

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00471 vom 17. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00471

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00471 du 17 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00471 del 17 agosto 2017

Erwägungen

E. 1.1

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

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

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches 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

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März

2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweispflichtige versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6).

Die gemäss altem Verfahrensstandard eingeholten Gutachten verlieren ihren Beweiswert nicht per se. 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. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

E. 1.4

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.

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E. 5.4 mit Hinweis). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September

2010 E. 2.2 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober

2010 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.5

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung lediglich 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). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 E. 5b/bb; Urteile des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September

2014 E. 3.2.2, 9C_762/2013 vom 24. Juni

2014 E. 4.2 und 9C_562/2008 vom 3. November

2008 E. 2.2 je mit Hinweisen).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest , gemäss den medizinischen Abklärungen habe sich der Gesundheitszustand der Be schwerdeführerin verbessert. So sei insbesondere bis zum Einwandverfah ren über zehn Jahre lang keine psychiatrische Behandlung erfolgt. Die Be schwerdeführerin verfüge über Ressourcen und sei in einer angepassten Tätig keit zu 100 % arbeitsfähig. Die Eingliederungsmassnahmen hätten infolge sozi okul tu reller Probleme nicht durchgeführt werden können. Die Beschwerdefüh rerin spreche kaum Deutsch und habe sich immer wieder sehr leidend gezeigt. Die bisher ausgerichtete Invalidenrente sei daher aufzuheben (S. 2 f.).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 5) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, dass die Gutachter spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung eine Ver besserung des Gesundheitszustandes sowie eine 50%ige Arbeitsfähigkeit at tes tiert hätten. Angesichts der nicht ausgeschöpften Therapiemöglichkeiten sei die mittelschwere depressive Störung indessen nicht invalidisierend (S. 1 f.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), die Behandlung sei seit der Rentenzusprache durch Dr. med. Y.____ erfolgt. Hinsichtlich der rezidivierenden depressiven Störung sei keine Verän derung ersichtlich, sei die Beschwerdegegnerin doch bereits bei der Rentenzu sprache von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen. Die psy chische Situation sei unverändert . Die attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit stelle somit lediglich eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unverän dert gebliebenen Gesundheitszustandes dar. Ausserdem habe das Gutachten die neue Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen nicht berück sichtigt, weshalb für die Entscheidungsfindung nicht darauf abgestellt werden dürfe. Schliesslich sei ihr die Selbsteingliederung nicht zumutbar (S. 3 ff.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführe rin seit den rentenzusprechenden Verfügungen vom 21. November 2003 (Urk. 6/11) und 6. Septem ber 2004 (Urk. 6/12) erheblich verbessert hat, und ge stützt darauf die Frage, ob die verfügte Aufhebung der Rente rechtens ist.

Als Vergleichszeitpunkt nicht massgebend sind die mit Mitteilungen vom 12. November 2004 (Urk. 6/19) sowie 7. März 2008 (Urk. 6/29) abgeschlossenen Revisionsverfahren, da in deren Rahmen keine materielle Prüfung des Renten anspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung vorgenommen wurde (vorstehend E. 1.4). Das Einholen jeweils nur eines Verlaufsberichtes des Hausarztes (Urk. 6/16-17; Urk. 6/27) reicht hierfür nicht aus (vgl. Urteil des

Bundesgerichts 8C_433/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.5). 3. 3.1

Den rentenzusprechenden Verfügungen vom 21. November 2003 (Urk. 6/11) und 6. September 2004 (Urk. 6/12) lagen die nachfolgenden Arztberichte zu grun de: 3.2

Mit Austrittsbericht vom 14. Januar 2003 (Urk. 6/5/12-14) berichteten die Ärzte der Klinik Z.____ über die stationäre Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 20. November bis 23. Dezember 2002. Als Diagnosen führten sie Folgendes auf (S. 3): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) bei chronischem Schmerzsyndrom - ausgeprägte Hirnleistungsdefizite unklarer Ätiologie - Hypothyreose, gegenwärtig substituiert - arterielle Hypertonie

Die Beschwerdeführerin habe in gebessertem Zustand nach Hause entlassen wer den können (S. 3). 3.3

Die Ärzte des A.____, Neurologische Klinik, informier ten mit Bericht vom 25. April 2003 (Urk. 6/5/7-11) über die erfolgte interdiszip linäre anästhesiologische, psychiatrische und rheumatologische Beurteilung der Beschwerdeführerin. Dabei konnten sie Folgendes diagnostizieren (S. 3): - SAPHO-Syndrom mit generalisiertem Weichteilschmerzsyndrom, betont am Schulter- und Beckengürtel, Mehranreicherung im sternoklavikulä rem Übergang rechts mehr als links - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - kognitive Minderleistungen, wahrscheinlich multifaktoriell - Hypothyreose - arterielle Hypertonie

Aus somatischer Sicht zeige sich primär ein generalisiertes Weich teil schmerz syn drom, wobei der dringende Verdacht auf ein SAPHO-Syn drom bestehe. Eine intravenöse Bisphosphonat-Stosstherapie könne erfolgsver spre chend sein. Die Beschwerdeführerin sei durch ihre Krankheit gezeichnet. Aus psychiatrischer Sicht stehe die depressive Störung, derzeit mittelgradig aus geprägt, im Vorder grund. Momentan könne nicht festgelegt werden, inwieweit die Hirn leistungs störung im Rahmen der Depression verstanden werden müsse. Aus therapeu tischer Sicht stehe die medikamentöse Behandlung im Vorder grund (S. 4). 3.4

Dr. med. Y.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte mit Bericht vom 4. Juli 2003 (Urk. 6/5/1-6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 5 lit. A): - SAPHO-Syndrom mit generalisiertem Weichteilschmerzsyndrom - rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom - kognitive Minderleistung

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachtete er eine Hypothyreose sowie eine arterielle Hypertonie (S. 5 lit. A). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit seit dem 18. September 2002 zu 100 % arbeitsunfähig (S. 5 lit. B). Die Prognose bezüglich der Wiederaufnahme einer Tätigkeit sei im Rah men des depressiven Geschehens schlecht (S. 6 lit. D Ziff. 7). Eine berufliche Umstellung sei nicht zu prüfen. Es sei der Beschwerdeführerin weder die bisherige noch eine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar (S. 4). 4. 4.1

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung vom 8. März 2016 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die nachfolgenden Berichte. 4.2

Dr. Y.____ gab mit Bericht vom 13. September 2012 (Urk. 6/36/4) an, dass er die Beschwerdeführerin seit 1986 behandle und derzeit alle drei Monate die Blutdrucksituation überprüfe (Ziff. 5.1-5.2). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er

ein panvertebrales Syndrom, einen generalisierten Weichteilrheumatismus, eine schwere depressive Störung mit somatischem Syndrom, eine kognitive Minderleistung sowie eine Hiatushernie mit Refluxösophagitis I bis II und einen Eisenmangel (Ziff. 5.4). Eine Tätigkeit sei nicht möglich (Ziff. 5.5). 4.3

Am 23. Juli 2013 erstatteten Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, sowie Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ihr interdisziplinäres rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten (Urk. 6/44). Dabei nannten sie eine nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung im Sinne einer atypischen monophasen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F33.9), als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie Folgendes auf (S. 6, S. 36 f. Ziff. 4): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom mit/bei: - nicht ausreichend somatisch abstützbar - primärem Fibromyalgie-Syndrom - betont im Bereich der rechten im Vergleich zur linken Körperhälfte - betont im Bereich der unteren im Vergleich zur oberen Körperhälfte - Panalgie - diffuser Druckschmerzangabe - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke - multiplen Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Erschöpfung - Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten - diffuse idiopathische skelettale Hyperostose - Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule - Fingerpolyarthrose - Adipositas - gestörte Gluconeogenese - arterielle Hypertonie - anamnestisch Reizmagensyndrom - langjährige Eltroxin-Substitution - aktuell: Verdacht auf subklinische Hypothyreose

Die Beschwerdeführerin schildere sämtliche Bewegungen aller axialen und peripheren Gelenke als gleich schmerzhaft, unabhängig davon, ob das jeweils untersuchte Gelenk in belasteter oder entlasteter Körperhaltung untersucht worden sei. Dies weise auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin. Die geschilderten diffusen Druckschmerzen würden sämtliche typischen Fibromyalgie-Triggerpunkte umfassen, wobei kein korrelierender Befund objektiviert werden könne. Ein primäres Fibromyalgiesyndrom, worauf sich das generalisierte Weichteilschmerzsyndrom abstützen könne, sei möglich. Hinweise auf ein sekundäres Fibromyalgiesyndrom respektive auf eine Erkrankung aus dem entzündlichen Bereich oder auf eine Kristallablagerungserkrankung fänden sich nicht (S. 7 f.). An den Extremitäten könne kein relevanter pathologischer Befund objektiviert werden. Es zeige sich lediglich eine leichtgradige Arthrose der distalen Interphalangealgelenke (DIP-Arthrose) sämtlicher Finger mit Ausnahme des Dauers. Im Bereich der Wirbelsäule könne sodann kein korrelierender Weichteilbefund objektiviert werden und es bestünden keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom. Auch zeige sich radiologisch weder eine Arthrose noch eine Chondrose oder eine Osteochondrose. Ebenfalls fänden sich keine Hinweise auf eine relevante Fehllage oder auf eine entzündliche Veränderung. Da bisher keine entzündlich bedingte Pathologie beschrieben worden sei und die Beschwerdeführerin zudem erwähnt habe, dass sie zu keinem Zeitpunkt Hautveränderungen ausgewiesen habe, sei unklar, weshalb vorübergehend von einem SAPHO-Syndrom ausgegangen worden sei. Die damals beschriebenen Befunde einer linkskonvexen Skoliose im lumbothorakalen Übergang, einer Abflachung der oberen Brustwirbelsäulenkyphose und einer akzentuierten Lordose der Lendenwirbelsäule (LWS) könnten nicht mehr bestätigt werden. Somit habe sich der Gesundheitszustand seither verbessert. Der aktuelle radiologische Befund der Wirbelsäule

zeige ausserdem Ossifikationen des vorderen Längsban des, welche bei jeweils unauffälligem Intervertebralraum mit einer metabolischen Störung im Sinne einer diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose vereinbar seien (S. 9 f.). Aus internistischer Sicht könne abgesehen von einer Adipositas kein relevanter pathologischer Befund erhoben werden. Dies gelte auch für die geschilderten Schlafstörungen, die Müdigkeit, die Erschöpfung und die Kraftlosigkeit (S. 11). Insgesamt seien die geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens partiell auf objektivierbare somatische pathologische Befunde zurückzuführen (S. 12). Aus somatischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in der bis herigen Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess werde durch ungünstige krankheitsfremde Faktoren wie beispielsweise die länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz, die begrenzten Deutschkenntnisse, die fehlende Berufsausbildung, das Alter sowie die ungünstige Arbeitsmarktsituation und möglicherweise die limitierte Motivation beeinflusst. Die Prognose aus somatischer Sicht sei gut (S. 14 f.).

Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung habe ein depressives Zustandsbild festgestellt werden können. Hauptsymptome seien eine deprimierte Stimmung, Auffassungs- und Konzentrationsdefizite, Gedächtnisdefizite, eine innere Unruhe, ein deutlich eingegrenztes und verlangsamtes formales Denken, eine eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit, eine Affektarmut, eine Ratlosigkeit sowie ein sozialer Rückzug und eine leichte Antriebsreduktion gewesen. Die depressiven Symptome beständen kontinuierlich seit dem Jahr 2002, weshalb diagnostisch von einer nicht näher bezeichneten rezidivierenden depressiven Störung im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mit mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.9), auszugehen sei. Die Ergebnisse der durchgeführten Tests seien uneinheitlich gewesen. Die kognitiven Defizite der Beschwerdeführerin seien eindeutig im Rahmen der depressiven Symptomatik zu bewerten. Ausserdem sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) zu diagnostizieren. Die Ausprägung der Schmerzen sei somatisch nicht ausreichend erklärbar. Zusätzlich beständen psychosoziale Belastungsfaktoren im Sinne einer jahrelangen Mehrfachbelastung als Mutter einer Tochter mit Down-Syndrom bei gleichzeitiger Arbeitstätigkeit und Versorgung des Haushaltes, die Aufgabe der Arbeitstätigkeit sowie die psychische Erkrankung des Ehemannes mit Konflikten und Spannungen in der Ehe. Es fänden sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Symptomausweitung oder Simulation. Anhaltspunkte für eine posttraumatische Belastungsstörung, für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, für eine Suchterkrankung, für eine Intelligenzminderung, für eine Anpassungsstörung oder für eine Zwangsstörung fänden sich ebenfalls nicht. Die komplexen Ich-Funktionen der Beschwerdeführerin seien soweit vorhanden, dass ihr die Überwindung der Schmerzen grundsätzlich zumutbar sei, zumal sich keinerlei Hinweise auf auffällige pathologische Persönlichkeitsstrukturen ergäben. Eine Komorbidität liege vor. Auch sei ein sozialer Rückzug ausgewiesen, jedoch kein Verlust der sozialen Integration. Sodann liege ein zwar verfestigter, jedoch durchaus therapierbarer Verlauf einer Konfliktbewältigung vor (S. 37 ff.). Die Durchführung einer adäquaten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen sowie einer pharmakologischen Behandlung werde empfohlen. Die bestehende medikamentöse antidepressive Therapie könne noch ausgebaut werden. Als therapeutische Massnahme empfehle er die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit. Bei Durchführung der Massnahmen sei wahrscheinlich mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe derzeit aufgrund der affektiven Störung eine mittelgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S.

42). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig (S. 44). Es sei nicht möglich, den Verlauf der depressiven Störung exakt retrospektiv zu beurteilen. Da von der Klinik Z.____ sowie von Dr. Y.____ eine schwere depressive Störung diagnostiziert worden sei und zum gegenwärtigen Zeitpunkt lediglich eine mittelgradige Ausprägung vorliege, sei spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes auszuweisen (S. 44 ff.).

In der interdisziplinären Beurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vollumfänglich auf die psychiatrische Beurteilung abgestellt werden könne (S. 17). 4.4

Mit Stellungnahme vom 30. Juli 2013 erkannte dipl. med. D.____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), dass ab dem Zeitpunkt der Begutachtung eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der funktionellen Leistungsfähigkeit attestiert werde. Aus somatischer Sicht fänden sich keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsschäden. Die Arbeitsunfähigkeit sei psychiatrisch-psychosomatisch bedingt. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit finde sich weiterhin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.9). Die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sei ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zu den Foerster-Kriterien werde Stellung genommen. In der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit sei neuerdings eine 50%ige Arbeitsfähigkeit auszuweisen (vgl. Urk. 6/49 S. 3). 4.5

Eine am 25. Juni 2014 erfolgte Magnetresonanztomographie (MRI) des Schädels zeigte ein für das Lebensalter unauffälliges Hirnvolumen. Eine signifikante Atrophie, eine Raumforderung oder eine Liquorzirkulationsstörung seien nicht erkennbar gewesen. Ebenfalls hätten sich keine indirekten Zeichen der vaskulären Leukenzephalopathie gezeigt. Als Nebenbefund sei eine am ehesten in flammatorisch bedingte Mastoidzellobliteration rechts zu erwähnen (vgl. Bericht vom 25. Juni 2014, Urk. 6/67/1). 4.6

Mit Bericht vom 14. Oktober 2014 (Urk. 6/75) führte Dr. Y.____ eine schwere depressive Störung mit somatischem Syndrom, einen generalisierten Weichteilrheumatismus sowie ein panvertebrales Syndrom und einen Verdacht auf eine kognitive Minderleistung als bereits seit dem Jahr 1993 bestehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Eine substituierte Hyperthyreose sowie eine Hypertonie erwähnte er als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1). Die Prognose sei infaust (S. 2 Ziff. 1.4). Als gegenwärtige Behandlung nannte er nebst einer Medikation eine einmal pro Monat erfolgende psychiatrische Besprechung mit Dr. med. E.____ (richtig: E.____; S. 2 Ziff. 1.5). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit seit dem 18. September 2002 zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6). Eine angepasste Tätigkeit sei nicht möglich (S. 3 Ziff. 1.7). 4.7

Dr. med. univ. (MKD) E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab mit Bericht vom 12. Mai 2015 (Urk. 6/80/2-10) an, dass er die Beschwerdeführerin seit dem 14. März 2014 behandle (S. 1 Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F33.1) - chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10 F45) - ausgeprägte Hirnleistungsdefizite unklarer Ätiologie -

latente Hypothyreose

Eine anamnestisch festgestellte arterielle Hypertonie erwähnte er als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1). Es handle sich um eine de pressive Störung mit einem chronischen Verlauf seit dem Jahr 2002, welche bisher medikamentös nicht optimal behandelt worden sei. Zudem besitze die Beschwerdeführerin wenig Ressourcen und der Verdacht auf eine Minderintelligenz spreche eher für eine ungünstige Prognose (S. 3. Ziff. 1.4). Er habe die Beschwerdeführerin zunächst alle zwei bis drei Wochen therapiert. Aktuell er folge die Behandlung alle vier Wochen. Da die ambulante Behandlung nicht ausreichend Effizienz zeige, wobei eine optimale Dosiserhöhung der aktuellen Medikation infolge Nebenwirkungen nicht möglich gewesen sei, werde eine stationäre Behandlung empfohlen (S. 3 Ziff. 1.5). Die Beschwerdeführerin sei depressiv verstimmt, leicht reizbar, vergesslich und habe sich sozial zurückgezogen. Auch sei ein mangelnder Antrieb, eine mangelnde Energie und eine leichte Ermüdbarkeit festzustellen. Durch die anhaltende Schmerzsymptomatik, den Mangel an eigenen Ressourcen sowie die kognitiven Defizite werde sie ebenfalls eingeschränkt. Eine Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt sowie auch im geschützten Rahmen sei ihr aus medizinischer Sicht derzeit nicht zumutbar (S. 4 Ziff. 1.7, S. 9 Ziff. 1). 4.8

Mit Stellungnahme vom 20. Juli 2015 hielt RAD-Arzt dipl. med. D.____ fest, dass die beruflichen Massnahmen infolge Nichtvermittelbarkeit abgebrochen worden seien. Es bestünden nach wie vor zahlreiche invaliditätsfremde Belastungsfaktoren. Die aktuellen Berichte sprächen von einer leichten Besserung der psychischen Befunde seit der Wiederaufnahme der Therapie im Jahr 2014. Der Verlauf der Eingliederung deute eher auf Selbstlimitation und subjektive Arbeitsunfähigkeit hin. Es würden keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte im Vergleich zur im Jahr 2013 erfolgten Begutachtung angegeben (vgl. Urk. 6/82 S. 3).

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 unbeschrieben 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 Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das bidisziplinäre Gutachten von Dr. B.____ und Dr. C.____ (vorstehend E. 4.3) die praxisgemässen Kriterien an beweiskräftige Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.6) vollumfänglich erfüllt. So beruht die unter Beihilfe eines Dolmetschers erfolgte Begutachtung aufgrund der rheumatologischen sowie psychiatrischen Beurteilung auf für die strittigen Belange umfassenden Untersuchungen. Zudem berücksichtigt das Gutachten die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 6/44 S. 2, S. 7, S. 27 f.) in angemessener Weise, wurde in Kenntnis

der so wie in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt (vgl. Urk. 6/44 S. 5 f., S. 9 f., S. 12 f., S. 22 ff.) und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. In der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge leuchtet es ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Für die Entscheidungsfindung kann daher darauf abgestellt werden. Dies empfahl überdies auch RAD-Arzt dipl. med. D.____ (vgl. Urk. 6/49 S. 3).

E. 5.2

mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1). Eine solche Therapieresistenz liegt vorliegend eindeutig noch nicht vor, stand die Beschwerdeführerin doch seit der Ende 2002 erfolgten stationären Hospitalisation in der Klinik Z.____ (vgl. Urk. 6/5/12-14) noch nie in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und nahm eine solche erst nach Erhalt des rentenaufhebenden Vorbescheids in Angriff. Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. C.____ wurde sowohl die Aufnahme einer solchen Therapie empfohlen als auch die Modifikation der antidepressiven Medikation, wobei dadurch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erwartet wurde (vgl. Urk. 6/16 S. 2 lit. D Ziff. 7; Urk. 6/36/4 Ziff. 5.2-5.3; Urk. 6/44 S. 28, S. 42; Urk. 6/75 S. 2 Ziff. 1.5; Urk. 6/80 S. 2 f. Ziff. 1.2, Ziff. 1.4). Die diagnostizierte affektive Störung ist demnach – auch wenn sie als eine selbständige Erkrankung und nicht lediglich als eine blosser Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung zu betrachten wäre (vgl. hierzu Urteile des Bundesgerichts 8C_624/2015 vom 25. Januar 2016 E. 3.2.2 und 9C_125/2015 vom 18. November

2015 E. 4.4) - nicht invalidisierend.

Der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) massen die Gutachter sodann keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (vgl. Urk. 6/44 S. 39 ff.). Daran ändert die Tatsache, dass das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen neu gefasst hat (vorstehend E. 1.3), nichts. Die massgeblichen Indikatoren lassen sich anhand des Gutachtens von Dr. B.____ und Dr. C.____ schlüssig beurteilen, weshalb das diesbezügliche Vorbringen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 5) unbeachtlich ist. Sind die diagnostizierten Befunde nicht besonders ausgeprägt und es fehlt sowohl an einer somatischen als auch an einer psychiatrischen Komorbidität, mangelt es der gegenwärtig mittelgradigen Ausprägung der atypischen monopolen Depression – wie zuvor ausgeführt - an einer invalidisierenden Wirkung. Ausserdem ist aufgrund der bis zum Erhalt des rentenaufhebenden Vorbescheids fehlenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von einem eher geringen Leidensdruck der Beschwerdeführerin auszugehen. Zudem ergaben sich auch keinerlei Hinweise auf auffällige pathologische Persönlichkeitsstrukturen (vgl. Urk. 6/44 S. 41). Aus dem geschilderten Tagesablauf ergibt sich sodann, dass sich die Beschwerdeführerin zwar sozial zurückgezogen hat. Ein schwerer sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens konnte allerdings nicht erkannt werden, pflegt sie doch vor allem innerhalb der Familie durchaus Kontakte. So verbringe sie insbesondere gerne Zeit mit den Enkelkindern. Ebenfalls gehe sie täglich spazieren – manchmal morgens und nachmittags - und versuche etwas im Haushalt zu erledigen (vgl. Urk. 6/44 S. 28 unten). Sie verfügt demnach über Ressourcen. Im Hinblick auf den beweisrechtlich entscheidenden Aspekt der Konsistenz lässt sich keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen erkennen

(vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1). Gesamthaft betrachtet ist aufgrund dieser Feststellungen nicht von einem hohen Schweregrad der funktionellen Auswirkungen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen und der Leidensdruck ist als eher gering zu beurteilen. Daneben liegt keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen vor. Damit ist auch unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die anhaltende somatoforme Schmerzstörung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt.

E. 5.3

Aus psychiatrischer Sicht konnte sodann nach ausführlicher psychopathologischer Befundaufnahme (vgl. Urk. 6/44 S. 29 f.) in Übereinstimmung mit den ICD-Kriterien weiterhin eine affektive Störung diagnostiziert werden, wobei Dr. C.____ von einer nicht näher bezeichneten rezidivierenden depressiven Störung im Sinne einer atypischen monophasischen Depression, gegenwärtig mit teils ausgeprägter Ausprägung (ICD-10 F33.9), als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausging und aufgrund dieser eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestierte (vgl. Urk. 6/44 S. 38, S. 44). Die Einschränkungen in den einzelnen für eine berufliche Tätigkeit relevanten Bereichen wurden mittels Bezug der Mini-ICF-APP eingehend dargelegt (vgl. Urk. 6/44 S. 32 ff., S. 43). Sodann verwendete Dr. C.____ mehrere testdiagnostische Verfahren, welche allesamt ebenfalls auf das Vorliegen einer Depression hinwiesen, hinsichtlich des Schweregrades indessen uneinheitlich waren (vgl. Urk. 6/44 S. 30 f., S. 38). Wie Dr. C.____ bereits selbst erwähnte (vgl. Urk. 6/44 S. 46 f.), handelt es sich bei dieser Testdiagnostik allerdings lediglich um zusätzliche Instrumente, wogegen ausschlaggebend der erhobene klinische Befund ist (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_486/2010 vom 2. Dezember 2010 E. 3.1.2 und 8C_695/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 3.2.2). Soweit die Beschwerdeführerin daher geltend macht, dass sie die Fragen infolge des Dialekts des Dolmetschers nicht richtig verstanden und falsche Antworten umkreist habe (vgl. Urk. 1 S. 6), ergeben sich hierfür weder konkrete Anhaltspunkte noch kann sie hieraus etwas zu ihren Gunsten ableiten. Die kognitiven Defizite der Beschwerdeführerin – wobei das MRI des Schädels unauffällig war (vgl. Urk. 6/67) – wurden durch Dr. C.____ eindeutig im Rahmen der depressiven Symptomatik bewertet (vgl. Urk. 6/44 S. 38). Auch anlässlich der Abklärung durch die F.____ wurde der Verdacht auf eine zusätzliche Beeinträchtigung durch eine affektive Komponente geäußert (vgl. Urk. 6/80 S. 6 Ziff. 1.11). Eine Intelligenzminderung im Sinne der ICD-Kriterien (vgl. die klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling/ Mombour/ Schmidt, Hrsg., 9. Auflage, Bern 2014, S. 308 ff.) wurde bisher medizinisch nicht bestätigt. Schliesslich wurde aufgrund der beklagten Schmerzen und Beschwerden, für welche sich kein objektivierbares Korrelat haben lassen, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert, welcher keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde. Dr. C.____ kam dabei nachvollziehbar zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin die Willensanstrengung zumutbar sei, um die Schmerzen zu überwinden und trotz vorhandener Schmerzproblematik zu arbeiten (vgl. Urk. 6/44 S. 39 ff.).

E. 5.4

Im Hinblick auf die revisionsrechtlich relevante Frage, ob eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist oder lediglich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes vorliegt, lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass sich der somatische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in dem Sinne verbessert habe, dass die damals im Konsiliumsbericht vom 25. April 2003 beschriebenen Befunde einer linkskonvexen Skoliose im lumbothorakalen Übergang, einer Abflachung der oberen Brustwirbelsäulenkyphose und einer akzentuierten Lordose der LWS aktuell nicht mehr bestätigt werden könnten (vgl. Urk. 6/5/7-11 S. 2 oben; Urk. 6/44 S. 10). Aus psychiatrischer Sicht wird sodann ebenfalls von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes berichtet. Dabei gab Dr. C.____ zwar an, dass es ihm aufgrund der sehr vagen Angaben und der vorliegenden Akten nicht möglich sei, den Verlauf der depressiven Störung zeitlich exakt retrospektiv zu beurteilen. Im Jahr 2002 sei allerdings von der Klinik Z.____ eine schwere depressive Episode diagnostiziert worden und auch Dr. Y.____ habe eine solche in seinem Bericht vom Februar 2008 aufgeführt. Da aktuell lediglich eine mittelgradige depressive Ausprägung diagnostiziert werden könne, sei spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung eine Verbesserung anzunehmen (vgl. Urk. 6/44 S. 44 f.).

Die ursprüngliche Rentenzusprache erfolgte im Wesentlichen aufgrund des hausärztlichen Berichtes von Dr. Y.____, welcher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aufgrund eines SAPHO-Syndroms, einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischem Syndrom sowie einer kognitiven Minderleistung attestierte (vgl. Urk. 6/5/1-6 S. 4 f.), war er doch der einzige Arzt, der im Rahmen der erstmaligen materiellen Beurteilung überhaupt eine Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit vornahm. Ein psychiatrischer Befund und der gegenwärtige Schweregrad der depressiven Störung sind seinem Bericht allerdings nicht zu entnehmen, zumal er auch nicht über einen psychiatrischen Facharztstitel verfügt. Seinem Bericht waren ausserdem ein Bericht des A.____ angehängt, worin unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtige mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), angenommen wurde (vgl. Urk. 6/5/7-11 S. 3), sowie ein Bericht der Klinik Z.____, wonach eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) bei chronischem Schmerzsyndrom vorliege (vgl. Urk. 6/5/12-14 S. 3). Im Rahmen der in den Jahren 2004 und 2008 erfolgten Rentenrevisionsverfahren diagnostizierte Hausarzt Dr. Y.____ sodann – ohne psychopathologische Befundaufnahme – jeweils eine schwere depressive Störung (vgl. Urk. 6/16 S. 1 lit. A; Urk. 6/27 S. 1 Ziff. 2).

Ob nun aus psychiatrischer Sicht eine Befundsveränderung respektive eine Veränderung des Schweregrades der depressiven Störung vorliegt, lässt sich demnach nicht abschliessend beurteilen. Auffallend ist allerdings, dass – ob wohl nach Austritt aus der Klinik Z.____ eine ambulante psychiatrische Nachbehandlung erwähnt wurde (vgl. Urk. 6/5/12-14 S. 3) – eine solche während mehr als zehn Jahren bis zum im November 2013 erlassenen rentenaufhebenden Vorbescheid sowie der Auferlegung einer Schadenminderungspflicht nie erfolgte. Die Beschwerdeführerin begab sich erstmals am 14. März

2014 in psychiatrische Behandlung bei Dr. E.____. Während der ganzen Zeit erfolgte so mit einzig einer antidepressiven Medikation, welche durch den Hausarzt Dr. Y.____ verschrieben wurde (vgl. Urk. 6/16 S. 2 lit. D Ziff. 7; Urk. 6/36/4 Ziff. 5.2-5.3; Urk. 6/44 S. 28; Urk. 6/75 S. 2 Ziff. 1.5; Urk. 6/80 S. 2 f. Ziff. 1.2, Ziff. 1.4). Ein jahrelanger anhaltender Leidensdruck hätte allerdings sicherlich zu einer psychiatrisch-psychotherapeutischen

Behandlung geführt (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_169/2016 vom 27. Mai 2016 E. 3.2 und 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 5.3.4).

E. 5.5

Ungeachtet dessen waren die rentenzusprechenden Verfügungen vom 21. November 2003 (Urk. 6/11) und 6. September 2004 (Urk. 6/12) allerdings zweifellos unrichtig, weshalb die Revisionsverfügung der Beschwerdegegnerin mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung geschützt werden kann (vorstehend E. 1.5). So lag von ärztlicher Seite her einzig eine durch den Hausarzt Dr. Y.____ vorgenommene Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit vor. Dieser erachtete die Beschwerdeführerin infolge der unter anderem ebenfalls bestehenden psychischen Beschwerden als in jeglicher Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig und stellte bezüglich der Wiederaufnahme einer Arbeit im Rahmen des depressiven Geschehens eine schlechte Prognose (vgl. Urk. 6/5/1-6 S. 4, S. 5 lit. B, S. 6 lit. D Ziff. 7). Einen psychopathologischen Befund erhob er allerdings nicht, so dass seine Einschätzung nicht nachvollzogen werden kann. Überdies sind für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3, Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2). Sein Bericht vermag daher den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen nicht zu genügen. Soweit die Beschwerdeführerin darauf hinwies, dass jeweils auch ein Bericht des A.____ sowie der Klinik Z.____ vorgelegen hätten und die unterzeichneten Ärzte über einen psychiatrischen Facharztstitel verfügen würden (vgl. Urk. 10 S. 3), mag dies zwar zutreffen. Diesen Berichten ist allerdings keine Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit und somit der Auswirkungen der gestellten Diagnosen zu entnehmen. Auch im Rahmen der in den Jahren 2004 und 2008 durchgeführten Revisionsverfahren wurde jeweils nur ein hausärztlicher Bericht von Dr. Y.____ eingeholt (vgl. Urk. 6/16; Urk. 6/27). Eine psychiatrische Beurteilung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit erfolgte wie derum nicht. Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wie der erwägungsrechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2012 vom 24. April 2012 E. 2.2). Da es sich um eine Dauerleistung handelt, ist die Berichterstattung von erheblicher Bedeutung (BGE 119 V 475 E. 1c, Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2.1). Daher ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin in jedem Fall ex nunc ex pro futuro ohne Bindung an die ursprüngliche Verfügung in allen seinen Teilen neu zu beurteilen (BGE 140 V 514 E. 5.2).

E. 5.6

Somit bleibt die invalidisierende Wirkung des aktuellen psychischen Leidens zu beurteilen. Dabei handelt es sich um eine Rechtsfrage, deren Beantwortung den rechtsanwendenden Behörden obliegt und nicht den Ärztinnen und Ärzten. Es ist folglich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vereinbar, einem Gutachten vollen Beweiswert zuzuerkennen, jedoch von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung sozialversicherungsrechtlicher Aspekte abzuweichen (BGE 140 V 193 E. 3.1 f., 130 V 352 E. 3; Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.1).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind

(statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E.

E. 5.7

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die rentenzusprechenden Verfügungen vom 21. November 2003 (Urk. 6/11) und 6. September 2004 (Urk. 6/12) zweifellos unrichtig waren, der Beschwerdeführerin gestützt auf das beweiskräftige interdisziplinäre Gutachten aus somatischer Sicht jegliche Tätigkeit vollständig zumutbar ist und dem psychischen Leiden keine versicherungsrelevante Bedeutung zukommt. Die von der Beschwerdegegnerin am 8. März 2016 verfügte Rentenaufhebung (Urk. 2) ist folglich mit der substituierten Begründung der zweifellosen Unrichtigkeit der rentenzusprechenden Verfügungen zu schützen.

E. 6.1

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist vor einer Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Rente abzuklären, ob ein Eingliederungsbedarf besteht. Dabei ist vom Grundsatz der erwerblichen Verwertbarkeit einer verbesserten oder wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung auszugehen. In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung den noch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) aus gewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder beruflich-erwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegen stehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervor geht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2).

E. 6.2

Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 dahin gehend präzisiert, dass die revisions- oder wiedererwerbungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben, nur zulässig ist, wenn die Beschwerdegegnerin zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat (E. 3.3). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass solche versicherte Personen aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selber wieder einzugliedern. Dies führt zwar für die Betroffenen nicht zu einer Art Besitzstandsgarantie. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (vgl. erwähntes Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5). Im Januar 2015 hat das Bundesgericht in einer publizierten Entscheidung festgehalten, dass zur Feststellung der Frage der zumutbaren Selbsteingliederung auf den Zeitpunkt der

rentenaufhebenden Verfügung oder auf den darin verfügten Zeitpunkt der Rentenaufhebung abge stellt wird (BGE 141 V 5 E. 4).

E. 6.3

Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 8. März 2016 (Urk. 2) war die am 27. Juli 1956 geborene Beschwerdeführerin 59 Jahre und 7 Monate alt (vgl. Urk. 6/2 S. 1 Ziff. 1.3). Die Rente bezog sie seit dem 1. September 2003, mithin seit 12 Jahren und 7 Monaten. Damit fällt sie unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Personenkreis.

Hinsichtlich der beruflichen Eingliederung lässt sich den Akten entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach der erfolgten Begutachtung von der Beschwerde geg nerin zur Abklärung der beruflichen Situation eingeladen wurde. Die Be schwer deführerin sah sich damals allerdings nicht in der Lage, an Einglie de rungs massnahmen teilzunehmen, weshalb die Beschwerdegegnerin die Einglie de rungs beratung abschloss (vgl. Urk. 6/46-48). Nachdem die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Rentenaufhebung in Aussicht gestellt hatte (vgl. Urk. 6/52), forderte sie diese zur Wahrnehmung der Mitwirkungspflicht auf, sich für eine Teilnahme an Eingliederungsmassnahmen zu melden sowie aktiv mitzuwirken (vgl. Schreiben vom 30. April 2014, Urk. 6/60). Daraufhin wurde erneut eine Eingliederungsberatung durchgeführt, wobei auch ein Vorstellungs ge spräch im Pflegeheim G.____ für ein Arbeitstraining verein bart werden konnte (vgl. Urk. 6/68-69; Urk. 6/71-72). Die mit der Suche des Arbeitstrainingseinsatzes beauftragte Person gab im Anschluss an dieses Gespräch allerdings zu bedenken, dass sich die Beschwerdeführerin stark leidend gezeigt und sich auf ihre Defizite fokussiert habe. Zudem habe sie angegeben, dass sie gerne arbeiten würde, sich aber nicht arbeitsfähig fühle. Anschliessend habe sie sehr laut und beinahe hysterisch zu weinen angefangen. Aufgrund des Verhal tens der Beschwerdeführerin sowie des psychisch und körperlich desolaten Ein drucks, den sie hinterlasse, sei es auszuschliessen, ein Training mit einer An stellungschan ce im ersten Arbeitsmarkt zu finden (vgl. Urk. 6/74 S. 3). Gestützt auf diese Erkenntnisse schloss die Beschwerdegegnerin daher die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen ab und verzichtete nach Rücksprache mit der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin auf die Initiierung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (vgl. Urk. 7/73, Urk. 7/74 S. 4). Die der Beschwerdeführe rin zustehende Eingliederungshilfe wurde demnach – wenn auch erfolglos – geleistet.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtens, was zur Abwei sung der Beschwerde führt.

E. 7

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Aus gang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerle gen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

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