

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00444 vom 12. Mai 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00444](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00444)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00444 du 12 mai 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00444 del 12 maggio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1965 geborene X.\_\_\_\_ war seit Februar 199

#### **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 zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). 1. 3

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren her rühren,

bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungsständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne ver selbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen ver selbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

#### **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 Einspruch, 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).

#### **E. 1.4**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung). 1. 5

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen

Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts  
9C\_261/2009 vom 1. Mai

2009 E.

### **E. 1.6**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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 ar beitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aus künfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeits leistungen der versicherten Person noch zugemutet werden kön nen (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1. 7

Hinsichtlich des Beweiswer tes 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 Vor akten (Anam nese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizini schen Zusammen hänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuc h tet 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).

### **E. 1.8**

Die Rechtsprechung hat seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arzt person im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (be gutach tenden) Mediziners ist erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der sub jektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diag nose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Fol genab schätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeits fähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurtei lungs kompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Ar beitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2). 2.

#### 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) damit, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert habe und sie in einer körperlich leichte n , wechselbelastende n Tätigkeit ohne grossen Kraftaufwand mit der linken Hand zu 80 % arbeitsfähig sei. Gestützt auf den Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 33 %, weshalb die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente mehr habe. Im Übri gen habe vermutlich die schwierige psychosoziale Situation der Beschwer de führerin Einfluss auf die psychische n Beschwerden (S. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ih rer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, das von der Beschwerde gegnerin veranlasste Gutachten bilde keine rechtsgenügende Basis, um den Rentenanspruch zu beurteilen . Im Zusammenhang mit dem

rheumatologischen Teilgutachten seien keine neuen bildgebenden Untersuchungen veranlasst worden, vielmehr habe der Gutachter auf Untersuchungen aus den Jahren 2010 und 2011 abgestellt (S. 5 f. Ziff. 6.1 ).

Das Gutachten habe zudem die Frage der Zumutbarkeit angepasster Tätigkeiten im Zusammenhang mit den Beschwerden an der linken Hand nur ungenügend beantwortet . Das psychiatrische Teilgutachten sei mit offensichtlichen Widersprüchen behaftet , da die gutachterlichen Angaben zum Verlauf der depressiven Störung nicht mit den Befunden in den übrigen Arztberichten übereinstimmten (S. 7 f. ) . Falsch und im Widerspruch zu den übrigen Berichten sei sodann die Beurteilung, die posttraumatische Belastungsstörung habe keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der psychiatrische Gutachter habe ferner lediglich eine pauschale Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen, ohne sich mit den konkreten Umständen auseinanderzusetzen (S. 8 f.).

Ebenso

wenig habe er sich mit der Frage, ob die somatoforme Schmerzstörung relevant sei, rechtsgenügend auseinandergesetzt (S. 11 Ziff. 8).

Abgesehen davon habe die Beschwerdeführerin die Berichte des behandelnden Psychiaters und der Ärzte der B.\_\_\_\_ nicht angemessen berücksichtigt , welche über eine längere Beobachtungsphase verfügten als der Gutachter. Die Beschwerdeführerin habe zudem

verkannt, dass einer eigenständigen psychischen Störung auch dann invalidisierender Charakter zukomme, wenn sie durch psychosoziale Faktoren ausgelöst worden sei

(S. 10 f. ) . Die Beschwerdeführerin machte schliesslich geltend, ihr sei aufgrund ihres Alters, der langjährigen Absenz vom Arbeitsmarkt, ihrer körperlichen Einschränkungen sowie des Umstands, dass sie bisher lediglich in einem einzigen Berufszweig tätig gewesen sei, ein Leidensabzug von mindestens 10 % zu gewähren sei (S. 11 Ziff. 9). 3. 3.1 3.1 .1

Grundlage für die Renten zusprache vom 30 . Juli 2012 (Urk. 11/ 72 ) bildete im Wesentlichen das interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin , und PD Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie

und Psychotherapie , vom 30. März 2011 (Urk. 11/56/1-43 und Urk. 11/61 S. 10).

3.1.2

Im rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 11/56/16-25) stellte Dr. C.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 22 ) : - Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - akutes sensomotorisches lumboradikuläres Reizsyndrom L5 und S1 bei grosser rechtsseitiger Diskushernie L5/S1 rechts (MRI Lendenwirbelsäule [ LWS ] vom 09.12.2010) - Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - chronisches zervikocephales und linksseitiges zervikobrachiales Syndrom mit/bei altersentsprechenden degenerativen Veränderungen ( Chondrose C5/6) - Status nach HWS-Distorsion am 23.07.2007

Der Gutachter führte aus, dass nach Angabe der Beschwerdeführerin seit Jahren in zervikaler Hinsicht immer wieder Schmerzepisoden mit schmerzfreien Tagen aufgetreten seien. Nach der Auffahrkollision

im Juli 2007 sei sie zervikal nie mehr schmerzfrei gewesen und leide unter Schmerzen mit Ausstrahlungen in den Hinterkopf und linken Arm sowie unter Kopfschmerzen. Seit dem Unfall habe sie zudem auch lumbale Schmerzen

(S. 23).

Unter Hinweis auf das akute lumboradikuläre Reizsyndrom attestierte Dr. C.\_\_\_\_ eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit respektive eine 100%ige Arbeitsfähigkeit

in einer angepassten Tätigkeit mit leichten bis mittel schweren Arbeiten ab 9. Mai 2008. Ab 22. September 2008 statuierte er

eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der angestammten wie auch einer angepassten Tätigkeit. Für die Zeit ab 9. Dezember 2010 ging er mit Verweis

auf die akute radikuläre Reizsituation

sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit von einer

50% ige n Arbeitsfähigkeit

aus ( S. 24 f. und S. 36 ).

3.1.3

In seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 30. März 2011 (Urk. 11/56/25-33) nannte PD Dr. D.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 29): - Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - s schwere depressive Episode (ICD-10

F32.2) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10

F43.1) - Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - k eine

Der Gutachter beschrieb die Grundstimmung der Beschwerdeführerin als schwer depressiv, wobei es zu keinem Zeitpunkt während der Untersuchung zu einer geringfügigen Stimmungsaufhellung gekommen sei. Eine Schwingungsfähigkeit sei nicht evident, auch wenn sich der affektive Rapport gut etablieren lasse. Die Beschwerdeführerin zeige eine erhebliche Einengung um ihre depressiven Symptome und berichte immer wieder über Schuldgefühle. Sie leide unter erheblicher Affektverarmung und schwerer Affektlabilität und habe während des Untersuchungs permanent erheblich und verzweifelt geweint (S. 28 f.). Die Beschwerdeführerin zeige das Vollbild einer schweren depressiven Störung. Sie leide unter schwerer Interessen- und Lustlosigkeit sowie unter Antriebsverlust, der derart ausgeprägt sei, dass sie kaum zu zielgerichteten Handlungen fähig sei (S. 31 f.). Sie habe sich zudem sozial komplett zurückgezogen und habe gemäss eigenen Angaben einzig ihren Ehemann, wobei diese Beziehung sehr belastet erscheine, und ihren Sohn, welcher jedoch in E.\_\_\_\_ lebe. Die Beschwerdeführerin bleibe den ganzen Tag zu Hause, ausser wenn sie für einen Nachmittag pro Woche in die Tagesklinik des F.\_\_\_\_ gehe oder sich

im Rahmen des wöchentlichen Besuchs der psychiatrischen Spitalklinik ausser Haus begeben. Ansonsten unternehme sie nichts, sie lege sich einfach hin und tue nichts. Der Ehemann erledige den Haushalt und die Einkäufe und bereite auch die Mahlzeiten zu

(S. 27 und S. 32). Der Gutachter hielt weiter fest, dass die depressive Symptomatik seit Januar 2009 anhaltend bestehe, wobei deren Schweregrad nicht immer gleich ausgeprägt sei. Seit Januar 2009 bestehe eine einzige depressive Episode ohne Remission, weshalb nicht von einer rezidivierenden depressiven Störung, sondern von einer depressiven Episode auszugehen sei (S. 31).

Weiter wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin leide an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die Beschwerdeführerin habe im Zusammenhang mit den Kriegswirren in E.\_\_\_\_ und ihrer Flucht nach G.\_\_\_\_ unter erheblichen vitalen Ängsten gelitten, welche zu einer erheblichen Verängstigung und wiederholten psychischen Fragilisierungen geführt hätten. Der Beschwerdeführerin sei es über lange Zeit gelungen, diese Psychotraumatisierungen zu kompensieren, was sich jedoch durch das Halswirbel (HWS) -Distorsionstrauma und den damit verbundenen negativen Auswirkungen auf ihre Arbeit geändert habe.

Zudem leide die Beschwerdeführerin unter Alpträumen und „Flashbacks“ (S. 30 f.).

Der Gutachter hielt weiter fest, die schwere depressive Episode führe zu qualitativen Funktionseinbußen von 100%. Aufgrund des engen Zusammenhangs mit der depressiven Entwicklung wirke sich auch die Belastungsstörung auf die Arbeitsfähigkeit aus. Hauptverantwortlich für die Arbeitsunfähigkeit sei indes

die schwere depressive Episode, wobei

psychosoziale Faktoren keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Entsprechend sei

aufgrund des psychischen Leidens mit Krankheitswert sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit

von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab 25. Januar 2010 auszugehen. Für die Zeit von April bis 17. Juni 2009 ging der Gutachter von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus respektive vom 18. Juni 2009 bis 24. Januar

2010 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit

(S. 32 f., S. 36 f. und S. 42).

3.2

3.2.1

Der rentenaufhebenden Verfügung vom 9. März 2015 (Urk. 2) lagen im Wesentlichen folgende Einschätzungen zugrunde: 3.2.2

In ihrem Bericht vom 12. Februar 2014 (Urk. 11/82) stellte Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Status nach HWS -Distorsionstrauma als Beifahrerin in Folge von Heckkollision. Chronisch rezidivierendes cerviko-cephales, cerviko-brachiales, cerviko-vertebrales Syndrom. Seit Jahren bei Fehlhaltung der Wirbelsäule mit Streckhaltung und fehlendem „Alignmen“. - MRI der HWS vom 23.11.2007: Streckhaltung der HWS mit Kyphosierung zwischen C4 und C6. Breite mediane Diskusprotrusion C5/6 mit Kontakt zum Myelon ohne Kompression desselben, keine Myelopathie. Keine Spinalkanalstenose. Diskrete Diskusprotrusion C3/4 und C4/5 ohne Neurokompression. - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F32.2) - gegenwärtig schwere Episoden ohne psychotische Symptome (ED 2008) - sozialer Rückzug - chronisches lumbo-spondylogenes, intermittierendes lumboradikuläres Syndrom S1 mit Nervenwurzelkompression S1 rechts, intermittierende Hyp-/Parästhesien im

radikulären

Dermatom S1 rechts - mediale Diskushernie L5/S1 etwas rechts dominant - Status nach epiduraler Infiltration über dem Hiatus sakralis (12/2010, 8/2011) - trianguläre fibroartilaginärer Komplex (TFCC) – Läsion radialeits bei leichter Ulnarplusvariante links bei - Status nach Handgelenkskontusion links am 05.08.2011 nach Fahrradsturz - Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Eisenmangel - chronische Gastritis

Dr. H.\_\_\_\_ beschrieb die Beschwerdeführerin als mässig deprimiert, antriebsarm und ängstlich. Es beständen Spannungen im Bereich der HWS und LWS sowie Druckdolenz im LWS-Bereich, wobei aktuell kein Ausstrahlungsschmerz vorliege. Beim linken Handgelenk komme es zu Schmerzen unter Belastungen bei intakter peripherer Durchblutung, Motorik und Sensibilität (S. 2 Ziff. 1.4). Die Ärztin wies zudem auf die zusätzliche psychische Belastung der Beschwerdeführerin durch die Trennung vom Ehemann und Krankheit der Mutter hin (S. 4 Ziff. 1.11).

Schliesslich attestierte Dr. H.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab 25. Januar 2010 (S. 3 Ziff. 1.6). 3.2.3

In seinem Bericht vom 24. Februar 2012 (Urk. 11/83/12-13)

stellte Dr. med.

I.\_\_\_\_, Leitender Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie an der J.\_\_\_\_, folgende Diagnosen (S. 1):  
- Hauptdiagnosen: - Taubheitsgefühl rechter Oberschenkel (L3 Dermatom ?) - mediale Diskushernie L5/S1 (MR-tomographisch regredient) - Status nach Sakralblock am 20.12.2010 und 03.08.2010 mit jeweils sehr guter Besserung der Schmerzen -  
Nebendiagnosen: - eigenanamnestisch Status nach Fibroadenom -Operation Mamma links 2000 - eigenanamnestisch posttraumatische Belastungsstörung, chronisch rezidivierend depressive Störung (psychische Hospitalisation 01-07/2010)

Dr. I.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin sei gemäss eigenen Angaben nach dem Sakralblock im August hinsichtlich der rechtsseitigen Ausstrahlungen nahezu beschwerdefrei gewesen, habe aber eine Verschlechterung des psychischen Zustands bemerkt. Im Januar sei das Taubheitsgefühl in der rechten Oberschenkel aussenseite plötzlich wieder aufgetreten und sei seither persistent. Im Übrigen habe die Beschwerdeführerin über Schmerzen im Bereich vom rechten Trochanter major geklagt. Beschwerden in den Füßen oder Unterschenkeln würden demgegenüber nicht bestehen. Der Arzt wies darauf hin, dass die neu aufgetretene Gefühlsstörung im rechten ventralen Oberschenkel nicht eindeutig zugeordnet werden könne. Die Symptomatik betreffend die Diskushernie L5/S1 stehe im Untersuchungszeitpunkt im Hintergrund, ebenso wenig liege eine S1-Wurzelsreizsymptomatik vor. Unter Hinweis auf den aktuellen niedrigen Leidensdruck sowie den Umstand, dass ausser der Sensibilitätsstörung keine eindeutigen neurologischen Defizite beständen, empfahl Dr. I.\_\_\_\_ eine Verlaufsbeobachtung. 3.2.4

Im Bericht vom 24. Mai 2012 (Urk. 11/83/14-15) nannten Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_, Teamleiter Handchirurgie, sowie Dr. med. L.\_\_\_\_, Assistenzarzt an der M.\_\_\_\_, folgende Diagnose (S. 1): - TFCC-Läsion radialeits bei leichter Ulnarplusvariante links bei Status nach Handgelenkskontusion links am 05.08.2011

Die Ärzte führten aus, die Beschwerdeführerin klage über persistierende belastungsabhängige Schmerzen im Handgelenk, und empfahlen eine Handgelenksarthroskopie mit Debridement im TFCC sowie allfälliger offener Revision und

### Ulnaverkürzungsosteotomie . 3.2.5

In ihrem Austrittsbericht vom 3. April 2014 (Urk. 11/95/10-12) berichteten die Ärzte der B.\_\_\_\_ über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 25. Februar bis 3. April 2014 und stellten folgende Diagnosen (S. 1): - Psychiatrische Diagnosen und Belastungsfaktoren: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) - Somatische Diagnosen: - anamnestic Status nach HWS-Distorsion im Juli 2007 mit muskulärer Verletzung (ICD-10 S16)

Die Ärzte hielten fest, die Beschwerdeführerin leide unter niedergeschlagener Stimmung, Interessen- und Hoffnungslosigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen mit auf die Kriegszeit in E.\_\_\_\_ bezogenen Alpträumen, Antriebslosigkeit, In-suffizienzgefühlen, Zukunftsängsten, Affektverflachungen mit Ratlosigkeit, Ver zweiflung sowie ausgeprägten Konzentrationsstörungen. Als auslösende Fakto ren habe die Beschwerdeführerin die Erkrankung der Mutter in E.\_\_\_\_ und die dortige politische Lage, Verlustängste und die sehr unbefriedigende Wohnsitua tion in einem Gasthaus genannt. Weiter fehle es an einer Tagesstruktur und die Beschwerdeführerin sei bis auf eine ehemalige Arbeitskollegin sozial isoliert. Betreffend Verspannungen und Schmerzen im HWS-Bereich sei aufgrund der Medikation mit einem Phytotherapeutikum eine Besserung eingetreten, so dass die Einnahme von Analgetika nicht notwendig sei. Die Beschwerdeführerin sei nach vierwöchigem Aufenthalt in gebessertem Zustand zu einer Kollegin nach Hause entlassen worden, wobei sie nach geplanten Osterferien in E.\_\_\_\_ die Suche nach einer eigenen Wohnung plane. 3.2. 6

Dr. med. N.\_\_\_\_ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Bericht vom 8. April 2014 (Urk. 11/85/6-10) folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - Diagnosen mit Auswirk ungen auf die Arbeitsfähigkeit: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD - 10 F33.11) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung - Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - HWS-Distorsion 2007 - Status nach Fraktur linkes Handgelenk mit Beschwerden

Dr. N.\_\_\_\_ beschrieb eine depressive Störung mit wechselnder schwerer respek tive mittelgradiger Ausprägung. Die Beschwerdeführerin leide hä ufig unter Ängs ten und Intrusionen sowie dem Umstand, nicht zu arbeiten , und meide Menschen . Der Arzt attestierte in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfä higkeit von über 90 % ab Januar 2011 und betonte zudem, eine Wiedereinglie derung sei aktuell nicht möglich (S. 2 Ziff. 1.4 und Ziff. 1.6). 3.2. 7

In seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 26. August 2014 (Urk. 11/91/1-23) stellte Dr. A.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 19) : - Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - keine - Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - c hronifiziertes

lumbo -sakrales Schmerzsyndrom mit rechtsseitiger Ketten tendomyose im Gesäss-Obersch enkelbereich respektive lumbos pondylogenes Schmerzsyndrom (seit 07/2007?) - Zustand nach ( regredienter ) grosser rechtsseitiger Diskushernie L5/S1 mit radikulärer Symptomatologie 2010/2011 - aktuell keine Hinweise auf ein radikuläres Syndrom - altersübliche Klinik - Coccygodynie (seit längerer Zeit) - chronifiziertes zervikales, eventuell zervikozepales Schmerzsyndrom (seit Jahren) - HWS-Distorsion 2 3 .07.2007 -

altersentsprechende Klinik und Radiologie - faszio -kutane Schmerzkomponente im Nacken-Schultergürtelbereich reich - TFCC-Läsion radiallyseits bei leichter Ulnarplusvariante links (symptomatisch seit Handgelenkskontusion vom 05.08.2011, Diagnose gemäss M.\_\_\_\_)

Der Gutachter führt e aus, die Bewegungen der Beschwerdeführerin seien betont langsam und es bestehe insgesamt der Eindruck eines demonstrativ leidenden Verhaltens. Das Aufstehen nach längerem Sitzen im Wartezimmer falle der Beschwerdeführerin schwer, im Übrigen zeigten sich in ihrem Spontanverhalten keine körperlichen Einschränkungen. Bei der Untersuchung der oberen Körperhälfte sei die Beschwerdeführerin mit Hinweis auf fehlendes Gefühl in den Beinen plötzlich in Tränen ausgebrochen und habe geschlöttert (S. 12 und S. 14).

Des Weiteren wies der Gutachter darauf hin, dass im Untersuchung ein lumbosakrales Schmerzsyndrom mit Schmerzen im Gesäss und der Kniekehle rechts sowie eine Coccygodynie im Vordergrund ständen. Zeichen eines lumboradikulären Syndroms seien nicht mehr evident. Die rechtsseitigen Beinschmerzen könnten als spondylogener Schmerz interpretiert werden, wobei der Ursprungsort unklar sei, da der Hauptschmerz über dem Sakrum liege und das Bewegungssegment L5/S1 nur leicht dolent sei. Der Gutachter wies darauf hin, dass sich die Situation betreffend das lumboradikuläre Syndrom S1 und die grosse Diskushernie L5/S1 im Vergleich zum Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ und

zu den ersten Aufzeichnungen der J.\_\_\_\_ deutlich verbessert hätten, nachdem sich die Neurologie bei einer Kontrolluntersuchung im August 2011 in der J.\_\_\_\_

normalisiert und die zuvor diagnostizierte grosse Diskushernie im MRI nicht mehr nachweisbar gewesen sei.

Die TFCC-Läsion am linken Handgelenk scheine nur bei grösserer Handbelastung symptomatisch zu sein, der Faustschluss sei kräftig und bei der Beweglichkeitsprüfung träten nur endgradige gewisse Schmerzen auf. Ferner ständen die zervikalen Schmerzen anamnestisch nicht mehr sehr im Vordergrund und die Klinik sei altersentsprechend. Im Vordergrund ständen indessen die Kopf- und Gesichtsschmerzen, die nach Angaben des Gutachters nicht sicher zervikalen Ursprungs seien. Die früher beschriebene linksseitige zervikobrachiale Symptomatik sei nicht mehr evident. Klinisch sei

eine faszio -kutane Symptomatik im Bereich von Nacken, Schultergürtel und bei der Oberarme dominierend (S. 20 und Urk. 11/91/24-25 S. 1).

Bezüglich des Umfangs der Arbeitsunfähigkeit attestierte der Gutachter Folgen des: 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der HWS-Distorsion ab 23. Juli 2007;

50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 13. Mai 2008; 100%ige Arbeitsfähigkeit ab September 2008; 100% Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Lumboischialgie ab Dezember 2010 mit unbestimmter Dauer; 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 23. März 2011 (Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_); 100%ige Arbeitsfähigkeit

ab Herbst 2011. Als zumutbares Belastungsprofil beschrieb der Gutachter eine körperlich leichte Tätigkeit und nach Kompensation der Dekonditionierung eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne gross statische und dynamische Wirbelsäulenbelastung und ohne grossen Kraftaufwand mit der linken Hand (S. 20 f. und Urk. 11/91/24-25 S. 1).

In seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 26. August 2014 (Urk. 11/92 /1- 19 ) stellt e Dr. Z.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 8): - Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht-mittelgradige depressive Episode (ICD -10 F33.1/33.0) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD -10 F45.4) - Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - schwierige familiäre und finanzielle Verhältnisse (Trennung von Ehemann, kranke Mutter, arbeitslos, ungünstige Wohnsituation etc.; ICD -10 Z63/59) - posttraumatische Belastungsstörung, remittiert Ende 2011 (ICD -10 F43.1)

Der Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin habe am Rande der Kriegswirren in E.\_\_\_\_ im Jahre 1992 um ihre eigene Sicherheit und die ihres kleinen Sohns gefürchtet, weshalb sie unter einer erheblichen Belastung gestanden habe .

Die Beschwerdeführerin habe allerdings verneint , dass sich später Bilder von Kriegsszenen wie in einem Film vor ihren Augen abgespielt hätten. Nach ihrem Autounfall im Jahre 2007 habe sie sich intensiver mit den Erinnerungen an die Kriegserlebnisse befasst, wobei es seit Ende 2011 zu keinen „Flashbacks“ mehr gekommen sei. Nach dem Unfall sei es zu Nacken- und Armschmerzen gekommen, im Jahre 2010 seien Rückenschmerzen dazugekommen. Die Schmerzen stellten ein grosses Problem dar, da sie Tag und Nacht Schmerzen habe . Ihre Lebensprobleme würden zudem oft zu einer Verstärkung der Schmerzen führen. Insbesondere habe sie ihre mit den Schmerzen zusammenhängende erschwerte Arbeitssituation belastet. Anfang

2009 seien Verstimmungen dazu gekommen und im April 2009 sei ihr die Wohnung gekündigt worden, was alles noch verschlimmert habe. Die Depressionen würden anhalten, wobei das Ausmass wechselhaft sei . Leider träten immer wieder neue Belastungen in ihrem Leben auf. So sei ihr Ehemann im Januar 2013 ausgezogen und habe grössere Summen Geld entwendet. Im Jahre 2013 sei ihre Mutter

schwer erkrankt und im Frühling 2014 sei - während eines Ferienaufenthalts der Beschwerdeführerin in E.\_\_\_\_ - das Haus ihrer Mutter durch eine Überschwemmung zerstört worden . Der Zustand der Mutter sei nach Angabe der Beschwerdeführerin vermutlich auch der Hauptgrund gewesen, weshalb sich ihre Psyche wiederum verschlechtert habe.

Betreffend Tagesablauf habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie zumeist früh aufstehe respektive frühstücke und anschliessend spazieren gehe und die Einkäufe erledige . Sie habe eine sehr gute Kollegin, welche in ihrer Nähe wohne, daneben habe sie noch ein bis zwei weitere Kolleginnen (S. 5-7 ,

und S. 9 ) .

Der Gutachter hielt weiter fest, die Beschwerdeführerin sei teilweise verstimmt und habe geweint, insbesondere wenn über belastende Themen gesprochen worden sei, habe sich jedoch gegen Ende der Untersuchung stimmungsmässig verbessern können. Störungen des Bewusstseins , der Orientierung, des Antriebs und des aktiven Rapports seien nicht evident. Die Beschwerdeführerin erscheine

indessen ermüdet, vermöge sich nicht an alle anamnestic Details zu erinnern und fürchte sich vor der wirtschaftlichen Zukunft .

Sie zeige überdies das Bild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung , sei auf die Schmerzen – welche sie auf der Schmerzskala mit Stufe 5 angebe (0 = keine Schmerzen, 10 = unerträgliche Schmerzen) - fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige

eine Schmerzausdehnung

(S. 7-9).

Nach

den Angaben des Gutachters habe zu Beginn wohl eine depressive Reaktion vorgelegen, da bestimmte Gründe zur Depression geführt hätten; Auslöser der ersten stationären Hospitalisation seien massive Eheprobleme gewesen. Mit der Zeit sei eine negative Eigendynamik erfolgt, wobei es mehrmals zu depressiven Episoden gekommen sei. Psychotische Symptome seien indessen nicht evident. Es sei von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen, wo bei es in den akuten Phasen gelegentlich zu schwergradigen Episoden gekommen sei. Während den vier stationären Behandlungen habe sich die psychische Problematik jeweils verbessert, beim Austritt dürften jeweils eine leichtgradige depressive Episode bestanden haben, wobei es dann in der Folge immer wieder zu Rückschlägen gekommen sei. Im Zeitpunkt des Untersuchungs sei die Beschwerdeführerin wiederum psychiatrisch hospitalisiert gewesen, wobei zu Beginn der Behandlung vermutlich eine erhebliche depressive Episode bestanden habe. Aktuell sei von einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode auszugehen, wobei sich aufgrund der Laboranalyse eine nicht optimale Einstellung der Medikamente zeige

(S. 10 f.).

Der Gutachter wies weiter darauf hin, dass betreffend die posttraumatische Belastungsstörung eine deutliche Besserung evident sei, da sich besagte Störung seit 2011 nicht mehr nachweisen lasse. Betreffend die rezidivierende Störung zeige sich folgendes Bild:

Leichtgradige depressive Episode bis Februar 2011, schwergradige depressive Episode im März 2011; vermutlich mittelgradige depressive Episode bis Oktober 2011;

schwergradige depressive Episode von Oktober bis November 2011; leicht- bis phasenweise mittelgradige depressive Episode bis Februar 2014; schwergradige depressive Episode von Februar bis März 2014; leichtgradige depressive Episode von April bis Juli 2014; mittelgradige depressive Episode im Juli 2014; leicht- bis mittelgradige depressive Episode am 6. August 2014 (Untersuchungsdatum, S. 11).

Die Beschwerdeführerin erfülle zwei Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung: Es bestehe eine eigenständige psychische Komorbidität in der Form der depressiven Episoden und die Schmerzsymptomatik sei progredient und chronifiziert. Die soziale Integration sei hingegen nicht verlorengegangen (S. 12).

Der Gutachter ging von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis Ende 2011 aus, da sich bis zu diesem Zeitpunkt nebst der depressiven Störung die posttraumatische Belastungsstörung negativ ausgewirkt habe. Seit Anfang 2012 bestehe nur noch die depressive Störung, weshalb sich unter Berücksichtigung der genannten Stärkegrade der depressiven Episoden folgendes Ausmass der Arbeitsfähigkeit ergebe: Keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund leichtgradiger depressiver Episoden; zirka 20%ige Arbeitsunfähigkeit bei mittelgradigen depressiven Episoden; 80 % Arbeitsunfähigkeit bei schwergradigen depressiven Episoden (S. 12 f.). Aktuell sei die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu ungefähr 20 % eingeschränkt, wobei neben den psychischen Störungen die psychosozialen Faktoren eine erhebliche Rolle spielen

( S. 15 ). Betreffend das Belastungsprofil hielt der Gutachter fest, die Beschwerdeführerin könne ähnliche Arbeiten wie früher ausüben, wobei ihr zu Beginn Erholungsmöglichkeiten einzuräumen respektive hohe Belastungen und Stress zu vermeiden seien. Im Haushalt sei sie indessen nicht eingeschränkt (S. 16).

Betreffend die Verbesserung des Gesundheitszustands wies der Gutachter darauf hin, dass eine Umlagerung evident sei : Während die anhaltende somatoforme Schmerzstörung stärker geworden sei, habe sich die rezidivierende depressive Störung eher verbessert. Im Übrigen habe sich die posttraumatische Belastungsstörung Ende 2011 endgültig zurückgebildet (S. 16). Der Gutachter bemerkte schliesslich, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin bei optimaler medikamentöser Behandlung verbessern würde. Letztere würde rasch eine leichtgradige depressive Episode herbeiführen und die Arbeitsfähigkeit würde ansteigen (S. 17). 3.2. 9

Im Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 1. September 2014 (Urk. 11/95/1-3 )

betreffend

die Hospitalisation

vom 10. Juli bis 1. September 2014 wurden die im Austrittsbericht vom 3. April 2014

genannten Diagnosen wiederholt (vgl. E. 3.2. 5 ), wobei allerdings betreffend die posttraumatische Belastungsstörung nicht mehr nur von einem blossen Verdacht ausgegangen wurde. Die Ärzte führten aus, die Beschwerdeführerin habe sich bei Klinikeintritt mit niedergeschlagener Stimmung, einer generalisierten Schwäche, innerer Unruhe und vermehrt auftretenden Angstattacken präsentiert . Auslöser für die erneute Episode seien gemäss Angaben der Beschwerdeführerin die Überschwemmungen in ihrer Heimat mit den einhergehenden Grenzerfahrungen (kaum Nahrung, Todesangst) gewesen. Beim letzten Besuch in E.\_\_\_\_ sei es zu schweren Überschwemmungen gekommen, weshalb sie vor Ort geblieben sei, um zu helfen. Einen Monat vor Klinikeintritt seien ihr die Medikamente ausgegangen und es sei ihr unmöglich gewesen, neue zu beschaffen. Aus somatischer Sicht beständen die Verspannungen und Schmerzen im HWS-Bereich sowie im Anschluss an die rheumatologische Untersuchung vom 6. August 2014 Schmerzen und eine Schwellung im linken Handgelenk, welche sich im Laufe der Hospitalisation

gebessert hätten . Die Ärzte hielten weiter fest, die Beschwerdeführerin sei in gebessertem Zustand mit insbesondere Regredienz der inneren Unruhe sowie Verbesserung der Antriebslosigkeit in die ambulante Weiterbehandlung entlassen worden . 3.2.1 0

Der behandelnde Psychiater Dr. N.\_\_\_\_ verfasste am 18. Februar 2015 erneut einen Bericht ( Urk. 11/111/6-7), wobei er folgende Diagnosen nannte (S. 1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD -10 F33.2) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD -10 F43.1)

Dr. N.\_\_\_\_ führte aus, die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Konsultationen im April 2014 erstmals über ihre Traumata während des Kriegs und ihrer Flucht berichtet. Im Zusammenhang mit den Überschwemmungen in E.\_\_\_\_ über Ostern 2014 und den Auseinandersetzungen mit dem geschiedenen Ehemann sei sie erneut depressiv in die Schweiz zurückgekehrt, was zur fünften stationären Hospitalisation

geführt habe . Im September/Oktober 2014 sei die Beschwerdeführerin erneut in E.\_\_\_\_ gewesen. Im Anschluss an die Gespräche mit dem IV-Berater am 29. Oktober 2014 sowie

am 19. Januar 2015 sei jeweils ein weiterer notfallmässiger Eintritt in die Klinik erforderlich gewesen, wobei sich im Januar 2015 ein schwer depressives Bild mit Ratlosigkeit, starken Konzentrations- und Gedächtnisstörungen gezeigt habe. Am 10. Februar 2015 sei die Beschwerdeführerin zum siebten Mal hospitalisiert worden, nachdem zuvor mehrere Versuche einer ambulanten

Krisenintervention gescheitert seien. Dr. N.\_\_\_\_ wies darauf hin, dass die schwierige psychosoziale Situation der Beschwerdeführerin (kranke Mutter und Sohn in E.\_\_\_\_) und schwerwiegende Konflikte mit dem Ex-Ehemann vermutlich zum aktuellen Bild beigetragen hätten. Der Arzt führte weiter aus, die Beschwerdeführerin sei im Berichtszeitraum psychisch sehr instabil und wiederholt suizidal gewesen. Unter Hinweis auf die psychische Verfassung und die mittel bis schwer beeinträchtigte Konzentrations-, Belastungs- und Auffassungsfähigkeit attestierte Dr. N.\_\_\_\_

eine Arbeitsfähigkeit von unter 20 % . 3.2.1 1

Der Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 23. März 2015 (Urk. 3) betreffend die stationäre Behandlung vom 10. Februar bis 17. März 2015 wiederholt die im Bericht vom 1. September 2014 (vgl. E. 3.2. 9 ) aufgeführten Diagnosen. Nach Angabe der Ärzte führten soziale Ängste sowie die Verschlechterung des depressiven Zustands zum Klinikeintritt. Die Beschwerdeführerin habe von zunehmenden Ängsten , mit

ihr unbekannt Personen ( insbesondere mit Männern ) zu sprechen sowie der Angst, alleine hinauszugehen , berichtet . Sie fürchte sich zu dem, ihrem Ex-Ehemann auf der Strasse zu begegnen. Sie sei innerhalb der letzten Woche aufgrund der Panik zweimal in Ohnmacht gefallen und leide zudem unter Gefühlen der Gefühl-, Kraft- und Appetitlosigkeit respektive an Rückenschmerzen aufgrund

Gewichtszunahme. Sie habe ferner lebensmüde Gedanken und mehrmals täglich „Flashbacks“ (S. 1 und S. 3).

Betreffend die

Hospitalisation Ende 2014 wiesen die Ärzte darauf hin, dass diese nach einem negativen Bescheid betreffend IV-Rente erfolgt sei (S. 1). 4.

4.1

Streitgegenstand bildet die verfügte Aufhebung der Rente. Es ist somit zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der Rentenzusprache am 30. Juli 2012 (Urk. 11/ 71-72 ) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 9. März 2015 (Urk. 2 ) in einem Ausmass verändert haben, das die Renteneinstellung rechtfertigt. 4.2

4.2.1

Eine

Durchsicht der aktenkundigen medizinischen Berichte ergibt, dass das

Teilgutachten von Dr. A.\_\_\_\_

zur Beurteilung der Frage, ob sich der organische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache verbessert hat ,

umfassend ist und auf den erforderlichen Untersuchungen beruht . Besagtes

Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind auch die Schlussfolgerungen des

Gutachters in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann. Dr. A.\_\_\_\_ legte schlüssig dar, dass keine Hinweise auf ein lumboradikuläres Syndrom S1 respektive eine grosse Diskushernie L5/S1

mehr bestehen und die TFCC-Läsion am Handgelenk nur bei grösserer Handbelastung symptomatisch ist, weshalb die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht ab Herbst 2011 in einer angepassten Tätigkeit zu 100 %

arbeitsfähig ist (vgl. E. 3.2.7). Das Gutachten erfüllt demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E.

1c), weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist. Während die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Erlasses der ursprünglichen Rentenverfügung aufgrund des lumboradikulären Reizsyndroms respektive der Diskushernie ab Dezember 2010 sowohl in ihrer angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig war, ist sie nunmehr bezüglich besagter Beschwerden gestützt auf das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ in einer Verweistätigkeit (leichte bis mittel schwere Tätigkeit ohne statische und dynamische Wirbelsäulenbelastung) ab Herbst 2011 zu 100 % arbeitsfähig. Die nach der ursprünglichen Rentenverfügung neu aufgetretenen Handgelenksbeschwerden wirken sich insofern auf die Arbeitsfähigkeit aus, als das Belastungsprofil Tätigkeiten mit grossem Kraftaufwand mit der linken Hand ausschliesst (vgl. E. 3.2.7). 4. 2. 2

Diese Beurteilung wird bestätigt durch die Berichte der Dres. I.\_\_\_\_ sowie

K.\_\_\_\_

und

L.\_\_\_\_ : Dr. I.\_\_\_\_ gab an, dass die Symptomatik betreffend die Diskushernie L5/S1 im Untersuchungszeitpunkt nicht im Vordergrund gestanden habe und ebenfalls keine S1-Wurzelreizsymptomatik vorliege. Er wies zudem auf den aktuell niedrigen Leidensdruck der Beschwerdeführerin hin (vgl. 11/83/12-13 S. 2). Auch steht der Hinweis von Prof. Dr. K.\_\_\_\_ respektive Dr. L.\_\_\_\_ auf persistierende belastungsabhängige Schmerzen im Handgelenk (Urk. 11/83/14-15 S. 1) nicht

im Widerspruch zur Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_, nachdem erstere knapp zehn Monate nach dem Unfall und damit während der Heilungsphase berichteten, keine Angaben betreffend etwaige funktionelle Einschränkungen machten und Dr. A.\_\_\_\_ die Beschwerden am Handgelenk bei der Bestimmung des Belastungsprofils der Beschwerdeführerin berücksichtigte (Urk. 11/91/1-23 S. 21). Schliesslich führte der behandelnde Psychiater Dr. N.\_\_\_\_ die HWS-Distorsion sowie die Fraktur am Handgelenk – wenn auch fachfremd – als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 11/85/6-10 S. 1 Ziff. 1.1), was darauf schliessen lässt, dass besagte Beschwerden auch in den psychiatrischen Konsultationen nicht im Vordergrund standen. Dr. H.\_\_\_\_ erwähnte sodann lediglich Spannungen im HWS-/LWS-Bereich respektive Druckdolenzen im LWS-Bereich und verneinte das Vorliegen von Ausstrahlungsschmerzen. Mit Bezug auf das linke Handgelenk belies er es beim blossen Hinweis auf Schmerzen unter Belastung, was die

gutachterliche Einschätzung nicht in Frage zu stellen vermag (Urk. 11/82 S. 2 Ziff. 1.4 und S. 3 Ziff. 1.7).

Was die im Zusammenhang mit dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. A.\_\_\_\_ seitens der Beschwerdeführerin erhobenen Einwände betrifft (vgl. E. 2.2), ist Folgendes zu bemerken: Aus dem Umstand, dass Dr. A.\_\_\_\_ keine neuen bildgebenden Untersuchungen angeordnet hat (vgl. Urk. 11/91/1-23 S. 16), lässt sich nichts zugunsten der Beschwerdeführerin ableiten. Die Diagnosestellung durch Dr. A.\_\_\_\_ erfolgte namentlich nach einer umfangreichen körperlichen Untersuchung und stand überdies mit den früheren bildgebenden Untersuchungen aus dem Jahre 2011 im Einklang (S. 15 unten), weshalb für die Einholung neuer bildgebender Untersuchungen keine Veranlassung bestand. Bezüglich des Einwands, das Belastungsprofil der linken Hand sei unvollständig abgeklärt worden, gilt zu berücksichtigen, dass eine spezifische Untersuchung beider Hände durch Dr. A.\_\_\_\_ stattgefunden hat (S. 13) und sich der Gutachter explizit zum zumutbaren Belastungsprofil äusserte (S. 21).

Schliesslich ändert auch der Hinweis, im Nachgang zur rheumatologischen Untersuchung sei es zu einer Schwellung des Handgelenks gekommen, nichts, da unklar ist, durch welche Bewegungen/Belastungen die Schwellung ausgelöst worden ist und diese offenkundig nicht von Dauer war. 4. 3

4. 3 .1

Der Gutachter PD

Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte im Jahre 2011 in psychiatrischer Hinsicht eine schwere depressive Episode sowie eine posttraumatische Belastungsstörung. Er beschrieb die Beschwerdeführerin als schwer depressiv;

sie leide unter schwerer Interessen- und Lustlosigkeit sowie einem Antriebsverlust, welcher kaum zielgerichtete Handlungen zulasse. Ferner wies PD

Dr. D.\_\_\_\_

darauf hin, die Beschwerdeführerin sei

sozial komplett zurückgezogen und gebe sich – ausser im Zusammenhang mit den psychiatrischen Konsultationen – nicht ausser Haus, unternehme nichts und lege sich einfach hin und tue nichts (vgl. E. 3.1.3). Demgegenüber ging Dr. Z.\_\_\_\_

von einer leicht- bis mittelgradigen Episode sowie einer somatoformen Schmerzstörung aus und verneinte das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung ab Herbst

2011. Er beschrieb die Beschwerdeführerin als teilweise verstimmt und verneinte insbesondere Störungen des Antriebs und des Rapportes. Dr. Z.\_\_\_\_ wies auf die bestehende soziale Integration der Beschwerdeführerin hin und beschrieb eine Tagesstruktur mit täglichen Spaziergängen und der Erledigung der Einkäufe sowie einen Ferienaufenthalt in E.\_\_\_\_. Dr. Z.\_\_\_\_

legte so dann einleuchtend dar, dass eine posttraumatische Belastungsstörung seit Ende 2011 nicht mehr evident ist und sich die depressive Störung seit Anfang 2012 nur noch im Ausmass einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode negativ auswirkt. 4. 3 .2

Der Vergleich des Gutachtens von PD Dr. D.\_\_\_\_ mit dem Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ zeigt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht verbessert hat. Dies gilt zunächst mit Bezug auf die depressive Störung, welche nurmehr in Form einer leicht- bis mittelgradigen vorliegt. Die Ärzte der B.\_\_\_\_ führten in ihren Berichten aus, die Beschwerdeführerin verfüge über keine Tagesstruktur und sei bis auf eine ehemalige Arbeitskollegin sozial isoliert. Nach Beendigung der stationären Behandlung sei die Beschwerdeführerin zu einer Kollegin nach Hause entlassen worden und plane nach Ferien in E.\_\_\_\_ die Suche nach einer eigenen Wohnung (vgl. E. 3.2.5).

Die Ärzte hielten weiter fest, die Beschwerdeführerin sei im Frühling 2014 nach Überschwemmungen in E.\_\_\_\_ geblieben, um ihren Verwandten vor Ort zu helfen, wobei ihr nach einiger Zeit die Medikamente ausgegangen seien (vgl. E.3.2.9). Diese Schilderungen zeigen, dass die Beschwerdeführerin gerade nicht sozial isoliert ist, verfügt sie in der Schweiz doch zumindest über eine Freundin, welche sie

bei sich aufnahm. Aufgrund des Umstands, dass die Beschwerdeführerin im Frühling 2014 nach E.\_\_\_\_ reiste, dort

für mehrere Wochen verweilte und trotz Fehlen der entsprechenden Medikamente in der Lage war, ihren Verwandten im Nachgang an die Überschwemmungen zu helfen (vgl. auch Urk. 11/95/1-3 S. 1), erscheint die von den Ärzten der B.\_\_\_\_ diagnostizierte schwere depressive Episode wenig nachvollziehbar, setzten sie sich doch damit nicht auseinander. Gleiches gilt mit Bezug auf den von der Beschwerdeführerin geäußerten Plan, eine neue Wohnung suchen. Im Übrigen wird der Hinweis auf die fehlende Tagesstruktur nicht näher ausgeführt und widerspricht

zudem den Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung, wonach sie zumeist früh aufstehe und frühstücke, anschliessend spazieren gehe und die Einkäufe erledige (vgl. E. 3.2.8).

Der Bericht von Dr. N.\_\_\_\_

vom 18. Februar 2015 (vgl. E. 3.2.10) befasst sich sodann im Wesentlichen mit den Umständen, welche zu den stationären Aufnahmen geführt haben, enthält indessen keine näheren Angaben darüber, inwiefern die Beschwerdeführerin durch die depressive Störung effektiv beeinträchtigt ist. Im Übrigen kann dem besagten Bericht entnommen werden, dass sich die Beschwerdeführerin vom 7. September bis Ende Oktober 2014 erneut in E.\_\_\_\_ aufgehalten hat (S. 1). 4.3.3

Nach der Rechtsprechung stellen leichte bis mittelgradige depressive

Episoden grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar, die es der betroffenen Person verunmöglichte, eine angepasste Tätigkeit auszuüben.

Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur gelten grundsätzlich als therapeutisch angehend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_68/2013 vom 14. Mai 2013 E. 3.5 mit Hinweisen). Dies hat auch dann Geltung, wenn die depressive

Episode vor dem Hintergrund einer rezidiierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_195/2014 vom 12. Juni 2014 E. 4.4 mit Hinweisen). Auch wenn eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen ist, bedingt deren Annahme jedoch, dass eine kon

sequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4.4 mit Hinweisen, 9C\_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2). Die Beschwerdeführerin war wohl verschiedentlich hospitalisiert, dies stand indes regelmässig im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungserignissen. Die ambulante Therapie erschöpfte sich in zwei- bis dreiwöchentlichen Sitzungen (Urk. 11/85/7 Ziff. 1.5), was rechtsprechungsgemäss nicht als konsequente Depressionstherapie gefasst wird (Urteil des Bundesgerichts 9C\_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1). Sodann war sie wiederholentlich wochen- bzw. monatelang abwesend und besuchte in dieser Zeit - abgesehen von Telefonaten mit dem behandelnden Psychiater - keine Therapie (Urk. 11/111/6-7).

Bei dieser Ausgangslage kann nicht von einer konsequenten Depressionstherapie gesprochen werden. 4.3.4

Hinsichtlich der depressiven Störung steht aufgrund der aktenkundigen Arztberichte überdies fest, dass die in Frage stehenden depressiven Episoden mit un günstigen psychosozialen Faktoren zu erklären sind. Zu erwähnen sind dabei namentlich die Trennung respektive Scheidung vom Ehemann (vgl. Urk. 11/82 S. 4 Ziff. 1.11 und Urk. 11/92/1-19 S. 11) inklusive die Entwendung grösserer Summen Geld (vgl. Urk. 11/92/1-19 S. 6), Auseinandersetzungen mit dem Ehemann nach erfolgter Scheidung (vgl. Urk. 11/111/6-7 S. 1), die schwere Erkrankung der Mutter (vgl. Urk. 11/82 S. 4 Ziff. 1.11, Urk. 11/92/1-19 S. 11 und Urk. 11/95/10-12 S. 1 f.), die unbefriedigende Wohnsituation in einem Gasthaus (vgl. Urk. 11/92/1-19 S. 6 und S.

## **E. 5**

als Hörgeräte-Facharbeiterin mit einem Pensum von 100 %

bei der Y.\_\_\_\_ angestellt (Urk. 11/12/

### **E. 5.1**

Zu prüfen bleibt, wie sich die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

#### **E. 5.2.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 5.2.2**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, nämlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E).

3b/ aa und bb , vgl.

auch BGE 129 V 472 E.

4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) aus zugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche

Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

### **E. 5.3**

Die Beschwerdeführerin bemass das Valideneinkommen - unter Hochrechnung des bei der Y.\_\_\_\_ erzielten Verdienstes im Jahr 2008 - mit Fr. 63'023.12 und das Invalideneinkommen - gestützt auf die Tabellenlöhne des Bundesamtes für Statistik - mit Fr. 42'283.80. Die Beschwerdeführerin bemängelte diesbezüglich einzig den fehlenden Abzug vom Tabellenlohn bei der Berechnung des Invalideneinkommens.

#### **E. 5.4.1**

Gemäss dem Fragebogen der Y.\_\_\_\_ vom 26. März 2009 (Urk. 11/12/10-16) betrug der AHV-beitragspflichtige Lohn der Beschwerdeführerin im Jahre 2007 Fr. 57'980.-- (S. 2 Ziff. 2.10), was aufgerechnet auf das massgebliche Jahr 2015 Fr. 63'461.-- entspricht (Index 2454 auf Index 2686, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und Reallöhne 1939-2015, Bundesamt für Statistik).

#### **E. 5.4.2**

Die Tabellenlöhne weisen für einfache und repetitive Tätigkeiten für Frauen im Jahr 2010 einen Wert von Fr. 4'225.-- (LSE 2010 Tabelle TA1) aus, was angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden sowie an die Nominallohnentwicklung bis 2015

(Index 2579 auf Index 2686) Fr. 55'048.-- ergibt.

Ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt sich bei den vorliegenden Verhältnissen nicht. Weder die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Gründe des fortgeschrittenen Alters (über 50 Jahre) noch der Abwesenheit vom Arbeitsmarkt noch des Umstandes, dass sie bisher in einem einzigen Berufszweig gearbeitet hat (Urk. 1 S. 11), lassen einen solchen zu. Das fortgeschrittene

Alter führt nicht automatisch zu einem Abzug, zumal sich dieses im Anforderungsniveau 4 sogar eher lohn erhöhend auswirkt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_455/2013 vom 4. Oktober

2013 E. 4.2). Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3). Weiter führt die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, nicht automatisch zu einer

Vermin derung des hypothetischen Invalidenlohnes, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4). Inwiefern sich die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt auf den zu erwartenden Lohn im Anforderungsniveau 4 auswirken sollte, ist ebenso wenig ersichtlich wie eine Lohnminderung aufgrund der bisherigen Einschränkung der Beschwerdeführerin auf einen Berufszweig. Dass sie in einer neuen Tätigkeit deswegen einen tieferen Lohn zu gewärtigen hätte, ist nicht erstellt.

### **E. 5.4.3**

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 63'461.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 55'048.--

resultiert eine Lohneinbusse von Fr. 8'413.-- und damit ein Invaliditätsgrad von 13 % . Damit besteht kein Anrecht mehr auf eine Rente der Invalidenversicherung, weshalb die Beschwerdeführerin diese zu Recht aufgehoben hat. Damit ist die Beschwerde abzuweisen.

Anzufügen bleibt, dass sich selbst bei Annahme einer Restarbeitsfähigkeit von nurmehr 80 % und dem von der Beschwerdeführerin geforderten Abzug vom Tabellenlohn von 10 % kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad ergäbe, wäre doch diesfalls das Invalideneinkommen mit

Fr. 39'635.-- zu bemessen ( $\text{Fr. } 55'048.-- \times 0.8 \times 0.9$ ), womit ein Invaliditätsgrad von 38 % resultierte. 6.

#### 6.1

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 8'000.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der un terliegenden

Beschwerdeführer in aufzuerlegen. 6.2

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraus setzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozess führung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeistän dung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und die Beschwerdeführerin bedürftig ist (vgl. Urk. 8 und Urk. 9/1-8), ist ihr antragsgemäss (Urk. 1 S. 2 ) die unentgeltliche Prozessfüh rung zu bewilligen. Die der Beschwerdeführerin auferlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen .

Da zudem die anwaltliche Verbeiständung notwendig ist, ist Rechtsanwältin Karin Wüthrich , Rechtsdienst Procap Schweiz, Olten, als unentgeltliche Rechts vertreterin der Beschwerdeführerin zu bestellen und angesichts der Bedeutung der St reitsache, de s Schwierigkeitsgrad s des Prozesses mit Fr. 1'300.-- (inklusive Barauslagen und

Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) aufmerksam gemacht.

Das Gericht beschliesst :

In Bewilligung des Gesuchs vom 24. April 2015 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihr Rechtsanwältin Karin Wüthrich , Rechtsdienst Procap Schweiz, Olten, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt , und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Karin Wüthrich , Rechtsdienst Procap Schweiz, Olten , wird mit

Fr. 1'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen . 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Procap Schweiz , Rechtsanwältin Karin Wüthrich - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub-Schleiffer Marais

## **E. 10**

). Am 23. Juli 2007 erlitt sie bei einer Auffahrkollision ein Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule (Urk.

11/

## **E. 11**

, Urk. 11/95/1-3 S. 1 f. und Urk. 11/111/6-7 S. 1 ), die politische Lage in E.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 11/95/10-12 S. 1 f. ), der Umstand, dass der Sohn in E.\_\_\_\_ lebt (vgl. Urk. 11/111/6-7 S. 1 ) sowie der

negative

Entscheid betreffend die IV-Rente (vgl. Urk. 3 S. 1 ).

Anhaltspunkte für ein unabhängig von den mit ungünstigen psychosozialen Gegebenheiten zu erklärenden Episoden bestehendes (erhebliches) depressives Grundleiden gibt es keine. Es bestehen insbesondere keine aktenkundigen Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin vor der ersten Hospitalisation im Jahre

2009 (vgl. Urk. 3 S. 2 ) wegen psychischer Beschwerden in ärztlicher Behandlung gestanden hat oder die belastenden psychosozialen Umstände zu einer verselbständigten depressiven Erkrankung geführt hätten . Insofern ist davon auszugehen, dass die durch ungünstige psychosoziale Umstände verursachte psychische Störung der Beschwerdeführerin bei Wegfall der Belastungsfaktoren mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wieder verschwände. Ein klinisches Beschwerdebild, das (einzig) von belastenden psychosozialen und soziokulturellen Faktoren herrührt, ist rechtsprechungsgemäss aber nicht als invalidisierender Gesundheitsschaden zu qualifizieren (vgl. E. 1.4). 4. 3 . 5

Eine Verbesserung des Gesundheitszustands ist überdies ab Herbst 2011 auch mit Bezug auf die posttraumatische Belastungsstörung ausgewiesen . Daran vermögen die Berichte der Ärzte der B.\_\_\_\_ nichts zu ändern, welche im Zusammenhang mit der Kriegszeit in E.\_\_\_\_ einzig von Ein- und Durchschlafstörungen mit entsprechenden Alpträumen sprechen. Bezüglich der von den Ärzten erwähnten „Flashbacks“ fehlt es an weiterführenden Angaben, insbesondere zu einem Bezug zu den Kriegswirren in E.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.2.5, E. 3.2. 9 und E. 3.2.1 1 ). Auch Dr. N.\_\_\_\_ beschränkt sich in seinen Berichten lediglich auf die Stellung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung und macht keinerlei Angaben darüber, wie und in welchem Ausmass sich eine solche Störung bei der Beschwerdeführerin auswirkt (vgl. E. 3.2.6 und E. 3.2.1 0 ). 4. 3 . 6

Mit Bezug auf die von Dr. Z.\_\_\_\_

sowie den Ärzten der B.\_\_\_\_

erwähnte somatoforme Schmerzstörung (vgl. E. 3.2. 5, E. 3.2.8 -9 und E. 3.2.1 1 ) ist Folgendes zu bemerken: Die Frage, ob die somatoforme Schmerzstörung zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, ist aufgrund der mit BGE 141 V 281 geänderten höchstrichterlichen Rechtsprechung zu prüfen. Nachdem namentlich der Leidensdruck der Beschwerdeführerin nicht schwergradig ausgeprägt ist (vgl. Urk. 11/82 S. 2 Ziff. 1.4, Urk. 11/83/12-13 S. 2, Urk. 11/91/1-23 S. 11 , Urk. 11/92/1- 19

S.

8 und Urk. 11/95/1-3 S. 2 ) , kein gravierendes körperliches Leiden besteht (Urk. 11/83/12-13 S. 2, Urk. 11/91/1-23 S. 20 und Urk. 11/92/1-19 S. 8 ), die depressive Störung durch psychosoziale Faktoren bedingt ist (vgl. E. 4. 3 . 2 ) und die Beschwerdeführerin zumindest im Jahre 2014

zweimal während mehrerer Wochen ferienhalber in E.\_\_\_\_ verweilte,

ist keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ausgewiesen. Die Unüberwindbarkeit der Auswirkungen der in Frage stehenden Schmerzproblematik ist damit zu verneinen. 4. 3 . 7

Bezüglich der im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Teilgutachten erhobenen Einwände der Beschwerdeführerin (vgl. E. 2. 2) ist vorweg zu bemerken, dass dieses nicht deshalb mit offensichtlichen Widersprüchen behaftet ist, weil Dr. Z.\_\_\_\_ den Verlauf der depressiven Störung anders als die behandelnden Ärzte beurteilt (vgl. E. 2.2). Im Gegenteil legte er die Entwicklung in nachvollziehbarer Weise dar und setzte sich mit den teils -abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinander (Urk. 8/ 92 S. 9 f. und S. 18 ff. ).

Was den Einwand betrifft, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei ohne Auseinandersetzung mit den konkreten Umständen des Einzelfalls erfolgt, so kann dem nicht gefolgt werden, begründete doch Dr. Z.\_\_\_\_ seine Schlussfolgerungen anhand der konkreten Begebenheiten, auch wenn eine gewisse Pauschalierung stattfand, die jedoch jeder ärztlichen Einschätzung inhärent ist. Zu dem ist darauf hinzuweisen, dass der Arztperson hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit keine (abschliessende) Beurteilungskompetenz zukommt (vgl. E. 1. 8 ).

Auf weitere, von der Beschwerdeführerin

unsubstantiiert beantragte diesbezügliche Abklärungen ist deshalb zu verzichten, sind doch davon keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten

( antizipierte Beweiswürdigung, BGE 122 V 157 E.

Id mit Hinweis en). 4. 3 . 8

Im Lichte der obigen Erwägungen ist erstellt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht verbessert hat und nurmehr eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode

vorliegt, welche

vorliegend in validenversicherungsrechtlich als nicht relevante Beeinträchtigung zu fassen ist (vgl. E. 1.4). 4. 4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowohl in somatischer wie auch in psychiatrischer Hinsicht im Sinne von Art. 17 ATSG verbessert hat (vgl. E. 1. 5 ) und die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit (leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne grosse statische und dynamische Wirbelsäulenbelastung und ohne grossen Kraftaufwand mit der linken Hand) zu 100 % arbeitsfähig ist. 5.

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