

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00887 vom 3. Februar 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00887](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00887)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00887 du 3 février 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00887 del 3 febbraio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie 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 zu dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **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). 1. 3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1. 4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung

der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 9. September 2014 Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. Juli 2014 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine ganze Rente auszurichten. Eventuell sei der Gesundheitszustand neu zu beurteilen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2014 (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere das psychiatrische Gutachten vom 8. Oktober 2012 (Urk. 7/49/5-30), davon aus, dass keine Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes mehr vorliege (S. 2 Mitte). Gestützt darauf hob sie die bis her ausgerichtete ganze Invalidenrente auf (S. 3).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, dass das psychiatrische Gutachten vom 8. Oktober 2012 nicht nachvollziehbar sei und darauf entsprechend nicht abgestützt werden könne (Urk. 1 S. 5 ff. Ziff. 16-25). Ihr gesundheitlicher Zustand habe sich keinesfalls verbessert und sie leide seit mindestens 9 Jahren an einer schweren Depression und unter starken Schmerzen, so dass nach wie vor von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Damit sei dargetan, dass eine unüberwindbare Erwerbsunfähigkeit vorliege, womit der Anspruch auf Ausrichtung der bisherigen Invalidenrente nach wie vor gegeben sei und diese nicht aufgehoben werden könne (S. 12 Ziff. 39).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist somit, ob bei der Beschwerdeführerin seit Erlass der Verfügung vom 7. September 2006 (Urk. 7/33) eine Verbesserung des Gesundheitszustandes respektive der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. 3.

Der

mit Verfügung vom 7. September 2006 zugesprochene n ganzen Invalidenrente (Urk. 7/28, Urk. 7/33) lag im Wesentlichen das psychiatrische Gutachten von Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. November 2005 (Urk. 7/26) zugrunde.

Dieser nannte als Diagnosen (S. 4 Ziff. 5) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), eine Agoraphobie (ICD-10 F40.00) so wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Dazu führte er aus, bei der Beschwerdeführerin sei zurzeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, was auch das selbständige Führen eines eigenen Haushaltes betreffe (S. 4 Ziff. 6). Eine Erwerbsfähigkeit sei aufgrund der Schwere der Erkrankung aktuell, aber auch in weiterer Zukunft auszuschliessen. Es sei auch für die Zukunft davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr in der Lage sein werde, ohne Hilfe einen Haushalt selbständig zu führen. Dafür sei die Chronizität und die Invalidisierung zu weit fortgeschritten (S. 4 Ziff. 8.2). Aufgrund der Schwere und der Chronizität sei eine Wiedererlangung einer Teilerwerbstätigkeit ausgeschlossen (S. 5 Ziff. 8.4/8.5). 4.

#### 4.1

Im Rahmen der vorliegenden Rentenrevision holte die Beschwerdegegnerin die folgenden medizinischen Berichte ein: 4.2

Dem Bericht vom 15. Juli 2010 über eine nephrologische Abklärung am

Z.\_\_\_\_ (Urk. 7/44/13-15) lässt sich entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin eine Schrumpfniere rechts mit kompensatorischer Hypertrophie der linken Niere bestehe, wobei die Gesamt-Nierenfunktion leicht eingeschränkt sei. Insgesamt würden sich aus dieser leichten Einschränkung keine negativen Konsequenzen ergeben (S.

2

unten). Ausserdem bestünden keine Hinweise auf eine rheumatische Erkrankung im engeren Sinne. Daher werde empfohlen, die Beschwerdeführerin von einem Schmerzspezialisten in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Psychiater evaluieren zu lassen (S. 3 Mitte). 4.3

Nach der Beurteilung vom 17. und 23. August 2010 nannten die Ärzte des Z.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, im Bericht vom 7. Oktober 2010 (Urk. 7/44/6-12) folgende, hier leicht gekürzt angeführte Diagnosen (S. 1): - chronisches panvertebrales Syndrom, zervikal und lumbal betont - myofasziale Befunde Schulter- und Beckengürtel beidseits - leichtgradige

Periarthropathia

humeroscapularis (PHS) links - akutenanamnestisch Rotatorenmanschettentendinose links, Bursitis subacromialis und Mikrozyste im Bereich der Supraspinatussehne - Genu

valgum beidseits und Verdacht auf asymptomatische Retropatellararthrose beidseits - schwerer Vitamin D-Mangel - metabolisches Syndrom ohne Diabetes mellitus - Adipositas (BMI 33

kg/m<sup>2</sup>) - substituierte Hypothyreose - chronische Niereninsuffizienz bei Nierenhypoplasie rechts - chronisches depressives Syndrom - ambulante Psychotherapie alle 2-4 Wochen seit 2006 - leichtgradiges Ekzem am Haaransatz occipital und retroaurikulär beidseits

Die Ärzte führten dazu aus, die Rückenschmerzen seien primär myofaszial bedingt bei Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dekonditionierung. In der klinischen Untersuchung habe sich global eine fast normale Beweglichkeit der Wirbelsäule gezeigt, es hätten jedoch leichte bis mittelschwere myofasziale Befunde im Schulter-/Beckengürtel beidseits nachgewiesen werden können. Konventionell-radiologisch hätten sich ausser einer möglichen atlantodentalen Arthrose keine degenerativen oder entzündlichen Veränderungen der Wirbelsäule gezeigt. Die Beschwerden im Bereich der linken Schulter beurteilten die Ärzte primär bedingt durch die myofaszialen Befunde im Schultergürtel beidseits (S. 2 unten).

Zusammenfassend würden panvertebrale Beschwerden bei muskulärer Dekonditionierung und myofaszialen Befunden im Schulter-/Beckengürtelbereich beidseits sowie ein schwerer Vitamin D-Mangel bestehen. Der schwere Vitamin D-Mangel habe wahrscheinlich zu der von der Beschwerdeführerin beschriebenen ausgeprägten Kraftlosigkeit geführt. Ein schwerer Vitamin D-Mangel könne auch generalisierte Myalgien

verursachen. Ursächlich sei die mangelnde Sonnenexposition durch muslimisch-traditionelle Kleidung sowie häufigem Liegen tags über im verdunkelten Zimmer. Nebst der muskulären Dekonditionierung und dem schweren Vitamin D-Mangel sei auch eine somatoforme

Schmerzstörung im Rahmen des chronisch depressiven Syndroms in Erwägung zu ziehen (S. 3 oben).

#### 4.4

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 1. September 2011 (Urk. 7/44/1-5) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit Juni 2010 (Ziff. 1.2) und führte dabei unter Beilage der vorstehenden Berichte (vgl. E. 4.2-3) im Wesentlichen die dort genannten Diagnosen auf. Er hielt weiter fest, bei der Beschwerdeführerin stehe die Depression im Vordergrund und sie sei deshalb seit Jahren in psychologischer Behandlung (Ziff. 1.4). Eine Arbeitsfähigkeit sei keine mehr gegeben (Ziff. 1.6-7). Eine Arbeitsaufnahme sei keine möglich, da die Depression trotz der antidepressiven Medikation im Vordergrund stehe. Nur durch Gespräche könne eine gewisse Stabilität erreicht werden. Es komme immer wieder zu Exazerbationen mit Adynamie (S. 5). 4.5

#### 4.5.1

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im psychiatrischen Gutachten vom 8. Oktober

2012 (Urk. 7/49/5-30) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

19 Ziff. 3.2). Als psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

20 Ziff. 3.3) nannte er eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine paroxysmal aufsteigende Angst unklarer Genese und mit psychovegetativer Begleitsymptomatik (ICD-10 F41.0) verbunden mit einem Vermeidungsverhalten und Generalisierungstendenz, eine larvierte depressive Episode, rezidivierend (ICD-10 F33.9), sowie vermeidende Persönlichkeitszüge mit Selbstwertproblematik (ICD-10 Z73.1).

Dazu hielt er fest, die Beschwerdeführerin habe die Schmerzsymptomatik im Rahmen der Begutachtung ganz in den Vordergrund gestellt. Die Schilderung sei dabei sehr diffus erfolgt (S.

17 unten). Gemäss eigener Befundung (vgl. S.

### **E. 6**

) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 31. Oktober 2014 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk.

#### **E. 6.1**

Der psychiatrische Gutachter nannte als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (vorstehend E. 4.5.1).

#### **E. 6.2**

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht unlängst von der Rechtsprechung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ähnliche Störungen und ihre Folgen vermutungsweise mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3), Abstand genommen und eine neue Basis für die Beurteilung somatoformer Schmerzstörungen und ihrer Auswirkungen auf die juristisch zu beurteilende Arbeitsunfähigkeit begründet :

Die Beurteilung der Invalidität bei psychosomatischen Störungen hat stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe bzw. (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6).

### **E. 6.3**

Nach Aufgabe des Konzepts der Überwindbarkeitsvermutung, welche durch eine ergebnisoffene Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens als zentralem Beweisgegenstand abgelöst wird, scheint der Begriff des Kriteriums nicht mehr geeignet. Das Bundesgericht spricht fortan von Indikatoren, einem Begriff, der massgebliche Beweisthemen bezeichnet, anhand welcher ein bestimmter Sachverhalt ermittelt wird (vgl. dazu auch Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: SZS 2014 S. 533 und 541 ; BGE 141 V 281 E. 4.1.2).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten

- Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken ( BGE 141 V 281 E. 4.1.3).

#### **E. 6.4**

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigenutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen ( BGE 141 V 281 E. 8).

#### **E. 6.5**

Das Gutachten (vorstehend E. 4.5) hat sich mit dem funktionellen Schweregrad der Beeinträchtigung hinreichend auseinander gesetzt: Die Gesundheitsschädigung betreffend wurde die Ausprägung der relevanten Befunde thematisiert.

Ebenso wurde der bisherige Therapieverlauf und die Frage von begleitenden Erkrankungen erörtert

sowie auf erheblichen sekundären Krankheitsgewinn und Vermeidungsverhalten hingewiesen.

Der Komplex der Persönlichkeit ist direkt in die Diagnostik eingeflossen, das Leistungsvermögen ausführlich dargelegt

und der soziale Kontext wurde im Gutachten ebenfalls angesprochen und berücksichtigt ( zum Ganzen vorstehend E. 4.5. 1 -6) . Unter dem Aspekt der Konsistenz erscheinen sowohl der Umfang der bestehenden Lebensaktivitäten wie auch der Leidensdruck als berücksichtigt. Der Gutachter kam dabei zum Schluss, gemäss globaler Erfassung des Funktionsniveaus resultiere eine mässig ausgeprägte Einschränkung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit, woraus eine maximal 20%ige Arbeitsunfähigkeit resultiere.

#### **E. 6.6**

Vorliegend erhellt aus dem psychiatrischen Gutachten hinreichend, dass die Ausprägung der psychischen diagnoserelevanten Befunde nicht derart stark ins Gewicht fällt, dass sie einer (teilweisen) Arbeitsfähigkeit entgegenstehen würde .

Ferner ergibt sich aus den medizinischen Akten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Rahmen des stationären Aufenthalts zu sehens verbesserte, die Beschwerdeführerin von der Physio- und Bewegungstherapie deutlich profitiert habe und es ihr in psychotherapeutischen Gesprächen überraschend schnell gelungen sei, sich aus der vordergründigen Fixierung auf körperliche Symptome zu lösen (vorstehend E. 4.8). Es ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin trotz der bereits seit Jahren bestehenden Symptomatik noch therapeutische Optionen offen stehen und eine Behandlungsresistenz

nach Lage der Akten ausgeschlossen werden kann . Von einer therapeutisch nicht mehr angehbaren Störung ist daher nicht auszugehen .

Weiter ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin wiederholt - teils mehrmonatige - Ferien

in der F.\_\_\_\_ machte (vgl. vorstehend E.

5.5) , die Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung und auch eine Unterstützung durch die Spitex vehement ablehnte (vorstehend E. 4.8) , bisher von keinem Psychiater ambulant betreut wurde (vorstehend E. 4.7) und die delegierte Psychotherapie

unter Aufsicht eines Allgemeinmediziners nur ein bis zweimal pro Monat stattfindet (vorstehend E.

4.5.5) . Angesichts der raschen Zustandsverbesserung während des stationären Aufenthalts (vorstehend E. 4.8) ist davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin bis dahin keiner adäquaten und konsequenten somatischen wie auch psychiatrischen

Therapie unterzogen hat . Dies bezüglich konstatierte bereits der Gutachter im Jahr 2011 , dass eine genuin psychiatrische Behandlung nicht stattfindet und der Anteil und die Dosierung der Psychopharmaka hinsichtlich der geklagten Beschwerden mehr als auffällig sei (vorstehend E. 4.5.5) .

## **E. 6.7**

Gesamthaft ist aufgrund dieser Feststellungen der Schweregrad wie auch die Konsistenz der funktionellen Auswirkungen der Schmerzstörung als gering zu werten. Demnach ist auch unter Berücksichtigung der beachtlichen Standardindikatoren mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die somatoforme Schmerzstörung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt, weshalb der Gutachter die anhaltende somatoforme Schmerzstörung in nachvollziehbarer Weise als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufführte. Folglich erlaubt das Gutachten auch im Lichte der massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 eine umfassende und schlüssige Beurteilung, so dass darauf abgestellt werden kann. 7.7.1

Hinsichtlich der im Gutachten attestierten (mindestens) 80%igen Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.5.7) ist zu bemerken, dass die Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, eine Rechtsfrage ist und damit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden obliegt (BGE 140 V 193 E. 3.1 f. ).

Dabei gilt es zu beachten, dass ärztliche Gutachten und Berichte zwar zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen haben und diese Ausführungen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bilden, es jedoch letztlich der rechtsanwendenden Behörde – der Verwaltung, oder im Streitfall, dem Gericht – obliegt, zu beurteilen, ob eine Invalidität im Rechtssinne, beziehungsweise eine solche renten begründender Art eingetreten ist.

Folglich können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der in einem medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliere (Urteil des Bundesgerichts 9C\_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.1 mit Hinweisen). 7.2

Unter dem Blickwinkel der aktuellen Rechtsprechung und der Tatsache, dass im Gutachten trotz Fehlens einer Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die geltend gemachten Einschränkungen anders begründet sind als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung.

Zusammenfassend ist damit der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu betrachten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in einer für den Anspruch erheblichen Weise verbessert hat und ihr bei objektiver Betrachtung ein ganztägiges Arbeitspensum zumutbar ist.

Auf weitere Abklärungen kann im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen) verzichtet werden. 7.3

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung, mit welcher die bisher ausgerichtete Invalidenrente aufgehoben wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 8. 8.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzugewähren der unentgeltlichen Prozessführung werden diese jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen, dies mit Hinweis auf §16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). 8.2

Der von Rechtsanwältin Dina Raewel mit Eingabe vom 26. Januar 2016 geltend gemachte Aufwand von 13 Stunden 18 Minuten und Fr. 87.80 Barauslagen (Urk. 13) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen. Insbesondere erscheint ein Aufwand von 10 Stunden und

## **E. 11**

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 12**

ff.) hätten psychopathologisch hingegen nur wenige Auffälligkeiten registriert werden können. Die Schmerzsymptomatik sei sehr demonstrativ vorgetragen worden. Die Schilderungen seien, entgegen der übrigen Darstellung und Selbstpräsentation, recht flüchtig und ausführlich vorgetragen worden. Leichte bis allenfalls mittelgradige

Minderungen seien lediglich in den Funktionsbereichen der Auffassung und der Konzentration festgestellt worden, auch das Durchhaltevermögen, zusammenhängend aber auch mit der Motivation und der Willensbildung, seien etwas vermindert gewesen (S.

#### **E. 17**

unten). Die geschilderte Symptomatik in Form des Hörens von Stimmen oder von Geräuschen, ohne objektive physikalische Quelle, seien nicht im Sinne einer Erstrangsymptomatik zu deuten. Diese seien, wenn überhaupt, aus einer inneren Anspannung heraus im Rahmen einer inadäquaten Verarbeitung der Symptomatik und einschliesslich einer dysfunktionalen Schmerzbewältigung entstanden. Sie seien nicht im Rahmen des klinischen Bildes einer Depression mit psychotischen Symptomen zu interpretieren, da diese ganz anderer Art und Qualität seien (S. 18 oben). 4.5.2

Bezüglich der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden würden die beiden Berichte des Z.\_\_\_\_ aus dem Jahre 2010 zeigen, dass die objektiven Befunde, welche auf dem rheumatologischen und nephrologischen Fachgebiet erhoben worden seien, nicht ausreichen würden, die vorgebrachte Schmerzsymptomatik in befriedigender Weise zu erklären. Hinsichtlich des darin in Erwägung gezogenen Befunds einer somatoformen Schmerzstörung sei festzuhalten, dass die sogenannten Foerster-Kriterien ganz überwiegend nicht erfüllt seien. Es gebe zwar ein rezidivierendes depressives Geschehen in der Krankheitsgeschichte, dieses hätte aber niemals das Ausmass einer Major Depression erreicht. Bei einer zweifelsfrei auffallenden Persönlichkeit mit vermeidenden Zügen und Selbstwertproblematik sei festzuhalten, dass diese zwar pathodynamisch in Zusammenhang mit der dysfunktionalen Schmerzverarbeitung und einer mittlerweile etablierten sogenannten „erlernten Hilflosigkeit“ stehen würden, aber nicht den Ausprägungsgrad einer schweren Persönlichkeitsstörung hätten (S.

#### **E. 18**

Mitte). Wohl aber sei diese prädisponierende Persönlichkeitsorganisation in die Entstehung sowohl der dysfunktionalen Schmerzverarbeitung, des schon lange zu konstatierenden sozialen Rückzugs- und Vermeidungsverhaltens, aber auch in die Ätiopathogenese einer depressiven Störung, auch wenn diese klinisch keine allzu grosse Ausprägung gehabt habe, mit eingebunden gewesen. Heute akzeptiere man allgemein neben anderen, biologischen wie psychosozialen Komponenten, einen ätiologischen Zusammenhang zwischen der Entstehung einer Depression und einem schwankenden Selbstwelterleben, wie das bei der Beschwerdeführerin zu beobachten sei (S. 18 unten). 4.5.3

Eine erhebliche somatische Komorbidität sei anhand der bestehenden somatischen Diagnostik aus dem Jahr 2010 zu verneinen. Der soziale Rückzug sei auf die Persönlichkeit und die inadäquate Abwehr- und Copingmechanismen bei der Bewältigung der Schmerzsymptomatik und der persönlichen, aber auch sozial entstandenen Schwierigkeiten geschuldet. Dieser resultiere nicht etwa aus einer schweren Antriebshemmung im Rahmen einer Major Depression (S.

#### **E. 19**

Mitte). 4.5.4

Aus psychiatrischer Sicht könne daher keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 19 unten). Bei der Beschwerdeführerin würden sich weiterhin bestehende, nie bearbeitete oder gar gelöste schwere Konflikte mit den früheren

und gegenwärtigen Bezugsgruppen und im weiteren sozialen Umfeld ergeben. Diese Sachverhalte könnten auch als Z-Diagnosen gefasst werden. Dabei handle es sich um Belastungen in der eigentlichen Herkunftsfamilie, um schwere Enttäuschungen bei drei gescheiterten Ehen mit Nachwirkungen bis in die aktuelle Zeit hinein sowie um einen unerfüllt gebliebenen Kinderwunsch. Hinzu komme die lange Abwesenheit aus dem Erwerbsleben und ein mittlerweile entstandener, doch erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn in Verbindung mit einem Vermeidungsverhalten (S.

#### **E. 20**

unten). Gemäss globaler Erfassung des Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning; GAF) resultiere eine mässig ausgeprägte Einschränkung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit. Ein psychiatrischer Gesundheitsschaden, aus dem diese Einschränkungen ableitbar wären, liege nicht vor (S. 21 oben).

Leichtgradig eingeschränkt seien die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung etwas komplexerer Aufgaben, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit (im Alltag und Beruf), die psychophysische, aber auch mentale Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit wie auch die Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zu intimen Beziehungen und zu Spontanaktivitäten. Gar nicht bis nur minim eingeschränkt seien die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen (zum Beispiel beim Bügeln, bei Arbeiten mit Textilien usw.), die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Konfliktfähigkeit zu Dritten, die Fähigkeit zur Selbstpflege und die (passive) Verkehrsfähigkeit (S. 22 unten). Demnach gebe es keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Die Arbeitsunfähigkeit betrage maximal 20 % (S. 23 oben). 4.5.5

Eine genuin psychiatrische Behandlung finde nicht statt. Die delegierte Psychotherapie finde derzeit nur ein bis zweimal pro Monat statt (S. 11 unten). Weiter falle in der Medikation auf, dass der Anteil der Psychopharmaka an der Gesamtmedikation, aber auch die Dosierung, mehr als auffällig wäre, wenn es sich tatsächlich um eine schwere oder sogar rezidivierende Depression handeln würde. Pharmakologisch bestehe noch ein erheblicher Spielraum (S. 23 Mitte). 4.5.6

Es gebe psychosoziale Faktoren, die tatsächlich einen erheblichen Einfluss nähmen und zwar primär auf den Transfer

(weniger auf die Arbeitsfähigkeit als solche) der gerade an sich vorhandenen Arbeitsfähigkeit in relevante, volkswirtschaftlich verwertbare Arbeitsleistungen. Diese Realisierung des gegebenen Arbeitspotentials werde durch die angesprochenen Faktoren mindestens erschwert, letztlich sogar verhindert (S.

#### **E. 24**

f.). Es handle sich hier um ein Rückzugs- und Vermeidungsverhalten bei einem psychischen Gesundheitsschaden, aus dem Konsequenzen und Handicaps entstanden seien, die prinzipiell durch eine subjektive Willensanstrengung überwunden werden könnten. So gesehen könne von einem erheblichen sekundären Krankheitsgewinn mit Wegfall subjektiv unangenehmer Folgen und einem konsekutiv entstandenen selbstlimitierenden Verhalten des ansich ausreichenden Leistungsvermögens gesprochen werden. Psychosoziale Faktoren würden also die psychiatrischen Faktoren im engeren Sinne in ganz erheblichem Ausmass überwiegen (S. 25 oben). 4.5.7

Der Gesundheitszustand habe sich seit dem Jahr 2005 als solcher wie auch hinsichtlich seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verbessert. Die psychiatrische Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome, welche zur damaligen Rentenzusprache geführt habe, könne so heute nicht mehr gestellt werden. Aufgrund des Wegfalls dieser schwerwiegenden Diagnose sei diagnostisch tatsächlich eine Verbesserung des Gesundheitschadens eingetreten. Eine solche Verbesserung bestehe aber auch hinsichtlich der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit. Heute stehe diagnostisch eine somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund, ohne dass dabei die Foerster-Kriterien erfüllt seien. Es liege weder eine relevante somatische noch eine psychiatrische Komorbidität vor (S. 25 unten). Es handle sich also allenfalls sekundär um einen im psychopathologischen Kern invariant gebliebenen Gesundheitsschaden, welcher sich selbst aber sehr wohl verbessert habe, und damit auch seine vormals negativen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, welche drastisch zurückgegangen seien. Die Arbeitsfähigkeit liege nun bei 80 % und mehr, wobei aber nicht genau datiert werden könne, ab wann diese veränderten Verhältnisse zeitlich anzunehmen seien, da zwischen dem Zeitraum von November 2005 bis August 2010 keine Arztberichte vorliegen würden. Der Zeitpunkt der Verbesserung des Gesundheitsschadens müsse daher in Ermangelung zureichender objektivierender Berichte auf den Zeitpunkt der Begutachtung angenommen werden. Mit guten Gründen dürfe jedoch darüber hinaus postuliert werden, dass die objektiv konstatierbare Verbesserung des Gesundheitsschadens und damit der Arbeitsfähigkeit noch schneller hätte erreicht werden können, wenn schon seinerzeit - ab Ende 2005 - eine entsprechende Optimierung der Behandlung, vor allem der Pharmakotherapie hätte installiert werden können. Eine somatoforme Schmerzstörung - bei Fehlen jedweder Komorbidität - bewirke ja im Allgemeinen, das sei heute allgemeiner klinischer Konsens, keine so hochgradige und lang anhaltende Arbeitsunfähigkeit, es sei denn, es seien tatsächlich wesentliche der Foerster-Kriterien erfüllt, was sehr wohl vorkomme, bei der Beschwerdeführerin jedoch nicht der Fall gewesen sei (S. 26). 4. 6

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2012 (Urk. 7/57/3-4) unter anderem aus, dass es sich bei der Beurteilung im psychiatrischen Gutachten vom 8. Oktober 2012 (vgl. E. 4.5) nicht um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts handle, sondern um eine effektive Verbesserung des Gesundheitszustands.

Diese liege darin, dass die anlässlich der psychiatrischen Begutachtung im Jahr 2005 diagnostizierten schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (vgl. E.

3) weggefallen sei. 4.7

Dr. A.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 30. Oktober 2013 (Urk. 7/63) aus, im Gutachten werde dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin seit mehreren Jahren - mindestens seit 2005 - durch den Psychologen Mehmet Meral betreut werde, nicht Rechnung getragen. Die Medikation werde durch ihn weitergeführt. Die Beschwerdeführerin sei von keinem türkisch sprechenden Psychiater akzeptiert worden. Also sei ihm keine andere Möglichkeit geblieben, als die Medikation weiterzuführen. 4. 8

Die Ärzte der D.\_\_\_\_ nannten im Austrittsbericht über die stationäre Behandlung vom 24. September bis 22. November 2013 vom 1. April 2014 (Urk. 7/86) als psychiatrische Diagnosen eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie Anpassungs-

störungen (ICD-10 F43.2). Dazu führten sie aus, die Beschwerdeführerin sei nach somatischer Abklärung aufgrund von Kopfschmerzen und Verdacht auf muskuloskelettale Schmerzen und Erschöpfung bei bekannter rezidivierender Depression freiwillig in die D. \_\_\_ ein getreten. Seit dem Tode des Bruders vor zwölf Jahren leide sie an einer depressiven Störung, welche nach ihrer Scheidung vor elf Jahren anhaltend mit Symptomen einer somatoformen Schmerzstörung und funktionellen Syndromen einhergehe. Die Situation habe sich in den letzten Wochen aggraviert, die Beschwerdeführerin könne dafür keine Gründe benennen. Gemäss Kurzaustrittsbericht des E. \_\_\_ Spitals sei der Beschwerdeführerin vor drei Wochen die Beendigung der IV-Rente mitgeteilt worden. Es bestehe ein ausgeprägter sozialer Rückzug mit all gemeinkörperlicher Reduktion (S. 2 oben). Die Beschwerdeführerin habe den Bezug zur Depression selbständig hergestellt. Sie sei im Affekt ratlos, hilflos, gleichzeitig jedoch hoffnungslos hinsichtlich einer somatischen Besserung. Appetit und Schlaf seien stabil. Es bestehe ein sozialer Rückzug über 10 Jahre (S. 2 unten).

Die Beschwerdeführerin sei insgesamt einer psychiatrischen Hospitalisation gegenüber offen gestanden. Aufgrund der psychosomatischen Akzentuierung sei zur Fortsetzung der Behandlung eine Verlegung auf eine Rehabilitationsstation empfohlen worden, was die Beschwerdeführerin jedoch überraschend vehement abgelehnt habe. Einerseits habe sich die Beschwerdeführerin gut in den Stationsalltag einer Akutstation integrieren können. Andererseits habe sie versucht, die Abläufe nach ihren Vorstellungen zu dominieren, was immer wieder Konflikte mit anderen Patienten der Station oder mit dem Pflege- und therapeutischen Personal zur Folge gehabt habe. Sie habe insgesamt eine nur gering entwickelte Ambiguitätstoleranz gezeigt, niederschwellig habe eine hohe Krankbarkeit dominiert, welche rasch in einen dysphorisch-wütenden Affekt mit impulsiven Durchbrüchen umgeschlagen habe.

Vereinzelt habe sie mit erhobener Hand gedroht, einmal habe sie in Wut die Tasse gegen die Wand geworfen, ein anderes Mal habe sie eine Büroklammer versteckt, mit welcher sie sich am Handgelenk verletzt habe. Die Beschwerdeführerin habe dabei überhöhte familiäre Beziehungsvorstellung zu einzelnen Mitarbeitern entwickelt, sie ihre Töchter und Söhne genannt und gleichsam mit Liebesentzug zu strafen versucht, wenn sie deren professionelle Distanz nicht habe nachvollziehen können. Es sei auch die Beschwerdeführerin selbst gewesen, die trotz der erreichten und von ihr erlebten Fortschritte die Entlassung wiederholt hinauszuzögern versucht habe, in dem sie sich gegen einen Wochenendurlaub allein zu Hause gestemmt habe (S. 4 Mitte).

Nach zähem Beginn habe die Beschwerdeführerin von der Physio- und Bewegungstherapie deutlich profitieren können. Das allgemeine Schmerzniveau und die Fokussierung auf körperliche Situationen hätten zumindest während der Hospitalisation gesenkt werden können. Der Beschwerdeführerin sei es gelungen, auch bei persistierenden Schmerzen aktiv zu bleiben und gegebenenfalls ihren Aktionsradius je nach Schmerzerleben lediglich zu reduzieren anstatt sich ins Bett zurückzuziehen (S. 4 unten). Bei regelmässigen Kontrollen der Blutmedikamentenspiegel sei eine Intoxikation durch Duloxetin und Venlafaxin festgestellt worden, worauf diese reduziert worden seien. Auch dies könne eine Reduktion der von der Beschwerdeführerin beschriebenen körperlichen Sensationen mitbedingt haben (S. 5 oben). In psychotherapeutischen Gesprächen sei es der Beschwerdeführerin überraschend schnell gelungen, sich aus der vordergründigen Fixierung auf körperliche Symptome zu lösen und ihre Biographie einschliesslich ihrer

aktuellen Situation zu reflektieren. Die Beschwerdeführerin habe erst in den letzten Wochen der Hospitalisation motiviert werden können, Wochenendurlaube wahrzunehmen. Eine Unterstützung durch die Spitex habe sie ebenso zurückgewiesen wie die durch den Sozialdienst angebotene Unterstützung gegenüber der IV-Stelle (S. 5 Mitte). 4.9

Die Ärzte der D.\_\_\_\_ führten im Bericht vom 8. Mai 2014 (Urk. 7/85) weiter aus, die weitere Prognose sei massgeblich von der Stabilisierung, im besten Falle einer Ausweitung des aktuell nur ungenügend erreichten Bewegungs- und Aktivitätsniveaus abhängig. Das nur geringe Bildungs- und Ausbildungsniveau erschwere einen günstigen Krankheitsverlauf. Zumindest mittelfristig sei nicht von einer massgeblichen Besserung sowohl der körperlichen wie somatischen Beschwerden auszugehen (S. 3 unten).

Aufgrund des krankheitsspezifischen komplexen Zusammenspiels zwischen körperlichen, geistigen und psychischen Einschränkungen sei die Beschwerdeführerin gegenwärtig kaum in der Lage, ihren Haushalt selbständig zu führen, so dass sie auf die Unterstützung ihrer Schwester angewiesen bleibe. Die Erledigung komplexerer, immer noch alltäglicher Aufgaben scheitere sowohl an den bestehenden körperlichen Einschränkungen - die bereits einfaches Spazieren gehen zur Herausforderung machen würden - als auch an der damit einhergehenden ängstlich betonten Fixation auf körperliche Sensationen. Im Rahmen der Depression bestehe eine Antriebsstörung mit ausgeprägter Antriebshemmung, welche eine fortgesetzte Motivation zur Mobilisation notwendig werden lasse (S. 5 oben). Die Beschwerdeführerin leide unter Schmerzen, welche sie als bedrohlich erlebe und daraufhin entsprechende Tätigkeiten angstbesetzt vermeide. Im Rahmen der Depression sei sie nicht in der Lage, ohne externe Motivationsarbeit neue Aufgaben zu übernehmen oder zu Ende zu führen (S. 5 Mitte). Ausser et was Haushaltsarbeit (inklusive Einkauf) seien keine Tätigkeiten zumutbar. Die Einschränkungen würden sich durch fortgesetzte Psychotherapie, Bewegungstraining, Ergotherapie und in ferner Zukunft durch Arbeitstherapie vermindern lassen (S. 5 unten). Primäres Ziel sei dabei die Stabilisierung und die Ausdehnung des Aktivitäts- und Bewegungsniveaus. Sekundär könne unter fortgeführter Medikation möglicherweise eine Besserung der depressiven Symptomatik erreicht werden. Eine Arbeitsaufnahme werde davon abhängig gemacht (S. 6 oben). 5.

## 5.1

Zur Beurteilung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in einer für den Anspruch erheblichen Weise verbessert hat (vorstehend E.

2.3) und somit ein Revisionsgrund vorliegt, ist auf das psychiatrische Gutachten (vorstehend E. 4.5) abzustellen. Es beruht auf für die strittigen Belange umfassenden Untersuchungen und berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung.

Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet.

Folglich ist es

für die Beantwortung der Fragen umfassend und erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend E.

1. 4 ) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf ab gestellt werden kann.

Insbesondere wird im Gutachten die veränderte gesundheitliche Situation in psychischer Hinsicht im Vergleich zum Gesundheitszustand anlässlich der Begutachtung im Jahr 2005 (vgl. vorstehend E. 3) dargelegt und begründet. So geht aus dem Gutachten klar hervor, dass

aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden konnte (vgl. vorstehend E.

4.5.4), die Schmerzproblematik im Rahmen einer somatoformen

Schmerzstörung klar im Vordergrund stand und sich

psychopathologisch nur wenige Auffälligkeiten gezeigt haben (vgl. vorstehend E. 4.5.1). In nachvollziehbarer Weise wird weiter aufgezeigt, dass die psychiatrische Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome nicht mehr gestellt werden konnte, sich mithin aufgrund des Wegfalls dieser schwerwiegenden Diagnose nicht nur diagnostisch eine Verbesserung ergeben hat, sondern auch hinsichtlich der Auswirkungen des Gesundheitszustandes eine Besserung eingetreten ist (vgl. vorstehend E. 4.5.7). 5.2  
5.2.1

Soweit die Beschwerdeführerin einwendet, anhand der Diagnosen der stationären Hospitalisation sei ihre Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (vgl. Urk. 1 S. 9 Rz

## **E. 28**

f.), ist zu bemerken, dass für die Eignung eines Gesundheitsschadens, die Leistungsfähigkeit rechtserheblich einzu-schränken, nicht bereits die Befunde und Diagnosen, sondern erst deren Folgenabschätzung entscheidend sind.

Die unterschiedliche Schwerebeurteilung einer Symptomatik durch Gutachter und behandelnde Ärzte ergibt sich indessen aus deren unterschiedlicher auftragsrechtlicher Situation. Denn bei behandelnden Ärzten gehört die Beurteilung der Auswirkungen von Krankheitssymptomen auf die Arbeitsfähigkeit zum therapeutischen Auftrag. Sie müssen daher ihre Beurteilung - soweit medizinisch nur vertretbar - mit der Selbsteinschätzung des Patienten in Einklang bringen (ihn überzeugen) können und gegebenenfalls - aus Rücksicht auf das für den Therapieerfolg wichtige Vertrauensverhältnis - bei der Bewertung der krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen dessen Einschätzung folgen. Dem gegenüber hat der von einem Sozialversicherungsträger oder von einem Gericht beauftragte Gutachter die Krankheits- bzw. Behinderungsüberzeugung des Exploranden zwar auch in seine Beurteilung einzubeziehen, ist aber verpflichtet, die Schwere der (von ihm selbst klinisch festgestellten oder von anderen - insbesondere behandelnden - Ärzten berichteten) Symptomatik auf grund aller aktenkundigen Informationen über Defizite und Ressourcen des Exploranden zu validieren.

Folglich verschaffen die mitunter schwierige Abgrenzung von invaliditätsfremden Faktoren sowie die auf die IV-spezifischen Tatfragen zugeschnittenen Schlussfolgerungen einem Gutachten einen entscheidenden Vorteil gegenüber den Berichten der behandelnden Ärzte, welche aus therapeutischen Zusammenhängen erstattet wurden (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 1.2.4 mit Hinweisen). 5.2.2

Die anderslautende Beurteilung der Ärzte der D.\_\_\_\_

( sowie auch diejenige von Dr. A.\_\_\_\_ ) ist

daher aufgrund der Erfahrungstatsache zu relativieren, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Verantwortung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Bei der Würdigung der divergierenden ärztlichen Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit ist vorliegend ebenfalls dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der Gutachter - wohl im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten - die psychosozialen und soziokulturellen Gegebenheiten, welche seiner Einschätzung nach einen erheblichen Einfluss hätten und in überwiegendem Ausmass vorhanden gewesen seien (vorstehend E. 4.5.6), entsprechend ausklammerte. 5.2.3

Schliesslich vermag die anderslautende Einschätzung der Ärzte der D.\_\_\_\_

auch inhaltlich nicht zu überzeugen. Die Ärzte der D.\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 1. April

2014 (vorstehend E.

4.8) zuhanden des Hausarztes eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, wogegen im Bericht vom 8. Mai 2014 (vorstehend E.

4.9) zuhanden der Beschwerdegegnerin - bei sonst überwiegend gleichem Inhalt - bei den Diagnosen keine psychotischen Symptome mehr aufgeführt werden. Inwiefern die Beschwerdeführerin an psychotischen Symptomen leiden soll, geht aus den Berichten indes nicht hervor und wird auch durch die Beschwerdeführerin nicht weiter begründet. Den entsprechenden Befunden lassen sich weder Anhaltspunkte für Wahnideen, Halluzinationen noch für einen depressiven Stupor (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 9. Aufl. 2014, Ziff. F32.3 S.

175) entnehmen.

In den genannten Berichten der D.\_\_\_\_ ist zudem wenig plausibel, dass gleichzeitig eine depressive Episode und eine Anpassungsstörung diagnostiziert wurden. Bei Patienten mit Anpassungsstörungen findet sich eine deutlich weniger ausgeprägte Symptomatik, wo keines der Symptome schwer genug oder an sich so markant ist, dass es eine spezifischere Diagnose rechtfertigt (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, a.a.O., Ziff. F43.2 S.

209). Vor dem Hintergrund dieser unterschiedlichen Ausprägung ist die gleichzeitige Diagnose dieser beiden Störungsbilder nicht nachvollziehbar. So wird die Anpassungsstörung in den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 zu den depressiven Episoden unter dem Titel Ausschluss aufgeführt (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, a.a.O.,

Ziff. F32 S.

172). 5.2.4

Nach dem Gesagten vermögen

die Berichte der D.\_\_\_\_

die anderslautende fach ärztliche Einschätzung im Gutachten nicht zu widerlegen oder in Zweifel zu ziehen . Sodann sind die Berichte nicht geeignet, eine seit der Begutachtung eingetretene (langandauernde) Verschlechterung nachzuweisen. 5. 3

An den getroffenen Feststellungen vermag auch die Einschätzung des behandelnden Arztes

Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E.

4.4 und E.

4.7) nichts zu ändern . Dr. A.\_\_\_\_

ist kein psychiatrischer Facharzt , was den Beweiswert seiner Stellungnahmen

zum psychischen Gesundheitszustand und insbesondere zum Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens

entsprechend mindert ( v gl. Urteil des Bundesgericht 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). 5. 4

Soweit die Beschwerdeführerin beanstandet, dass keine konkrete Beurteilung des Ausmasses beziehungsweise der Auswirkungen der somatischen Beschwerden vorliege (vgl. Urk. 1 S. 8 Rz 24 ), vermag dies nicht zu überzeugen. Aus dem Bericht des Z.\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2010 (vorstehend E. 4.3) geht hervor, dass die Rückenschmerzen der Beschwerdeführerin primär myofaszial bei Haltungsinuffizienz und muskulärer Dekonditionierung bedingt seien und sich keine degenerativen oder entzündlichen Veränderungen gezeigt hätten.

Diesbezüglich ist zu bemerken, dass sich dies im Rahmen der rheumatologischen

Untersuchung geklagte Beschwerdeausmass vor dem Hintergrund, dass sich die Beschwerdeführerin in diesem Zeitpunkt gemäss eigenen Angaben seit zirka einem Jahr nicht mehr in ambulanter physiotherapeutischer Behandlung befand (vgl. Urk. 7/44/6 unten) und zwei Tage nach der Untersuchung am Z.\_\_\_\_ , also ab dem 25. August 2010 , für drei Monate in die F.\_\_\_\_

reiste um ihre kranke Mutter zu pflegen (vgl. Urk. 7/44/8 Mitte) , nicht nachvollziehen lässt .

Sodann lässt sich dem Bericht der nephrologischen Abklärung vom 15. Juli 2010

(vorstehend E.

4.2) entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bereits

im Juni 2010

Ferien in der F.\_\_\_\_ machte (vgl. Urk. 7/44/13 Mitte) .

Das Verhalten der Beschwerdeführerin lässt hinsichtlich des geklagten Beschwerdeausmasses auf einen fehlenden erheblichen Leidensdruck

schliessen . Zumindest muss davon ausgegangen werden, dass dieser

gleich wie die psychischen Beschwerden nicht derart ausgeprägt zu sein scheint , dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin dadurch erheblich und dauerhaft eingeschränkt wird.

Angesichts der wenig ausgeprägten Symptomatik ist der Gutachter daher zu Recht von keiner erheblichen somatischen

( wie auch psych iatrischen; vgl. vor stehend E.

5.1) Komorbidität ausgegangen. Etwas anderes lässt sich entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 7 f.

Rz 21-25 ) auch aus dem Gutachten nicht ableiten. 6.

### **E. 30**

Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Mosimann Sager

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