

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00874 vom 30. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00874

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00874 du 30 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00874 del 30 agosto 2017

Erwägungen

E. 1

Die 1959 geborene X.____ meldete sich nachdem sowohl das hiesige Gericht mit Urteil vom 13. Mai 2011 (Proz . Nr. IV.2009.00634; Urk. 7/99) als auch das Bundesgericht mit Urteil 8C_526/2011 vom 28. Juli 2011 (Urk. 7/101) die rentenablehnende Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 26. Mai 2009 (Urk. 7/96) geschützt hatten

am 3. September 2012 erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 7/105). Mit Verfügung vom 19. Februar 2013 sprach ihr die IV-Stelle eine ganze Rente ab 1. März 2013 zu (Urk. 7/126 ff.).

Ein Jahr später leitete die IV-Stelle eine Rentenrevision ein (Urk. 7/135). Sie zog aktuelle Auskünfte der behandelnden Ärzte bei und liess die Versicherte in der über SuisseMED@P zugeteilten MEDAS Z.____ AG polydis ziplinär begutachten (MEDAS-Gutachten vom 11. Januar 2016, Urk. 7/160). Gestützt darauf teilte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 2. März 2016 die beabsichtigte wiedererwägungsweise Aufhebung der Rente mit (Urk. 7/164). Nach Eingang von deren Stellungnahme vom 2. April 2016 (Urk. 7/170), verfügte sie am 24. Juni 2016 im angekündigten Sinne (Urk. 2).

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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 2015 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. 1.3

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

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

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 Vorakten (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).

E. 1.6

Gemäss einem allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts kann die Verwaltung auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide, die nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zu rückkommen, wenn sie zweifellos

unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG ; BGE 133 V 50 E. 4.1).

Die Wiedererwägung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts. Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffender verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung denkbar (Bundesgerichtsurteil 9C_135/2014 vom 14. Mai 2014 E. 3 mit Hinweisen).

Damit genügt eine voraussetzungslose Neubeurteilung der invaliditätsmässigen Voraussetzungen nach ständiger Rechtsprechung nicht, um eine Invalidenrente auf dem Wege der Wiedererwägung herabzusetzen oder gar aufzuheben. Denn eine Reduktion der Rente unter dem Titel "Wiedererwägung" kann wie dargelegt

nur bei Unvertretbarkeit der ursprünglichen Renten zusprache erfolgen, drohte die Wiedererwägung in einer Vielzahl (langjähriger) Rentenbezugsverhältnisse ansonsten doch zum Instrument einer solchen voraussetzungslosen Neuprüfung zu werden, was sich mit dem Wesen der Rechtsbeständigkeit formell zugesprochener Dauerleistungen nicht vertrüge

(Bundesgerichtsurteil 8C_678/2012 vom 1. Februar 2013 E. 2 mit Hinweisen).

E. 2 IVG) .

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründet die wiedererwägungsweise Rentenaufhebung im Wesentlichen damit, dass die Annahme einer 100 % igen Erwerbs unfähigkeit einzig gestützt auf den Bericht des Medizinischen Zentrums A.____ vom 2. November 2012 und insbesondere ohne weitere Prüfung der Rechtsfrage der Überwindbarkeit erfolgt sei. Es wäre auch deshalb nicht auf den besagten Bericht abzustellen gewesen, weil er keine psychiatrische Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem enthalten habe. Damit habe sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 2.6

Sind die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung erfüllt, kann offen bleiben, ob die Beschwerdegegnerin , wie sie geltend macht, durch die Unterlassung der Prüfung der Überwindbarkeit bei der Rentenzusprache den Untersuchungsgrundsatz verletzt hat .

Festgehalten sei nur soviel, dass die Verwaltung grundsätzlich gehalten war, bei Vorliegen eines

so die damalige Terminologie „pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage“ die vormalige Rechtspraxis gemäss BGE 130 V 352 zu berücksichtigen (zur bei Nichtbeachtung gerechtfertigten Annahme zweifelloser Unrichtigkeit vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 9C_727/2016 vom 10. März 2017 E. 3.4 mit Hinweis auf Urteil 8C_68/2013 vom 14. Mai 2013 E. 3.4). Hier jedoch wirkte sich die fragliche Störung gemäss den wiedergegebenen ärztlichen Stellungnahmen bereits 2012 nicht mehr relevant auf die Arbeitsfähigkeit aus. So nannten die Fachpersonen des Medizinischen Zentrums B.____ im Bericht vom 14. August 2012 (E. 3.1) nebst der Wirbelsäulenproblematik hauptsächlich die Schwindelzustände, die kognitiven Defizite sowie die Depression als Gründe für die attestierte Arbeitsunfähigkeit. Die Therapeuten des Medizinischen Zentrums A.____ begründeten im Bericht vom 2. November 2012 (E. 3.3) die bescheinigte Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit mit der als selbständig zu qualifizierenden Depression. RAD-Arzt Dr. E.____ wies im Rahmen der von ihm bestätigten 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf die verschlechterte, nunmehr verselbständigte Depression und den langen Krankheitsverlauf hin (E. 3.4). In die gleiche Richtung weist das MEDAS-Gutachten vom 11. Januar 2016 (E. 3.5), worin nur ein „Status nach“ somatoformer Schmerzstörung unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet wird. 5.

E. 3

Chronisches lumbospondylogenes Syndrom (Dr. D.____ 29.11.02)

E. 3.1

Nachdem der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung letztinstanzlich verneint worden war (Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. Mai 2009 [Urk. 7/96], bestätigt durch das Urteil des hiesigen Gerichts vom 13. Mai 2011 [Proz. Nr. IV.2009.00634, Urk. 7/99] sowie durch das Bundesgerichtsurteil 8C_526/2011 vom 28. Juli 2011 [Urk. 7/101]), meldete sich die Beschwerdeführerin am 3. September 2012 erneut zum Leistungsbezug an und machte eine Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes geltend (Urk. 7/105). Zur Untermauerung legte sie den Bericht des Medizinischen Zentrums B.____ vom 14. August 2012 (Urk. 7/104) ins Recht.

Danach wurde die Beschwerdeführerin zwecks Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit aus somatischer und psychosomatischer Sicht interdisziplinär untersucht. Es wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): 1. Cervikospondylogenes Syndrom li. (C.____ 12.03.02) m/b - Hyperpyhose der BWS mit Übergang in Hyperlordose der HWS - Beginnende Osteochondrosen und bilaterale Spondylosen BWS - Möglicher St.n . M. Scheuermann (19.11.01 Rx HWS as . C.____ 12.03.02) - Persistierender Apophysenkern ventral der Bodenplatte C5 (19.02.02 Rx HWS as . C.____ 12.03.02) 2. Thorakovertebrales Syndrom (C.____ 12.03.02)

E. 3.2

Namens des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stelle (RAD) nahm Dr. med. und Dr. rer.pol . E.____, Facharzt für Innere Medizin, am 29. September 2012 zu diesem

Bericht Stellung (Urk. 7/109 S. 2) und kam zum Schluss, dass darin die schon bekannten und in den früheren Einschätzungen des RAD berücksichtigten Diagnosen wiederholt worden seien. Neue medizinische Befunde seien nicht vorgelegt worden. Sonstige medizinisch plausible Gründe für eine Änderung des Arbeitsprofils seien nicht ersichtlich; deshalb könne weiterhin auf die bisherige Konklusion des RAD abgestellt werden.

Gestützt darauf teilte die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 3. Oktober 2012 ihre Absicht mit, auf das neue Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin mangels Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht einzutreten (Urk. 7/111).

E. 3.3

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens legte die Beschwerdeführerin ein Schreiben der Psychotherapeuten des Medizinischen Zentrums A.____ vom 2. November 2012 auf (Urk. 7/116). Vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zur Stellungnahme über die Verschlechterung von deren psychischem Zustand aufgefordert (vgl. Urk. 7/114), gaben die behandelnden Psychotherapeuten an, die Situation sei nicht mehr dieselbe wie am 28. Juli 2011 (Urteil des Bundesgerichts 8C_526/2011; Urk. 7/101). Zuletzt sei eine remittierte Depression diagnostiziert worden. Dies sei nun im Jahre 2012 nicht mehr richtig.

Es handelt es sich heute mit Sicherheit um eine mittelgradige Depression. Es seien Schlafstörungen vorhanden. Die Patientin könne heute nur noch mit Medikamenten schlafen. Sie habe keinen Appetit und esse unregelmässig. Sie habe sich zurückgezogen. Es bestünden noch Kontakte zur Familie und zu den Nachbarn. Die Beschwerdeführerin gehe nur noch mit dem Sohn und der Schwiegertochter einkaufen.

Sie spaziere nur noch um die Wohnung und ziehe sich immer wieder ins Bett zurück. Über den ganzen Tag bestünden Gedankenkreisläufe, Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Energielosigkeit, Verlust von Selbstvertrauen, Sinnlosigkeitsgedanken, sehr deutliche Suizidgedanken, Orientierungsstörungen, Schuldgefühle und Freudunfähigkeit, selbst mit den Enkelkindern. Diese Symptome entsprächen heute gemäss ICD-10 klar einer mittelgradigen Depression.

Von einer Remission gemäss dem Gutachten von Dr. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Dezember 20

E. 3.4

In seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 2012 kam RAD-Arzt Dr. E.____ zum Schluss (Urk. 7/122 S. 2), dass es sich gemäss ausführlicher Begründung des Medizinischen Zentrums A.____ im Schreiben vom 2. November 2012 seit dem 28. Juli 2011 um eine mittelgradige Depression handle. Zudem sei sie eine komorbide Störung mit Verselbständigung bei einem langen Krankheitsverlauf. Es sei eine Veränderung des Gesundheitsschadens zu objektivieren. Der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit und die Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit betrage seit dem 28. Juli 2011 0 %.

Gestützt darauf schloss die Verwaltung auf eine 100%ige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ab 28. Juli 2011, was zur Zusprechung einer ganzen Invalidenrente ab Juli 2012 führte (Urk. 7/122 S. 2 f.).

E. 3.5

Dem im Rahmen der Rentenrevision in Auftrag gegebenen MEDAS-Gutachten vom 11. Januar 2016 (Urk. 7/160) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (S. 50): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Rezidivierende depressive Störung, (ICD-10 F33) - Zervikospondylogenes Syndrom und thorakovertebrales Syndrom bei Wirbelsäulenfehlhaltung mit muskulärer Imbalance Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Somatoformer Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Senkspreiszfusse - Arterielle Hypertonie - Adipositas - Dekonditionierung

Weiter führten die Gutachter aus, die 56-jährige Versicherte weist aus allgemein medizinischer und orthopädischer Sicht ein somatisch nur teilweise abstützbares zerviko-thorakales und muskuläres Schmerzsyndrom auf. Dieses lasse bei anhaltendem Schmerzerleben eine die Schulter-Nacken-Armregion stark belastende und monotone Tätigkeit wie diejenige als Glätterin heute nicht mehr zumutbar erscheinen; eine angepasste leichte bis mittelgradige Tätigkeit mit Wechselhaltungen sei jedoch in vollem Pensum und ohne Einschränkungen möglich (S. 51).

Aus psychiatrischer Sicht leide die Versicherte an einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD 10 F33) mit im Verlaufe der vergangenen Zeit variierendem, gemäss Aussagen der behandelnden und der im Rahmen der Einsprache beigezogenen Psychiater höchstens mittelschweren, allerdings gutachterlich wiederholt als leicht klassiertem Schweregrad. Aktuell liege gemäss dem begutachtenden Psychiater eine schwere Ausprägung des depressiven Syndroms mit (sekundärer) Pseudodemenz (ICD 10 F33.2) vor. Eine aktuelle versicherungsmedizinische Beurteilung des Schweregrades sei jedoch aus psychiatrischer Sicht wegen der auch hier beobachteten Aggravation und der Inkonsistenzen nicht möglich. Eine in den bisherigen Berichten erwähnte anhaltende somatoforme Störung könne aus psychiatrischer Sicht nicht bestätigt werden, da die Kriterien nach ICD-

E. 4

Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

E. 4.1

Das für ein wiedererwägungswises Zurückkommen auf den Rentenentscheid unter anderem notwendige Erfordernis der erheblichen Bedeutung der Berichtigung der seinerzeitigen Verfügung wäre angesichts der zur Diskussion stehenden Dauerleistung ohne weiteres gegeben (BGE 119 V 480; ferner Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, N 58 zu Art. 53 ATSG; vgl. auch Urk. 1 S. 7). In Frage steht die zweifelhafte Unrichtigkeit.

E. 4.2.1

Bei der Rentenzusprache (Verfügung vom 19. Februar 2013) ging die Beschwerde gegnerin gestützt auf die Beurteilungen der Medizinischen Zentren B.____ (vom 14. August 2012; E. 3.1) und insbesondere A.____ (vom 2. November 2012; E. 3.3) sowie des RAD-Arztes Dr. E.____ vom 11. Dezember 2012 (E. 3.4) von einer nicht mehr verwertbaren Restarbeitsfähigkeit aus.

Der Verlauf der von der Beschwerdeführerin geklagten Beeinträchtigungen, die gestellten Diagnosen und die Stellungnahmen der involvierten Ärzte zum Leistungsvermögen zeigen, dass die Beschwerdeführerin seit 2002 zwar an Beschwerden im Bereich der gesamten Wirbelsäule leidet, diesen in der Vergangenheit jedoch nie eine relevante bzw. invalidisierende Wirkung zuerkannt wurde (vgl. dazu das Urteil des hiesigen Gerichts vom 25. September 2007 [Proz. Nr. IV.2006.00469; Urk. 7/65]

mit Verweis auf das Gutachten der MEDAS G.____ GmbH , vom 30. Oktober 2003 [Urk. 7/17/2-17], bestätigt durch das Bundesgericht mit Urteil 8C_725/2007 vom 16. Januar 2008

[Urk. 7/67] sowie durch das Urteil des hiesigen Gerichts vom 13. Mai 2011 [Proz . Nr. IV.2009.00634 ; Urk. 7/99] mit Verweis auf die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, bestätigt durch das Bundes gericht

mit Urteil 8C_526/2011 vom 28. Juli 2011 [Urk. 7/101]). Dem Bericht des Medizinischen Zentrums B.____ vom 14. August 2012 (E. 3.1) lässt sich keine relevante Verschlechterung des Rückenleidens entnehmen.

Mit Bezug auf die im Medizinischen Zentrum B.____ aus anästhesiologischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit ist zu bemerken, dass diese mit Schwindelzuständen und einer vorgängigen Hirntumorbehandlung begründet wurde (Urk. 7/104 S. 6). Allerdings wird eine solche Behandlung in den Akten ansonsten nirgends erwähnt. Dass der offenbar bereits seit 1999 bestehende Schwindel (Urk. 7/104 S. 2) für sich alleine neu eine derart hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zeitigen soll, ist nicht nachvollziehbar, zumal er im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung diagnostisch keinen Niederschlag gefunden hat.

E. 4.2.2

Hingegen schien die depressive Symptomatik klar im Vordergrund zu stehen. Während Dr. F.____ im psychiatrischen Gutachten vom 15. Dezember 2008 noch eine remittierte depressive Symptomatik erhoben hatte (Urk. 7/84/5-22 S. 12), gingen die Psychotherapeuten des Medizinischen Zentrums A.____ in dem für die Rentenzusprache massgebenden Schreiben vom 2. November 2012 (E. 3.3) von einer Verschlechterung des affektiven Leidens aus; dem schloss sich der RAD-Arzt Dr. E.____ an (E. 3.4).

Diesbezüglich fällt zunächst auf, dass der RAD-Arzt in der Stellungnahme vom 11. Dezember 2012 (E. 3.4) die Beurteilung und Arbeitsfähigkeitseinschätzung der behandelnden Psychotherapeuten übernahm, ohne sie vorab einer kritischen Würdigung unter Einbezug der Vorakten unterzogen zu haben. Ein Blick in die früheren Stellungnahmen zeigt, dass die Psychotherapeuten des Medizinischen Zentrums A.____ bereits am 11. Juli 2008 (somit gut fünf Monate vor der Begutachtung durch Dr. F.____) von einem chronifizierten Zustandsbild mit mittelgradiger depressiver Episode und anhaltender somatoformer Schmerzstörung ausgegangen waren (Urk. 7/90/12-13). Im Schreiben vom 29. April 2009 übten sie sodann starke Kritik an den gutachterlichen Schlussfolgerungen (Urk. 7/95). Dass sie 2008/2009 trotz der fundierten Beurteilung durch Dr. F.____ (remittierte depressive Symptomatik) weiterhin von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgingen und den Zustand als chronifiziert bezeichneten, schwächt die Beweiskraft der – schliesslich zur Rentenzusprache führenden Angabe einer Verschlechterung im Schreiben vom 2. November 2012 (E. 3.3). Hinzu kommt, dass diese Stellungnahme zwecks Verwendung im Vorbescheidverfahren verfasst wurde. Sodann hätte der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden sollen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen, weshalb eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte im Streitfall kaum

je in Frage kommt (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 4.2.3

Darüber hinaus hätte

die ohne persönliche Untersuchung der Beschwerde führende abgegebene

Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. E.____ (E. 3.4) auch nach damaliger Rechtspraxis nicht zur Annahme einer

(vollständigen) Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit genügt. Insbesondere unterliess es der Internist Dr. E.____, dass seiner Auffassung nach aufgehobene Leistungsvermögen mit psychiatrischen Befunden zu unterlegen und zu begründen bzw. einen über eine fachliche Qualifikation im Fachgebiet der Psychiatrie verfügenden Arzt

bei zuziehen.

Auf eine fundierte Auseinandersetzung mit den erhobenen Befunden, den gestellten Diagnosen und der attestierten Arbeitsunfähigkeit durfte vorliegend nicht verzichtet werden. Laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1; 9C_667/2013 vom 29. April 2013 E. 4. 3.2; 9C_917/2012 vom 14. August 2012 E. 3.2 und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1; vgl. auch Rahel

Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2; zu den Ausnahmen vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_35/2017 vom 4. August 2017 E.3.2 und 3.3).

Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung ist allerdings nicht schlechthin auszuschliessen; deren Annahme bedingt nach den höchstrichterlichen Vorgaben jedoch, dass es sich nicht bloss um die Begleitscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt (Urteile des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2 und 9C_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.1). Im Weiteren ist vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1). Dabei stellt das Bundesgericht sowohl an die Langjährigkeit als auch an die Intensität der Therapiebemühungen (vgl. etwa das vorgenannte Urteil 9C_454/2013 E. 4.1) hohe Anforderungen.

E. 4.2.4

Weder dem Bericht des Medizinischen Zentrums B.____ vom 14. August 2012 (E. 3.1) noch der Stellungnahme des Medizinischen Zentrums A.____ vom 2. November 2012 (E. 3.3) lassen sich Angaben zum therapeutischen Setting entnehmen. Eine am 7. Dezember 2011 durchgeführte Bestimmung des Medikamentenspiegels ergab, dass die Wirkstoffe von Truxal und Cymbalta sowie Trazodon

weit unter dem Referenzwert lagen (Urk. 7/104 S. 3), was auf eine fragliche Compliance hinweist; dazu äusserten sich die berichtenden Fachpersonen des Medizinischen Zentrums B.____ jedoch nicht weiter. Unter diesen Umständen ist nicht erstellt, dass die Beschwerdeführerin 2012/2013 eine konsequente Depressionstherapie befolgt hätte; dies

aber schloss auch gemäss damaliger Rechtspraxis die Annahme einer invalidisierende n Wirkung der depressiven Störung aus.

E. 4.2.5

Nach dem Gesagten fehlte es bezogen auf den Zeitpunkt der Rentenzusprache an hinreichend sorgfältigen einschlägigen fachärztlichen Abklärungen. Da die Beschwerdegegnerin damit ihrer Abklärungspflicht nur ungenügend nachgekommen war, beruhte die Leistungszusprache auf einer rechtsfehlerhaft ermittelten Invalidität und muss daher als zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrrechtlichen Sinn bezeichnet werden. 4.

E. 5

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

E. 5.1

Bei Bejahung zweifelloser Unrichtigkeit der ursprünglichen Leistungsverfügung hat rechtsprechungsgemäss eine freie Beurteilung der Rentenanspruchsvoraussetzungen nach den Verhältnissen im Zeitraum bis zum Erlass der die Rente ex nunc aufhebenden Wiederverfügung stattzufinden.

Zu prüfen ist die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_868/2015 vom 22. Dezember 2015 E.

E. 5.2

Hinsichtlich der somatischen Beschwerden lässt sich dem MEDAS-Gutachten vom 11. Januar 2016 (E. 3.5) entnehmen, dass eine angepasste leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit vollzeitlich zumutbar ist. Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht äusserten sich die Gutachter hin gegen nicht abschliessend. Während der psychiatrische Gutachter aufgrund einer schweren depressiven Symptomatik von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausging (Urk. 7/160 S. 49), blieb die Frage nach dem Schweregrad des affektiven Leidens und der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht in der Konsensdiskussion unter Hinweis auf Aggravation und Inkonsistenzen unbeantwortet (Urk. 7/160 S. 51 und S. 53).

E. 5.3

Die medizinischen Experten, denen insoweit eine entscheidende Rolle zukommt, haben im Einzelnen zu begründen und mittels ihrer Feststellungen und Einschätzungen, etwa

zu Leidensdruck, psychischen Ressourcen oder funktionellen Defiziten, darzulegen, in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, oder aber festzuhalten, dass die Beantwortung dieser Frage

trotz Ausschöpfung aller Möglichkeiten fachgerechter Exploration

nicht oder nicht sicher genug möglich ist. Bleiben die Auswirkungen eines objektivierbaren wie auch eines nicht (bildgebend) fassbaren Leidens auf die Arbeitsfähigkeit - trotz in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sorgfältig durchgeführter - Abklärungen vage und unbestimmt, ist der der versicherten Person obliegende Beweis für die Anspruchsgrundlage nicht geleistet und nicht zu erbringen und besteht kein Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt (Urteil des Bundesgerichts

9C_519/2014 vom 14. Oktober 2015 E. 2.4 mit Hinweis auf BGE 140 V 290 E. 4.1 und 139 V 547 E. 8.1).

E. 5.4

Wie bereits erwähnt, ist die vom psychiatrischen Konsiliararzt der MEDAS vorgenommene Einstufung des affektiven Leidens als schwergradig

„Rezidivierende depressive Störung, derzeit schwergradige Episode ohne psychotische Symptome mit Residualsyndrom (ICD-10: 33.2)“ (Urk. 7/160 S. 43 f.) im Rahmen der Konsensdiskussion unter Hinweis auf die Unmöglichkeit einer aktuellen versicherungsmedizinischen Beurteilung des Schweregrades wegen Aggravation und Inkonsistenzen zwar relativiert worden (Urk. 7/160 S. 51). Dieser Umstand genügt jedoch nicht, um von vornherein

ohne weitere Abklärungsmassnahmen eine fehlende invalidisierende Wirkung der depressiven Symptomatik anzunehmen. Vielmehr verlangt die Rechtsprechung die Ausschöpfung aller Möglichkeiten fachgerechter Exploration, bevor der Gutachter die Beantwortung der Frage nach einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als nicht möglich deklarieren darf (E. 5.3).

Hinzu kommt, dass im Zusammenhang mit bereits früher beobachteten Aggravations- und Verdeutlichungstendenzen psychiatrischerseits festgestellt worden war, es sei von einer sehr schlicht organisierten Persönlichkeit mit erheblichem Bildungsdefizit, ungünstiger Sozialisation und vermutlich niedrigem oder gar grenzwertigem Intelligenzquotient auszugehen. In Verbindung mit dieser Persönlichkeitsstruktur komme es zu einer sehr vereinfachten Rezeption und Verarbeitung der inneren und äusseren Realitäten; die anzunehmenden Aggravationstendenzen und Inkonsistenzen gehörten dazu (vgl. Urk. 7/160 S. 48).

E. 5.5

Zusammenfassend ist die rentenaufhebende Verfügung vom 24. Juni 2016 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die bestehenden Unklarheiten namentlich mit Bezug auf den Schweregrad der depressiven Erkrankung und deren allfällige Auswirkungen auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit durch zusätzliche Abklärungen auszuräumen versuche und hernach neu verfüge.

Sollte dies trotz sorgfältiger, fachärztlicher Abklärungsmassnahmen nicht möglich sein, wird die Beschwerdeführerin die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen haben (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_519/2014 vom 14. Oktober 2015 E. 6.2 i.f.). 6.

E. 6

Adipositas per magna (ICD-10 E66.0, BMI=42)

Weiter gaben die berichtenden Ärzte an, aus orthopädisch-chirurgischer Sicht bestünden seit zehn Jahren Schmerzen im linken Bein. Im Laufe der letzten beiden Jahre habe die Gefühllosigkeit vor allem im linken Arm zugenommen. Aus psychiatrischer Sicht sei eine deutliche Verstärkung der Ängste (auf der Strasse) sowie der Depression eingetreten. Die Schmerzen hätten sich dagegen nicht verändert (S. 5).

Aus Sicht der Anästhesiologie sei die Beschwerdeführerin bei Schwindelzuständen und vorausgegangener Hirntumorbehandlung bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht sei eine leichte wechselbelastende Arbeit mit wahlweise

Sitzen oder Stehen und insbesondere ohne Heben von Lasten über 5 kg kurzfristig und 2 kg langfristig, ohne Überkopfarbeit, ohne Arbeit in vornüber geneigter Körperhaltung zu 50 % zumutbar. Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht könnte die schwere Haltungsinsuffizienz mit vermehrter Brustkyphose, grossem Abdomen und Kopfprotraktion die Ausdauer für verschiedene Tätigkeiten einschränken, besonders bei vornüber gebeugter Arbeit. Aus Sicht des rheumatologischen Fachgebiets sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig. Psychiatrisch bestünden kognitive Defizite und eine neuropsychologisch bestimmte Depression (S. 6).

In der Konsens-Beurteilung hielten die berichtenden Fachleute fest, die Beschwerdeführerin sei als Wäschereimitarbeiterin und auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (S. 6).

E. 6.1

Art. 1a lit. a und Art. 28 Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG sowie Art. 7 ATSG statuieren den Grundsatz "Eingliederung vor Rente". Demnach gehen Eingliederungsmassnahmen den Rentenleistungen vor. Diese werden nur erbracht, wenn die versicherte Person nicht oder bloss in ungenügender Masse eingegliedert werden kann. Für die Abklärungspflicht der IV-Stelle bedeutet dies, dass sie zuerst prüfen muss, ob Eingliederungsmassnahmen angezeigt sind, bevor der Rentenanspruch untersucht wird (Bundesgerichtsurteil 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 mit Hinweisen, in: SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86; Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 193 Rz. 1033). Dies gilt nicht nur bei der erstmaligen Prüfung eines Leistungsgesuchs, sondern auch im Revisionsfall (BGE 108 V 210

E. 1d; Bundesgerichtsurteile 9C_283/2016 vom 5. Dezember 2016 E. 4.2.1; 9C_228/2010 vom 16. April 2011 E. 3.1, 3.3 und 3.4 mit Hinweisen, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S.

220).

Zwar ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Wenn die versicherte Person das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente mehr als 15

Jahre bezogen hat, muss sich die Verwaltung aber vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente in jedem Fall vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür ausnahmsweise im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinn vorausgesetzt ist (Bundesgerichtsurteile 9C_752/2013 vom 27. Juni 2014 E. 4.1; 9C_363/2011 vom 31. Oktober 2011 E. 3.1 mit Hinweisen, in: SVR 2012 IV Nr. 25 S. 104; s. auch Fleischanderl, Behandlung der Eingliederungsfrage im Falle der Revision einer langjährig ausgerichteten Invalidenrente, in: SZS 2012 S. 360 ff.). Aus den beiden Kriterien können die Betroffenen im Kontext einer Revision oder Wiedererwägung jedoch nicht ohne Weiteres einen Besitzstandsanspruch ableiten, sondern es wird ihnen lediglich zugestanden, dass infolge des fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer die Selbsteingliederung grundsätzlich als nicht mehr zumutbar einzustufen ist (Bundesgerichtsurteile 8C_324/2013 vom 29. August 2013 E. 5.2, nicht publ. in

BGE 139 V 442

, aber in: SVR 2013 IV Nr. 46 S. 140; 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220). Entzieht oder widersetzt sich die versicherte Person Eingliederungsmassnahmen, können ihr die Leistungen gekürzt oder verweigert werden. Vorausgesetzt ist immerhin, dass die IV-Stelle zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeföhrt hat (Art. 21 Abs. 4 ATSG i.V.m . Art. 7b IVG; zum Ganzen Bundesgerichtsurteil 8C_842/2016 vom 18. Mai 2017 E. 5.3.1).

E. 6.2

Die Beschwerdeföhrerin, geboren am 8. Mai 1959, war im Zeitpunkt der Renten aufhebung vom 24. Juni 2016 57-jährig. Damit fällt sie unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezügerkreis und die Beschwerdegegnerin wird vor einer allfälligen Rentenaufhebung Eingliederungsmassnahmen prüfen beziehungsweise durchföhren. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800. festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist der Beschwerdeföhrerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'400. (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 24. Juni 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeföhrerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - 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 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 Beschwerdeföhlers 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 GräubMeier-Wiesner

E. 08

(Urk. 7/84/5-22) könne keine Rede sein. Damit habe sich der Zustand deutlich verschlechtert. Im Jahre 2010 sei die Depression, neuropsychologisch bestimmt, bereits

auf einem mit telgradig en bis schweren Niveau gewesen. Sie sei zunehmend stabil, aber seit 2011 auf einem insgesamt mittelgradigen Niveau. Die Depression sei spätestens seit 2011 eine komorbide Störung mit

Verselbständigung von der Schmerzverarbeitung bei einer Arbeitsstörung bei einem langen Krankheitsverlauf ohne genügende Veränderung bei sowohl stationärer, teils tationärer wie auch ambulanten-medikamentöser Behandlung (S. 2).

Weiter wiederholten die Therapeuten die bereits im Bericht des Medizinischen Zentrums B. ___ vom 14. August 2012 (E. 3.1) gemachten Angaben sowie die dort attestierte 100 % ige

Arbeitsunfähigkeit

selbst für angepasste Tätigkeiten (S. 2).

E. 10

nicht erfüllt seien; es hätten in diesem Zusammenhang aus ätiologischer Sicht keine nachvollziehbare psychosoziale Belastung und kein exzessiver Selbstkonsum medizinischer Dienstleistungen vorliegen. Die Versicherte habe nur über intensive, durch die Untersucher jedoch nicht als quälend nachvollziehbare (d.h. mimisch/verhaltensmäßig nicht sichtbare) sondern nur verbal stereotyp und emotional unbeteiligt vorgetragene Schmerzen geklagt, weshalb hier lediglich in formaler Anlehnung an frühere Gutachter von einem „Status nach“ anhaltender somatoformer Schmerzstörung gesprochen werde (S. 51).

Es lägen Inkonsistenzen vor. Die Versicherte sei im Alltag aktiv und zeige hier ein vollkommen normales Bewegungsmuster, was in deutlichem Gegensatz zu den von ihr verbal monierten allgemeinen Schmerzen stehe. Hingegen liege ein sekundärer Krankheitsgewinn vor, indem sich die Versicherte von ihren Nachbarn sogar in Bereich der basalen Lebensvorrichtungen Hilfe zukommen lasse. Damit erhalte sie Zuwendung und ein Minimum an Sozialkontakten, die sie durch die Aufgabe der Erwerbstätigkeit vor 15 Jahren und zuletzt durch den Wegzug des Ehemannes sonst nicht mehr hätte. Sie habe laut Akten in den letzten 15 Jahren nur in geringem Mass aus eigenem Antrieb Therapien in Anspruch genommen. Im Jahre 2008 sei sie freiwillig und erstmalig für mehrere Wochen in eine psychiatrische Klinik eingetreten. Beim Austritt habe man eine wache, allseits orientierte, depressive Patientin gefunden. Sonst sei ein blander Psychostatus erhoben worden. Es könne in den letzten 15 Jahren im Hinblick auf eine Wiedereingliederung weder eine Kooperation noch eine Therapietreue der Versicherten festgestellt werden. Die Situation sei schon zum Zeitpunkt des ersten Rentenanspruches als „therapierefraktär“ eingeschätzt worden. Es bleibe seither bei der monotonen und mit wortwörtlich identischen Klagen untermauerten Behauptung des Nichtmehrkönnens (S. 52).

Infolge der negativistischen und defizitorientierten Selbstdarstellung seien die aktuellen persönlichen Ressourcen der Versicherten auch anlässlich dieser Untersuchung unklar geblieben. Die Versicherte sei Analphabetin. Dies hindere sie weder an der Ausübung einer Hilfstätigkeit in bisherigem Rahmen noch daran, einen Arbeitsplatz zu erreichen. Es schränke aber die Möglichkeiten auf dem heutigen Arbeitsmarkt ein.

In der bisherigen Tätigkeit als Glätterin

sei die Versicherte mindestens seit dem Datum des Gutachtens nicht mehr arbeitsfähig .
Eine Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit sei wegen Aggravation und Inkonsistenzen
nicht möglich (S. 53). 4.

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