

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00024 vom 20. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00024 du 20 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00024 del 20 giugno 2017

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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Renten - bezü gers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für

sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.4

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

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 6. Januar 2016 Beschwerde (Urk. 1) mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Des Weiteren ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung, wobei die Versicherte in dieser Hinsicht mit Schreiben vom 27. Januar 2016 weitere Unterlagen einreichte (Urk. 5-7). Mit Beschwerdeantwort vom 23. Februar 2016 ersuchte die IV-Stelle um Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Mit Verfügung vom 8. März 2016 wurde die Versicherte hierüber in Kenntnis gesetzt und ihr Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt (Urk. 10). Sie liess sich in der Folge nicht mehr vernehmen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 20. November 2015 (Urk. 2) stellte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich gemäss der medizinischen Beurteilung verbessert und eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei zu 100 % zumutbar. Die Beschwerdeführerin sei als zu 70 % im Erwerbs- und zu 30 % im Haushaltsbereich tätig zu qualifizieren. Unter Berücksichtigung diverser lohnmindernder Faktoren infolge des eingeschränkten Belastungsprofils sei bei der Berechnung des Invalideneinkommens ein behinderungsbedingter Abzug von 20 % zu berücksichtigen. In Anwendung der gemischten Methode resultiere insgesamt ein Invaliditätsgrad von gerundet 15 %, weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe (S. 2).

Unter Bezugnahme auf die von der Versicherten im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwände führte die IV-Stelle sodann aus, dass das Gutachten der MEDAS A.____ nachvollziehbar und in seinen medizinischen Schlussfolgerungen plausibel sei. Demgemäss habe sich die funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten trotz eines stationären Aufenthalts im B.____ nicht wesentlich und dauerhaft verschlechtert. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Mit den am 17. Mai 2014 und 7. September 2015 seitens der Beschwerdeführerin eingereichten Arztberichten seien keine neuen medizinischen Tatsachen geltend gemacht worden (S. 3).

E. 2.2

Die Versicherte brachte in ihrer Beschwerdeschrift vom 6. Januar 2016 (Urk. 1) hauptsächlich vor, aus sämtlichen Arztberichten sei ersichtlich, dass es sich bei ihr um eine polymorbide, in der Gesundheit schwer eingeschränkte Person handle, die sicherlich keinem Erwerb zu 100 % nachgehen könne, auch nicht in leichter und angepasster Arbeit (S. 4). Namentlich die in den psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS und der Z.____ gestellten Diagnosen stünden im Widerspruch zu denjenigen der behandelnden Psychiaterin und des B.____. Die Einschätzung der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei nicht schlüssig begründet worden (S. 5). Des Weiteren würden sämtliche Arztberichte die Möglichkeit beruflicher Massnahmen verneinen, obschon der Versicherten im Gutachten eine nicht nachvollziehbare Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei. Die Berufsberatung sei am desolaten gesundheitlichen Zustand der Beschwerdeführerin gescheitert und habe die Arbeitsunfähigkeit bestätigt (S. 6).

E. 2.3

Die IV-Stelle wies in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 8) darauf hin, dass der Gesundheitszustand der Versicherten mittels zweier verschiedener polydisziplinärer Gutachten abgeklärt worden sei und kein Anlass bestehe, an der in beiden Gutachten attestierten Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zu zweifeln (S. 1). Auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin könne hingewiesen werden aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung nicht abgestellt werden. Auch könne es nicht Sache des behandelnden Psychiaters sein, im Streitfall die Arbeitsfähigkeit seiner langjährigen Patienten objektiv einzuschätzen (S. 2). 3. 3.1

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin lässt sich anhand der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt darstellen:

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte am 17. März 2003 nebst schweren Schwindelerscheinungen ein psychosomatisches Überlastungssyndrom mit Depression sowie Rückenbeschwerden beim Heben (Urk. 9/8/1). Bei Besserung der Gesamtsituation sei in behinderungsangepasster Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zu erwarten (Urk. 9/8/4). 3.2

In seinem Bericht vom 2. April 2003 wies Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, auf das Vorliegen einer depressiven Verstimmung in Form einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23) hin. Die Arbeitsfähigkeit sei seit dem 6. März 2003 zu 100 % eingeschränkt (Urk. 9/10/1). Zusätzlich zu einem depressiven Affekt hätten sich Hilflosigkeit sowie Ohnmachts- und Insuffizienzgefühle erheben lassen. Es seien zudem kaum persönliche und soziale Ressourcen vorhanden (Urk. 9/10/2). 3.3

Dr. med. E. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 6. November 2003 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/18/1): - Unklare Schwindelbeschwerden - Depressive Entwicklung mit zeitweisen Erschöpfungszuständen - Adipositas (82.8 kg bei 157.5 cm Körpergrösse)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber: - Status nach dreimaliger Operation wegen Darmverschluss - Status nach Hysterektomie 1997, Stressinkontinenz, TVT-Band 2001

Der Gesundheitszustand der Versicherten sei besserungsfähig und es liege zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit vor (Urk. 9/18/2). 3.4

Vom 2. bis 5. Juni 2008 war die Beschwerdeführerin im F. ____, Klinik für Pneumologie, hospitalisiert, wobei im provisorischen Aus trittsbericht vom 3. Juni 2008 die folgenden Diagnosen aufgeführt wurden (Urk. 9/70/6): - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom - Arterielle Hypertonie, Erstdiagnose circa 2003 - Mittelschwere, chronisch obstruktive Lungenerkrankung - Chronischer Benzodiazepinabusus - Adipositas Grad I - Depressive Entwicklung bei schwieriger psychosozialer Situation

Zur Behandlung der Schlafapnoe sei eine BIPAP-Beatmungstherapie begonnen worden, welche die Versicherte gut toleriert habe. Ihr sei zudem eine Behandlung mit einem antriebssteigernden Antidepressivum empfohlen worden. Für eine ambulante psychiatrische Betreuung sei die Beschwerdeführerin nicht zu motivieren gewesen (Urk. 9/70/8). 3.5

Dr. med. G. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 11. März 2010 die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/73/1): - Mittelgradig depressives Zustandsbild mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - Low dose Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.2) - Chronische Ermüdung und Erschöpfung, differentialdiagnostisch im Rahmen des depressiven Zustandsbilds oder des Schlafapnoe-Syndroms - Verdacht auf Status nach posttraumatischer Belastungsstörung, aktuell kompensiert

Die Prognose sei infaust, da es sich um ein chronisches, langjähriges Leiden handle, welches nie nachhaltig über längere Zeit behandelt worden sei. Im Umfang von zwei bis vier Stunden pro Tag sei der Versicherten sowohl die bisherige Tätigkeit als Zeitungsverträgerin als auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar (Urk. 9/73/2 f.). Ergänzend führte Dr. G. ____, am 8. Mai 2010 aus, dass verteilt auf mehrere Tage eine Arbeitsfähigkeit von 30 bis 40 % vorliege. Für den Haushaltsbereich schätzte er die Arbeitsfähigkeit auf 50 - 60 % ein (Urk. 9/79). 3.6

Dem interdisziplinären Z. ____, -Gutachten vom 15. Dezember 2011 lassen sich im Wesentlichen die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen (Urk. 9/92/20): - Schmerzhafte Funktionsstörung linke dominante Schulter mit Impingement (ICD-10 M75.1) - Leichte Residualbeschwerden linkes Sprunggelenk (ICD-10 S82.8) - COPD Gold Stadium II bei persistierendem Nikotinabusus (ICD-10 J44.9)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien dagegen namentlich: - Leichte anhaltende affektive Störung (ICD-10 F43.8) - Verdacht auf Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.2) - Verdacht auf Missbrauch von Alkohol (ICD-10 F10.2) - Adipositas (ICD-10 E66.0)

Von psychiatrischer Seite betrachtet würden sich bei der Versicherten noch leichte depressive Stimmungszustände finden lassen, wobei die Ätiologie dieser affektiven Störung unklar sei. Die Symptome würden weder die Kriterien einer Zykllothymie, einer Dysthymie noch einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode erfüllen. Die Versicherte scheine wenig motiviert zu sein, ihr Leben zu organisieren, obwohl ausreichende Ressourcen vorhanden seien. So sei sie in der Lage gewesen, mehrere Monate pro Jahr in Kenia zu leben und habe dort erfolgreich und ohne depressive Symptome ihr Leben gestalten können. Jenseits des Alltags in der Schweiz gehe es der Beschwerdeführerin gut, woraus sich ableiten lasse, dass keine schwerwiegende depressive Erkrankung vorliege, sondern die jeweilige Lebenssituation entscheidend sei. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Versicherte derzeit zu 100 % arbeitsfähig. Es sollte sich um eine leichte körperliche Tätigkeit mit guter Strukturierung, ohne Zeitdruck und ohne hohe Anforderungen an die Konzentration und das Durchhaltevermögen handeln (Urk. 9/92/14-16).

Aus rheumatologischer Sicht stehe eine deutliche schmerzhaft Funktionsstörung der linken dominanten Schulter im Vordergrund. Die Beschwerden seien in der klinischen Untersuchung reproduzierbar gewesen und würden zu einer erheblichen Beeinträchtigung im Alltag sowie der Lebensqualität führen. Am linken Sprunggelenk bestehe ein Jahr nach osteosynthetisch versorgter Malleolarfraktur ein gutes Resultat mit radiologisch konsolidierter Fraktur. Restbeschwerden würden lediglich noch beim Gehen auf unebener Unterlage sowie bergauf und bergab auftreten. Die Bewegungseinschränkungen der thorakalen und lumbalen Wirbelsäule seien am ehesten degenerativ bedingt, aber schmerzfrei und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Eine körperlich leichte Tätigkeit ohne Arbeiten mit dem linken Arm über Schulterhöhe, mit gelegentlichem Hantieren von Lasten mit dem linken Arm von maximal 5 kg bis Rumpfhöhe sowie ohne Gehen auf unebenem Gelände seien ab Gutachtenszeitpunkt zu 100 % zumutbar (Urk. 9/92/18 f.). 3.7

Abweichend vom Z.____-Gutachten (E. 3.6 hiervor) diagnostizierte Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in ihrem Bericht vom 22. Juni 2013 insbesondere nebst einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) eine schwere rezidivierende Depression (ICD-10 F31.4) sowie eine abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7; Urk. 9/138/1). Seit circa 2004 bestehe für jedwede Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/138/2 f.). 3.8

Vom 16. April bis 14. Juni 2013 war die Versicherte im B.____ in stationärer psychiatrischer Behandlung. Gemäss Austrittsbericht vom 23. Juli 2013 wurde namentlich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) diagnostiziert (Urk. 9/143/1). Behandlungsanliegen der Beschwerdeführerin sei die Bewältigung ihrer depressiven Beschwerden und ihrer Gereiztheit gewesen. Insgesamt habe sich der depressive Zustand nur leicht gebessert. Die Stimmung sei instabil geblieben, wozu sicherlich auch die ungünstigen Lebensumstände beitragen würden (Urk. 9/143/3). 3.9

Vom 6. bis 16. März 2014 war die Versicherte unter anderem zwecks Behandlung eines serratierten Adenoms mittels Sigma- und proximaler Rektumresektion im I.____ hospitalisiert (Urk. 9/163/5 und 8). 3.10

Dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 27. März 2014 sind zusammengefasst die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 9/165/14): - Schmerz- und Funktionsstörung der linken Schulter mit Impingement

symptomatik - Overlap-Syndrom aus COPD und aktuell leichtem obstruktivem Schlafapnoesyndrom

Ohne wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien dagegen namentlich: - Akut aufgetretene Impingementsymptomatik der rechten Schulter nach Sturz im November 2013 ohne ossäre Pathologie - Gluteales Schmerzsyndrom rechts, nicht abschliessend zuordenbar - Status nach Plattenosteosynthese bei Weber B-Fraktur Malleolus lateralis links vom 18. Mai 2010 - Aktenanamnestisch vegetative Beschwerden, Depression - Adipositas (BMI 30) - Kolonpolypen

Aus pneumologischer Sicht bestehe eine chronisch obstruktive Pneumopathie, wahrscheinlich bei einer Mischform aus einer tabakrauchbedingten COPD mittelschweren Grades und einer zusätzlichen asthmatischen Komponente bei anamnestisch Asthma in der Kindheit und einer auch jetzt noch spürbaren saisonalen Rhinoconjunctivitis allergica. Die Explorandin habe schwere Exazerbationen in den letzten Jahren verneint. Sie sei körperlich noch so gut wie möglich aktiv und gehe drei Stunden am Tag mit Unterbrechung mit ihren Hunden spazieren. Es bestehe eine Anstrengungsdyspnoe NYHA II beim Bergaufgehen (Urk. 9/165/22). Die respiratorische Polygraphie zeige ein grenzwertiges leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom. Die Versicherte berichte aktuell über eine gewisse Tagesmüdigkeit mit Einschlafen in ruhigen Momenten, aber über keine gesteigerte Schläfrigkeit. Sie könne auch problemlos Autofahren. Von Seiten der COPD mit asthmatischer Komponente sei die Beschwerdeführerin nicht geeignet für Arbeiten in atemwegs reizender Umgebung (Rauch, Staub, Hitze und Kälte). Auch körperlich schwere Arbeiten seien ihr nicht zumutbar. Unter Berücksichtigung des Overlap-Syndroms sei die Versicherte zudem ohne vorgängige Schlaflaborabklärung nicht geeignet für Chauffeur Tätigkeiten oder für die Bedienung von gefährlichen oder hohe Konzentration erfordernden Maschinen (Urk. 9/165/23).

In rheumatologischer Hinsicht zeige sich an der linken Schulter eine geringe (passive) Bewegungseinschränkung. Es bestehe eine deutliche Impingement-Symptomatik. Die Beschwerden an der rechten Schulter würden erst seit gut vier Wochen bestehen. Gemäss der allgemeinen medizinischen Erfahrung könne kurz- und mittelfristig von einer vollständigen Besserung ausgegangen werden (Urk. 9/165/34). Das Schmerzsyndrom im Gesässbereich rechts könne rheumatologisch auch nicht durch die aktuellen radiologischen Befunde mit Sicherheit erklärt werden, führe jedoch zu keiner Leistungseinschränkung. Die Funktion der Fussgelenke wie auch die diesbezüglichen Röntgenbilder seien unauffällig, sodass daraus ebenfalls keine Leistungseinschränkung abgeleitet werden könne. Insgesamt seien generell mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeiten nicht zumutbar. Dies gelte ebenso für fortgesetzte Tätigkeiten auf oder über Schulterhöhe sowie Halte- oder Sicherungsfunktionen. Zumutbar seien hingegen körperlich leichte Tätigkeiten ohne Arbeiten mit dem links dominanten Arm auf oder über Schulterhöhe, gelegentliche Greif- oder Haltefunktionen bis circa fünf Kilogramm mit dem linken Arm (nicht über Schulterhöhe) und feinmanuelle Tätigkeiten auf Tischhöhe. Die Haushaltsarbeiten in einem Einpersonenhaushalt seien aufgrund der guten Einteilbarkeit ebenfalls vollständig zumutbar (Urk. 9/165/35).

Dem psychiatrischen Teilgutachten lässt sich sodann entnehmen, dass die Versicherte eine lange Abfolge von Beziehungskrisen und Traumatisierungen durch Männer habe durchmachen müssen. Es gebe deutliche Hinweise auf schwere Belastungen und wahrscheinlich auch eine Verwahrlosung oder mindestens eine fehlende Ausbildung von

moralischen und ethischen Werten in Kindheit und Jugend. Die Versicherte habe jedoch betont, dass sie sich im Moment psychisch nicht schlecht fühle und dass sie sich mit den Lebensbedingungen abgefunden habe. Sie sei sicher bedrückt, entmutigt und vereinsamt. Weder würden sich aber die in den Akten erwähnten, noch neue Diagnosen finden lassen. Für eine posttraumatische Belastungsstörung würden keine Anhaltspunkte mehr bestehen wie etwa Flashbacks, Angstträume oder Beeinträchtigungen im Alltag. Die gute emotionale Erreichbarkeit lasse ferner nicht auf eine mittelgradige oder schwere depressive Phase schliessen. Auch für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung würde sich keine ausreichende Begründung finden lassen. Die Foerster-Kriterien seien allesamt nicht oder höchstens ansatzweise erfüllt. Insgesamt sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht folglich nicht eingeschränkt (Urk. 9/165/42 f.).

Gemäss polydisziplinärem Konsens sei die Versicherte in den bisherigen Tätigkeiten als Coiffeuse und Chauffeuse aus somatischen Gründen nicht mehr arbeitsfähig. Aus rheumatologischer Sicht seien mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeiten und solche auf respektive über Schulterhöhe mit Halte- und Sicherungsfunktionen nicht mehr zumutbar. Aus pneumologischer Sicht seien Arbeiten in atemwegsreizender Umgebung und körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Bezüglich allfälliger Chauffeuse-tätigkeiten müsse vorgängig eine Schlaflaborabklärung durchgeführt werden. Körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten - ohne Arbeiten mit dem linksdominanten Arm auf respektive über der Schulterhöhe - seien theoretisch zu 100 % zumutbar (Urk. 9/165/15). 3.11

Dr. H.____ hielt in ihrem Schreiben vom 16. Mai 2014 fest, dass nebst einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung eine rezidiierende schwere Depression vorliege. Es sei weiterhin eine Psychotherapie sowie eine entsprechende Medikation notwendig. Die Foerster-Kriterien seien aufgrund des Alters der Versicherten und des heftigen sozialen Rückzugs ebenfalls erfüllt (Urk. 9/169/1).

In ihrem Arztbericht vom 8. Mai 2015 verwies Dr. H.____ zusätzlich auf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0). Die Versicherte sei schwer depressiv sowie suizidal und leide unter anderem unter Existenzängsten, Schlaflosigkeit und Flashbacks. Seit circa 15 Jahren sei sie in der Tätigkeit als Coiffeuse zu 100 % arbeitsunfähig. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei eventuell für circa eine Stunde möglich, jedoch nicht täglich (Urk. 9/169/2 f.). 3.12

Aufgrund dreier supra- respektive periumbilikaler Narbenhernien war die Beschwerdeführerin vom 16. bis 24. Juni 2015 erneut im I.____ zwecks operativer Behandlung hospitalisiert. Sie habe hiernach in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (Urk. 9/184/1 f.). 3.13

Vom 5. bis 26. Oktober 2015 befand sich die Versicherte schliesslich aufgrund ihrer somatischen Beschwerden sowie einer akuten Bronchitis in der J.____ zur ambulanten Rehabilitation. Sie habe in gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden können, erscheine aber noch deutlich psychisch belastet, weshalb weitere ambulante Therapien durch die behandelnde Fachärztin für Psychiatrie empfohlen würden (Urk. 9/192/1 und 3). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist strittig, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die der Versicherten am 12. Juli 2004 rückwirkend zugesprochene ganze Invalidenrente mittels der angefochtenen Verfügung revisionsweise aufgehoben hat (vgl. E. 2.1 ff.). 4.2

Zu prüfen ist zunächst, welcher Beweiswert dem MEDAS-Gutachten vom 27. März 2014 (vgl. E. 3.10) zukommt. Dieses basiert auf umfassenden, pneumologischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen. Es wurden einerseits eine Blutanalyse durchgeführt und Röntgenbilder erstellt (Urk. 9/165/17-20). Andererseits konnte sich die Versicherte ausführlich zu verschiedenen Themenbereichen wie der familiären Situation und ihrem Tagesablauf sowie zu ihren aktuellen Beschwerden äussern (Urk. 9/165/8 ff., 30 ff. und 38 ff.). Die pneumologische Exploration beinhaltete ausserdem die Durchführung einer respiratorischen Polygraphie (Urk. 9/165/24 f.). Sämtliche Telexpertisen wurden sodann in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 9/165/2 ff.), wobei sich die Gutachter - soweit möglich - auch mit den früheren ärztlichen Beurteilungen auseinandersetzen (Urk. 9/165/35 und 42). Ausserdem wurden die gestellten Diagnosen sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit jeweils unter Berücksichtigung der von der Versicherten geschilderten Leiden nachvollziehbar aufgezeigt und erläutert (Urk. 9/165/15, 23, 35 und 41 ff.). Das MEDAS-Gutachten erfüllt damit sämtliche praxismässigen Kriterien an den Beweiswert von medizinischen Expertisen (vgl. E. 1.5). 4.3 4.3.1

Es bleibt zu klären, ob die von der Beschwerdeführerin erhobenen Einwände die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens zu schmälern vermögen. Sie beruft sich zum einen namentlich auf die Diagnosestellung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. H.____. Zum anderen macht die Versicherte geltend, dass sie weder psychisch noch physisch in der Lage sei, einem Erwerb nachzugehen. Aufgrund ihres desolaten gesundheitlichen Zustands sei denn auch die Berufsberatung gescheitert (E. 2.2; Urk. 1 S. 4 ff.). 4.3.2

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin kann aus diversen Gründen nicht auf die Berichte und Stellungnahmen von Dr. H.____ abgestellt werden. So ist vorab auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, wes halb ihre Bericht mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 135 V 465 E. 4.5). Dies gilt vorliegend umso mehr in Anbetracht des Umstandes, dass Dr. H.____ wiederholt die Weiterausrichtung der Invalidenrente der Versicherten forderte (Urk. 9/102/1; Urk. 9/178/2 und 7). Erhebliche Zweifel am Vorliegen der zur objektiven Beurteilung erforderlichen persönlichen Distanz ergeben sich zudem angesichts der gegenüber der Beschwerdeführerin stellenweise geäusserten unsachlichen Kritik (Urk. 9/178/6; Urk. 9/196). Anzumerken ist des Weiteren, dass die Versicherte erst seit Oktober 2011 bei Dr. H.____ in Behandlung steht. Trotzdem attestierte jene - teilweise gestützt auf fachfremde Diagnosen - rückwirkend auf das Jahr 2004 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Urk. 9/138/1-3; Urk. 9/179/1-3). Die von ihrer Seite gestellten psychiatrischen Diagnosen (vgl. E. 3.7 und 3.11) stützen sich ausserdem weitgehend nicht auf objektive Befunde (Urk. 9/138/2; Urk. 9/169/1; Urk. 9/179/2), weshalb sie sich nicht schlüssig nachvollziehen lassen. Insbesondere in Bezug auf die diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung setzte sich Dr. H.____ nicht damit auseinander, dass gemäss ICD-Code (F43.1) der Beginn einer solchen Störung dem Trauma in aller Regel mit einer Latenz von wenigen Wochen bis maximal sechs Monaten folgt (vgl. die Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2013 E. 4.1.2 f. und 9C_687/2013 E. 4.2, jeweils mit Hinweisen) und sich die Versicherte erst nach Jahrzehnten in psychiatrische Behandlung begeben hat (vgl. E. 3.1 f.).

Letzteres gilt analog für die Ausführungen im Bericht des B.____ vom 23. Juli 2013 (vgl. E. 3.8), wobei die posttraumatische Belastungsstörung an jener Stelle nur als Nebendiagnose aufgeführt wurde (Urk. 9/143/1). Für diese Erkrankung typische Befunde wie etwa Flashbacks oder Alpträume konnten indes nicht erhoben werden (vgl. Urk. 9/143/2). Der Bericht äussert sich denn auch weder zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angestammter, noch in behinderungsangepasster Tätigkeit, wes halb er ebenfalls nicht als Entscheidungsgrundlage herangezogen werden kann. 4.3.3

Als Zwischenfazit ist demnach festzuhalten, dass weder auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. H.____, noch auf denjenigen des B.____ abgestellt werden kann. Entgegen der Argumentation der Versicherten (Urk. 1 S. 5) ist nicht ersichtlich, inwiefern die MEDAS A.____ ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar begründet haben soll. Wie bereits die Gutachtensstelle Z.____ wenige Jahre zuvor (E. 3.6) hielt auch die MEDAS fest, dass die Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Das in diesem Kontext massgebliche individuelle Belastungsprofil wurde im polydisziplinären Konsens detailliert erläutert und überzeugt in Anbe tracht der gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.10). Im Übrigen leuchtet ein, dass die MEDAS-Gutachter in Bezug auf die Sigma- und proximale Rektumresektion eines serratierten Adenoms - welches definitionsgemäss gutartiger Natur ist - im I.____ (vgl. E. 3.9) eine gute Prognose stellten und von keiner langfristigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgingen (Urk. 9/166; vgl. Urk. 1 S. 5 f.).

Nach dem Gesagten geht die Beschwerdegegnerin berechtigterweise davon aus, dass sich namentlich der psychische Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Versicherten im Vergleich zum Zeitpunkt des Erlasses der rentenzusprechenden Verfügung verbessert haben. Damit liegt ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor, weshalb die IV-Stelle die Rentenaufhebung zu Recht verfügt hat. 5. 5.1

Das Bundesgericht geht in ständiger Rechtsprechung vom Regelfall aus, dass eine medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist (Ulrich Meyer, Rechtsprechung zum IVG, 2. Auflage, Zürich 2010, S. 383). In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder beruflich-erwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vor handenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich

ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2).

Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 dahingehend präzisiert, dass die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben, nur zulässig ist, wenn die Beschwerdegegnerin zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat (E. 3.3). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass solche versicherte Personen aufgrund

des fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden den langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selber wie der einzugliedern. Dies führt zwar für die Betroffenen nicht zu einer Art Besitzstandsgarantie. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (vgl. erwähntes Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5). 5.2

Im Zeitpunkt der Renteneinstellung bezog die Beschwerdeführerin zwar noch nicht seit mehr als 15 Jahren eine Invalidenrente, war aber bereits 57 Jahre alt. Damit fällt sie unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezügerkreis. Die IV-Stelle hat den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen geprüft und hielt in ihrer Mitteilung vom 1. April 2015 fest, dass sich die Versicherte zurzeit subjektiv nicht in der Lage sehe, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen, weshalb die Eingliederungsberatung abgeschlossen werde (Urk. 9/177/1). In diesem Sinne hatte sich die Beschwerdeführerin bereits anlässlich der Begutachtung durch die MEDAS A.____ geäussert (Urk. 9/165/31). Berufliche Massnahmen wurden nicht für angezeigt erachtet (Urk. 9/165/15). Diese Schlussfolgerung zogen wenige Jahre zuvor ebenso die Gutachter der Z.____ unter Berücksichtigung der Invaliditäts- und Krankheitsüberzeugung der Versicherten (Urk. 9/92/17 und 23). Schliesslich ersuchte auch die behandelnde Psychiaterin wiederholt um Beendigung der Eingliederungsmassnahmen und Weiterausrichtung einer Invalidenrente (Urk. 9/178/2 und 6 f.).

In Anbetracht dieser Begebenheiten ist daher nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle die Eingliederungsmassnahmen mit Mitteilung vom 1. April 2015 (Urk. 9/177) abschloss und mit der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) die Invalidenrente einstellte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_726/2011 vom 1. Februar 2012 E. 5.2).

Die Beschwerde ist demzufolge abzuweisen. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Die Kosten sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge der ihr gewährten unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk. 10) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.2

Rechtsanwältin Elena Kanavas führte in der Beschwerdeschrift aus, dass sich ihr Aufwand für die Vertretung im Beschwerdeverfahren auf gesamthaft rund zwölf Stunden belaufe, zuzüglich einer Kleinspesenpauschale von 3 % und Mehrwertsteuer von 8 % (Urk. 1 S. 7). In Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- entspricht dies einer Prozessschädigung von gerundet Fr. 2'937.--.

Nach § 34 Abs. 3 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert.

Der von Rechtsanwältin Elena Kanavas geltend gemachte Aufwand von zwölf Stunden ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass sie die Versicherte bereits im Vorbescheidverfahren vertrat (vgl. etwa Urk. 9/122/1) und ihr die Akten somit bekannt waren. Hinzu kommt, dass Teile der Beschwerdeschrift früheren Eingaben an die Beschwerdegegnerin entsprechen (vgl. Urk. 9/168). Namentlich angesichts der zu studierenden Aktenstücke, der siebenseitigen Beschwerdeschrift sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträge ist die Prozessentschädigung bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- auf insgesamt Fr. 1'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an die unentgeltliche Rechtsvertreterin verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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 Elena Kanavas, Meilen, wird mit Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

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

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

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

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

E. 8

ATSG) sind.

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