

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00562 vom 30. April 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00562

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00562 du 30 avril 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00562 del 30 aprile 2015

Erwägungen

E. 1

7. August 2004 meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherung an statt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wegen Rückenbe schwerden und psychi schen Beschwerden zum Leistungsbezug an (Urk. 7/4) . Die IV-Stelle

klärte die erwerbliche n (Urk. 7/10 und 7/17) und medizinische n (Urk. 7/13, 7/14 und 7/18) Verhältnisse ab und sprach der Versicherten m it Verfügung vom

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

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. 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 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und

Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 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 der Verordnung über die Invalidenversicherung, 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 Ver gleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hin weisen). 2.

In der angefochtenen Verfügung zog die Beschwerdegegnerin in Betracht, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert habe. Es sei davon auszugehen, dass sie ihre persönlichen Ressourcen so habe stärken können, dass ihr die Überwindung der psychischen Beeinträchtigung und eine 100%ige ausserhäusliche Tätigkeit zumutbar seien.

Demgegenüber lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, dass sich ihre gesundheitliche Situation nicht verbessert habe. Die Beschwerdegegnerin habe ihre körperlichen Beschwerden ausser Acht gelassen und sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass ihre psychischen Leiden überwindbar seien (Urk. 1 S. 4 f.). 3.

E. 2

4. Februar 2005 (Urk. 7/30) , ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in der zuletzt ausgeübten sowie in jeder anderen angepassten Tätigkeit und einem Invaliditätsgrad von 50 % (Urk. 7/21), ab dem 1. Oktober 2004 eine halbe Invalidenrente zu.

Im Dezember 2006 wurde von Amtes wegen eine Rentenüberprüfung eingeleitet, bei der die Versicherte eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend machte (Urk. 7/35) . Nach diversen Abklärungen

(vgl. Urk. 7/36 ff.) ordnete die IV-Stelle

am 11. Oktober 2007 unter Hinweis auf die Schadensminderungspflicht schriftlich den Besuch einer Psychotherapie an , um die Restarbeitsfähigkeit von 50 % zu verbessern (Urk. 7/48). Mit Vorbescheid vom selben Datum stellte sie auch die Abweisung des Rentenerhöhungsgesuches in Aussicht (Urk. 7/50) , welche sie nach erhobenem Einwand (Urk. 7/52) am 3. Januar 2008 verfügte (Urk. 7/55). Im Oktober 2008 leitete die IV-Stelle eine weitere Überprüfung des Rentenanspruches ein, anlässlich welcher die Versicherte wiederum

erklärte ,

ihre gesundheitliche Situation habe sich verschlimmert (Urk. 7/56). Die IV-Stelle nahm darauf weitere Arztberichte zu den Akten (vgl. Urk. 7/61 bis 7/ 63) und teilte der Versicherten hernach mit Schreiben vom 24. Februar 2009 mit, dass sich keine renten relevanten Änderungen ergeben hätten und sie weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente habe (Urk. 7/65).

E. 3

0. September 2013 erstattet wurde (Urk. 7/106) . Die IV-Stelle erliess am 1. November 2013 einen neuen Vorbescheid, mit dem sie die Aufhebung der Invalidenrente ankündigte (Urk. 7/109) . Dagegen liess die Versicherte am 3. Dezember 2013 Einwand erheben (Urk. 7/111) , diesen am 16. Januar 2013 ergänzend begründen (Urk. 7/115) und einen neuen Arztbericht vom 8. Januar 2014

(Urk. 7/114) einreichen . In der Folge wurden weitere medizinische Unterlagen bei gebracht (Urk. 7/121) . Mit Verfügung vom 10. April 2014 hob die IV-Stelle die halbe Invalidenrente auf Ende des nach der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (Urk. 2 = 7/127). Einer Beschwerde gegen die Verfügung entzog sie die aufschiebende Wirkung (Urk. 2 S. 3). 2.

Gegen die Verfügung vom 10. April 2014 liess die Versicherte mit Eingabe vom 26. Mai 2014 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei die halbe Invalidenrente zu belassen. Eventualiter sei die Sache zur vertieften Abklärung des medizinischen Sachverhaltes an die Vorinstanz zurückzuweisen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Ferner wurde um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde und um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung ersucht (Urk. 1 S. 2 und 6 f.) . Die IV-Stelle schloss am 24. Juni 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Verfügung vom 2. Juli 2014 (Urk. 8) wurde das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung abgewiesen, der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und in der Person von Rechtsanwalt Bernhard Jüsi ein unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt. Überdies wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort vom 24. Juni 2014 zur Kenntnisnahme zugestellt.

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die letzte materielle Rentenüberprüfung wurde mit der schriftlichen Mitteilung vom 24. Februar 2009 (Urk. 7/65) abgeschlossen, mit welcher keine rentenrelevanten Änderungen und dementsprechend weiterhin ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente festgestellt wurden. Sie bildet daher die zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung der Frage, ob bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10. April 2014 eine anspruchsrelevante Änderung eingetreten ist.

E. 3.2

Die schriftliche Mitteilung vom 24. Februar 2009 stützte sich in medizinischer Hinsicht auf den Bericht des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsoffer der Psychiatrischen Poliklinik des Spitals F.____ vom 28. November 2008 (Urk. 7/61; vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 24. Februar 2009, Urk. 7/64). Dieser enthält folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/61/1):

-

Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)

-

Mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1)

-
Chronische Lumbalgien bei Status nach Diskushernienoperation im Mai 2007 und Status nach Folter.

Am 7. Februar 2006 habe die ambulante Behandlung begonnen. Die letzte Kontrolle habe am 19. November 2008 stattgefunden. Bis zum 25. Februar 2008 sei die Beschwerdeführerin im Abstand von zwei bis drei Wochen regelmässig zu Sitzungen erschienen und habe eine expositionszentrierte Einzelpsychotherapie, eine bewegungsorientierte Gruppentherapie und eine Psychopharmakotherapie mit Remeron erhalten. Im Verlauf habe sich die Gesamtsituation ein wenig gebessert, was zu einem beträchtlichen Teil der Rückenoperation zuzuschreiben sei. Es sei zu einer leichten Symptomverminderung hinsichtlich der depressiven Symptomatik sowie der Angst- und Schlafstörungen gekommen, wobei die somatisch bedingten Rückenbeschwerden in punkto Gesamtbeschwerdesituation ein zentraler, jedoch wenig beeinflussbarer Faktor geblieben seien. Die persistierenden Rückenbeschwerden seien für einen grossen Teil des Leidensdruckes verantwortlich. Auf Wunsch der Patientin sei die Therapie im Februar 2008 unterbrochen worden, da sie damals mit anderen Therapien wie Physiotherapie und psychosozialen Belastungen wie Wohnungssuche und Arbeitslosigkeit des Ehemannes beschäftigt gewesen sei. Am 7. August 2008 habe sie sich gemeldet und die ambulante Behandlung in Form von Einzelpsychotherapie und Schwimmgruppenteilnahme wieder aufgenommen.

Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit mit einem Pensum von 50 % zumutbar. Unter Weiterführung der Behandlung dürfe die depressive Symptomatik günstig beeinflussbar sein. Die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung sei über einen Zeithorizont von Jahren anzusetzen, wobei keine vollständige Symptomfreiheit zu erwarten sei. Eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei möglich (Urk. 7/61/3). 4. 4.1

Zur Entwicklung des psychischen Gesundheitszustandes ab dem 24. Februar 2009 äusserte sich der Bericht des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsoffer der Psychiatrischen Poliklinik des Spitals F. ___ vom 22. August 2012 (Urk. 7/78). Darin wurde festgehalten, dass die Einzelpsychotherapie auf Wunsch der Patientin im Dezember 2011 sistiert worden sei, da sie damals mit anderen Therapien und psychosozialen Belastungen beschäftigt gewesen sei. Zu dieser Zeit seien zwei Neffen ermordet worden, was die Traumata nochmals habe hochkommen lassen. Sie habe dies aber mit Unterstützung der Familie und von Freunden gut angehen können. Am 21. Juni 2012 habe sich die Patientin nach mehrmonatiger Therapiepause erneut gemeldet und um psychiatrische Unterstützung ersucht. Aktuell sei die psychotherapeutische Behandlung vor allem auf die Reintegration der traumatischen Ereignisse und den Umgang mit den aktuellen Schmerzen fokussiert. Zusätzlich liege der Schwerpunkt auf der Organisation einer Tagesstruktur. Die Einzelgespräche fänden alle drei bis vier Wochen statt, zuletzt sei die Beschwerdeführerin am 7. August 2012 erschienen. Die Teilnahme an einem Schmerzprogramm wäre indiziert, allerdings seien die sprachlichen Kenntnisse ein limitierender Faktor.

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien der subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), der leichten bis mittelschweren depressiven Episode (ICD-10: F32.1), der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und den chronischen Lumbalgien bei Status nach Diskushernienoperation (2007) und Status nach

Folter beizumessen.

Es sei zu einer leichten Symptomverminderung hinsichtlich der depressiven Symptomatik und der Angststörung sowie der Vermeidungs- und Hyperarousal-Symptome gekommen. Wegen der psychischen Symptome bestehe eine arbeits technische Limitierung von aktuell noch 30 % , und diese vor allem in Form einer verminderten Aufmerksamkeitsspanne, eines verminderten Energieniveaus und schneller Ermüdbarkeit. Bei regelmässiger und konsequenter Weiterbehandlung sei langfristig von einer eher günstigen Prognose auszugehen, wobei nicht mit einer vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei. Es sei aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % erreichbar, wobei der Einstieg ein Pensum von 50 % nicht übersteigen sollte. 4.2

Der Gutachter med. pract. Z.____ untersuchte die Beschwerdeführerin am 19. September 2013 psychiatrisch. Als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er in seinem Gutachten vom 30. September 2013 (Urk. 7/106) eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) fest. Überdies diagnostizierte er eine leichte depressive Störung (ICD-10: F 32.0) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) bei Status nach Diskushernienoperation, welchen er keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zumass.

Aus psychiatrischer Sicht stünden die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung im Zusammenhang mit durchgemachten Foltererfahrungen in P.____ischen Gefängnissen im Vordergrund. Die Beschwerdeführerin berichte glaubhaft von häufigen, sich aufdrängenden Erinnerungen, die mit einem emotionalen Wiedererleben einhergehen würden. In solchen Momenten sei sie nicht mehr rational handlungsfähig und fühle sich typischerweise blockiert. Situationen, die potentiell zu den geschilderten Flashbacks führen könnten, vermeide sie nach Möglichkeit. Zudem bestehe eine grundsätzlich erhöhte Anspannung im Alltag, eine vermehrte Erschöpfbarkeit und eine verminderte Konzentrationsfähigkeit, was insgesamt zu einer deutlich verminderten Belastbarkeit führe. Es bestehe auch eine Stressintoleranz, was bei einer Zunahme der Belastungen zu einer spürbaren Verstärkung der Symptome der PTSD zu führen scheine. Die zusätzlich beschriebene depressive Komponente scheine tendenziell eher in den Hintergrund getreten zu sein. Zwar seien noch eine gewisse Antriebslosigkeit und eine gedrückte Stimmung spürbar. Die Beschwerdeführerin selber gebe aber an, dass diese zwischenzeitlich grösstenteils willentlich überwindbar seien.

In einer Tätigkeit, in der ein gewisses Mass an Stresstoleranz gefordert und ein gleichbleibend hohes Mass an Konzentrationsfähigkeit erwartet werde, könne davon ausgegangen werden, dass im Zusammenhang mit der verminderten Belastbarkeit, der erhöhten Erschöpfbarkeit und der reduzierten Konzentrationsfähigkeit unverändert eine höchstens 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. In einer optimal den psychischen Beschwerden angepassten Tätigkeit ohne allzu hohen emotionalen oder zeitlichen Druck, in einer ruhigen und empathischen Umgebung, mit der Möglichkeit, Arbeitszeit und Pausen flexibel zu gestalten, und in der nicht allzu hohe Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit gestellt würden, bestehe seit spätestens dem Untersuchungsdatum eine etwa 70

bis 80%ige Arbeitsfähigkeit. Ob das geschilderte angepasste Arbeitsplatzprofil einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt entspreche, könne aus medizinischer Sicht nicht beurteilt werden. 4.3

Nach der Erstellung des Gutachtens liess die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Januar 2014 (Urk. 7/114) einreichen. Dieser behandle die Beschwerdeführerin seit dem 1. Dezember 2012 wegen der chronischen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.1), und der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) bei chronischem lumbalbetontem Panvertebralsyndrom, Status nach Diskushernienoperation, Fingerpolyarthrose und Polyarthralgien.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der vorliegenden Psychopathologie wie der raschen Ermüdbarkeit, der Antriebsstörung, der verminderten Stressresistenz und der kognitiven Einschränkung sowie des ausgeprägten Vermeidungsverhaltens eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Hilfsarbeiterin. Ihre Fähigkeit, sich in Bezug auf wechselnde Anforderungen der Umwelt angemessen zu verhalten, sei deutlich eingeschränkt. Sie habe Schwierigkeiten, sich neuen Situationen erwartungsgemäss anzupassen.

Die schwere psychopathologische Beeinträchtigung der Patientin bestehe seit mehreren Jahren. Bisherige ambulante Behandlungsversuche hätten nur eine leichte Stabilisierung des psychischen Zustands ergeben. Ein ausgeprägtes Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten habe bis jetzt eine Veränderung der negativen Interpretationen des Traumas und seiner Folgen verhindert und die posttraumatische Belastungsstörungsproblematik auf diese Weise aufrechterhalten. Aufgrund der körperlichen Begleiterkrankungen, der Chronifizierung ohne Remission, des primären Krankheitsgewinns, des Angst-Vermeidungs-Verhaltens sowie der bisherigen kaum erfolgreichen Behandlungsversuche müsse mit einem protahierten und invalidisierenden Verlauf gerechnet werden.

Eine leichte behinderungsangepasste Beschäftigung im Umfang von 30 bis 40 % in einem geschützten Rahmen würde aus therapeutischer Sicht und zur Förderung des Selbstwertgefühls und der Tagesstrukturierung Sinn machen. 5. 5.1

Darüber hinaus lässt sich den Akten entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin ab dem 24. Februar 2009 nicht nur wegen psychischer Beschwerden behandeln liess, sondern auch wegen somatischer Beschwerden diverse weitere Ärzte konsultierte. Aus dem Bericht von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, vom 23. August 2009 (Urk. 7/71/13) geht hervor, dass sie ab April 2009 physiotherapeutisch behandelt wurde. Als Diagnosen wurden ein aktuell exacerbiertes chronisches lumbalbetontes Panvertebralsyndrom bei Status nach mikrochirurgischer Diskusherniendekompression L4/5 im April 2007, eine posttraumatische Belastungsstörung und eine Achillodynie rechts festgehalten. Die insgesamt neun Physiotherapiesitzungen hätten zu keiner relevanten Schmerzreduktion geführt. Die Beschwerdeführerin klagt über weiterhin bestehende Schmerzen, vor allem in der Nacken-/Schulterregion rechtsbetont und in der Suboccipital-Muskulatur, etwas weniger lumbal. Hinweise auf eine radikuläre Problematik oder ein entzündliches rheumatisches Leiden hätten nie bestanden. Symptomatische medikamentöse Therapien hätten wenig genützt und die Beschwerdeführerin lehne eine Infiltrationsbehandlung ab. 5.2

Wegen der von der Beschwerdeführerin geäußerten Beschwerden am rechten Knie liess Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für Radiologie, am 15. September 2010 eine Röntgenaufnahme anfertigen, welche eine diskrete femoro-tibiale mediale und femoro-patelläre Arthrose zeigte (Urk. 7/71/10). 5.3

Dr. B.____ hielt in einem Bericht vom 16. Januar 2011 (Urk. 7/71/11 f.) nebst der neu gestellten Diagnose einer Arthrose weitere Exacerbationen der bekannten panvertebralen Schmerzsymptomatik vom März 2010 und vom Januar 2011 mit ausgeprägten myofaszialen Schmerzen fest. Die Symptomatik werde wahr scheinlich durch die parallel bestehende depressive Komponente überlagert. Ambulante Physiotherapien hätten in der Vergangenheit eher wenig Erfolg gezeigt. Das Schwergewicht der Rehabilitation sollte auf die psychosomatische Problematik gerichtet sein, weshalb er einen Antrag auf Kostengutsprache für eine Behandlung in der Klinik D.____ stelle (Urk. 7/71/11 f.).

Dieser Antrag wurde einem weiteren Bericht von Dr. B.____ vom 15. März 2011 (Urk. 7/71/8) zufolge aufgrund ungenügender Sprachkenntnisse und somit ungenügendem Therapiepotential abgelehnt. Dr. B.____ vertrat die Auffassung, dass das rheumatologische Beschwerdekorrelat insgesamt gering sei und die psychiatrische Betreuung eindeutig im Vordergrund stehe. 5.4

Aufgrund von geklagten Oberbauchschmerzen nahm Dr. med.

E.____, Facharzt FMH für Gastroenterologie und Innere Medizin, am 6. März 2012 eine Gastroskopie vor. Diese ergab eine Heliobacter pylori assoziierte Gastritis, eine nicht erosive Refluxerkrankung mit/bei 1 cm kleiner axialer Hiatushernie und gleichzeitiger Kardianinsuffizienz sowie oberflächliche Ulcerationen im Bulbus duodeni, Heliobacter pylori assoziiert (Urk. 7/71/6). Zur Behandlung der Heliobacter pylori assoziierten Gastritis und der Refluxerkrankung ordnete er die Einnahme von Pantoprazol während vier Wochen an (Urk. 7/71/7). 5.5

Am 10. März 2012 verfasste med. pract. G.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, einen Bericht, in welchem er dem chronischen lumbalbe tonten Panvertebralsyndrom, der posttraumatischen Belastungs störung

/

De pression und der femorotibialen und femoropatellären Arthrose rechts Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zumass. Aufgrund der Gesamtsituation (schlechte Ausbildung, geringe Deutschkenntnisse, mangelnde Berufsidentität, tiefe Eigenaktivität und chronifiziertes Leiden) sei bei der Beschwerdeführerin medizinisch theoretisch von einer Arbeitsunfähigkeit von über 70 % für leichte Arbeiten mit Wechselbelastung auszugehen (Urk. 7/71/5).

In einem Bericht vom 19. Februar 2014 (Urk. 7/122) vertrat er die Auffassung, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht verändert habe. Die Beschwerden bestünden etwa im gleichen Ausmass. Die somatischen Erkrankungen des Bewegungsapparates würden sich nebst der Psyche ebenfalls deutlich negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Aktuell bereite der Beschwerdeführerin das Greifen von Gegenständen Mühe, da sie an den Hand- und an den Fingergelenken Schmerzen habe. Sie klagte auch über Sprunggelenkschmerzen und eine Ischalgie rechts, Schulterschmerzen rechts und Fersenschmerzen (plantare Fasciitis-Beschwerden). Diese seien ebenfalls entscheidend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, ebenso wie die Arthrose. 6.

6.1

Zu Recht wurde von keiner Partei in Frage gestellt, dass das psychiatrische Gutachten von med. pract. Z.____ vom 30. September 2013 (Urk. 7/106) die von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten erfüllt (vgl. BGE 134 V 231 E. 5a und 125 V 351 E. 3a). Es kann folglich darauf abgestellt werden. Damit ist ausgewiesen, dass sich der psychische Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab dem 24. Februar 2009 bis zur gutachterlichen Untersuchung vom 19. September 2013 verbessert haben.

Zum

in der Folge

eingereichten Bericht von Dr. A.____

vom 8. Januar 2014 (Urk. 7/114) ist vorab als Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 und 125 V 351 E. 3b/cc). Insbesondere ist den Ausführungen von Dr. A.____ nichts zu entnehmen, woraus sich schliessen liesse, dass sich der psychische Gesundheitszustand in der Zeit zwischen der psychiatrischen Begutachtung durch med. pract. Z.____ und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10. April 2014 wieder verschlechterte. Ebenso wenig ergeben sich sonst Anhaltspunkte in dieser Hinsicht.

Es ist der Beschwerdegegnerin folglich beizupflichten, dass eine Besserung des psychischen Zustands eingetreten ist. 6.2

Gemäss der aktuell geltenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung begründet eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547

E. 3).

Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden gegenwärtig rechtsprechungsgemäss auch bei der Würdigung des invalisierenden Charakters einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) analog angewendet (Urteil des Bundesgerichts 8C_483/2012 vom 4. Dezember 2012 E. 4.2 mit zahlreichen Hinweisen). Dies war beim Erlass der rentenzuschendenden Verfügung vom 24. Februar 2005 noch nicht der Fall. Es handelt sich mithin um eine zwischenzeitlich veränderte Rechtspraxis. Eine solche kann nur im Rahmen einer festgestellten erheblichen Tatsachenänderung berücksichtigt werden (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 8C_766/2012 vom 18.

Februar 2013 E. 5, 8C_459/2012 vom 8. November 2012 E. 4.2.1, 8C_167/2012 vom 15. Juni 2012 E. 5.2, 8C_567/2011 vom 3. Januar 2012 E. 4.2 und 9C_418/2010 vom 29. August 2011 und 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1, je mit Hinweisen), welche hier mit der Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes vorliegt. Die Überwindbarkeit ist

daher anhand der von der Rechtsprechung statuierten Kriterien detailliert zu prüfen.

Wie das Bundesgericht wiederholt dargelegt hat, stellt eine leichte depressive Störung, wie sie im vorliegenden Fall diagnostiziert wurde, keine Komorbidität (von erheblicher Schwere und Ausprägung) im Sinne der Rechtsprechung dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_531/2012 vom 5. März 2013 E. 4.1 mit Hinweisen). Darüber hinaus ist zu vermerken, dass unter adäquater medikamentöser und therapeutischer Behandlung eine deutliche Besserung eingetreten ist. Es stellt sich indessen die Frage, ob körperliche Leiden vorhanden sind, aufgrund derer die Überwindbarkeit mit einer zumutbaren Willensanstrengung als ausgeschlossen erscheint. 6. 3

Den Berichten von Dr. B. ___ zufolge klagte die Beschwerdeführerin auch nach dem chirurgischen Eingriff vom April 2007 über lumbalbetonte Schmerzen. Seiner Auffassung nach stand die psychosomatische Komponente zwar klar im Vordergrund. Er vermerkte jedoch auch ein, wenn auch geringes, rheumatologisches Beschwerdekorrelat. Es erscheint daher nicht ausgeschlossen, dass auch ein physischer Gesundheitsschaden vorlag. Hinweise auf einen solchen bestehen auch aufgrund der im September 2010 festgestellten Arthrose im rechten Knie. Gemäss den Berichten von med. pract. G. ___ bestanden die erwähnten somatischen Leiden zumindest bis zum 19. Februar 2014, und er mass diesen nebst den bekannten psychischen Beschwerden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu. 6. 4

Es bestanden somit konkrete Anhaltspunkte dafür, dass sich der physische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert hatte und dies auch ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigte. Es wären daher Abklärungen zur aktuellen somatischen Situation nötig gewesen. Da die Beschwerdegegnerin in dieser Hinsicht keine Schritte unternommen hat, wird sie solche nachzuholen haben. Sie werden ihr auch die detaillierte Prüfung der Überwindbarkeit der psychischen Leiden ermöglichen. Allenfalls wird sie dann das Zusammenwirken der psychischen und der physischen Beschwerden zu thematisieren haben. Der angefochtene Entscheid ist somit aufzuheben und die Sache ist zur Durchführung der notwendigen Abklärungen und zu neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (§ 26 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer). In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 7. 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- festzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 mit Hinweisen). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerde gegnerin aufzuerlegen. 7.2

Überdies hat die obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten (§ 34 Abs. 1 GSVGer). Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin weist in der eingereichten Kostennote vom 2. April 2015 (Urk. 13) für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 7 Stunden und 15 Minuten sowie Barauslagen von Fr. 33.10 aus. Diese Aufwendungen erscheinen als gerechtfertigt. Die ab dem

E. 8

Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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).

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