die therapeutischen Möglichkeiten seien noch nicht ausgeschöpft und theoretisch könne die regelmässige Benzodiazepin-Einnahme die Symptomatik verschlechtern. Zudem bestünden diverse psychosoziale Belastungsfaktoren, namentlich massive Drohungen und Tötlichkeiten durch den Lebenspartner. Im Übrigen überzeuge es aufgrund des angegebenen Tagesablaufes sowie der aktuellen Befunde, dass der Somatisierungsstörung und den akzentuierte n Persönlichkeitszüge n

kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen worden sei. Zusammenfassend bestehe unter Berücksichtigung der

Abdominalbeschwerden in der bisherigen bzw. sämtlichen körperlich leichten bis mittelschweren

Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 90 %

(Ziff. 4). 2.4

Die Beschwerdeführerin erwi derte in der Replik (Urk. 11), auch in BGE 141 V 9 E. 6.3.2 sei insgesamt eine massgeblich verbesserte Arbeitsfähigkeit festgestellt und nicht bloss ein im Wesentlichen unveränderte r Zustand abweichend interpretiert worden . Die Beweislast für eine entsprechende Änderung liege bei der Beschwerdegegnerin (Ziff. 2.1) . Indes

sei im Rückweisungsentscheid festgestellt worden, dass sie Ende 2010 im Wesentlichen nach wie vor an einer depressiven Störung, beim Untersuch leichtgradiger Ausprägung, an einer somatoformen Schmerzstörung, einem generalisierten Schmerzsyndrom und chronischen Bauchschmerzen gelitten habe, wobei diese Diagnosen in den späteren Arztberichte n bestätigt worden seien (vgl. im Detail Ziff. 2.2) .

Zutreffend habe die Beschwerdegegnerin eine seither eingetretene Verschlech terung der Adominalbeschwerden und depressiven Symptomatik dargetan . Auch sei d ie Schmerzsymptomatik nun so ausgeprägt, dass eine Somatisierungs störung z u diagnostizieren sei. Ein veränderter Sachverhalt im Sinne einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei also nicht nachgewiesen (Ziff. 2.4). Im Übrigen handle es sich um eine andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens, wobei sich aus dem A.____ -Gutachten nach 13 Jahren keine Anhaltspunkte für eine mögliche Verbesserung durch therapeutische Massnahmen bzw. mit Blick auf den Medikamentengebrauch ergäben (Ziff. 2.5). 2.5

Die Beigeladene merkte

mit Eingabe vom 4. Dezember 2017 (Urk. 23) an, dass der Entscheid vom 1 5. Juli 2011 auf einem Valideneinkommen von F r. 45'411.20 beruhe und die Realloohnerhöhung bei beiden Vergleichs einkommen zu berücksichtigen sei. Z udem gehe aus Ziff. 6. 2 und 9 des A.____ -Gutachtens hervor, dass die Beschwerdeführerin insge samt 40 % arbeitsunfähig sei , d.h. die Arbeitsunfähigkeiten würden nicht aufsummiert . Die behauptete Leistungsminderung von 55 % sei weder substanti iert noch belegt.

Ungeachtet eines leidensbedingten Abzugs

von 15 % resultiere

daher kein Invaliditätsgrad von 60 % oder mehr. 2.6

Mit Verfügung vom 21. November 2017 machte das Sozialversicherungsgericht sämtliche Beteiligten auf Erwägung 3 seines Urteils IV.2016.496 vom 29. September 2017 aufmerksam und wies darauf hin, dass die angefochtene Verfügung allenfalls gestützt auf lit. a

Abs. 1 SchlB zur 6. IV-Revision im Sinne einer substituierten Begründung geschützt werden könnte (Urk. 20). Die Beigeladene verzichtete implizit auf eine Stellungnahme hierzu (Urk. 23).

Die Beschwerdeführerin beanstandete

mit Eingabe vom 8. Dezember 2017, das Urteil IV.2016.00496 stehe im Widerspruch zur ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach bei gegebenem Revisionsgrund eine allseitige Neuprüfung vorzunehmen sei. Es leuchte nicht ein, weshalb dies in jener Konstellation nicht mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz vereinbar sei. So habe beispielsweise auch bei Aufgabe der Erwerbstätigkeit eine ärztliche Neubeurteilung zu erfolgen. Die Rente sei diesfalls auch anzupassen, wenn die dabei festgestellte höhere Arbeitsfähigkeit auf eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts zurückzuführen sei.

Ohnehin werde im vorliegenden A.____-Gutachten auch eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (Urk. 24).

Die Beschwerdeführerin monierte

mit Eingabe vom 22. Dezember 2017, eine erneute Überprüfung anhand der Schlussbestimmung sei unstatthaft. Es gelte das Prinzip der Rechtsanwendung von Amtes wegen, weshalb davon auszugehen sei, dass das Gericht in der Beratung zum Rückweisungsentscheid die damals grundsätzlich bestehende Möglichkeit der Anwendung der Schlussbestimmung aufgrund des eindeutigen medizinischen Sachverhalts verworfen habe. Auch rechtfertige sich mit Blick auf BGE 141 V 9 E. 2.3 keine Anpassung der rechtskräftig verfügten Dauerleistung an die mit BGE 141 V 281 geänderte Gerichtspraxis. Das Bundesgericht habe mit dieser

bis zum Ablauf der Dreijahresfrist gemäss Schlussbestimmung zugewartet. Im Übrigen sei das A.____-Gutachten nicht nach einem entsprechend detaillierten Fragekatalog zu den sog. Standardindikatoren erstellt worden (Urk. 26). 3. 3.1

Die Frage der wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt sich im vorliegenden Fall aufgrund von Dispositivziffer 1 und Erwägung 5 des Rückweisungsentscheides vom 19. März 2013 (Urk. 7/179/9 f.) unbestrittenermassen durch Vergleich des Sachverhalts, wie er vor dem Unfall am 7. Januar 2011 bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 134 V 131 E. 3).

3.2

3.2.1

Das Sozialversicherungsgericht führte in Erwägung 4 des erwähnten Rückweisungsentscheides zusammengefasst aus, dass es entgegen der Auffassung der

Beschwerdegegnerin zu keiner wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der Zusprache der befristeten halben Rente ab September 2003 gekommen sei. Eine solche werde im Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. B.____ vom 28. Januar 2010 mit einer Besserung des somatischen Gesundheitszustandes begründet, die nicht überzeuge (vgl. im Detail zur gutachtlich festgestellten Verbesserung des Schultertiefstandes, der Wirbelsäulenbeweglichkeit und des Finger-Boden-Abstandes, Urk. 7/179/7). 3.2.2

Zudem

sei die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten vom 30. Oktober 2003 vor allem mit psychischen Einschränkungen begründet worden, weshalb sich eine verbesserte Arbeitsfähigkeit auch in diesem Bereich hätte niederschlagen müssen. Indes seien im Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. B.____

die Diagnosen einer depressiven Störung und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt worden, während im MEDAS-Gutachten zur ausschliesslich diagnostizierten Somatisierungsstörung erläutert worden sei,

dass rein aus Optik der Beschwerden am Bewegungsapparat auch von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gesprochen werden könnte; eine Depression habe sich bei der Begutachtung nicht diagnostizieren lassen, wobei die Beschwerdeführerin

in lockerer psychotherapeutischer Behandlung gestanden und ein Antidepressivum eingenommen habe.

Es sei somit erstellt, dass sich die Befunde – soweit nicht gleich

geblieben

– zumindest nicht verbessert, sondern eher geringgradig verschlechtert hätten, so dass die zusätzliche Diagnose einer depressiven Störung gestellt worden sei. Diese stelle

indes keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes dar, zumal Dr. Z.____ deswegen keine höhere Arbeitsunfähigkeit attestiert und festgehalten habe, diese bestehe seit dem Jahr 2002. Die depressive Symptomatik sei

dementsprechend gemäss Urteil vom 30. November 2005 – im Rahmen der Somatisierungsstörung – schon bei der Rentenzusprache

berücksichtigt worden. Ferner

würden die nur geringfügig

voneinander abweichenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit von 50 %

(MEDAS-Gutachten) und 65 %

(Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. B.____) zeigen, dass es sich im Wesentlichen um eine andere Beurteilung des selben Sachverhaltes handle, zumal es auch dem RAD am

8. März 2010 nicht gelungen sei, eine wesentliche gesundheitliche Verbesserung nachzuweisen (Urk. 7/79/7 f.).

3.2.3

Dr. Z.____ und Dr. B.____

hätten

auch die im Herbst 2009 aufgetretene Halbseitensymptomatik berücksichtigt, die Ende 2009 zu einem Aufenthalt in der C.____ geführt habe und von den dortigen Ärzten einem Verdacht auf eine dissoziative Störung zugeordnet worden sei. Dem habe sich Dr. Z.____ angeschlossen unter Hinweis darauf, dass diese r emittiert sei, und unter Zusammenfassung der episodischen Vorkommnisse unter die anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Dies leuchte ein. So habe Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, dies ebenfalls als wahrscheinlichste Differentialdiagnose erwähnt, obschon er einen Migränezusammenhang nicht ausgeschlossen habe. Migräneprobleme hätten allerdings schon in das MEDAS-Gutachten Eingang gefunden, ohne eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge zu haben. Ferner habe Dr. Z.____ nachvollziehbar dargelegt, dass keine erheblichen Anhaltspunkte unter anderem für eine posttraumatische Belastungs-, Angst-, Anpassungs- oder Zwangsstörung vorliegen würden. Ebenso seien im Austrittsbericht des Sanatoriums E.____ vom 16. August 2011 neben der depressiven Störung und anhaltenden somatoformen Schmerzstörung keine anderen Diagnosen aufgeführt worden (Urk. 7/179/8 f.). 3.2.4

Das Sozialversicherungsgericht schlussfolgerte, zusammengefasst sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bis Ende 2010 nach wie vor im Wesentlichen an einer depressiven Störung, zum Untersuchungszeitpunkt Ende 2009/Anfang

2010 leichtgradiger Ausprägung, an einer somatoformen Schmerzstörung, an einem generalisierten Schmerzsyndrom und an chronischen Bauchschmerzen gelitten habe. Da somit weiterhin von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen sei, müsse keine neue Invaliditätsbemessung vorgenommen werden (Urk. 7/179/9). 3.3 3.3.1

Der neuen Gesamtbeurteilung des A.____-Gutachtens vom 13. April 2015 ist zu entnehmen, es

könne

aus Sicht des Bewegungsapparates ein chronisches panvertebrales und unspezifisches, multilokuläres Schmerzsyndrom festgestellt werden, das jedoch lediglich eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich andauernd schwere Tätigkeiten begründe. Hingegen bestehe für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit in Wechselbelastung einschliesslich sämtlicher bislang durchgeführter Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100%. Das Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sei zu vermeiden. Aus neurologischer Sicht könne eine Mischcephalea (Migräne ohne Aura, chronische Spannungskopfschmerzen, analgetikainduzierte Kopfschmerzkomponente, Urk. 7/248/35) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden. Aus gastroenterologischer Sicht würden sich diffuse Abdominalbeschwerden multifaktorieller Ätiologie mit Verdacht auf eine psychosomatische Überlagerung durch eine chemisch-toxische Gastritis mit Besserung unter PPI finden. Körperlich schwere Tätigkeiten könnten der Beschwerdeführerin daher nicht mehr zugemutet werden. Für eine körperlich leichte bis mittelschwere, nicht belastende Tätigkeit bestehe dagegen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90% aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Aus viszeralkirurgischer wie auch allgemein internistischer Sicht würden sich keine weiteren Befunde und Diagnosen finden, die eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würden. Aufgrund der Diagnose „anamnestisch Asthma bronchiale“ seien Arbeiten in staubfreier Umgebung zu empfehlen.

Aus psychiatrischer Sicht finde sich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % begründe.

Zusammenfassend bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten. Für körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten unter Wechselbelastung bestehe dagegen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60 % über 6 bis 8 Stunden pro Tag umsetzbar, je nach Möglichkeit, am Arbeitsplatz Pausen einzulegen oder stundenweise zu arbeiten. Die aus somatischer und psychiatrischer Sicht formulierten Arbeitsunfähigkeiten könnten in der Summe nicht addiert werden, da für die entsprechenden Ruhepausen die gleichen Pausen beansprucht werden könnten. Aufgrund der anamnestischen Angaben, Untersuchungsbefunde und vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten könne vom genannten Arbeits- und Leistungsprofil gemittelt über den Verlauf seit dem Jahr 2012 ausgegangen werden. Während der seither erfolgten Klinikbehandlungen könne punktuell eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit nachvollzogen werden, was bei der 40%igen Einschätzung berücksichtigt sei. Vorangehend könne ab der Berentung bzw. dem MEDAS-Gutachten bis Ende 2009 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % und von Januar 2010 bis März 2012 von einer Arbeitsunfähigkeit von 25 %

ausgegangen werden. Ab April 2012 gelte die aktuelle Einschätzung (Urk. 7/248/37). 3.3. 2

Zur Diagnosestellung wurde im psychiatrischen Teilgutachten sinngemäss erläutert, dass folgende Kriterien für eine leichte bis mittelgradige depressive Episode im Sinne von ICD-10: F33.0/33.1 erfüllt seien: verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen sowie negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation.

Die Beschwerdeführerin habe nachts schlechte Träume, in denen sie verfolgt werde und mit Angst aufwache. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) mit einer ausgedehnten, wechselnden Schmerzsymptomatik im Bewegungsapparat und im Magendarmbereich zu diagnostizieren. Die Beschwerdeführerin sei in psychiatrischer Behandlung, wohne betreut, besuche die Tagesklinik und es sei auch zu psychiatrischen Hospitalisationen gekommen. Diagnostisch handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung. Es bestünden lebensgeschichtliche Belastungen mit einer gescheiterten Ehe, in der die Beschwerdeführerin von ihr gegenüber gewalttätigen Ehemann abhängig gewesen sei. Sie habe nach wie vor die Tendenz, abhängige Beziehungen einzugehen, so als sie von einem Freund verfolgt und bedroht worden sei. Es bestünden zudem ein Migrationshintergrund und eine finanzielle Abhängigkeit von der Rente, die sie nicht verlieren wolle. Neben den Belastungen im Haushalt und als Mutter habe sie als Hilfsarbeiterin viel gearbeitet. Vor dem Hintergrund all dieser Belastungen sei es zu den psychischen Störungen gekommen. Zu diagnostizieren seien ferner akzentuierte abhängige Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1). Gegen eine Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit spreche vor allem der Verlauf vor der Erkrankung mit wenig auffälliger Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit

(Urk. 7/248/19 f.). 3.3. 3

Zum Krankheitsverlauf wurde im psychiatrischen Teilgutachten ausgeführt, Dr. Z. ___ habe im letzten Vorgutachten eine rezidivierende Störung, gegenwärtig leichtgradige

Ausprägung, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Weiter habe er den Verdacht auf ein Abhängigkeitssyndrom durch Benzodiazepine sowie schädlichen Gebrauch von Tabak aufgeführt. Die Diagnosen könnten zum damaligen Zeitpunkt bestätigt werden. Zudem seien die Ausführungen von Dr. Z. ___ zu den früheren fachärztlichen Beurteilungen heute noch gültig. Diesen könne aus heutiger Sicht nichts hinzugefügt werden. Mittlerweile bestehe eine leichte bis mittelgradige depressive Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung, die sich leicht bis mittelgradig einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Die Schmerzsymptomatik sei nun so ausgeprägt, dass die Diagnose einer Somatisierungsstörung und nicht mehr diejenige einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden könne. Seit der Begutachtung durch Dr. Z. ___ habe sich der Gesundheitszustand also etwas verschlechtert mit auch Klinikbehandlungen, weiterhin Tagesklinikbehandlung und betreutem Wohnen. Deshalb sei die Arbeitsunfähigkeit heute höher, was im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung nachvollziehbar sei.

Im Jahr 2012 habe Dr. F. ___ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert und die stationäre Behandlung im Sanatorium E. ___ im April und August 2012 aufgeführt. Dort sei eine chronische rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert worden. Trotzdem bescheinige Dr. F. ___ im Jahr 2013 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Eine mittelgradige depressive Episode und damit 50%ige Arbeitsunfähigkeit könne während der Hospitalisationen nachvollzogen werden. Aufgrund der aktuellen Begutachtung könne eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit im teilstationären Rahmen nicht mehr begründet werden. Gemittelt über den Verlauf bestehe eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit. 3.3.4

Schliesslich ist dem psychiatrischen Teilgutachten mit Blick auf die Frage, ob das Leiden im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG aus objektiver Sicht überwindbar ist, zu entnehmen, dass es in chronischer Verlauf

und

eine regelmässige Einnahme von Benzodiazepin

bestehe. Der diesbezügliche

Medikamentenspiegel sei allerdings unter dem Referenzwert gewesen und eine Entzugssymptomatik nicht erwiesen. Theoretisch könne die depressive Symptomatik dadurch aber verschlechtert werden. Weiter seien die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Nicht erwiesen sei zudem ein schwerer sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens. Eine deutlich schwere psychiatrische Komorbidität, wie eine schwere chronische psychotische Störung oder eine schwere Persönlichkeitsstörung, bestehe nicht. Die Förster-Kriterien seien also nicht hinreichend erfüllt. Die Prognose sei aber aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig (Urk. 7/248/20). Die Beschwerdeführerin könne sich nicht mehr vorstellen, wieder einer Arbeit nachzugehen. Diese Selbsteinschätzung könne durch die psychiatrischen Befunde indes nicht objektiviert werden. Die Anamnese sei gut möglich gewesen, obwohl leichte Konzentrationsstörungen bei der genauen Angabe von Lebensdaten bestanden hätten. Die Beschwerdeführerin gehe zudem einem strukturierten Tagesablauf nach, besuche regelmässig die Tagesklinik und verrichte in der betreuten

Wohngemeinschaft ihre häuslichen Aufgaben. Sie habe Kontakte in ihrem Umfeld, auch innerhalb der Familie, und auch Reisen in die Heimat seien trotz der subjektiv starken Schmerzen möglich. Es bestehe ferner eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und der

Medikamentenspiegel sei in Bezug auf das Antidepressivum Trifluoromethoxyphenol, das die Beschwerdeführerin neben dem Antidepressivum Cipralext erhalten, erhöht gewesen (Urk. 7/248/21). 3.4.3.4.1

Wie die Parteien zutreffend und übereinstimmend feststellten, kamen die A.____-Gutachter aufgrund der Befunde und Arztberichte nachvollziehbar zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Ende 2010 in dreierlei Hinsicht leicht verschlechtert hat. Erstens entwickelte sich die von Dr. Z.____ diagnostizierte depressive Störung leichter Ausprägung hin zu einer rezidivierenden depressiven Störung mit leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden. Zweitens ist die Schmerzsymptomatik aktuell so ausgeprägt, dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden konnte. Drittens haben die Abdominalbeschwerden zugenommen. 3.4.2

Soweit es indes

die Arbeitsfähigkeit betrifft, ist aus Sicht der A.____-Gutachter einzig die Entwicklung der depressiven Symptomatik bedeutsam, wobei eine Zunahme angesichts des letzten Vorgutachtens von Dr. Z.____ und Dr. B.____ sowie der absolvierten Klinikaufenthalte durchaus plausibel ist.

Die Schmerzsymptomatik wurde demgegenüber in Übereinstimmung mit dem letzten Vorgutachten als überwindbar beurteilt

und zu den Abdominalbeschwerden

angemerkt, dass diese mit Blick auf die bereits psychisch bedingt

eingeschränkte Leistungsfähigkeit keinen zusätzlichen Pausenbedarf erfordern würden.

Konkret attestierten die A.____-Gutachter der Beschwerdeführerin deshalb ab April 2012 eine „gemittelte“ – mit anderen Worten eine durchschnittliche –

Arbeitsunfähigkeit von 40

%. Dabei berücksichtigten sie eine erhöhte Arbeitsunfähigkeit von 50% während der stationär behandelten mittelgradigen depressiven Episoden. Daraus folgt umgekehrt, dass die Arbeitsunfähigkeit ausserhalb dieser Zeiträume mit unter 40% beurteilt wurde.

Gegenüber dem letzten Vorgutachten hat sich die durchschnittliche Leistungsfähigkeit

somit geringfügig um 5% verringert, nämlich von täglich 7 Stunden mit einer Leistungsfähigkeit von 80%, was bezogen auf einen 8,5-Stunden-Arbeitstag einer Arbeitsfähigkeit von 65%

entspricht, auf eine Arbeitsfähigkeit von 60%. 3.4.3

Dass die im A.____-Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit höher ist als diejenige

im MEDAS-Gutachten, das der Rentenzusprache zugrunde lag, ist

also

nicht auf eine irgendwie geartete Verbesserung der Gesundheit bzw. Arbeitsfähigkeit , sondern eine andere Beurteilung des im Wesentlichen unveränderten medizinischen Sachverhaltes zurückzuführen – zumal das Sozialversicherungsgericht bereits in seinem Urteil vom 19. März 2013 für den Zeitraum von September 2003 bis Ende 2010 verbindlich feststellte, dass keine massgebliche gesundheitliche Besserung eingetreten ist .

Weiter ist hervorzuheben, dass keine neue Gesundheitsproblematik hinzugetreten ist, sondern sich lediglich das bereits Ende 2010 bestehende Beschwerdebild verschlechtert hat.
4 .

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