

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00070 vom 9. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00070

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00070 du 9 juin 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00070 del 9 giugno 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin die bisherige halbe Rente zu Recht auf Ende Januar 2009 aufgehoben hat.

1.2. Die Beschwerdegegnerin machte geltend, gemäss ihren medizinischen Abklärungen habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Beurteilung im Februar 2006 verbessert. Es sei ihr eine ihren gesundheitlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit mit 80 % Leistungsfähigkeit bei 100 % Präsenz zumutbar. Gestützt auf den durchgeführten Einkommensvergleich resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 21 % (Urk. 2).

1.3. Die Beschwerdeführerin bringt verschiedene Einwände gegen das Gutachten des H.____ vor. Ihre seit über 10 Jahren existierende Schmerzproblematik sei nicht genügend gewürdigt worden. Tatsächlich habe sich ihr Gesundheitszustand sowohl in rheumatologischer als auch psychiatrischer Hinsicht verschlechtert. Die vom H.____ diagnostizierte Dysthymie stehe im Widerspruch zu ihrer langjährigen Leidensgeschichte. Im übrigen sei sie im jetzigen Zustand für keinen Arbeitgeber zumutbar, würden doch in Stresssituationen massive Schmerzen im Rücken- und Lumbalbereich auftreten, welche sie nicht erträglich empfinde. Dies sei nicht hinreichend abgeklärt worden, weshalb eine mündliche Verhandlung im Sinne von Art. 6 Abs. 1 EMRK absolut notwendig sei. Nur so könne sich das Gericht ein konkretes Bild machen (Urk. 1 S. 3). Zudem sei ein Wegfall der IV-Rente nur möglich, wenn eine erhebliche Änderung, nicht hingegen - wie hier der Fall - bloss eine unterschiedliche Beurteilung des Gesundheitsschadens vorliege. Nicht nachvollziehbar sei weiter, dass die Aufhebung der IV-Rente nicht parallel durch Eingliederungsmassnahmen begleitet werde. Dies sei diskriminierend. Unklar bleibe auch, warum die IV nur einen Leidensabzug von 10 % gemacht habe, nachdem die Beschwerdeführerin aufgrund der langjährigen Abstinenz vom Arbeitsmarkt und nach einer chronifizierten Leidensgeschichte sowieso keine Chance mehr habe zu arbeiten (Urk. 16 S. 4).

E. 2

2.1. Nach Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) hat jedermann Anspruch darauf, dass seine Sache in billiger Weise öffentlich und innerhalb einer angemessenen Frist von einem unabhängigen und unparteiischen, auf Gesetz beruhenden Gericht geprüft wird, das über zivilrechtliche Ansprüche und Verpflichtungen oder über die Stichhaltigkeit der gegen ihn erhobenen strafrechtlichen Anklage zu entscheiden hat (Satz 1). Diese Konventionsbestimmung impliziert ein Recht auf eine mündliche Verhandlung und umfasst insbesondere den Anspruch des Einzelnen,

seine Argumente dem Gericht mündlich in einer öffentlichen Sitzung vortragen zu können (BGE 122 V 47 Erw. 2c S. 51).

Beim vorliegenden Prozess über eine Rente der Invalidenversicherung handelt es sich um eine Streitigkeit über einen zivilrechtlichen Anspruch im Sinne von Art. 6 Ziff. 1 EMRK (BGE 125 V 499 Erw. 2a S. 501, 122 V 47 Erw. 2a S. 50 mit Hinweisen). Ferner liegt auch ein rechtzeitig gestellter, unmissverständlich Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung vor (BGE 122 V 47 Erw. 3b/bb S. 56).

2.2 Nach der Rechtsprechung (vgl. SVR 2006 IV Nr. 1 Erw. 3.6) stellen folgende Situationen besondere Umstände dar, unter denen im erstinstanzlichen Sozialversicherungsprozess trotz Nichterfüllung der im zweiten Satz von Art. 6 Ziff. 1 EMRK aufgezählten, hier nicht zur Diskussion stehenden Ausnahmetatbestände und trotz Vorliegens eines Gesuchs um Durchführung einer öffentlichen Verhandlung von der Anordnung einer solchen abgesehen werden kann: Der Antrag wurde nicht frühzeitig genug gestellt; der Antrag erscheint als Schikanens oder lässt auf eine Verzögerungstaktik schliessen und läuft damit dem Grundsatz der Einfachheit und Raschheit des Verfahrens zuwider oder ist gar rechtsmissbräuchlich; es lässt sich auch ohne öffentliche Verhandlung mit hinreichender Zuverlässigkeit erkennen, dass eine Beschwerde offensichtlich unbegründet oder unzulässig ist; es steht eine Materie hochtechnischen Charakters zur Diskussion, worunter etwa rein rechnerische, versicherungsmathematische oder buchhalterische Probleme zu verstehen sind, nicht aber in der Regel andere dem Sozialversicherungsprozess inhärente Themen wie etwa die Würdigung medizinischer Gutachten; das Gericht gelangt auch ohne öffentliche Verhandlung schon allein aufgrund der Akten zum Schluss, dass dem materiellen Rechtsbegehren der die Verhandlung beantragenden Partei zu entsprechen ist (BGE 122 V 47 Erw. 3b S. 55-58; SVR 1996 KV Nr. 85 S. 271 Erw. 4c). Auch fällt nach der Rechtsprechung zugunsten der Durchführung einer mündlichen Verhandlung ins Gewicht, dass eine solche geeignet ist, zur Klärung allfälliger noch streitiger Punkte beizutragen (vgl. BGE 122 V 47 E. 4c S. 59 und Urteil H. vom 13. Februar 2001, I 264/99, E. 2b).

2.3 Die Rechtsprechung lässt ein Absehen von einer öffentlichen Verhandlung wegen offensichtlicher Unbegründetheit oder Unzulässigkeit nur zurückhaltend zu (BGE 122 V 47 Erw. 3b/dd S. 56; Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 19. Oktober 2004, 1A.120/2004 Erw. 2.5). Es kann offen bleiben, ob diese Voraussetzungen hier erfüllt sind, wie die folgenden Ausführungen zeigen:

Die Beschwerdeführerin begründet ihren Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung im Wesentlichen damit, dass sich das Gericht im Rahmen einer solchen ein konkretes Bild vom Gesundheitszustand und den Auswirkungen der Erkrankung der Beschwerdeführerin während einer Arbeitstätigkeit machen könne (Urk. 1 S. 3 Erw. 6). Die Rechtsprechung des EGMR und des Bundesgerichts lässt jedoch ein Absehen von einer öffentlichen Verhandlung gerade auch dann zu, wenn die Beurteilung eines umstrittenen Sachverhalts nicht vom persönlichen Eindruck der Partei, sondern in erster Linie von den Akten abhängt (Urteil EGMR in Sachen Jussila vom 23. November 2006, Nr. 73053/01, Ziff. 41 mit Hinweis; in SVR 2006 BVG Nr. 19 publizierte Erw. 3.2.1 von BGE 132 V 127; Urteil vom 31. März 2006, 4A.1/2006, Erw. 2.1). Das trifft insbesondere weitgehend für die Beurteilung der

medizinisch-technischen Arbeitsfähigkeit im Rahmen von sozialversicherungsrechtlichen Verfahren zu (Urteil EGMR in Sachen DÄ¶ry vom 12. November 2002, Nr. 28394/95, Ziff. 41): Das aus medizinischen Laien bestehende Gericht ist nicht in der Lage, aus dem persö¶nlichen Eindruck der Partei eine verlä¶sslichere Beurteilung zu gewinnen als aus dem Studium der medizinischen Akten. Anders verhält es sich, wenn nicht von vornherein unerhebliche Beweismassnahmen beantragt werden, die naturgemä¶ss nur in einer Verhandlung durchgeführt werden können, wie Zeugen- oder Parteieinvernahmen (SVR 2006 IV Nr. 1 Erw. 3.5.3 und Erw. 3.8; vgl. auch erwä¶hntes Urteil I 98/07 Erw. 4.2.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese letztgenannte Voraussetzung ist aber im vorliegenden Fall nicht erfüllt, da von der beantragten Parteieinvernahme (vgl. Urk. 1 S. 2) keine neuen Erkenntnisse in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin monierten Beurteilungen des Gesundheitszustand und der Zumutbarkeit für den Arbeitgeber (Urk. 1 S. 3 Erw. 6) zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 131 I 153 Erw. 3 S. 157, 124 V 90 Erw. 4b S. 94).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich darf das Gericht namentlich im Sozialversicherungsrecht auch dem Anliegen der Effizienz und Verfahrensbeschleunigung Rechnung tragen (erwä¶hntes Urteil EGMR DÄ¶ry, Nr. 28394/95, Ziff. 41). Die Tatsache, dass im vorliegenden Fall das Gerichtsverfahren ohnehin schon relativ lange gedauert hat, ändert daran nichts: Mä¶sste das Gericht in jedem Fall eine öffentliche Verhandlung durchführen, wä¶rden sä¶mtliche Verfahren noch weiter verzögert, was dem generellen öffentlichen Interesse an einer speditiven Verfahrenserledigung widerspräche, auch wenn die Beschwerdeführerin selber für sich diese Verzögerung in Kauf nähme (vgl. zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts in Sachen H. vom 27. August 2008, 8C_588/2007, Erw. 4, sowie in Sachen L. vom 6. Mai 2008, 9C_555/2007, Erw. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin eine schriftliche Replik (Urk. 16) einreichen liess, ohne auf der in der Beschwerdeschrift vom 22. Januar 2009 (Urk. 1) beantragten Durchführung einer mündlichen Verhandlung zu beharren. Mithin ist davon auszugehen, dass sie selber eine öffentliche Verhandlung als nicht mehr notwendig erachtete und stattdessen implizit einem zweiten Schriftenwechsel anstelle einer mündlichen Verhandlung zustimmte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus all diesen Gründen ist von einer öffentlichen Verhandlung abzusehen.

E. 3

3.1 Ä Ä Ä Ä Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen

führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 8. Dezember 2008 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

3.2       Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

3.3       Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

3.4         ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a 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 prozessualen Revision (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C_562/2008, Erw. 2.1).

3.5.5.5 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 4

4.1.5.5 Vorab stellt sich die Frage nach der für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades (vgl. Erwägung 3.4) massgeblichen Vergleichsbasis.

5.5.5.5 Mit Verfügung vom 26. August 2003 sprach die IV-Stelle der Beschwerdeführerin aufgrund eines Invaliditätsgrades von 50 % eine halbe Invalidenrente ab dem 1. Oktober 2001 zu (Urk. 7/18). Im Rahmen des im Jahre 2005 eingeleiteten amtlichen Revisionsverfahrens machte die Beschwerdeführerin eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes seit März 2005 geltend und beantragte eine Erhöhung der Invalidenrente (Urk. 7/25). Nach Abklärung der medizinischen (Urk. 7/27) und erwerblichen (Urk. 7/26) Situation wies die Beschwerdegegnerin das Erhöhungsgesuch der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 20. Februar 2006 (Urk. 7/29) ab. Diese Verfügung basiert auf einer materiellen Überprüfung des Rentenanspruches und bildet somit zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Veränderung des medizinischen und/oder wirtschaftlichen Sachverhalts bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. Dezember 2008 (Urk. 2).

E. 4.2

4.2.1.1. Der Rentenentscheid vom 20. Februar 2006 erging gestützt auf die Berichte von Dr. F. ___ vom 14./16. Januar 2003 (Urk. 7/7) und 1./6. Januar 2006 (Urk. 7/27) sowie von Dr. E. ___ vom 3. Januar 2003 (Urk. 7/6). Letzterem beigelegt waren die Konsiliarberichte von Dr. med. M. ___, Fachärztin für Chirurgie und Handchirurgie, vom 14. Februar 2002 (Urk. 7/6/7), von Dr. med. N. ___, Oberarzt Radiologie, Spital O. ___, vom 21. März 2002 (Urk. 7/6/8-9) sowie von Dr. med. P. ___, Facharzt für Neurologie, vom 2. August 2001 (Urk. 7/6/10-14).

4.2.2. Im Bericht vom 3. Januar 2003 (Urk. 7/6) diagnostizierte Dr. E. ___ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Cervicobrachialsyndrom links mehr als rechts bei Neuroforaminastosen der Halswirbelsäule (HWS) seit Jahren sowie ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Osteochondrosis L5/S1 seit ca. fünf Jahren. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit notierte er ein Carpaltunnelsyndrom rechts, einen Nikotinabusus, eine chronische Sinusitis und eine reaktive Depressivität (Urk. 7/6/1). Er gab an, die Arbeitsunfähigkeit könne nicht genau beziffert werden. Die Beschwerdeführerin sei jedoch ungefähr seit zweieinhalb Jahren zu 50 %, seit ca. einem Jahr zu zwischen 50 % und 100 % und aktuell bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Es erfolgten Physiotherapie, Psychotherapie sowie eine antiphlogistische Behandlung. Betreffend erhobene Befunde und spezialärztliche Untersuchungen verwies er auf die seinem Bericht beigelegten Konsiliarberichte.

Aufgrund der Anamnese und der klinischen Untersuchungen äusserte Dr. P. ___ im Bericht vom 2. August 2001 (Urk. 7/6/10-14) den Verdacht auf ein leichtgradiges CTS beidseits rechts betont. Dies werde auch durch den zwischenzeitlichen Verlauf mit Abklingen der Kribbelsensationen unter regelmässigem Tragen einer volaren Handgelenkschiene nachts bestätigt. Elektrodiagnostisch zeigten sich unauffällige Befunde, so dass höchstens ein geringgradiges Entrapment der Medianusnerven noch ohne neurographisch fassbare Pathologien vorliege. Hinweise für Radikulo- oder Plexopathien beständen nicht. Somit ergäben sich aus neurologischer Sicht keine weiteren Massnahmen. Nahegelegt werde, wie bereits verordnet, das regelmässige nächtliche Tragen der volaren Handgelenkschienen beidseits.

Dr. M. ___ hielt im Bericht vom 14. Februar 2002 (Urk. 7/6/7) den Verdacht auf ein TOS (Thoracic-Outlet-Syndrom = Schultergürtelkompressionssyndrom) fest. Der Verlauf aller drei Armnerven sei an allen Expositionsstellen extrem überempfindlich. Es bestehe der Verdacht einer Halsrippe. Bei anhaltenden Beschwerden sei ein CT (computer tomography = Computer-Tomographie) oder MRI (magnetic resonance imaging = Kernspinresonanztomographie)

des zervikothorakalen Überganges zu empfehlen.

Dr. N. ___ berichtete im Röntgenbericht vom 21. März 2002 (Urk. 7/6/8-9) von einem Abdomen-CT. Darin ersah er mehrere verminderte Perfusionsareale in der linken Niere mit leichter Vergrösserung, einen Verdacht auf Pyelonephritis sowie mehrere dystrophische Verkalkungen in der Leber ohne solide Raumforderung (Urk. 7/6/8). Im CT der HWS beschrieb er eine ausgeprägte Streckhaltung und Kyphosierung mit degenerativer ossärer Einengung im HWS-Bereich mit mittelmässig degenerativer ossärer Einengung in den Neuroforamina C6/C7 links, leicht C3/C4 und C4/C5 rechts. Eine assoziierte Diskushernie konnte er ausschliessen. Als Nebenbefund erhob er eine

chronische Sinusitis beidseits mit akutem Schub im Sinus maxillaris rechts (Urk. 7/6/9)

4.2.3.1.1. Im Bericht vom 14./16. Januar 2003 (Urk. 7/7) erachtete Dr. F.____, welcher die Beschwerdeführerin auf Zuweisung ihres Hausarztes Dr. E.____ therapierte, die psychischen Funktionen (Konzentrationsvermögen, Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit) der Beschwerdeführerin wegen der Depression als leicht bis mittelgradig eingeschränkt. Eine Erwerbstätigkeit sei in der bisherigen wie auch in angepasster Tätigkeit halbtags vorstellbar (Urk. 7/7/4). Anamnestisch hielt er fest, die Beschwerdeführerin klage angeblich seit 1997/1998 über Schmerzen im Nacken- und Rückenbereich, welche sie als ständig empfinde. Es gehe ihr seit zwei Jahren psychisch nicht gut. Sie rege sich sehr schnell auf, sei reizbar, schlafe schlecht, habe öfters keine Freude oder Motivation, etwas zu machen, sei ständig müde, ermüde rasch, vergesse Vieles, weine sehr leicht und fühle sich unsicher und ängstlich. Im psychischen Befund wirke die Beschwerdeführerin etwas antriebsarm, unsicher und ängstlich. Der emotionale Kontakt sei nicht stark reduziert, die Grundstimmung leicht gedrückt. Denken und Äußerungen beinhalteten meist ihre Probleme und Beschwerden. Es bestehe eine deutliche Chronifizierung. Aufgrund der Chronifizierung und Therapieresistenz sei die Prognose ungünstig. Aus psychiatrischer Sicht seien der Beschwerdeführerin in der freien Wirtschaft ab Juli 2002 leichtere körperliche Tätigkeiten im Umfang von 50 % zumutbar (Urk. 7/7/6).

4.2.4.1.1. Im Verlaufsbericht vom 1./6. Januar 2006 (Urk. 7/27) nannte Dr. F.____ eine chronische, aktuell mittelgradige bis schwergradige Depression und somatoforme diffuse therapieresistente Schmerzen und ein chronisches Zervikolumbovertebralsyndrom. Die Beschwerdeführerin sei nach seiner Beurteilung zu über 70 % arbeitsunfähig für jegliche Tätigkeit in der freien Wirtschaft (Urk. 7/27/5). Er notierte eine deutliche Zunahme der vorbestehenden Beschwerden seit März 2005. Die Beschwerdeführerin habe sehr starke, diffuse fast stets vorhandene Schmerzen, so dass sie täglich viele Schmerzmittel einnehmen müsse. Es bestehe sogar ein Schmerzmittelabusus. Sie sei innerlich stark unruhig reizbar, freudlos, könne nicht einmal die kleinsten Probleme ertragen, sei häufig durcheinander, habe Schlafstörungen, sei müde und könne nicht einmal die täglichen Haushaltarbeiten erledigen. Die bisherigen therapeutischen Bemühungen hätten keinerlei Besserung gebracht. Zusätzlich leide sie seit langem unter starken migräneartigen Kopfschmerzen. Der Beschwerdeführerin sei keine Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 7/27/6).

4.3.1.1.1. Bis zur angefochtenen Verfügung vom 8. Dezember 2008 sind nachfolgende Berichte aktenkundig:

4.3.1.1.1.1. Mit Schreiben vom 7. November 2006 (Urk. 7/30) teilte Dr. E.____ der Beschwerdegegnerin mit, wegen wesentlicher Verschlechterung des rheumatischen Leidens der Beschwerdeführerin sei eine Neubeurteilung unumgänglich. Sie sei aus somatischer Sicht seit dem 20. September 2005 zu 100 % arbeitsunfähig zu betrachten. Dies zumal sie auch im Haus nur noch minimale Leistung erbringen könne. Er habe sie daher zur näheren Abklärung und Beurteilung stationär in der rheumatologischen Klinik des G.____ angemeldet. Im Verlaufsbericht vom 21. November 2006 erachtete Dr. E.____ eine halbtägige behinderungsangepasste Tätigkeit als zumutbar (Urk. 7/33/4).

4.3.2.1.1.1. Vom 21. November bis zum 12. November (richtig: Dezember) 2006 befand sich die Beschwerdeführerin in stationärer Behandlung im G.____ (Urk. 7/50/6). Im Bericht

vom 27. November 2006 (Urk. 7/37) diagnostizierten die behandelnden Ärzte ein chronifiziertes lumbospondylogenes und fibromyalgieformes Schmerzsyndrom beidseits bei Osteochondrose L5/S1, ein chronisches rechtsbetontes Cervicobrachialsyndrom bei mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen mit ossärer Einengung der Neuroforamina C3/4, C6/7 und C4/5 rechts (MRI der HWS vom 20. März 2003) sowie eine depressive Verstimmung (Urk. 7/37/1). Aus rein rheumatologischer Sicht erachteten sie die Arbeitsfähigkeit aktuell für die angestammte Tätigkeit als Fließbandarbeiterin bzw. Montagearbeit mit schwerer körperlicher Belastung und stark lumbal tangierender (und längerdauerndem Verharren in vornübergebeugter Stellung) und repetitiver Tätigkeit oberhalb der Schulterhöhe zu 50 % für zumutbar, allerdings unter der Prämisse vorgängiger rehabilitativer Massnahmen zur Rekonditionierung. Für eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit ohne längerdauerndem Vornüberbeugen und lumbaler Aktivität sei die Patientin unter dem oben genannten Vorbehalt zu 100 % arbeitsfähig. Bezüglich Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen verwiesen sie auf die Notwendigkeit einer Beurteilung, da insbesondere rehabilitative Massnahmen aktuell durch die psychiatrische Erkrankung massiv limitiert seien. Die Beschwerdeführerin werde daher psychiatrisch in der Klinik Q. hospitalisiert (Urk. 7/37/1). Im Austrittsbericht des G. vom 30. November 2006 (Urk. 7/50/6-11) sind als weitere Diagnosen eine rezidivierende depressive Stimmung mit aktuell schwerer Episode ohne psychotische Symptome bei psychosozialer Belastung, ein Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom sowie eine Migräne festgehalten (Urk. 7/50/6).

4.3.3.4 Mit Verlaufsbericht vom 1. März 2006 (richtig: 2007) teilte Dr. F. mit, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem 6. Juni 2006 nicht mehr in seiner Betreuung befinde (Urk. 7/43).

4.3.4.4 Am 17. Dezember 2007 berichtete Dr. E. von einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin in psychiatrischer, möglicherweise auch in rheumatologischer Hinsicht (Urk. 7/50). Er verwies auf die Anmeldung zur stationären Abklärung und Therapie in der psychiatrischen Klinik Q. vom 26. Juni 2007, wobei er Schwierigkeiten wie lange Wartezeiten und den Verweis auf eine ambulante Therapie im Umgang mit der Klinik beschrieb.

4.3.5.4 Am 19. August 2008 erstattete das H. sein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 7/62), welches sich auf die von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Akten und die selber beigebrachten Unterlagen, auf eigene persönliche Befragungen und Untersuchungen vom 10., 14. und 31. Juli 2008 - welche in Anwesenheit eines Übersetzers stattfanden - stützt (Urk. 7/62/1, Urk. 7/62/3-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegenüber Dr. L. beklagte sich die Beschwerdeführerin anlässlich der neurologischen Untersuchung über ein chronisches Schmerzsyndrom, welches sich mit Kreuzschmerzen beginnend vor etwa 10 Jahren entwickelt habe. Zwischenzeitlich sei es auch zu Brachialgien gekommen und ein Karpaltunnelsyndrom sei durch eine Lagerungsschiene behandelt worden. Ferner beschrieb die Beschwerdeführerin haubenförmige Kopfschmerzen (Urk. 7/62/30-31). Gestützt auf die neurologischen Befunde konnte Dr. L. keine neurologische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit stellen (Urk. 7/62/32-33). Er notierte, es hätten sich auf rein neurologischem Gebiet keinerlei Hinweise für ein radikuläres oder peripher-neurogenes Defizit gezeigt. Die Diskrepanz zwischen geklagter Schmerzsymptomatik und neurologischen Befunden sei organisch nicht erklärbar. Die

Beschwerdeführerin habe deutlich auffallende Ausgestaltungsbedingungen unternommen. Dies sei zum Teil in der bei Ablenkung remittierten Standardaxie in der Blind-Romberg-Untersuchung wie auch in der isolierten Motorikprüfung aufgefallen. Andererseits sei bei normalem lebhaften Reflexstatus ohne jegliche Sensibilitätsstörung kein Hinweis für eine relevante radikuläre Symptomatik anzunehmen. Dr. L. ___ ersah auch keinen Hinweis für ein fibromyalgieformes Schmerzsyndrom, seien doch die entsprechenden Tenderpoints nicht wesentlich druckempfindlicher gewesen als überhaupt generell die Muskulatur im Lumbal- bzw. Rückenbereich insgesamt (Urk. 7/62/33).

Im orthopädischen Teilgutachten (Urk. 7/62/24-29) führte Dr. K. ___ aus, die Beschwerdeführerin habe berichtet, sie könne hauswirtschaftliche Arbeiten wegen ihrer Schmerzen nicht mehr verrichten. Sie habe Schmerzen Tag und Nacht im Rücken, in beiden Beinen, links mehr als rechts, und in beiden Füssen (Urk. 7/62/25). Er vermerkte, dass bei der klinischen Untersuchung kein verwertbares Bewegungsmass des Rumpfes zu ermitteln gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe bereits bei Bewegungsversuchen erhebliche Schmerzauslösungen im Bereich der Lendenwirbelsäule bekundet. Die Rumpfmuskulatur sei deutlich funktionsunfähig und atrophiert mit zusätzlicher Dysbalance bei verkürzter Iliopsoasmuskulatur und ausgeprägter Schwäche der Bauchmuskulatur. Die HWS-Beweglichkeit erscheine bei der passiven Prüfung weitgehend frei, allenfalls endphasig schmerzhaft. Neben den vertebralem und rumpf-pathologischen Befunden bestehe ein Status nach operativen Behandlungen einer Fussdeformität rechts mit wahrscheinlich stattgehabter Osteotomie des 1. Mittelfussstrahls und zusätzlicher Korrekturoperation bei Hallux valgus. Am rechten Fuss hätten sich ausgeprägte pathologische Vorfussschwielen über den Grosszehenballen, über dem Kleinzehenballen und teilweise auch über dem Köpfchen des 2. Strahls gefunden. Die Beschwerdeführerin sei mit orthopädischen Massschuhen ausgestattet, welche eine Weichschaumfussbettung beinhalteten (Urk. 7/62/27). Der Arzt hielt zusammenfassend fest, dass aus orthopädisch morphologischer Sicht die beschriebenen Wirbelsäulenschäden einerseits und die statisch ungünstige Fussdeformität andererseits die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit beschränkten. Die Beschwerdeführerin sei nicht mehr in der Lage, die Wirbelsäule belastende Arbeiten auszuführen, das heisst Arbeitsanforderungen mit repetitiven Bewegungen für die HWS und für den Rumpf seien zu vermeiden. Die früher ausgeübte Tätigkeit an einem Fließband unter Akkordbedingungen mit Montagetätigkeiten sei nicht mehr geeignet. Wegen der bestehenden Fusspathologie sei auch keine Tätigkeit langfristig nur stehend (mehr als eine Stunde) bzw. mit Aufenthalt auf unebenem Gelände, Gerästen und Leitern möglich. Zu 100 % zumutbar seien körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg zu limitieren. Die beschriebenen orthopädischen Befunde im Bereich der Wirbelsäule und des Rumpfes sowie der Füsse begründeten eine Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % (Urk. 7/62/28).

Dr. I. ___ und Dr. J. ___ berichteten im psychiatrischen Hauptgutachten (Urk. 7/62/1-23), die Beschwerdeführerin lebe seit Juli 2007 getrennt von ihrem Ehemann mit den zwei Kindern. Sie erhoben weder Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen noch Störungen der Ich-Funktionen. Ein tragfähiger Kontakt sei rasch herstellbar und durchgehend aufrecht zu halten gewesen. Auffallend sei

im Verhalten der Beschwerdeführerin ein wiederholtes plötzliches, unmotiviertes Aufschreien gewesen, wobei sie sich zumeist mit der linken, selten mit der rechten Hand in den Hüft- oder Rückenbereich gegriffen und dazu angegeben habe, sie leide unter heftigsten stechenden Schmerzen. Einmal sei sie während der Exploration aufgestanden, ein kurzes Stück im Untersuchungszimmer auf und ab gegangen und habe sich vorübergehend auf die Untersuchungsliege gesetzt, um danach wieder auf dem Besucherstuhl Platz zu nehmen. Ihre Bewegungsabläufe seien dabei rasch und flüchtig gewesen (Urk. 7/62/13). Bei der Beschwerdeführerin habe sich der Antrieb in der Untersuchungssituation eher leicht gesteigert gezeigt. Die Willenskräfte beschrieben die Ärzte als ausgeprägt und zielgerichtet. Eine depressive Antriebshemmung habe nicht erkannt werden können. In der emotional-affektiven Schwingungsfähigkeit habe sich die Beschwerdeführerin nur leicht eingeschränkt erwiesen. Die Affektlage sei leicht gesenkt gewesen. Insgesamt verläge sie aber durchaus nuanciert über das gesamte emotional-affektive Ausdrucksspektrum. Kurzfristig sei es zu einem depressiv-weinerlichen Affekteinbruch gekommen. Sie habe aber rasch wieder aufgeheitert werden können. Die Grundstimmung sei insgesamt leicht depressiv gedrückt gewesen, verknüpft mit Gefühlen von Insuffizienz und vermehrter Selbstbeobachtung. Das Selbstwertgefühl sei gering gewesen. Die Beschwerdeführerin habe nicht motiviert zu einer Rückkehr in das Berufsleben gewirkt (Urk. 7/62/14). Dres. I. ___ und J. ___ erklärten, auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe kein Gesundheitsschaden, der eine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirke (Urk. 7/62/22). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine Dysthymia (ICD-10 F34.1), eine histrionische Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung sowie ein anamnestisch berichteter Benzodiazepinabusus (Urk. 7/62/15-16). Hinweise auf eine mittelgradige oder gar schwere depressive Störung hätten sich anlässlich der psychiatrischen Exploration nicht ergeben. Auch die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung seien nicht erfüllt, mangle es doch an einem ausreichend schweren neurotischen Konflikt. Betreffend die anamnestische Lexotanilabhängigkeit hätten sich anlässlich der Untersuchung keine Anhaltspunkte für ein sozialmedizinisch relevantes Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen ergeben (Urk. 7/61/16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend nannten die Gutachter als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisch verlaufendes zerviko- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne Nachweis radikulärer neurologischer Ausfälle bei gesicherter zervikaler Osteochondrose und Spondylose mit Neuroforamenstenosen C3/C4, C4/C5 und C6/C7 sowie eine statisch relevante Fussdeformität bei Zustand nach operativer Behandlung einer Vorfuss-Fehlstatik rechts. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Dysthymia und eine histrionische Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung (Urk. 7/62/18). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bezifferten sie die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der orthopädischen Leiden auf 100 % (Urk. 7/62/18). Eine körperlich leichte, wechselbelastende, das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten auf zehn Kilogramm limitierende Tätigkeit sei vollschichtig, das heisst 8.5 Stunden pro Arbeitstag, jedoch wegen des chronischen Schmerzsyndroms bei Wirbelsäulenfehlstatik mit um 20 % verminderter Leistungsfähigkeit, zumutbar (Urk. 7/62/20). In Bezug auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit dem Jahre 2001 führten die Gutachter aus, dieser habe sich dahingehend verbessert, als derzeit das Bild einer mittelgradigen oder gar schweren depressiven Episode nicht ausgewiesen sei. Insoweit sei unter der laufenden

Behandlung einschliesslich antidepressiver Psychopharmakotherapie eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten (Urk. 7/62/22).

E. 5

5.1 In psychiatrischer Hinsicht ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin gemäss Einschätzung der Ärzte des G. ___ vom 30. November 2006 (Urk. 7/50/6) an einer rezidivierenden depressiven Störung mit aktuell schwerer Episode ohne psychotische Symptome bei psychosozialer Belastung, einer somatoformen Schmerzstörung und einem Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom oder im Gegensatz dazu lediglich an einer Dysthymia gemäss ICD-10 F34.1 und einer histrionischen Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung leidet. Für letztere Qualifikation sprechen die schlüssigen gutachterlichen Ausführungen des H. ___, welche sich auf eingehende Befunde stützen. Danach habe sich bei der Beschwerdeführerin der Antrieb in der Untersuchungssituation eher leicht gesteigert gezeigt, seien die Willenskräfte ausgeprägt und zielgerichtet gewesen und habe eine depressive Antriebshemmung nicht erkannt werden können. Die Beschwerdeführerin habe sich in der emotional-affektiven Schwingungsfähigkeit und in der Affektlage nur leicht eingeschränkt erwiesen, aber insgesamt durchaus nuanciert über das gesamte emotional-affektive Ausdrucksspektrum verfügt. Sie habe nach einem kurzfristigen depressiv-weinerlichen Affekteinbruch rasch wieder aufgehellt werden können (Urk. 7/62/14). Entgegen der von der Beschwerdeführerin vorgetragene Kritik (Urk. 1 S. 3 Ziff. 5) beruht das Gutachten des H. ___ auf sorgfältigen und eingehenden fachspezifischen Untersuchungen unter Beizug einer Dolmetscherin, berücksichtigt - entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin - die geklagten Beschwerden gebührend und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt, erklärten die Gutachter doch ausdrücklich, der psychische Gesundheitszustand habe sich gegenüber dem Jahre 2001 verbessert, da nunmehr keinerlei Zeichen einer mittelgradigen oder gar schweren Depression zu erheben gewesen seien. Damit trifft auch nicht zu, dass die Gutachter eine andere Beurteilung eines an sich unveränderten Sachverhaltes vorgenommen hätten. Demgegenüber lässt der Austrittsbericht des G. ___ betreffend die psychiatrischen Diagnosen eine objektive Befunderhebung gänzlich missen und sind die gestellten Diagnosen nicht begründet. Gegen eine kontinuierliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes spricht auch nicht, dass Dr. F. ___ im Verlaufsbericht vom 1./6. Januar 2006 (Urk. 7/27) von einer chronischen, aktuell mittel- bis schwergradigen Depression sowie somatoformen diffusen therapieresistenten Schmerzen und daher von einem verschlechterten Gesundheitszustand ausging, basiert dieser doch einerseits lediglich auf den geklagten Leiden der Beschwerdeführerin und enthält keinen einzigen Befund (Urk. 7/27/6), und sind laut Gutachter des H. ___ andererseits auch in der Vergangenheit kurzzeitige stärker ausgeprägte depressive Episoden mit einer insgesamt aber kontinuierlichen Verbesserung vereinbar (Urk. 7/62/17). Für eine solche Verbesserung spricht auch die Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem 6. Juni 2006 nicht mehr in psychiatrischer Betreuung bei Dr. F. ___ befindet (Urk. 7/43). Auch die vom behandelnden Arzt Dr. E. ___ im Bericht vom 17. Dezember 2007 (Urk. 7/50) geäusserte Verschlechterung des Gesundheitszustandes in psychiatrischer Hinsicht lässt keine Zweifel an den Einschätzungen der Gutachter des H. ___ aufkommen. Mangels weiterer Ausführungen oder schlüssiger Begründung ist anzunehmen, dass sich Dr. E. ___ ausschliesslich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin stützte. Diese scheinen indes - wie auch das Gutachten des H. ___ aufzeigt - nicht immer frei von

Widersprüchen zu sein. So ist beispielsweise nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin gegenüber Dres. I. ___ und J. ___ unter unmotiviertem Aufschreien und einem Griff in den Hüft- oder Rückenbereich angab, sie leide unter heftigsten stechenden Schmerzen, die Gutachter dahingegen rasche und flüssige Bewegungsabläufe feststellen konnten (Urk. 7/62/13). Zudem berichtete auch Dr. L. ___ von einer organisch nicht erklärbaren Diskrepanz zwischen geklagter Schmerzsymptomatik und neurologischen Befunden und wies auf die deutlich auffallenden Ausgestaltungsbemerkungen der Beschwerdeführerin hin (Urk. 7/62/33). Umso mehr ist daher eine objektivierende Betrachtungsweise angezeigt. Schliesslich ist bezüglich der Berichte von Dr. E. ___ und Dr. F. ___ der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte bzw. behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc) und psychosoziale Umstände auszuklammern sind. Zusammenfassend ist daher auf das Gutachten des H. ___ abzustellen und von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht ab Oktober 2001 auszugehen. Mithin liegt keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychische Krankheit mehr vor.

5.2. In somatischer Hinsicht ist festzuhalten, dass weder für die Rentenzusprache vom 26. August 2003 (Urk. 7/18) noch für die Rentenverfügung vom 20. Februar 2006 (Urk. 7/29) neurologische Beschwerden massgebend gewesen waren (Urk. 7/6) und die Gutachter des H. ___ aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit feststellen konnten. Die aus orthopädischer Sicht von Dr. K. ___ gestellte Diagnose eines chronisch verlaufenden zerviko- und lumbovertebralen Schmerzsyndroms ohne Nachweis radikulärer neurologischer Ausfälle bei gesicherter zervikaler Osteochondrose und Spondylose mit Neuroforamenstenosen C3/C4, C4/C5 und C6/C7 (Urk. 7/62/18) entspricht im Wesentlichen dem von Dr. E. ___ in seinem Bericht vom 3. Januar 2003 (Urk. 7/6) Diagnostizierten. Zusätzlich konnte Dr. K. ___ eine statisch relevante Fussdeformität mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen (Urk. 7/62/18), welche im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 20. Februar 2006 (Urk. 7/29) noch zu keinen Beschwerden Anlass gegeben hatte. Damit ist von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin in orthopädischer Hinsicht auszugehen, welche jedoch im Gutachten des H. ___ bereits gebührend berücksichtigt wurde. So wurde der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, wohingegen die Ärzte des G. ___ noch von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgegangen waren (Urk. 7/37/1). Gleiches lässt sich bezüglich einer angepassten Tätigkeit anführen. Während die Ärzte des G. ___ eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit zu 100 % als zumutbar erachteten (Urk. 7/37/1), kam für die Gutachter des H. ___ lediglich noch ein leichte wechselbelastende Arbeit ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 10 Kilogramm in Frage, und auch eine solche nur mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit (Urk. 7/62/20).

5.3. Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht zwar eher verschlechtert, jedoch in psychischer Hinsicht verbessert hat. Dieser Entwicklung wurde in der Beurteilung des H. ___ insofern Rechnung getragen, als die Beschwerdeführerin in der angestammten Arbeit nun zu 100 % arbeitsunfähig, allerdings körperlich leichte,

wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über zehn Kilogramm zu 80 % und nicht - wie anlässlich der Verfügung vom 20. Februar 2006 (Urk. 7/29) noch angenommen - nur zu 50 % arbeitsfähig ist. Mithin ist davon auszugehen, dass die gesundheitliche Verbesserung in psychischer Hinsicht die Auswirkungen der gesundheitlichen Verschlechterung aus somatischer Sicht auf das Anforderungsprofil mehr als zu kompensieren vermag und daher insgesamt von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen ist. Aufgrund der vorliegenden Akten ist jedenfalls eine massgebliche Änderung des medizinischen Sachverhalts ausgewiesen.

6. Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

6.1 Die IV-Stelle ging zur Berechnung des Valideneinkommens vom Einkommen der Beschwerdeführerin in ihrem letztmaligen 100%-Pensum bei der B. ___ im Jahre 1996 aus (Urk. 2, Urk. 7/12/2). Bei der Ermittlung des Erwerbseinkommens, welches die versicherte Person ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im massgebenden Zeitpunkt aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verdient hätte (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 ff. Erw. 3b mit Hinweis). Dabei ist in der Regel vom zuletzt - das heisst grundsätzlich vor dem Beginn der ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit - erzielten Verdienst auszugehen (ZAK 1980 S. 593 mit Hinweisen). Vorliegend ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin die letzte vollzeitliche Anstellung aus wirtschaftlichen Gründen verloren hatte und anschliessend, bis zum Eintritt der zur Invalidität führenden Arbeitsunfähigkeit, im Wesentlichen arbeitslos war. Angesichts dessen müssten zur Bestimmung des Valideneinkommens ebenfalls Durchschnittslöhne herangezogen werden (Urteil des Bundesgerichts in Sachen P. vom 16. Juli 2009, 9C-5/2009, Erw. 2.3, publiziert in: SVR 2009 IV Nr. 58 S. 181, mit Hinweis), was jedoch - unter Berücksichtigung der gutachterlich attestierten Leistungseinbusse von 20 % - kein anderes Ergebnis zeitigen würde (vgl. Erw. 6.2).

6.2 Die Beschwerdegegnerin stellte im Rahmen der Bemessung des Invalideneinkommens zu Recht auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) ab, erzielt doch die Beschwerdeführerin kein Erwerbseinkommen (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb). Sie errechnete einen Jahreslohn für Hilfsarbeiten (Zentralwert) für das Jahr 2006 (LSE 2006, S. 25, TA1) angepasst auf die durchschnittliche Anzahl Wochenstunden von 41.7 (vgl. Die Volkswirtschaft 1/2-2009, Tabelle B9.2, S. 98) bei einer Leistung von 80 % von Fr. 40'865.60. Aufgrund des leicht unterdurchschnittlichen Einkommens der Beschwerdeführerin verringerte sie das Invalideneinkommen um 10 % und kam so auf einen Betrag von Fr. 36'779.--, was eine Erwerbseinbusse von Fr. 9'595.-- und damit einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 21 % zur Folge hat (Urk. 2 S. 2 f.). Insgesamt ist das Vorgehen der IV-Stelle nicht zu beanstanden. Die Anpassung an die bis zum massgebenden Zeitpunkt der strittigen Rentenaufhebung 2008 erfolgte Nominallohnerhöhung für die IV-Stelle - da sie sowohl beim Validen- wie beim Invalideinkommen parallel erfolgt - zu keinem anderen Ergebnis. Grundsätzlich ist entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (Urk. 16 S. 4) kein weiterer Leidensabzug gerechtfertigt, da in der medizinisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 80 % die zusätzliche Einschränkung bereits berücksichtigt worden ist. Weitere persönliche und berufliche Merkmale der Beschwerdeführerin wie

Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität, Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad (vgl. BGE 126 V 75) geben vorliegend keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin ihre gesundheitlich bedingte Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten könnte. Allfällige Schwierigkeiten bei der Integration in den Arbeitsmarkt sind irrelevant. Zudem ist zu beachten, dass die mit dem Abzug von 10 % bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen einbezogenen mitverantwortlichen invaliditätsfremden Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2). Stellt man korrekterweise auch beim Valideneinkommen auf Tabellenlinie ab, ergibt sich ein weitergehender, über 20 % hinausgehender Abzug zum Vornherein.

6.3 Zusammengefasst hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf die Weiterausrichtung einer halben oder gar Erhaltung auf eine ganze Invalidenrente zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 7

7.1 Mit Verfügung vom 9. März 2009 (Urk. 11) wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Matthias Horschik als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt.

7.2 Die Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsvertretung wird gestützt auf Art. 9 in Verbindung mit Art. 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht sowie in Verbindung mit Art. 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen bemessen, wobei ein unnötiger oder geringfügiger Aufwand nicht ersetzt wird.

7.3 Mit Schreiben vom 2. Juni 2010 (Urk. 23) macht Rechtsanwalt Matthias Horschik Bemerkungen für 12.60 Stunden sowie eine Spesenpauschale von 3 % des Stundenhonorars geltend (Urk. 23/2). Dies erscheint angemessen. Bei einem gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- resultiert demnach eine Entschädigung inklusive 7,6 % Mehrwertsteuer von Fr. 2'792.85 (12.60 Stunden x Fr. 200.-- = Fr. 2'520.--; Barauslagen: Fr. 75.60 = Fr. 2'520.-- x 0,03; Mehrwertsteuer: Fr. 197.27 = [Fr. 2'520.-- + Fr. 75.60] x 0,076).

7.4 Kommt die Beschwerdeführerin künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann ihr das Gericht zur Nachzahlung der ihr erlassenen Gerichtskosten und der Auslagen für die unentgeltliche Vertretung verpflichten (vgl. Art. 92 des Gesetzes über den Zivilprozess [ZPO]).

8. Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Beschwerdeverfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, jedoch zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Matthias Horschik, Zürich, wird mit Fr. 2'792.85 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Matthias Horschik
- 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).

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