

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00997 vom 26. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00997](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00997)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00997 du 26 septembre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00997 del 26 settembre 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1. X., geboren 1960, arbeitete von Februar bis September 1996 vollschichtig als Montagearbeiterin bei der Y. (Urk. 2/7/4/2, Urk. 2/7/5, Urk. 2/7/12/2). Seither ist sie abgesehen von einem zweimonatigen Temporäreinsatz bei der Z. im Jahre 1997 und stundenweiser Reinigungsarbeit bei der A. in den Jahren 1999 und 2000 arbeitslos und bezog Arbeitslosenentschädigung (Urk. 2/7/5, Urk. 2/7/12/2). Am 24. Oktober 2002 meldete sie sich zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 2/7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte die Berichte von Hausarzt Dr. med. B., FMH Allgemeine Medizin, vom 3. Januar 2003 (Urk. 2/7/6/1-6, unter Beilage diverser Berichte [Urk. 2/7/6/7-14]) und von Dr. med. C., Neurologe, vom 14./16. Januar 2003 (Urk. 2/7/7) ein, liess die Auszüge aus dem Individuellen Konto der Versicherten erstellen (Urk. 2/7/5), zog die Akten der Arbeitslosenversicherung bei (Urk. 2/7/8-9) und führte eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt bei der Versicherten durch (Urk. 2/7/12). Mit Verfügung vom 26. August 2003 sprach die IV-Stelle der Versicherten aufgrund eines Invaliditätsgrades von 50 % eine halbe Invalidenrente ab dem 1. Oktober 2001 zu (Urk. 2/7/18).

1.2. Im Rahmen des im Jahre 2005 eingeleiteten amtlichen Revisionsverfahrens machte die Versicherte eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes seit März 2005 geltend und beantragte eine Erhöhung der Invalidenrente (Urk. 7/25). Nachdem die IV-Stelle den Verlaufsbericht von Dr. C. vom 1./6. Januar 2006 beigezogen hatte (Urk. 2/7/27), verfügte sie am 20. Februar 2006 die Abweisung des Erhöhungsgesuches (Urk. 2/7/29). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

1.3. Mit Schreiben vom 7. November 2006 unterrichtete Dr. B. die IV-Stelle über eine wesentliche Verschlimmerung des rheumatischen Leidens der Versicherten und ersuchte sinngemäss um eine Erhöhung deren Invalidenrente (Urk. 2/7/30). In der Folge holte die IV-Stelle den Verlaufsbericht von Dr. B. vom 21. November 2006 (Urk. 2/7/33) sowie den Bericht des Spitals D. vom 27. November 2006 (Urk. 2/7/37) ein. Mit Vorbescheid vom 3. Dezember 2007 wurde der Versicherten aufgrund eines rentenausschliessenden Invaliditätsgrades von 4 % die Aufhebung der halben Invalidenrente in Aussicht gestellt (Urk. 2/7/47). Am 17. Dezember 2007 reichte Dr. B. unter Beilage des Austrittsberichts des D. vom 30. November 2006 (Urk. 2/7/50/6-11) ergänzende Angaben zu seinem Bericht vom 21. November 2006 (Urk. 2/7/33) ein (Urk. 2/7/50/1-5). Aufgrund der mit Schreiben vom 18. Januar 2008 (Urk. 2/7/54) erhobenen Einwände der Versicherten betraute die IV-Stelle den Chefarzt des E., Prof. Dr. med. F., mit einer polydisziplinären Abklärung der Versicherten (Expertise vom 19. August 2008 unter seiner Leitung zusammen mit Dr. med. G., Facharzt für

Psychiatrie, Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, sowie Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Urk. 2/7/62). Mit Verfügung vom 8. Dezember 2008 hielt die IV-Stelle an der Aufhebung der Invalidenrente mit Wirkung ab Ende des folgenden Monats fest (Urk. 2/2).

## E. 2

2.1. Gegen diesen Entscheid erhob X.\_\_\_\_ durch Rechtsanwalt Matthias Horschik am 22. Januar 2009 Beschwerde mit dem Antrag, ihr sei weiterhin eine Rente zu gewähren. In prozessualer Hinsicht beantragte sie, dem unterzeichneten Anwalt seien sämtliche Akten zuzustellen und ihm ab Zustellung der Akten eine Nachfrist zur Begründung der vorliegenden Beschwerde zu gewähren, es sei eine öffentliche Verhandlung im Sinne von Art. 6 Abs. 1 EMRK durchzuführen, wobei insbesondere sie vorzuladen und anzuhören sei, und es sei ihr die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und in der Person von Rechtsanwalt Matthias Horschik ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen. Über das vorliegende Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung sei umgehend zu entscheiden (Urk. 2/1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 20. Februar 2009 ersuchte die Beschwerdegegnerin um Abweisung der Beschwerde (Urk. 2/6). Am 24. Februar 2009 liess die Beschwerdeführerin Unterlagen betreffend prozessuale Bedürftigkeit einreichen (Urk. 2/8-10). Mit Verfügung vom 9. März 2009 gewährte das Gericht die unentgeltliche Prozessführung und bestellte Rechtsanwalt Matthias Horschik als unentgeltlichen Rechtsvertreter (Urk. 2/11). Weiter ordnete es einen zweiten Schriftenwechsel an. Replicando hielt die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 27. Mai 2009 unter Beilage weiterer Arztberichte innert erstreckter Frist an ihren Anträgen fest (Urk. 2/16-17). Am 24. Juni 2009 zeigte die Beschwerdegegnerin ihren Verzicht auf Duplik an (Urk. 2/20). Mit Urteil vom 9. Juni 2010 wies das hiesige Gericht - ohne zuvor eine öffentliche Verhandlung durchgeführt zu haben - die Beschwerde ab (Urk. 2/2/24).

2.2. Die von der Beschwerdeführerin hiergegen am 24. August 2010 erhobene Beschwerde (Urk. 2/26) hiess das Bundesgericht mit Urteil vom 11. Oktober 2010 in dem Sinne gut, als der angefochtene Entscheid vom 9. Juni 2010 aufgehoben und die Sache an das hiesige Gericht zurückgewiesen wurde, damit es eine öffentliche Verhandlung durchführe und hernach über den Leistungsanspruch neu entscheide (Urk. 1).

2.3. Am 26. September 2011 wurde eine öffentliche Verhandlung durchgeführt, zu der Rechtsanwalt Matthias Horschik namens und in Begleitung der Beschwerdeführerin und lic. iur. Gonzalez del Campo namens der Beschwerdegegnerin erschienen, wobei die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen festhielt sowie in prozessualer Hinsicht die Befragung von Dr. Ercal als Zeuge bzw. medizinischer Sachverständiger beantragte und die Beschwerdegegnerin weiterhin um Abweisung der Beschwerde ersuchte (Protokoll S. 2).

3. Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, sofern erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

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

1.2. Die Beschwerdeführerin 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. 2/2). Eventualiter sei die Rentenaufhebung unter dem Gesichtspunkt der Wiedererwägung zu prüfen. Eingliederungsmassnahmen seien nicht sinnvoll ohne Bereitschaft. Ob der Beweis Antrag, der neurologische Gutachter habe sich mit Dr. C. zu unterhalten, einen Mehrwert bringe, sei unklar (Protokoll S. 3).

1.3. Die Beschwerdeführerin machte zusammengefasst geltend, das Gutachten des E. genüge den rechtlichen Anforderungen an ein schlüssiges Gutachten in keiner Weise, sei doch ihre seit über 10 Jahren existierende Schmerzproblematik nicht genügend gewürdigt worden. Tatsächlich habe sich ihr Gesundheitszustand sowohl in rheumatologischer als auch psychiatrischer Hinsicht verschlechtert. Die vom E. 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 häufiger äussere. Widersprüchlich und unklar seien die Erwägungen im E.-Gutachten, wonach sich ihr psychischer Zustand verbessert habe (Protokoll S. 2 in Verbindung mit Urk. 2/26 S. 7 ff.). Zudem sei ein Wegfall der IV-Rente nur möglich, wenn eine erhebliche Änderung eingetreten sei, nicht hingegen - wie hier der Fall - bloss eine unterschiedliche Beurteilung des Gesundheitsschadens vorliege (Protokoll S. 2 in Verbindung mit Urk. 2/26 S. 12 ff.). Unklar bleibe auch, warum die IV-Stelle 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 (Protokoll S. 2 in Verbindung mit Urk. 2/26 S. 14). Weiter mache eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Abs. 1 EMRK nur Sinn, wenn Zeugen und Sachverständige vorgeladen werden könnten. Wenn nur Parteivorträge allein zugelassen seien, handle es sich um einen Verstoß gegen Art. 6 Abs. 1 EMRK. Gemäss Urteil des Bundesgerichts 9C\_243/2010 E. 3.1.3.3 müsse das E. Stellung nehmen zu Dr. Ercals Ausführungen. Bezüglich Revision gemäss Art. 17 ATSG sei auf die Rechtsprechung in Urteil 9C\_420/2011 E.4.2 zu verweisen, in welchem der Grundsatz Eingliederung vor Rente statuiert werde (Protokoll S. 2).

2. In prozessualer Hinsicht ist festzuhalten, dass der Anspruch auf eine öffentliche Verhandlung den Anspruch des Einzelnen, seine Argumente dem Gericht mündlich in einer öffentlichen Sitzung vorzutragen zu können, umfasst (Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Zund/Pfiffner Rauber [Hrsg.], Kommentar, 2. Auflage, N 4 zu § 24, mit weiteren Hinweisen). Dies impliziert jedoch nicht, dass das Sozialversicherungsgericht verpflichtet ist, die offerierten Beweise abzunehmen, was sich unschwer aus der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ergibt, wonach auf die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung im Sozialversicherungsprozess verzichtet werden kann, wenn aus der Begründung des Antrages zu schliessen ist, dass es der beschwerdeführenden Person um die Art der Beweisabnahme geht und sie nicht die von Art. 6 Ziff. 1 EMRK geschätzte Kontrolle und

Transparenz der Rechtsfindung durch Anwesenheit von Publikum und Presse an einer Gerichtsverhandlung bezweckt (Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, a.a.O., N 6 zu Art. 24, mit weiteren Hinweisen). Vielmehr steht es im alleinigen Ermessen des Gerichts, eine Beweisabnahme durchzuführen oder nicht (vgl. BGE 121 V 90 E. 4b S. 94 mit Hinweisen). Wie zu zeigen sein wird, ist vorliegend nicht ersichtlich, inwiefern die Vorladung von Dr. C. \_\_\_ als Zeuge bzw. Sachverständiger zu einer weiteren Erhellung des Sachverhaltes beizutragen vermag, weshalb weitere Beweiserhebungen im Sinne des Antrages der Beschwerdeführerin unnötig erscheinen (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2006, Erw. 5.2.2, mit Hinweisen).

### E. 3

3.1 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 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 substantziellen 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 besteht 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 Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers 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. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter lit. f IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_771/2009 vom 10. September 2010 und 9C\_586/2010 vom 15. Oktober 2010, je E. 2.2, mit Hinweisen).

3.5. 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



Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der Anamnese und der klinischen Untersuchungen Äusserte Dr. L.\_\_\_\_ im Bericht vom 2. August 2001 (Urk. 2/7/6/10-14) 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 hÄchstens ein geringgradiges Entrapment der Medianusnerven noch ohne neurographisch fassbare Pathologien vorliege. Hinweise fÄr 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.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. J.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 14. Februar 2002 (Urk. 2/7/6/7) den Verdacht auf ein TOS (Thoracic-Outlet-Syndrom = SchultergÄrtelkompressionssyndrom) fest. Der Verlauf aller drei Armnerven sei an allen Expositionsstellen extrem Äberempfindlich. Es bestehe der Verdacht einer Halsrippe. Bei anhaltenden Beschwerden sei ein CT (computer tomography = Computer-Tomographie) oder MRI (magnetic resonance imaging = Kernspinnresonanztomographie)

des zervikothorakalen Äberganges zu empfehlen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. K.\_\_\_\_ berichtete im RÄntgenbericht vom 21. MÄrz 2002 (Urk. 2/7/6/8-9) von einem Abdomen-CT. Darin ersah er mehrere verminderte Perfusionsareale in der linken Niere mit leichter VergrÄsserung, einen Verdacht auf Pyelonephritis sowie mehrere dystrophische Verkalkungen in der Leber ohne solide Raumforderung (Urk. 2/7/6/8). 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 Nebenfund erhob er eine chronische Sinusitis beidseits mit akutem Schub im Sinus maxillaris rechts (Urk. 2/7/6/9)

4.2.3Ä Ä Im Bericht vom 14./16. Januar 2003 (Urk. 2/7/7) erachtete Dr. C.\_\_\_\_, welcher die BeschwerdefÄhrerin auf Zuweisung ihres Hausarztes Dr. B.\_\_\_\_ therapierte, die psychischen Funktionen (KonzentrationsvermÄgen, AuffassungsvermÄgen, AnpassungsfÄhigkeit, Belastbarkeit) der BeschwerdefÄhrerin wegen der Depression als leicht bis mittelgradig eingeschrÄnkt. Eine ErwerbstÄtigkeit sei in der bisherigen wie auch in angepasster TÄtigkeit halbtags vorstellbar (Urk. 2/7/7/4). Anamnestisch hielt er fest, die BeschwerdefÄhrerin klage angeblich seit 1997/1998 Äber Schmerzen im Nacken- und RÄckenbereich, welche sie als stÄrend empfinde. Es gehe ihr seit zwei Jahren psychisch nicht gut. Sie rege sich sehr schnell auf, sei reizbar, schlafe schlecht, habe Äfters keine Freude oder Motivation, etwas zu machen, sei stÄndig mÄde, ermÄde rasch, vergesse Vieles, weine sehr leicht und fÄhle sich unsicher und Ängstlich. Im psychischen Befund wirke die BeschwerdefÄhrerin etwas antriebsarm, unsicher und Ängstlich. Der emotionale Kontakt sei nicht stark reduziert, die Grundstimmung leicht gedrÄckt. Denken und Äusserungen beinhalteten meist ihre Probleme und Beschwerden. Es bestehe eine deutliche Chronifizierung. Aufgrund der Chronifizierung und Therapieresistenz sei die Prognose ungÄnstig. Aus psychiatrischer Sicht seien der BeschwerdefÄhrerin in der freien Wirtschaft ab Juli 2002 leichtere kÄrperliche TÄtigkeiten im Umfang von 50 % zumutbar (Urk. 2/7/7/6).



Symptome bei psychosozialer Belastung, ein Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom sowie eine Migräne festgehalten (Urk. 2/7/50/6).

4.3.3.4.4. Mit Verlaufsbericht vom 1. März 2006 (richtig: 2007) teilte Dr. C. mit, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem 6. Juni 2006 nicht mehr in seiner Betreuung befinde (Urk. 2/7/43).

4.3.4.4. Am 17. Dezember 2007 berichtete Dr. B. von einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin in psychiatrischer, möglicherweise auch in rheumatologischer Hinsicht (Urk. 2/7/50). Er verwies auf die Anmeldung zur stationären Abklärung und Therapie in der psychiatrischen Klinik N. 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 E. sein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 2/7/62), 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. 2/7/62/1, Urk. 2/7/62/3-4).

4.3.5.4.4. Gegenüber Dr. I. 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 häufige Kopfschmerzen (Urk. 2/7/62/30-31). Gestützt auf die neurologischen Befunde konnte Dr. I. keine neurologische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit stellen (Urk. 2/7/62/32-33). 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 Ausgestaltungsbemühungen unternommen. Dies sei zum Teil in der bei Ablenkung remittierten Standataxie 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. I. 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. 2/7/62/33).

4.3.5.4.4.4. Im orthopädischen Teilgutachten (Urk. 2/7/62/24-29) führte Dr. Blaumeister 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. 2/7/62/25). 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 Vorfusssschwielen 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. 2/7/62/27). 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, Gerüsten 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. 2/7/62/28).

Dr. F. und Dr. G. berichteten im psychiatrischen Hauptgutachten (Urk. 2/7/62/1-23), 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 flüssig gewesen (Urk. 2/7/62/13). 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 verfolge sie aber durchaus nuanciert über das gesamte emotional-affektive Ausdrucksspektrum. Kurzfristig sei es zu einem depressiv-weinerlichen Affekteinbruch gekommen. Sie habe aber rasch wieder aufgehellt 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. 2/7/62/14). Dres. F. \_\_\_\_\_

und G. \_\_\_ erklärten, auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe kein Gesundheitsschaden, der eine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirke (Urk. 2/7/62/22). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine Dysthymia (ICD-10 F34.1), eine histrionische Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung sowie ein anamnestisch berichteter Benzodiazepinabusus (Urk. 2/7/62/15-16). Hinweise auf eine mittelgradige oder gar schwere depressive Stimmung 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. 2/7/61/16).

^ ^ ^ ^ ^ ^ 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. 2/7/62/18). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bezifferten sie die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der orthopädischen Leiden auf 100 % (Urk. 2/7/62/18). 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. 2/7/62/20). 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. 2/7/62/22).

## E. 5

5.1 ^ ^ ^ ^ Das Gutachten des E. \_\_\_ basiert auf orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Entgegen der von der Beschwerdeführerin vorgetragene Kritik (Urk. 2/1 S. 3 Ziff. 5) beruht das Gutachten des E. \_\_\_ 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. Die Gutachter haben zudem detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben, die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin bleibt das

Gutachten trotz der neusten bundesgerichtlichen Rechtsprechung beweiskräftig, verlieren doch nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ihren Beweiswert nicht per se. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen im angefochtenen Entscheid vor Bundesrecht standhält (Urteil des Bundesgerichts 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2011, E. 6). Dem Gutachten des E.\_\_\_\_ kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 3.5).

5.2 In psychiatrischer Hinsicht ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin gemäss Einschätzung der Ärzte des D.\_\_\_\_ vom 30. November 2006 (Urk. 2/7/50/6) an einer rezidivierenden depressiven Stimmung 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 E.\_\_\_\_, 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. 2/7/62/14). Damit trifft auch nicht zu, dass die Gutachter eine andere Beurteilung eines an sich unveränderten Sachverhaltes vorgenommen hätten. Demgegenüber lässt der Austrittsbericht des D.\_\_\_\_ 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. C.\_\_\_\_ im Verlaufsbericht vom 1./6. Januar 2006 (Urk. 2/7/27) 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. 2/7/27/6), und sind laut Gutachter des E.\_\_\_\_ andererseits auch in der Vergangenheit kurzzeitige stärker ausgeprägte depressive Episoden mit einer insgesamt aber kontinuierlichen Verbesserung vereinbar (Urk. 2/7/62/17). Für eine solche Verbesserung spricht auch die Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin ab dem 6. Juni 2006 zwischenzeitlich nicht mehr in psychiatrischer Betreuung bei Dr. C.\_\_\_\_ befand (Urk. 2/7/43). Daran vermag auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin gemäss heutigen Angaben von Dr. C.\_\_\_\_ betreut wird, nichts zu ändern. Von einer intensiven Behandlung kann nicht die Rede sein, findet doch lediglich einmal pro Monat eine Kontaktaufnahme - offenbar auch telefonisch - statt (Protokoll S. 3). Daher ist auch nicht ersichtlich, weshalb die psychiatrischen Gutachter zur Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_, welcher im übrigen als Neurologe mit der psychiatrischen Behandlung der Beschwerdeführerin ausserhalb seines Fachgebietes tätig ist, Stellung zu nehmen haben. Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin ergibt sich aus dem Entscheid des Bundesgerichts 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2011 keine

Pflicht der Gutachter, mit den behandelnden Ärzten Rücksprache zu halten. Auch die vom behandelnden Arzt Dr. B. \_\_\_ im Bericht vom 17. Dezember 2007 (Urk. 2/7/50) geäusserte Verschlechterung des Gesundheitszustandes in psychiatrischer Hinsicht lässt keine Zweifel an den Einschätzungen der Gutachter des E. \_\_\_ aufkommen. Mangels weiterer Ausführungen oder schlüssiger Begründung ist anzunehmen, dass sich Dr. B. \_\_\_ ausschliesslich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin stützte. Diese scheinen indes - wie auch das Gutachten des E. \_\_\_ aufzeigt - nicht immer frei von Widersprüchen zu sein. So ist beispielsweise nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin gegenüber Dres. F. \_\_\_ und G. \_\_\_ 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. 2/7/62/13). Zudem berichtete auch Dr. I. \_\_\_ von einer organisch nicht erklärbaren Diskrepanz zwischen geklagter Schmerzsymptomatik und neurologischen Befunden und wies auf die deutlich auffallenden Ausgestaltungsbemühungen der Beschwerdeführerin hin (Urk. 2/7/62/33). Umso mehr ist daher eine objektivierende Betrachtungsweise angezeigt. Schliesslich ist bezüglich der Berichte von Dr. B. \_\_\_ und Dr. C. \_\_\_ 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 E. \_\_\_ 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.

5.3 In somatischer Hinsicht ist festzuhalten, dass weder für die Rentenzusprache vom 26. August 2003 (Urk. 2/7/18) noch für die Rentenverfugung vom 20. Februar 2006 (Urk. 7/29) neurologische Beschwerden massgebend gewesen waren (Urk. 2/7/6) und die Gutachter des E. \_\_\_ aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit feststellen konnten. Die aus orthopädischer Sicht von Dr. Blaumeister 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. 2/7/62/18) entspricht im Wesentlichen dem von Dr. B. \_\_\_ in seinem Bericht vom 3. Januar 2003 (Urk. 2/7/6) Diagnostizierten. Zusätzlich konnte Dr. Blaumeister eine statisch relevante Fussdeformität mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen (Urk. 2/7/62/18), welche im Zeitpunkt der Rentenverfugung vom 20. Februar 2006 (Urk. 2/7/29) 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 E. \_\_\_ bereits gebührend berücksichtigt wurde. So wurde der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, wohingegen die Ärzte des D. \_\_\_ noch von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgegangen waren (Urk. 2/7/37/1). Gleiches lässt sich bezüglich einer angepassten Tätigkeit anführen. Während die Ärzte des D. \_\_\_ eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit zu 100 % als zumutbar erachteten (Urk. 7/37/1), kam für die Gutachter des E. \_\_\_ 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. 2/7/62/20).

5.4 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 E.\_\_\_\_ 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. 2/7/29) 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 Y.\_\_\_\_ im Jahre 1996 aus (Urk. 2/2, Urk. 2/7/12/2). 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. 2/2 S. 2 f.). Insgesamt ist das Vorgehen der IV-Stelle nicht zu



arbeitsmarktlichen Verwertbarkeit des wiedergewonnenen funktionellen Leistungsvermögens, wenn bisher schon eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit bestand, so dass der anspruchserhebliche Zugewinn an Leistungsfähigkeit kaum zusätzlichen Eingliederungsbedarf nach sich zieht; dies trifft vor allem zu, wenn das hinzugewonnene Leistungsvermögen in einer Tätigkeit verwertet werden kann, welche die versicherte Person bereits ausübt oder unmittelbar wieder ausüben könnte (Urteil 9C\_771/2009 vom 10. September 2010 E. 3.2.1, Urteil 9C\_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 und 4.2.2 mit zahlreichen Hinweisen).

7.3. Aktenkundig hätte die Beschwerdeführerin zu 50 % einer angepassten Tätigkeit nachgehen können, weshalb eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit bestand, welche sie jedoch nicht verwertete. Anlässlich der heutigen Verhandlung entstand auch nicht der Eindruck, dass der Beschwerdeführerin die Verwertung ihres Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung nicht möglich wäre, womit die Voraussetzungen für eine Ausnahme vom Grundsatz der Selbsteingliederungspflicht nicht gegeben sind. Mithin hat die Beschwerdegegnerin zu Recht von der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen abgesehen.

## **E. 8**

8.1. Mit Verfügung vom 9. März 2009 (Urk. 2/11) wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Matthias Horschik als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt.

8.2. 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.

8.3. Insgesamt ist Rechtsanwalt Matthias Horschik mit Fr. 3'500.-- zu entschädigen, wobei ihm mit Urteil vom 9. Juni 2010 bereits ein Betrag Fr. 2'792.85 zugesprochen und durch die Gerichtskasse bezahlt wurde, weshalb er für die Hauptverhandlung im Umfange des Differenzbetrages von Fr. 707.15 noch aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Die von Rechtsanwalt Matthias Horschik im Nachgang mit Schreiben vom 26. September 2011 (Urk. 10), eingegangen am 27. September 2011, geltend gemachten zusätzlichen Aufwendungen erweisen sich als unangemessen.

8.4. 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. 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

9. 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. 1'000.-- 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. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Matthias Horschik, Zürich, wird eine Prozessentschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zugesprochen, wobei Fr. 2'792.85 bereits bezahlt wurden, weshalb er mit Fr. 707.15 aus der Gerichtskasse entschädigt wird. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Matthias Horschik

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung 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.