

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00440 vom 30. Dezember 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00440](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00440)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00440 du 30 décembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00440 del 30 dicembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

3. April 2010 aufgrund der Stellungnahme des RAD vom 16. März 2010 (Urk. 12/109/32) bestätigt

(Urk. 12/110), verneinte sie am

#### **E. 1.1**

Nach Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sind laufende Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. 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 Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 ff. mit Hinweisen). Dazu gehört auch eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit zufolge Adaption an das Leiden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_104/2015 vom 3. Juli 2015 E. 4.1). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen materiellen Revisionsgrund dar. Die Frage der wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen und auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs (mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung) beruhenden Verfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.4). Der Zeitpunkt der Berücksichtigung der Änderung bestimmt sich grundsätzlich nach Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), wonach die Anpassung ex nunc bzw. nach einer Dauer von drei Monaten zu erfolgen hat (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C\_490/2014 vom 23. Januar 2015 E. 4.1).

#### **E. 1.2**

wiedergegebene Rechtsprechung

nach vollziehbar dargetan, dass die Beschwerdeführerin an einer PTBS, ausgelöst durch die Vergewaltigung, leidet. Als typische Symptome wurden Alpträume, Vermeidungsverhalten (Angst vor dem Duschen und der Dunkelheit), eine starke innere Anspannung, eine vermehrte Schreckhaftigkeit und Pseudohalluzinationen genannt. Weiter wurde eine leichtgradig ausgeprägte depressive Symptomatik (leichter sozialer Rückzug,

schneller erschöpft, weniger belastbar, ängstlich, im Affekt leicht deprimiert, innerlich angespannt, herabgesetzte Vitalgefühle) festgestellt, die kein eigenes Krankheitsbild darstellt. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung wurde verneint, weil kein Leidensdruck ersichtlich war (Schmerzen

nicht im Hauptfokus der Aufmerksamkeit, keine Schmerzäusserungen, keine schmerzinduzierten Positionsveränderungen, keine regelmässige Einnahme von Schmerzmitteln, vage Beschwerdeschilderung). Ergänzend ist der gutachtlichen Stellungnahme zu den Förster Kriterien (Urk. 12/166/39) zu entnehmen, die PTBS stelle zwar eine psychische Komorbidität dar, habe sich im Laufe der Therapie jedoch verbessert und stabilisiert. Eine schwere körperliche Begleiterkrankung sei nicht vorhanden. Die therapeutischen Optionen seien bei weitem nicht ausgeschöpft, die Beschwerdeführerin habe bisher alle Vorschläge einer (teil-)stationären Behandlung abgelehnt.

Eine gewisse Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (erster Indikator) ist somit nicht von der Hand zu weisen. Die gutachtlich festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zufolge verminderter Belastbarkeit, Anpassungsfähigkeit, gedanklicher Flexibilität und Stresstoleranz sowie schneller Erschöpfbarkeit ist soweit plausibel.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist festzuhalten, dass grundsätzlich einzig schwere psychische Störungen invalidisierend und damit

komorbide Erkrankungen sein können. Insbesondere nicht als solche gelten rechtsprechungsgemäss leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis, wobei das Bundesgericht auch bei mittelschweren depressiven Episoden regelmässig deren invalidisierende Wirkung verneint (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.1.3 und 4.1.3.1). Ebenfalls keine Komorbidität stellen Beschwerdebilder dar, die bloss als diagnostisch unterschiedlich erfasste Varianten derselben Entität mit identischen Symptomen erscheinen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Zufolge leichter Ausprägung und teilweiser Überschneidung der Symptome

ist daher vorliegend eine

zusätzliche, verstärkende krankheitswertige Störung im Sinne einer schweren Depression oder Schmerzproblematik, die Ressourcen hemmend wirken würde, zu verneinen.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolge respektive – resistenz bestätigen die

in E. 5.4 wiedergegebenen gutachtlichen Überlegungen

und

übrigen medizinischen Unterlagen eine wesentliche und anhaltende Besserung der Beschwerden unter konsequenter psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Therapie. Darüber hinaus wurden die therapeutischen Möglichkeiten insbesondere hinsichtlich der Verarbeitung des Traumas – wie von den Ärzten mehrfach betont – mangels Kooperation der Beschwerdeführerin bisher nicht ausgeschöpft. Keine weitergehenden Rückschlüsse bezüglich des Schweregrads der Krankheit können aus den Berichten zum ersten stationären Klinikaufenthalt und den nachfolgenden Notfallaufnahmen gezogen werden. Wie in E. 5.5 dargelegt, steht dabei nämlich die Renteneinstellung als aktueller psychosozialer Belastungsfaktor im Vordergrund. Eine massgebliche Behandlungsresistenz im Sinne des Scheiterns einer indizierten und lege artis

durch geführten Therapie ist also nicht erwiesen. 5.6.3

Beim Komplex „Persönlichkeit“ sind die Persönlichkeitsentwicklung und -struktur sowie die grundlegenden psychischen Funktionen zu berücksichtigen (vgl. vorerwähntes Urteil 9C\_539/2015 E. 4.2). Unter die in Frage kommenden komplexen Ich-Funktionen fallen Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung, Affektsteuerung und Impulskontrolle, Selbstwertregulation und Regressionsfähigkeit, Intentionalität und Antrieb sowie Abwehrorganisation (vgl. Renato Marelli, Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Grenzbereich von Psyche und Soma, Schweizerische Ärztezeitung [SÄZ] Nr.

25/2008, S. 1141).

Dazu ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen, frühkindliche Entwicklungsstörungen oder traumatische Erlebnisse in der Kinder- und Jugendzeit würden verneint. Die Beziehung zu ihrem Ehemann beschreibe die Beschwerdeführerin als sehr gut und auch zu ihren Kindern bestehe ein sehr guter Kontakt (Urk. 12/166/24). Es würden keine inhaltlichen Denkstörungen bestehen. Hinweise

für Halluzinationen, Wahn, Ich-Störungen oder kognitive sowie mnestiche Störungen gebe es keine. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt, ins Depressive verschoben. Es würden Insuffizienzgefühle, aber kein sozialer Rückzug, kein Interessenverlust und keine Freudlosigkeit bestehen. Antrieb und Psychomotorik seien unauffällig (Urk. 12/166/26 f.). Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung oder Wesensveränderung nach Extrembelastung würden sich in der Anamnese und aufgrund des Untersuchungsbefundes nicht finden (Urk. 12/166/28). Strukturelle Defizite im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik oder eine erhebliche Störung komplexer Ich-Funktionen lassen sich somit nicht ausmachen.

Abweichend findet sich in der gutachtlichen Stellungnahme zu den Förster-Kriterien der Hinweis, es liege ein gewisser sozialer Rückzug vor, indem die Beschwerdeführerin die Wohnung nur verlasse, um zusammen mit ihrem Ehemann zur Arbeit zu gehen.

Diese Formulierung ist indes zu plakativ, nachdem die Beschwerdeführerin gemäss Abklärungsbericht vom 28. März 2013 mit ihren Kindern Einkäufe erledigt (Urk. 12/140/7) und

einen Monat vor der Begutachtung mit einer Freundin in die Y.\_\_\_\_ flog, um ihre Eltern zu besuchen (Urk. 12/166/26). Bereits früher, als es ihr noch schlechter ging, hatte sie angegeben, sich auch vom Arbeitgeber chauffieren zu lassen (Urk. 12/63/2) und regelmässig kurze Spaziergänge zu machen, um nicht in der Wohnung allein sein zu müssen (Urk. 12/63/1). Letzteres stellt heute kein Problem mehr dar (vgl.

Urk. 12/140/5). Missverständlich ist schliesslich

der zweite Hinweis in der gutachtlichen Stellungnahme, ein innerseelischer Konflikt sei nach der schweren Traumatisierung anzunehmen. Bei gleichzeitig ausgewiesener Verbesserung des Gesundheitszustandes und Hinweis auf die noch möglichen therapeutischen Optionen kann damit nicht ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn [„Flucht in die Krankheit“]) im Sinne der Förster-Kriterien (vgl. dazu BGE 139 V 547 E.

#### 9.1.1) gemeint sein. 5.6.4

Ferner bestimmt der Komplex "Sozialer Kontext" mit darüber, wie sich die Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E.

5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext der versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3 und vorerwähntes Urteil des 9C\_539/2015 E. 4.3 ).

Wie soeben aufgezeigt wurde, ist die Beschwerdeführerin

familiär bestens eingebettet. Zudem verfügt sie offenbar auch ausserhalb der

Verwandtschaft über soziale Kontakte. Damit

enthält ihr sozialer Lebenskontext gewichtige, sich potenziell

günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Dass dabei auch ein sekundärer Krankheitsgewinn (z.B. vermehrte Zuwendung, Unterstützung, Entlastung von alltäglichen Verpflichtungen) entsteht, den sie ungerne bereit ist aufzugeben, ist unbeachtlich (vgl. BGE 130 V 352 E. 3.3.2). 5.6.5

Unter die Kategorie „Konsistenz“ fällt der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Dieser zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Soweit erhebbar, empfiehlt sich ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist dabei stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 mit Hinweisen).

Über das Leben der Beschwerdeführerin vor der PTBS ist kaum etwas bekannt. Fest steht, dass sie damals in der Y.\_\_\_\_ lebte und sehr jung mehrfache Mutter wurde (vgl. Urk. 12/140/4). Zudem befand sie sich in einer generell schwierigen Situation, die sie letztlich zur Flucht veranlasste. Heute lebt sie in der Schweiz, wobei die gesundheitliche Beeinträchtigung ihre soziale Integration und die Entwicklung von Spezialinteressen

in den letzten Jahren erschwert haben dürfte. Dass die Beschwerdeführerin heute in ihrem Tagesablauf keine Hobbies oder Besucher erwähnt (Urk. 12/166/15), hat somit verschiedene Hintergründe und lässt nicht überwiegend wahrscheinlich auf bestehende, erhebliche gesundheitliche Beschwerden schliessen.

Von weiteren Abklärungen ist zudem keine bessere Beurteilbarkeit dieses Indikators zu erwarten. Im Übrigen kann wiederum auf die gute Einbettung in der Familie und die bereits erwähnte Reise in die Y.\_\_\_\_ in Begleitung einer Freundin sowie die in den Abklärungsberichten aus gewiesene zunehmende Selbständigkeit in der Haushaltsführung (vgl. E. 5.4) hingewiesen werden.

Eine Arbeitsfähigkeit von 70 % erscheint unter diesen Umständen

im Gegensatz zu einer höchstens sehr geringfügigen oder fehlenden Arbeitsfähigkeit durchaus vertretbar. 5.6.6

Der weiter in die Kategorie "Konsistenz" fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder resistenz ) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (vgl. vorerwähntes Urteil 9C\_539/2015 E. 4.5). Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.2).

Diesbezüglich kann auf das in E. 5. 6.2 (ferner auch E. 5.4 und E. 5.6.3) Ausgeführte verwiesen werden. Eine massgebliche Behandlungsresistenz ist nicht anzunehmen, da die Beschwerden bis zur Ankündigung der Renten einstellung

wesentlich gebessert haben. Ausser dem hat die Beschwerdeführerin nicht unwesentlich durch ihre mangelhafte Kooperation

unter anderem infolge des sekundären Krankheitsgewinns

dazu beigetragen, dass bisher keine vollständige, bei einer PTBS grundsätzlich zu erwartende Remission erreicht wurde. Anhaltspunkte, dass die nicht immer optimale Compliance klarerweise auf eine unabwendbare krankheitsbedingte Unfähigkeit zurückzuführen ist, sind den medizinischen Unterlagen keine zu entnehmen. Vielmehr hat die Beschwerdeführerin sogar einige Traumaexpositionen gemacht, die traumafokussierte Therapie aber entgegen der ärztlichen Empfehlung später abgelehnt. Dr. U.\_\_\_\_

konnte jedenfalls ohne weiteres eine Compliance herstellen. 5. 6.7

Insgesamt erweisen sich die berücksichtigten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung als erstellt. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von noch 30 % lässt sich nach dem Gesagten anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 – und damit auch aus der Optik des Rechtsanwenders, welcher die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen auf ihre konkrete sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat – bestätigen. 6.

Zusammenfassend ist bei ausgewiesenem Revisionsgrund gestützt auf das Gutachten der E.\_\_\_\_ neu von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in jeglicher Tätigkeit auszugehen. Eine weitere Abklärung des medizinischen Sachverhalts ist nicht erforderlich. 7.

#### **E. 1.2.10**

] anzupassen. Es resultiert ein jährliches Bruttoeinkommen von Fr. 53'795.-- (= Fr. 4'228.-- x 12 : 40 x 41,7 x 1,007 x 1,01). Für das massgebliche Arbeitspensum von 80 % resultiert ein Betrag von Fr. 43'036.--.

#### **E. 1.3**

Diese Rechtsprechungsänderung ist grundsätzlich auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_354/2015 vom 29. Februar 2016 E. 5 unter anderem mit Hinweis auf 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.1). Indes stellt sie für sich allein keinen Revisions- (Art. 17 ATSG)

oder Wiedererwägungsgrund ( Art. 53 Abs. 2 ATSG) dar. Für eine Revision bedarf es daher allemal einer Änderung der tatsächlichen Verhältnisse (vgl. BGE 135 V 201 und 141 V 585 E. 5.3-4). Ist eine solche indes gegeben respektive liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch rechtsprechungsgemäss in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen mehr besteht und folglich auch die neue Rechtsprechung Anwendung findet. Sodann ist nicht erforderlich, dass gerade die geänderte Tatsache zu einer Neufestsetzung der Invalidenrente führt; vielmehr kann sich bei der allseitigen Prüfung des Rentenanspruchs ergeben, dass ein anderes Anspruchselement zu einer Herab-, Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente führt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_378/2014 vom 21. Oktober 2014 E. 4.2 mit zahlreichen Hinweisen). 2.

### **E. 1.7**

deutlich den Zusammenhang zwischen psychischer Belastbarkeit und körperlichen Symptomen hervor ( Urk. 12/125/2-4). Ferner legte er einen Bericht des Spitals H.\_\_\_\_ zur notfallmässigen Konsultation vom 4. Juli 2011 wegen Schulterschmerzen mit Ausstrahlung in die Brust bei . Die Symptomatik wurde darin als am ehesten im Rahmen einer muskuloskelettalen Ätiologie beurteilt ( Urk. 12/125/7).

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, erhob im Bericht vom 10. August 2013 ohne Anamnese den Befund „regelmässige Rückenschmerzen“ mit guter Prognose. Als Behandlungsbeginn nannte er das Jahr 2010. Zum Belastungsprofil äusserte er sich nicht ( Urk. 12/150/2-4). Indes legte er r adiologische Bericht e

der J.\_\_\_\_ vom 17. Juni 2013 bei. Diesen ist als Befund zur Brustwirbelsäule eine akzentuierte Kyphose und leichtgradige rechtskonvexe Skoliose sowie leichtgradige Spondylose TH4-TH10 zu entnehmen. Schultern sowie Hals- und Brustwirbelsäule wurden im Übrigen als normal beurteilt. Es kommen degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule hinzu : eine Retrolisthesis L3/L4, L4/L5 und L5/S1 im Rahmen der segmentalen Gefügelockerung, eine leichtgradige

Spondylarthrose von L3-S1 beidseits, Osteochondrosen L4-S1 und eine kleine dorsomediane Diskushernie L4/L5 und L5/S1 explizit ohne neurale Kompression ( Urk. 12/150/6 f.). Ferner legte Dr. I.\_\_\_\_

einen Bericht der Klinik K.\_\_\_\_ vom 1. April 2011 bei, in dem eine leichte rechtskonvexe Skoliose der Lendenwirbelsäule, Cobb-Winkel 6° beschrieben wurde. Die Stellung der Lendenwirbelsäule wurde als normal beurteilt und ergänzt, es bestünden keine „besonderen“

Osteochondrosen ( Urk. 12/150/8). 4.2

Die Gutachter der E.\_\_\_\_ kamen in ihrer Gesamtbeurteilung

zum Schluss, der internistische Status sei unauffällig, ohne Nachweis einer kardiopulmonalen oder abdominellen Pathologie. Ebenso wenig weisen die Beschwerdeführerin klinisch Hinweise für eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz auf und auch die Herz- und Lungenauskultation ergäben physiologische Befunde. Das Abdomen sei weich und indolent, ohne nachweisbare Hepatosplenomegalie. Auch der restliche internistische und neurologische Status sei normgerecht

( Urk. 12/166/34).

Bei der rheumatologischen Untersuchung habe man ausser einer diskreten Brustwirbelsäulen-Skoliose nach rechts und der diskreten, mit tels Magnetresonanz nachgewiesenen Degenerationen ohne Kompression neu raler Strukturen bei normaler LWS-Beweglichkeit und fehlenden neurologischen Ausfällen keine pathologischen Befunde ausmachen können. Ein entzündliches rheumatisches Geschehen, insbesondere eine chronische Polyarthritis, eine Kollagenose oder eine Polymyalgia

rheumatica seien ausgeschlossen. Die Schmerzen im Bereich der Arme, der Beine, periartikulär und teilweise auch im Rücken seien nicht nachvollziehbar; sie könnten keinem anatomischen Korrelat zugeordnet werden und müssten somit im Rahmen eines multi l okulären Schmerzsyndroms erklärt werden. Beim Gelenkstatus finde man bei durchwegs frei beweglichen und schmerzlosen Gelenken keine Defizite ( Urk. 12/166/34 f.).

Die Beschwerdeführerin sei damit sowohl aus internistischer als auch rheuma tologischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einer Reinigungsfirma, aber auch in jeglicher dem Habitus und dem Alter entspre chenden Verweistätigkeit ohne weitere Einschränkungen zu 100 % arbeitsfähig ( Urk. 12/166/36). E ine somatisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe nie vorgelegen ( Urk. 12/166/37).

D ie der Gesamtbeurteilung zugrunde liegenden Teilgutachten beruhen auf umfassenden klinischen Untersuchungen durch Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Innere Medizin, und Dr. med. M.\_\_\_\_ , Facharzt für Rheumatologie . Sie berück sichtigten dabei alle dannzumal geklagten körperlichen Beschwerden, soweit die Beschwerdeführerin diese näher bezeichnete. So gab sie in der Untersuchung von Dr. L.\_\_\_\_ wie in den Vorakten an, sie habe ständig Schmerzen im Rücken, sowohl im Nacken- und Schultergürtelbereich als auch im Bereich des Kreuzes und des Beckengürtels (vgl. Urk. 12/166/17). Gegenüber Dr. M.\_\_\_\_ erklärte sie, überall Schmerzen zu haben, vor allem im Nacken- und Schulterbereich, im Beckenbereich, aber auch –

nicht weiter spezifiziert – in den Armen und Beinen. Alle Knochen, Muskeln und Gelenke würden ihr den ganzen Tag wehtun ( Urk. 12/166/20). Bei Dr. F.\_\_\_\_

antwortete sie zu den Schmerzen befragt, die ständigen Schmerzen seien am Rücken, im ganzen Körper, vor allem in den Venen ( Urk. 12/166/25 f.). Dr. M.\_\_\_\_

stützte sich zudem auf d ie

radiologischen Befunde d er J.\_\_\_\_ vom 17. Juni 201 3. Eigene Zusatzuntersuchungen im Sinne von Laboruntersuchungen, Röntgenaufnahmen oder eines Elektrokardiogramm s (EKG) wurden von den Gutachtern aufgrund der klinischen Befunde offensichtlich nicht als zwingend notwendig erachtet. Es wurde deshalb auf Wunsch der Beschwerdeführerin darauf verzichtet (vgl. Urk. 12/166/18 f. und 12/166/21 f.). Schliesslich haben die Gutachter angesichts des festgestellten unauffälligen internistischen Status sowie der bloss geringfügigen degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule bei uneingeschränkter Beweglichkeit und ohne neurologische Ausfälle nachvollziehbar eine uneinge schränkte Arbeitsfähigkeit attestiert. 4.3

Bezüglich der im Gerichtsverfahren nachgereichten Arztberichte ist vorab fest zuhalten, dass f ür die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verwaltungs verfügung massgebend sind . Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind,

die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4, Urteil des Bundesgerichts 9C\_67/2012 vom 4. Juli 2012 E. 2.2).

Die neuen Berichte bestätigen weitgehend die Untersuchungsergebnisse der vorerwähnten Teilgutachten. Keine pathologischen Befunde wurden im Bericht der N.\_\_\_\_ vom 2. März 2015 festgestellt: Die MRI-Bildgebung beider Schultern sei altersentsprechend und ohne morphologisches Korrelat für die diffuse Beschwerdesymptomatik ( Urk. 23/2). Dem Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_, Spezialarzt für Kardiologie, vom 11. Januar 2015 ist zu entnehmen, die geklagten Beschwerden seien sehr unspezifisch, der kardiovaskuläre Status sei normal, das Ruhe-EKG sei unauffällig und die einsehbaren Arterien seien glattwandig und Plaque-frei. Er gehe davon aus, die Beschwerden seien funktionell ( Urk. 23/4).

Aus den Berichten des P.\_\_\_\_ vom 9. März 2016 ergibt sich ein normaler Herz- und Lungenbefund, ohne suspekten Lungenrundherde ( Urk. 29/3) sowie eine normale Abdomensonographie – ohne Malignomnachweis, Harnstau oder Cholestase. Es bestehe auch kein Gallenblasensteinleiden ( Urk. 29/4). Beim Magnet Resonanz Imaging der Hände ( Urk. 29/2) wurden neu – teilweise nur als Verdachtsbefunde – beidseits Usuren und kleinzystische Ganglien sowie eine begleitende leichte Synovitis am Mittelhandknochen festgestellt. Die Veränderungen sind somit nicht ausgeprägt und obschon Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin, am 4. April 2016 ( Urk. 29/1 = 40 ) von langjährigen Handbeschwerden berichtete, fanden solche vor dem letzten Vorbescheid keine Erwähnung in den Arztberichten (vgl. E. 4. 1-2, Urk. 12/166/21 und 23/3). Die Labordiagnostik ergab gemäss Bericht von Dr. Q.\_\_\_\_ zudem nur gerade einen grenzwertig positiven Wert der CCP-Antikörper. Ansonsten stellte sie bloss Verdachtsdiagnosen aufgrund subjektiver Angaben, mitunter ein wohl therapierbares Karpaltunnelsyndrom (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 26. Aufl. 2010, Stichwort „Karpal tunnelsyndrom“) und eine Epicondylitis

humeri

radialis, nachdem die Beschwerdeführerin seit (gerade) drei Tagen Schmerzen im rechten Ellenbogen hatte (einen Drittel angeschlagen). Im Zusammenhang mit den Rückenbeschwerden wies sie auf die Fehlhaltung bzw. Haltungsinsuffizienz hin und empfahl neben der Physiotherapie ein schmerzdestanzierendes Antidepressivum. 4.4

Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass bei der Beschwerdeführerin am 11. März 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine somatischen Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestanden. Die nachgereichten Arztberichte vermögen daran keine Zweifel zu erwecken. Es besteht folglich weder Anlass für eine Oberbegutachtung, noch stellen die somatischen Befunde einen Revisionsgrund dar. 5. 5.1

Hinsichtlich der vorbestehenden psychischen Beschwerden

ist für den Beweiswert des Gutachtens neben den allgemeinen in BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 1c definierten Kriterien massgebend, dass es einer von früheren medizinischen Einschätzungen abweichenden Beurteilung in der Regel am Beweiswert fehlt, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat, selbst wenn die Ausführungen für sich allein betrachtet vollständig, nachvollziehbar und schlüssig und daher für eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweistauglich wären. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen

Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Hingegen ist die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung genügend untermauert, wenn der medizinische Sachverständige aufzeigt, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben. Je mehr bei einer Diagnose ärztliches Ermessen eine Rolle spielt, desto wichtiger sind klinische Feststellungen, gutachtliche Verlaufsbeobachtungen und anamnestische Daten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_49/2012 vom 12. Juli 2012 E. 7.1 mit Hinweisen).  
5.2

Der Zusprechung einer halben Rente bei einem Invaliditätsgrad von 59 % und einer Arbeitsfähigkeit von 30 % (Urk. 12/79/1 und 12/82) lag die Stellungnahme des RAD vom 15. Mai 2008 zugrunde. Dieser hatte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf zweimal zwei bis vier Stunden einfache Reinigungsarbeiten oder Montagetätigkeiten geschätzt, wobei es zurzeit darum gehe, ihr einen geschützten oder einen Nischenarbeitsplatz zu vermitteln

(Urk. 12/75/2).

Dabei stützte sich der RAD auf die (Verlaufs-) Berichte des Z.\_\_\_\_

und der Psychiatrischen Poliklinik des A.\_\_\_\_, datiert zwischen Februar und April 2008. Darin wurde zusammengefasst eine PTBS, teilweise gemischt mit Angst und depressiver Reaktion diagnostiziert. Als deutlich eingeschränkt eingestuft wurden die Belastbarkeit, die Konzentrationsfähigkeit und das Durchhaltevermögen aufgrund wiederkehrender Angstreaktionen und Panikattacken (ausgelöst z.B. durch Staubsaugen, Verkehrsgeräusche oder Dunkelheit) mit vegetativen Symptomen wie Tachykardie, Dyspnoe, Eng- und Schwindelgefühlen, Schmerzzuständen, Schreckhaftigkeit und Stressintoleranz. Hingewiesen wurde ferner auf

Flashbacks, Schlafstörungen sowie eine eingeschränkte Lebensführung. Die Arbeitsfähigkeit wurde auf 8 Stunden pro Woche respektive die Arbeitsunfähigkeit auf 70 % geschätzt (Urk. 7/69, 7/71, 7/72 und 7/74). 5.3

Der Gesamtbeurteilung des Gutachtens der E.\_\_\_\_ ist zu entnehmen, in der psychiatrischen Exploration sei die Diagnose einer PTBS, ausgelöst durch die Vergewaltigung in der Y.\_\_\_\_ 2001, zu bestätigen. Bei der Thematisierung dieser traumatischen Erfahrung sei die Beschwerdeführerin innerlich unruhig und nervös geworden und habe sich erst auf der Toilette sammeln müssen. Es werde deutlich, dass sie zwar über das Trauma sprechen könne, dieses aber emotional noch sehr nahe sei und noch nicht habe verarbeitet werden können. Die Beschwerdeführerin habe zudem von Alpträumen, in denen sie sich eingeschlossen und hilflos fühle, und von Angst vor dem Duschen und der Dunkelheit berichtet. Sie könne mithin nicht alleine duschen oder müsse warten, bis auch ihr Ehemann ins Bett gehe. Ersteres werde erklärbar, wenn man sich vor Augen führe, dass sie in der Dusche vergewaltigt worden sei. Das Vermeidungsverhalten sowie die berichtete starke innere Anspannung und vermehrte Schreckhaftigkeit seien typisch für eine PTBS.

Weiter zeige sich eine leichtgradig ausgeprägte depressive Symptomatik, so dass die Beschwerdeführerin weniger Freude empfinden könne. Sie berichte über einen leichten sozialen Rückzug und dass sie sich schneller erschöpft fühle bzw. nicht mehr so belastbar

sei wie früher. Objektiv lasse sich eine eingeschränkte emotionale Schwingungsfähigkeit feststellen, die ins Depressive ausgelenkt sei. Die Beschwerdeführerin wirke im Affekt leicht deprimiert, innerlich angespannt und ängstlich, die Vitalgefühle seien herabgesetzt. Die depressive Symptomatik stelle aber kein eigenes Krankheitsbild dar, sondern sei im Rahmen der PTBS zu sehen. Die taktilen Halluzinationen, welche die Beschwerdeführerin nachts erfahre – sie berichte, es sei wie eine Luftzug, der ihr Gesicht berühre – seien als Pseudohalluzinationen ebenfalls im Rahmen der PTBS zu sehen. Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung oder eine Wesensänderung nach Extrembelastung fänden sich in der Anamnese und aufgrund des aktuellen Untersuchungsbefundes nicht.

Die Schmerzen stünden nicht im Hauptfokus der Aufmerksamkeit der Beschwerdeführerin. Es komme zu keinen spontanen Schmerzáusserungen oder schmerz induzierten Veränderungen der Position. Die Beschwerdeführerin wirke in der Schmerzschilderung nicht leidend und berichte sehr vage. Auch nehme sie nicht regelmässig Schmerzmittel ein, was beim Vorhandensein von stärksten Schmerzen zu erwarten wäre – auch unter Berücksichtigung der Magenprobleme. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe somit eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die in der verminderten Belastbarkeit, der schnellen Erschöpfbarkeit sowie der verminderten Anpassungsfähigkeit, gedanklichen Flexibilität und Stresstoleranz gründe. So könne die Beschwerdeführerin genügend Pausen machen ( Urk. 12/166/36). 5. 4

#### 5.4.1

##### Zum Verlauf

hielten die Gutachter in Auseinandersetzung mit den Vorakten fest, erstmals habe der Sozialpsychiatrische Dienst R. \_\_\_ Ende 2002 die

Diagnose einer PTBS gestellt. Ab November 2007 habe die Beschwerdeführerin eine Trauma-orientierte Behandlung im Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer der Psychiatrischen Poliklinik des A. \_\_\_ aufgenommen, wo sie in wöchentlichen Abständen an einem umfassenden Schmerzprogramm für Immigranten teilgenommen und auch ihre erlebten Traumata habe verarbeiten können. Dank dieser Behandlung sei es im Verlauf zu einer Reduktion der PTBS-Symptomatik, vor allem zu einem Rückgang der Angstanfälle und der notfallmässigen Arztkonsultationen gekommen, so dass die Behandlung im Juni 2009 abgeschlossen werden konnte ( Urk. 12/166/37) .

Dazu ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin gemäss Abschlussbericht des A. \_\_\_ vom 4. Juni 2009 selbst erklärte, es gehe ihr deutlich besser. Sie habe infolge der Therapie gelernt, mit dem „Stachel im Fleisch“ umzugehen, und habe kaum noch Zitteranfälle bzw. Notfallaufnahmen. Sie traue sich mehr zu und könne alleine zur Arbeit gehen. Aus klinischer Sicht wurde die PTBS-Symptomatik als deutlich gemildert, aber noch vorhanden beurteilt.

Da zu wurde angemerkt, der traumafokussierte Teil der Behandlung habe sich schwierig gestaltet und die Beschwerdeführerin sei dazu nach einigen Traumaexpositionen nicht mehr bereit gewesen. Dies sei aus therapeutischer Sicht nicht optimal, aber vertretbar gewesen. Da die Beschwerdeführerin viele Strategien gelernt habe, die sie selbst anwenden könne und welche rückfallprophylaktisch mit ihr nachbesprochen worden seien, gehe man davon aus, dass sie etwaige Symptomverstärkungen alleine bewältigen könne ( Urk. 12/107/5-8) .

Durch die Behandlung sei es zu einer gewissen Stabilisierung der Symptome gekommen, so dass gegenüber der Situation im Jahr 2007 wahrscheinlich eine etwas höhere Arbeitsfähigkeit resultiere. Für eine detaillierte Einschätzung bedürfe es eines Arbeitsversuchs. Die Prognose sei unklar, mittelfristig sei eher eine Stabilisierung und Besserung zu erwarten (Urk. 12/107/ 2 f.).

Bestätigt wird eine deutliche Besserung auch durch den in diesen Zeitraum fallenden Bericht des Z. \_\_\_ vom 24. September 2009. Die Arbeitsfähigkeit wurde darin ebenfalls leicht höher eingeschätzt (bis zu

## **E. 2**

Gegen die Verfügung erhob die Versicherte am 23. April 2015 Beschwerde mit dem Antrag, ihr weiterhin eine halbe Rente auszurichten. Eventualiter machte sie geltend, die Sache sei zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen und ihr während der Abklärung die halbe Rente zu belassen.

In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Einholung eines psychiatrischen Obergutachtens, eine persönliche Befragung

und Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 1 und 10). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 28. Mai 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 11). In der Folge reichte die Rechtsvertreterin der Versicherten weitere Eingaben (Urk. 13, 21 und 28) zusammen mit Belegen zu den finanziellen Verhältnissen (Urk. 14-15) und Arztberichten (Urk. 16, 23/1-4 und 29/1-5) ein. Neu beantragte sie eine polydisziplinäre Oberbegutachtung (Urk. 28). Die IV-Stelle verzichtete unter Hinweis auf die Notwendigkeit einer Neuanmeldung auf eine Stellungnahme

(Urk. 18, 25 und 32). Das Sozialversicherungsgesetz gewährte der Versicherten mit Verfügung vom 17. Juni 2015 alsdann die unentgeltliche Prozessführung und bestellte ihr in der Person von Rechtsanwältin Schwarz eine unentgeltliche Rechtsvertreterin (Urk. 19). Weiter gab es den Parteien mit Verfügung vom 30. September 2016 Gelegenheit, sich zur Rechtsprechungsänderung betreffend PTBS zu äussern (Urk. 34). Die entsprechenden Stellungnahmen vom 18. Oktober 2016 (Urk. 37) und 1. Dezember 2016 (Urk. 39, beiliegender Arztbericht

Urk. 40) wurden den Parteien gegenseitig zur Kenntnisnahme zugestellt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Im Vorfeld der formlosen Mitteilung vom 13. April 2010 wurden nur Formularberichte von behandelnden Institutionen eingeholt, worin mitunter für die Arbeitsfähigkeitseinschätzung ein Arbeitsversuch als notwendig erachtet wurde (Urk. 12/107/3). Die Mitteilung beruhte folglich nicht auf einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung. Damit ist für die Beurteilung der Frage, ob eine Veränderung gegeben ist, als massgebender Bezugspunkt auf die ursprüngliche Rentenverfügung vom 8. Januar 2009 abzustellen. Die damalige Situation ist mit jener am 11. März 2015 zu vergleichen (vgl. Sachverhalt E. 1).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung auf das Gutachten der E. \_\_\_ ab, wonach die

Arbeitsfähigkeit noch um maximal 30 % eingeschränkt ist. Zur Invaliditätsbemessung machte sie geltend, die Beschwerdeführerin habe sich nie um ein höheres Arbeitspensum bemüht, und berechne nete einen Invaliditätsgrad für Erwerb (Anteil 80 %) und Haushalt (Anteil 20 %) von 21 %. Dabei ging sie von einem Valideneinkommen im Bereich Gastronomie aus

( Urk. 2). Bezüglich der geänderten Rechtsprechung zur PTBS erklärte sie sinngemäss, eine Zumutbarkeitsprüfung sei nicht nötig ( Urk. 37).

Die Beschwerdeführerin wendete gegen das Gutachten ein, die Exploration sei zu kurz gewesen. Zu dem genügte ihre Deutschkenntnisse nicht, um über ihre Erlebnisse und Beschwerden zu berichten. Auch

fehlten Testuntersuchungen und fremdanamnestic Angaben. Eine gesundheitliche Verbesserung sei nicht nachvollziehbar begründet und werde von der behandelnden Spezialistin als geringfügig und vorübergehend beschrieben ( Urk. 1 S. 5-9). Sie bedürfe weiter hin der intensiven psychiatrischen Behandlung –

notfallmässig nach einem Suizidversuch und auch stationär

( Urk. 1 S. 10 , Urk. 13, Urk. 21 S. 2 ) .

Zur Invaliditätsbemessung brachte sie vor, ihr Ehemann sei gesundheitsbedingt nur zu 50 % arbeitsfähig, weshalb sie als Gesunde Vollzeit arbeiten müsste. Nur wegen der Ergänzungsleistungen sei es nicht nötig gewesen, mehr zu arbeiten. Die erwachsenen Kinder und der Ehemann würden im Haushalt mithelfen

( Urk. 1 S.

S. 11 f.). Ferner sei für das Valideneinkommen auf den Tabellenwert für allgemeine Hilfsarbeiten abzustellen. Beim Invalideneinkommen sei ein leidens bedingter Abzug von mindestens 20 % zu berücksichtigen, da sie nur sehr leichte Tätigkeiten verrichten könne, ihre Angstattacken und Schwindelanfälle den Arbeitsablauf stören würden ,

sie schnell erschöpfbar sei , ihre Anpassungsfähigkeit, Flexibilität und Stresstoleranz vermindert

seien und sie infolge der krankheitsbedingt fehlenden Berufserfahrung und schlechten Deutschkenntnisse unterdurchschnittlich verdienen würde

( Urk. 1 S. 13 f.) . Nicht anwendbar sei die geänderte Rechtsprechung zur PTBS, da durchgehend auch depressive Beschwerden vorhanden gewesen seien und kein Revisionsgrund vorliege. Ohnehin sei die Krankheitswertigkeit gegeben, da eine Mindestschwere vorliege und bedeutende Zusatzsymptome gegeben seien, so dass die Erfüllung von Alltagsaufgaben nicht mehr möglich sei ( Urk. 39 ) .

### **E. 2.3**

Strittig ist

somit in erster Linie

der Beweiswert des allgemein-internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Gutachtens der E.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2014, in welchem als einzige Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine PTBS (ICD-10: F43.1) festgehalten wurde ( Urk. 12/166/31 ) .

Zu differenzieren ist hierbei zwischen

den Rahmenbedingungen der Begutachtung (vgl. E. 3), dem Nachweis eines Revisionsgrundes (vgl. E. 4-5.5) und der neuen, allseitigen Revisionsprüfung (vgl. E. 5.6). Nicht einig sind sich die Parteien ferner bezüglich der Statusfrage und des Einkommensvergleichs (vgl. E. 6). 3. 3. 1

Der bestmöglichen sprachlichen Verständigung zwischen dem Experten und der versicherten Person kommt insbesondere bei der psychiatrischen Abklärung besonderes Gewicht zu. Nach der Rechtsprechung ist daher eine Übersetzungshilfe beizuziehen, sofern sprachliche Schwierigkeiten bestehen und das Untersuchungsgespräch nicht in der Muttersprache des Exploranden geführt werden kann. Es besteht indessen kein unbedingter Anspruch auf Durchführung einer medizinischen Abklärung in der Muttersprache oder auf Beizug eines Übersetzers. Grundsätzlich hat der Gutachter im Rahmen der sorgfältigen Auftragungserfüllung zu entscheiden, was im Einzelfall geboten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_578/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 4.2.4 und E. 2.4.5 mit Hinweis auf BGE 140 V 260 E. 3.2.1 und das Urteil des Bundesgerichts 8C\_913/2010 vom 18. April 2011 E. 3.3.1).

Der begutachtende Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. F.\_\_\_\_, hielt ausdrücklich fest, die Beschwerdeführerin spreche gut Deutsch (Urk. 12/166/26). Dabei sind die subjektiven Angaben im Gutachten weder auf fallend kurz gehalten, noch fehlt es ihnen an Detailreichtum (Urk. 12/166/24 f.). Die Beschwerdeführerin besucht zudem seit Jahren eine Gesprächstherapie (vgl.

Sachverhalt E. 1). Die Behandlungspersonen attestierten ihr dabei, soweit sie sich dazu äusserten, recht gute bis exzellente Deutschkenntnisse, weshalb nur ganz zu Beginn der Behandlung ein Dolmetscher beigezogen wurde (vgl.

Urk. 12/34/4, 12/126/11, 12/107/5). Ferner wurde die Beschwerdeführerin in der Einladung zur Begutachtung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie einen Dolmetscher verlangen könne (Urk. 12/159/2). In Anbetracht dessen ist es als blosser Schutzbehauptung zu werten, dass sie erstmals in der Beschwerde vorbrachte, sich nur im Alltag, aber nicht über ihre Beschwerden verständigen zu können (vgl. auch Urk. 12/63/3). Eine persönliche Befragung zur Feststellung der Deutschkenntnisse ist verzichtbar (zum eingeschränkten Beweiswert vgl. ferner Urteil des Bundesgerichts 4A\_182/2009 vom 13. Mai 2009 E. 4.3). 3. 2

Weiter brachte die Beschwerdeführerin zu Recht vor, dass sich unter Umständen auch anhand der aufgewendeten Zeit bestimmen lässt, ob die Expertise als inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig gelten kann. Wie viel Aufwand im Einzelfall zu betreiben ist, hängt indes von der Fragestellung und dem zu beurteilenden Beschwerdebild ab; in letzter Konsequenz kann deshalb, je nach Natur der abzuklärenden Frage, selbst ein reines Aktengutachten den nötigen Beweis erbringen. Ein Zeitrahmen für die Untersuchung lässt sich nicht allgemeingültig festlegen. So wird auch in Ziff. 3 der „Qualitätslinien für versicherungspsychiatrische Gutachten“ der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom 16. Juni 2016 nur eine „angemessene“ Dauer mit genügend Zeit für eine umfassende Anamnese und ein vollständiges Bild der Befundlage verlangt. Über die Akten erschliessen sich dem Gutachter häufig so viele Anhaltspunkte für seine Beurteilung, dass der in der Untersuchung gewonnene Eindruck vor allem bestätigend wirkt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_747/2011 vom 10. Februar 2012 E. 2.2.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_170/2009 vom 6. Mai 2009 mit zahlreichen Hinweisen).

Angesichts der umfangreichen Vorakten und unstrittigen Diagnose PTBS kann der Beschwerdeführerin daher nicht gefolgt werden, soweit sie ihren Einwand nur damit

begründete, es wäre bereits für die Erhebung der vielen hochtraumatischen Erlebnisse in der Vergangenheit eine längere psychiatrische Untersuchung nötig gewesen. Ebenso wenig verfährt nach dem vorstehend Gesagten der pauschale Hinweis auf zeitintensive sprachliche Schwierigkeiten oder den beigelegten Fachartikel zum Optimum aus medizinischer Sicht (Urk. 1. S. 5 f. und Urk. 3/3). Massgebend ist bei unveränderter Diagnose im Revisionsverfahren die Erhebung der aktuellen Befunde und Ressourcen und diese bemühen gelte die Beschwerdeführerin letztlich nicht (vgl. Urk. 1 S. 8 unten). 3.3

Es ist schliesslich auch nicht zu beanstanden, dass Dr. F.\_\_\_\_ keine psychologischen Tests durchgeführt hat, obliegt es doch allein dem Gutachter zu entscheiden, ob solche Tests überhaupt durchzuführen sind. Nach der Rechtsprechung ist dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen. Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_2055/2014 vom 29. April 2014 E. 3.2).

Ebenso ist eine

Fremdanamnese zwar häufig wünschenswert, indes nicht zwingend erforderlich. Besondere Gründe, weshalb

vorliegend fremdanamnestische Auskünfte einzuholen gewesen wären, werden nicht substantiiert vorgebracht und sind aufgrund der umfangreichen, weitestgehend stimmigen medizinischen

Vorakten mit umfassender Anamnese auch nicht ersichtlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 395/2016 vom 25. August 2016 E. 4.1). 4. 4. 1

Somatische Beschwerden spielten bei der bisherigen Berentung keine Rolle. Solche wurden erstmals von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 14. Juni 2012 erwähnt. Er führte sinngemäss aus, Thorax- und Rückenschmerzen würden immer wieder auftreten, seit er die Beschwerdeführerin kenne, wobei er sie seit dem Jahr 2007 behandle. Er diagnostizierte

allerdings ohne konkrete Befunde zu nennen ein rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei mässig degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule und empfahl bei „objektiv gesehen gutartigen körperlichen Störungen“ respektive

ausdrücklich guter Prognose lediglich eine Rekonditionierung und effiziente Physiotherapie. Gleichzeitig hob er in Ziff.

## **E. 7**

Abs. 2 ATSG gleichsam auf der Hand (vgl. E. 5.2.3).

### **E. 7.1**

Unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG ist die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode strittig.

Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist

nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre ( Art. 27 bis IVV ; BGE 133 V 504 E. 3.3 mit Hinweisen).

Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen ( BGE 137 V 334 E. 3.2, 130 V 393 E.

3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin absolvierte keine Berufsausbildung und gründete früh eine Familie (vgl. Urk. 12/166/14) . In der Schweiz steigerte sie ihr durchschnittliches Arbeitspensum soweit ersichtlich nie

( vgl. Urk. 12/132, 12/187/11 und 15/4 ; 33 Stunden pro Monat, Unterschiede beim Stundenlohn und Bezug der Kinderzulagen ) . Dies obschon (1) ihre Betreuungsaufgaben mit zunehmendem Alter der Kinder

abnahmen , (2) ihr Gesundheitszustand laufend

besser und stabiler wurde , (3) sie im Sommer problemlos mehr arbeitete als im Winter ( Urk. 12/132/5 ) , (4) sie die von den Ärzten attestierte Arbeitsfähigkeit nicht annähernd ausschöpfte

(vgl. E. 5.4) und ( 5 ) ihre Familie deshalb stets Ergänzungsleistungen beziehen musste ( Urk. 12/173 ) . Es ist anzu merken, dass ein Ansporn auch insofern bestanden hätte , als bei der Prüfung des Anspruchs auf Ergänzungsleistungen nur zwei Drittel der Einkünfte angerechnet werden ( Art. 11 Abs. 1 lit . a des Bundesgesetz es über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung , ELG) .

Die Beschwerdeführerin arbeitet also

nicht aus gesundheitlichen Gründen

in einem so geringfügigen Teilzeitpensum .

Unter diesen Umständen erscheint bereits der anerkannte Erwerbsanteil von 80 % in Nachachtung des Abklärungsberichts vom 8. Februar 2008 als wohlwollend . Damals hatte sie erklärt , um über die Runden zu kommen, müsste sie 80 % arbeiten und würde sobald als möglich mehr arbeiten ( Urk. 12/63/2 f.) . Umgesetzt hat sie diesen Gedanken

indessen nicht und es ist nicht ersichtlich, weshalb sie – wie nun von ihr geltend gemacht ( Urk. 12/140/3) – heute 100 %

arbeiten würde , wenn dazu keine Notwendigkeit besteht. Nachdem zwei der Kinder inzwischen arbeiten , sind sie nicht mehr unterhaltsberechtig und können

finanziell sogar etwas beitragen, solange sie zuhause wohnen ( Urk. 14/166/15 , Urk. 1 S. 12 ) .

Zudem könnte auch der Ehemann der Beschwerdeführerin wohl mehr arbeiten, würde die Beschwerdeführerin weniger pflegerische Aufmerksamkeit einfordern ( Urk. 3/4). Es ist folglich die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung anzuwenden bei einem Erwerbsanteil von 80 % und einem Anteil im Aufgabenbereich von 20 % .

## **E. 7.2**

Wenig Einigkeit besteht zwischen den Parteien sodann beim Einkommensvergleich.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BG E 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Die Beschwerdeführerin war in ihrer Heimat Hausfrau und Mutter. In der Schweiz arbeitete sie erstmals von Februar bis September 2005 als Küchen- und Reinigungshilfe in einem Restaurant (Urk. 12/7/1, 12/9 und 12/42). Seit Mai 2006 ist sie – mit einem kurzen Unterbruch 2007/2008 – für die BB.\_\_\_\_ GmbH als Reinigungsangestellte tätig (vgl. Urk. 12/3/5, 12/20, 12/29, 12/46 und 12/132).

Es ist ihr daher beizupflichten, dass bei Rentenbeginn im Februar 2006 einzig feststand, dass sie angesichts der

fehlenden Ausbildung auch als Gesunde weiterhin eine Hilfstätigkeit ausgeübt hätte. Indes konnte es mangels nennenswerter Berufserfahrung nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten, dass sie wieder in der Gastronomie arbeiten würde. Es kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin bereits seit Oktober 2002 wegen der PTBS in psychiatrischer Behandlung steht (Urk. 12/35/2), weshalb es mehr als fraglich scheint, ob sie in der Schweiz überhaupt jemals ein Valideneinkommen erzielte.

Für die Festsetzung des Valideneinkommens ist angesichts des Verfügungsdatums vom 15. März 2015 die Tabelle T1\_skill\_level („Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht – Privater und öffentlicher Sektor [Bund, Kantone, Bezirke, Gemeinden, Körperschaften, Kirchen] zusammen“), Zeile „Total“, Kompetenzniveau 1, Frauen, der LSE 2012 heranzuziehen. Der standardisierte Monatslohn (Vollzeitäquivalent basierend auf 4 1/3 Wochen à 40

Arbeitsstunden) von Fr. 4'228.-- ist auf die im Jahr 2014 betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden hochzu rechnen (Bundesamt für Statistik [BFS], betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, abrufbar im Internet) und an die Nominallohnentwicklung für Frauen (vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Frauen [T.

## **E. 7.3**

Das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung gestützt

auf eine ältere

LSE festgelegt (vgl. Urk. 12/77/2, 12/109/4 und 12/142/1). Da für beide Vergleichseinkommen indes der Tabellenwert für allgemeine Hilfstätigkeiten massgebend

ist, muss als zeitidentische Grundlage die LSE 2012 herangezogen werden. Es ergibt sich ein Betrag von Fr. 37'656.-- für das noch zumutbare 70%-Arbeitspensum.

Zum geltend gemachten leidensbedingten Abzug ist anzumerken, ob und in welcher Höhe ein Tabellenlohn herabzusetzen ist, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des Einzelfalles ab, die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Relevante Merkmale sind leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/ Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad (BGE 126 V 75 E. 5b/ bb).

Aus internistischer und rheumatologischer Sicht ist die Beschwerdeführerin in jeder dem Habitus und Alter entsprechenden Verweistätigkeit ohne Einschränkung zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 12/166/36). Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, würde zudem

nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes führen, weil der Tabellenlohn im tiefsten Kompetenzniveau bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4). Den psychischen Beschwerden wurde im Gutachten schon mit einer massgeblichen Reduktion des Arbeitspensums

von 30 % für zusätzliche Pausen Rechnung getragen (Urk. 12/166/29).

Die Lohnhöhe hängt zudem zwar oft von der Dauer der Betriebszugehörigkeit ab, womit eine versicherte Person, die - nach dem gesundheitlichen Verlust der bisherigen Stelle - in einem Betrieb neu anfangen muss, kaum einen allgemeinen Durchschnittslohn erhalten wird. Die Beschwerdeführerin hat

indes

stets gearbeitet und die Bedeutung der Dienstjahre nimmt zumindest im privaten Sektor ab, je niedriger das Anforderungsprofil ist. Im Verhältnis zur

langen Erwerbsdauer von rund 20 Jahren, die

der Beschwerdeführerin bis zum Erreichen des AHV-Alters noch verbleibt, ist die Zeitspanne, in welcher sie allenfalls einen unterdurchschnittlichen Lohn zu erwarten hat, also zweifellos vernachlässigbar. Ein Abzug zufolge fehlender Berufserfahrung ist nicht angezeigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.3).

Neben der bisherigen Tätigkeit steht der Beschwerdeführerin abschliessend auch eine Vielzahl von schnell erlernbaren Hilfstätigkeiten

entsprechend ihrem Bildungsniveau zur Auswahl. Sie ist daher nicht auf eine Tätigkeit an einer lauten Produktionsmaschine oder im Büro angewiesen, die neben guten mündlichen auch gute schriftliche Kenntnisse der Deutschen Sprache erfordert.

#### **E. 7.4**

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 43'036.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 37'656.-- ergibt sich ein invaliditätsbedingter Minderverdienst von Fr. 5'380.-- und somit eine Einschränkung von 12,5 %. Der Teilinvaliditätsgrad für den Erwerbsanteil von 80 % beträgt 10 %.

Der Bericht betreffend Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt vom 28. März 2013 wird von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet und

weist einen Teilinvaliditätsgrad für den Aufgabenbereich von 7,08 % aus ( Urk. 12/140). Der Gesamtinvaliditätsgrad beträgt gerundet

## **E. 12**

Stunden pro Woche, Arbeitsfähigkeit von 30 bis 40 % als Reinigungsfrau, Leistungsfähigkeit um 50 % vermindert) , d er Gesundheitszustand aber

noch als instabil und die Prognose als unsicher bezeichnet ( Urk. 12/98 Ziff. 1.4, 1.5 und 1.7).

Der RAD folgte dieser Einschätzung und erklärte in seiner Stellungnahme vom 16. März 2010, es sei bei leicht gebessertem Gesundheitszustand von einer Arbeitsfähigkeit als Putzfrau von 65 % auszugehen ( Urk. 12/109/3). 5.4.2

Zur anschliessenden Behandlung im B.\_\_\_\_ der D.\_\_\_\_

führten die Gutachter aus, neben der (falsch kodierten) PTBS sei eine anhaltende somatoforme

Schmerz störung nach ICD-10: F45.4 diagnostiziert worden , was anhand des Berichts vom 18. Oktober 2010 nicht nachvollziehbar sei. Zur Arbeitsfähigkeit habe man sich darin nicht geäussert, aber festgehalten, die Beschwerdeführerin habe sich wenig compliant gezeigt und die Einnahme von Medikamenten sowie Entlastungsvorschläge durch eine Spitex oder eine (teil)stationäre Massnahme abgelehnt. Die Behandlung sei letztlich

aufgrund der krankheitsbedingten Selbstlimitation und de s sekundären Krankheitsgewinn s abgebrochen worden ( Urk. 12/166/37) .

Tatsächlich wurde im Psychostatus des Bericht s der D.\_\_\_\_ vom 18./20. Oktober 2010

nur festgehalten, die Beschwerdeführerin schildere das Bild einer PT BS mit panischen Angstanfällen, selbstverletzendem Kratzen, Intrusionen und Flash backs sowie nächtlichen Alpträumen bis hin zu ganzkörperlichen konversiven Lähmungserscheinungen. Dies vermag in der Tat keine selbständige Diagnose im Sinne einer anhaltende n Schmerzstörung nach ICD-10: F45.4 zu begründen, welche einen andauernden, schweren und quälenden Schmerz voraus setzt (vgl. dazu Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 9. Aufl. 2014, S.

233). Ferner erschien die Beschwerdeführerin gemäss Bericht zwar regelmässig zu den Sitz ungen , wobei sie jedoch emotional unbeteiligt klagsam über ihre alltäglichen finanziellen Sorgen, über ihre Schmerzen und posttraumatischen Ängste in distanzierter Art berichtet e.

Man habe versucht, sie zu mehr Eigeninitiative und einer Auseinandersetzung mit den alltäglichen Problemen zu motivieren. Hierauf habe sie mehr und mehr fordernd reagiert. Bezüglich der Erschliessung von Hilfsangeboten (z.B. S.\_\_\_\_ , T.\_\_\_\_ ) habe sie sich

immer sehr erfolgreich und aktiv gezeigt. Eine konstruktive Auseinandersetzung mit ihrer Störung im Sinne einer Behandlung sei indes nicht möglich gewesen, sie bleibe in der konsumierenden Entlastungssituation gefangen. Medikamentös sei sie auf Trittico 300 mg umgestellt worden, habe die Dosis jedoch in Eigenregie reduziert. Letztlich sei sie bereit gewesen, 200 mg einzunehmen und mit einem Wert von 3 mg/l im Medikamentenspiegel doch recht gut eingestellt. Bei anamnestisch bekannter Benzodiazepinabhängigkeit wäre es zudem sinnvoll, einen Benzodiazepinspiegel durchzuführen. Man habe zwar die Temesta

-Abgabe gestoppt, die Sistierung von Zolpidem sei aber nicht gelungen. Während der Behandlung sei die PTBS-Symptomatik gleich geblieben, ebenso die Affektverflachung. Wegen der krankheitsbedingten Selbstlimitation (sekundäres Vermeidungsverhalten bezüglich der PTBS) und weil die Beschwerdeführerin durchgehend in ihrem Krankheitsgewinn gefangen geblieben sei, habe man nach mehreren vergeblichen Versuchen einen Behandlungsauftrag zu erarbeiten, die Therapie im gegenseitigen Einverständnis beendet ( Urk. 12/126/11 f.).

Damit erwies sich der zuvor erzielte Behandlungserfolg als anhaltend und weitere Fortschritte blieben primär aus, weil die Beschwerdeführerin nicht im Rahmen des ihr offenbar Möglichen (vgl. nachstehende Erwägung) kooperierte. Eine zunehmende Selbständigkeit der Beschwerdeführerin bestätigte ihr übrigens auch der Abklärungsbericht für Hilflorentschädigung für Erwachsene vom 18. August 2010 (vgl. Urk. 12/112/3-6).  
5.4.3

Zur Behandlung im C.\_\_\_\_

bzw. durch Dr. U.\_\_\_\_

erklärten die Gutachter, diese habe in ihrem Bericht vom 22. Juni 2012 einen nach wie vor fragilen, allerdings durchaus besserungsfähigen Zustand beschrieben und die Arbeitsfähigkeit als Reinigungsfachfrau nachvollziehbar auf 50 % geschätzt. Der RAD habe sich dieser Beurteilung angeschlossen. Daraufhin habe Dr. U.\_\_\_\_ am 15. Juni 2013 berichtet, der psychische Zustand habe sich im Herbst 2012 und entgegen ihrer Prognose wesentlich verschlechtert, weshalb sie die zumutbare Restarbeitsfähigkeit nur noch auf 25 bis maximal 30 % schätze. Aus dem Bericht gehe indes nicht hervor, in welcher Art und Weise sich das psychische Zustandsbild verschlechtert haben soll. Es werde nur festgehalten, die somatischen Beschwerden hätten massiv zugenommen, was eine enorme zusätzliche Belastung für den psychischen Zustand darstelle und zu einer psychischen Überforderung führe

( Urk. 12/166/37) .

Dr. med. U.\_\_\_\_

arbeitete zunächst im C.\_\_\_\_ und eröffnete mit dem Erwerb des Facharzttitels für Psychiatrie und Psychotherapie eine eigene Arztpraxis.

Sie hielt am 22. Juni 2012

konkret fest, es sei ihr gelungen, eine Vertrauensbeziehung aufzubauen, die Compliance der Beschwerdeführerin herzustellen und die medikamentöse Behandlung zu optimieren. Ab Dezember 2010 sei eine Einstellung auf Cipralex erfolgt, wobei die Dosis von täglich 20 mg eine gute stimmungsaufhellende Wirkung zeige und gut verträglich sei.

Aktuell betrage die Medikation täglich 10 mg Cipralex. Zolpidem habe man ausgeschlichen und durch Schlafrituale / Similasan ersetzt. Der Schlaf habe sich normalisieren können, sie habe weniger Alpträume. Benzodiazepin-Präparate seien kaum mehr zum Einsatz gekommen. Das notfallmässige Aufsuchen von Spitälern habe abgenommen (nur einmal im September 2011). Die Beschwerdeführerin habe gelernt, ihre Emotionen und daraus resultierende Handlungen besser zu kontrollieren, und sei stolz auf ihre Fortschritte. Die

Sitzungen habe man im Februar 2012 auf zweimal monatlich reduziert. Der noch recht fragile Zustand sei durchaus besserungsfähig. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe zu Folge schneller psychischer und physischer Erschöpfbarkeit, Stimmungsschwankungen und Angstzuständen mit passagären Pseudohalluzinationen. Das Konzentrationsvermögen sei leicht, die Belastbarkeit mittel bis stark eingeschränkt. Zusätzlich bestünden Schulter- und Rückenschmerzen, die eventuell

mit einem Bandscheibenvorfall zu erklären seien, wie er gemäss der Beschwerdeführerin im Dezember 2011 in der Y.\_\_\_\_ festgestellt worden sei. Ein Arbeitspensum als Raumpflegerin bis zu 50 % sei sicher zumutbar. Eine künftige Steigerung sollte stufenweise erfolgen, um eine erneute Überforderung zu vermeiden (Urk. 12/126/1-5).

Zeitgleich

erklärte der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 14. Juni 2012, er könne zum Verlauf der psychischen Erkrankung und zu den entsprechenden Diagnosen keine Aussagen machen. Auf seine Arbeitsfähigkeitseinschätzung von nur 3 bis 4 Stunden pro Tag respektive „derein“ 50 % sowie sein Belastungsprofil mit Einschränkung sämtlicher kognitiver Fähigkeiten kann folglich nicht abgestellt werden. Insbesondere da er hinsichtlich der übrigen Beschwerden lediglich ein rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom und „objektiv gesehen gutartige“ körperliche Störungen diagnostizierte (Urk. 12/125/1-5).

Nachdem der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin somit über Jahre besser und stabiler wurde, attestierte ihr Dr. U.\_\_\_\_ am 15. Juni 2013

plötzlich nur noch eine Arbeitsfähigkeit von

höchstens 30 % in der angestammten Tätigkeit. Dazu führte sie aus, leider habe sich der psychische Zustand ab Herbst 2012 entgegen ihrer Prognose

wesentlich verschlechtert. In dieser Zeitperiode hätten die somatischen Beschwerden – wegen welcher die Beschwerdeführerin in spezielle ärztlicher Behandlung stehe –

massiv zugenommen, was eine enorme zusätzliche Belastung dargestellt und zu einer psychischen Überforderung geführt habe. Die medikamentöse Therapie mit Antidepressiva sei im Verlauf angepasst worden (Urk. 12/148).

Diese – ohne Befund und konkrete Angaben zur Intensivierung der Therapie – wenig substantiierte Begründung ist angesichts der vorstehenden Ausführungen zu den somatischen Beschwerden (vgl. E. 4: Geringfügigkeit und Behandlungszeitraum)

nicht nachvollziehbar. Es kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin selbst die Beschwerdegegnerin noch

Ende 2012 um Unterstützung bei der Erhöhung ihres Arbeitspensums bzw. bei einem Berufswechsel infolge körperlicher Beschwerden bat (Urk. 12/133 und 12/135). Dies spricht ebenso gegen eine Verschlechterung der psychischen Beschwerden wie die weitgehend selbständige Erledigung des Haushalts gemäss Abklärungsbericht vom 28. März 2013, wonach sich primär

aufgrund der körperlichen Beschwerden Einschränkungen zeigten

und die Wohnung auffallend gepflegt war ( Urk. 12/140 , z.B. S. 1 : Waschen in der Waschküche möglich ).

Ferner war die Beschwerdeführer in

Anfang 2014 offenbar auch in der psychischen Verfassung,

Ferien an dem Ort zu verbringen, von wo sie einst geflohen ist ( Urk. 12/163) .

Obschon

die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen kann, lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits (BGE 124 I 170 E.

4 ) daher auch vorliegend nicht zu, das

Gutachten der E.\_\_\_\_ aufgrund der anderslautenden Einschätzung

der behandelnden Dr. U.\_\_\_\_

in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen . Nicht nur datiert ihr Bericht ein Dreivierteljahr vor den gutachtlichen Untersuchungen im März 2014 (vgl. Urk. 12/164/1), sondern es finden sich darin auch keine wichtigen Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären ( vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr . 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06] ). 5.4.4

Die Gutachter schlussfolgerten , retrospektiv könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass ab dem Jahr 2010 eine 50%-Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. Zum Zeitpunkt der Begutachtung liege aufgrund des erhobenen psychopathologischen Befundes und der daraus resultierenden psychischen Funktionsstörung indes noch eine maximal 30% - ige Einschränkung

vor. Wann diese Verbesserung stattgefunden habe, lasse sich aufgrund der Anamnese und der vorliegenden Akten nicht eruieren , weshalb die Einschätzung einer zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von 70 % ab dem Zeitpunkt der Begutachtung gelte ( Urk. 12/166/38).

Der RAD-Arzt Dipl. med. V.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, schloss sich dieser Beurteilung am

17. Juli 2014

an. Dazu führte er aus , die zusätzliche Diagnose einer depressiven Störung oder somatoformen Schmerzstörung könne nicht mehr gestellt werden. Eine weitere Verbesserung sei bei weiterer psychotherapeutischer Behandlung möglich, indes zeige die Beschwerdeführerin eine gewisse Selbstlimitierung ( Urk. 12/168/3) .

In Anbetracht der vorstehenden Erwägungen ist dem nichts hinzu zufügen. Eine relevante Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bis

März 2014 ist ausgewiesen. 5.5

5.5.1

Zum weiteren Krankheitsverlauf

ist bekannt, dass die Beschwerdeführerin vom 4. Dezember 2014 bis 13. Januar 2015 stationär in der Privatklinik W.\_\_\_\_ behandelt wurde. Im Austrittsbericht vom 14. Januar 2015

(Urk. 12/189) fällt auf, dass nur eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10: F33.1/F33.2), diagnostiziert wurde. Eine relevante PTBS-Symptomatik wurde also nicht mehr festgestellt.

Zudem wurde angemerkt, aktueller Anlass für die psychische Dekompensation sei der Besuch bei einem Vertrauensarzt, welcher ihr keine Invalidenrente zugesprochen habe.

Wo im Wesentlichen nur Befunde erhoben werden, die in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist indes kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Wird das Beschwerdebild – was vorliegend aufgrund des expliziten Hinweises auf die in Aussicht gestellte Renteneinstellung – überwiegend wahrscheinlich ist, augenfällig durch psychosoziale Umstände bestimmt und unterhalten, kann nicht von einem psychischen Gesundheitsschaden gesprochen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_437/2012 vom 6. November 2012 E. 3.4 und insbesondere 8C\_349/2015 vom 2. November 2015 E.4.3 am Ende). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 10) vermag die Qualifikation der depressiven Episode als schwer daran nichts zu ändern, da eine solche Diagnose bereits für Episoden mit einer Mindestdauer von zwei Wochen gestellt werden kann (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 174).

Ferner ist dem Bericht zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin anfänglich motiviert und engagiert gezeigt habe. Allerdings habe die Konfrontation mit ihren psychischen Belastungen sehr schnell Befürchtungen, Ängste und eine grosse innere Anspannung ausgelöst. Sie habe sich daher in ihre bestehenden Wohnverhältnisse respektive zu ihrer Familie zurück gewünscht. Grund hierfür sei die vermehrte (pflegerische) Aufmerksamkeit, welche ihr dort zu teil werde. Sie habe deshalb die Therapie abgebrochen. Damit wurde wie bereits in früheren Berichten auf die fehlende Kooperation und den erheblichen sekundären Krankheitsgewinn hingewiesen. Schliesslich erfolgte die Entlassung in gebessertem Zustand. Eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit wurde zudem nur bis 20. Januar 2015 attestiert. Das Ergebnis der Begutachtung wird durch diesen Bericht somit nicht in Frage gestellt. 5.5.2

Die Notfallaufnahmen am 18. und 26. Mai 2015 erfolgten nach Erlass der angefochtenen Verfügung. Ein Zusammenhang mit der Einstellung der Rentenzahlungen

im Mai 2015 ist zudem nach der vorstehenden Erwägung überwiegend wahrscheinlich. Jedenfalls ist nicht bekannt, dass hernach weitere Notfallaufnahmen oder gar ein weiterer stationärer Aufenthalt stattgefunden hätten. Letzteres lehnte die Beschwerdeführerin, obschon von den Ärzten mitunter zur Entlastung der Familie empfohlen, stets ab. Im Übrigen wurde die depressive Episode von den Ärzten in der Notaufnahme gar nicht bzw. ohne psychopathologischen Befund nur als mittelgradig qualifiziert. Die neu eingelegten Berichte des AA.\_\_\_\_ und der Interdisziplinären Notfallstation des A.\_\_\_\_ (Urk.

## **E. 16**

und 23/1) weisen somit ebenfalls nicht auf eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung hin. 5.6 5.6.1

Ist folglich ein Revisionsgrund im Sinne von Art.

#### **E. 17**

%. Ein Invaliditätsgrad von min destens 40 % (vgl. Art. 28 IVG) liesse sich angesichts der vorstehenden Zahlen übrigens auch nicht mit der Annahme einer 100%-Erwerbstätigkeit als Gesunde begründen. Der Invaliditätsgrad würde nur 30 % betragen. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- fest zulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zuzufolge gewährter unentgeltlicher Prozessführung aber einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Überdies ist der unentgeltliche Rechtsvertreter in der Beschwerdeführerin eine Entschädigung aus der Gerichtskasse auszurichten. In den Honorarnoten vom 11. April 2016 ( Urk. 30) und 1. Dezember 2016 ( Urk. 41) weist diese einen Aufwand von 16.35 Stunden à Fr. 220.-- aus. Ferner machte sie eine Pauschale von 3 % des Zeitaufwandes für Porti, Kopien und Telefonate geltend. Unter Berücksichtigung der Schwierigkeit des Prozesses und der getätigten Bemühungen ist

der geltend gemachte Betrag von insgesamt Fr. 4'058.45 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) knapp

noch angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, jedoch einstweilen zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Stephanie Schwarz, Winterthur, wird mit Fr. 4'058.45

(inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigBonetti

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