

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00406 vom 8. November 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00406

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00406 du 8 novembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00406 del 8 novembre 2019

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

E. 1.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchslage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere

Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangs sachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 1.4

Unabhängig von einem materiellen Revisionsgrund kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Überprüfung gebildet haben, zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn – was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft (BGE 119 V 475 E. 1c mit Hinweisen) – ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2, 138 V 147 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_819/2017 vom 13. Februar 2017 E. 2.2). Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhaltes (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_121/2017 vom 5. Juli 2018 E. 8.2).

Die Wiedererwägung nach Art. 53 Abs.

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

ATSG setzt voraus, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, folglich nur dieser einzige Schluss denkbar ist. In diesem Sinne qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung, wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln beziehungsweise ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde (BGE 141 V 405 E. 5.2, 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweis). Gleiches gilt bei einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, insbesondere wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (vgl. Art. 43 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2; Urteil des

Bundesgerichts 8C_717/2017 vom 2. August 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Soweit ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (BGE 141 V 405 E. 5.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_766/2016 vom 3. April 2017 E. 1.1.2 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung kann das Gericht eine zunächst auf Art. 17 ATSG gestützte Rentenaufhebung oder -herabsetzung gegebenenfalls mit der (substituierten) Begründung schützen, dass die ursprüngliche (bzw. die letzte auf einer umfassenden materiellen Prüfung beruhende, vgl. BGE 140 V 514, 133 V 108) Rentenverfügung oder Mitteilung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung sei (BGE 144 I 103 E. 2.2, 140 V 85 E. 4.2, 125 V 368 E. 2, je mit Hinweisen; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, R n 77 zu Art. 30–31).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, dass die für die Berentung ausschlaggebende Depression seit März 2016 nicht mehr bestehe. Auch seien die Nackenbeschwerden und die Halbseitensymptomatik nicht mehr vorhanden. Es bestehe nur noch eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit aus rheumatologischer Sicht. Aus somatischer Sicht werde eine eindeutige Verbesserung diagnostiziert. Der Invaliditätsgrad entspreche dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Die Invalidenrente sei daher aufzuheben. Die Gutachter des B.____ hätten sich ausführlich dazu geäußert, weshalb die Voraussetzungen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nicht erfüllt seien. Auch hätten sie im Rahmen der Konsistenzprüfung mehrere Inkonsistenzen festgestellt. Dabei handle es sich nicht um eine unzulässige second opinion (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), die Rentenzusprache sei einzig aus psychischen Gründen erfolgt. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) sei von einer aus rein somatischen

Gründen

vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen (S. 5). Das Gutachten des B.____ halte explizit fest, dass seit der Rentenzusprache im Jahr 2013 keine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten sei und es sich lediglich um eine andere Beurteilung handle (S. 6 unten). Ein Revisionsgrund liege daher nicht vor, weshalb sie weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente habe (S. 7 ff.). Ausserdem entspreche das Gutachten des B.____

– aus näher genannten Gründen –

nicht den rechtsprechungsgemässen Vorgaben (S. 10 ff.). Auch das Gutachten der MEDAS A.____ aus dem Jahr 2015 weise keinen Revisionsgrund aus (S. 13). Das Gutachten des B.____ stelle zudem eine unzulässige second opinion dar (S. 14 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erheblich verbessert hat, und gestützt darauf die Frage, ob die verfügte Renten aufhebung rechtmässig ist. Als Vergleichszeitpunkt massgebend ist die ursprünglich rentenzusprechende Verfügung

vom 28. Juni 2013 (Urk. 8/51; Urk. 8/55). Dies ungeachtet des Umstandes, ob das Revisionsverfahren im Jahr 2014 abgeschlossen oder nun wiederaufgenommen wurde, da vor der Mitteilung vom 27. August 2014 (Urk. 8/85) keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung vorgenommen wurde (vorstehend E. 1.3).

E. 3.1

Der ursprünglich rentenzusprechenden Verfügung vom 28. Juni 2013 (Urk. 8/51; Urk. 8/55) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden

Berichte zugrunde.

E. 3.2

Mit Bericht vom 24. November 2011 (Urk. 8/10/1-7) nannte Dr. med. C.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - mittelschwere Depression (ICD-10 F32.1) bei langandauernder psychosozialer Belastungssituation, Entwicklung auf dem Boden einer PTBS (ICD-10 F43.1) - somatoforme Schmerzstörung mit chronischem Lumbovertebralsyndrom, Karpaltunnelsyndrom (CTS) beidseits (ICD-10 F45.4)

Sodann erwähnte sie folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - chronische Blepharitis posterior mit konsekutiver Benetzungsstörung, Limbusstammzellinsuffizienz mit Pannus links mehr als rechts bei chronischer Inflammation des anterioren Segmentes - Struma multinodosa - Bronchopneumonie April 2005/Januar 2008 (hospitalisationsbedürftig) bei Nikotinabusus, rezidivierende Sinusitiden - Status nach diversen akuten Schwindelattacken bei peripherer vestibulärer Funktionsstörung

Die Beschwerdeführerin sei eine sehr motivierte, kreative Persönlichkeit mit grossen Ressourcen, welche von zu vielen Schicksalsschlägen vollständig entkräftet worden sei. Falls sie den Universitätsabschluss bestehe, sei eine berufliche Integration sehr realistisch. Dies vermutlich zunächst in einem Teilzeitpensum, welches später erhöht werden könne. Falls sie die Prüfung nicht bestehe, sei mit einem erneuten Zusammenbruch zu rechnen (S. 3 Ziff. 1.4). In der bisherigen Tätigkeit als Gerichtsdolmetscherin und Familienbegleiterin sei sie seit dem 1. Juni 2011 vollständig arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 1.6).

E. 3.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie E.____, lic. phil. Psychotherapeut, F.____, gab in mit Bericht vom 1. respektive 5. Dezember 2011 (Urk. 8/11) an, dass die Beschwerdeführerin seit dem 8. Februar 2010 behandelt werde (S. 1 Ziff. 1.2), und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnten. Es sei anzunehmen, dass sich diese auf dem Boden einer PTBS (ICD-10 F43.1) im Zusammenhang mit der politischen Verfolgung in der Türkei entwickelt hätten (S. 1 Ziff. 1.1). Die Prognose sei relativ günstig, falls die Beschwerdeführerin die rechtswissenschaftliche Prüfung bestehe, da ihr dann einige gute Perspektiven offen

stünden. Falls sie die Prüfung nicht bestehe, sei die Prognose eher schlecht, da sie in ihrem Selbstwertgefühl stark angeknackst sein dürfte (S. 2 Ziff. 1.4). Es erfolge eine

psychotherapeutische Sitzung pro Woche und gelegentliche psychiatrische Checks zwecks Medikation (S. 2 Ziff. 1.5). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit als Gerichtsdolmetscherin und Familienbegleiterin seit dem 1. Juni 2011 vollständig arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 1.6).

E. 3.4

Chiropraktin G.____

nannte mit Bericht vom 22. Mai 2012 (Urk. 8/19/2-5) - unter Beilage radiologischer Berichte der H.____ (Urk. 8/19/6-8) - folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - lumbospondylogenes/radikuläres Schmerzsyndrom bei Übergangsanomalie, Osteochondrose L5/S1, neuroforaminaler Stenose L5 beidseits durch knöcherne Engen sowie Bandscheibenaussackung L5/S1 linksbetont - zervikospondylogenes und zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei Osteochondrosen und Spondylarthrosen C4-6 - Achillodynie beidseits - Verdacht auf weichteilrheumatische Beteiligung - wiederkehrende schwere Infektionskrankheiten (Pneumonien, Nierenbeckenentzündungen) - Erschöpfungsdepression

Dr. C.____ habe der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Dolmetscherin attestiert (S. 2 Ziff. 1.6).

E. 3.5

Mit Stellungnahme vom 12. Juni 2012 konnte RAD-Arzt Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im relevanten psychiatrischen Bereich noch keinen klaren Gesundheitsschaden aus versicherungsmedizinischer Sicht feststellen. Aus rein somatischer Sicht könne von einer vollen Restarbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit ausgegangen werden. Eine psychiatrische Begutachtung erweise sich als notwendig (vgl. Urk. 8/38 S. 3).

E. 3.6

Am 3. September 2012 erstattete Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sein psychiatrisches Gutachten (Urk. 8/23). Dabei diagnostizierte er Folgendes (S. 10): - depressive Entwicklung mit aktuell mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F32.1) auf dem Hintergrund von multiplen psychosozialen Belastungen und Traumatisierungen im Heimatland - chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und somatoformen Schmerzkomponenten im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) - Status nach Traumatisierungen im Heimatland. Eine PTBS im engeren Sinn lasse sich aktuell gemäß ICD-10 nicht diagnostizieren

Die Beschwerdeführerin weise seit der Jugend sehr leistungsorientierte und verantwortungsbewusste Persönlichkeitszüge mit einer Tendenz zur Selbstüberforderung auf. Sie sei wiederholt mit schwierigen Schicksalen und multiplen psychosozialen Belastungen konfrontiert gewesen, welche im Laufe der Jahre zu einer zunehmenden Dekompensation geführt hätten. Die depressive Entwicklung sowie die Entwicklung des Schmerzsyndroms seien vor diesem Hintergrund verständlich (S. 10). Die vollständige Krankschreibung durch die behandelnde Hausärztin seit Juni 2011 bezüglich der Tätigkeiten

als Familienberaterin und Dolmetscherin sei nachvollziehbar. Trotz der psychischen Beeinträchtigung sei die Beschwerdeführerin jedoch in der Lage ihr Studium fortzusetzen. Unter Abstraktion der invaliditätsfremden psychosozialen Faktoren sei in einer leidensange

passten Tätigkeit (keine Betreuungsfunktion, keine schwierigen psychosozialen Belastungen durch Klienten, stressarme Routinetätigkeit mit der Möglichkeit zwischendurch Pausen einzuschalten) von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit (wahrscheinlich bereits seit 1. Juni 2011) auszugehen. Denkbar wären beispielsweise Tätigkeiten als Juristin im BackOffice ohne Zeitdruck oder schriftliche Übersetzungsarbeiten (S. 11 Ziff. 5). Trotz adäquater psychotherapeutischer Behandlung sowie antidepressiver Medikation sei bisher keine vollständige Aufhellung des depressiven Syndroms eingetreten. Die Chronifizierung sei teilweise durch die psychosozialen Belastungsfaktoren mitbedingt. Die ambulante Psychotherapie sollte unbedingt fortgesetzt werden. Die psychopharmakologische Behandlung sei optimierbar. Bei erneuter Dekompensation wäre eine stationäre Behandlung sinnvoll. Für eine günstige Prognose sprächen die vielen Ressourcen der Beschwerdeführerin. Prognostisch ungünstig seien die bestehenden psychosozialen Faktoren sowie die Tendenz zur Selbstüberforderung und die erhöhte Vulnerabilität vor dem Hintergrund der multiplen Traumatisierungen. Bei optimalem Verlauf sei mit einer weiteren Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 11 Ziff. 6). Ein ausgeprägter sozialer Rückzug bestehe nicht. Die Beschwerdeführerin sei sozial gut integriert. Von einer nicht mehr beeinflussbaren Entwicklung im Sinne eines primären Krankheitsgewinns sei nicht auszugehen. Mit der chronischen Erschöpfung und chronifizierten mittelgradigen depressiven Episode bestehe jedoch eine relevante Komorbidität zur Schmerzsymptomatik. Die Forster-Kriterien seien deshalb teilweise erfüllt (S. 12).

E. 3.7

Mit Stellungnahme vom 13. September 2012 erachtete RAD-Arzt Dr. I. ___ das psychiatrische Gutachten von Dr. J. ___ als vollständig und schlüssig. Ein relevanter Gesundheitsschaden sei ausgewiesen. In der bisherigen und psychisch belastenden Tätigkeit als Übersetzerin bestehe seit Juni 2011 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In leidensangepasster, ruhiger und geordneter Tätigkeit als Juristin ohne vorwiegenden Kundenkontakt liege eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vor. Die Prognose sei gut. Es sei eine Schadenminderungspflicht aufzuerlegen im Sinne einer nachhaltigen fachärztlichen Psycho- und Pharmakotherapie. Eine medizinische Neubeurteilung habe in spätestens einem Jahr zu erfolgen (vgl. Urk. 8/38 S. 3 f.).

E. 3.8

Am 7. Februar 2013 erfolgte eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt (vgl. Abklärungsbeficht vom 13. Februar 2013, Urk. 8/36). Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ihr Studium Anfang 2011 abgeschlossen hätte und seither in einer juristischen Funktion zu 100 % erwerbstätig wäre. Ihr Ziel, das Anwaltspatent zu erwerben, habe sie noch nicht aufgegeben. Auch aus finanziellen Gründen wäre sie auf eine volle Erwerbstätigkeit angewiesen. Die Kinder würden sich aufgrund des geteilten Sorgerechts nur zweieinhalb Tage bei ihr aufhalten. Ausserdem habe sie schon in einem 100 % - Pensum gearbeitet, als die Kinder noch kleiner gewesen seien (S. 4 Ziff. 2.5). Die Abklärungsperson legte dementsprechend die Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 100 % Erwerbstätige fest (S. 4 Ziff. 3).

E. 4.1

): - anhaltende depressive Störung wechselnder Ausprägung (ICD-10 F32.8) mit hohem Verdacht auf eine PTBS (ICD-10 F43.1) und hohem Verdacht auf eine medikamentöse Mal-Compliance (Trimipramin-Serumspiegel unmessbar tief) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit Pseudohalb seitensyndrom links, fibromyalgiformer Symptomatik besonders im Nacken-/Schultergürtelbereich sowie Symptomverstärkung und -verdeutlichung - chronische Lumbosakralgien bei lumbaler Hyperlordose, Spondylarthrosen zwischen L4 und L5 und Sakrum, linksbetonte Forameneinengungen zwischen L5 und Sakrum sowie Status nach mikrochirurgischer Hemi laminektomie L5 links im August 2013 bei Diskushernie mit Kompression der Nervenwurzel L5

Sodann nannten die Gutachter eine Adipositas simplex sowie eine rechtsbetonte Struma multinodosa als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23 Ziff. 4.2).

In psychiatrischer Hinsicht habe die Beschwerdeführerin eine Vielzahl von Belastungen in unterschiedlichen Lebensbereichen erlebt, welche in Verbindung mit den körperlichen Problemen zu einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt hätten. Psychosoziale Faktoren würden ohne Zweifel eine Rolle spielen. Dennoch bestehe ein eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild in einem relevanten Umfang. Die anhaltende depressive Störung sei offensichtlich. Die Beschwerdeführerin sei durch die Ängste in ihrer Alltagsgestaltung sehr stark eingeschränkt und überfordert. Die Kriterien einer

PTBS seien nicht vollständig erfüllt. Eine somatoforme Dimension sei gegeben, weshalb die Förster-Kriterien zu prüfen seien. Eine psychische Komorbidität sei vorhanden. Ein sozialer Rückzug liege vor. Die seit Jahren durchgeführte angemessene Psychotherapie habe nicht zu einer relevanten Verbesserung geführt. Der krankheitsbedingte Widerstand gegen die Medikation könne ihr kaum vorgeworfen werden und es sei fraglich, ob diese einen Durchbruch zu bewirken vermöge. Zumindest

derzeit

liege keine verwertbare Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt vor (S. 33 ff. Ziff. 5). Die Beschwerdeführerin sei in den bisherigen Tätigkeiten als Juristin, Dolmetscherin und Familienhelferin zu 100 % arbeitsunfähig. Eine einfachere Büroarbeit als Verweistätigkeit könne diskutiert werden. Dabei bestehe das Problem der intellektuellen Unterforderung und der emotionalen Überforderung, was derzeit ebenfalls in einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit münden dürfte (S. 36 Ziff. 6.1-6.2).

Aus rheumatologischer Sicht überwiege derzeit ein linksseitiges Pseudohalb seitensyndrom (verminderte Spitz- und Stumpfempfindung). Als einzig objektives Zeichen einer früheren Wurzelkompression sei der Achillessehnenreflex nicht auslösbar und das Trendelenburgzeichen links im Stehen sei fraglich positiv. Die Fehlform der Wirbelsäule mit abgeflachter Thorakalkyphosierung und verstärkter lumbaler Lordosierung bei Überwichtigkeit setze die Belastungstoleranz bei allgemeiner Schonung mit konsekutiver Dekonditionierung zusätzlich herab. Eine fibromyalgiforme Symptomatik mit Schwerpunkt im Nacken-Schultergürtelbereich bei guter Beweglichkeit im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) trotz radiologisch nachgewiesenen Unkovertebralarthrosen im unteren Zervikalsegment (Röntgen 26. März 2012) und angeblich assoziierten chronischen Kopfschmerzen kompliziere die chronifizierte Wirbelsäulensymptomatik. Die Symptomverstärkung und -ausweitung erschwere eine Präzisierung der Befunderhebung am Bewegungsapparat. An beiden Kniegelenken imponiere eine Periarthrosen genu. An den Fersen lasse sich klinisch weder eine dorsale noch plantare fassbare Symptomatik

objektivieren (S. 42 f. Ziff. 5). Die Beschwerdeführerin sei in den Tätigkeiten als Juristin , Dolmetscherin und Familienhelferin sowie ähnlichen körperlich leichten Tätigkeiten ohne absoluten Sitzzwang und mit ergonomischer Einrichtung des Arbeitsplatzes sowie ohne häufiges oder regelmässiges Heben von mehr als 10 kg und ohne längere Arbeiten in vornüber geneigter Körperhaltung zu 50 % arbeitsfähig. Im Haushalt ohne kraftaufwändige Arbeiten im Stehen und ohne grosse Reinigungen, grosse Wäsche und Grosseinkäufe sei sie zu 40 % arbeitsunfähig (S. 21 f. , S. 43 f. Ziff. 6.1-6.2). Es handle sich um einen seit der Rentenzusprache im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand, dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anders beurteilt würden als durch die Chiropraktorin am 22. Mai 2012, als noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit fest gelegt worden sei (S. 44 Ziff. 8.1).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Substitutin in einer Anwaltskanzlei vollständig arbeitsunfähig sei. Dies vor allem aus psychiatrischen, weniger aus rheumatologischen Gründen. Dasselbe gelte derzeit für sämtliche beruflichen Verweistätigkeiten sowie für den Haushalt (S. 24 Ziff. 5.1-5.2). Diese Einschätzung gelte seit dem 18. Mai 2015 (Datum der Schlussbesprechung) , da sich die Gesamtsituation seit der letzten Einschätzung von Dr. J.____ vom 3. September 2012 eindeutig verschlechtert habe. Eine genaue retrograde zeitliche Einordnung sei nicht möglich. Die Prognose sei ungewiss und abhängig von der psychischen Entwicklung der Beschwerdeführerin (S. 24 Ziff. 5.4-5.5). Soweit sich dies beantworten lasse, würden invaliditätsfremde psychosoziale Belastungsfaktoren im Krankheitsgeschehen überwiegen. Der Gesundheitsschaden lasse sich durch Psychotherapie und eventuell durch Optimieren der Psychopharmakotherapie verbessern (S. 24 f. Ziff. 6.1).

E. 4.2

Am 22. August 2013 erfolgte in der K.____ bei diagnostiziertem lumboradikulärem Schmerzsyndrom mit sensomotorischem Defizit am ehestens L5 und S1 eine mikrochirurgische Hemilaminektomie L5, Flavektomie und Dekompression der Wurzel L5/ S1. Der postoperative Verlauf verzeichne eine deutliche Beschwerderegressions mit fehlender Harninkontinenz und deutlicher Verbesserung der präoperativen Symptomatik (vgl. Bericht vom 29. August 2013, Urk. 8/129/19-20 S. 1 f.).

E. 4.3

Dr. med. L.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, F.____ , nannte mit Bericht vom 28. Februar 2014 (Urk. 8/75 = Urk. 8/76 = Urk. 8/78) eine mittelgradige rezidivierende depressive Episode (ICD-10 F33.1) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1). Es fänden sich verstärkt Symptome wie Schlafstörungen, Erschöpfungszustände und Konzentrationsschwierigkeiten. Die Prognose sei günstig, falls die Beschwerdeführerin bei Arbeitsaufnahme nicht in Überforderungssituationen gerate, eine stückweise Reintegration beachtet werde und eine adäquate Arbeitssituation möglich sei (S. 1 ff. Ziff. 1.4). Es fänden wöchentliche oder zweiwöchentliche Psychotherapiesitzungen statt sowie psychiatrische Checks zwecks Medikation (S. 3 Ziff. 1.5). Die Beschwerdeführerin sei seit dem 1. Juni 2011 in der bisherigen Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 1.6).

E. 4.4

Am 28. Mai 2015 erstatteten die Gutachter der MEDAS A.____ ihr poly disziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 8/113). Dabei konnten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 23 Ziff.

E. 4.5

Mit Stellungnahme vom 3. Juni 2015 erkannte RAD-Ärztin Dr. med. M.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Arbeitsmedizin, dass das Gutachten der MEDAS A.____ in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge nicht ganz einleuchtend sei und die gezogenen Schlussfolgerungen in nicht ganz nachvollziehbarer Weise hergeleitet würden. Die Befundlage und die Funktionseinschränkungen würden rechtsgenügend erfasst und wiedergegeben. Die Interpretation der Leistungseinschränkung aufgrund dieser wenig pathologischen Funktionsstörungen und stark ausgeprägten psychosozialen Belastungsfaktoren sei bei relativ hohem Aktivitätsniveau aus arbeitsmedizinischer Sicht allerdings nicht plausibel dargelegt und nicht begründet (vgl. Urk. 8/228 S. 2 f.).

E. 4.6

Dr. L.____

diagnostizierte mit Bericht vom 8. März 2016 (Urk. 8/146) eine rezidivierende depressive Episode (ICD-10 F33.1) sowie einen Verdacht auf eine PTBS

(ICD-10 F43.1) als mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1). In der bisherigen Tätigkeit als Juristin sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6). Auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihr nicht möglich (S. 3 Ziff. 1.7).

E. 4.7

Dem am 8. April 2016 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht von Dr. C.____ (Urk. 8/145/1-5) sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S. 1 Ziff. 1.1): - anhaltende depressive Störung wechselnder Ausprägung bei langandauernder psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 F32.8) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit/bei: - chronischem Lumbovertebralsyndrom und zervikospodylogem sowie zervikozephalen Schmerzsyndrom, Verdacht auf Blockade des Iliosakralgelenks (ISG) rechts - Triggerpunkte im Bereich des oberen Schultergürtels, Radikulopathie C6/7 - Achillodynie beidseits - CTS beidseits - weichteilrheumatische Beschwerden wechselnder Intensität und Ausprägung - rezidivierende Trigeminusneuralgie links und rechts

Ausserdem nannte sie folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - PTBS hoch wahrscheinlich (ICD-10 F43.1) - Hemilaminektomie L5, F1a - Dekompression der Wurzel L5/S1 bei lumboradikulärem Schmerzsyndrom mit sensomotorischem Defizit L5/S1 und Harninkontinenz im Sinne einer Cauda-Symptomatik, 22. August 2013 - chronische rezidivierende Rhinosinusitis - chronische Blepharitis posterior mit konsekutiver Benetzungsstörung

Seit dem krankheitsbedingten Arbeitsabbruch als Substitutin in einer Anwaltskanzlei im Februar 2015 sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben. Diese könne mittelfristig nicht geändert werden.

Langfristig könnten eventuell nach Auszug der Kinder neue Ressourcen mobilisiert werden (S. 2 Ziff. 1.4).

E. 4.8

Dr. med. N.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte mit Bericht vom 1. Juni 2016 (Urk. 8/159 /5-10) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - komplexe PTBS (DSM-V 309.81) , seit Kindheit - komplexe dissoziative Störung mit Amnesie für belastende Ereignisse und teilabgespaltenen Persönlichkeitsanteilen (ICD-10 F44.88) , seit Kindheit - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - diverse rheumatische Erkrankungen und wiederholte Infektionskrankheiten

Die Beschwerdeführer in sei nicht arbeitsfähig (S. 3 f. Ziff. 2.1). Solange die massive Dissoziation bestehe, könne die Arbeitsfähigkeit nicht erhöht werden (S. 5 Ziff. 3.3).

E. 4.9

Am 15. März 2017 erstatteten die Gutachter des B.____ ihr polydisziplinäres Gutachten (Urk. 8/223). Dabei konnten sie folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 101 Ziff. 6.1): - bewegungs- und belastungsabhängige intermittierend ausgeprägte lumbovertebrale Schmerzen mit/bei: - postoperativer 2/3-Chondrose mit Spondylarthrose L4/5, betont L5/S1 beidseits bei Status nach mikrochirurgischer Hemilaminektomie L5 links mit Flavektomie und Dekompression L5/S1 links am 22. August 2013 - residuelle Radikulopathie S1 links

Sodann nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 101 Ziff. 6.2): - Hypercholesterinämie - Spinalkanalstenose bei C4/5 und C5/6 ohne Hinweise auf radikuläre Schädigung oder Läsion des Myelons - spezifische isolierte Phobien (ICD-10 F40.2) - chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Dysthymia (ICD-10 F34.1)

Die chirurgisch-internistische Untersuchung sei altersentsprechend unauffällig, ohne Hinweise für eine Links- oder Rechtssherzinsuffizienz oder für eine Lungenerkrankung. Auch im Abdominalstatus lasse sich kein pathologischer Befund erheben. Die im Neurostatus angegebene Hypästhesie am linken Bein lasse sich keinem Dermatom zuordnen. Der fehlende Achillessehnenreflex (ASR) links entspreche einer residuellen S1-Symptomatik. Korrelierend dazu fänden sich mit Ausnahme einer Erythrozytose und einer Hypercholesterinämie durchwegs Normalwerte in den Laboruntersuchungen. Das Elektrokardiogramm (EKG) zeige einen unauffälligen Erregungsablauf und die Spirometrie liefere keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich weder in der bisherigen Tätigkeit noch in einer Verweistätigkeit begründen (S. 106 f.).

Bei der rheumatologischen Untersuchung würden Missempfindungen mit Dysästhesien und einer Oberflächensensibilitätsabnahme im Bereich des linken Fußes persistieren. Die segmentale Untersuchung bestätige den guten Verlauf mit jedoch Hinweisen für eine Belastbarkeitseinschränkung und einem zumindest angedeuteten Schonverhalten. Die weitere klinische Untersuchung sei unauffällig und schmerzfrei. Ebenso fehle eine Pseudohalbseitensymptomatik. Die radiologisch dokumentierten Veränderungen an der HWS entsprächen geringen Degenerationen ohne neurogene Beeinträchtigung. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer

wirbelsäulenschonenden Tätigkeit mit Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Abläufen, wobei die sitzenden Positionen dominieren sollten. Die bisherige Tätigkeit als Juristin entspreche diesem Belastungsprofil (S. 107).

Die neurologische Untersuchung ergäbe Hinweise auf eine leichte residuelle Wurzelschädigung S1 links. Ein radikulärer Schmerz bestehe aktuell nicht. Die angegebene Hypästhesie und Hypalgesie des linken Beines lasse sich organisch nicht erklären. Hinsichtlich der Nackenschmerzen zeige sich bildgebend in den Segmenten C4/5 und C5/6 eine Einengung des Spinalkanals. In der aktuellen Untersuchung hätten keine objektivierbaren Schädigungszeichen von zervikalen Nervenwurzeln oder des Myelons gefunden werden können. Die Gesichtsschmerzen könnten nicht erklärt werden. Eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bestehe weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit (S. 107).

Die neuropsychologische Exploration lasse auf ein Aggravationsverhalten der Beschwerdeführerin schliessen. Die Ergebnisse der Leistungstests könnten daher nicht ausgewertet werden und würden keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde liefern. Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne daher nicht vorgenommen werden (S. 107 f.).

Aus psychiatrischer Sicht würden sich im psychopathologischen Befund Symptome einer affektiven Störung sowie Ängste im Sinne von panikähnlichen Zuständen und posttraumatisch anmutende Ängste zeigen.

Gemäss Mini-ICF-APP sei die Beschwerdeführerin in der Partizipation und Aktivität nicht eingeschränkt. Ein subjektives Schmerzsyndrom stehe im Vordergrund. Die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4) seien erfüllt. Das Ausmass der Erkrankung sei leicht ausgeprägt. Die Kriterien einer PTBS (ICD-10 F43.1) seien nicht erfüllt. Eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) liege vor. Ob eine depressive Störung bestehe, könne aufgrund des Aggravationsverhaltens nicht festgestellt werden. Die Kriterien einer spezifisch isolierten Phobie (ICD-10 F40.2) seien erfüllt. Aufgrund des weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveaus sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig (S. 108).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der rheumatologischen Befunde in der bisherigen Tätigkeit als Juristin sowie in sämtlichen wirbelsäulenschonenden Tätigkeiten mit Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Abläufen, wobei die sitzenden Positionen dominieren sollten, aufgrund der vermehrt notwendigen Pausen zu 80 % arbeitsfähig sei. Aus internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht sei sie in sämtlichen Tätigkeiten vollständig arbeitsfähig. Aus neuropsychologischer Sicht könne aufgrund des aggravierenden Verhaltens keine Einschätzung vorgenommen werden. Das aus rheumatologischer Sicht ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit der aktuellen Begutachtung, dasjenige aus psychiatrischer Sicht seit jeher (S. 109 ff. Ziff. 7.5-7.8). Aus somatischer Sicht sei eine Verbesserung eingetreten. Die Beschwerdeführerin sei am 22. August 2013 operiert worden (mikrochirurgische Hemilaminektomie L5, Flavektomie und Dekompression der Wurzel L5/S1). Aus psychiatrischer Sicht sei der Gesundheitszustand unverändert, wobei dieser anders beurteilt werde als im Gutachten vom 3. September 2012 (S. 111 f. Ziff. 8). Die invaliditätsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren seien bei der Beurteilung berücksichtigt worden (S. 112 unten). Die aus rheumatologischer Sicht attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit könne nicht

mehr gesteigert werden. Bei einigen Teilgutachten sei teilweise aggravierendes Verhalten sowie eine Selbst limitierung festgestellt worden (S. 113).

E. 4.10

Mit Stellungnahme vom 28. März 2017 erkannte RAD-Arzt Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, dass das Gutachten des B.____ die gestellten Fragen umfassend beantwortet und die beklagten Beschwerden berücksichtigt habe, in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt worden sei und in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend. Ebenso würden die gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise hergeleitet. Der Gesundheitszustand habe sich seit Juni 2013 gebessert. Es läge keine mittelgradige Depression mehr vor. Die Nackenbeschwerden sowie die Halbseitensymptomatik würden ebenfalls nicht mehr bestehen. Eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustandes sei nicht zu erwarten (vgl. Urk. 8/228 S. 10 f.).

E. 4.11

Eine weitere RAD-Stellungnahme zum Gutachten des B.____ wurde durch Dipl. med. P.____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, am 30. November 2017 erstattet. Dieser kam zum Schluss, dass eine Verbesserung der somatischen Beschwerden durch die umfangreichen Therapien eingetreten sei. Die psychiatrische Begutachtung sei nicht plausibel. Die Diagnosekriterien einer PTBS würden unkritisch abgearbeitet, obwohl in der Anamnese entsprechende Befunde erhoben worden seien. Es sei nicht klar begründet, weshalb die chronische Schmerzstörung sowie die Dysthymia keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Sicherlich zeige die Beschwerdeführerin ein beachtliches privates Aktivitätsniveau, welches aber auch immer wieder zu psychischen Dekompensationen führe. Aus seiner Sicht sei von einer komplexen PTBS mit Tendenz zur Somatisierung und Depressivität auszugehen. Der psychische Gesundheitszustand habe sich seit dem Jahr 2012 bezüglich der allgemeinen Funktionalität nicht verändert, auch wenn die Symptomatik schwankend sei. Es sollte daher an der bisherigen Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit festgehalten werden (Urk. 8/244 S. 4).

E. 4.12

Dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Austrittsbericht der Q.____ vom 4. Juni 2018 (Urk. 11) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vom 17. April bis 30. Mai 2018 stationär behandelt worden sei. Als Diagnosen werden eine nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.9), eine gemischte dissoziative Störung (Konversionsstörung, ICD-10 F44.7) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) aufgelistet (S. 1). Die Beschwerdeführerin sei während des stationären Aufenthaltes vollständig arbeitsunfähig gewesen (S. 4).

E. 4.13

Dr. med. R.____, praktische Ärztin, bestätigte am 21. März 2019, dass sie die Beschwerdeführerin behandle und diese seit Jahren an einem chronischen Müdigkeitssyndrom (CFS) oder an einer myalgischen Enzephalopathie (ME/CFS) leide. Im Moment würden weitere Abklärungen am S.____ laufen (Urk. 16).

E. 4.14

Mit Bericht vom 26. Juni 2019 (Urk. 19) diagnostizierten die Ärzte des S.____ ein chronisches Müdigkeitssyndrom, Differentialdiagnose (DD) Neurasthenie (ICD-10 F48.0),

eine Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), sowie einen aktenanamnestischen Verdacht auf eine PTBS (ICD-10 F43.1; S. 1).

E. 5.1

Anhand der vorliegenden Akten lässt sich erkennen, dass anlässlich der ursprünglichen Rentenzusprache hinsichtlich des psychischen Leidens der Beschwerdeführerin psychosoziale und damit invaliditätsfremde Faktoren (vgl. hierzu BGE 127 V 294 E. 5a; Urteile des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 und 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2) im Vordergrund standen (vgl. Urk. 8/10/1-7 S. 1 Ziff. 1.1, S. 2 f.

Ziff. 1.4; Urk. 8/11 S. 2 Ziff. 1.4; Urk. 8/23 S. 5 f., S. 10), womit sich die Frage

einer allfälligen zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzusprache stellen würde (vorstehend E. 1.4). Auf Weiterungen hierzu kann jedoch verzichtet werden, da – wie sich nachfolgend zeigen wird – bereits ein Revisionstatbestand erstellt ist.

Denn nebst dem psychischen Leiden war ein im Rahmen der ursprünglichen Rentenzusprache auch die somatischen Beschwerden von Relevanz, wenn auch in untergeordnetem Ausmass. So wurden etwa ein lumbospondylogenes/radikuläres Schmerzsyndrom bei Übergangsanomalie, Osteochondrose L5/S1, neuroforaminaler Stenose L5 beidseits durch knöcherne Engen sowie Bandscheibenaussackung L5/S1 linksbetont sowie ein zervikospondylogenes und zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei Osteochondrosen und Spondylarthrosen C4-6 als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (vgl. Urk. 8/10/1-7 S. 1 Ziff. 1.1; Urk. 8/19/2-5 S. 1 Ziff. 1.1; Urk. 8/19/6-8). RAD-Arzt Dr. I. ___ erachtete entsprechend aus somatischer Sicht auch lediglich in einer leidensangepassten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit als gegeben. Ein entsprechendes Belastungsprofil findet sich allerdings nicht (vgl. Urk. 8/38 S. 3 f.).

Wie sich nachfolgend zeigen wird (vgl. nachstehend E. 5.2), ist in somatischer Sicht nun nachweislich

eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten und damit ein Revisionsgrund ausgewiesen, welcher zur umfassenden Prüfung des Rentenanspruchs ex nunc et pro futuro führt (vorstehend E. 1.3).

E. 5.2

Zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin erfolgte eine eingehende Begutachtung durch die Ärzte des B. ___ (vorstehend E. 4.9), wobei das Gutachten die praxisgemässen Kriterien an beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich erfüllt.

Für die Entscheidungsfindung kann deshalb – entgegen der RAD-Stellungnahme von Dipl. med. P. ___ – darauf abgestellt werden. Dieser nahm eine eigene Diagnosestellung und Einschätzung zur verbliebenen Arbeitsfähigkeit vor, ohne die Beschwerdeführerin selbst untersucht zu haben (vgl. die zutreffenden Ausführungen in Urk. 8/246 S. 2 f.).

Die internistische Untersuchung erwies sich als unauffällig (vgl. Urk. 8/223 S. 50 ff., S. 106 f.) und neurologisch konnten lediglich leicht ausgeprägte Befunde erhoben werden, welche nachvollziehbar zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. So besteht aktuell kein radikulärer Schmerz hinsichtlich der leichten residuellen Wurzelschädigung S1 links und es konnten keine objektivierbaren Schädigungszeichen von zervikalen Nervenwurzeln oder des Myelons betreffend die Einengung des Spinalkanals in den

Segmenten C4/5 und C5/6 gefunden werden (vgl. Urk. 8/223 S. 63 ff., S. 66 ff., S. 107).

Die a aufgrund der rheumatologisch erhobenen Befunde (vgl. Urk. 8/223 S. 56 ff.) attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer wirbelsäulenschonenden Tätigkeit mit Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Abläufen, wobei die sitzenden Positionen dominieren sollten, ist nachvollziehbar (vgl. Urk. 8/223 S. 58 f., S. 107). Nach der schlüssigen Beurteilung der B.____ - Gutachter ist eine

Verbesserung des somatischen Gesundheitszustandes ausgewiesen, wobei etwa die im August 2013 erfolgte Operation zu einer deutlichen Abnahme der lumbalen Schmerzen geführt hat (vgl. Urk. 8/223 S. 55, S. 110 f. Ziff. 7.6 und Ziff.

E. 5.3

Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 14 f. Ziff. 19) wurde die Notwendigkeit einer erneuten Begutachtung durch die Ärzte des B.____ nicht mit der zwischenzeitlich ergangenen Rechtsprechung betreffend Standardindikatoren begründet. Vielmehr wurde das vorangegangene Gutachten der MEDAS A.____ (vorstehend E. 4.4) sowohl aus medizinischer als auch aus rechtlicher Sicht als nicht nachvollziehbar erachtet. Da die daraufhin eingeholten Arztberichte der behandelnden Ärzte divergierten, wurde eine erneute Begutachtung veranlasst (vgl. Urk. 8/228 S. 2 ff., S. 9 oben; Urk. 8/229).

Das Gutachten der MEDAS A.____

wurde entsprechend als nicht beweiswertig im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung qualifiziert, weshalb die Durchführung einer weiteren Begutachtung durch die Ärzte des

B.____ angezeigt war. Das Gutachten des B.____

stellt daher keine unzulässige « second opinion » dar. Der Vollständigkeit halber zu erwähnen bleibt, dass die Zwischenverfügung vom 27. September 2016 betreffend die erneute Begutachtung (Urk. 8/212) unangefochten in Rechtskraft erwachsen ist.

E. 5.4

Hinweise einer Veränderung der sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation der Beschwerdeführerin als Vollerwerbstätige (vorstehend E. 3.8) sind nicht ersichtlich und wurden auch nicht geltend gemacht.

Bei der Prüfung der erwerblichen Auswirkungen übernahm die Beschwerdegegnerin unverändert die Zahlen des im Jahr 2013 erstellten Einkommensvergleichs, bei welchem die damaligen Löhne der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Jahres 2010 herangezogen wurden

(vgl. Urk. 8/37 S. 1; Urk. 8/228 S. 12 oben). Grundsätzlich gilt es zu beachten, dass die aktuellsten im Verfügungszeitpunkt veröffentlichten LSE-Tabellen zu verwenden und diese der Nominallohnentwicklung anzupassen wären (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 und E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Weiterungen hierzu erübrigen sich allerdings, da es sich vorliegend weiterhin rechtfertigt, sowohl für das hypothetische Validen- als auch für das hypothetische Invaliden einkommen auf denselben Tabellenlohn abzustellen, nämlich auf den Lohn für Juristen/innen, Sozialwissenschaftler/innen und Kulturberufe (vgl. LSE 2014, T17, Ziff. 26). Somit kann ausnahmsweise von der ärztlich geschätzten Arbeits(un)fähigkeit ohne Weiteres – unter Berücksichtigung eines allfälligen

leidensbedingten Abzug (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75) – auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_450/2014 vom 24. Juli 2014 E. 7.3). Da sich ein solcher Abzug als nicht gerechtfertigt erweist, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, womit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 20 % resultiert.

E. 5.5

Bei der am 18. Juli 1964 geborenen und im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 26. März 2018 (Urk. 2) 53 Jahre alten Beschwerdeführerin ist nach einem fast 6-jährigen Rentenbezug vom Grundsatz der Verwertbarkeit der verbesserten oder wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung auszugehen (vgl. BGE 141 V 5 E. 4.2.1; Urteile des Bundesgerichts 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3 und 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2).

E. 5.6

Nach dem Gesagten hob die Beschwerdegegnerin die Rente der Beschwerdeführerin zu Recht auf.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

E. 8

).

Die ausführliche psychopathologische Befundaufnahme (vgl. Urk. 8/223 S. 86 ff.)

ergab in Bezug auf die Affektivität lediglich eine leicht deprimierte Stimmungslage, eine leichte reduzierte Schwingungsfähigkeit, Insuffizienz- und Schuldgefühle sowie eine leicht affektlabile Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 8/223 S. 88), weswegen die diagnostizierte Dysthymia (ICD-10 F34.1) plausibel erscheint. In schlüssiger Weise verneinten die Gutachter unter Bezugnahme auf die entsprechenden ICD-Kriterien das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), erachteten hingegen die Kriterien einer lediglich leicht ausgeprägten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) als erfüllt (vgl. Urk. 8/223 S. 93 f.). Auch hinsichtlich des Vorliegens einer PTBS führten sie nachvollziehbar aus, dass nicht sämtliche Kriterien erfüllt seien (vgl. Urk. 8/223 S. 94 f.).

Diesbezüglich besteht eine Übereinstimmung mit den Gutachtern der MEDAS A.____, die eben falls nicht alle Kriterien einer PTBS als erfüllt betrachteten und deshalb nur die Verdachtsdiagnose einer PTBS stellen (vgl. E. 4.4). Auch Dr. J.____ hatte keine PTBS diagnostiziert (E. 3.6). Die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an den Mini-ICF-APP ergab schliesslich keine Beeinträchtigungen respektive Einschränkungen (vgl. Urk. 8/223 S. 89 ff.).

Da keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde, ist das Absehen von einem ausführlichen strukturierten Beweisverfahren (vorstehend E. 1.2) nicht zu beanstanden. Dem Gutachten lässt sich hinsichtlich der

Standardindikatoren Folgendes entnehmen: Ein erheblicher Schweregrad hinsichtlich der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist nicht ausgewiesen, konnte doch lediglich eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) festgestellt werden und das Ausmass der chronischen Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) ist leicht (Urk. 8/223 S. 86 ff. , S. 108). Eine schwere Ausprägung des psychischen Leidens fällt ausser Betracht. Hinsichtlich Behandlungs- und Eingliederungs erfolg und –resistenz kann nicht von einer therapeutisch nicht mehr angehbaren Störung ausgegangen werden. Es erfolgt eine wöchentliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung . Aller dings besteht e ine Diskrepanz zwischen den als eingenommenen angegebenen Substanzen und deren fehlendem Nachweis im Blutserum (Urk. 8/223 S. 86 , S. 92, S. 98). Als somatische Komorbidität sind vor allem die bewegungs- und belastungsabhängigen lumbo vertebrealen Schmerzen zu nennen (Urk. 8/223 S. 101 Ziff. 6.1 -6.2) . In den Komplexen Persönlichkeit und sozialer Kontext ergeben sich sodann keine wesentlichen, einschränkenden Faktoren. Das soziale Umfeld ist intakt. Die Beschwerdeführerin lebt in einer Partnerschaft, teilt sich das Sorgerecht der Kinder mit ihrem Ex-Mann und hat viele Freunde (Urk. 8/223 S. 80 f.). Hinsichtlich der Konsistenz ergibt sich schliesslich, dass anlässlich der Untersuchung ein symptomverstärkendes Verhalten beobachtet werden konnte (vgl. Urk. 8/223 S. 95 f.). Bereits die neuropsychologische Exploration deutete auf ein Aggravationsverhalten hin (vgl. Urk. 8/223 S. 74 ff., S. 107 f.) und auch in sämtlichen anderen Teiluntersuchungen wurden Verdeutlichungstendenzen sowie Diskrepanzen erkannt. So wurde beispielsweise der Tagesablauf anlässlich der einzelnen Teilgutachten unterschiedlich beschrieben (vgl. Urk. 8/223 S. 45 f., S. 52, S. 62 f., S. 68, S. 97 f., S. 108 f.). Die Einschätzung einer aus psychiatrischen Sicht vollständigen Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/223 S. 98) erscheint nach dem Gesagten plausibel und nachvollziehbar. Hinsichtlich der abweichenden Einschätzungen der Gutachter der MEDAS A.____ sowie von Dr. J.____ hielten die Gutachter des B.____ nachvollziehbar und plausibel fest, weshalb diese nicht nachvollziehbar seien und es sich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts handle (vgl. Urk. 8/223 S. 99 f., S. 110 Ziff. 7.6, S. 112). Die von der Beschwerdeführerin gegen das psychiatrische Teilgutachten vorgebrachten Einwände (vgl. Urk. 1 S. 11 ff. Ziff. 14) erweisen sich zuletzt als nicht stichhaltig. So erfolgte eine genügende Auseinandersetzung mit den Vorberichten (vgl. Urk. 8/223 S. 98 ff.) und e in Widerspruch des Gutachtens in sich kann aus den zitierten Fundstellen (vgl. Urk. 8/223 S. 48 und S. 84) betreffend die Angstsymptome nicht erkannt werden .

Somit ist festzuhalten, dass aus medizinischer Sicht gestützt auf das beweiskräftige polydisziplinäre Gutachten des B.____ von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin auszugehen und dieser jegliche Tätigkeit in Beachtung des aus rheumatologischer Sicht erstellten Belastungsprofils wiederum zu 80 % zumutbar ist. Damit besteht in jedem Fall Anlass zur Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (vorstehend E. 1.3).

E. 9

00.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt , zufolge 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. 3'60 1.- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse

entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG 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 Die Vorsitzende i.V. Die Gerichtsschreiberin Käthe Meierhans

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