

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00246 vom 14. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00246

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00246 du 14 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00246 del 14 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) auf.

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 Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsge mass ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelische s Leiden mit Krankheitswert besteht, welche s die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur

Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.4

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) wer den Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (Päusbonog) gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

Die in lit. a Abs. 1 SchlB

6. IV-Revision vorgesehene Rentenherabsetzung beziehungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugesprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche Rentenzusage 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 - auseinander gehalten 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 verstärkt, 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. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen fest zu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in

einer Weise begründet sind, dass die rechts anwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 18. Februar 2016 Beschwerde und beantragte, es sei ihr unter Aufhebung der Verfügung vom 21. Januar 2016 weiterhin eine Dreiviertelrente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 30. März 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-145), was der Beschwerdeführerin am 13. April 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, die Überprüfung der Invalidenrente gemäss

lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV Revision habe ergeben, dass die Diagnosen, welche zur Rentenentscheidung geführt hätten, zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen

Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlagen gehörten. Aus der bidisziplinären Einschätzung von Prof. A.____ und von Dr. B.____ vom 19. Februar 2014 (Urk. 7/107 S. 1) gehe hervor, dass keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Den medizinischen Unterlagen seien keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöchten. Diese gutachterliche Einschätzung halte auch einer Überprüfung anhand der mit BGE 141 V 281 neu eingeführten bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Invaliditätsbeurteilung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache mittels Standardindikatoren stand. Folglich liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor und es sei die bisherige Rente aufzuheben (Urk. 2 S. 2 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) im Wesentlichen geltend, dass eine Überprüfung der Rente nach lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IVG-Revision nicht zulässig sei. Dies, da die Rentenzusprache mit Verfügungen vom 10. und 27. September 2012 erst zugesprochen worden sei, als die Schlussbestimmungen bereits (ab 1. Januar 2012) in Kraft gesetzt gewesen seien. Ausserdem sei die 3-jährige Frist verpasst gewesen, da das anfänglich nach Art. 17 ATSG eingeleitete Revisionsverfahren erst im Jahre 2015 an das Team EP 6a umgeteilt und erst damit die Überprüfung der laufenden Rente gemäss Schlussbestimmungen eingeleitet worden sei. Im Weiteren sei die damalige Rentenzusprache in Beachtung der Rechtsprechung zu pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage zugesprochen worden, weshalb ein Rückkommen unter dem Titel von lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IVG-Revision nicht mehr möglich sei. Zudem seien auch die Voraussetzungen einer Wiedererwägung nicht erfüllt. 3.

E. 3

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

zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache stützte sich im Wesentlichen auf die nachfolgend zitierte medizinische Aktenlage.

E. 3.1.1

Dr. med. C.____, Facharzt FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt in seinem Bericht vom 24. November 2008 (Urk. 7/9) zuhanden der Beschwerdeführerin als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Spondylarthrosen fest (bestehend seit circa 2006). Die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin seien betreffend Ausmass der objektiven Befunde diskrepant. Die Chronifikation beeinflusse die Prognose negativ. Aufgrund der festgestellten Belastungsintoleranz könne sie bei der Pflege von Patienten nur teilweise mithelfen. Entsprechend sei eine Umschulung respektive Arbeitsvermittlung sinnvoll. Eine Rente sei aber eher nicht gerechtfertigt.

E. 3.1.2

Dr. med. D.____, FMH für Allgemeine Medizin, stellte in seinem Bericht vom 27. November 2008 (Urk. 7/10) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Degenerative Veränderungen der LWS mit

-

Osteochondrose L4/5

-

Spondylarthrose zunehmend von cranial nach caudal

-

Diskusprotrusion L3/4 und L4/5

Die Beschwerdeführerin sei vom 6. August bis 28. Oktober 2008 zu 100%, vom 27. Oktober bis 30. November 2008 zu 75% arbeitsunfähig gewesen und sei seit dem 1. Dezember 2008 zu 50% arbeitsunfähig. Berufliche Massnahmen seien angezeigt, da unter der Arbeit als Altenpflegerin mit viel Heben von Patienten Rückenschmerzen zugenommen hätten. Aufgrund der doch erheblichen degenerativen Veränderungen der LWS könne die Beschwerdeführerin keinen Beruf mehr ausüben, in dem sie schwere Lasten heben müsse, aber auch eine rein sitzende Tätigkeit sei nicht zu empfehlen. Es sollte eine Tätigkeit mit wechselnder Belastung und wechselnder Arbeitshaltung sein, in der keine schweren Lasten zu heben seien.

E. 3.1.3

Dem Austrittsbericht der E.____ vom 22. Februar 2010 (Urk. 7/21/7- 9), wo sich die Beschwerdeführerin vom 11.

Januar bis 14.

Februar 2010 in stationärer Behandlung befand, sind folgende Diagnosen zu entnehmen:

-

Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits rechtsbetont mit/bei:

-

MRI-LWS vom 3. September 2008: leichtgradige degenerative

Veränderungen der Bewegungssegmente L3/4 sowie L4/5,

keine Hinweise auf Diskushernie, Spinalkanalstenose,

entzündliche Veränderungen oder

Nervenwurzelbeeinträchtigungen

-

MRI-Becken vom 13. Juni 2007: unauffällig

-

MRI-HWS vom 20. August 2007: unauffällig

-

Status nach erfolgloser Facettengelenksinfiltration L4/5

beidseits am 9. September 2008 und 26.

Februar 2009

-

Mittelgradige depressive Episode

Am 14. Februar 2010 habe die Beschwerdeführerin bei leicht verbesserter psychophysischer Belastbarkeit in die gewohnte häusliche Umgebung entlassen werden können. Weiter ambulante Psycho- und Physiotherapie werde unbedingt empfohlen.

E. 3.1.4

Dr. D.____ hielt in seinem Bericht (undatiert, eingegangen am 21. Juni 2010) zuhanden der Beschwerdegegnerin an seiner bereits zuvor gestellten Diagnose (degenerative Veränderungen der LWS) fest. Ergänzend nannte er seit Jahren bestehende Depressionen, welche aber ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit blieben. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit als medizinische Pflegerin vom 27. April bis 8. Dezember 2009 zu 72 % , vom 9. Dezember 2009 bis 10. Januar 2010 zu 90 % , vom 11. Januar bis 21. Februar 2010 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und seit dem 22.

Februar 2010 zu 90% arbeitsunfähig. Die Prognose sei für die nächsten 1

bis 2 Jahre ganz schlecht, wobei keine Verbesserung gesehen werde. Mittel- bis langfristig beständen durchaus Optionen für eine erfolgreiche Rehabilitation.

E. 3.1.5

Das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____

vom 6. September 2010 (Ur. 7/31) nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (seit 2006)

-

ICD-10 (GM2009): F 45.41

-

Dauerschmerzen zwischen NRS 4-6, Exazerbationen bis NRS 10

-

mit intensivierter Schmerzwahrnehmung bei übermässiger affektiver Komponente

-

Leichtgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.0, Beginn retrospektiv nicht festlegbar)

-

Hinweise auf eine dependente Persönlichkeitsproblematik (seit Adoleszenz)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verbleibe eine Klaustrophobie. Die Affektivität werde als überwiegend traurig (60:40) beschrieben und als grosse Veränderung zu früher („Son nenschein der Abteilung“) erlebt. Die Depressivität korreliere einerseits mit der Schmerzstärke, sei aber auch unabhängig davon. Punktuell sei die depressive Stimmung in der Exploration erlebbar. Eine ausgeprägte starre Depressivität liege aber nicht vor. Insgesamt sei bezüglich Schweregrad von einer leichtgradigen depressiven Episode nach ICD-10: F 32.0 auszugehen. Die erhaltene affektive Schwingungsfähigkeit spreche gegen eine Depression höheren Schweregrades. Insgesamt lasse sich psychiatrisch auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10: F 45.41 diagnostizieren. Der somatische Kern sei hierbei die lumbale Überlastung und die initial hexenschussartigen Schmerzbeschwerden. Die psychischen Faktoren seien hier Selbstforcierung beziehungsweise später ängstliche Vermeidung, dazu eine ängstliche und depressive Komponente und wahrscheinlich auch biographische Faktoren (Scheidung). Eine

somatoforme Schmerzstörung, neu kodiert unter F 45.40, liege nicht vor. Der Höhepunkt der Eheskalation sei 2002 gewesen, die Schmerzproblematik bestehe seit circa 2005. Dazwischen lägen doch 3

Jahre - eine Latenz, welche die Eheskalation als Hauptgrund der Schmerzproblematik unwahrscheinlich mache (S. 14 f.). Die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung

seien nicht erfüllt. Die gestellte Diagnose ICD-10: F 45.41 entspreche nicht der Diagnose F 45.40 beziehungsweise der früheren somatoformen Schmerzstörung F 45.0. Letztere sei ätiologisch stärker psychogen (S. 20).

Die Beschwerdeführerin sei als zweites von 5 Kindern geboren worden, die in der Schweiz als Fabrikarbeiter gearbeitet hätten und circa 1995 wieder in die Heimat zurückgekehrt seien. Das erste der Kinder sei mit 6 Jahren verstorben. Die Beschwerdeführerin selbst sei in F. ___ aufgewachsen, abgesehen von den 4. bis 6. Lebensjahren, die sie bei ihrer Grossmutter in G. ___ verbracht habe. Der Vater (Jahrgang 1937) werde als verschlossen und auf die Familie zurückgezogen beschrieben. Die einige Jahre jüngere Mutter sei 2010 verstorben. Bei ihr seien in den letzten Lebensjahren Ängste und depressive Beschwerden bekannt gewesen. Auch eine Schwester der Beschwerdeführerin habe in früheren Jahren an starken Depressionen gelitten. Sonst seien keine psychischen Erkrankungen in der Familie bekannt. Sie habe 9 Jahre die obligatorische Schule besucht und eine 3-jährige Coiff e u rlehre absolviert. Mit 19 Jahren habe sie eine n gleichaltri gen geheiratet, den sie in den Sommerferien in Italien kennenge lernt habe. Aus der Ehe seien 3 Kinder entstanden (1986, 1988 und ungeplant 1991). Die Ehe sei prob lematisch gewesen. Der Ehemann sei Fabrikar beiter mit wenig Deutschkenntnissen und sehr eifersüchtig gewesen. Er habe ihr keine Aktivitäten ausser Haus zugelassen. 1996 - als die jüngste Tochter in den Kindergarten gekommen sei - sei sie beruflich wieder eingestie gen. Es sei zu einer zunehmenden Entfremdung vom Ehemann gekommen mit Trennungswunsch und Eskalation der Ehesituation Anfang 2002 mit Flucht ins Frauenhaus. Gemäss eigenen Angaben sei sie anschliessend wegen depressiver Beschwerden, extremer Angst und Schreck haftigkeit psychia trisch unterstützt worden (keine Akten vorhanden). Vom Frauenhaus aus habe sie erfolgreich eine Wohnung und eine Arbeitsstelle gefunden. Schliesslich sei sie im Pflegezentrum Y. ___ als Pflege assistentin ange stellt worden. Bei diesen Schritten sei sie von ihre m heutigen, zweiten Ehe mann unterstützt worden, den sie im August 2009 auch geheiratet habe. Im Sinne einer angepassten Tätigkeit habe die Beschwerde führerin pflegeheim - intern in den Bereich der Aktivierungs therapie gewechselt. Sie habe aber nur ein 10%-Pensum realisieren können (2

Stun den an 2 Tagen pro Woche). Das Arbeitsverhältnis sei auf 31. August 2010 gekündigt worden. Sonst beschreibe sich die Beschwerdeführerin als glücklich verheiratet und lebe mit der leicht behinderten 18- j ährigen Tochter aus erster E he und ihrem zweiten Ehemann (Fahrlehrer) in einem gemein samen Haushalt. Sie habe intakte Beziehungen zu ihrer Herkunftsfamilie, aber keine speziellen Hobbies. Diag nostisch ständen die Schmerzen und affektiven Auslenkungen im Vorder grund. Alle 3 Wochen fände eine psych iatri sche Therapie statt nebst haus ärztliche r Betreuung (S. 16 f.).

Invaliditätsfremde Faktoren spielten für die aktuelle Arbeitsfä higkeit keine Rolle. Aufgrund des Schweregrades der beschriebenen Störungsbilder, dem Ausmass der erfragbaren psychovegetativen Beeinträchtigungen und auf grund des erfragbaren Aktivitätsniveaus, wie auch unter Berücksichtigung des Arbeitsbesuches , lasse sich die zumutbare Arbeitsfähigkeit un g efähr abschätzen. Einschränkungen beständen dabei primär aufgrund der Schmer zen. Deren willentliche Überwindung sei durch die zusätzliche ängstliche Beeinträchtigung und leichte depressive Störung eingeschränkt. In der ursprünglichen Tätigkeit als Pflegeassistentin bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Hingegen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in adaptierten, das heisst leichten, wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeiten, ohne häufiges Bücken und ohne

schweres Heben, mit leicht vermehrten Pausenbedarf. Es gebe aktuell keine zusätzlichen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, mit der sich die Arbeitsfähigkeit verbessern liesse. Die bisherige Therapie, insbesondere die psychiatrische Behandlung, sollte weitergeführt werden. Hierbei sei innerhalb der nächsten 1 bis 3 Jahre eine weitere Besserung zu erwarten beziehungsweise die psychiatrische Therapie wirke auch einer möglichen Verschlechterung entgegen. Es handle sich um ein psychisches Leiden mit Krankheitswert und es beständen keine Hinweise auf Sucht. Der psychiatrische Gesundheitsschaden habe sich

gemäss behandelndem Psychiater - seit August 2008 insoweit entwickelt, als es im Behandlungsverlauf eine stetige Verschlechterung bis circa Frühling 2010 gegeben habe und dieser ab diesem Zeitpunkt persistiert habe. Auch gemäss Beschwerdeführerin selbst sei es bis circa Juni 2010 zu einer stetigen Verschlechterung des Befindens gekommen. Über die sehr beschützende Paarbeziehung habe sich die Beschwerdeführerin wohl insgesamt stabilisieren können, was sich an der Heirat und am guten Verkräften des Todes der Mutter festmachen lasse. Alles zusammen spreche für eine Stabilisierung seit circa Januar 2010. Inzwischen müsse von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ausgegangen werden. Dies gelte ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung (25. August 2010, S. 20 f.).

E. 3.1.6

Am 16. Oktober 2010 antwortete Dr. Z.____ auf die Rückfrage der Beschwerdeführerin vom 14. Oktober 2010 (Urk. 7/33-34). Er

hielt insbesondere fest, dass erst seit dem 1. September 2010 (nach dem Verlust der Arbeitsstelle per 31. August 2010) eine 50%ige medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in adaptierten, das heisst leichten, wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeiten, ohne häufiges Bücken und ohne schweres Heben, mit leicht vermehrtem Pausenbedarf bestehe.

E. 3.2

Die angefochtene Verfügung stützt sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Prof. A.____ vom 10. Januar 2014 (Urk. 7/102) und das internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. B.____ vom 19. Februar 2014 (Urk. 7/104).

E. 3.2.1

Prof. A.____ hielt im psychiatrischen Fachgutachten vom 10. Januar 2014 (Urk. 7/102) fest, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) und die ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.8).

Zum

psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.____

sei anzumerken, dass die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren gemäss ICD-10: F 45.41 nur dann zu stellen sei, wenn ein somatoformes Leiden auf der Grundlage objektiv somatisch nachweisbarer Störungen besteht. Zu diesem Zeitpunkt hätten jedoch bei der Beschwerdeführerin MR-tomografisch gesichert keine somatischen Faktoren vorliegen. Es hätten sich im MRI vom 3.

September 2008 nur (altersentsprechende) leichtgradige degenerative Veränderungen in den Bewegungssegmenten L3/4 und L 4/5 ohne Hinweis auf eine Diskushernie gefunden .
Ein MRI des Beckens vom 13. Juni 20

E. 3.2.2

)] - unbestritten, dass es seit den Rentenverfügungen vom 10. und 27. September 2012 (Urk. 7/57-88 in Verbindung mit Urk. 7/45) zu keiner rechtserheblichen Änderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gekommen ist. Damit ist eine Revision gemäss Art. 17 ATSG ausgeschlossen. 4.2

Im Weiteren ist strittig und zu prüfen , ob die Voraussetzungen einer Rentenanpassung nach Massgabe von lit . a Abs. 1 SchIB IVG 6. IV-Revision erfüllt sind und ob die Rentenaufhebung unter diesem Rechtstitel zulässig ist. 4.2.1

Gestützt auf die medizinische Aktenlage im Jahre 2012 (vgl. E. 3.1) sprach die IV-Stelle der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. August 2009 eine ganze und mit Wirkung ab 1. Dezember 2010 eine Dreiviertelsrente zu (Urk. 7/57-88 in Verbindung mit Urk. 7/45). 4.2.2

Der psychiatrische Gutachter Dr. Z.____ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach ICD-10: F 45.4 1. Dabei führte Dr. Z.____

aus , dass diese Diagnose keine eigentliche somatoforme Schmerzstörung gemäss F 45.40 darstelle, da sie ätiologisch weniger psychogen sei (Urk. 7/31 S. 20 , vgl. auch Ausführungen in der Beschwerde vom 18. Februar 2016, U rk. 1 S. 9 f.). Entsprechend verzichtete er auch auf eine Prüfung der Überwindbarkeit nach den sogenannten „Foerster-Kriterien“.

Bei der Einordnung einer psychiatrischen Diagnose unter die sogenannten Pausbonog -Diagnosen (vgl. E. 1.4) handelt es sich jedoch um eine rechtliche Frage , welche durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu beurteilen ist .

Zumindest im Nachhinein hat die bundesgerichtliche Rechtsprechung explizit festgestellt, dass auch die Diagnose ICD-10: F 45.41 klar unter die somatoforme

Schmerzstörung fällt (Urteil 8C_381/2012 vom 20. Juni 2012 E. 4.2.1) .

Auch aus der festgestellten Befundlage ergibt sich, dass die ursprüngliche Rentenzusprache im Wesentlichen aufgrund eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes erfolgte. So liess sich trotz eingehenden klinischen und bildgebenden Abklärungen kein hinreichendes organisches Korrelat für die beklagten Symptome finden. So hielt auch Dr. C.____

fest, dass die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin betreffend Ausmass der objektiven Befunde diskrepant seien (vgl. E. 3.1.1). Letzteres blieb denn auch von der Beschwerdeführerin unbestritten. Weiter steht fest, dass im Zeitpunkt der Rentenzusprache jedenfalls keine vom syndromalen Zustand unabhängige somatische und/oder psychische Gesundheitsschädigung , welche selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs hätte beitragen können, vorlag. Insbesondere konnte nur eine leichtgradige degenerative Veränderung ohne Hinweise auf Diskushernie, Spinalkanalstenose, entzündliche Veränderungen oder Nervenwurzelbeeinträchtigungen festgestellt werden (vgl. E. 3.1.3). Diese führten denn auch zu keiner quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit,

sondern nur zu einer qualitativen (vgl. Belastungsprofil, E. 3.1.5). Auch Dr. B.____

konnte anlässlich der internistisch-rheumatologischen Begutachtung bei der Beschwerdeführerin keine strukturellen Befunde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit feststellen (vgl. E. 3.2.2). Die retrospektive Einschätzung, wonach ein Leiden, welches eine Arbeitsunfähigkeit über 20 % begründet hätte, nie bestanden habe, spricht ebenfalls für ein syndromales Leiden. Hinzuweisen ist überdies auf die überzeugende gutachterliche Feststellung von Prof. A.____, wonach von einer m seit 2006 bestehenden syndromalen Leiden auszugehen sei (vgl. E. 3.2.2)

Zusammenfassend ergibt sich, dass die ursprüngliche Rentenzusprache im Wesentlichen aufgrund eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes erfolgte. 4.2.3

Nach lit . a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG werden Renten, die bei pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (Pausbonog) gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft.

Die Rentenzusprache erfolgte aber mit Verfügungen vom 10. und 27. September 2012 (Urk. 7/57-88 in Verbindung mit Urk. 7/45), also bereits als die SchlB IVG 6. IV-Revision in Kraft waren. Bereits aus diesem zeitlichen Ablauf sowie dem klaren Wortlaut von lit . a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision ergibt sich aber, dass deren Anwendbarkeit vorliegend ausgeschlossen ist. So sollen mit den SchlB der 6. IV-Revision - innerhalb von 3 Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung (1. Januar 2012) - nur diejenigen Fälle überprüft werden dürfen, bei denen eine Rente gestützt auf eine Pausbonog -Diagnose zugesprochen wurde und bei denen eine Revision nach Art. 17 ATSG nicht möglich ist. Ausgeschlossen von dieser Überprüfung sind damit aber neu zugesprochene Renten, welche nach dem Inkrafttreten der SchlB der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 aufgrund eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes erfolgten.

Da die fragliche Rentenverfügung erst 9 Monate nach Inkrafttreten von lit . a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision erlassen wurde, bleibt kein Raum für ein Rückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmungen (vgl. E. 1.4). 4. 3

Zusammenfassend ergibt sich, dass sich die Renteneinstellung weder auf Art. 18 ATSG noch auf lit . a Abs. 1 SchlB 6. IV-Revision stützen lässt, weshalb die Beschwerde gutzuheissen ist. 5.

E. 3.2.3

Die beiden Gutachter Prof. A.____ und Dr. B.____ hielten im Rahmen der interdisziplinären Zusammenfassung vom 19. Februar 2014 (Urk. 7/107 S. 1) nochmals fest, dass weder psychiatrische noch rheumatologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Es bestehe entsprechend keine Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin könne sämtliche Tätigkeiten, die Frauen ihres Alters üblicherweise machten, zu 100 % ausüben, bezogen auf ein 100%-Pensum. Es habe auch nie ein Leiden bestanden, welches eine Arbeitsunfähigkeit über 20 % begründet hätte.

E. 3.3

Im Rahmen des Einwandverfahrens fanden folgende weitere Berichte Eingang in die Akten:

E. 3.3.1

Dr. med. H.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welcher die Beschwerdeführerin seit März 2009 psychiatrisch behandelt, nannte in seinem Bericht vom 16. Juli 2015 (Urk. 7/128) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Residualer Defektzustand mit stark eingeschränktem Funktionsniveau

-

Rezidivierende ängstlich-depressive Episoden, gegenwärtig mittel (ICD-10: F 33.1)

-

Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10: f 60.0)

-

Angstzustände, selten Panikattacken mit starker Somatisierungstendenz (ICD-10: F 41.1/F 41.0)

-

Hypochondrische Ängste, sozialphobische Ängste

Im angestammten Beruf als nicht diplomierte, geriatrische Hilfskraft bestehe keine Arbeitsfähigkeit. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit (wechselnde Körperhaltung bei leichter körperlicher Belastung, Belastung ohne Schmerzprovokation, stressarmes und emotional ausgeglichenes Arbeitsumfeld) bestehe höchstens eine 50%ige Arbeitsfähigkeit.

E. 3.3.2

Dr. med. I.____, Praktischer Arzt FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 16. August 2015 (Urk. 7/129) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Anpassungsstörung (ICD-10: F 43.2, bestehend seit 2008) mit/bei

-

Somatisierungstendenz

-

chronifiziertem Schmerzsyndrom

-

Chronifiziertes

Panvertebralsyndrom

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben eine Dyspnoe und Thorax schmerzen , wobei die kardialen und pneumologischen Abklärungen im Juli 20 1 5 unauffällig gewesen seien. Die Rückenschmerzen würden cervikal und lumbal beklagt, doch seien diese klinisch nicht objektivierbar. Aufgrund des chronifizierten Leidens scheine eine Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt unrealistisch, wobei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von den rheumatologischen beziehungsweise psychiatrischen Fachärzten vorzunehmen sei.

E. 3.3.3

Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumatologie, kam in seinem Bericht vom 20. August 2015 (Urk. 7/131) zuhause Dr. I.____ in seiner Beurteilung zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin ein zervikobrachiales und lumbo spondylogenes Syndrom habe. In den MRI-Untersuchungen seien degenerative Veränderungen - in der HWS ausgeprägter als in der LWS - ersichtlich. Zudem sei bei ihr eine Depression verbunden mit Angstzuständen bekannt. Das Schmerzbild werde sicher durch die psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin wesentlich beeinflusst. Aus therapeutischer Sicht stehe daher an erster Stelle die psychiatrische Betreuung und Therapie. Aus rheumatologischer Sicht sei eine Aktivierung im Sinne der medizinischen Trainingstherapie sinnvoll, wie das auch von Fibromyalgie-Patienten bekannt sei. Begleitend sei es sinnvoll, die analgetische medikamentöse Therapie auszubauen. Die Kombination Schmerzbild und psychische Erkrankungen rechtfertigten die 50%ige Arbeitsunfähigkeit. 4. 4.1

Vorliegend ist - gestützt auf die interdisziplinäre Begutachtung (psychiatrisch [vgl. E. 3.2.1] und rheumatologisch [vgl. E.

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl.

Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 5.1

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzusetzen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr.

E. 5.2

Gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ist der Beschwerdeführer in eine Prozessentschädigung zuzusprechen, wobei ein Betrag von Fr. 1'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen erscheint. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 21. Januar 2016 aufgehoben und festgestellt, dass die Beschwerdeführer in weiterhin Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1 '9 00.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur . André Largier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 HurstGeiger

E. 07

sei ebenso unauffällig

gewesen wie ein MRI der HWS vom 20. August 2007. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F 45.4 wäre korrekt gewesen. Entsprechend hätte der damals begutachtete Dr. Z.____ das Vorliegen einer Schmerzverarbeitungsstörung beziehungsweise die sogenannten „Foerster-Kriterien“ prüfen müssen, was er aber unterlassen habe (S. 19 f.).

Bei der Beschwerdeführerin lägen folgende 4 von 6 Eigenschaften oder Verhaltensweisen vor, welche für die Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung nach ICD-10: F 60.6 sprächen: (1) andauernde und umfassende Gefühle von Anspannung und Besorgtheit, (2) übertriebene Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden, (3) persönliche Kontakte nur, wenn Sicherheit besteht, gemocht zu werden, (4) ein geschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit. Entsprechend sei auch die Diagnose des behandelnden Psychiaters Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zu bestätigen (S. 22).

Das Auftreten der generalisierten Schmerzsymptomatik im Zusammenhang mit der vorgenannten Psychodynamik, die rasche Symptomausweitung, die unzureichende

Wirkung der Analgetika und die Schmerzintensivierung im Zusammenhang mit emotionalen und psychosozialen Faktoren stütze die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10: F 45.4). Hingegen könne die Diagnose einer rezidivierenden Depression aktuell nicht gestellt werden, da effektiv niedergestimmte Symptome nur kurz anhaltend seien und in Verbindung mit dem traumatisierenden Thema der Ehescheidung aufträten. Aber auch eine posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10: F 43.1 liege nicht vor (S. 22) .

Im Vordergrund stehe jedoch die Schmerzsymptomatik, sodass bei der Beschwerdeführerin von einem syndromalen Leiden auszugehen sei. Die Diskussion über das Vorliegen einer Schmerzverarbeitungsstörung beziehungsweise Prüfung der sogenannten „Foerster-Kriterien“ (vgl. S. 23 f.) ergebe aus gutachterlicher Sicht und in Würdigung des Längsschnittsverlaufs der psychischen Erkrankungen, dass bei der Beschwerdeführerin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliege. Aus psychiatrischer versicherungsmedizinischer Sicht sei die Zumutbarkeit der Überwindung des psychischen Störungsbildes anzunehmen. So liege bei der Beschwerdeführerin keine weitere schwere psychiatrische Erkrankung vor, welche das Kriterium einer psychischen Komorbidität mit erheblicher Intensität, Schwere und Ausprägung erfüllte. Die diagnostizierte dependente Persönlichkeitsstörung erfülle die genannten Voraussetzungen nicht. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter und progredienter Symptomatik ohne längere Remission bestehe unter Hinweis auf die Feststellungen von Dr. B.____, wonach eine Diskrepanz zwischen den objektiv zu erhebenden Befunden und den geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin vorliege, ebenfalls nicht. Die Beschwerdeführerin habe weiterhin teil am sozialen Leben. Ausserdem geniesse sie eher einen sekundären Krankheitsgewinn, da eine Selbstlimitierung erkennbar sei. Angesichts noch vorhandener Motivation und Eigenanstrengung könne nicht von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen und gescheiterter Rehabilitationsmassnahmen gesprochen werden.

Bei der Beschwerdeführerin lägen keine psychiatrischen Erkrankungen vor, die ihr berufliches Leistungsvermögen (positives Leistungsbild) mittel- und langfristig einschränkten. Aus psychiatrischer Sicht sei eine berufliche Wiedereingliederung möglich. Prognostisch sei jedoch davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin den Rechtsweg beschreiten werde. Subjektiv aus Sicht der Beschwerdeführerin habe sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert. Aus psychopathologischer Sicht seien keine wesentlichen Veränderungen bestehend. Die diagnostische Einschätzung zum Vorgutachter Dr. Z.____ variere erheblich, da gegenwärtig von einem seit 2006 bestehenden syndromalen Leiden auszugehen sei. Eine Sucht liege nicht vor (S. 25 f.) .

E. 8

00.-- anzu setzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegen den Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

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