

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01159 vom 5. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01159

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01159 du 5 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01159 del 5 marzo 2019

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_12 5/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1

IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist je doch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs.

E. 1.3

) darstellt.

Bei diesem Ergebnis erübrigen sich Weiterungen zu einer wie von der Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort vom 21. Dezember 2017 vorgebrachten Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG respektive zweifellosen Unrichtigkeit der Rentenzusprache (Urk. 9 S. 2).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

ATSG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Aufhebung der bisher ausgerichteten halben Rente in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) damit, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gestützt auf das eingeholte psychiatrische Gutachten verbessert habe und der Beschwerdeführerin seit April 2017 eine Tätigkeit im Umfang von 70 % zumutbar sei (S. 1 f.).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 9) begründete sie – näher dargelegt – den Revisionsgrund und den Zeitpunkt. Sie machte geltend, für den Fall des Fehlens eines Revisionsgrundes wäre eine Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG zu prüfen (S. 1 ff.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), auf das Gutachten könne aus näher dargelegten Gründen (S. 8 ff.) nicht abgestellt werden, da sich ihr Gesundheitszustand nicht verbessert habe. Damit bestehe ein weiterhin unveränderter Gesundheitszustand, weshalb mit der Rentenkürzung Art. 17 ATSG verletzt werde (S. 12). Schliesslich sei sie nie zu einem Gespräch betreffend Eingliederungsmassnahmen eingeladen worden, welche notwendig seien, da sie fast 15 Jahre lang eine IV-Rente bezogen habe und aus alleiniger Kraft eine Selbsteingliederung unmöglich sei (S. 12 am Schluss).

Replicando (Urk. 13) führte sie nochmals aus, dass sich seit der letzten Rentenrevisionsk eine gesundheitliche Verbesserung eingestellt habe (S. 13).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht von einem verbesserten Gesundheitszustand ausging und die bisherige halbe Rente einstellte.

E. 3

berichtete Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 27. November 2016 der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/34/3-5). Er nannte als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eine Adipositas, welche zwar eine mässige Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bedinge, jedoch für die grundsätzliche Beurteilung nicht ausschlaggebend sei (S. 1 oben). Seit November 2005

bis heute seien zirka 2-3 wöchentliche Gesprächstermine durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin im Denken und Fühlen weitgehend auf den jetzt fünf Jahre zurückliegenden Unfalltod ihres damals 17-jährigen Sohnes eingeschränkt. Die Schwere und Länge der Symptomatik rechtfertige die Diagnose einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung (S. 1 Mitte). Der Unfalltod des Sohnes, welcher von einem Zug erfasst worden sei, habe die Beschwerdeführerin plötzlich und vor allem anhaltend in einen Zustand der Trauer, Lähmung und Ängstlichkeit versetzt. Ihre psychische Belastbarkeit zeige sich massiv reduziert (S. 1 unten).

Die Beschwerdeführerin sei durch ihre posttraumatische Belastungsstörung hochgradig behindert. Inwieweit zusätzlich aggravierende Momente vorhanden seien, sei bei der Komplexität des Falles nur schwer zu beurteilen. Die bisherigen therapeutischen Bemühungen hätten leider keinen signifikanten Rückgang der Symptome bewirken können. Aus derzeitiger Sicht liege keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vor, mithin bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Um doch noch eine verwertbare Arbeitsfähigkeit zu erzielen, sei die weitere Beurteilung durch einen auf Psychotrauma spezialisierten Psychiater empfohlen (S. 3).

E. 3.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache stütze sich im Wesentlichen auf den Arztbericht von Dr. med.

B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Januar 2005 (Urk. 10/13). Diese diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin die Entwicklung einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) nach dem Unfalltod ihres 17-jährigen Sohnes am 27. Oktober 2001 (pathologische Trauerreaktion) und erachtete sie seit dem Todesdatum für vollständig arbeitsunfähig (S. 1).

In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe ab 19. Juni 2003 eine halbtägige Arbeitsfähigkeit (S. 5).

Sie führte aus, seit dem Unfalltod des Sohnes habe sich das Leben der Beschwerdeführerin vollständig verändert. Im Vordergrund der psychiatrischen Symptomatik stehe ein Vermeiden von Aktivitäten, die Erinnerungen an den Verlust wachrufen (z.B. Zufahren, Gehen zum Bahnhof Oerlikon, Aufenthalt an Orten, an denen sie Freunde ihres Sohnes begegnen könnte). Zusätzlich bestünden Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie Konzentrationsstörungen und eine vermehrte Vergesslichkeit, die sie vor dem Unfalltod ihres Sohnes nicht gekannt habe (S. 2).

E. 3.2

) in seine Beurteilung weitestgehend einbezogen. So hat er sich einlässlich mit den diagnoserelevanten Befunden und deren Ausprägung auseinandergesetzt, ebenso mit dem Behandlungserfolg, der - wenn auch (noch) nicht im an sich möglichen Umfang -

aufgrund fehlender stattfindender adäquater Psychotherapie eingetreten ist. Zum Aspekt der Persönlichkeit und der persönlichen Ressourcen wies er insbesondere bei gebessertem Befund auf die fehlende Motivation zur Eingliederung hin, und den sozialen Kontext betreffend wies er nämlich darauf hin, dass die Beschwerdeführerin über keinerlei Schulbildung verfüge, nun aber Hocharabisch lerne, freundschaftlichen Kontakt zu ihrem Ehemann pflege und für Spaziergänge sowie für Einkäufe in die Migros und Coop ausser Haus gehe und die öffentlichen Verkehrsmittel ohne Einschränkung nutzen kann.

Schliesslich

äusserte er sich auch zur Konsistenz, und zwar unter Hinweis auf festgestellte Diskrepanzen . Zu nennen ist hier vor allem seine Feststellung, dass in den Alltagsaktivitäten keinerlei Einschränkungen bestehen .

Schliesslich

ist auch die Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit so erfolgt, dass sie sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) ergibt.

E. 3.2.2

Dr. med. D.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerde gegnerin entnahm dem Bericht des behandelnden Dr. C.____ im Wesentlichen unveränderte Befunde, weshalb er in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2007 die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten und lei densangepassten Tätigkeit als Putzfrau weiterhin im Umfang von 50 % festsetzte (Urk. 10/35 S. 2).

E. 3.2.3

Auf Zuweisung von Dr. C.____ erfolgte am 22. Oktober 2010 durch die Ärzte des Universitätsspitals E.____ , Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, eine psychiatrische Beurteilung. Mit Bericht vom 27. Oktober 2010 (Urk. 10/44/11-14) diagnostizierten die Ärzte eine komplizierte Trauerstörung (ICD-10 F43.9) sowie eine rezidivierende Depression, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Sie führten aus, im Vordergrund der aktuellen Beschwerden stehe die ständige Trauer um den vor

E. 3.2.4

Im Rahmen der im Februar 2011 eingeleiteten Rentenrevision erachtete Dr. C.____ den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als unverändert (Urk. 10/40 Ziff. 1.1). Mit Bericht vom 9. April 2011 (Urk. 10/44 /5-10) führte er aus, die Beschwerdeführerin leide an einer komplizierten Trauerstörung (ICD-10 F43.9) sowie an einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33). Sie sei von 2005 bis April 2008 in seiner Behandlung gewesen und habe ihn im September 2010 in mittelgradig depressivem Zustand mit Suizidgedanken wieder aufgesucht . Aufgrund des Arztberichtes des E.____ vom 27. Oktober 2010 (vgl. vorstehend E. 3.2.3) müsse neben der Trauerreaktion von einer rezidivierend depressiven Störung ausgegangen werden, die zumindest im Herbst 2010 mittelgradige Ausprägung gezeigt habe (Ziff. 1.4). Als Reinigungsmitarbeiterin bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.6), wobei die aktuelle Arbeitsfähigkeit nicht einschätzbar sei. Aufgrund der langen Arbeitsabs tinnenz werde die Arbeitsfähigkeit wohl nur über einen Arbeitsversuch/Belastungsversuch genau er bestimmbar sein (Ziff. 1.7), was auch für die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit gelte, da die vormalige Tätigkeit behinderungsangepasst sei (Ziff. 1.7). Mit gezielter Weiterführung der Therapie könnte die Arbeitsfähigkeit verbessert werden (Ziff. 1.8).

E. 3.2.5

Die Ärzte der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am E.____ beantworteten den Fragebogen der Beschwerdegegnerin zur Rentenrevision am 4. Juli 2011 (Urk. 10/46). Als Diagnose nannten sie rezidivierende Depressionen, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), bestehend seit 2005

sowie einen Zustand nach einer komplizierten Trauerstörung bei plötzlichem Tod des ältesten Sohnes im Jahr 2005 (richtig: 2001; ICD-10 F43.9; Ziff. 1.1). Sie hätten im Oktober 2010 mit der dolmetscherunterstützten Behandlung der komplizierten Trauer bei kognitiv- behavioralen Ansatz begonnen. Am 14. Juni 2011 habe diese Therapie erfolgreich abgeschlossen werden können. Eine weitere ambulante psychiatrische Behandlung mit dem Schwerpunkt auf die Depression und auf die interpersonellen Probleme erscheine angezeigt. Erneut sollten unterstützende medikamentöse Massnahmen evaluiert werden (Ziff. 1.5). Während der Behandlung am E.____ sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Ziff. 1.6).

Bei der Beschwerdeführerin liege eine mittelgradige Depression mit somatischen Symptomen vor. Als Einschränkungen resultierten daraus insbesondere erhöhte Ermüdbarkeit, eine deutlich reduzierte körperliche und psychische Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen, Ein- und Durchschlafstörungen, Ängste und sozialer Rückzug. Bereits bei leichter Tätigkeit komme es rasch zu einer starken Zunahme der Beschwerden. Durch die Konzentrationsstörungen und erhöhte Ermüdbarkeit könne es zu Fehlern beim Ausführen von Aufgaben kommen. Aus psychiatrischer Sicht sei zu erwarten, dass die Etablierung eines 50%igen Pensums gelingen könnte, wobei dringend empfohlen sei, das Arbeitspensum kleinschrittig aufzu bauen . Eine Steigerung der Leistungsfähigkeit über das 50%ige Arbeitspensum hinaus erscheine realistisch (Ziff. 1.7 und Ziff. 1.8). 4. 4.1

Im vorliegenden Revisionsverfahren sind die folgenden relevanten medizinischen Berichten aktenkundig: 4.2

Am 28. November 2016 (Urk. 10/60) berichtete Dr. C.____ der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/60). Er stellte die unveränderte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung und einer komplizierten Trauerstörung (Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin stehe seit Februar 2008 in seiner fachärztlichen Behandlung. Nach der Traumabehandlung im E.____ im Jahr 2010/2011 sei die ambulante Behandlung zuerst höher- dann niederfrequent weitergeführt worden. Im Jahr 2012 hätten drei, im Jahr 2013 zwei, im Jahr 2014 zwei, im Jahr 2015 eine und im Jahr 2016 bisher eine Konsultation stattgefunden (Ziff. 3).

Die Symptomatik umfasse einerseits ein depressives Residuum mit reduzierter Grundstimmung, hoher Affektlabilität mit überschüssiger Affektäusserung (von dysphorisch bis verzweifelt-weinerlich), ausgeprägte Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörung (alltagsbehindernder Ausprägung), andererseits als Residualzustand der komplizierten Trauerreaktion eine hochgradige Fixiertheit auf die Sicherheit der 15-jährigen Zwillinge. Dies äussere sich in anhaltende Sorge um deren Wohlergehen, lückenloses, fast ihre gesamte Energie absorbierendes Beaufsichtigungsverhalten sowie sehr enge Vorgaben, wie die Zwillinge sich im Alltag zu verhalten hätten. Die Beschwerdeführerin sei dadurch im Lebensvollzug deutlich eingeschränkt, da sowohl mentale, wie auch emotionale Funktionen nachhaltig gestört seien und ihr Alltagsverhalten nachhaltig triggerten . Es bestehe eine ausgeprägte Restsymptomatik, die auch die Arbeitsfähigkeit deutlich beeinträchtige. Es sei davon auszugehen, dass die aktuelle Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht verbessert werden könne (Ziff. 3). 4.3

Dr. A.____ erstattete ein psychiatrisches Gutachten am 10. Mai 2017 gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen der Beschwerdeführerin vom 21. April 2017 (Urk. 10/69). Er nannte als Diagnose eine rezidivierende depressive Erkrankung, gegenwärtig mittelgradig

(ICD-10 F33.10), ohne somatisches Syndrom (S. 18). Er schloss – näher ausgeführt – eine posttraumatische Belastungsstörung mangels Vorliegens des Katastrophenkriteriums und von Flashbacks aus (S. 18 am Schluss). Ebenso sei die nicht näher bezeichnete Trauerreaktion als Sammelbecken ungewöhnlicher Reaktionen zu sehen. Eine konkrete Diagnose sei damit nicht verbunden. Bei ICD-10 finde sich dies ohne nähere Bezeichnung und ohne diagnostische Kriterien. Eine solche ICD-10-Diagnose sei daher aufgrund fehlen der Spezifikationen weder widerlegbar noch diagnostizierbar. Sie sei frei wählbar und durchaus als Möglichkeit dieser Symptomatik zu sehen (S. 19 oben).

Zum psychischen Befund führte der Gutachter aus, die Beschwerdeführerin gebe selber Antriebsstörungen, Traurigkeit und Überforderung an. Sie selber nehme an sich verminderte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit wahr. Innerhalb der neuropsychologischen Untersuchung finde sich eine dem Niveau der Schulbildung angepasste neuropsychologische Funktionsfähigkeit. Es fänden sich phobisch anmutende Ängste bezüglich der potenziellen Verletzung der Kinder. Es komme auch zu einer teilweise kognitiven Verzerrung bezüglich der eigenen Schuldgefühle und Gefühlen von Wertlosigkeit. Insgesamt fänden sich Hinweise für eine rezidivierende depressive Erkrankung, die jedoch kein somatisches Syndrom aufzeige. Bei der mittelgradigen depressiven Episode fänden sich die typischen depressiven Symptome in einer mittelgradigen Ausprägung (S. 19 Mitte). Des Weiteren sei eine spezifische isolierte Phobie nicht ableitbar, ebenso fänden sich weder eine Angststörung noch eine Panikstörung mit schweren Angstattacken ohne spezifische Situation. Die Beschwerdeführerin bekomme Angst, wenn sie – wenn die Kinder nicht im Hause seien – die Sirenen eines Sanitätswagens höre. Dies sei eine so seltene Begebenheit, dass dies nicht als isolierte Phobie diagnostizierbar sei (S. 19 am Schluss).

Zum sozialen Kontext wies der Gutachter unter anderem darauf hin, dass die Beschwerdeführerin weder lesen noch schreiben könne. Aktuell lerne sie Hocharabisch. Es sei zu einer schweren psychosozialen Belastungssituation mit dem Tod des Sohnes gekommen. Eindeutig sei nunmehr eine pathologische Reaktion darauf, die weit über eine normale psychosoziale Belastungssituation hinausgehe. Die Beschwerdeführerin habe sich selber als Ressourcen ihrer Kinder strukturiert. Zusätzlich gebe sie an, ihr Psychiater sei für sie eine Hoffnung und Stütze. Es bestehe ein freundschaftlicher Kontakt mit ihrem ehemaligen Ehemann. Die Verkehrsfähigkeit sei nicht eingeschränkt, für Einkäufe in den Coop und Migros so wie auch für Spaziergänge verlasse sie das Haus. Nachmittags würde sie meistens Hocharabisch lernen. Einschränkungen im Waschen, Kochen, Einkaufen und Putzarbeiten lägen keine vor. Es komme jedoch zu erheblicher fehlender Compliance bezüglich Einnahme der Medikation. Es fehle jegliche Motivation zur Reintegration. Sie selber gehe davon aus, dass sie eine ganze IV-Rente benötigen würde (S. 15 f f.).

Zur Frage der Konsistenz führte der Gutachter aus, grundsätzlich finde sich eine ähnliche Symptomatik basierend auf der Aktenlage. Die Wertung, dies als Traumafolgestörungen zu sehen, sei aktuell nicht mehr rechtfertigbar. Der Grad der Symptomatik werde jedoch auch im letzten Befundbericht als deutlich gebessert angesehen. Die eigene Ansicht breche erheblich mit den möglichen Alltagsaktivitäten. Die Beschwerdeführerin fordere für sich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ein. Im Gegensatz hierzu zeigten sich in den Alltagsaktivitäten keinerlei Einschränkungen (S. 24).

Im Vergleich zum Zustandsbild von 2011 finde sich eine deutliche Besserung. Es sei daher von einem gebesserten Gesundheitszustand auszugehen. Auch die Auswirkungen auf die

Arbeitsfähigkeit würden daher anders beurteilt. Es sei nicht von einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhaltes auszugehen. Aktuell bestehe bei der Beschwerdeführerin eine 70%ige Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Reinigungskraft. Eine angepasste Tätigkeit ergebe keine höhere Arbeitsfähigkeit, da die Tätigkeit als Reinigungskraft wegen geringgradiger Anforderung bezüglich kognitiver und interaktioneller Fähigkeiten als ideal angepasst gelte. Der behandelnde Psychiater gebe ein Befundbild nachweisbar ab November 2016 zu einer deutlich erhöhten Arbeitsfähigkeit an, jedoch gehe dieser von einer aktuellen Arbeitsfähigkeit von 50 % und von keiner therapeutischen Besserungsfähigkeit aus. Hingegen finde sich im Untersuchungszeitpunkt des E. ___ im Jahr 2011 gemäss psychiatrischer und psychotherapeutischer Ansicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit mit deutlicher Verbesserungsmöglichkeit. Zudem fehle es an einer adäquaten Psychopharmaka - therapeutischen Betreuung, da nur ein einziges antidepressiv wirksames Medikament verordnet worden sei. Nur sehr begrenzt aussagekräftig seien die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin. Sie selber gehe davon aus, vollständig arbeitsunfähig zu sein (S. 29 f. mit Verweis auf S. 28). 4.4

RAD-Ärztin Dr. med. F. ___ erachtete in ihrer Stellungnahme vom 7. Juni 2017 (Urk. 10/70 S. 3 f.) das eingeholte Gutachten von Dr. A. ___ aus versicherungsmedizinischer Sicht als nachvollziehbar ; es sei darauf abzustellen. 4.5

Dr. med. G. ___ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erachtete in seiner Beurteilung vom 9. Juli 2017 den Rentenrevisionsentscheid der Beschwerdeführerin für unangebracht. Seit dem Tod ihres Sohnes stehe die Beschwerdeführerin mit Unterbrüchen unter einer medikamentösen Therapie mit Citalopram 20 mg und seit März 2015 mit Remeron 30 mg. In den gesamten 15 Jahren sei sie von keinem behandelnden Arzt zu mehr als 50 % arbeitsfähig erachtet worden. Die Beurteilung einer 70%igen Arbeitsfähigkeit durch Dr. A. ___ nach einer einmaligen Exploration sei für ihn in keiner Weise nachvollziehbar und basiere nach seinem Dafürhalten nicht auf einer gewissenhaften Beurteilung der Anamnese und Gewichtung der Behandlung durch die ärztlichen Kollegen (Urk. 10/77/4). 4.6

Dr. C. ___ verfasste am 30. Juni 2017 einen ärztlichen Bericht (Urk. 10/77). Darin wies er auf eine ausgeprägte Restsymptomatik hin, welche auch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und deren Erhöhung über die attestierten 50 % nicht möglich sei (S. 1). Falsch sei das psychiatrische Gutachten hinsichtlich der durchgeführten Psychopharmakotherapie . Eine solche sei – näher ausgeführt – durchaus durchgeführt worden und eine erneute Pharmakabehandlung

dürfte das Ergebnis nicht verbessern, da die Beschwerdeführerin doch über mehrere Jahre antidepressiv mediziert gewesen sei , ohne dass dadurch die Symptomatik nachhaltig beeinflusst werden können (S. 2 f.). Es sei für ihn nicht nachvollziehbar, dass neu eine Arbeitsfähigkeit von 70 % vorliegen soll (S. 3). Schliesslich sei auch die postulierte Ablehnung jeglicher Eingliederungsmassnahmen durch die Beschwerdeführerin zu hinterfragen. In einem vertrauensvollen und motivations fördernden Gespräch mit einem Eingliederungsberater der IV hätte sich ein anderes Ergebnis gezeigt (S. 3 am Schluss).

E. 5

), was sich exemplarisch auch darin zeigt, dass er der Beschwerdeführerin die Wohnung besorgte, mit den Kindern und den Sozialbehörden redet, ja sogar bei Schwierigkeiten oder Problemen sofort benachrichtigt wird (Urk. 10/69 S. 12 Mitte).

E. 5.1

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die halbe Invalidenrente zu Recht aufgehoben hat .

E. 5.2

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Eine Revisionsverfügung gilt dann als Vergleichsbasis, wenn sie die ursprüngliche Rentenverfügung nicht bestätigt, sondern die laufende Rente aufgrund eines neu festgesetzten Invaliditätsgrades geändert hat. Dabei kommt einer Verfügung, welche die ursprüngliche Rentenverfügung bloss bestätigt, bei der Bestimmung der zeitlichen Vergleichsbasis keine Rechtserheblichkeit zu (vgl. BGE 109 V 262 E. 4a; 130 V 71 E. 3.2.3). Dies gilt im vorliegenden Fall mit Blick auf die Mitteilungen vom 17. Januar 2007 (Urk. 10/36) und 21. Juli 2011 (Urk. 10/48) , mit denen die halbe Invalidenrente jeweils bestätigt wurde. Vor allem auch und entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 13 S. 2) aus dem Grund, dass hinsichtlich der Rentenrevision im Jahr 2011 nicht einmal der RAD der Beschwerdegegnerin zur medizinischen Sachlage Stellung genommen hat. Als Vergleichsbasis kommt damit die Verfügung vom 13. Oktober 2005 in Betracht, mit welcher der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. November 2003 eine halbe Invalidenrente zugesprochen wurde (Urk. 10/23).

E. 5.3.1

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE

140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V

281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamtthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE

143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 5.3.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 5.4

Der Gutachter hat die heute massgebenden Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 5.3.2).

E. 5.5

Nachdem sich der Gutachter in seiner Beurteilung (auch) an den Standardindikatoren orientiert hat, ist die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. Somit ist betreffend die Diagnosen wie auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten abzustellen, welches auch sonst die Anforderungen an ein beweistaugliches Gutachten erfüllt (vgl. vorstehend E. 1.4).

Die Richtigkeit des Gutachtens zeigt sich auch im Umstand, dass bereits die Ärzte des E. 5.1 im Juli 2011 eine Steigerung der Leistungsfähigkeit über das 50%ige Arbeitspensum hinaus als realistisch erachteten (vgl. vorstehend E. 3.2.5) sowie in der Feststellung, dass im Jahr 2015 und 2016 jeweils nur eine Konsultation beim Behandler stattgefunden hat (vgl. vorstehend E. 4.2), was auf einen wenig ausgeprägten Leidensdruck hinweist.

E. 5.6

Dem stehen die in der Beschwerde (Urk. 1 S. 9 ff.) genannten Kritikpunkte nicht entgegen. Namentlich den Ausführungen betreffend Befunde und psychische Einschränkungen kann nicht gefolgt werden. So legte der Gutachter (vgl. vorstehend E. 4.3) nachvollziehbar und schlüssig dar, weshalb eine gesundheitliche Verbesserung stattgefunden hat und keine andere Beurteilung eines im Wesentlichen gleichgebliebenen Sachverhaltes vorliegt.

Auch führen die Einwände der behandelnden Ärzte zu keinen abweichenden Schlussfolgerungen, zumal es sich bei Dr. G. um keinen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie handelt (vgl. vorstehend E. 4.5) und die Berichte von Dr. C. (vgl. vorstehend E. 3.2.1, E. 3.2.4, E. 4.2 und E. 4.6) aufgrund seiner auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zur Beschwerdeführerin zurückhaltend zu gewichten sind (BGE 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch BGE 135 V 465 E. 4).

E. 5.7

Somit steht der medizinische Sachverhalt dahingehend fest, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin krankheitsbedingt in dem gutachterlich attestierten Umfang (vgl. vorstehend E. 4.3) eingeschränkt ist, mithin in der angestammten Tätigkeit und anderen Hilfstätigkeiten des freien Arbeitsmarktes um 30%.

Im Vergleich zum Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache (vgl. vorstehend E. 3.1) wie auch im Zeitpunkte der letzten Rentenrevision (vgl. vorstehend E. 3.2.3 ff.) ist nunmehr eine deutlich höhere Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Dies ist eine Veränderung, welche einen Revisionsgrund (vgl. vorstehend E.

E. 6.1

Zu prüfen bleibt, wie sich das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

E. 6.2

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100% zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist

insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 8C_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen).

E. 6.3

Da der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit gemäss Gutachten noch zu 70 % zumutbar ist, kann rechnerisch ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Eine möglichst genaue Bezifferung und Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Erwerbseinkommen, um aus der Einkommensdifferenz den Invaliditätsgrad bestimmen zu können, erübrigt sich somit. Der Invaliditätsgrad entspricht mithin der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30 %.

E. 6.4

Im Regelfall ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, 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. Diese Rechtsprechung ist grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die (revisions- oder wiedererwägungsweise) Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien (vgl. lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]) bedeutet nicht, dass die darunter fallenden Rentnerinnen und Rentner im jeweiligen revisions- (Art. 17 Abs. 1 ATSG) beziehungsweise gegebenenfalls wiedererwägungsrechtlichen (Art. 53 Abs. 2 ATSG) Kontext einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten; es wird ihnen lediglich zugestanden, dass – von Ausnahmen abgesehen – aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteile Bundesgerichts 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.4 und 9C_412/2014 vom 20. Oktober 2014 E. 3.1).

Die 1964 geborene Beschwerdeführerin bezog seit 2003 eine halbe Rente und war im Zeitpunkt der Rentenaufhebung

53 Jahre alt, weshalb sie nicht unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezückerkreis fällt. Sie fühlt sich zudem nicht in der Lage zu arbeiten (vgl. vorstehend E. 4.3), weshalb die Beschwerdegegnerin nicht gehalten war, Eingliederungsmassnahmen zu veranlassen: Fehlt es am Eingliederungswillen bzw. an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (Urteil des Bundesgerichts 8C_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_19/2016 vom 4. April 2016 E. 5.2.3).

Der Beschwerdeführerin steht es indes frei, sich bei der Beschwerdegegnerin für Unterstützungshilfe hinsichtlich Eingliederung zu melden, was auch aus medizinischer

Sicht befürwortet wird (vgl. vorstehend E. 4.6).

E. 6.5

Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht eine revisionsrelevante Sachverhaltsänderung angenommen und eine Renteneinstellung verfügt. Die Beschwerdegegnerin hat in Übereinstimmung mit Art. 88 bis Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) die Rentenaufhebung auf den ersten Tag des zweiten der Zustellung der angefochtenen Verfügung vom 25. September 2017 Monats verfügt.

Die angefochtene Verfügung vom 25. September 2017 (Urk. 2) erweist sich des halb als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV - Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

E. 7.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin respektive seine fall führende Substitutin

MLaw

Z. ___ wies in der eingereichten Kostennote vom 4. Juni 2018 (Urk. 17/2) für das vorliegende Verfahren einen Aufwand von 9 Stunden und 40 Minuten à Fr. 220.-- sowie Barauslagen von Fr. 56.50 aus.

Es entspricht durchaus der Realität, dass Rechtsanwälte von ihren Substituten unterstützt werden. Da es sich bei der Substitutin unbestritten ermassen um keine Rechtsanwältin handelt, ist deren Bestellung als unentgeltliche Rechtsvertretung nicht erlaubt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 2C_323/2011 vom 29. August 2011 E. 2 und 8C_888/2011 vom 7. Mai 2012), eine Tatsache, der das Gericht mit der Bestellung von Rechtsanwalt Marc Spescha als unentgeltlicher Rechtsvertreter Rechnung trug (vgl. Urk. 12).

Nach Einsicht in die angepasste beziehungsweise um den Faktor «Substitution» bereinigte (vgl. Urk. 17/1) Honorarnote vom 4. Juni 2018 (Urk. 17/2) ist dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Marc Spescha, beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 220.-- (exkl. MWSt) eine Entschädigung für seinen Aufwand in Höhe von Fr. 2'356.70 (inkl. Barauslagen und MWSt) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Marc Spescha, Zürich, wird mit Fr. 2'356.70 (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: - MLaw

Z. ___ - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

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