

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00446 vom 7. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00446

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00446 du 7 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00446 del 7 maggio 2018

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).

E. 1.2

Nach lit . a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6.

IV Revision, erstes Massnahmenpaket; kurz: lit . a Abs. 1 SchlB IVG 6.

IV Revision) 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

6. IV-Revision vorgesehene Rentenherabsetzung beziehungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugeprochene 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).

Laufende Renten sind vom Anwendungsbereich von lit . a Abs. 1 SchlB zur 6.

IV-Revision nur ausgenommen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden, das heisst auf einer nachweisbaren objektivierbaren Grundlage beruhen. Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6.

IV-Revision auf erstere Anwendung finden (BGE

140 V 197 E. 6.2, in Präzisierung u.a. von BGE 139 V 547 E. 10.1.1; vgl.

Urteil des Bundesgerichts 8C_738/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.2.1 mit Hinweis). Demnach ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die „erklärbaren“ Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen – auseinander gehalten werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist. Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision – um eine solche handelt es sich auch hier – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4.2 mit Hinweisen).

Ist ein „Mischsachverhalt“ gegeben, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Renten zusprennung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachterliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklär baren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmt sich die (zu einer integralen Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgendem Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprennung und/oder -überprüfung) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere („nichtsindromale“) Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsun fähigkeit nicht mitverursacht, das heisst letztlich nicht selbständig zur Begrün dung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. Sep tember 2014 E. 2.6 mit Hinweisen).

Da der Bestand laufender Renten wesentlich von medizinischen Aspekten abhängt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforde rungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Frage stellung 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 Begut achtung als unumgänglich erweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.2).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Renten bezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tat sächlichen 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 revidier bar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner

Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E).

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).
1. 4

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.

E. 2

Die Versicherte erhob am 26. April 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. März 2017 (Urk.

2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass sie weiterhin Anspruch auf mindestens eine Viertelsrente habe. Eventuell sei die Sache zur Prüfung, ob ihr aufgrund ihrer Depression eine halbe Rente zustehe, an die IV-Stelle zurückzuweisen, subeventuell sei ein neues psychiatrisches Gutachten einzuholen (Urk.

1 S.

2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2017 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, dass die Diagnosen, welche zur Rentenzusprache geführt hätten, zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage gehörten. Gemäss dem Y.____-Gutachten vom November 2014 könne die bisherige Beurteilung einer rheumatologisch begründeten Arbeitsunfähigkeit aus heutiger Sicht nicht nachvollzogen werden. Aus neurologischer Sicht habe nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Dasselbe gelte für den Fachbereich Innere Medizin. Dem psychiatrischen Gutachten könne nicht ohne Weiteres gefolgt werden, da es einige Widersprüche enthalte. Die geltend gemachten Einschränkungen hätten aus rechtlicher Sicht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 ff.).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 5) hielt die Beschwerdegegnerin ergänzend fest, dass im vorliegenden Fall auch ein Revisionsgrund ausgewiesen sei, hätten doch die Gutachter eine leichte Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin attestiert. Zudem habe sich die Wohnsituation der Beschwerdeführerin in der Zwischenzeit erheblich

verändert, was einem Revisionsgrund entsprechen (S. 1 unten).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, dass die Rentenzusprache nicht ausschliesslich aufgrund der Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage erfolgt sei, weshalb gar keine Überprüfung der Rente hätte eingeleitet werden dürfen (S. 6 Rz 11).

3.

E. 3

. Juni 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7). Mit Replik vom 8. August 2017 (Urk. 8) hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Mit Eingabe vom 15. August 2017 (Urk. 10) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik, was der Beschwerdeführerin am 1

E. 3.1

Der erstmaligen Rentenzusprache mit Verfügungen vom 5. September 2002 (Urk. 6/64) und vom 20. September 2002 (Urk. 6/68/1-3 = Urk. 6/70 = Urk. 6/71/1-3 ; Urk. 6/69 = Urk. 6/71/5-7) lag im Wesentlichen das polydisziplinäre Gutachten der Ärzte der Medizinischen Abklärungsstelle Z.____ (MEDAS) vom 24. August 2001 (Urk. 6/32/1-15) zugrunde (vgl.

Feststellungsblatt vom 12. September 2001, Urk. 6/22/1; Feststellungsblatt vom 21. Mai 2002, Urk. 6/57/1).

E. 3.2

Die Ärzte der MEDAS erstatteten das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten am 24. August 2001 (Urk. 6/32/1-15) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13 Ziff. 4.1): - chronische Armbeschwerden rechts mehr als links - Status nach Epikondylitis - radialis - Operation links April 1999 - nach Karpaltunnelsyndrom-Operation rechts November 1999 - elektroneurographische Besserung der Befunde rechts - mässiggradiges Karpaltunnelsyndrom links - diskrete Hinweise auf Musculus - pronator - teres - Syndrom rechts - diskrete Hinweise für fragliche subklinische Polyneuropathie - leichte Haltungsstörung der oberen Wirbelsäule mit rechtskonvexer Skoliose - Zervikalsyndrom, Osteochondrose und Spondylose C5/C6 leichten Grades - Ketten tendinosen an den Armen rechts mehr als links - leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht eine Tätigkeit als Putzfrau wohl nicht mehr möglich sei. Eine leichte Tätigkeit mit nur geringer Belastung der Handgelenke und Finger sei hingegen zu 50 % denkbar. Aus neurologischer

Sicht

sei der Beschwerdeführerin eine strenge manuelle Arbeit wie jene der

Späterin nicht mehr möglich. Eine

leichte bis mittelschwere manuelle Arbeit scheinbar ganz tags zumutbar. Sehr feine Arbeiten mit der linken Hand könnten jedoch durch das Karpaltunnelsyndrom beeinträchtigt sein. In psychiatrischer Hinsicht sei die Beschwerdeführerin schliesslich zu 40-45 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (S. 12 f. Ziff. 3).

Die bis anhin ausgeübte Tätigkeit als Spetterin sei der Beschwerdeführerin somit insgesamt nicht mehr zumutbar (Arbeitsfähigkeit 0 %). Limitierend seien rheumatische und neurologische Befunde, wesentlich weniger die psychiatrischen Befunde (S. 14 Ziff. 5.1). In einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit mit geringer Belastung der Handgelenke und Finger, ohne repetitives Kraftfordern der Hände und einer maximalen Belastung von 2-3 kg, bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Limitierend seien die rheumatologischen Befunde, weniger die psychiatrischen. In sehr feinen manuellen Tätigkeiten könne aus neurologischer Sicht eine Einschränkung in geringem Masse durch das Karpaltunnelsyndrom links entstehen (S. 14 Ziff. 5.2).

E. 3.3

Am 7. Januar 2002 fand eine Haushaltabklärung vor Ort statt, worüber am 9. Januar 2002 berichtet wurde (Urk. 6/42). Die Abklärungsperson führte aus, dass die Beschwerdeführerin mit ihren drei Kindern (Jahrgänge 1982, 1985 und 1987) und ihrem Ehemann zusammenlebe (S. 3 Ziff. 4). Die Beschwerdeführerin würde nach eigenen Angaben bei guter Gesundheit aus finanziellen Gründen im gleichen Ausmass wie vor ihrem Gesundheitsschaden weiterarbeiten. Das heisst sie würde weiterhin bei der kantonalen Verwaltung im Rahmen von 60 % als Spetterin und zirka 3 Stunden in einem Privathaushalt als Putzfrau arbeiten. Somit qualifiziere sich die Beschwerdeführerin als zu 81 % Erwerbstätige

(S. 3 Ziff. 2.5, vgl. S. 2 Ziff. 2.2). In der Folge qualifizierte die Abklärungsperson die Beschwerdeführerin als zu 81 % Erwerbstätige und zu 19 % im Haushalt Tätige (S. 7 Ziff. 8).

Die Abklärungsperson ermittelte zudem eine Einschränkung von 22.1 % im Haushaltsbereich (S. 4 ff. Ziff. 6).

E. 3.4

Die Beschwerdegegnerin begründete die Zusprache einer ganzen Rente vom 1. Dezember 1999 bis 30. November 2001 beziehungsweise einer Viertelsrente ab dem 1. Dezember 2001 damit,

dass die Beschwerdeführerin seit Dezember 1998 in ihrer Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Nach Ablauf der Wartezeit sei sie zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, weshalb sie Anspruch auf eine ganze Rente habe. Ab August 2001 sei der Beschwerdeführerin die Ausübung einer angepassten Tätigkeit wieder zu 50 % zumutbar. Dabei ermittelte die Beschwerdegegnerin einen Teilinvaliditätsgrad von 36 % im Erwerbsbereich und 4 % im Haushaltsbereich, was einen Invaliditätsgrad von gesamthaft 40 % ergab, weshalb die Rente unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) per Dezember 2001 auf eine Viertelsrente herabgesetzt wurde (Urk. 6/64 S. 3 f.).

E. 3.5

Der Rentenbestätigung vom 10. Oktober 2005 (Urk. 6/94) lag der Bericht von Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Nephrologie und Hausarzt der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 3 Rz 6), vom 6. September 2005 (Urk. 6/92/3-4) zugrunde (vgl. Feststellungsblatt vom 10. Oktober 2005, Urk. 6/93).

Dr. A.____ führte aus, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stationär sei (Ziff. 1). Er nannte folgende Diagnosen (Ziff. 2): - wechselnde depressive Episoden - chronisch rezidivierendes Schulter-Armsyndrom beidseits - Status nach Denervation am 20. April 1999 wegen Epicondylitis

humeri

radialis links - Status nach Spalten des Retinaculum

flexorum und Epineurolyse des Nervus

medianus sowie ausgedehnte Beugesehnensynovektomie rechts am 16. November 1999 wegen eines Karpaltunnelsyndroms und einer Beugesehnensynovitis rechts - leichtes Karpaltunnelsyndrom links

E. 3.6

Der Rentenbestätigung vom 13. Februar 2009 (Urk. 6/109) lag der Bericht von Dr. A.____

vom 24. November 2008 (Urk. 6/106/7-9) sowie sein Schreiben vom 9. Februar 2009 (Urk. 6/107/2) zugrunde (vgl. Feststellungsblatt vom 16. Februar 2009, Urk. 6/108).

Dr. A.____ nannte im November 2008 (Urk. 6/106/7-9) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - wechselnde depressive Episoden - chronisches Schulter-Armsyndrom beidseits - Karpaltunnelsyndrom links - Verdacht auf Rezidiv eines Karpaltunnelsyndroms rechts bei Status nach Karpaltunnelsyndrom-Operation rechts 1999 - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links

Vom 21. Dezember 1998 bis zum 31. Oktober 2007 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestanden. Seit dem 1. November 2007 bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.6). Aufgrund der psychischen wie auch körperlichen Beeinträchtigungen könne die Beschwerdeführerin lediglich noch einer körperlich leichten, psychisch nicht belastenden Arbeit halbtags nachgehen (Ziff. 1.7).

Im Februar 2009 legte Dr. A.____ dar, dass die Beschwerdeführerin momentan nicht in orthopädischer, rheumatologischer oder psychiatrischer Behandlung stehe (Urk. 6/107/2).

E. 3.7

Der Rentenbestätigung vom 19. April 2013 (Urk. 6/119) lag schliesslich der Bericht von Dr. A.____ vom 28. März 2013 (Urk. 6/116/3) zugrunde (vgl. Feststellungsblatt vom 19. April 2013, Urk. 6/118). Dr. A.____ legte dar, dass der Beschwerdeführerin keine Arbeitstätigkeit mehr zumutbar sei (Ziff. 5.5). 4. 4.1

Dr. A.____ nannte in seinem Bericht vom 20. März 2014 (Urk. 6/124/6-9) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - anhaltende depressive Episode - chronische Cervicobrachialgie beidseits - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Karpaltunnelsyndrom links - Verdacht auf Rezidiv eines Karpaltunnelsyndroms rechts bei Status nach Karpaltunnelsyndrom-Operation rechts 1999

Die Beschwerdeführerin sei bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig, sie könne keiner Arbeitstätigkeit nachgehen (Ziff. 1.7). 4.2

Die Ärzte des Y.____ erstatteten das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten am 18. November 2014 (Urk. 6/134/1-24)

gestützt auf die ihnen überlassenen Akten (S. 4 ff. lit . C), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 12 ff .

lit . D; vgl. Urk. 6/134/25-31 S. 2 f. Ziff. 2.1; Urk. 6/134/32-39 S. 2 Ziff. 2 ;
Urk. 6/134/40-45 S. 1 f. Ziff. 2.1; Urk. 6/134/46-54 S. 2 f. Ziff. 2.1)

und die durchgeführten neurologischen (S. 12 f. lit . D Ziff. 1; vgl. Urk. 6/134/25-31 S. 4 Ziff. 3), rheumatologischen (S. 13 f. lit . D

Ziff. 2 ; vgl.

Urk. 6/134/32-39 S. 4 f. Ziff. 3) ,

psychiatrischen (S. 14 f. lit .

D

Ziff. 3; vgl.

Urk. 6/134/46-54 S. 5 f. Ziff. 3)

und internistischen (S. 15 lit . D

Ziff. 4 ; vgl.

Urk. 6/134/40-45 S. 3 f. Ziff. 3) Untersuchungen.

Die Gutachter nannten eine mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.1) als

Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 lit . F

Ziff. 1). Zudem nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 lit . F

Ziff. 2): - generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom (Differentialdiagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung, myofasziales Schmerzsyndrom infolge muskulärer Dysbalance) - Status nach operiertem Karpaltunnelsyndrom rechts November 1999 - chronifiziertes

lumbospondylogenes und cervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei rechtskonvexer Torsionsskoliose, Fazettenarthrosen L4 bis S1 bilateral, bisegmentaler

Diskopathie C5/6 und C6/7 und Fazettenarthrosen C5-Th1 - Epicondylopathia

humeri

radialis links, chirurgische Denervation 20. April 1999 - arterielle Hypertonie - Varikosis beider Beine - Adipositas - akzentuierte Persönlichkeit mit vor allem abhängigen und ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0)

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass sich in neurologischer Hinsicht die im Rahmen der ersten MEDAS -Begutachtung im August 2001 (vgl. vorstehend

E. 3.2) festgestellten Vermutungsdiagnosen nicht bestätigen lassen würden, insbesondere habe dadurch nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Der

Beschwerdeführerin sei deshalb die angestammte als auch eine Verweistätigkeit zu 100 % zumutbar. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Leistungseinbusse von maximal 15 %, weshalb die aktuelle Arbeitsfähigkeit im angestammten Bereich 85 % betrage. Diese Leistungseinbusse sei durch ein der Beschwerdeführerin zumutbares Belastungstraining innert drei Monaten korrigierbar, wonach eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erwartet werden könne. In interner Hinsicht bestünden keine Hinweise für eine Pathologie. In psychiatrischer Hinsicht liege schliesslich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % vor. Zusammenfassend ergebe die polydisziplinäre Beurteilung somit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen als auch in einer Verweistätigkeit (S. 17 f. lit. G).

Im MEDAS -Gutachten von 2001 sei aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40-45 % angegeben worden, wobei eine leichte bis mittelgradige depressive Episode als Ursache genannt worden sei. Unter Berücksichtigung der heutigen Diagnosen sei davon auszugehen, dass sich seit der letzten Begutachtung eine allerdings nur leichte Verschlechterung der Situation ergeben habe, sodass dauerhaft mit einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus psychiatrischer Sicht gerechnet werden müsse. Die 50 % ige Arbeitsfähigkeit gelte somit seit 2001. Die bisherige Beurteilung einer rheumatologisch begründeten Arbeitsunfähigkeit könne aus aktueller rheumatologischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Die funktionelle Kapazität sei uneingeschränkt. Von der neurologischen Warte her habe aus Sicht des aktuellen neurologischen Gutachters nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit bestanden. Dasselbe gelte für den Fachbereich Innere Medizin (S. 19 lit. G).

4.3

Med. pract. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), nahm am 21. November 2014 zum psychiatrischen Y.____ -Teilgutachten (vgl. Urk. 6/134/46-54) Stellung (Urk. 6/143/7-8) und führte aus, dass dem psychiatrischen Teilgutachten wegen diverser Widersprüche nicht ohne Weiteres gefolgt werden könne. 4.4

Med. pract. C.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, legte in ihrer Stellungnahme vom 2. Dezember 2014 (Urk. 6/143/9-10) dar, dass sich zusammenfassend im MEDAS - Gutachten vom August 2001 (vgl. vorstehend E. 3.2) keine Anhaltspunkte für wesentliche organische Schäden an der Halswirbelsäule (HWS) und den Armen fänden. Weder der Rheumatologe noch der Neurologe würden einen Zusammenhang zwischen den Osteochondrosen und den geklagten Beschwerden beschreiben. Beide berichteten übereinstimmend, dass der Hauptbefund im Bereich der Hände und Unterarme gelegen habe. Einen manifesten Nervenschaden an den Armen oder Händen habe er ebenfalls nicht gefunden. Die gefundenen Messwerte interpretiere er als nicht sicher pathologisch. Zudem seien diskrete Degenerationen der Halswirbelsäule (HWS) im Alter von 41 Jahren keine Seltenheit. Aus medizinischer Sicht bestehe wahrscheinlich kein Zusammenhang zwischen den degenerativen Veränderungen der HWS und den damals im Vordergrund der körperlichen Beschwerden stehenden Schmerzen der Unterarme und Hände. 5. 5.1

Im Rahmen der Vernehmlassung machte die Beschwerdegegnerin geltend, dass auch ein Revisionsgrund ausgewiesen sei (vgl. vorstehend E. 2.1). Nachfolgend ist deshalb vorab zu prüfen, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt (vgl. vorstehend E. 1. 3).

Ob eine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung eingetreten ist, ergibt sich aus dem Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Rentenzusprache mit Verfügungen vom 5. September 2002 (Urk. 6/64) und vom 20. September 2002 (Urk. 6/68/1-3 = Urk. 6/70 = Urk. 6/71/1-3 ; Urk. 6/69 = Urk. 6/71/5-7) bestand – da im Rahmen der Rentenbestätigungen im Oktober 2005 (Urk. 6/94), im Februar 2009 (Urk. 6/109) und im April 2013 (Urk. 6/119) nur eine rudimentäre Prüfung erfolgte –

mit demjenigen, welcher der hier angefochtenen Verfügung vom 15. März 2017 (Urk. 2) zugrunde lag. 5.2

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenan spruch zu beeinflussen (vgl. vorstehend E. 1. 3). Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person, wozu etwa der Gesundheitszustand und der invalidenversicherungs rechtliche Status (vollerwerb stätig, nichterwerb stätig oder teilerwerb stätig mit oder ohne Aufgabenbereich im Gesundheitsfall) gehören (Urteil des Bundesgerichts 9C_410/2015 vom 13. November 2015 E. 2 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin wurde sowohl bei der ursprünglichen Rentenzusprache im September 2002 (vorstehend E. 3.3, vgl. E. 3.4) als auch bei den Rentenbestäti gungen im Oktober 2005 , im Februar 2009 und im April 2013 (vorstehend E. 3.5-3.7) als zu 81 % Erwerb stätige und zu 19 % im Haushalt Tätige, mithin als Teilerwerb stätige , qualifiziert .

Bei der erstmaligen Qualifikation im Rahmen der Rentenzusprache lebte die Beschwerdeführerin mit ihren drei Kindern und ihrem Ehemann zusammen . Aufgrund der Tatsache, dass sie anlässlich der Haushaltabklärung im Januar 2002 in nachvollziehbarer Weise angab, bei guter Gesundheit im gleichen Pen sum wie vor ihrem Gesundheitsschaden weiterzuarbeiten, wurde sie als zu 81 % Erwerb stätige qualifiziert (vorstehend E. 3.3). Mittlerweile hat sich die Wohn situation der Beschwerdeführerin verändert. So führte die Beschwerdeführerin anlässlich der Y.____-Begutachtung aus, sich im Jahr 2006 von ihrem Ehemann getrennt zu haben. Ihre drei Kinder seien verheiratet und hätten einen eigenen Haushalt (vgl. Urk. 6/134/25-31 S. 3 Ziff. 2.5; Urk. 6/134/40-45 S. 3 Ziff. 2.5). Dies wird von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten. So führte sie beschwerdeweise aus, trotz der Trennung von ihrem Ehemann aufgrund ihrer schlechten finanziellen Verhältnisse immer noch mit ihm in der gleichen Wohnung zusammenzuleben (Urk. 1 S. 5 Rz 8; vgl.

Urk. 8 S. 2 Mitte). Aufgrund der veränderten Wohnsituation und insbesondere aufgrund des Umstandes, dass die Kinder der Beschwerdeführerin mittlerweile erwachsen sind, ist mit über wiegender Wahrscheinlich keit davon auszugehen, dass sie bei guter Gesundheit einer 100%igen Erwerb stätigkeit nachgehen würde. Dies insbesondere aufgrund ihrer schlechten finanziellen Situation. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass sich die Beschwerde führerin bereits anlässlich der Haushaltabklärung im Januar 2002 dahingehend äusserte, dass sie ab August 2003, mithin ab Lehrbe ginn der jüngsten Tochter, einer 100%igen ausserhäu slichen Tätigkeit nachge hen würde, da die Kinder ab diesem Zeitpunkt selbständig seien und sie nicht mehr brauchen würden (Urk. 6/42 S. 3 Ziff. 2.5). Die Beschwerdegegnerin änderte die Qualifikation der Beschwerdeführerin seit der erstmaligen Rentenzu sprache jedoch nicht mehr.

Es kann festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin zum Verfügungs zeitpunkt aufgrund der veränderten Wohnsituation bei guter Gesundheit in einem 100%-Pensum tätig

gewesen wäre, weshalb sie neu als Vollerwerbstätige zu qualifizieren ist. Somit ist ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG zu bejahen, weshalb eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs vorzunehmen ist, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3). 5.3

Das polydisziplinäre Y.____ - Gutachten vom November 2014 (vorstehend E. 4.2) umfasst die Fachrichtungen Neurologie, Rheumatologie, Psychiatrie und Innere Medizin. Die Gutachter verfügen über den entsprechenden Facharztstitel (vgl.

Urk. 6/134/1-24 S. 24) und waren somit in ihren Fachgebieten zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin befähigt.

Das Y.____ -Gutachten erscheint denn auch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin. Zudem wurde es in Kenntnis der Vorak ten (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 Y.____ -Gutachten die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vorstehend E. 1. 4), so dass für die Entscheidungsfindung grundsätzlich darauf abzustellen ist. 5.4

Die Gutachter begründeten die aus neurologischer Sicht bestehende volle Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 4.2) in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise damit, dass sich zum Begutachtungszeitpunkt weder zentrale noch periphere neurologische Ausfälle hätten objektivieren lassen (Urk. 6/134/1-24 S. 17 lit . G , vgl. S. 12 f. lit . D

Ziff. 1). Zudem legten die Gutachter dar, dass die funktionelle Kapazität der Beschwerdeführerin uneingeschränkt sei, keine Anhaltspunkte für eine systemische, unphysiologisch fortgeschrittene degenerative oder entzündliche Störung des Bewegungsapparates bestünden und die Beschwerden mit ein em syndromalen Geschehen erklär bar seien, sodass der Beschwerdeführerin aus rheumatol o gi s cher Sicht unter Berücksichtigung des Belastungsprofils eine aktuelle Arbeitsfähigkeit von 8.5 Stunden p ro Tag mit einer Leis tungseinbusse von maximal 15 % zugemutet werden könne . Diese Leistungseinbusse sei jedoch durch ein medizinisches Belastungstraining innert drei Monaten korri gierbar. Die Gutachter kamen daher in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin nach dem medizinischen Belastungs training die frühere Tätigkeit im Reinigungsdienst sowie eine angepasste Tätig keit in rheumatologischer Hinsicht zu 100 % möglich sei (Urk. 6/134/1-24 S. 13 f. lit . D

Ziff. 2 ; vgl. vorstehend E. 4.2). Die aus internistischer Sicht beste hende 100%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.2) begründeten die Gut achter schliesslich in schlüssiger und nachvoll ziehbarer Weise damit, dass aus internistischer Sicht keine Anhaltspu n kte für eine relevante internistische Erkrankung bestünden, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtigten (Urk. 6/134/1-24 S. 15 lit . D

Ziff. 4).

Es handelt sich somit in somatischer Hinsicht im Vergleich zur ersten Beurtei lung im Jahr 2001 (vgl. vorstehend E. 3.2) um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustandes. 5.5

In Bezug auf den Bericht von Dr. A.____ , dem Hausarzt der Beschwerdeführerin, vom März 2014 (vorstehend E. 4.1) ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen

und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertretungsstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Ausserdem legte Dr. A. ___ nicht näher dar, weshalb die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein soll. Dieser Bericht vermag somit nichts an der Beweiskraft des Y. ___ -Gutachtens zu ändern.

Das Gleiche gilt für den aus dem Griechischen übersetzten Bericht vom 10. November 2016 bezüglich des MRT am linken Sprunggelenk (Urk. 6/148/1 = Urk. 6/156/1), woraus ersichtlich ist, dass die Beschwerdeführerin einen Knochenbruch erlitten hat. Aus dem Bericht ist jedoch nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdeführerin dadurch in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein soll. 5.6

Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt in somatischer Hinsicht als dahingehend erstellt zu betrachten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. 5.7

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten die Gutachter eine mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.1) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowie eine akzentuierte Persönlichkeit mit vor allem abhängigen und ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0) als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 4.2).

Die Gutachter legten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass die psychiatrische Exploration das Bild einer depressiven Episode mit Freud- und Interessenverlust, ausgeprägtem Energiedefizit sowie erhöhter Ermüdbarkeit gezeigt habe. Weitere Symptome wie Schlafstörungen, Inappetenz und sozialer Rückzug würden das Bild dieser depressiven Situation vervollständigen. Die depressive Erkrankung beeinflussend sei eine akzentuierte Persönlichkeit mit abhängigen, aber auch selbstunsicheren und ängstlichen Anteilen, welche die Beschwerdeführerin in eine schwierige biographische Situation gebracht habe. Zwar könne die Diagnose des Vollbilds einer Persönlichkeitsstörung nach den Kriterien des ICD-10 nicht gestellt werden; da eine gewisse Krankheitswertigkeit jedoch nachzuweisen sei, werde die Akzentuierung mit einer F-Diagnose codiert. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit durch die depressive Störung gegeben sei, die mittelgradige Ausprägung begründe eine Einschränkung um 50 % (Urk. 6/134/1-24 S. 17 f. lit. G, vgl. S. 14 f. lit. D Ziff. 3). Somit liegt aus psychiatrischer Sicht seit der letzten Begutachtung eine nur leichte Verschlechterung der Situation vor (vgl.

vorstehend E. 3.2, E. 4.2).

Es ist nachfolgend aus rechtlicher Sicht zu beurteilen, ob aufgrund der diagnostizierten psychiatrischen Diagnosen eine Arbeitsunfähigkeit ausgemessen ist. 5.8

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).

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 (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fach ärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE

141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hin der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden 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 beweislustete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2). 5.9

In E. 8.1 von BGE 143 V 148 hat das Bundesgericht festgehalten, dass das strukturierte Beweisverfahren wie es in BGE 141 V 281

definiert wurde, einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegenstehe, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiere. Demnach würden Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcen hemmende Wirkung beizumessen sei. Bei der Prüfung des funktionellen Schweregrades des Leidens der Beschwerdeführerin ist somit von beiden psychiatrischen Diagnosen, namentlich der mittelgradigen depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung sowie der akzentuierten Persönlichkeit mit vor allem abhängigen und ängstlich-vermeidenden Anteilen, auszugehen.

Zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ ist in Bezug auf den Indikator „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ festzuhalten, dass aufgrund der depressiven Störung vor allem die Konzentration und Durchhaltefähigkeit der Beschwerdeführerin eingeschränkt sind. Aufgrund der akzentuierten Persönlichkeitsmerkmale ist die Fähigkeit, sozial kompetent und im Team zu arbeiten, vermutlich herabgesetzt (Urk. 6/134/46-54 S.

E. 7

. August 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

Ziff. 5). Es bestehen zwar psychosoziale Faktoren, namentlich die problematische Ehe der Beschwerdeführerin, die Trennung von ihrem Ehemann sowie der Auszug ihrer Kinder, jedoch kommen diese Faktoren nicht als alleinige Ursache der psychischen Störung in Betracht (vgl. Urk. 6/134/46-54 S. 7 Ziff. 5). In Bezug auf den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz“ ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zwar antidepressive Medikamente einnimmt, bisher jedoch noch keine psychiatrische Therapie stattgefunden hat (Urk. 6/134/46-54 S. 3 Ziff. 2.1). Der psychiatrische Gutachter war sodann der Ansicht, dass eine adäquate psychopharmakologische Intervention und eine stützende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung möglicherweise einen deutlichen positiven Effekt auf die weitere Entwicklung der depressiven Situation haben könnten (Urk. 6/134/1-24 S. 15 lit. D Ziff. 3; Urk. 6/134/46-54 S. 7 Ziff. 5). Dies deutet auf eine positive Prognose hin. In Bezug auf die Komorbidität ist schliesslich festzuhalten, dass die akzentuierte Persönlichkeit für die depressive Erkrankung ursächlich und auch unterhalten ist (Urk. 6/134/46-54 S. 7 Ziff. 5). Weitere Komorbiditäten sind nicht ersichtlich.

Zum Komplex „Persönlichkeit“ ist festzuhalten, dass zwar eine gewisse Krankheitswertigkeit nachgewiesen werden kann, jedoch kann die Diagnose des Vollbilds einer Persönlichkeitsstörung nach den Kriterien des ICD-10 nicht gestellt werden (Urk. 6/134/46-54 S. 7 Ziff. 5; vgl. vorstehend E. 5.7).

Zum Komplex „sozialer Kontext“ ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin über einen Tagesablauf verfügt und diversen Aktivitäten nachgeht. Am Morgen steht sie jeweils gegen 7.00/7.30 Uhr auf, trinkt einen Kaffee, duscht, zieht sich an, schaut danach fern und legt sich wieder hin. Gegen Mittag kommt ihr Enkelkind nach Hause. Die Frau ihres Sohnes, die momentan bei ihr wohnt, bereitet das Mittagessen vor und es wird gemeinsam gegessen. Danach legt sie sich wieder aufs Sofa oder schaut einen Film.

Nachmittags spielt sie gelegentlich mit ihrem Enkel. Selten kommt auch ihre Tochter zu Besuch, die direkt in der Nachbarschaft wohnt. Die Beschwerdeführerin selbst geht zwar praktisch kaum mehr aus dem Haus und hat keine Hobbies, jedoch pflegt sie Kontakt zu ihrer Familie sowie zu zwei Kolleginnen, die sie ab und zu besuchen. Im Sommer geht sie jeweils für fünf bis sieben Wochen nach Griechenland, wo die andere Tochter ein Haus hat (Urk. 6/134/46-54 S. 2 Ziff. 2.1, S. 4 Ziff. 2.3). Daraus folgt, dass die Beschwerdeführerin durchaus über gewisse Ressourcen verfügt.

Zu prüfen ist weiter die Konsistenz. Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzuhalten, dass diesbezüglich keine gleichmässigen Einschränkungen bestehen. Die Beschwerdeführerin geht seit Jahren keiner beruflichen Tätigkeit nach und fühlt sich aufgrund ihrer körperlichen und psychischen Einschränkungen als auch wegen ihres Alters nicht mehr arbeitsfähig (Urk. 6/134/46-54 S. 4 Ziff. 2.4, S. 6 Ziff. 3). Daneben zeigt die Beschwerdeführerin einige Aktivitäten im Tagesablauf und es lassen sich gute familiäre Kontakte sowie wenige soziale Kontakte mit zwei Freundinnen erheben. Zudem geht sie jeden Sommer jeweils fünf bis sieben Wochen nach Griechenland zu ihrer Tochter.

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks ist schliesslich festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin bisher nicht psychiatrisch behandelt worden ist. Sie nimmt zwar antidepressive Medikamente ein, jedoch würden ihr diese nach eigenen Angaben nicht helfen (Urk. 6/134/46-54 S. 3 Ziff. 2.1). Somit liegt entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 8 S. 2 unten) keine Therapieresistenz vor. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass die Beschwerdeführerin schlimme Erinnerungen an den Suizid ihres Bruders hat, der psychiatrisch behandelt wurde (Urk. 6/134/46-54 S. 3 Ziff. 2.1; vgl. Urk. 8 S. 2 unten). Zudem ist die Beschwerdeführerin nicht motiviert, wieder einer regelmässigen Arbeitstätigkeit nachzugehen. Sie braucht einfach mehr Geld, um leben zu können (Urk. 6/134/46-54 S. 4 Ziff. 2.4, S. 6 Ziff. 3). Diese Indizien lassen auf keinen erheblichen Leidensdruck schliessen. 5.10

Damit resultiert ein Gesamtbild, welches aus psychiatrischer Sicht nicht auf bedeutende funktionelle Beeinträchtigungen schliessen lässt. Die von den Gutachtern in psychiatrischer Sicht attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (vorstehend E. 5.7) überzeugt daher nicht. Die Beschwerdeführerin verfügt über genügend Ressourcen, um wieder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Da die Arbeitsunfähigkeit ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes ist (Art. 6 ATSG), kommt der Arztperson bei der Folgenabschätzung der von ihr erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigung keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu, sondern sie nimmt hierzu Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab. Diese ist durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Weil die Arbeitsfähigkeit somit keine rein medizinische, sondern letztlich eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliert (SVR 2013 IV Nr. 9 S. 21, 8C_842/2011 E. 4.2. 2; vgl. auch zur Publikation vorgesehene Urteile des Bundesgerichts 8C_409/2017 vom 21. März 2018 E. 4.3 und E. 6.1). Im vorliegenden Fall ist insofern vom Y.____-Gutachten abzuweichen, als festgehalten werden kann, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. 5.11

In Bezug auf den Bericht des Hausarztes Dr. A. ___ vom März 2014 (vorstehend E. 4.1) gilt das unter E. 5.5 Gesagte. Zudem verfügt Dr. A. ___ nicht über den entsprechenden Facharztstitel, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin fachärztlich zu beurteilen. Ausserdem legte er nicht näher dar, weshalb die Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein soll. 5.12

Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht als dahingehend erstellt zu betrachten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. 5.13

Es kann damit festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin gesamthaft weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, weshalb kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen ist.

Da mit dem Statuswechsel der Beschwerdeführerin ein Revisionsgrund ausgewiesen ist, steht einer umfassenden Prüfung des Rentenanspruchs ohne Bindung an frühere Beurteilungen nichts entgegen (vgl. vorstehend E. 5.2). Die Beschwerdeführerin hat demnach keinen Rentenanspruch mehr, dies führt

zur revisionsweisen Aufhebung der bisher ausgerichteten Viertelrente.

Da vorliegend die Aufhebung der bisher ausgerichteten Rente revisionsweise erfolgt, kann offengelassen werden, ob auch eine Rentenaufhebung gestützt auf die Schlussbestimmungen der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 18. März 2011 möglich wäre. Insbesondere braucht vorliegend nicht geprüft zu werden, ob die Diagnosen, welche zur Rentenzusprache geführt haben, zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage gehören. 5.14

Die Aufhebung der bisher ausgerichteten Rente ist somit im Ergebnis nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

E. 9

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Claudia Mock Eigenmann - 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 Bundes

gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannPeter-Schwarzenberger

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