

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01046 vom 21. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01046

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01046 du 21 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01046 del 21 febbraio 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 verbundene 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

Nach lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen SchlB IVG werden Renten, die bei pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen

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

Die in lit. a Abs. 1 SchlB

IV G vorgesehene Rentenherabsetzung beziehungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar

2008 zugesprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche Rentenzusprache aber bereits in Beachtung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, bleibt kein Raum für ein Rückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmung (BGE 140 V 8 E. 2).

Da der Bestand laufender Renten wesentlich von medizinischen Aspekten abhängt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich – auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten – der Beurteilung durch die Verwaltung und deren regionalen ärztlichen Dienst nicht

anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.2).

E. 1.3

In lit. a Abs.

E. 1.4

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiterentwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichtes 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). 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 beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichtes 8C_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4).

E. 1.5

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (

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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederung sanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin dernder 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).

E. 1.6

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – 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. 1.7

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 erwiesen ermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweisen). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind – gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zu mutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 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).

Ist eine mittelgradige depressive Episode eine „blosse“ Begleiterscheinung (zum Beispiel Urteil des Bundesgerichts 8C_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 3.4; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depression, in: SZS 2015 308 ff., 312) zu einer somatoformen Schmerzstörung oder einem vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.2), beurteilt sich die Frage der invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach der Schmerzsprechungsrechtsprechung (BGE 141 V 281; vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_624/2015 vom 25. Januar 2015 E. 3.2.2 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E.

4.4). Eine leichte depressive Episode stellt nach der Gerichtspraxis keine Komorbidität von hinreichender Erheblichkeit im Sinne der früheren Rechtsprechung zu den unklaren syndromalen Beschwerdebildern dar. Sie ist auch grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.4.1 mit weiteren Hinweisen).

Eine Dysthymie ist nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Findet sich im Psychostatus nur eine Dysthymie, so kann dies rechtsprechungsgemäss wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein betrachtet nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich. Diese Schlussfolgerung, die sich auf medizinische Empirie abstützt und damit eine Rechtsfrage darstellt, ist freilich nicht absolut zu setzen; eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt (Urteile des Bundesgerichts 8C_623/2013 vom 11. März 2014 und 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2, je mit Hinweisen). Diese Grundsätze wurden durch die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nicht relativiert (Urteil des Bundesgerichts 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2 mit Hinweis; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_162/2015 vom 30. September 2015 E. 3.3.3).

E. 1.8

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). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung vom 18. August

2016 (Urk. 2) fest, dass das hiesige Gericht mit Urteil vom 14. Oktober 2013 festgehalten habe, dass die laufende Rente der Beschwerdeführerin gemäss den Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März

2011 zu überprüfen sei. Bei der Prüfung sei die neue Rechtsprechung vom 3. Juni 2015 bereits berücksichtigt worden (S. 1 Mitte). Die Überprüfung der Invalidenrente habe

ergeben, dass die vorliegenden Diagnosen, die zu einer Rentenzusprache geführt hätten, zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare

organische Grundlagen gehören würden (S. 2 oben). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin könne auf das psychiatrische Gutachten abgestellt werden, wonach bei der Beschwerdeführerin eine vorübergehende 20 %ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 2 unten, S. 3 unten). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass weder vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 14. Oktober 2013 noch von der Beschwerdegegnerin bisher beachtet und geprüft worden sei, dass kein Raum mehr für ein Zurückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmungen bestehe, wenn die Rentenzusprache schon in Beachtung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage ergangen sei. Das sei vorliegend der Fall gewesen (S. 4 Ziff. 3). Das psychiatrische Gutachten enthalte zudem im Wesentlichen nur eine andere Würdigung bereits beurteilter Sachverhalte (S. 7 Ziff. 5). Sodann habe die Beschwerdegegnerin nicht berücksichtigt, dass das psychiatrische Gutachten keine genügende beweiswertige Grundlage für die Beurteilung des Verlaufs bis heute darstelle. Es sei nicht schlüssig, leuchte nicht ein und sei auch nicht aktuell (S. 8 ff. Ziff. 6). 3. 3.1

Das hiesige Gericht hat die Beschwerde gegen die mit Verfügung vom 29. Januar 2013 aufgehobene Rente der Versicherten gestützt auf

lit. a SchlB IVG

mit Urteil vom 14. Oktober 2013 (Urk. 7/160) gutgeheissen und festgestellt, dass die Versicherte weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente hat.

Das hiesige Gericht hielt in seinem Urteil fest, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt bei Erlass der Rentenverfügung vom 1. September 2009 unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und damit unter einem pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage gelitten habe. Es sei daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf lit.

lit. a Abs. 1 SchlB IVG die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG geprüft habe (E. 7.1). Das Gericht kam zum Schluss, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage jedoch nicht mit dem massgebenden Beweisgrad überwiegender Wahrscheinlichkeit darzutun vermocht habe, dass zum Zeitpunkt bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. Januar 2013 die Erwerbsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aus objektiver Sicht überwindbar gewesen sei. So habe sie jegliche medizinischen Abklärungen vermissen lassen und die Gründe für eine Leistungsaufhebung nicht rechtsgenügend dargelegt. Demnach habe die Beschwerdeführerin vorderhand weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente (E. 7.2). Der Beschwerdegegnerin bleibe es unbenommen, nach Durchführung ergänzender Sachverhaltsabklärungen innerhalb der massgebenden Frist von drei Jahren gemäss lit. a Abs. 1 SchlB IVG

durchzuführen und erneut die Voraussetzungen nach Art.

E. 4

SchlB IVG

ist vorgesehen, dass die in Absatz 1 geregelte Rentenüberprüfung auf Personen keine Anwendung findet, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr

als 15

Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen. Nach der Botschaft des Bundesrates werden mit einer solchen Besitzstandgarantie die Gesichtspunkte der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes berücksichtigt, weil eine Wiedereingliederung in diesen Fällen faktisch ausgeschlossen sein dürfte (BBl 2010 1912).

E. 4.1

Zu prüfen ist im Folgenden in einem ersten Schritt, ob die Rentenverfügung vom 1. September 2009 (Urk. 7/93-94, Urk. 7/100 = Urk. 7/101) bereits in Beachtung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage ergangen ist. Bei Verneinung dieser Frage wird in einem zweiten Schritt aufgrund der medizinischen Aktenlage zu prüfen sein, ob zum Zeitpunkt bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. August 2016 (Urk. 2) die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG erfüllt waren. Nicht zur Anwendung kommt die Ausnahmebestimmung von lit. a Abs. 4 SchlB IVG, da die 1970 geborene Beschwerdeführerin weder im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt hat noch im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wurde, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung bezog.

E. 4.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der Verfügung vom 1. September 2009 insbesondere auf das polydisziplinäre MEDAS Gutachten vom 24. März 2009 (Urk. 7/81).

Die Gutachter nannten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20 Ziff. 4.1): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit rheumatologischem Korrelat eines Fibromyalgiesyndroms, bestehend seit 2002 - akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1) - Dysthymia (ICD-10 F34.1), bestehend seit 2002 - wahrscheinlich Partialläsion der Supraspinatussehne links, bestehend seit 2006 - chronisch leichtes intrinsisches Asthma bronchiale, bestehend seit 1998, mit/bei - Status nach schwerem Asthmaanfall mit Intubation 1998 - Hausstaubmilbensenibilisierung Die affektiven Verstimmungen würden den Schweregrad einer psychischen Störung nicht erreichen. Sie entsprächen diagnostisch einer Dysthymie, deren Ursache, wie die Schmerzstörung, konversionsneurotischer Natur sei. Beide Diagnosen hätten gemäss Rechtsprechung keine relevante Bedeutung für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, da ihre Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit als willentlich überwindbar gälten (S. 19 unten). Vorliegend habe man es mit einer Chronifizierung beider psychischer Störungen zu tun. Bezogen auf die Schmerzstörung müsse von einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn, „Flucht in die Krankheit“) ausgegangen werden, zudem manifestiert durch eine jahrelange Berentung. Deshalb sei davon auszugehen, dass beide psychischen Störungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevant seien. Dysthymia und chronische Schmerzzustände führten bei der Beschwerdeführerin zu einer Minderung der Aufmerksamkeit, der Wachheit, der Konzentration und des Durchhaltevermögens, welche auf 40 % der erhaltenen Restarbeitsfähigkeit einzustufen sei (S. 20 oben). Auf der somatischen Ebene bestünden aufgrund des Fibromyalgiesyndroms diffuse Weichteildolenzen; die Beweglichkeit der peripheren Gelenke und der Wirbelsäule sei jedoch nicht eingeschränkt. Zudem leide die Beschwerdeführerin an einem chronischen leichtem intrinsischem Asthma bronchiale. Wegen dieser beiden

Diagnosen seien schwere körperliche Arbeiten kontraindiziert, ebenso das Arbeiten in Räumen mit erhöhter Staubexposition oder Dämpfen (S. 27 Ziff. 2.2). Im sozialen Bereich fänden sich keine signifikanten Beeinträchtigungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin habe sich aus Angst vor Konflikten etwas zurückgezogen. Dies hindere sie jedoch nicht, einer geregelten Tätigkeit nachzugehen (S. 27 Ziff. 2.3). Für die frühere Tätigkeit als Sortiererin in der Z. ___ bestehe wegen erhöhter Staubexposition eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 27 Ziff. 3.1). Eine Tätigkeit in staubfreien Räumen sei zu 8 Stunden täglich möglich. Aufgrund des chronifizierten Schmerzsyndroms und der Dysthymie bestehe jedoch eine Leistungsminderung von 40 % (S. 27 Ziff. 3.1, S. 29 Ziff. 5.1-5.2). Diese beiden Leiden seien als psychische Leiden mit Krankheitswert zu interpretieren (S. 28 Ziff. 3.2). Alle Haushaltstätigkeiten seien uneingeschränkt zumutbar (S. 29 Ziff. 5.1).

E. 4.3

Dr. med. A. ___, Fachärztin für Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in ihrer Stellungnahme vom 6. April 2009 (Urk. 7/90/4-5) aus, dass dem polydisziplinären Gutachten folgend von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen sei.

E. 4.4

Die MEDAS-Gutachter kamen zum Schluss, dass sowohl die Dysthymie als auch die Schmerzstörung für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevant seien (vorstehend E. 4.2). Die RAD-Ärztin Dr. A. ___ übernahm die von den Gutachtern festgestellte 60%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (vorstehend E.

4.3). Als nächstes wäre von der Beschwerdegegnerin im Rahmen der Rechtsanwendung zu prüfen gewesen, wie es um die versicherungsrechtliche Erheblichkeit der attestierten Einschränkungen bestellt war, insbesondere wie es sich im Lichte der Foerster-Kriterien (vgl. vorstehend E.

1.4) mit der Schmerzstörung verhielt.

Nichts dergleichen ist aktenkundig, sondern die Beschwerdegegnerin übernahm die - medizinisch begründete - Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die MEDAS-Gutachter und die RAD-Ärztin Dr.

A. ___ ohne jegliche eigenständige Prüfung der Foerster-Kriterien. Somit erfolgte die Rentenverfügung vom 1. September 2009 – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vorstehend E.

2.2) – nicht in Beachtung der relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, weshalb ein Zurückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmungen (vgl. vorstehend E.

1.2) vorliegend möglich ist. 5. 5.1

Im Nachgang zum Urteil des hiesigen Gerichts vom 14. Oktober 2013 war es der Beschwerdegegnerin demnach unbenommen, ergänzende Sachverhaltsabklärungen innerhalb der massgebenden Frist von drei Jahren gemäss lit. a Abs. 1 SchlB IVG durchzuführen und erneut die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG zu prüfen.

Der Rentenverfügung vom 18. August 2016 (Urk. 2) lagen sodann im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte zugrunde. 5.2

Die Beschwerdeführerin wurde vom 21. Mai bis am 3. August 2013 in der B.____, Zentrum für Soziale Psychiatrie, Akut-Tagesklinik, teilstationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 5. August 2013 (Urk. 7/177/9-12) nannten die Ärzte der B.____ die folgenden Diagnosen (S. 1 Mitte): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit rheumatologischem Korrelat einer Fibromyalgie (ICD-10 F45.4) - Asthma bronchiale - Hypothyreose - Status nach Malleolar -Subluxationsfraktur rechts - chronisch rezidivierendes

Zerviko -Vertebral- und Lumbo -Vertebral-Syndrom - Periarthropathiebeschwerden Schultern beidseits 5.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, nannte in seinem Bericht vom 4. März 2014 (Urk. 7/174/5-8) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1) : - somatoforme Schmerzstörung mit rheumatologischem Korrelat einer Fibromyalgie - Flachrücken mit rezidivierendem Cerviko -V ertebral- und Lumbo -V ertebral-Syndrom - Periarthropathie -Beschwerden an den Schultern mit möglichen Par tial-Läsionen der Supraspinatus -Sehne links

Dr. C.____ führte aus, dass er die Beschwerdeführerin seit September 2002 ambulant behandle und alle Diagnosen seit April 2002 bestünden (Ziff. 1.1-1. 2). Nach wie vor liege für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Staubexposition eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vor (Ziff. 1.6). Aus rheumatologischer Sicht könne die Beschwerdeführerin keine konstant sitzende oder stehende Tätigkeiten, keine stereotype Betätigungen in halbgebückter, rotiert er oder reklinierter W irtselsäulen -Position sowie keine beständigen Tätigkeiten mit den Armen über der Horizontalen und kein dauerndes Heben und Tragen von Lasten über 15 kg ausführen. Die letzte bekannte Tätigkeit bei der Z.____ sei aus rheumatologischen Gründen in der oben erwähnten Arbeitsfähigkeit zumutbar, komme aber wegen erhöhter Staub-Exposition eher nicht in Frage . Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei im oben erwähnten Umfang (zirka sechs Stunden pro Tag) seit 2002 möglich (Ziff. 1.7).

5.4

Die Ärzte der B.____, Zentrum für Soziale Psychiatrie, Tages klinik D.____, führten in ihrem Bericht vom 17. April 2014 (Urk. 7/177/1-8) aus, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem 7. August 2013 bei ihnen in teilstationärer Behandlung befinde

(S. 1 unten). Sie nannten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) , erste Diagnosestellung 2012, anamnestisch depressive Symptomatik wahrscheinlich seit zirka 12 Jahren - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) , seit mindestens 2000 - Asthma bronchiale - Status nach Malleolar -Subluxationsfraktur rechts - chronisch rezidivierende s

C erviko - V ertebral- und L umbo - V ertebral-Syndrom - Periarthropathiebeschwerden Schultern beidseits

Bei der Beschwerdeführerin bestehe nach wie vor zusätzlich zur depressiven Symptomatik ein chronifiziertes Schmerzsyndrom, welches sich trotz konservativen Therapien und psychiatrisch-psychotherapeutischen Massnahmen nicht gebessert habe. Angesichts des bisherigen Verlaufs sei mittel- bis lang fristig nicht mit einer Arbeitsfähigkeit auf dem

ersten Arbeitsmarkt zu rechnen (Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei der Z.____ seit dem 7. August 2013 zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1 unten, Ziff. 1.6). Es bestünden sowohl körperliche als auch psychische Einschränkungen mit Schmerzen, erhöhter Ermüdbarkeit, deprimierter Stimmung, vermindertem Antrieb, geringer psychischer Belastbarkeit, Nervosität und Schlafproblemen. In einer angepassten Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit bis 50 % in geschütztem Rahmen denkbar (Ziff. 1.7). 5.5

Dr. med. E.____, F.____, führte in ihrem Bericht vom 30. Mai 2014 (Urk. 7/179) aus, dass sie die Beschwerdeführerin seit Juni 2012 ambulant behandle (Ziff. 1.2), und nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), Erstdiagnose Juni 2012 - akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), Differentialdiagnose kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), Erstdiagnose 2002 - anamnestisch Asthma bronchiale, Erstdiagnose 1998

Aufgrund der Schwere und Komplexität der Erkrankung (unter anderem betreffend Persönlichkeitsstruktur) sowie des bisherigen Krankheitsverlaufs sei kurz- bis mittelfristig keine relevante Verbesserung der Symptomatik zu erwarten. Insgesamt sei von einer schlechten Prognose auszugehen (Ziff. 1.4). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sortiererin bei der Z.____ sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht seit dem 1. Juni

2012 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Dies gelte sowohl auf dem ersten Arbeitsmarkt als auch im geschützten Rahmen (Ziff. 1.6). 5.6

Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten am 20. November 2014 (Urk. 7/195/1-47) gestützt auf die ihr überlassenen Akten (S. 4 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 12 ff.) und auf ihre am 17. November 2014 durchgeführte Untersuchung (S. 2 Mitte).

Die Gutachterin nannte die folgenden Diagnosen (S. 38 unten): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - leichtgradige depressive Episode, Status nach mittelschwerer Episode, in Teilremission (ICD-10 F32.0) - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - anhaltende komplexe psychosoziale Belastungssituation - Probleme mit Bezug auf Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) - Probleme mit Bezug auf den engeren Familienkreis, einschliesslich familiäre Umstände (ICD-10 Z63) - Probleme mit Bezug auf die soziale Umgebung (ICD-10 Z60) - Probleme mit Bezug auf die Wohnbedingungen oder wirtschaftlichen Verhältnisse (ICD-10 Z59)

Aus psychiatrischer Sicht seien ab 2002 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung – 2009 zuletzt polydisziplinär-gutachterlich bestätigt – so wie eine im Verlauf hiermit verbundene Dysthymia festzustellen. Bis März 2013 seien keine etwaigen klinisch relevanten depressiven Episoden abzugrenzen. Ab dem 14. März

2013 beziehungsweise mit Aufnahme einer (bis heute fortgesetzten) psychiatrischen Behandlung in der B.____ (vgl. S. 27 oben) sei eine depressive Episode maximal mittleren Grades dokumentiert. Unter der Behandlung sei es zu einer Besserung des psychischen Zustandsbildes gekommen. Spätestens ab Datum der gutachterlichen Untersuchung, mithin am 17. November 2014, sei eine nur noch leichtgradige depressive Symptomatik beziehungsweise leichtgradige depressive Episode festzustellen (S. 39 oben). Damit sei

zusammenfassend für den Zeitraum vom 14. März

2013 bis 16. November 2014 eine maximal 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu attestieren. Die nur noch leichtgradige depressive Symptomatik sei psychiatrisch-arbeitsmedizinisch nur marginal relevant beziehungsweise könne höchstens eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit begründen. Die Dysthymia als leichtgradige Verstimmungsvariante habe überdauernd keine arbeitsmedizinische Relevanz (S. 39 Mitte).

Auch die bei einer somatoformen Schmerzstörung hinsichtlich ihrer arbeitsmedizinischen Relevanz beziehungsweise Überwindbarkeit zu prüfenden Forester-Kriterien seien nicht erfüllt. Weder liege, mit der (einmaligen) leichtgradigen depressiven Episode, eine erhebliche psychische Komorbidität, noch eine chronische körperliche Begleiterkrankung (mit somatischen Korrelat) vor. Ein sozialer Rückzug in allen Lebenslagen sei nicht überzeugend ausgewiesen, in diesem Sinne, dass es sich bei der Beschwerdeführerin um eine habituelle Fokussierung auf ihre Kernfamilie (Töchter, Mutter) handle, nachdem sie in den ersten Jahren in der Schweiz aus Rücksicht auf die eifersüchtige Empfindlichkeit ihres Ehemannes auf soziale Kontakte verzichtet habe, sich damit nicht sozial eingebettet habe – zumal sie auch die Familie ihres Ehemannes als ihr feindselig gestimmt erlebt habe – und sie nach ihrer Scheidung „froh“ gewesen sei, sich durch Verzicht auf sozialen Umgang „nicht mit den Problemen von anderen belasten zu müssen“. Auch sei angesichts der nicht tiefgehenden therapeutischen Bemühungen hinsichtlich der Schmerzstörung (keinerlei leitliniengerechte interdisziplinäre Schmerztherapie, weder ambulant noch stationär) nicht von einem therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) zu sprechen. Damit erscheine der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht die Überwindung des subjektiven Schmerzerlebens hinsichtlich eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess absolut zumutbar (S. 39 unten, S. 40 oben). Auch rückblickend habe für die Jahre 2002 bis März 2013 aus heutiger gutachterlich-psychiatrischer Sicht keinerlei Beeinträchtigung der Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Schon 2002 bis

2013 seien die Forester-Kriterien nicht erfüllt gewesen. Eine depressive Episode habe in diesem Zeitraum nicht vorgelegen (S. 40 oben).

Die Beschwerdeführerin sei durch ihre psychische Störung gesamthaft gegenwärtig noch leichtgradig eingeschränkt (S. 40 Mitte). Die Prognose sei aufgrund der guten Intelligenz, guten Reflektionsfähigkeit, Persönlichkeitsdifferenzierung, Verbindlichkeit und des sozialen (Selbst-)Verantwortungsgefühls der Beschwerdeführerin an sich gut. Prognostisch negativ sei die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin dazu tendiere, sich aufgrund ihres Schmerzerlebens als für jegliche Arbeit ungeeignet einzuschätzen (S. 40 unten).

Die Gutachterin setzte sich kritisch mit den ihr überlassenen Akten und im Detail mit den Berichten der Ärzte der

B.____ vom 5. August 2013 und vom 17. April 2014 sowie mit dem Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. E.____ vom 30. Mai 2014 auseinander (S. 42 f.). So kam sie zum Schluss, dass die im Austrittsbericht der Akut-Tagesklinik der

B.____ vom 5. August 2013 (vgl. vorstehend E. 5.2) gestellten Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit rheumatologischem Korrelat einer Fibromyalgie mit ihren

diagnostischen Schlussfolgerungen konkordant seien. Denn im Beobachtungszeitraum bis heute habe sich das depressive Zustandsbild nun aufgehellt, wobei heute eine leichtgradige Symptomatik vorliege. Zur arbeitsmedizinischen Sachlage beziehungsweise Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin werde keine Stellung genommen (S. 42 oben). Im Bericht der Tagesklinik D.____ der B.____

vom 17. April 2014 (vgl. vorstehend E. 5.4) werde die mittelgradige depressive Episode dann neu im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung platziert, ohne dass dem Bericht diesbezüglich zu entnehmen sei, für welchen Zeitraum allfällige frühere depressive Phasen abgegrenzt würden. Die Diagnose einer anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung werde auch von der Tagesklinik gestellt, allerdings unter Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit subsumiert, ohne dass hier eine Prüfung der Forester-Kriterien beziehungsweise der arbeitsmedizinischen Relevanz dieses pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilds ohne nachweisbare organische Grundlage vorgenommen worden sei. Die Verbindung der mittelgradigen depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit werde nicht begründet (S. 42 Mitte).

Das Gleiche gelte für den Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. E.____ vom 30. Mai 2014 (vgl. vorstehend E. 5.5), die ebenso eine rezidivierende depressive Störung festhalte. Dass hierbei ein mittelgradiges depressives Zustandsbild vorgelegen habe, werde nicht bewiesen. Anamnestisch – und in Einklang mit der Vorbeurteilung im MEDAS - Gutachten von 2009 – sei viel mehr von dysthymen Verstimmungsvarianten auszugehen (S. 42 unten). Weiter werde von Dr. E.____ eine Persönlichkeitsproblematik in Betracht gezogen, welche jedoch heute aus gutachterlicher Sicht zu verneinen sei. Auch wenn die Beschwerdeführerin in ihrer Hartnäckigkeit, ihre Liebe für ihren Ex-Mann trotz mehrheitlich frustrierenden Erlebnissen und Zerrüttung der Ehe zu beteuern, nicht ganz nachvollziehbar erscheine, genüge es nicht, um eine etwaige Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren, und auch hinsichtlich ihrer durch die biographischen (vor allem Kindheits-)Erlebnisse verinnerlichten Selbstunsicherheiten würden noch keineswegs die ICD-10 - Kriterien einer Persönlichkeitsstörung

erfüllt werden. Der Lebensentwurf der Beschwerdeführerin sei bis anhin an belastenden Lebensumständen und nicht an etwaigen krankhaft gestörtem Persönlichkeitsinventar gescheitert. In den (intensiven) stationären und teilstationären Beobachtungszeiträumen 2013 bis 2014 sei auch nie auch nur eine Vermutung einer Persönlichkeitsproblematik (weder Persönlichkeitsstörung noch Persönlichkeitsakzentuierung) geäußert worden (S. 43 oben, vgl. S. 37 f.).

5.7

Dr. med. H.____, Facharzt für Anästhesiologie, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 26. November 2014 (Urk. 7/201/4-5) aus, dass das psychiatrische Gutachten vom 20. November 2014 umfassend sei, auf allseitigen Untersuchungen beruhe, die geklagten Beschwerden und die Vorakten berücksichtige, die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend

sei und die medizinischen Schlussfolgerungen begründet seien. In der angestammten Tätigkeit als auch für angepasste Tätigkeiten habe vom 14. März

2013 bis 16. November

2014 aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 50 % vorgelegen. Seither bestehe noch eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. 5.8

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. E.____, F.____, nannten in ihrem Bericht vom 27. Oktober 2015 (Urk. 7/217) die folgenden Diagnosen: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), Erstdiagnose Juni 2012 - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit infantilen, ängstlich-vermeiden den, dependenten und aggressionsgehemmten Anteilen (ICD-10 Z73.1), Erstdiagnose 2014 - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), Erstdiagnose 2002 - Asthma bronchiale, Erstdiagnose 1998 - Hypothyreose unklarer Ätiologie, Erstdiagnose unbekannt

Seit Sommer 2013 bestehe aus psychiatrischer Sicht bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in angestammter (als Sortiererin bei der Z.____) als auch in angestammter Tätigkeit. Aufgrund eines

chronifizierten und die Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin betreffenden Krankheitsgeschehens sei in absehbarer Zeit nicht von einer relevanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen.

5.9

Die Beschwerdeführerin wurde vom 22. Dezember 2015 bis 5. Januar 2016 stationär im J.____ behandelt. Im Austrittsbericht vom 5. Januar 2016 (Urk. 7/218) wurde eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom

Borderline -Typ (ICD-10 F60.31) diagnostiziert. 5.10

Dr. E.____, F.____, nannte in ihrem Bericht vom 9. März 2016 (Urk. 7/226 = Urk. 3/5) die folgenden Diagnosen (S. 1 Mitte): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), Erstdiagnose Juni 2012 - Hamilton-Depressions-Skala vom 7. März 2016: 23 Punkte - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit selbstunsicheren, zwanghaften, paranoiden und emotional-instabilen Anteilen (ICD-10 Z73.1), Erstdiagnose 2014 - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), Erstdiagnose 2002 - Asthma bronchiale, Erstdiagnose 1998 - Hypothyreose unklarer Ätiologie, Erstdiagnose unbekannt

Unter der intensiven Behandlung sei es zwischenzeitlich zu einer Regredienz der depressiven Symptomatik von mittelgradig auf leichtgradig gekommen. Im weiteren Verlauf sei es zu einer erneuten Verschlechterung der depressiven Symptomatik gekommen, welche eine stationäre Krisenintervention im

J.____ vom 22. Dezember 2015 bis 5. Januar 2016 notwendig gemacht habe (S. 2 oben).

Als entscheidend ungünstigen Faktor für eine dauerhafte affektive Stabilisierung sei das schlechte Ansprechen der Beschwerdeführerin auf psychotherapeutische Interventionen zu nennen. Die Beschwerdeführerin sei zwar durchaus intelligent, allerdings habe sich im Verlauf der Therapie gezeigt, dass ihre Introspektions- und Selbstreflexionsfähigkeit deutlich eingeschränkt seien und die Kränkbarkeit erhöht sei, so dass die Beschwerdeführerin im Rahmen von Konfliktsituationen mit (unreifen) Abwehrmechanismen wie beispielsweise starker Externalisierung reagiere. Auch während der Behandlung seien klar akzentuierte Persönlichkeitsanteile mit selbstunsicheren, zwanghaften, paranoiden und emotional-instabilen Anteilen zu Tage getreten. Die

Beschwerdeführerin sei bis anhin nicht in der Lage gewesen, ihre Denk- und Verhaltensmuster zu reflektieren, was eine therapeutische Bearbeitung im engeren Sinne verunmöglicht habe. Eine im Verlauf der Behandlung progrediente Adipositas sei als Folge einer dysfunktionalen Emotionsregulation über über mässige Nahrungsaufnahme zu interpretieren (S. 2 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit Sommer 2013 und bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in angestammter (als Sortiererin bei der Z.____) als auch in angepasster Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Aufgrund eines chronifizierten und die Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin betreffenden Krankheitsgeschehens sei in absehbarer Zeit nicht von einer relevanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 3 unten). 5.11

Dr. G.____

nahm in ihrem Bericht vom 22. März

2016 (Urk. 7/222) Stellung zu den beiden von der Beschwerdeführerin eingereichten Arztberichten (vgl. vorstehend E. 5.8-5.9).

Konkret würden im Arztbericht von Dr. E.____ der

F.____ vom 27. Oktober 2015 (vorstehend E. 5.8) eine gegenwärtig mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung, akzentuierte Persönlichkeitszüge und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit einer 100%iger Arbeitsunfähigkeit verbunden. Zum Zeitpunkt ihrer gutachterlichen Untersuchung im November 2014 habe nur eine leichtgradige depressive Symptomatik vorgelegen. Hinweise auf einen rezidivierenden Charakter der Störungen hätten nicht vorgelegen. Möglicherweise habe sich die Beschwerdeführerin im Oktober 2015 unter den psychosozialen Belastungen zwischenzeitlich mit mittelgradigen depressiven Symptomen präsentiert. Ein Psychostatus oder eine Psychometrie, die dies belegen würde, fehle aber im Bericht der F.____. Es erscheine auch ansonsten kaum nachvollziehbar, dass eine relativ milde (mittelgradige) depressive Episode, bei ansonsten nicht nachweisbar relevanten Nebendiagnosen (akzentuierte Persönlichkeitszüge, somatoforme Schmerzstörung), so drastisch mit anhaltend 100%iger Arbeitsunfähigkeit verbunden werde. Der Bericht sei auch sehr summarisch, die arbeitsmedizinische Einschätzung werde nicht fundiert begründet (S. 1 unten, S. 2 oben).

Auch beim Austrittsbericht des

J.____ vom 5. Januar 2016 (vorstehend E. 5.9), worin auf einen Kurzaufenthalt über die Festtage vom 22. Dezember 2015 bis 5. Januar 2016 zur Krisenintervention Bezug genommen werde, handle es sich um einen sehr summarischen Bericht, worin nun, und diesmal als einzige Diagnose, eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ festgehalten werde. Die Diagnose werde aber nicht begründet, insbesondere nicht an den ICD-10-Kriterien geprüft. Eine depressive Störung werde von den Behandlern nicht (mehr) festgestellt (S. 2 oben). In ihrem Gutachten werde sehr ausführlich auf die diagnostische Differenzierung eingegangen und auch genügend dargelegt, dass die ICD-10-Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt seien.

Nach Durchsicht der Berichte sei ersichtlich, dass keine begründeten neuen medizinischen Fakten vorlägen, die Anlass geben könnten, ihre gutachterliche Beurteilung vom 20. November 2014 (vorstehend E. 5.6) zu revidieren (S. 1 Mitte). 5.12

RAD-Arzt Dr. H.____ führte in seiner Stellungnahme vom 30. Mai

2016 (Urk. 7/228/3-4) aus, dass im Bericht von Dr. E.____ des F.____ vom 9. März 2016 (vorstehend E. 5.10) die gleichen Diagnosen wie in ihrem Bericht vom 27. Oktober 2015 (vorstehend E. 5.8) wieder aufgenommen worden seien. Neue Befunde seien nicht präsentiert worden. Die psychiatrische Gutachterin

Dr. G.____ habe am 22. März 2016 (vorstehend E. 5.11) plausibel ausgeführt , weshalb sich aus den nachgereichten Berichten keine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergebe. Deshalb bestehe kein Anlass von seiner Stellungnahme vom 26. November 2014 (vorstehend E. 5.7) abzuweichen, als eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 80 % festgehalten worden sei. 5.13

Aus dem Operationsbericht des K.____ vom 16. Juni

2016 (Urk. 3/6) geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin am 15. Juni

2016 eine Knie-Arthroskopie links mit medialer Teilmenishektomie durchgeführt wurde. Anfang April 2016 seien spontan mediale Kniebeschwerden links aufgetreten. Bei anhaltenden Beschwerden habe sich klinisch und MR-tomographisch eine mediale Meniskushinterhornläsion gezeigt, weshalb die Indikation für eine arthroskopische Teilmenishektomie gestellt worden sei (S. 1 Mitte). 6. 6.1

Die psychiatrische Gutachterin Dr. G.____ ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, so dass sie zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin grundsätzlich befähigt ist. Das psychiatrische Gutachten (vorstehend E. 5. 6) erscheint denn auch für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigte die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin. Zudem wurde es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet. Damit erfüllt das psychiatrische Gutachten die praxis gemässen Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehend E. 1.

E. 7

ATSG zu prüfen (E. 7.2).

3.2

In Nachachtung dieses Urteils verfügte die Beschwerdegegnerin am 12. Februar 2014 die Weiterausrichtung der halben Rente an die Versicherte (Urk. 7/170). Danach führte sie ergänzende Sachverhaltsabklärungen durch. 4.

E. 8

.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen 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.

E. 9

00.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zuzufolge

Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Kaspar Gehring, Zürich, wird mit Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 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 Peter-Schwarzenberger

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