

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00432 vom 16. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00432

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00432 du 16 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00432 del 16 maggio 2019

Erwägungen

E. 1

der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision

per Ende April 2018 auf (Urk. 7/222 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsr echts, 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 kom menden 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

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspre chung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Renten an spruch zu beeinflussen

E. 1.3

Nach lit . a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbe stim mungen der Änderung vom 1 8. März 2011 des Bundesgesetz es ü ber die Invali den versicherung, 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 Grund lage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Ände rung 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 verfas sungs - 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 zugesprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche Rentenzusprache aber bereits in Beachtung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, bleibt kein Raum für ein Rückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmung (BGE 140 V 8 E. 2).

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 – auseinandergehalten werden können. Ein organisch bedingter 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 Rentenzusprechung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachtliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren 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 Rentenzusprechung 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 (« nichtsyndromale ») Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht, das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung 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. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen).

Da der Bestand laufender Renten wesentlich von medizinischen Aspekten abhängt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich – auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten – der Beurteilung durch die Verwaltung und deren regionalen ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.2).

E. 1.4

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiterentwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 142 V 342) in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien», vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 49 E. 1.2, je wiedergegeben BGE 139 V 547 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl.

BGE 142 V 106 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_676/201

E. 1.5

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sowie seit BGE 143 V 418 grundsätzlich bei sämtlichen psychischen Erkrankungen sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» - Komplex «Gesundheitsschädigung» - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex «Sozialer Kontext» - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und

E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex «Gesundheitsschädigung») auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 1.6

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3). 1.

E. 2

Die Versicherte erhob am 8. Mai 2018 Beschwerde

gegen die Verfügung vom 27. März 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, und es sei festzustellen, dass sie weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Rente habe. Eventuell sei ein Gerichtsgutachten einzuholen, subeventuell die Sache zu ergänzenden Abklärungen und neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 18. Juni 2018 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin am 25. Juni 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die Rentenzusprache

sei aufgrund einer Diagnose erfolgt, die zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne organische Grundlage gehöre. Bezüglich des aktuellen Gesundheitszustands sei auf das Y.____-Gutachten abzustellen. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sei hinsichtlich des Aktivitätsniveaus und der Ressourcen nachvollziehbar. Ein erhöhter Leidensdruck, welcher einen invalidisierenden Gesundheitsschaden rechtfertigen würde, sei damit nicht begründet, weshalb kein Anspruch mehr auf eine Rente bestehe (S. 1 f.). Die von der Beschwerdeführerin nachträglich eingereichten ärztlichen Berichte änderten nichts an diesem Ergebnis (S. 3).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin hielt dem in ihrer Beschwerde (Urk. 1) zusammenfassend (S. 4 Ziff. 7) entgegen, die Voraussetzungen für eine Rentenaufhebung seien nicht erfüllt. Zum einen sei die ursprüngliche Rentenzusprache nicht ausschliesslich aufgrund der Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes erfolgt (vgl. dazu S. 4 f. Ziff. 8). Im Weiteren könne wegen Mängeln in der Begutachtung nicht auf das Y.____-Gutachten abgestellt und damit auch nicht von einer Änderung beziehungsweise Verbesserung des Gesundheitszustands ausgegangen werden (vgl. dazu S. 5 ff. Ziff.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die gestützt auf lit. a Abs. 1 SchlB

IVG

6. IV-Revision

verfügte Rentenaufhebung rechtmässig ist. 3. 3.1

Bei der im Jahr 2006 zugesprochenen halben Rente ab Dezember 2005 stellte die Beschwerdegegnerin vollumfänglich auf die Einschätzung des Unfallversicherers ab (vgl. Urk. 7/86/4 oben). Medizinische Grundlage für den Entscheid des Unfallversicherers (vgl. Urk. 7/68 S. 1 Ziff. 1) und auch der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 7/76 S. 4 unten) bildete insbesondere das vom Unfallversicherer beim Zentrum Z.____ veranlasste rheumatologisch-psychiatrische Gutachten vom 22. Juli 2004 (Urk. 7/63 /1-21). 3. 2

Im Gutachten vom 22. Juli 2004 (Urk. 7/63 /1-21) nannten die Ärzte des Zentrums Z.____

folgende Diagnosen (S. 17 unten): - chronisches zervikovertebrales und - zephalas Syndrom mit spondylogenen Manifestationen im linken Arm mit/bei - Status nach HWS-Distorsionstrauma am 9. Mai 1996 bei Autounfall - rezidivierenden zervikogenen Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden - leichter bis mittelgradiger Depressivität

Der rheumatologische Gutachter führte aus, zum heutigen Zeitpunkt bestünden nach wie vor wechselnde Nacken- und Kopfschmerzen mit Schmerzmittel einnahme und Teilzeitarbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Anzeigenverkäuferin bei einem Verlag. Klinisch imponierten starke perazervikale Schmerzhaftigkeiten in der gesamten HWS sowie unspezifische Empfindlichkeiten in der linken Nackenmuskulatur bei lediglich leichteren schmerzbedingten Einschränkungen und zervikothorakaler Minderfunktion. Nach wie vor könnten keine neurologischen Defizite erfasst werden. Die strukturelle Standortaufnahme zeige ein unauffälliges Röntgen der HWS ohne die Entwicklung von degenerativen Veränderungen im Vergleich zu den Voraufnahmen (S. 17 Mitte). Die Krankheitsanamnese lasse an einem HWS-Distorsionstrauma nicht zweifeln. Der Verlauf zeige ein stark wechselndes Beschwerdebild mit Stress und Belastungen als auslösende Faktoren. Relevante strukturelle Veränderungen könnten in der HWS nicht nachgewiesen werden. Eine diskrete Diskusprotrusion C5/6 sei nicht verantwortlich für die Schmerzkrankheit und eine objektivierbare Verschlimmerung könne im Verlauf nicht nachgewiesen werden (S. 18 oben). Die Beeinträchtigung aus rheumatologischer Sicht sei bei nachvollziehbaren Befunden unter Berücksichtigung der psychiatrischen Befunde mit Krankheitswert bei 50 % einzustufen (S.

20 Mitte). Diese Arbeitsfähigkeit gelte für sämtliche Tätigkeiten (vgl. S. 20 unten).

Der psychiatrische Gutachter führte in seinem Teilgutachten vom 9. Juni 2004 (Urk. 7/63/22-49) aus, aufgrund der Depressivität mit rezidivierenden Phasen und fluktuierendem Verlauf und der diesbezüglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen könne eine Verminderung der Arbeitsunfähigkeit (gemeint wohl: Arbeitsfähigkeit) von 30 % angenommen werden (S. 24 unten). 4. 4.1

Im Rahmen der ersten Revision im Jahr 2008

berichtete der Hausarzt Dr. med.

A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 19. Mai 2008 (Urk. 7/98) von einem stationären Gesundheitszustand (Ziff. 4.1). Er nannte folgende Diagnosen (Ziff. 1): - chronisches, linksbetontes zervikobrachiales Syndrom mit/bei - Status nach zervikalem HWS-Distorsionstrauma vom 9. Mai 1996 - deutlichen muskulären Dysbalancen der paravertebralen und absteigenden Schulter-Nackенmuskulatur und sekundärer Funktionseinschränkung

Dr. A.____ führte aus, es bestehe weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit als Angestellte in der Werbebranche (Ziff. 2), wo die Beschwerdeführerin weiterhin in einem Pensum von etwa 50 % tätig sei (Ziff. 3.3). Es bestehe eine bleibende Minderbelastbarkeit mit Funktionseinschränkungen der oberen, mittleren und unteren HWS und chronischen Zervikobrachialgien linksbetont in Folge des erlittenen zervikalen HWS-Distorsionstraumas (Ziff. 3.3). 4. 2

Anlässlich der zweiten Revision im Jahr 2010 berichtete Dr. A.____ am 19. März 2010 (Urk. 7/111/3), die Diagnose sei unverändert (Ziff. 2). Im Rahmen der neuen Rolle als alleinerziehende Mutter eines infektaanfälligen Sohnes sei es in Folge der erhöhten

psychophysischen Belastung nach zervikalem HWS-Distorsionstrauma aber zu einer langdauernden Verschlechterung der Symptome (myofasziale

Zervikobrachialgien , Zephalgien , Schwindel, Konzentrations stö rungen, Schlafstörungen) gekommen (Ziff. 3). Die Prognose bezüglich Wiederer langung der vorbestehenden 50%igen Arbeitsfähigkeit als Angestellte in der Werbebranche sei nur mit einer Verzögerung gegeben (Ziff. 4). 5. 5.1

Im Rahmen der nun strittigen Rentenüberprüfung berichtete

Dr. A.____

am 14. März 2014 (Urk. 7/138 / 6-11), seit der letzten Berichterstattung zeige sich insgesamt ein weitgehend unveränderter Befund mit bleibenden Zervikalgien , einer Tendenz zu Kephalgien und Schwindel, dies vor allem in Belast u ngs situa tionen sowie mit Parästhesien im Bereich der Dig IV und V links vor allem bei erhöhtem muskulärem Tonus und in Stresssituationen (Ziff. 1.4) . Weiterhin sei von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % in der ursprünglichen Tätig keit als Angestellte in der Werbe branche auszugehen (Ziff. 1.6). 5.2

Aktenkundig ist des Weiteren ein vom Unfallvers icherer veranlasstes polydis zip linäres Gutachten des Zentrums B.____ vom 18. Februar 2011 (Urk. 7/133), gemäss welchem keine Diagnose mit Auswir kungen auf die Arbeitsfähigkei t zu stellen waren. Als Diagnosen ohne Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter ein angegebenes chro nisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) nach Autokollision (1996) und vermehrter Reizoffenheit/Beschwerde empfindung bei anankastischer Persönlichkeitsstruktur. Ferner einen Status nach HWS-Bagatell-distorsion QTF I anlässlich Seitenkollisionstrauma vom 9. Mai 1996, keine Folgen, ein unspezifisches myofaszielles

Zervikalsyndrom , einen episodischen Spannungskopfschmerz sowie eine Adipositas mit einem BMI von 31.5

kg/m² (S. 24 Ziff. 4). Die Ärzte führten aus, die von der Beschwerdeführerin angegebene Beschwerdesymptomatik sei weder auf neurologischem, psychiatri schem, noch auf orthopädischen Fachgebiet durch objektivierbare Befunde erklä r bar. In allen drei Fachgebieten werde demgemäss die Arbeitsfähigkeit sowohl für die angestammte als auch für eine Verweistätigkeit mit 100 % bewertet (S. 24 f. Ziff. 5). 5.3

Am 16. August 2016 erstatteten die Ärzte des Y.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/183/2-35). Sie stützten sich auf di e ihnen überlasse nen Akten und die nachträglich eingegangenen Unterlagen (S. 4 ff.) sowie ihre am 20. Juni 2016 durchgeführten allgemeininternistischen (S. 11 ff.), psychia trischen (S. 13 ff.), orthopädischen (S. 21 ff.) und neurologischen (S. 26 ff.) Untersuchungen (vgl. S. 1).

Die Gutachter konnten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 31 Ziff. 5.1). Folgenden

Diagnosen massen sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkei t bei (S. 31 Ziff. 5.2): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - anankastische Persönlichkeitszüge - anamnestisch chronisches linksbetontes zervikobrachiales Schmerz syn drom - auf orthopädischer Ebene kein objektivierbarer pathologischer Befund - Status nach Autounfall mit HWS-Beschleunigungsverletzung am

9. Mai 1996 - Adipositas mit BMI von 30 kg/m²

In der Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, bei der orthopädischen Untersuchung des Rumpfes habe sich lediglich eine etwas hypotrophe paravertebrale Muskulatur vor allem im lumbalen Bereich gezeigt. Palpatorisch seien keine Auffälligkeiten der HWS oder der Nackenmuskulatur erkennbar gewesen. Die Arme hätten beidseits an den Schultern frei bewegt werden können mit guter Kraftentfaltung.

Bei der neurologischen Untersuchung seien die radikulären

HWS-Provokationsmanöver negativ gewesen. Tonus und Trophik der Arme seien normal, die Muskeleigenreflexe symmetrisch mittellebhaft bis lebhaft auslösbar gewesen und Paresen oder sensible Ausfälle hätten gefehlt. Die Tinel-Zeichen seien über beiden volaren Handgelenken positiv, die Phalen-Tests beidseits negativ gewesen.

Neurographisch habe keine Neuropathie des Nervus

medianus oder ulnaris links nachgewiesen werden können. Es hätten sich auch keine Hinweise in Richtung eines Thoracic-Outlet-Syndroms ergeben. Auf alten MRI-Bildern der HWS vom August 2000 sei eine Diskusprotrusion C5/6 zu sehen, ohne Irritation neuraler Strukturen. Die von der Beschwerdeführerin angegebene Kopfschmerzsymptomatik könne als zervikogen interpretiert werden. Phänomenologisch handle es sich um Spannungstypkopfschmerz, wobei die Exazerbationen auch migräniforme Elemente zeigten. Aus neurologischer Sicht habe keine Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden können.

Bei der psychiatrischen Untersuchung sei aufgefallen, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden können. Es könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt werden. Die gelegentlich auftretenden, leichten depressiven Verstimmungen seien im Rahmen der Schmerzstörung einzuordnen. Es hätten sich keine Hinweise für das Vorhandensein einer eigenständigen depressiven Erkrankung gefunden. Weiter hätten zwanghafte-perfektionistische Persönlichkeitszüge diagnostiziert werden können. Die psychiatrischen Diagnosen bedingten jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch aus allgemeininternistischer Sicht habe keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können.

Insgesamt gelangten die Gutachter aus polydisziplinärer Sicht zum Schluss, dass sowohl für die angestammte Tätigkeit als kaufmännische Angestellte als auch für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit zeitlich und leistungsmässig eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 32 f. Ziff. 6.2). 5.4

Am 31. Januar 2017 (Urk. 7/203) berichtete PD Dr. phil. C.____, die Beschwerdeführerin stehe seit Juli 2016 bei ihr in psychologischer Behandlung. Sie wies darauf hin, dass im Y.____-Gutachten gewisse Aussagen, namentlich im Zusammenhang mit der Kindheit der Beschwerdeführerin und ihrer Beziehung zu ihren Eltern, offensichtlich nicht korrekt wiedergegeben worden seien, weshalb sich die Frage nach der Sorgfältigkeit bei der Erhebung der Anamnese stelle (S. 2 oben). Die Beschwerdeführerin zeige neben einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) mit Vermeidung, Intrusionen und Hyperarousal. Im Gutachten werde diese schwere Symptomatik nicht erwähnt (S. 2 Mitte). Die Beschwerdeführerin sei nur sehr begrenzt belastbar und zum jetzigen Zeitpunkt maximal 30

% arbeitsfähig (S. unten). 5. 5

In ihrem Bericht vom 17. Juni 2017 (Urk. 7/206/1-4) über die Notfalluntersuchung der Beschwerdeführerin vom gleichen Tag diagnostizierten die Ärzte des Universitätsspitals D.____, Klinik für Neurologie, eine transiente rechtsseitige Ptosis mit Erstmanifestation am 1. Juni 2017 (S. 1 Mitte). Sie führten aus, die Ätiologie der Beschwerden sei derzeit noch offen (S. 4 oben).

In ihrem Bericht vom 17. Juli 2017 (Urk. 7/206/5-7) diagnostizierten die Neurologen des D.____ eine seropositive

Myasthenia

gravis, rein okulär (S. 1 Mitte). Sie führten aus, subjektiv und objektiv zeige sich ein erfreulicher Verlauf mit aktuell fehlenden manifesten oder belastungsinduzierten fokalen neurologischen Defiziten. Aufgrund der Klinik werde zunächst keine immunsuppressive Therapie/Steroidgabe oder Thymektomie empfohlen (S. 3 unten). 5.6

Am 25. August 2017 nahmen der psychiatrische und der orthopädische Gutachter des Y.____

Stellung zu der von PD

Dr. C.____ (vorstehend E. 5.4) und der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 7/196) am Gutachten erhobenen Kritik (Urk. 7/208).

Sie hielten fest, aus psychiatrischer Sicht könne die Diagnose einer PTBS

nicht bestätigt werden (S. 2 Mitte). Anlässlich der orthopädischen Untersuchung habe sich - ungeachtet der speziellen Umstände, welche letztlich dazu geführt hätten, dass die Untersuchung etwas verkürzt durchgeführt werden müssen - ohne namhafte Zweifel feststellen lassen, dass an den muskuloskelettalen Strukturen keine pathologischen Befunde vorlägen, die eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten plausibel zu begründen vermöchten (S. 3 oben). Insgesamt ergäben sich keine Änderungen in ihrer gutachterlichen Beurteilung (S. 3 Mitte). 5.7

In ihrem Bericht vom 30. Oktober 2017 (Urk. 7/215) hielt

Dr. C.____ dem entgegen, die PTBS sei nur verständlich, wenn die Vorgeschichte der Beschwerdeführerin berücksichtigt werde. Die Beschwerdeführerin habe in ihrer Kindheit Vernachlässigung und schwere Verlusterlebnisse erlebt. Vom Vater ihres Sohnes sei sie schwerst misshandelt worden. Noch heute habe sie Angst vor ihm. Wegen der sexuellen und gewalttätigen Übergriffe verwundere es nicht, dass sie sich gegenüber dem männlichen Gutachter nicht offen äussern können (S. 1). Der Unfall habe die Symptomatik entscheidend verschlimmert und schliesslich zur Dekompensation geführt. Die Vorerfahrungen hätten dazu geführt, dass die Beschwerdeführerin eine PTBS entwickelt habe (S. 2). 5.8

Am 19. Oktober 2017 (Urk. 7/218) berichtet Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, die Beschwerdeführerin erlebe momentan eine hochgradig belastende persönlich-familiäre Situation, welche einhergehe mit schwankenden Beschwerden. Bezogen auf die Myasthenie-spezifischen Symptome stehe vor allem eine fluktuierende, rechtsbetonte bilaterale Ptose im Vordergrund. Eine neuartige Entwicklung im Sinne einer

Dekompensation der myasthenen Erkrankung sei ansonsten trotz der angespannten Situation nicht vorhanden (S. 2 oben). In Anbetracht der Gesamtkonstellation bleibe er der Meinung, dass die Beschwerdeführerin mittelfristig eine immunsuppressive Therapie brauchen werde, bei weiterhin bestehendem, konkretem Risiko einer Generalisierung in Anbetracht der deutlichen serologischen Zeichen einer fortlaufenden Krankheitsaktivität trotz bislang oligosymptomatischer, örtlich begrenzter Manifestation (S. 2 Mitte). 5.9

In ihrer Stellungnahme vom 1. März 2018 (Urk. 7/219 S. 7 f.) führte eine Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) aus, die transitorische, rein okuläre

Myasthenia

gravis sei sowohl medikamentös behandelbar als auch ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 unten). 6. 6.1

Die ursprüngliche

Rentenzusprache erfolgte im Zuge eines im Jahr 1996

erlittenen HWS-Distorsionstraumas. Im seinerzeit ausschlaggebenden Gutachten der Ärzte des Zentrums Z.____

aus dem Jahr 2004 (vorstehend E. 3.2) gingen die Ärzte in diagnostischer Hinsicht von einem chronischen zervikovertebralen und – zephalen

Syndrom mit spondylogenen Manifestationen im linken Arm mit/bei Status nach HWS-Distorsionstrauma, rezidivierenden zervikogenen Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden sowie leichter bis mittelgradiger Depressivität aus.

Auf der Befundebene sind dem Gutachten keine organischen Pathologien zu entnehmen. Die Ärzte nannten insbesondere keine organische Ursache für das als Diagnose angeführte chronische zervikovertebrale und – zepale Syndrom. Vielmehr wiesen sie darauf hin, dass weder neurologische Defizite noch relevante strukturelle Veränderungen der HWS nachgewiesen werden können und auch die Röntgenuntersuchung der HWS unauffällig ausgefallen sei. Ihrer Einschätzung, wonach die Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin aus «rheumatologischer Sicht bei nachvollziehbaren Befunden unter Berücksichtigung der psychiatrischen Befunde mit Krankheitswert» bei 50 % einzustufen sei, fehlt es damit an einer durch organische Befunde untermauerten Grundlage. Dementsprechend wiesen auch die Y.____-Gutachter (vorstehend E.

5.3) darauf hin, dass unklar bleibe, welche körperlichen Befunde der damals begutachtende Rheumatologe

als nachvollziehbar erachtet habe, nachdem seine Untersuchungen keine pathologischen Ergebnisse gezeigt hätten

und er sich bei der gestellten Diagnose im Wesentlichen auf die subjektiven Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin gestützt habe (Urk. 7/183 S. 26 oben).

In ihrer Beschwerde konnte auch die Beschwerdeführerin keine einschlägige Pathologie bezeichnen. Ihre Ausführungen erschöpfen sich vielmehr im Verweis auf die von den damaligen Gutachtern und dem RAD (vgl. dazu Urk. 7/76 S. 4 unten) «aus rheumatologischer Sicht bei nachvollziehbaren Befunden» festgelegte Arbeitsunfähigkeit von 50 %, ohne dass sie konkret darlegte, welches denn die nachvollziehbaren Befunde sind (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 8).

Damit aber steht fest, dass die

Rentenzusprache im Jahr 2006 allein aufgrund der Folgen der unfallbedingten HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle erfolgte. Ein Mischsachverhalt im Sinne der Rechtsprechung, bei welchem unklare und erklärbare Beschwerden bestehen, ist nicht gegeben. Nachdem anlässlich der Rentenzusprache im Jahr 2006 unbestrittenermassen keine Zumutbarkeits- beziehungsweise Überwindbarkeitsprüfung durchgeführt wurde, ist eine Überprüfung der Rente nach lit. a Abs. 1 SchlB

IVG

6. IV-Revision grundsätzlich möglich (vgl. vorstehend E. 1.3-4) . 6.2

Die zwei rentenbestätigenden Revisionen basierten auf Formularberichten des Hausarztes Dr. A.____, welcher im Wesentlichen unveränderte Diagnosen nannte und dementsprechend von einem stationären (vorstehend E. 4.1) beziehungsweise von (nicht versicherten) psychosozialen Faktoren in einem verschlechterten (vorstehend E. 4.2) Gesundheitszustand berichtete, und – abgesehen von muskulären Dysbalancen der paravertebralen und absteigenden Schulter-Nacktmuskulatur –

(weiterhin) keine organischen Befunde erhob . 6.3

Im Rahmen der aktuellen Abklärungen konnte ebenfalls keine organische Pathologie nachgewiesen werden. Objektivierbare Befunde, welche die Beschwerden der Beschwerdeführerin zu erklären vermöchten, wurden sowohl von den B.____ - Gutachtern (vgl. vorstehend E. 5.2) als auch von den

Y.____ -Gutachtern (vgl. vorstehend E. 5.3) verneint und der Hausarzt Dr. A.____ nannte abermals kein organisches Korrelat für die von ihm beschriebenen Zervikalgien mit Tendenz zu Kephalgien und Schwindel (vgl. vorstehend E. 5.1). 6.4

Was die zeitliche Anwendbarkeit von

lit. a der Schlussbestimmung zur 6. IV-Revision anbelangt, so wurde die Rentenüberprüfung unbestrittenermassen zwischen Anfang 2012 und Ende 2014 und damit innert der gesetzlich vorgeschriebenen Dreijahresfrist (vgl. dazu BGE 140 V 15 E. 5.3.4.2) eingeleitet (Urk. 7/137, vgl. auch Urk. 7/189). 6.5

Sodann bezog die Beschwerdeführerin am 1. Januar 2012 die Invalidenrente noch nicht seit mehr als 15 Jahren und ist auch noch nicht 55-jährig, weshalb sie sich zu Recht nicht auf die für solche Rentenbezüger geltende Schutzbestimmung nach lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmung zur 6. IV-Revision beruft. 7.

E. 7

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). 2.

E. 7.1

Zu prüfen ist im Folgenden, ob im Zeitpunkt der nun strittigen Revision die Voraussetzungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG erfüllt waren (vorstehend E. 1.3). Zur Beurteilung dieser Frage holte die Beschwerdegegnerin ein polydisziplinäres Gutachten beim Y.____ ein (vorstehend E. 5.3).

E. 7.2

Das Y.____ -Gutachten (Urk. 7/183) ist für die streitigen Belange umfassend. Es beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der umfangreichen Vorakten abgegeben. Berücksichtigt und in die Würdigung miteinbezogen wurden insbesondere das Gutachten des Zentrums Z.____ aus dem Jahr 2004 (vorstehend E. 3.2) , das B.____ -Gutachten aus dem Jahr 2011 (vorstehend E. 5.2) sowie diverse Berichte des Hausarztes Dr. A.____

und der behandelnden Psychologin, lic . phil. F.____, Klinik Z.____

(vgl. S. 8 f., S. 20 f. Ziff. 4.1.6, S. 25 f. Ziff. 4.2.7, S. 26 f. Ziff. 4.3.1.1 , S. 31 Ziff. 4.3.7).

Soweit die Beschwerdeführerin

vorab geltend machte, aufgrund der fehlenden rheumatologischen Begutachtung sei das Y.____ -Gutachten als unvollständig zu erachten (Urk. 1 S. 6 oben) , ist ohne Weiterungen auf Erwägung 6 des Urteils vom 2. November 2015 (Urk. 7/168) zu verweisen, wo im Rahmen des Beschwerdeverfahrens betreffend die von der Beschwerdegegnerin verfügte Gutachtensanordnung zum Einwand der Beschwerdeführerin , wonach statt einer orthopädischen eine rheumatologische Begutachtung durchzuführen sei (vgl. Beschwerde vom 6. März 2015, Urk. 7/161/3 ff. S. 6 Ziff. 10) , Stellung genommen wurde.

E. 7.3

Die Y.____ -Gutachter gelangten unter Hinweis auf fehlende pathologische

Befunde auf orthopädischem, neurologischem , allgemeininternistischem und psychiatrischem Fachgebiet zum nachvollziehbaren Schluss, dass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist . Diese Einschätzung deckt sich mit der Beurteilung durch die

B.____ -Gutachter (vorstehend E. 5.2).

Die Beschwerdeführerin machte geltend , dass sowohl das orthopädische als auch das psychiatrische Teilgutachten mangelhaft seien und daher nicht darauf abgestellt werden könne (Urk. 1 S. 6 ff.). Die Rüge der Beschwerdeführerin, wonach der psychiatrische Gutachter die Einholung von Fremdauskünften, namentlich der behandelnden Psychologen, unterlassen habe, erweist sich als nicht stichhaltig, nachdem verschiedene Berichte von lic . phil. F.____ aktenkundig und den Gutachtern bekannt waren (vgl. dazu vorstehend E. 7.2) und sich der psychiatrische Gutachter im Rahmen seiner ergänzenden Stellungnahme (vorstehend E. 5.6) auch mit der Beurteilung der die Beschwerdeführerin (neu) behandelnden PD

Dr. C.____ auseinandersetzte. Abgesehen davon sind Fremdanamnesen rechtssprechungsgemäss nicht zwingend erforderlich (Urteil des Bundesgerichts 8C_215 /2012 vom 11. Juli 2012 E. 7.4). Was sodann die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Fehlerhaftigkeiten in der Anamneseerhebung – insbesondere ihre Kindheit und

die Beziehung zu ihren Eltern betreffend – anbe langt, so sind diese nicht geeignet, die gutachterlichen Schlussfolgerungen in Frage zu stellen. Abgesehen davon, dass der psychiatrische Gutachter in seiner ergänzenden Stellungnahme (vorstehend E. 5.6) bestätigte, dass die Beschwerdeführerin ihm gegen über explizit von einer schönen Kindheit

erzählt und die von PD

Dr. C.____ (vorstehend E.

5.4) berichteten Schwierigkeiten und Belastungen in der Kindheit nicht erwähnt habe, legte er nachvollziehbar dar, dass auch unter Berücksichtigung der schwierigen Kindheit keine psychiatrische Störung, insbesondere keine PTBS, vorliegt, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtigt. Dabei vermag seine Begründung zu überzeugen, dass es sich bei dem erlittenen Unfall nicht um einen schweren Unfall gehandelt hat, die Beschwerdeführerin zudem explizit angibt, dass sie weiterhin Auto fährt und auch nicht von der Fahrfähigkeit ebenfalls aufhebenden

-

Flashbacks in Bezug auf den Unfall berichtet. Als einleuchtend erweist sich auch sein Hinweis darauf, dass die Beschwerdeführerin eine gute Schülerin war, das Gymnasium erfolgreich abschloss und später bei der Arbeit gute Leistungen erzielte (Urk. 7/208 S. 2). Soweit PD

Dr. C.____ im Bericht vom Oktober 2017 (vorstehend E. 5.7) die Diagnose einer PTBS schliesslich (auch) unter Hinweis auf die von der Beschwerdeführerin erlebte Gewalt durch den Vater ihres Kindes begründete, bleibt anzufügen, dass die diesbezüglichen Ausführungen unspezifisch bleiben und so

keine rechtsgenügende Grundlage bilden für die Annahme eines oder mehrerer traumatisierender Ereignisse von aussergewöhnlicher Schwere (vgl. die Formulierung in den diagnostischen Leitlinien zu ICD-10 F43.1) beziehungsweise auslösender Traumata von hinreichender Schwere (vgl. BGE 142 V 343 E. 5.2.2), wie sie von der Diagnose einer PTBS im Sinne der ICD-10 erfasst sind. Damit steht fest, dass die Berichte von PD

Dr. C.____ die Beurteilung durch die

Y.____-Gutachter nicht in Zweifel zu ziehen vermögen und sich gestützt darauf nicht zuletzt aufgrund der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) auch keine weiteren Abklärungen aufdrängen.

Hinsichtlich der orthopädischen Untersuchung machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, der Gutachter sei voreingenommen und empathielos gewesen und die Untersuchung habe gar abgebrochen werden müssen, nachdem sie unter der Behandlung durch diesen Gutachter zusammengebrochen sei, nur noch geweint und gar habe erbrechen müssen. Dass die orthopädische Begutachtung etwas verkürzt durchgeführt wurde und sich die Beschwerdeführerin dabei unwohl fühlte beziehungsweise sie den Gutachter als unhöflich empfand, geht aus dem Y.____-Gutachten selbst (Urk. 7/183 S. 23 Mitte, S. 24 Mitte) hervor und wurde seitens des Gutachters in der ergänzenden Stellungnahme (vorstehend E.

5.6)

auch nicht in Abrede gestellt. Auch wenn die Begutachtung nicht von gegenseitiger Sympathie getragen gewesen sein mag, finden sich aber keine Anhaltspunkte dafür, dass die gutachterliche Beurteilung nicht objektiv ausgefallen ist. Insbesondere wurden die gezogenen Schlussfolgerungen anhand der ausführlich dargelegten objektiven Befundlage (Urk. 7/183 S. 22 f.) nachvollziehbar begründet und der orthopädische Gutachter bestätigte in der ergänzenden Stellungnahme, dass die relevanten Befunde am Bewegungsapparat erhoben werden konnten (Urk. 7/208 S. 3). Was sodann die von der Beschwerdeführerin als falsch gerügte gutachterliche Feststellung nicht vorhandener Einschränkungen durch körperliche Belastungen im Alltag angeht, wird die gutachterliche Beurteilung dadurch nicht in Frage gestellt. Denn entscheidend ist, dass orthopädischerseits keine Befunde erhoben werden konnten, welche die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Einschränkungen durch körperliche Belastung zu erklären vermöchten.

Insgesamt leuchtet das Y.____-Gutachten auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und es enthält einleuchtend begründete Schlussfolgerungen. Damit erfüllt es die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.7), weshalb grundsätzlich darauf abzustellen ist.

E. 7.4

Die Beschwerdeführerin machte weiter geltend, das Y.____-Gutachten vermöge den gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung erforderlichen Anforderungen an ein strukturiertes Beweisverfahren (vgl. dazu vorstehend E. 1.4-5) nicht zu genügen (Urk. 1 S. 9 oben).

Der psychiatrische Gutachter machte im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 7/183 S.

E. 7.6

Zusammenfassend ist der Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung kein die Arbeitsfähigkeit einschränkender Gesundheitsschaden bestand.

Auf die beschwerdeweise beantragten weiteren Abklärungen (Urk. 1 S. 9 Ziff. 13) kann daher verzichtet werden. Bei diesem Ergebnis rübrigt sich auch die Ermittlung des IV-Grades anhand eines Einkommensvergleichs. Auf die diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 10 f.) ist nicht weiter einzugehen.

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin die halbe Rente der Beschwerdeführerin zu Recht in Anwendung von lit. a Abs. 1 SchlT

6. IV-Revision aufgehoben hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 8.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Beat Wachter -
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 enthalten; der
angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,
soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons
Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannBarblan

E. 10

ff.). Weiter habe die Beschwerdegegnerin die aktuelle, gegenüber dem Zeitpunkt der
Begutachtung nochmals verschlechterte gesundheitliche Situation unrichtig beurteilt (vgl.
dazu S. 9 Ziff. 14). Schliesslich wäre eventualiter selbst dann, wenn auf das Y.____ -Gut
achten abge stellt werden könnte, eine Rentenaufhebung ausgeschlossen, da selbst für eine
Arbeitsfähigkeit von 100 % weiterhin ein Invaliditätsgrad von jedenfalls 50 % und damit
ein Anspruch auf die bisherige halbe Rente resultiere (vgl. dazu S. 10 f. Ziff. 15).

E. 13

ff.) Ausführungen zum Gesundheit s schaden (S. 17 Ziff. 4.1.3.1), zum sozia len Kontext
(S. 18 Ziff. 4.1.3.2), zu Behandlungen und Eingliederungen (S.

E. 18

Ziff. 4.1.3.3 und S.

24 Mitte). Vor diesem Hintergrund erscheint ein besonders hoher Leidensdruck fraglich,
wäre bei ausbleibendem Behandlungserfolg und anhaltenden Beschwerden doch zu
erwarten, dass sich die Beschwerdeführerin um andere Behandlungs ansätze bemüht.
Inwiefern die kürzlich aufgenommene Traumatherapie zur Lin derung der im Vordergrund
stehenden Schmerzproblematik beitragen soll, bleibt unklar.

Zusammenfassend ist a ufgrund der sich aus dem Y.____ -Gutachten ergebenden Angaben
zur Schwere des Leidens und zu dessen Konsistenz davon auszugehen , dass bei der
Beschwerdeführerin keine psychiatrische Störung mit funktionellen Auswirkungen v orlieg
t . E ine anspruchsrelevante Arb eitsunfähigkeit ist daher mit den Y.____ -Gutachtern zu
verneinen. 7 .5

In Bezug auf die nach der Begutachtung im Y.____ neu aufgetretene Gesund heits
problematik einer Myasthenia

gravis

bleibt festzuhalten, dass diese jedenfalls im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 27. März 2018 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer voraussichtlich bleibenden oder längere Zeit dauernden Erwerbsunfähigkeit führte. In seinem Bericht vom Oktober 2017 (vorstehend E. 5. 8) nannte der Neurologe Dr. E. ___ als im Vordergrund stehende Symptomatik (einzig) eine fluktuierende, rechtsbetonte bilaterale Ptose. Die von der Beschwerdeführerin im Verlauf geschilderten intermittierenden multiformen/multifokalen Symptome bezeichnete er grösstenteils als nicht-Myasthenie-assoziiert und sah diese eher auf einer neurovegetativen/ somatoformen Basis (Urk. 7/218 S. 1 unten).

Berichte, welche eine zwischenzeitlich eingetretene Verschlechterung dokumentieren würden, sind nicht aktenkundig. Im Übrigen bezeichnete die RAD-Ärztin die okuläre

Myasthenia

gravis als behandelbar. In diesem Sinne ist wohl auch der Bericht von Dr. E. ___ zu verstehen, welcher mittelfristig eine immunsuppressive Therapie als erforderlich erachtete. Im Falle einer Verschlechterung in Bezug auf das in Frage stehende Leiden ist die Beschwerdeführerin auf den Weg der Neuanmeldung zu verweisen.

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