

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00517 vom 22. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00517

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00517 du 22 juin 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00517 del 22 giugno 2016

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbeurteilung 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. 1.3

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 ausgeglichener 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

Einkommensver gleichs ; BG E 130 V 343 E. 3.4.2 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 Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

E. 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 11. Mai

2009 E.

E. 1.6

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

IVG in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Einstellung der Invalidenrente in ihrer Verfügung (Urk. 2) damit, die polydisziplinären Abklärungen am Z.____

hätten ergeben, dass es im Vergleich zum Vorgutachten vom August 2009 zu einer erheblichen Verbesserung der psychischen Beschwerden und damit auch der Arbeitsfähigkeit gekommen sei. Für die angestammte Tätigkeit als Textilmitarbeiterin bestehe weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für eine der gesundheitlichen Situation optimal angepasste Tätigkeit hingegen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Ausgehend von der Berechnung des Valideneinkommens anhand der Tabellenlöhne resultiere unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % kein rentenanspruchsbegründender Invaliditätsgrad (S. 2).

E. 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert, sondern er habe sich verschlechtert. Sie leide zusätzlich an massiven Rückenschmerzen und werde am 13. Mai 2015 zur ärztlichen Konsultation aufgeboten. Die Resultate dieser Untersuchung seien beizuziehen. Zudem sei es zu einer Zunahme der Arztrechnungen gekommen (S. 4

Ziff. 2). Es sei durch den behandelnden Arzt bestätigt worden, dass weder mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit als Maschinenführerin noch in einer sonst angepassten Tätigkeit zu rechnen sei (S.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob seit der rückwirkend ab April 2007 erfolgten Zusprache der ganzen Invalidenrente mit Verfügungen vom 11. Februar und 30. März 2010 (Urk. 9/128-131) bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. April 2015 (Urk. 2) eine wesentliche Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen - namentlich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin - eingetreten ist, welche eine Einstellung der Invalidenrente rechtfertigt.

Über den eventualiter beantragten Umschulungsanspruch (Urk. 1 S. 2) hat die Beschwerdegegnerin in der hier angefochtenen Verfügung nicht entschieden, weshalb dieser nicht Streitgegenstand bildet. 3.

3.1

Die mit Verfügungen vom 11. Februar und 30. März 2010 mit Wirkung ab April

2007 erfolgte Zusprache der ganzen Invalidenrente (Urk. 9/128-131) stütze sich auf die Einschätzung der Gutachter des Sanatoriums

Y.____ (vgl. Urk. 9/125/4):

Die Gutachter des Sanatoriums Y.____ stellten in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 17. August 2009 (Urk. 9/117) folgende Diagnosen (S. 18 Ziff. 8): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4 - mittelschwere depressive Episode ohne somatisches Syndrom, ICD-10 F32.10 - sonstige nicht organische psychotische Störung, ICD-10 F28 - Opioidabhängigkeitssyndrom, ICD-10 F11.24

Die Gutachter führten aus, bei der Explorandin bestehe seit 2001 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.5. Seit spätestens Juni 2002 bestehe eine depressive Störung mittelgradiger Ausprägung, und seit Februar 2006 seien Halluzinationen in verschiedenen Sinnesmodalitäten vorhanden. Zudem hätten sich bei der

jetzigen Untersuchung formale Denkstörungen und kognitive Störungen gezeigt, deren diagnostische Zuordnung nicht sicher sei, weshalb lediglich die unspezifische Diagnose einer nicht organischen psychotischen Störung (ICD-10 F28) gestellt werden könne (S. 27 Ziff. 1).

Die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Arbeitsverhältnis betrage aus psychiatrischer Sicht seit Juni 2002 50 %

und seit Februar 2006 0 %. Die Arbeitsfähigkeit als Hausfrau betrage 50 %. Aufgrund der Schwere der Beeinträchtigung könne keine Verweistätigkeit angegeben werden (S. 27 Ziff. 2-3).

Berufliche Massnahmen kämen aufgrund der Schwere der Beeinträchtigung gegenwärtig nicht in Betracht. Diese Angaben gälten seit Februar 2006, das heisse seit dem Auftreten psychotischer Symptome. Zuvor habe von 2002 an, das heisse während des Vorliegens einer mittelgradigen depressiven Episode neben der somatoformen Schmerzstörung, eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit bestanden (S. 24 Mitte).

Die Explorandin könne gemäss ihren eigenen, den Angaben ihres Ehemannes und denen der behandelnden Ärzte mittlerweile auch im Haushalt nur sehr leichte Hilfstätigkeiten von kurzer Dauer übernehmen und sei auf die Hilfe ihrer Angehörigen angewiesen. Auch pflege sie ausserhalb ihrer Familie keine sozialen Kontakte, übe keine Aktivitäten aus und sei nicht in der Lage, längere Wege ohne fremde Hilfe zu bewältigen. Bei der Beurteilung dieser Beeinträchtigungen im Alltag seien jedoch kulturelle Aspekte zu berücksichtigen. Zum einen entspreche es dem traditionellen Rollenverständnis in türkischen Familien, dass die im Hause wohnende Schwiegertochter einen Grossteil der im Haus anfallenden Arbeiten übernehme. Zum anderen sei die Einnahme der Krankenrolle in türkischen Familien oft mit einer sehr weitgehenden Entlastung von Alltagsverpflichtungen und so mit einem sekundären Krankheitsgewinn verbunden (S. 24 unten f.).

Diese Entwicklung werde im vorliegenden Fall durch den aus der erzwungenen Migration resultierenden Ehekonflikt begünstigt. Die Arbeitsunfähigkeit der Explorandin im Haushalt sei aus diesen Gründen schwer zu beziffern, es sei jedoch aufgrund der gegebenen Möglichkeit der freien Arbeitseinteilung, des fehlenden Leistungsdrucks und der Verfügbarkeit von Unterstützung von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen (S. 25 oben). 3.2

Am 28. Oktober 2009 (Urk. 9/123) führten die Gutachter des Sanatoriums Y.____ ergänzend aus, zum Zeitpunkt der Begutachtung seien trotz der bestehenden Behandlung mit einem hochpotenten Neuroleptikum in mittlerer Dosierung depressive und psychotische Symptome in mittlerer bis starker Ausprägung vorhanden gewesen. Die Belastung der Familie durch die psychische Erkrankung der Explorandin sei offenkundig; der Ehemann sei zwischenzeitlich selbst wegen einer psychischen Erkrankung wiederholt stationär behandelt worden.

Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung zeige seit 2001 einen chronisch-progredienten Verlauf (S. 1 unten).

Die Gutachter führten aus, was die Foerster-Kriterien betreffe, liege aus ihrer Sicht eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere und Dauer vor. Zudem weise die anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei der Explorandin einen mehrjährigen, progredienten Krankheitsverlauf ohne längerfristige Remission auf. Die

Behandlungsergebnisse müssten trotz mehreren Behandlungsmassnahmen mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz im ambulanten und stationären Rahmen und trotz Kooperation der Explorandin als unbefriedigend angesehen werden. Die Explorandin zeige einen erheblichen sozialen Rückzug. Allerdings sei die Familie schon von Beginn der Migration in die Schweiz an isoliert gewesen. Hinweise auf das Vorliegen eines primären Krankheitsgewinnes hätten sich nicht ergeben. Die Arbeitsunfähigkeit sei sowohl auf die Schmerzstörung als auch auf die komorbiden psychischen Störungen zurückzuführen. Selbst wenn man die Schmerzstörung ausser Acht lassen würde, wäre die Arbeitsfähigkeit immer noch durch die anderen psychischen Störungen eingeschränkt. Die Arbeitsunfähigkeit werde nicht auf die psychosozialen Faktoren, sondern auf die mit den psychischen Störungen einhergehenden psychopathologischen Symptome und durch die sie bedingten Fähigkeitsbeeinträchtigungen zurückgeführt (S. 2).

4. 4.1

Im Rahmen des im April 2011 eingeleiteten Revisionsverfahrens (vgl. Urk. 9/142) gingen die folgenden Berichte ein:

Am 6. Mai 2013 erstatteten die Gutachter des Z.____ das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 9/156).

Sie stellten zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit (S. 25

lit. E

Ziff. 1): - zervikovertebrale / zervikospondylogene Schmerzproblematik mit möglicher Irritation der Wurzel C 5 und C6 beidseits (MRI der Halswirbelsäule [HWS]

6. Februar 2012), degenerative Veränderungen Halswirbelkörper (HWK)

E. 5

Ziff. 5). Auch ihre Medikamentenliste zeige den Krankheitszustand auf (S.

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das Gutachten des Z.____

vom Mai 2013 (vorstehend E.

4.1) von einem verbesserten Gesundheitszustand seit Begegnung am Sanatorium Y.____

(vorstehend E. 3) aus (vgl. vorstehend E. 2.1). Dagegen machte die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die behandelnden Ärzte geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich sicher nicht verbessert, sondern sogar noch verschlechtert (vgl. vorstehend E. 2.2).

E. 5.2

Der Beschwerdeführerin wurde gestützt auf das Gutachten des Sanatoriums

Y.____ vom August 2009, in welchem die Ärzte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung

(ICD-10 F45.4), eine mittelschwere depressive Episode ohne somatisches Syndrom

(ICD-10 F32.10), eine sonstige nicht organische psychische Störung

(ICD-10 F28), und ein Opioidabhängigkeitssyndrom

(ICD-10 F11.24) diagnostiziert hatten ,

mit Verfügungen vom 11. Februar und 30. März 2010 eine ganze Invalidenrente zugesprochen (vgl. Urk. 9/128-131) . Im Gegensatz dazu konnten die Gutachter des Z.____ in ihrem Gutachten vom Mai 2013 keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen , und in somatischer Hinsicht nannten sie Diagnosen, welche die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nicht einschränkten .

Die Gutachter des Z.____ fanden keine Anzeichen für das Vorliegen einer Depression und verneinten ebenfalls das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung , da sich die Beschwerdeführerin bezüglich ihrer Schmerzen überaus leicht ablenkbar zeigte . Auf eine Verbesserung des psychischen Zustands wies auch der Umstand hin, dass die Beschwerdeführerin ihre Medikamente nicht oder nur in sehr reduzierter Dosierung einnahm (vgl. vorstehende E. 4.1) .

Das Z.____ -Gutachten vom Mai 2013 erfüllt grundsätzlich die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E.

1.6),

berücksichtigt es doch die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in angemessener Weise, wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet, trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein,

so dass darauf abgestellt werden kann. Daran ändern auch die Ausführungen von Dr. A.____ (vorstehend E.

4.2) und Dr. D.____ (vorstehend E. 4.4) nichts.

So hat das Gericht in Bezug auf Dr. A.____

der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen , dass

Hausärztinnen und Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E.

3b/cc) . Zudem bestätigte auch Dr. A.____ , dass die Wahnvorstellungen unter medikamentöser Therapie verschwunden seien , und es nur noch sporadisch zu Migräneattacken komme .

Hinsichtlich der Ausführungen von Dr. D.____ (vgl. vorstehend E. 4.4) gilt es zu berücksichtigen , dass auch seine auftragsrechtliche

Vertrauensstellung zu mindest als hausarztähnlich bezeichnet werden muss, weshalb auch hier eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung seines Berichtes angebracht ist .

Dr. D.____ vermischte sodann somatische und psychiatrische Diagnosen mit einander und schien sich unkritisch auf die subjektiven Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin und ihrer Familie zu stützen. Die von ihm veranlasste Demenzabklärung blieb sodann ohne wesentlichen Befund (vgl. vorstehend E.

4.3).

Auch kann die Beschwerdeführerin aus dem Umstand, dass die Arztrechnungen zugenommen hätten und die Medikamentenliste länger geworden sei, nichts für sich

ableiten. Den in Aussicht gestellten Bericht betreffend Abklärungen ihrer Rückenbeschwerden reichte sie bis dato nicht ein (vgl. vorstehend E. 2.2).

E. 5.3

Aufgrund des Gesagten ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Zusprache der ganzen Invalidenrente mit Verfügen vom 1. Februar und 30. März

2010 mit Wirkung ab April 2007 (Urk. 9/128-131) verbessert hat und gestützt auf das Gutachten des Z.____ vom Mai 2013 davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten Tätigkeit spätestens ab Zeitpunkt der Begutachtung zu 100 %

arbeitsfähig ist. 6.

E. 6

Mitte). Dem Gutachten könne nicht gefolgt werden (S. 6 unten f., S. 7 Ziff.

E. 6.1

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 (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 6.2

Hinsichtlich der Berechnung des Valideneinkommens ist der Beschwerdegegnerin dahingehend zu folgen, dass nicht vom letzten erzielten Jahreslohn der Beschwerdeführerin als Textilarbeiterin im Jahr 2000

ausgegangen werden kann (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto, IK-Auszug; Urk. 9/6, auch Urk. 9/5), da aus der Anpassung an die Nominallohnentwicklung über einen derart langen Zeitraum ein verzerrtes Ergebnis resultieren würde.

Das Valideneinkommen ist somit unter Zuhilfenahme der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE 2012) zu beziffern.

Das im Jahr 2012

im Durchschnitt von Frauen in der Herstellung von Textilien und Bekleidung erzielte Einkommen betrug Fr. 3'864.-- (LSE

2012, S.

35, Tabelle TA1, Ziff. 13-15, Niveau 2). Dies ergibt umgerechnet auf ein Jahr bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.3 Stunden (Die Volkswirtschaft 3/4-2015, S. 88 Tabelle B 9.2, lit. C) und unter der Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0.8 % im Jahr 2013 (Die Volkswirtschaft 3/4-2015, S. 89 Tabelle B 10.2, Ziff. 10-33) ein Valideneinkommen von rund Fr. 48'258.-- für das Jahr 2013 (Fr. 3'864.-- x 12 : 40 x

41.3 x 1.008) .

E. 6.3

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. 6.4

Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen. Das im Jahr 2012 von Frauen im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug Fr. 4'112.-- (LSE

2012 , S. 35, Tabelle TA1, Total, Niveau 1). Dies ergibt umgerechnet auf ein Jahr bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 3/4-2015, S. 88 Tabelle B 9.2, Total) und unter der Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0.7 % im Jahr 2013 (Die Volkswirtschaft 3/4-2015, S. 89 Tabelle B 10.2, Nominal Total) ein Invalideneinkommen von rund Fr. 51'801.-- für das Jahr 2013 (Fr. 4'112.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.007).

E. 6.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem

allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen versehen werden kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinheiten kommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C_728/2009 E. 4.1.2).

In Anbetracht der Einschränkungen der

Beschwerdeführerin erscheint der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug von 10 % als angemessen. 6.6

Unter Berücksichtigung eines Abzuges von 10 % ergibt sich ein Invalideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 46'621.-- (Fr. 51'801.-- x 0.9). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 48'258.-- resultiert somit eine Einkommenseinbusse

von Fr. 1'637.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 3 % entspricht, bei welchem Ergebnis der Beschwerdeführer in keine Rente der Invalidenversicherung mehr zusteht.

Die angefochtene Verfügung erweist sich somit im Ergebnis als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 7

und Brustwirbelkörper (BWK) 1 - lumbovertbrale / spondylogene Schmerzsymptomatik mit möglicher Irritation der Wurzel L5 rechts (MRI vom 3. Februar 2013), klinisch Sensibilitätsstörung S1-betont rechts bei kleiner, foraminaler Diskushernie Lendenwirbelkörper (LWK) 5/ Sakralwirbelkörper (SWK) 1 rechts, diskrete degenerative Veränderungen im Sinne von Spondylarthrosen beidseits LWK5/SWK1-betont - degenerative Iliosakralgelenk (ISG) -Veränderungen beidseits

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit nannten sie eine Migräne mit und ohne Aura, rezidivierende Antrumgastritiden sowie Refluxösophagitis unter NSAR sowie Stress, eine Stressinkontinenz, einen persistierenden Nikotinkonsum (4py), aktuell 1 Paket pro Tag, Übergewicht (BMI 27.3 kg/m²), rezidivierende Sinusitiden bei allergischer Rhinopathie, chronische Obstipation unter Opiattherapie (S. 25 lit. E

Ziff. 2).

Die Gutachter führten in der Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit aus, in der bisherigen Tätigkeit in einer Textilfabrik könne die Versicherte nicht mehr arbeiten. Sie könne leichte, wechselbelastende und vornehmlich sitzende Arbeiten 8,5 Stunden täglich ohne Einschränkungen der Leistungsfähigkeit ausführen. Somit bestehe bei ihr eine

Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 27 Mitte).

Die Gutachter führten aus, die Versicherte sei psychiatrisch, orthopädisch und allgemeininternistisch untersucht worden. Aus psychiatrischer Sicht zeigten sich so viele Inkonsistenzen, dass keine Diagnose gestellt werden könne. Die Versicherte könne zudem den Gutachter nicht vom Vorhandensein ihrer Beschwerden überzeugen.

Aus orthopädischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Belastbarkeit. In den beiden MRI-Untersuchungen der HWS und der Lendenwirbelsäule

(LWS) liessen sich degenerative Veränderungen nachweisen. Es bestehe eine mögliche Irritation der Wurzel C5/C6 beidseits sowie L5 auf der rechten Seite. Diese Konstellation sei in einem neurologischen Konsilium 2004 noch nicht konstatiert worden (S. 26 lit. F oben). Zudem bestehe eine Insuffizienz der Rückenstrecker der Brustwirbelsäule

(BWS) und der LWS. Die Beschwerdeführerin werde momentan nur leichte bis maximal passager mittelschwere Gewichte tolerieren und wahrscheinlich keine Überkopfarbeiten. Für leichte bis passager mittel schwere Arbeiten in wechselbelastenden Stellungen sei sie aus rein orthopädischer Sicht in ihrer bisherigen Tätigkeit (Textilverarbeitung, schwere Gewichte) nicht mehr arbeitsfähig. In einer Verweistätigkeit bestehe hingegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

Die im Rahmen der internistischen Untersuchung festgehaltenen Beschwerden und Diagnosen begründeten keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit (S.

26

lit. F Mitte).

Im Gegensatz zu den vorliegenden psychiatrischen Befunden, sei es durch die Behandler, sei es durch die Gutachter, könne heute keine depressive Verstimmung gesehen werden. Eine in den Unterlagen vermutete posttraumatische Belastungsstörung lasse sich ausschliessen. Die somatoforme Schmerzstörung werde in den vorliegenden Arztbriefen immer wieder beschrieben und auch heute von der Versicherten behauptet. In der Untersuchungssituation lasse sich die Versicherte aber sehr leicht von der Schmerzsymptomatik ablenken. Die vom behandelnden Psychiater angegebenen Halluzinationen habe die Versicherte während der Untersuchung nur in sehr eingeschränktem Masse geschildert (S.

26 lit. F unten).

Diesbezüglich werde sie aufgrund ihres Verhaltens auch ungläubig, so dass erhebliche Zweifel an den Angaben der Versicherten entstanden seien. In den Arztberichten werde nie von nachweisbaren neurologischen Ausfällen gesprochen (S. 27 oben).

Die Gutachter führten aus, es sei retrospektiv überaus schwierig, aus psychiatrischer Sicht Angaben zur Arbeitsunfähigkeit für die letzten vier Jahre zu machen. Es lägen nur die Angaben des behandelnden Psychiaters vor. Die Angaben der Versicherten, die dort wiedergegeben würden, würden von dieser heute nicht bestätigt. Es hätten sich erhebliche Inkonsistenzen gezeigt. Deshalb und auch angesichts der Tatsache, dass die Versicherte offenbar die ihr verordnete psychiatrische Medikation nicht oder nur in stark reduzierter Dosis einnehme, müsse zudem geschlossen werden, dass die Leiden, die angegeben würden, nicht in dem Masse vorhanden seien, wie sie die Versicherte schildere. Es sei also eine erhebliche Aggravation zu vermuten

(S. 281 ff. G. Ziff. 1).

Es sei zu vermuten, dass die Vorgutachter und Behandler den Angaben der Versicherten gefolgt seien, ohne diese auf Konsistenz zu prüfen. Heute jedenfalls seien, aus den im Gutachten ausführlich dargelegten Gründen, die Angaben der Versicherten überaus kritisch zu hinterfragen. Es zeigten sich viele Inkonsistenzen, so dass der Verdacht auf aggravierten Beschwerde Vortrag überaus nahe liege und die Versicherte deshalb den Gutachter nicht vom Vorhandensein ihrer Beschwerden überzeugen können. Aus orthopädischer Sicht sei die Versicherte seit jeher (Aufgabe der Arbeit in der Textilfabrik) mit obgenanntem Belastungsprofil zu 100 % arbeitsfähig (S. 29 oben). 4.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 17. Januar 2014 (Urk. 9/166) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - chronisch generalisiertes Schmerzsyndrom seit Jahren - rezidivierende depressive Episoden, Angsterkrankung, intermittierende Wahnvorstellungen seit Jahren

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Migräne, ein chronisches cerviko-thorakales-Syndrom und ein Reizdarmsyndrom (Ziff. 1.1).

Dr. A.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit Jahren bei ihm in Behandlung und die letzte Kontrolle habe am 17. Januar 2014 stattgefunden (Ziff. 1.2). Im Vergleich zu den letzten Berichten habe sich die Situation in keiner Weise verbessert. Die Schmerzen seien im Gegenteil zum Teil stärker und die Medikation habe entsprechend ausgebaut werden müssen. Zumindest die Wahnvorstellungen seien dank der etablierten Therapie mit Haldol verschwunden. Zu den Migräneattacken komme es nur sporadisch. Hingegen sei die Verdauung im Sinne eines Reizdarmsyndroms häufig für die Patientin unangenehm und therapiebedürftig (Ziff. 1.4). Dr. A.____ führte aus, die gegenwärtige Behandlung sei hauptsächlich medikamentös, und es finde eine unterstützende psychologische Gesprächsführung statt (Ziff. 1.5). Es sei weder mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit als Maschinenführerin noch mit einer solchen in einer angepassten Tätigkeit zu rechnen (Ziff. 1.7). 4.3

Dr. med. B.____, Leitender Arzt Geriatrie und Palliative Care, Spital C.____, führte in seinem Bericht vom 24. April 2014 (Urk. 9/170/7-8) aus, er habe die Patientin am 7. und am 24. April 2014 in der Sprechstunde gesehen (S.

1). Die Merkfähigkeit bezüglich verbaler und nonverbaler Inhalte habe eine normale bis überdurchschnittliche Befund gezeigt. Auch gegen Ende der Untersuchung nach einer Stunde habe die Beschwerdeführerin immer noch 7 der 10 gelernten Worte wiedergegeben. Sie habe eine reduzierte phonematische und semantische Wortflüssigkeit gezeigt, ebenfalls Defizite in der Aufmerksamkeit mit geringer Interferenzanfälligkeit sowie deutliche Defizite im Rechnen.

Dr. B.____ führte aus, aufgrund der anamnestischen Angaben und des neuropsychologischen Leistungsprofils könne zum jetzigen Zeitpunkt bei der Beschwerdeführerin mit Sicherheit eine Demenz ausgeschlossen werden. Trotzdem habe das neuropsychologische Leistungsprofil keinen Normalbefund gezeigt. Die Ursache der leichten kognitiven Störung sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht mit Sicherheit möglich. Eine wesentliche intrazerebrale Pathologie habe mittels MRI ausgeschlossen werden können. Die Defizite im Rechnen würden infolge fehlender Bildung interpretiert und die reduzierte phonematische und semantische Wortflüssigkeit infolge der Sprachbarriere (S. 2). 4.4

Dr. med. D.____, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psycho therapie, stellte in seinem Bericht vom 30. Mai

2014 (Urk. 9/170/4-6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - schwere, chronische, psychische und somatische Gesundheitsstörung - leichte kognitive Störung, ICD-10 F06.7, bestehend seit 2014 - anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4, bestehend seit 2005 - schizoaffektive Störung, ICD-10 F25 - schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, ICD-10 F32.3 - chronifiziertes

generalisiertes Schmerzsyndrom, nach Angaben der Patientin seit 2001, Akzentuierung in der rechten Körperhälfte, lum bospondylogenes Schmerzsyndrom (Wirbelsäulenfehlform, muskuläre Dysbalancen, degenerative Veränderungen) - Migräne mit und ohne Aura (Diagnose Universitätsspital E.____ 2007)

Dr. D.____ führte aus, es bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es bestehe eine verminderte psychische und körperliche Belastbarkeit. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Es sei auch keine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich (Ziff. 1.6-7). Die letzte Kontrolle habe am 24. März 2014 stattgefunden (Ziff. 1.2).

Dr. D.____ führte aus, es bestehe eine schwere, chronische multifaktorielle Gesundheitsstörung mit wenig eigenen Ressourcen und fehlender Resilienz. Bisherige therapeutische Anstrengungen hätten keine wesentliche Besserung gebracht. Eine Heilung sei nicht zu erwarten, und die bisherige Psycho- und Pharmakotherapie habe eine Stabilisierung auf einem tiefen Funktionsniveau ermöglicht. Die Beschwerdeführerin sei ohne Hilfe der Angehörigen nicht mehr in der Lage, die für ihren Alltag notwendige Struktur aufrecht zu erhalten. Der Einsatz der Spitex werde ernsthaft erwogen (Ziff. 1.4). 5.

E. 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zuzüglich der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 7.2

Mit Kostennote vom 18. August 2015 (Urk. 15/2) machte die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin einen Aufwand von insgesamt 7.25

Stunden und Barauslagen von Fr. 36.-- geltend, was als angemessen erscheint (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, G SVGer). Dem gemäss ist Rechtsanwältin

Dr. Béatrice Grob- Andermacher unter Berücksichtigung des seit 1. Januar 2015 massgebenden

praxisgemässen

Stundensatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 1'761.50 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 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 GSVG hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Dr. Béatrice Grob-Andermacher, Zug, wird mit Fr. 1'761.50 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Béatrice Grob-Andermacher - 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 Mosimann Schucan

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