

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00565 vom 31. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00565

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00565 du 31 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00565 del 31 agosto 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). Die Invalidität 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

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).

E. 1.3

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. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des

Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Zeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Ein weiteres Revisionsverfahren leitete die IV-Stelle im Oktober 2008 ein, wo rauf die Versicherte wiederum erklärte, ihre gesundheitliche Situation habe sich verschlimmert (Urk. 6/56). Die IV-Stelle nahm einen aktuellen IK-Auszug (Urk. 6/58) und diverse Arztberichte zu den Akten (vgl. Urk. 6/61-63). Hernach teilte sie der Versicherten mit Schreiben vom 24. Februar 2009 mit, es hätten sich keine rentenrelevanten Änderungen ergeben und sie habe weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (Urk. 6/65).

E. 1.5

Im März 2012 leitete die IV-Stelle erneut ein Revisionsverfahren ein (Urk. 6/68). Sie klärte die aktuelle erwerbliche (Urk. 6/70 und 6/82) und medizinische (Urk. 6/71 und 6/78) Situation ab und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 5. Dezember 2012 die Herabsetzung der halben Invalidenrente auf eine Viertelsrente in Aussicht (Urk. 6/87). Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 23. Dezember 2012 Einwand (Urk. 6/88), den ihr Rechtsvertreter am 13. Februar 2013 ergänzend begründete (Urk. 6/95). Die IV-Stelle gab darauf bei med. pract. A.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag (Urk. 6/98), das er am 30. September 2013 erstattete (Urk. 6/106). Die IV-Stelle erliess am 1. November 2013 einen neuen Vorbescheid, mit dem sie die Aufhebung der Invalidenrente ankündigte (Urk. 6/109). Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben (Urk. 6/111 und 6/115) und neue Arztberichte vom 8. Januar und vom 19. Februar 2014 einreichen (Urk. 6/114 und 6/122). Mit Verfügung vom 10. April 2014 hob die IV-Stelle die halbe Invalidenrente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (Urk. 6/128). Einer Beschwerde gegen die Verfügung entzog sie die aufschiebende Wirkung (Urk. 6/128/3). Dagegen erhob die Versicherte Beschwerde (Urk. 6/140/3-9), welche das Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2014.00562 vom 30. April 2015 (Urk. 6/158) in dem Sinne guthiess, dass es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache an die IV-Stelle zurückwies, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, namentlich der Prüfung der aktuellen somatischen Situation und der Überwindbarkeit der psychischen Leiden, über den Rentenanspruch neu verfüge.

Die IV-Stelle forderte im November 2015 beim Hausarzt med. pract. B.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, einen Bericht an (vgl. Urk. 6/163 -165), den er am 7. Februar 2016 erstattet (Urk. 6/166). Anschliessend ersuchte die IV-Stelle den behandelnden Psychiater

Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, wiederholt um Erstattung eines ärztlichen Verlaufsberichtes (Urk. 6/167-168), der am 29. April 2016 verfasst wurde (Urk. 6/169). Die IV-Stelle holte einen aktuellen IK-Auszug ein (Urk. 6/170) und ordnete die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens an (vgl. Urk. 6/171 ff.). Der Rechtsvertreter der Versicherten formulierte Zusatzfragen (Urk. 6/175), welche von der IV-Stelle und ihrem RAD als suggestiv und nicht relevant bewertet wurden (Urk. 6/176 und 6/198/4). Dies teilte ihm die IV-Stelle mit Schreiben vom 11. August 2016 mit und wies darauf hin, falls die Beantwortung der Zusatzfragen explizit gewünscht werde, so seien sie auf eigene Kosten zu stellen (Urk. 6/176). In der Folge liess sich der Rechtsvertreter der Versicherten nicht vernehmen. Das polydisziplinäre Gutachten wurde am 13. Januar 2017 von der Medizinischen Begutachtungsstelle D.____ erstattet (Urk. 6/196). Am 15. Februar 2017 erliess die IV-Stelle einen negativen Vorbescheid (Urk. 6/199), gegen den die Versicherte Einsprache erheben liess (Urk. 6/205). Mit Verfügung vom 12. April 2017 hielt die IV-Stelle an der Aufhebung der halben Invalidenrente fest (Urk. 2 = 6/209). Einer Beschwerde gegen diesen Entscheid entzog sie die aufschiebende Wirkung (Urk. 2 S. 1).

E. 2

In der angefochtenen Verfügung zog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen in Betracht, es sei auf das polydisziplinäre Gutachten des D.____ vom 13. Januar 2017 abzustellen, gemäss welchem die Beschwerdeführerin aufgrund ihres verbesserten Gesundheitszustands seit August 2012 in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig sei. Dementsprechend führte die Beschwerdegegnerin einen Einkommensvergleich durch, bei dem sie einen Invaliditätsgrad von 15 % ermittelte, der keinen Rentenanspruch mehr begründe. Die Prüfung von Eingliederungsmassnahmen im Dezember 2012 habe aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse zu einem negativen Resultat geführt (Urk. 2).

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin geltend machen, ihre gesundheitliche Situation habe sich nicht verbessert. Sie leide nach wie vor an einer somatoformen Schmerzstörung, an einer posttraumatischen Belastungsstörung und an einer mittelschweren depressiven Episode. Überdies seien neue somatische Gesundheitsschäden hinzugegetreten. Selbst wenn von einer Erhöhung ihrer Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auszugehen wäre, so müssten vor einer Rentenaufhebung Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden (Urk. 1).

E. 3.1

Die letzte materielle Rentenüberprüfung wurde mit der schriftlichen Mitteilung vom 24. Februar 2009 (Urk. 6/65) abgeschlossen, mit welcher keine rentenrelevante Änderungen und dementsprechend weiterhin ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente festgestellt wurden. Sie bildet daher die zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung der Frage, ob bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. April 2017 eine anspruchsrelevante Änderung eingetreten ist.

E. 3.2

Die schriftliche Mitteilung vom 24. Februar 2009 stützte sich in medizinischer Hinsicht auf den Bericht des E.____ vom 28. November 2008 (Urk. 6/61; vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 24. Februar 2009, Urk. 6/64). Dieser enthält die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/61/1):

Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)

-

Mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1)

-

Chronische Lumbalgien bei Status nach Diskushernienoperation im Jahr 2007 und Status nach Folter.

Es bestehe eine arbeitstechnische Limitierung aus psychischen Gründen, aktuell vor allem in Form von Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, verminderter Aufmerksamkeitsspanne und vermindertem Energieniveau (Urk. 6/61/2). Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherten ihre bisherige Tätigkeit mit einem Pensum von 50 % zumutbar. Die Versicherte erbringe im Haushalt und in der Erziehung ihrer Tochter eine arbeitswertige Leistung, die etwa vereinbar sei mit der attestierten 50%igen Arbeitsfähigkeit. Unter regelmässiger und konsequenter Weiterführung der Behandlung dürfte die depressive Symptomatik günstig beeinflussbar sein. Die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung sei über einen Zeithorizont von Jahren anzusetzen, wobei keine vollständige Symptommfreiheit zu erwarten sei. Eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht möglich (Urk. 6/61/2 und 6/61/3).

Ferner wurde vermerkt, die Behandlung habe am 7. Februar 2006 begonnen und die letzte Kontrolle habe am 19. November 2008 stattgefunden. Bis zum 25. Februar 2008 sei die Versicherte im Abstand von zwei bis drei Wochen regelmässig zu Sitzungen erschienen und habe eine expositionszentrierte Einzelpsychotherapie, eine bewegungsorientierte Gruppentherapie und eine Psychotherapie mit Remeron erhalten. Im Verlauf habe sich die Gesamtsituation ein wenig gebessert, was zu einem beträchtlichen Teil der Rückenoperation zuzuschreiben sei. Es sei zu einer leichten Symptomverminderung hinsichtlich der depressiven Symptomatik sowie der Angst- und Schlafstörungen gekommen, wobei die somatisch bedingten Rückenbeschwerden in puncto Gesamtsituation ein zentraler, jedoch wenig beeinflussbarer Faktor geblieben seien. Die persistierenden Rückenbeschwerden seien für einen grossen Teil des Leidensdruckes verantwortlich, sei es durch direkte körperliche Einschränkungen, sei es durch den permissiven Einfluss auf Alpträume, Schlafstörungen und Depressivität. Auf Wunsch der Versicherten sei die Therapie im Februar 2008 unterbrochen worden, da sie damals mit anderen Therapien wie Physiotherapie und psychosozialen Belastungen wie Wohnungssuche und Arbeitslosigkeit des Ehemannes beschäftigt gewesen sei. Am 7. August 2008 habe sie sich gemeldet und die ambulante Behandlung in Form von Einzelpsychotherapie, sozialpsychiatrischer Unterstützung und Schwimmgruppenteilnahme wieder aufgenommen (Urk. 6/61/2).

E. 4

Diskrete femorotibiale mediale und femoropatellare Arthrose rechts (Knie röntgen 09/10) -
Knieröntgen 01/14: mässige Gonarthrose und Femoropatellararthrose rechts, Ultraschall leichter Erguss, Verdacht auf leichte Aktivierung

E. 4.1

Zur Entwicklung der gesundheitlichen Situation ab dem 24. Februar 2009 lässt sich den medizinischen Unterlagen entnehmen, dass die Versicherte ab dem 6. April 2009

wiederholt Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, wegen Schmerzen konsultierte. Dieser führte in seinem Bericht vom 23. August 2009 ein aktuell exacerbierteres chronisches lumbales Panvertebralsyndrom bei Status nach mikrochirurgischer Diskushernie L4/5 im April 2007, eine posttraumatische Belastungsstörung und eine Achillodynie rechts als Diagnosen auf. Neun Physiotherapie-sitzungen hätten zu keiner relevanten Schmerzreduktion geführt. Die Versicherte klagt über weiterhin bestehende Schmerzen, vor allem in der Nacken-/Schulterregion rechtsbetont und in der Suboccipital-Muskulatur, etwas weniger lumbal. Hinweise auf eine radikuläre Problematik oder ein entzündliches rheumatisches Leiden hätten nie bestanden. Symptomatische medikamentöse Therapien hätten wenig genutzt und die Versicherte lehne eine Infiltrationsbehandlung ab (Urk. 6/71/13).

E. 4.2

Wegen persistierender Knieschmerzen wurden am 15. September 2010 in der G.____ Röntgenaufnahmen erstellt, welche eine diskrete femoro-tibiale mediale und femoro-patelläre Arthrose zeigten (Urk. 6/71/10).

E. 4.3

Dr. F.____ hielt in einem weiteren Bericht vom 16. Januar 2011 nebst den bereits bekannten Diagnosen erneute Exacerbationen der panvertebralen Schmerzsymptomatik vom März 2010 und vom Januar 2011 mit ausgeprägten myofaszialen Schmerzen fest. Die Symptomatik werde wahrscheinlich durch die parallel bestehende depressive Komponente überlagert. Ambulante Physiotherapien hätten in der Vergangenheit eher wenig Erfolg gezeigt (Urk. 6/71/11-12).

Bei einer Verlaufskontrolle am 2. März 2011 erhob Dr. F.____ gemäss seinem Bericht vom 15. März 2011 unveränderte Beschwerden. Er vertrat die Auffassung, das rheumatologische Beschwerdekorrelat sei insgesamt gering und die psychiatrische Betreuung stehe eindeutig im Vordergrund. Er habe empfohlen, die psychiatrische Behandlung wieder weiter aufzuleisen (Urk. 6/71/8).

E. 4.4

Aufgrund von geklagten Oberbauchschmerzen nahm Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Gastroenterologie und Innere Medizin, am 6. März 2012 eine Gastroskopie vor. Diese ergab eine Helicobacter pylori assoziierte Gastritis, eine nicht erosive Refluxerkrankung mit/bei 1 cm kleiner axialer Hiatushernie und gleichzeitiger Kardiainsuffizienz und oberflächliche Ulcerationen im Bulbus duodeni, Helicobacter pylori assoziiert (Urk. 6/71/6). Zur Behandlung der Helicobacter pylori assoziierten Gastritis und der Refluxerkrankung ordnete Dr. H.____ die Einnahme von Pantoprazol an (Urk. 6/71/7).

E. 4.5

Med. pract. B.____ führte in seinem Bericht vom 10. März 2012 ein chronisches lumbales Panvertebralsyndrom bei Status nach Dekompression L4/5 beidseits seit 2007, eine posttraumatische Belastungsstörung/Depression und eine femoro-tibiale und femoropatelläre Arthrose rechts als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 6/71/4). Aufgrund der Gesamtsituation (schlechte Ausbildung, geringe Deutschkenntnisse, mangelnde Berufsidentität, tiefe Eigenaktivität und chronifiziertes Leiden) sei von einer Arbeitsunfähigkeit von über 70 % für leichtere Arbeiten mit Wechselbelastung auszugehen (Urk. 6/71/5).

E. 4.6

Bei einer weiteren Untersuchung durch Dr. F.____ am 11. Juli 2012 klagte die Versicherte über vermehrte Schmerzen im lumbalen Rücken, wobei es sich um Dauerschmerzen mit belastungsabhängiger Schmerzverstärkung handle. Es bestehe eine Schmerzausstrahlung diffus in das Bein links mehr als rechts. Zu dem bestehe eine belastungsabhängige starke Achillodynie beidseits. Die Knie schmerzten rechts mehr als links, zudem leide sie an belastungs abhängigen Schmerzen beider Hände, auch in den MCP-Gelenken. Die Anwendung von Flector-Pflaster und Panadol bei Bedarf linderten die Schmerzen nur leicht und kurzfristig (Urk. 6/166/47).

Dr. F.____ gelangte zum Schluss, es bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom, die Kriterien einer Fibromyalgie seien knapp nicht erfüllt (Urk. 6/166/48). NSAR sei aufgrund der gastrointestinalen Vorgeschichte zurückhaltend einzusetzen, weshalb er zusätzlich zu Paracetamol noch Novalgin verabreicht habe. Die Physiotherapien seien in der Vergangenheit immer wieder frustan gewesen und die Versicherte möchte zurzeit keine Einzelphysiotherapie besuchen. Das Therapiepotential werde zu einem grossen Teil aufgrund sprachlicher Barrieren erschwert. Wahrscheinlich wäre es sinnvoll, die Versicherte in den Alltagsaktivitäten zu aktivieren und zum Beispiel in eine Gruppengymnastik der Rheumaliga zu integrieren. Die Versicherte wünsche eine second opinion der I.____, weshalb er sie dort angemeldet habe (Urk. 6/166/48).

E. 4.7

Im Bericht des E.____ vom 22. August 2012 (Urk. 7/78) wurde festgehalten, die Einzelpsychotherapie sei im Dezember 2011 auf Wunsch der Versicherten sistiert worden, da sie damals mit anderen Therapien wie Physiotherapie und psychosozialen Belastungen beschäftigt gewesen sei. Am 21. Juni 2012 habe sich die Versicherte nach mehrmonatiger Therapiepause erneut gemeldet und um psychiatrische Unterstützung ersucht. Aktuell sei die psychotherapeutische Behandlung vor allem auf die Reintegration der traumatischen Ereignisse und den Umgang mit den aktuellen Schmerzen fokussiert. Zusätzlich liege der Schwerpunkt auf der Organisation einer Tagesstruktur. Die Einzelgespräche fänden alle drei bis vier Wochen statt, wobei die Versicherte immer wieder Pausen einlege (Urk. 6/78/2). Zuletzt sei die Versicherte am 7. August 2012 zur Behandlung erschienen (Urk. 6/78/1). Die Teilnahme an einem Schmerzprogramm wäre indiziert, allerdings seien die sprachlichen Kenntnisse ein limitierender Faktor (Urk. 6/78/3).

Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine sub syndromale posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und chronische Lumbalgien bei Status nach Diskushernienoperation (2007) und Status nach Folter festgehalten (Urk. 6/78/1).

Im Vergleich zum letzten Bericht vom November 2008 habe sich die Gesamtsituation etwas verbessert (Urk. 6/78/1-2). Es sei zu einer leichten Symptomverminderung hinsichtlich der depressiven Symptomatik und der Angststörung sowie der Vermeidungs- und Hyperarousal-Symptome gekommen. Es bestehe weiterhin eine Schlafstörung, einerseits aufgrund der Schmerzen und manchmal wegen Alpträumen, welche durch das Auftreten von Rückenschmerzen getriggert würden. Die Rückenschmerzen seien permanent da, in der letzten Zeit seien auch Schmerzen auf der ganzen rechten Seite, Gelenkprobleme und Magenbeschwerden dazugekommen (Urk. 6/78/2).

Wegen der psychischen Symptome bestehe eine arbeitstechnische Limitierung von aktuell noch 30 % und diese vor allem in Form einer verminderten Aufmerksamkeitsspanne, eines verminderten Energieniveaus und schneller Ermüdbarkeit. Bei regelmässiger und konsequenter Weiterbehandlung sei langfristig von einer eher günstigen Prognose auszugehen, wobei nicht mit einer vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (Urk. 6/78/2). Aus psychiatrischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit von 70 % erreichbar, wobei der Einstieg ein Pensum von 50 % nicht übersteigen sollte. Unter Weiterführung der Behandlung dürfte die depressive Symptomatik günstig beeinflussbar sei. Die Restsymptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung werde sich aller dings auch nach der Weiterführung einer Therapie kaum kurativ behandeln lassen (Urk. 6/78/3). Man erachte es als zutreffend, dass die Versicherte im Haus halt und in der Erziehung ihrer Tochter eine arbeitswertige Leistung erbringe, die in etwa vereinbar sei mit der attestierten 70%igen Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/78/4).

E. 4.8

Dem Bericht der I.____ vom 24. August 2012 ist zu entnehmen, dass sich die Versicherte am 13. und 29. August 2012 wegen eines therapieresistenten chronischen lumbalbetonten Panvertebralsyndroms und therapieresistenter Polyarthralgien untersuchen liess. Zur weiteren Abklärung sei eine 3-Phasen-Skelettszintigrafie durchgeführt worden, wobei sich degenerative Gelenksveränderungen und insbesondere eine hoch aktive Spondylarthrose lumbosakral links gezeigt hätten. Hinweise für Synovitiden hätten sich keine ergeben. Laborchemisch hätten sich normwertige Entzündungsparameter gezeigt, die Rheumafaktoren und das Anti-CCP seien negativ gewesen. Bei einem leichten Vitamin-D-Mangel habe man eine orale Substitution mit ViDe 3-Tropfen angeordnet (Urk. 6/166/45).

E. 4.9

Am 21. Februar 2013 wurde in der J.____ ein Arbeitsassessment durchgeführt (Urk. 6/166/38). Als arbeitsrelevante Diagnosen wurden ein chronisches Panvertebralsyndrom (chronisches zervikobrachiales Syndrom rechts und chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts), eine Fingerpolyarthrose mit Polyarthralgien, eine Achillodynie (rechts mehr als links), eine subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung, eine leichte bis mittelschwere depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung genannt (Urk. 6/166/39).

Das arbeitsbezogene relevante Problem bestehe in einer verminderten Belastungstoleranz der Lendenwirbelsäule. Die Versicherte zeige bei den Tests eine mässige Leistungsbereitschaft und man habe drei Selbstlimitierungen festgestellt, die zum Teil sicher durch sprachliche Barrieren und die Vorgeschichte der Versicherten erklärbar seien (Urk. 6/166/39).

In der klinischen Untersuchung falle eine deprimiert wirkende Patientin mit diversen myofaszialen Befunden der gesamten paravertebralen Muskulatur beidseits, rechts inklusive Halswirbelsäule, Musculus trapezius, rechtem Beckenmuskulatur und dorsalem Oberschenkel auf. Die neurologische Untersuchung sei unauffällig. Die Halswirbelsäulenbeweglichkeit sei in alle Richtungen schmerzhaft und bei Rotation und Lateralflexion jeweils zu 1/3 eingeschränkt. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden und der klinischen Untersuchung sowie der bildgebenden Abklärung und den Diagnosen

aus somatischer Sicht zum Teil erklären. Die folgende Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich auf medizinisch-theoretische Überlegungen, ergänzt durch Beobachtungen bei den Leistungstests (Urk. 6/166/40).

Die demonstrierte und die funktionelle Leistungsfähigkeit liege unter den Belastungsanforderungen der bisherigen Arbeit. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei nur halbtags zumutbar, da Stehen am Ort und vor geneigtes Stehen oft gefordert werde, was nur maximal drei Stunden pro Tag möglich sei. Aufgrund der Beschwerdekumulation im Tagesverlauf bestehe eine Leistungsminderung von 50 %. Daraus ergebe sich eine zumutbare Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 50 % (Urk. 6/166/40).

In einer angepassten leichten Tätigkeit mit Wechselbelastung bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75 %, die entweder ganztags mit Zusatzpausen von zwei Stunden oder in einer um zwei Stunden verkürzten Arbeitszeit geleistet werden könne (Urk. 6/166/41).

E. 4.10

Am 25. April und am 31. Mai 2013 wurde die Versicherte in der ambulanten Schmerzprechstunde des K.____ untersucht, wo ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit/bei aktiver Spondylarthrose lumbosakral links (Szintigrafie 8/2012), Status nach mikrochirurgischer Dekompression L4/5 beidseits, Diskektomie von rechts 2007, diagnostiziert wurde (Urk. 6/166/34). Im Vordergrund der beiden Konsultationen hätten die Ä.____ungen der psychosozialen Belastungsfaktoren (Migration, Arbeitslosigkeit, Folter) durch die Versicherte gestanden. Diese habe zudem über schwere Konzentrationsstörungen und Einschränkungen der Merkfähigkeit berichtet. Bezüglich des Schmerzes habe der lumbosacrale Schmerz im Vordergrund gestanden, aber auch ein zunehmender Schmerz mit neuropathischer Komponente im Bereich der linken Hand. Bei der zuletzt im Jahr 2006 durchgeführten Bildgebung der Lendenwirbelsäule habe man die Durchführung eines MRI der Brust- und Lendenwirbelsäule veranlasst. Die Versicherte sei zu keiner weiteren Konsultation mehr erschienen, so dass man das Ergebnis der MRI-Untersuchung nicht mehr mit ihr habe besprechen können. Eine körperliche Untersuchung sei zu diesem Zeitpunkt noch nicht erfolgt, so dass man keine abschliessende Beurteilung vornehmen könne (Urk. 6/166/35).

Das MRI vom 21. Juni 2013 zeige gemäss dem L.____ eine insgesamt unauffällige Darstellung der Wirbelsäule. Es zeigten sich nebenbefundlich eine minimale degenerative Veränderung der Bandscheibe zwischen BWK 9 und BWK 10, minimale Facettengelenksdegenerationen und eine minimale Degeneration der Bandscheibe LWK 4/5 (Urk. 6/166/37).

E. 4.11

Der Gutachter med. pract. A.____ untersuchte die Versicherte am 19. September 2013 psychiatrisch. In seinem Gutachten vom 30. September 2013 (Urk. 6/106) führte er als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) auf. Überdies diagnostizierte er eine leichte depressive Störung (ICD-10: F32.0) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) bei Status nach Diskushernienoperation, welchen er keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zumass (Urk. 6/106/13).

Aus psychiatrischer Sicht stünden die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung im Zusammenhang mit durchgemachten Foltererfahrungen in türkischen Gefängnissen im Vordergrund. Die Versicherte berichtete glaubhaft von häufigen, sich aufdrängenden Erinnerungen, die mit einem emotionalen Wiedererleben einhergingen. In solchen Momenten sei sie nicht mehr rational handlungsfähig und fühle sich typischerweise blockiert. Situationen, die potentiell zu den geschilderten Flashbacks führen könnten, vermeide sie nach Möglichkeit. Zudem bestehe eine grundsätzlich erhöhte Anspannung im Alltag, eine vermehrte Erschöpfbarkeit und eine verminderte Konzentrationsfähigkeit, was insgesamt zu einer deutlich verminderten Belastbarkeit führe. Es bestehe auch eine Stressintoleranz, was bei einer Zunahme von Belastungen zu einer spürbaren Verstärkung der Symptome der PTSD zu führen scheine (Urk. 6/106/13 und 6/106/17). Die zusätzlich beschriebene depressive Komponente scheine tendenziell eher in den Hintergrund getreten zu sein. Zwar seien noch eine gewisse Antriebslosigkeit und eine gedrückte Stimmung spürbar. Die Versicherte selber gebe aber an, dass dieselben zwischenzeitlich grösstenteils willentlich überwindbar seien (Urk. 6/106/14).

In einer Tätigkeit, in der ein gewisses Mass an Stresstoleranz gefordert und ein gleichbleibend hohes Mass an Konzentrationsfähigkeit erwartet werde, könne davon ausgegangen werden, dass im Zusammenhang mit der verminderten Belastbarkeit, der erhöhten Erschöpfbarkeit und der reduzierten Konzentrationsfähigkeit unverändert eine höchstens 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. In einer optimal den psychischen Beschwerden angepassten Tätigkeit ohne allzu hohen emotionalen oder zeitlichen Druck, in einer ruhigen und empathischen Umgebung, mit der Möglichkeit, Arbeitszeit und Pausen flexibel zu gestalten, und in der nicht allzu hohe Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit gestellt würden, bestehe seit spätestens dem Untersuchungsdatum, allenfalls auch schon seit Ende August 2012 (Bericht des E.____) eine etwa 70- bis 80%ige Arbeitsfähigkeit. Ob das geschilderte angepasste Arbeitsplatzprofil einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt entspreche, könne aus medizinischer Sicht nicht beurteilt werden (Urk. 6/106/15).

E. 4.12

Am 3. Januar 2014 untersuchte Dr. F.____ die Versicherte und gelangte zur Beurteilung, es bestehe eine Gonarthrose und Femoropatellararthrose rechts, welche konventionell radiologisch gegenüber dem Vorbefund 2010 leicht fort schreitend sei. Zudem bestehe aufgrund des leichten Ergusses der Verdacht einer leichten Aktivierung. Er habe eine NSAR-Therapie (Olfen DR täglich für sechs Wochen) sowie lokal (Rheumon Gel 2x täglich) verordnet, dazu Physiotherapie zur Kniestabilisation (Urk. 6/166/15).

E. 4.13

Dr. C.____ hielt in seinem Bericht vom 8. Januar 2014 (Urk. 6/114) fest, er behandle die Versicherte seit dem 11. Dezember 2012, nach dem med. pract. B.____ sie aufgrund einer psychischen Dekompensation bei zunehmender psychosozialer Belastungssituation an ihn überwiesen habe. Als Diagnosen führte er eine chronische posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.1), und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) bei chronischem lumbalbetontem Panvertebralsyndrom, einem Status nach Diskushernektomieoperation, Fingerpolyarthrose und Polyarthralgien, auf (Urk. 6/114/1-2).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der vorliegenden Psychopathologie wie der raschen Ermüdbarkeit, der Antriebsstörung, der verminderten Stress toleranz und der kognitiven Einschränkung sowie des ausgeprägten Vermeidungsverhaltens eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Hilfsarbeiterin. Die Fähigkeit, sich in Bezug auf wechselnde Anforderungen der Umwelt angemessen zu verhalten, sei deutlich eingeschränkt. Die Versicherte habe Schwierigkeiten, sich neuen Situationen erwartungsgemäss anzupassen (Urk. 6/114/2-3).

Die schwere psychopathologische Beeinträchtigung der Versicherten bestehe seit mehreren Jahren. Bisherige ambulante Behandlungsversuche hätten nur eine leichte Stabilisierung des psychischen Zustands ergeben. Ein ausgeprägtes Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten habe bis jetzt eine Veränderung der negativen Interpretationen des Traumas und seiner Folgen verhindert und die posttraumatische Belastungsstörungsproblematik auf diese Weise aufrechterhalten. Aufgrund der körperlichen Begleiterkrankungen, der Chronifizierung ohne Remission, des primären Krankheitsgewinns, des Angst-Vermeidungs-Verhaltens sowie der bisherigen kaum erfolgreichen Behandlungsversuche müsse mit einem protrahierten und invalidisierenden Verlauf gerechnet werden (Urk. 6/114/3).

Eine leichte behinderungsangepasste Beschäftigung im Umfang von 30-40 % in einem geschützten Rahmen würde aus therapeutischer Sicht und zur Förderung des Selbstwertgefühls und der Tagesstrukturierung Sinn machen (Urk. 6/114/3).

E. 4.14

In einem weiteren Bericht vom 19. Februar 2014 (Urk. 6/122) vertrat med. pract. B.____ die Auffassung, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich nicht verändert. Die Beschwerden bestünden etwa im gleichen Ausmass. Die somatischen Erkrankungen des Bewegungsapparates wirkten sich nebst der Psyche ebenfalls deutlich negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus. Aktuell bereite der Versicherten das Greifen von Gegenständen Mühe, da sie Schmerzen an den Hand- und an den Fingergelenken habe. Sie klagte auch über Sprunggelenkschmerzen und eine Ischialgie rechts, Schulterschmerzen rechts und Fersenschmerzen (plantare Fascitis-Beschwerden). Diese seien ebenfalls entscheidend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, ebenso wie die Arthrose.

E. 4.15

In seinem Bericht vom 12. März 2014 zur Untersuchung am 5. März 2014 vermerkte Dr. F.____, die Symptomatik habe sich – nach der Physiotherapie und der Wassertherapie im Medbase – mittlerweile etwas stabilisiert. Er empfehle, die Therapien weiterzuführen. Aus rein rheumatologischer Sicht sei nicht ersichtlich, weshalb nicht zumindest eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Arbeiten mit Wechselbelastung möglich sein sollte (Urk. 6/166/13).

E. 4.16

Am 3. November 2014 untersuchte Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Neurologie, die Versicherte und diagnostizierte ein Carpal-tunnelsyndrom rechts und chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp (Urk. 6/196/143). Eine Operationsindikation bestehe derzeit noch nicht. Er habe eine Steroidinfiltration mit 10mg Kenacort durchgeführt (Urk. 6/196/144).

E. 4.17

Dr. F.____ untersuchte die Versicherte am 18. Juni und am 18. November 2015 erneut (Urk. 6/166/6 und 6/166/9).

Seinem Bericht vom 19. Juni 2015 zufolge führte die Versicherte die im März 2014 verordnete Wasser-Physiotherapie nicht durch. Sie absolviere regelmässig und diszipliniert ihr instruiertes rücken- und nackenstabilisierendes Heimgymnastikprogramm, was ihr jeweils kurzfristig helfe. Zusätzlich nehme sie seit längerem täglich Magnesiocard und unregelmässig Schmerzmedikamente ein, welche jeweils nur für kurze Zeit hälften. In den letzten Monaten habe die Schmerzintensität wieder sukzessive zugenommen. Das Karpaltunnelsyndrom sei etwas besser, es gebe weniger Kribbelparästhesien in den rechten Fingern. Aktuell klage die Versicherte vor allem über Schmerzen nachts und bei Belastungen im Nacken- und Schulterblattbereich (Urk. 6/166/9).

In seinen letzten Verlaufsbericht vom 23. Dezember 2015 führte Dr. F.____ die folgenden Diagnosen auf (Urk. 6/166/6):

1.

Chronisches lumbal betontes Panvertebralsyndrom

-

exazerbiert 4/09, 3/10, 01/11 -

Status nach mikrochirurgischer Diskusherniendekompression L4/5 04/07 -

myofasziale Schmerzen -

erneute Exazerbation 06/15 -

Röntgen LWS 06/15: leichte Osteochondrose/Spondylarthrose L4/5

2.

Posttraumatische Belastungsstörung

-

rezidivierende depressive Episoden

-

Kriegsfolteropfer 3.

Rezidivierende Achillodynie beidseits

E. 4.18

In seiner Stellungnahme vom 7. Februar 2016 mass med. pract. B.____ den im letzten Verlaufsbericht von Dr. F.____ erwähnten Diagnosen und einer Finger polyarthrose eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 6/116/1-2). Er vertrat die Auffassung, aus somatischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit für leichtere Arbeiten mit Wechselbelastung 50-70 % (Urk. 6/166/3).

E. 4.19

Bei der neurologischen und elektrophysiologischen Verlaufsuntersuchung durch Dr. M.____ am 12. Februar 2016 liess sich dessen Bericht vom 17. Februar 2016 zufolge erneut ein leichtgradiges Carpaltunnensyndrom rechts nachweisen. Der elektrophysiologische Schädigungsgrad des Nervus medianus im Carpaltunnelabschnitt sei im Vergleich zur

Voruntersuchung nahezu identisch. Im Übrigen ergäben sich keine Hinweise auf eine zusätzlich peripher-neurogene Kompressions symptomatik, weiterhin auch nicht auf eine zerviko-radikuläre oder zerviko-myeläre Symptomatik. Im Vordergrund der Beschwerden stehe weiterhin ein vermutlich myofasiales zervikales Schmerzsyndrom (sowie Brachialgien beidseits, rechtsbetont). Dr. M.____ habe erneut eine Steroidinfiltration mit 20mg Kenacort durchgeführt. Sollte durch diese Intervention keine längerfristige Beschwerdereduktion der CTS-typischen Beschwerden an der rechten Hand erreicht werden können, so wäre aus seiner Sicht die Indikation für eine operative Dekompression des rechten Carpaltunnels gegeben (Urk. 6/196/130-131).

In einem weiteren Bericht vom 11. November 2016 bestätigte Dr. M.____, aus neurologischer Sicht habe bis zur letzten Untersuchung am 12. Februar 2016 keine Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 6/188/1 und 6/118/2). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien das leichtgradige Carpaltunnelsyndrom rechts,

das chronisch zerviko-zephalo Schmerzsyndrom mit Brachialgien beidseits (rechts akzentuiert, am ehesten myofaszial) und die chronischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp gewesen (Urk. 6/168/3).

E. 4.20

Dr. C.____ bestätigte in seinem Verlaufsbericht vom 29. April 2016 seine bereits gestellten psychiatrischen Diagnosen und erwähnte neu das Carpaltunnelsyndrom rechts und chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp (Urk. 6/169/1). Er attestierte ab Januar 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der raschen Ermüdbarkeit, der Antriebsstörung, der verminderten Stress toleranz und der kognitiven Einschränkung sowie des ausgeprägten Verhaltensverhaltens und der chronischen Schmerzen bestehe eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Hilfsarbeiterin. Die Fähigkeit, sich in Bezug auf wechselnde Anforderungen der Umwelt angemessen zu verhalten, sei deutlich eingeschränkt. Die Versicherte habe Schwierigkeiten, sich neuen Situationen erwartungsgemäss anzupassen (Urk. 6/169/3). Zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit machte er keine Angaben (Urk. 6/169/4).

E. 4.21

Am 15. August 2016 wurde der Versicherten in der Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie des K.____ eine operative halboffene Karpaldachspaltung in Lokalanästhesie empfohlen (Urk. 6/196/132-133), die am 30. August 2016 durchgeführt wurde (Urk. 6/196/134 und 6/196/141-142). Anschliessend wurde empfohlen, die Hand für drei Wochen postoperativ nicht zu belasten und bei Beschwerdepersistenz zu einer Nachkontrolle zu erscheinen (Urk. 6/196/135).

E. 4.22

Am 7. Oktober 2016 wurden im N.____ MRI-Aufnahmen der Lenden- und der Halswirbelsäule erstellt, welche zur folgenden Beurteilung führten (Urk. 6/196/128-129):

L4/5: Diskopathie mit diffus dehydrierter Bandscheibe und breitbasiger medianer Diskushernie mit leichter Impression des Duralsackes und Einengung des Abgangs beider Recessus (mit möglicher Irritation L5 recessal beidseits)

L5/S1: Recht deutlich linksbetonte Spondylarthrose sowie epidurale Lipomatose ohne sichtbare Kompression

C4-C6: Leichte Segmentdegeneration mit jeweils Spondylose und geringgradige Bandscheibenerschlaffung mit leichter Impression des Duralsackes

C6/7: Mässiggradige Oestechondrose mit auch hier nur leichter Impression des Duralsackes

Keine umschriebene Diskushernie beziehungsweise höhergradige Kompression und keine foraminale Engstellung.

E. 4.23

Im polydisziplinären Gutachten des D.____ vom 13. Januar 2017 (Urk. 6/196) wurden die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 6/196/105-106):

1.

Belastungs- und positionsabhängige lumbovertbrale Schmerzen bei -

Segmentdiskopathie betont L4/L5 bei Status nach mikro chirur gi scher Dekompression am 26. April 2007 und L5/S1 mit linksbe tonter Spondylarthrosenbildung -

keine Hinweise für eine Facettengelenks- oder radikuläre Reiz- res pektive Ausfallssymptomatik 2.

Chronisches Schmerzsyndrom mit Betonung rechts zervikal und im Schulterbereich sowie lumbal 3.

Deutliche Belastbarkeitseinschränkung am linken Kniegelenk bei mässig gradig fortgeschrittener medialer und beginnender lateraler Gonarthrose mit zusätzlich beginnender Femoropatellar-Arthrose mit deutlicher Aus ziehung am Ober- und Unterpole der Patella -

retropatellärer Knorpelschaden mit diskret beginnender medialer Gonarthrose am rechten Kniegelenk.

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen (Urk. 6/196/106):

4.

Metabolisches Syndrom mit/bei -

Arterieller Hypertonie -

Dyslipidämie -

Adipositas Grad I nach WHO

5.

Status nach CTS-Operation rechts am 30. August 2016

6.

Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0)

7.

Posttraumatische Belastungsstörung, remittiert (ICD-10: F43.1).

Aus rheumatologischer Sicht sei die Versicherte in einer angepassten Tätigkeit ohne kniende Arbeiten, ohne Arbeiten auf unebenem Boden, ohne repetitiv längere Wegstrecken,

ohne repetitive Wegstrecken auf der Treppe, ohne vorn über gebückte Arbeitsabläufe, ohne repetitives Heben von Gewichten von mehr als 10 kg, im Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeitsabläufen mit Betonung der sitzenden Position zu 100 % arbeitsfähig. Ob die angestammte Tätigkeit noch ausgeübt werden könne, könne aufgrund des fehlenden Stellen profils und der diskrepanten Angaben der Versicherten über zehn Jahre retro spektiv nicht mehr beurteilt werden (Urk. 6/196/113).

Aus chirurgisch-internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht be stehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche in Frage kommenden Tätigkeiten, wobei der Wiedereinstieg aus psychiatrischer Sicht schrittweise erfolgen sollte. Aus neuropsychologischer Sicht könne die Arbeitsfähigkeit aufgrund des Aggr avationsverhaltens nicht beurteilt werden (Urk. 6/196/113-114).

Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte aus somatischer Sicht mindes tens seit dem Arbeitsassessment am 21. Februar 2013 im O.____. Die damaligen Befunde deckten sich weitestgehend mit den aktuellen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beurteilung etwas schwieriger. Bereits am 22. August 2012 hätten die Ärzte des E.____ eine lediglich subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert und eine 70%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Med. pract. A.____ habe in seinem Gutachten vom 30. September 2013 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungs stö rung gestellt, daneben ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Störung und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Insgesamt habe eine 70-80%ige Arbeitsfähigkeit bestan den. Weshalb Dr. C.____ später wieder eine posttraumatische Belastungsstörung und zusätzlich eine rezidivierende depressive Störung, gegen wärtig mittelgradige depressive Episode, diagnostiziert und daraus eine 30-40%ige Arbeitsfähigkeit im ge–schützten Rahmen ableite, werde anhand der Berichte nicht klar. Es sei überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass die Versicherte seit August 2012 aus psychiatrischer Sicht annähernd zu 100 % arbeitsfähig wäre. Diese Beurteilung korreliere weitgehend mit der Einschätzung im psychiatrischen Gutachten von med. pract. A.____ vom 30. September 2013. 5.

E. 5

Polyarthralgien

-

Verdacht auf Insertionstendinopathien

E. 5.1

Es ist strittig und zu prüfen, ob auf das polydisziplinäre Gutachten des D.____ vom 13. Januar 2017 (Urk. 6/196) abgestellt werden kann.

E. 5.2

Das Gutachten basiert auf den von der IV-Stelle zur Verfügung gestellten und zusätzlich eingeholten Unterlagen (Urk. 6/196/2-5) sowie den fachärztlichen chirur gisch-internistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychia trischen Untersuchungen der Beschwerdeführerin am 3., 6. und 28. Oktober 2016

(Urk. 6/196/1). Am 14. Oktober 2016 wurde die Beschwerdeführerin während d rei Stunden auch neuropsychologischen Untersuchungen unterzogen. Auf eine in halt liche Auswertung der betreffenden Leistungstests wurde indessen verzichtet, da die Testergebnisse auf ein

Aggravationsverhalten der Explorandin schliessen liessen und als nicht valide zu werten seien (Urk. 6/196/1, 6/196/69 und 6/196/73-77).

In der Beschwerdeschrift wurde diesbezüglich moniert, es seien jegliche Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung verneint worden mit der Begründung, die Beschwerdeführerin habe beim Reaktionstest eine verlangsamte Reaktionszeit aufgewiesen (Urk. 1 S. 7 mit Hinweis auf Urk. 6/196/57). Dazu ist festzuhalten, dass sich die neuropsychologische Teilgutachterin Dr. sc. hum. psych. P.____ nicht auf die erwähnte Feststellung einer verlangsamten Reaktionszeit beschränkte. Vielmehr legte sie anhand der entsprechenden Kriterien eingehend und nachvollziehbar dar, weshalb die neuropsychologischen Testergebnisse nicht als valide zu betrachten seien und auf ein Aggravationsverhalten der Explorandin schliessen liessen (Urk. 6/196/74-76). Unter diesen Umständen war es auch folgerichtig und korrekt, dass Dr. P.____ die Ergebnisse der Leistungstests inhaltlich nicht auswertete. Da deutliche Hinweise auf eine mangelnde Mitarbeit der Explorandin bestanden, ist der neuropsychologischen Teilgutachterin auch nicht vorzuwerfen, dass sie – im Rahmen ihres Ermessens – auf eine Nachuntersuchung verzichtete, waren von einer solchen doch keine aussagekräftigen Resultate zu erwarten. Ihre mangelnde Motivation und Mitarbeit hat die Beschwerdeführerin selbst zu vertreten. Darüber hinaus stellt eine neuropsychologische Untersuchung lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_338/2016 vom 21. Februar 2017 E. 5.4 mit Hinweis auf Ziff. 4.3.2.2 der Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] vom Februar 2012; abrufbar unter: www.ivsk.ch/mm/Qualitaetsleitlinien-fuer-psychiatrische-Gutachten.pdf). Eine solche hielt die Verfasserin des psychiatrischen Teilgutachtens, Dr. med. Q.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im vorliegenden Fall – wie zu zeigen sein wird zu Recht – nicht für zwingend notwendig.

E. 5.3

Das polydisziplinäre Gutachten berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden angemessen und beantwortet die gestellten Fragen umfassend. Insbesondere setzt es sich auch mit den zum Teil anderslautenden ärztlichen Beurteilungen, namentlich den im Raum stehenden psychiatrischen Diagnosen (namentlich einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer depressiven Störung und einer Somatisierungsstörung) und den Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen der diversen Behandler, auseinander. Die gutachterlichen Ausführungen sind schlüssig und nachvollziehbar begründet.

E. 5.4

Zum psychiatrischen Teilgutachten führte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an, eine zeitweilige Besserung – wie sie med. pract. A.____ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 30. September 2013 festgestellt habe – werde nicht bestritten. Bereits die Arztberichte von Dr. C.____ vom 8. Januar und vom 19. Februar 2014 hätten jedoch klare Hinweise auf eine erneute Verschlechterung enthalten. Inzwischen habe sich der psychische Gesundheitszustand erneut beziehungsweise weiter verschlechtert. Die psychischen Leiden der Beschwerdeführerin stünden mit der erlittenen Folter in der Türkei in Zusammenhang. Zwar sei die Beschwerdeführerin selbst hier in Sicherheit. Aufgrund ihrer Vergangenheit

und des Umstands, dass sie noch zahlreiche Bekannte und Familienangehörige in der Türkei habe, welche nun selbst an Leib und Leben bedroht seien, habe die Beschwerdeführerin mit der Zuspitzung des totalitären Systems unter Präsident Erdogan wieder vermehrt unter Flashbacks zu leiden. Die Existenz solcher Triggermomente sei bereits in den Berichten der IPW vom 12. Februar 2014 (gemeint wohl: 12. Februar 2004; vgl. Urk. 6/205/2) und vom 25. Oktober 2004 sowie im Bericht von Dr. Z.____ vom 6. September 2004 dargestellt worden. Die triggernden Nachrichten zum aktuellen Klima in der Türkei führten zu vermehrten Flashbacks, Panikattacken und Alpträumen. Es sei deshalb besonders bedauerlich, dass seine diesbezüglich gestellten Ergänzungsfragen der psychiatrischen Gutachterin nicht unterbreitet worden seien (Urk. 1 S. 6).

Vorab ist zu den angeführten Berichten zu bemerken, dass weder in demjenigen von Dr. Z.____ vom 6. September 2004 (Urk. 6/13/1-2) noch im Bericht der IPW vom 25. Oktober 2004 (Urk. 6/18/5-7) von Triggermomenten die Rede war. Im Bericht der IPW vom 12. Februar 2004 (Urk. 6/13/4-6) wurden zwar Triggermomente erwähnt, jedoch nicht beschrieben (Urk. 6/13/5). Erst im Bericht des E.____ vom 28. November 2008 wurde zu diesem Punkt ausgeführt, die Alpträume würden durch das Auftreten von Rückenschmerzen getriggert (Urk. 6/61/2).

Ungeachtet dessen ist zu berücksichtigen, dass der psychiatrischen Gutachterin Dr. Q.____ aufgrund der umfangreichen Vorakten nicht nur die Schilderungen der Beschwerdeführerin zu ihren Gefängnis- und Foltererlebnissen in der Türkei, sondern auch ihre Ausführungen zu den Triggern bekannt waren. Namentlich hatte die Beschwerdeführerin am 19. September 2013 gegenüber dem psychiatrischen Gutachter med. pract. A.____ erklärt, wenn jemand unvermittelt den Raum betrete, wenn sie laute Schritte höre oder wenn ihre Rückenschmerzen zunähmen, werde sie an traumatische Situationen erinnert, erlebe dieselben wieder und fühle sich emotional zurückversetzt. Manchmal komme es über mehrere Tage zu keinem der beschriebenen Vorfälle. Andererseits gebe es auch Tage, an denen sie von einer Ausnahmesituation in die nächste stolpere. Um entsprechenden Reaktionen vorzubeugen, habe sie begonnen, gewisse Situationen zu meiden. Wenn immer möglich fahre sie nicht mehr Lift oder schaue keine Nachrichten mehr (Urk. 6/106/11). Auch gegenüber Dr. C.____ hatte die Beschwerdeführerin davon berichtet, Personen und Reize, zum Beispiel Nachrichten, zu meiden, die sie an das Trauma erinnern könnten (Urk. 6/114/2). Fragen zum Erleben von Tagesnachrichten aus der Türkei drängten sich angesichts dieser Ausführungen nicht auf, weshalb zu Unrecht gerügt wurde, solche seien unterblieben (Urk. 1 S. 7). Dies muss umso mehr gelten, als Dr. C.____ in seinem Bericht vom 8. Januar 2014 (lediglich) eine psychische Dekompensation bei zunehmender psychosozialer Belastungssituation (Konsequenzen der IV-Revision) beschrieben hatte, während er weder Flashbacks generell noch deren vermehrtes Auftreten unter den erhobenen Befunden erwähnte (Urk. 6/114/2). Ebenso wenig lassen sich dem Bericht von med. pract. B.____ vom 19. Februar 2014 Hinweise auf die behauptete Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands entnehmen, wurden in demselben doch unveränderte Verhältnisse festgehalten (Urk. 6/122).

Im Rahmen ihrer Beschwerdeschilderung wies die Beschwerdeführerin die Gutachter des D.____ sodann ausdrücklich darauf hin, sie leide aktuell psychisch an den Ereignissen in der Türkei, und berichtete von erlebter Folter (Urk. 6/196/47). Die relevanten Fakten für eine korrekte Beurteilung waren somit bekannt. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die Zusatzfragen betreffend die Auswirkungen der aktuellen Ereignisse in der Türkei auf den

Gesundheitszustand sowie die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (Urk. 6/175) zu weiteren Erkenntnissen geführt hätten.

Es trifft zwar zu, dass die Beschwerdeführerin während der hier zur Diskussion stehenden Begutachtung angab, sie leide unter Albträumen, die sie fast jede Nacht mehrmals habe (Urk. 6/196/47, 6/196/78-79, 6/196/82 und 6/196/88), und von nächtlichen und morgendlichen Panikattacken berichtete (Urk. 6/196/87). Darüber hinaus liessen ihre Schilderungen auf vorhandene Flashbacks schliessen (Urk. 6/196/80-81). Dr. Q.____ erkannte in diesem Zusammenhang indessen zutreffend, die Explorandin könne ihre Albträume nicht beschreiben und die Flashbacks nur vage, was die Einschätzung bestätige, dass die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung nicht mehr vorhanden und für die Explorandin präsent, das heisst remittiert seien (Urk. 6/196/97). An der Korrektheit und Schlüssigkeit dieser Beurteilung vermag auch die Tatsache nichts zu ändern, dass – erst nach der Erstattung des Gutachtens – ein angeblich konfrontativer Gesprächsstil der psychiatrischen Gutachterin gerügt und deren fehlende Erfahrung im Umgang mit Folteropfern behauptet wurde (Urk. 1 S. 7 und 8; vgl. auch Urk. 6/205/5 und 6/205/6). Die Berichte der gegenwärtigen Behandler, welche Dr. Q.____ für ihre Beurteilung zur Verfügung standen, enthielten ebenfalls keine Schilderungen der Beschwerdeführerin bezüglich aktuell erlebter Flashbacks und Albträume mehr (vgl. Urk. 6/114, 6/122 und 6/169).

Die festgestellte Remission wird auch nicht – wie behauptet (Urk. 1 S. 7 f.) – durch die Angaben im Bericht des E.____ vom 28. November 2008 (Urk. 6/61) in Frage gestellt, gemäss welchem die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung über einen Zeithorizont von Jahren anzu setzen und keine vollständige Symptomfreiheit zu erwarten sei (Urk. 6/61/3). Zwischen der fraglichen Prognose und der diagnostizierten Remission sind einerseits tatsächlich mehrere Jahre verstrichen, andererseits wurde die Verbesserung im festgestellten Umfang zwar nicht erwartet, aber auch nie als abgeschlossen bezeichnet. Insofern sind keine Widersprüche ersichtlich, welche zu Zweifeln an der gutachterlichen Beurteilung von Dr. Q.____ hinsichtlich einer Remission der posttraumatischen Belastungsstörung Anlass geben könnten.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin bei der aktuellen psychiatrischen Begutachtung über keine depressiven Beschwerden mehr klagte (Urk. 6/196/78-79) und gegenüber Dr. Q.____ ausdrücklich verneinte, durchgehend über mindestens 1-2 Wochen traurig zu sein. Sie sei auf keinen Fall durchgehend traurig. Ab und zu sei sie traurig, dann unternehme sie etwas und versuche, sich zu überwinden, oder Freunde zu treffen (Urk. 6/196/81). In Anbetracht dieser Ausführungen und der psychiatrisch erhobenen Befunde (Urk. 6/196/85-90) erscheint es auch nachvollziehbar und schlüssig, dass Dr. Q.____ keine Diagnose einer depressiven Störung stellte (Urk. 6/196/96).

E. 5.5

Zu Recht wurde nicht beanstandet, dass Dr. Q.____ eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) diagnostizierte, die gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu den mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) vergleichbaren psychosomatischen Leiden gehört, auf welche die mit Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) geänderte und präziserte Rechtsprechung anwendbar ist (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 9C_689/2015 vom 3. Dezember 2015 E. 3 und 9C_340/2015 vom 23. März 2016 E. 4.3, je mit Hinweisen; vgl.

auch Urk. 1 S. 10 f.).

In der Beschwerdeschrift wurde jedoch moniert, Dr. Q.____ habe erklärt, es handle sich hierbei üblicherweise eher um ein schweres Krankheitsbild, dessen Ausprägung im vorliegenden Fall in Anbetracht des hohen Alltagsfunktionsniveaus als leicht zu bewerten sei (Urk. 1 S. 7 mit Hinweis auf Urk. 6/196/94). Dem könne nicht gefolgt werden, da die Beschwerdeführerin im Rahmen der Exploration gemäss Begutachterin glaubhaft dargetan habe, dass sie durch Ängste und Schlafstörungen eingeschränkt sei. Sie leide unter Nachhall-Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse in der Türkei, unter Alpträumen und unter Panik- und Angstattacken im Zusammenhang mit diesen Erinnerungen. Dies löse Stimmungsschwankungen mit depressiven Einbrüchen aus. Ausserdem habe sie Schmerzen im Nacken, im Kopf, im Lendenwirbelsäulenbereich und auch in den Händen, was sie bei vielen Verrichtungen einschränke (Urk. 1 S. 7 mit Hinweis auf Urk. 6/196/90 f.). Dieser Argumentation ist entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin ihrem eigenen Bekunden zufolge – ungeachtet der noch geklagten Beschwerden – in der Lage war, ihre Kolleginnen fast täglich zu treffen, regelmässig spazieren zu gehen, Besuch zu empfangen, Hobbies wie Musikhören und Filmeanschauen zu pflegen sowie den gemeinsamen Haushalt mit der Tochter zusammen zu führen, wobei sie ihren eigenen Angaben zufolge nicht wirklich der Unterstützung ihrer Tochter bedurfte (Urk. 6/196/44-45, 6/196/83 und 6/196/85). Auch sonst waren keine wesentlichen Beeinträchtigungen im Alltag auszumachen. Die gutachterliche Einschätzung erweist sich deshalb auch in diesem Punkt als korrekt. Ob sich die Verhältnisse – wie in der Beschwerdeschrift behauptet (Urk. 1 S. 11) – heute anders präsentieren, kann hier offen bleiben, da lediglich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 12. April 2017 massgeblich ist.

Des Weiteren wurde gerügt, die Schlussfolgerung Dr. Q.____, die Beschwerdeführerin vermöge die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar zu vermitteln, sei angesichts des offenbar glaubhaften Katalogs von Leiden und Beschwerden schwer verständlich bzw. nicht nachvollziehbar, zumal die Gutachterin nicht umhin komme, den Eindruck einer Aggravation zu verneinen (Urk. 1 S. 7 mit Hinweis auf Urk. 6/196/86 und 6/196/97). Die angeführten Umstände ändern nichts an der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin, dazu befragt, welche psychischen Gründe sie am Arbeiten hindern würden, lediglich erklärte, sie könne nicht lange bleiben, sie könne sich nicht auf die Arbeit konzentrieren und sie habe bei allem Mühe (Urk. 6/196/85). Diese weitgehend pauschalen Angaben, stehen – wie Dr. Q.____ richtig erkannte – im Widerspruch zum im Alltag entfalteten Aktivitätsniveau. Dabei wäre eine gleichmässige Einschränkung in allen vergleichbaren Lebensbereichen ein massgeblicher Indikator (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Die (einzig) konkret geklagten Konzentrationsschwierigkeiten lassen sich nicht mit den in dieser Hinsicht erhobenen unauffälligen Befunden (Urk. 6/196/86-87) in Einklang bringen. Es ist deshalb auch nicht zu beanstanden, dass Dr. Q.____ die betreffenden Erklärungen der Beschwerdeführerin als nicht nachvollziehbar wertete und entsprechende Diskrepanzen feststellte (Urk. 6/196/96-97).

Die weiteren von Dr. Q.____ aufgezeigten Diskrepanzen (Urk. 6/196/96-96) stimmen mit den Untersuchungsergebnissen und der weiteren Aktenlage überein, weshalb das psychiatrische Teilgutachten – entgegen der in der Beschwerdeschrift vertretenen Ansicht (Urk. 1 S. 7) – auch in dieser Hinsicht überzeugt. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass die am 3. Oktober 2016 entnommene Blutprobe eine nicht nachweisbare Serumkonzentration von Trazodon (Trittico) aufwies. Erst am 28. Oktober

2016 wurde eine Serumkonzentration dieses Medikamentes nachgewiesen, die als niedrig einzustufen und mit der Einnahme der vom behandelnden Psychiater verordneten Standarddosis von 150 mg retard vereinbar war. Die Beschwerdeführerin vermochte indessen weder die aktuelle Dosis noch die galenische Form zu nennen (Urk. 6/196/10 und 6/196/96-97). Der nachlässige Umgang mit der verordneten Medikamenteneinnahme lässt auf einen fehlenden Leidensdruck schliessen (BGE 141 V 281 E).

4.4.2) . Zwar wurde in der Beschwerdeschrift geltend gemacht, die Beschwerdeführerin habe seit Jahren sämtliche ihr angebotenen Therapiemöglichkeiten wahrgenommen (Urk. 1 S. 11). Dies trifft indessen nicht zu. So legte die Beschwerdeführerin vom 25. Februar bis zum 7. August 2008 auf eigenen Wunsch eine Therapiepause ein, da sie mit anderen Therapien wie Physiotherapie, Fitness und sozialen Belastungen wie Wohnungssuche und Arbeitslosigkeit ihres Ehemannes genügend beschäftigt sei (Urk. 6/61/1-2 und 6/62/11). Ob sie die Behandlung wegen der per Oktober 2008 von Amtes wegen geplanten Rentenrevision wieder in Angriff nahm, kann offen bleiben. Im November 2008 unterzog sich die Beschwerdeführerin jedenfalls keiner medikamentösen Behandlung ihrer psychischen Beschwerden (Urk. 6/61/2). Dem Abschlussbericht des E.____ ist hierzu zu entnehmen, sie habe die Einnahme von Remeron selbständig abgesetzt und sich zur erneuten psychopharmakologischen Medikation nicht motivieren lassen. Das therapeutische Setting habe man eben falls auf Wunsch der Versicherten abgeschlossen, sie bleibe nur noch niederschwellig in der R.____ angebunden, welche sich alle drei Wochen einmal treffe (Urk. 6/71/14). Eine weitere Therapiepause erfolgte von Dezember 2011 bis zum 21. Juni 2012, anschliessend fanden lediglich alle drei bis vier Wochen einzelne therapeutische Sitzungen und keine medikamentöse Behandlung statt (Urk. 6/78/2). Letztere wurde erst bei Dr. C.____ wieder aufgenommen (Urk. 6/114). Selbst die von Dr. F.____ angebotenen Infiltrationsbehandlungen gegen die geklagten somatischen Beschwerden lehnte die Beschwerdeführerin ab (Urk. 6/71/13).

E. 5.6

In der Beschwerdeschrift wurde insoweit zutreffend erkannt, dass der Verlauf und der Ausgang von Therapien wichtige Schweregradindikatoren sind (Urk. 1 S. 10; BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Die diagnostizierte Schmerzstörung, welche zu den mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) vergleichbaren psychosomatischen Leiden zu zählen ist (vgl. Ziffer 5.5 hiervor), kann nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nur dann als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar ist (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Entsprechende Feststellungen hat Dr. Q.____ – in Übereinstimmung mit der medizinischen Aktenlage – nicht getroffen.

E. 5.7

Nach dem Gesagten ist als Zwischenergebnis festzuhalten, dass die psychiatrische Teilgutachterin mit nachvollziehbarer und schlüssiger Begründung kein psychisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte. Die Schmerzstörung ist nicht invalidisierend, so dass sie auch keine Wechselwirkungen zu den gutachterlich diagnostizierten somatischen Leiden entfalten kann, welche im Rahmen einer Gesamtbetrachtung beurteilt werden müssten. Das Fehlen einer solchen wurde daher von Seiten der Beschwerdeführerin zu Unrecht gerügt (Urk. 1 S. 9 und 11; vgl. auch Urk. 6/205/2 und 6/205/5).

E. 5.8

Darüber hinaus wurde nichts vorgetragen, was das polydisziplinäre Gutachten des D.____ in Zweifel zu ziehen vermöchte. Ebenso wenig ist etwa s Derar tiges aus den Akten ersichtlich. Vielmehr erfüllt das Gutachten sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. auch BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf abgestellt hat. Mit demselben ist auszuweisen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Rentenüberprüfung insofern verbesserte, als sie seit August 2012 aus psychiatrischer Sicht wieder zu 100 % arbeitsfähig ist (Urk. 6/196/114). Aus somatischer und polydisziplinärer Sicht bestand und besteht für eine Tätigkeit ohne kniende Arbeiten, ohne Arbeiten auf unebenem Boden, ohne repetitiv längere Wegstrecken, ohne repetitive Wegstrecken auf der Treppe, ohne vorn über gebückte Arbeitsabläufe, ohne repetitives Heben von Gewichten von mehr als 10 kg, im Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeitsabläufen mit Betonung der sitzenden Position, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/196/113-114). 6.

E. 6

Status nach *Helicobacter pylori* assoziierter Gastritis und nicht erosive Refluxerkrankung, oberflächliche Ulcerationen Bulbus duodeni (Gastroskopie 03/12)

E. 6.1

Die Beschwerdegegnerin hat im Ergebnis richtig erkannt, dass die Beschwerdeführerin mit einer 100%igen Arbeitstätigkeit, welche dem gutachterlich formulierten Belastbarkeitsprofil entspricht, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen kann (vgl. Urk. 2). Es ist jedoch anzumerken, dass der Beschwerdeführerin letztmals im Mai 2014 eine halbe Invalidenrente ausgerichtet wurde und eine Rentenaufhebung ab Juni 2014 zur Diskussion steht (vgl. Urk. 6/128, 6/140/4, 6/154 und 6/158).

E. 6.2

Für den Einkommensvergleich ist daher – in einem ersten Schritt – massgeblich, welches hypothetische Valideneinkommen die Beschwerdeführerin als Gesunde im Jahr 2014 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Grundsatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 297 E. 5.1, 134 V 322 E. 4.1 und 129 V 222 E. 4.3.1).

Die Beschwerdeführerin verlor ihre letzte Anstellung als Produktionsmitarbeiterin der Y.____ aus gesundheitlichen Gründen (Urk. 6/17/1 und 6/17/6). Es erscheint daher überwiegend wahrscheinlich, dass sie ohne Eintritt eines Gesundheitsschadens nach wie vor im angestammten Arbeitsverhältnis tätig wäre. Das zuletzt im Jahr 2004 mit dieser Tätigkeit erzielte und der Rentenzusprache zu Grunde gelegte Valideneinkommen von Fr. 55'562.-- (Urk. 6/17/2, 6/17/8 und 6/21/1) ist daher der Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex [Basis 1939 = 100; im Internet abrufbar unter <http://www.bfs.admin.ch>], Nominallohnindex Frauen, Total; 2004: 116.6, 2014: 132.1) anzupassen. Dementsprechend ist von einem massgeblichen Valideneinkommen von Fr. 62'948.-- im Jahr 2014 auszugehen.

E. 6.3

Die Beschwerdeführerin übt keine erwerbliche Tätigkeit mehr aus. Es ist daher korrekt, zur Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens Tabellenwerte

der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen. In Anbetracht des im polydisziplinären Gutachten des D. ___ vom 13. Januar 2017 umschriebenen Zumutbarkeitsprofils, der fehlenden Ausbildung und der geringen beruflichen Erfahrung der Beschwerdeführerin ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Auffassung vertritt, das hypothetische Invalideneinkommen sei ausgehend vom Lohn für Hilfsarbeiten (Zentralwert) für Frauen im Kompetenzniveau 1 zu ermitteln. Es ist folglich von einem Einkommen von Fr. 4'112.-- pro Monat auszugehen (vgl. LSE 2012, Tabelle TA1, Total, Niveau 1, Frauen). Unter Berücksichtigung einer betrieblichen üblichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden und der Nominallohnentwicklung (Basis 1939 = 100; Nominallohnindex Frauen, 2012: 129,9, 2014: 132,1; im Internet abrufbar unter <http://www.bfs.admin.ch>) ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 52'312.-- im Jahr 2014 (Fr. 4'112.--: 40 x 41,7 x 12 : 129,9 x 132,1).

E. 6.4

Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein Invaliditätsgrad von 16,89 % ([Fr. 62'948.-- - Fr. 52'312.--] : Fr. 62'948.-- x 100), welcher keinen Rentenanspruch mehr zu begründen vermag.

E. 6.5

Für die Jahre 2015 bis 2017 erscheint einzig eine Anpassung der Validen- und Invalideneinkommen an die Nominallohnentwicklung angezeigt, so dass jeweils ein unveränderter und rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultiert. 7.

E. 7

Zervikobrachialgie rechts

-

Röntgen HWS 06/15: fortgeschrittene Osteochondrose C6/7

E. 7.1

Die Beschwerdeführerin liess den Standpunkt vertreten, vor einer revisionsweisen Rentenkürzung bzw. –aufhebung müssten Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden (Urk. 1 S. 12 f.; vgl. auch Urk. 6/205/7-8).

E. 7.2

Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar (vgl. anstatt vieler das Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2014 vom 17. September 2015 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 7.3

Eingliederungsmassnahmen können indes bereits aus medizinischer Sicht eine *Conditio sine qua non* für eine Umsetzung eines (potentiellen) Leistungsvermögens sein. Der Schluss, ein auf der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beruhendes Invalideneinkommen dürfe (noch) nicht angerechnet werden, fällt also zunächst dann in Betracht, wenn das grundsätzlich attestierte Leistungsvermögen in der ärztlichen

Beurteilung unter den ausdrücklichen Vorbehalt der Durchführung befähigender Massnahmen gestellt wird (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Dies trifft hier nicht zu, auch wenn Wiedereingliederungsmassnahmen mit einem langsamen und schrittweisen Einstieg als sinnvoll und unterstützend bezeichnet wurden (Urk. 6/196/98 und 6/196/113-114; vgl. Urk. 1 S. 13).

E. 7.4

Des Weiteren können nach langjährigem Rentenbezug ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der sofortigen Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegen stehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Das bedeutet nicht, dass sich die versicherte Person auf eine Besitzstandsgarantie berufen kann, sondern lediglich, dass ihr zugestanden wird, dass ihre Rente erst nach Prüfung und Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eingestellt wird. Diese Rechtsprechung ist allerdings auf Fälle beschränkt worden, in denen die revisionsweise Rentenaufhebung eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2014 vom 17. September 2015 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die 1957 geborene Beschwerdeführerin war 2014 bereits 57 Jahre alt, das heisst sie hatte ihr 55. Altersjahr schon überschritten. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass seit der Rentenzusprache ab dem 1. Oktober 2004 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestand. Objektiv betrachtet wäre es der Beschwerdeführerin somit möglich und zumutbar gewesen, einer entsprechenden Erwerbstätigkeit nachzugehen. Ist der versicherten Person, wie in der hier zu beurteilenden Konstellation, die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit seit Jahren zumutbar und die berufliche Selbstintegration seither allein aus invaliditätsfremden Gründen unterblieben, ist die arbeitsmarktliche Desintegration nicht invaliditätsbedingt. In einem solchen Fall besteht vor der Rentenaufhebung kein Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_393/2016 vom 25. August 2016). Der Rentenaufhebung ab Juni 2014 steht somit nichts entgegen. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung an derselben festgehalten hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 8.

E. 8

Leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts

-

11/2015 Progrediente Symptomatik, DD im Rahmen Diagnose 7

E. 8.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsmässig sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge gewährter unentgeltlicher

Prozessführung (Urk. 10) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 8.2

Rechtsanwalt Bernhard Jüsi hat für seine Bemühungen und Auslagen als unentgeltlicher Rechtsvertreter im vorliegenden Verfahren keine Honorarnote eingereicht. In Anbetracht der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses erscheint es angemessen, ihm eine Entschädigung von Fr. 2'700.-- (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. Das Gericht erkennt:

E. 9

Chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp.

Bei der Untersuchung am 18. November 2015 habe die Versicherte erklärt, nach der erneuten Physiotherapiestaffel bestehe ein wechselnder Verlauf. Zwischenzeitlich seien die Nackenschmerzen nach der Therapie intensiver, aktuell habe sie wieder vermehrte Schmerzen im rechten Arm. Kurzfristig helfe die Physiotherapie zum Teil, sie führe ihr Heimprogramm regelmässig durch, langfristig sei noch keine Beschwerdereduktion eingetreten (Urk. 6/166/6-7).

Klinisch bestünden keine Hinweise auf eine radikuläre Problematik. Die zeitlichen Kribbelparästhesien seien wahrscheinlich immer noch auf das bereits bekannte Karpaltunnelsyndrom zurückzuführen. Er empfehle, eine neurologische Verlaufskontrolle zu veranlassen zur Standortbestimmung bei subjektiv zunehmender Symptomatik und objektiv immer noch fehlenden sensorischen Defiziten. Eine weitere symptomatische Therapie sei sicher indiziert, wie auch eine weitere Physiotherapie zur Nacken- und Rückenstabilisation und Detonisierung (Urk. 6/166/7).

Zweifelloso bestehe aus rheumatologischer Sicht aufgrund der Degenerationen im Bereich der Halswirbelsäule, der Lendenwirbelsäule und des rechten Knies eine eingeschränkte Belastbarkeit des Achsenskelettes und des rechten Knies. Zudem möge die neurologische Komponente eine Rolle spielen. Des Weiteren bestehe zweifelsohne eine psychische Problematik. Um dieser Situation gerecht zu werden, empfehle er unbedingt eine polydisziplinäre gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus interdisziplinärer Sicht (Urk. 6/166/7).

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