

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00094 vom 27. August 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-08-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00094

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00094 du 27 août 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00094 del 27 agosto 2009

Erwägungen

E. 2

2.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob bei der Beschwerdeführerin eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Die Frage beurteilt sich durch einen Vergleich des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt, in welchem die ganze Rente zugesprochen wurde (13. Dezember 2000, Urk. 8/10), mit dem Zustand im Zeitpunkt der angefochtenen Revisionsverföpfung (8. Januar 2008, Urk. 2). Das im Oktober 2001 eingeleitete Revisionsverfahren ist nicht massgebend, da es nicht mit einer rechtskräftigen Verföpfung, sondern lediglich mit Mitteilung vom 7. November 2001 abgeschlossen wurde, welche nicht auf einer materiellen Präzisierung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung beruhte (Urk. 8/17).

2.2. Der ursprünglichen Rentenzusprechung vom 13. Dezember 2000 lag ein Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin von 93 % zugrunde. In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verföpfung der IV-Stelle auf einen Arztbericht von Dr. med. E. ____, Facharzt für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, vom 3. April 2000 (Urk. 8/12/3 ff.), einen Arztbericht von Dr. Z. ____, vom 18. April 2000 (Urk. 8/12/11 ff.) und einen Arztbericht von Dr. med. F. ____, vom 9. Mai 2000 (Urk. 8/12/21 ff.; Feststellungsblatt vom 27. Oktober 2000, Urk. 8/8). Dr. E. ____, erhob bei der Beschwerdeführerin ein ausgeprägtes Fibromyalgie-Syndrom gemäss ACR-Kriterien bei muskulärer Insuffizienz, Fehllhaltung mit Hyperkyphosierung im Bereich der Brustwirbelsäule und kurzstreckiger Hyperlordosierung im Bereich der Lendenwirbelsäule und Ausbildung einer panvertebralen Symptomatik bei zusätzlich angedeutet hyperlaxen Gelenken. Seit dem 1. Oktober 1998 sei der Beschwerdeführerin zuerst von Dr. Z. ____, und dann von ihm anhaltend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert worden. In der Tätigkeit als Gastwirtin bestehe eine erhebliche Belastung des Bewegungsapparates und der Handgelenke, es liege vorläufig eine anhaltende 75%ige Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 8/12/3 ff.). Dr. Z. ____, erhob die gleiche Diagnose wie Dr. E. ____, und hielt zudem einen Status nach Karpaltunnelsymptomatik peripartal, Angst- und Panikattacken, eine Gastritis (Januar 2000) und eine depressive Reaktion (Erkrankung und Verlust des Vaters) fest. Die Beschwerdeführerin sei von ihm zunächst vom 22. September 1998 bis am 19. Juli 1999 krank geschrieben worden, wiederholte Arbeitsversuche mit 50%igem Einsatz seien gescheitert. Im Sommer 1999 habe er die rheumatologische Behandlung an Dr. E. ____, übergeben, und dieser habe der Beschwerdeführerin seit dem 29. März 2000 eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Diese sollte seiner Ansicht nach auf mindestens 50 % besserungsfähig sein (Urk. 8/12/11 ff.). Dr. F. ____, erhob als Diagnosen eine Angst- und Panikstörung seit 1995 und ein ausgeprägtes Fibromyalgie-Syndrom mit Panvertebral Symptomatik. Die

Beschwerdeführerin sei seit Oktober 1998 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/12/21 ff.).

2.3.1.1

2.3.1.1 Dr. Z. ___ hielt in seinem Bericht vom 30. Januar 2006 (Urk. 8/22) zuhanden der IV-Stelle fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär, es habe keine Änderung der Diagnose gegeben. Die Beschwerdeführerin klage immer wieder über diffuse vegetative Beschwerden wie Magen- und Darm Schmerzen, gelegentlich zerviko-okzipitale Schmerzen mit Spannungskopfschmerz und Trännen-Beschwerden. Daneben bestehe das Fibromyalgiesyndrom in wechselnder Ausprägung mit positiven Tenderpoints vor allem paravertebral beidseits und an den oberen wie auch an den unteren Extremitäten. Zeitweise habe die Beschwerdeführerin Wadenschmerzen. Eine Magnetresonanztomographie der linken Schulter vom 3. April 2000, welche von Dr. med. J. ___, Facharzt für physikalische Medizin, veranlasst worden sei, habe ausser Zeichen der leichten Kapselhypertrophie und Hyperintensität auf seriellen Sequenzen am myotendinösen Übergang des Musculus supraspinatus, keinen pathologischen Befund ergeben (vgl. Urk. 8/22/8 f.). Eine Magnetresonanztomographie der Brustwirbelsäule am 15. Mai 2002, welche ebenfalls von Dr. J. ___ veranlasst worden sei, habe eine kleine mediane Diskushernie Th 5/6 sowie ebenfalls kleine paramedian rechtsseitige Diskushernien C6/7 ohne neurale oder foraminäre Stenosen ergeben (vgl. Urk. 8/22/7). Eine gastroenterologische Abklärung bei Dr. med. G. ___ im September beziehungsweise Oktober 2003 habe völlig unauffällige Befunde ergeben. Gemäss Mitteilung des Gastroenterologen leide die Beschwerdeführerin an einer Dyspepsie vom Mischtyp, beziehungsweise an einem Reizdarm. Dr. G. ___ habe die Beschwerdeführerin an einen Heilpraktiker, H. ___, verwiesen (vgl. Urk. 8/22/5). Am 7. Januar 2004 habe die Beschwerdeführerin berichtet, der Heilpraktiker sei der Meinung, sie leide an einer Zecken-Erkrankung. Am 30. August 2005 habe die Beschwerdeführerin dann berichtet, sie sei bei PD Dr. med. I. ___, Facharzt für Neurologie, gewesen: Bei initial geäussertem Multiple Sklerose-Verdacht seien die Abklärungen inklusive Laborparameter negativ gewesen, auch die Borreliose oder die Frühsummer-Meningoenzephalitis-Erkrankung habe nicht bestätigt werden können. Die Beschwerdeführerin sei kontinuierlich bei einem Physiotherapeuten, Osteopathen, in Therapie. Sie fühle sich nach der Therapie jedes Mal besser. Am 9. November 2005 habe die Beschwerdeführerin berichtet, sie habe überhaupt nicht gearbeitet, da sie nicht länger als ein bis zwei Stunden im Gastro-Betrieb des Ehemannes Sekretariats-/Administrationsarbeiten oder andere Tätigkeiten ausführen könne. Die Befunde hätten sich - mit Ausnahme des linken Schultergelenks, wo im August 2005 vorübergehend der Verdacht auf eine Supraspinatus-Läsion links klinisch wahrscheinlich gewesen sei, am 9. November 2005 jedoch die Abduktion gegen Widerstand mit dem linken Oberarm voll möglich gewesen sei, so dass klinisch die Supraspinatus-Läsion unwahrscheinlich erscheine - nie verändert.

2.3.1.2 Die Ärzte des A. ___ erhoben bei der Beschwerdeführerin keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie (1) ein chronisches generalisiertes, unspezifisches Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) bei anamnestisch primärem Fibromyalgiesyndrom (ICD-10 M79.0) und eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) sowie (2) ein chronisches zervikal und lumbal betontes Panvertebralsyndrom (ICD-10 M54.2, M54.5) bei Wirbelsäulenfehlform und Wirbelsäulenfehlhaltung sowie muskulärer Insuffizienz

und Dysbalance betont vom Schulter-/Nackengürteltyp und bei asymptomatischer kleiner links paramedianer Diskushernie Th7/8 sowie medianer Diskusprototrusion L4/5 ohne Myelon oder Neurokompression gemäss MRI der Brust- und Lendenwirbelsäule vom 7. Februar 2005 sowie bei Status nach Morbus Scheuermann thorakal fest (Urk. 8/30/17). Bei der Beschwerdeführerin könne aus medizinisch-theoretischer Sicht keine relevante Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit festgestellt werden. Leichte Tätigkeiten, wie auch die angestammte, seien der Beschwerdeführerin ab spätestens März 2007 zu 100 % zumutbar (Urk. 8/30/19). In Bezug auf die von Dr. F. ___ im Jahr 2000 diagnostizierte Angst- und Panikstörung müsse rückwirkend davon ausgegangen werden, dass es unter der damaligen Behandlung zu einer geringlichen Besserung gekommen sei (Urk. 8/30/11). Bezüglich der rheumatologischen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne zur 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus dem Jahr 1998 nur schwierig Stellung genommen werden. Möglicherweise dürfte damals die Karpaltunnelsyndrom-Problematik im Vordergrund gestanden haben, was eine reduzierte Arbeitsfähigkeit begründen würde. Auch im Rahmen der im September 1999 durchgeführten rheumatologischen fachärztlichen Untersuchung sei damals eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden, wobei kurz- bis mittelfristig auch auf eine baldige Steigerung der Arbeitsfähigkeit hingewiesen worden sei. Eine aufgrund der alleinigen Diagnose einer Fibromyalgie attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit könne aus rein rheumatologischer Sicht auch retrospektiv nicht nachvollzogen werden (Urk. 8/30/16 f.).

2.3.3.4 Dr. B. ___ hielt in ihrem Bericht vom 15. Januar 2008 fest, die Beschwerdeführerin sei vom 16. Juni 2001 bis zum 14. Februar 2002 in ihrer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung gestanden. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin sie fünfzehnmal aufgesucht und schliesslich die Behandlung vorzeitig, ohne deutliche Besserung ihres Zustandes, abgebrochen. Diagnostisch habe es sich damals um eine chronifizierte Angststörung mit depressiv-phobischer Symptomatik und Panikattacken und eine Fibromyalgie gehandelt. Die Beschwerdeführerin habe seinerzeit unbedingt sowohl einer medikamentösen als auch einer psychotherapeutischen Behandlung bedurft. Erstere habe sie verweigert und die zweite aus ihr nicht bekannten Gründen abgebrochen, obwohl sie damals den Eindruck gehabt habe, gut mit der Beschwerdeführerin arbeiten zu können (Urk. 3/4).

2.3.4.4 Die Craniosacral-Therapeutin C. ___ hielt in ihrem Bericht vom 17. Januar 2008 fest, die Beschwerdeführerin leide weiter unter Angst- und Panikattacken (Urk. 3/5).

2.3.5.4 Dr. D. ___ diagnostizierte in seiner fachärztlichen Stellungnahme vom 22. April 2008 eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0) und eine schwere Schmerzverarbeitungsstörung, welche die Kriterien der somatoformen Ausprägung gemäss ICD-10 nicht sicher erfülle. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der Rentenrevision vom 7. November 2001 nur marginal verbessert. Von der Beschwerdeführerin würden kurzzeitige Verbesserungen berichtet, die dazu geführt hätten, dass sie 2006 einen erneuten Arbeitsversuch unternommen habe, der jedoch rasch wieder habe abgebrochen werden müssen. Es sei glaubhaft davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht wesentlich verbessert habe. Es sei auch keineswegs von einer deutlichen, klinisch relevanten Besserung auszugehen. Die Diagnosen der Angst- und Panikstörung seien psychiatrisch relevante Diagnosen, die

eindeutig definiert seien und bei Vorhandensein einen erheblichen Krankheitswert darstellen würden. Bei der Beschwerdeführerin seien beide Diagnosen in erheblichem Ausmass vorhanden und stellten einen wesentlichen Krankheitswert dar. Da zudem die schwere, mittlerweile chronifizierte Schmerzverarbeitungsstörung bestehe, schätze er die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten in ihrem angestammten Beruf im Service derzeit auf 100 %. Momentan verunmöglichen die Beschwerden der Beschwerdeführerin sowohl Tätigkeiten im kaufmännischen Bereich als auch Tätigkeiten im Gastronomiebereich. Es sei ihm nicht ersichtlich, wie die Beschwerdeführerin mit der derzeitigen Situation im freien Arbeitsmarkt eingesetzt werden könnte. Mit Sicherheit sei dies für sie im erlernten beruflichen Tätigkeitsfeld nicht möglich, zumindest solange keine klinisch relevante Besserung der Symptomatik erfolgt sei (Urk. 13).

E. 3

3.1 Die IV-Stelle hat für ihren Entscheid im Wesentlichen auf das A.___-Gutachten abgestellt (Feststellungsblatt vom 7. Januar 2008, Urk. 8/42). Dieses Gutachten ist umfassend, und sowohl die geklagten Beschwerden als auch die medizinische Aktenlage sind berücksichtigt. Die Gutachter untersuchten die Beschwerdeführerin selber, lieferten eine eigene Einschätzung der Situation und beantworteten in nachvollziehbarer Weise die Fragen der IV-Stelle. Das Gutachten setzt sich auch differenziert mit den abweichenden ärztlichen Beurteilungen auseinander. Die Gutachter unterscheiden in ihrer Einschätzung klar zwischen dem im Zeitpunkt der Rentenzusprechung relevanten Sachverhalt und dem im Revisionsverfahren zu beurteilenden Sachverhalt. Sie zeigen hierbei auf, inwiefern sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der ursprünglichen Rentenzusprechung, bei welcher der Rheumatologe Dr. E.___ die rheumatologischen Einschränkungen (Fibromyalgie) unter anderem massgeblich den psychischen Risikofaktoren - seelische Belastungssituation in der gestressten Tätigkeit im eigenen Restaurationsbetrieb und im Sterben liegender Vater - zuschrieb (Urk. 8/12/20) und demgegenüber die Psychiaterin Dr. F.___ die Arbeitsunfähigkeit bei der Rheumatologie verortete und die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht für voll belastbar hielt (Urk. 8/20/22), gebessert hat. So erhob das A.___ keine Angst- und Panikstörung mehr und die psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren, welche die Auswirkungen der damaligen Fibromyalgie unterhielten beziehungsweise verstärkten, sind weggefallen (Urk. 8/30/10 f.). Entsprechend geht aus dem Gutachten hervor, dass die Beschwerdeführerin weniger starke Schmerzen verspürt als dies zuvor der Fall war. So gibt sie an, früher praktisch permanent Schmerzen gehabt zu haben, jetzt habe sie etwa drei Schmerzscheibe von jeweils zwei Wochen Dauer in zwei Monaten (Urk. 8/30/8). Nach dem Gesagten weist das Gutachten eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin aus und es erfüllt sämtliche Kriterien, denen ein beweistaugliches Gutachten zu genügen hat. Es ist daher eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage.

3.2 Dr. Z.___ erhob bei der Beschwerdeführerin - anders als die A.___-Gutachter - einen stationären Zustand (Urk. 8/22). Er hielt insbesondere weiterhin ein Fibromyalgiesyndrom fest. Dr. Z.___ ist im Gegensatz zu den A.___-Gutachtern weder ein Spezialarzt für Psychiatrie noch ein Spezialarzt für Rheumatologie. Ausserdem ist bei der Beurteilung seiner Einschätzung der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten

aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Der Bericht von Dr. Z.____ vermag daher das A.____-Gutachten nicht zu erschüttern.

3.3. Dr. B.____ behandelte die Beschwerdeführerin lediglich bis am 14. Februar 2002. Sie ist daher auch nicht in der Lage, Angaben über den aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu machen. Der Bericht von Dr. B.____ (Urk. 3/4) stellt daher das A.____-Gutachten nicht in Frage.

3.4. Die Craniosacral-Therapeutin C.____ ist keine medizinische Fachperson. Ihr Bericht (Urk. 3/5) kann daher das von Spezialärzten verfasste A.____-Gutachten ebenfalls nicht in Zweifel ziehen.

3.5. Die fachärztliche Stellungnahme von Dr. D.____ (Urk. 13) wurde erst nach der Verfüngung der IV-Stelle vom 8. Januar 2008 erstellt. Da sie sich jedoch auf den Zeitraum vor deren Erlass bezieht, ist sie in die Beurteilung miteinzubeziehen. Die von Dr. D.____ festgehaltene Diagnose Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 13 S. 9), welche auch vom A.____ erhoben wurde (Urk. 8/30/17), hält er selber für unzutreffend (Urk. 13 S. 15). Diesbezüglich ist seine Stellungnahme widersprüchlich. Dr. D.____ diagnostizierte weiter eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0). Die wesentlichen Symptome einer generalisierten Angststörung nach ICD-10 sind variabel, Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühl oder Oberbauchbeschwerden gehören zu diesem Bild. Häufig wird die Befürchtung geäußert, der Patient selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder einen Unfall haben. Das wesentliche Kennzeichen einer Panikstörung sind wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Wie bei anderen Angsterkrankungen zählen zu den wesentlichen Symptomen plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickengefühl, Schwindel und Entfremdungsgefühl (Depersonalisation oder Derealisation). Oft entsteht sekundär auch die Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 5. Auflage). Unter dem Titel Psychostatus erhob Dr. D.____ von den vorgenannten Symptomen bei der Beschwerdeführerin lediglich Schwindel, wobei es sich bei diesem Befund um eine rein subjektive Angabe der Beschwerdeführerin handelt. Zudem hielt Dr. D.____ Hinweise auf Panikattacken fest, ohne jedoch darzulegen, welche Hinweise hierzu vorliegen. Bei den von Dr. D.____ durchgeführten Testverfahren, welche der Erhebung psychometrischer - also psychologischer - und nicht etwa psychiatrischer Befunde dienen, handelt es sich überwiegend um Selbstbeurteilungsverfahren, welche auf subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruhen. Durch die validierte Skalierung der Testverfahren wird zwar eine gewisse Objektivierung der Befunde erreicht, doch handelt es sich hierbei weiterhin um subjektive Angaben der Probandin. Die von Dr. D.____ erhobenen Befunde beruhen somit überwiegend auf rein subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Aus dem Gutachten von Dr. D.____ ist auch nicht ersichtlich, anhand welcher konkreten (objektiven) Befunde er die Diagnosen generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0) gestellt hat. Insgesamt vermag daher auch das Gutachten von Dr. D.____ das A.____-Gutachten nicht zu erschüttern.

4. Nach dem Gesagten ist in Übereinstimmung mit dem A.____-Gutachten (Urk. 8/30) von einer wesentlichen Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprechung vom 13. Dezember 2000 und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab dem 20. März 2007 auszugehen. Die Aufhebung der Invalidenrente auf Ende des Monats nach Zustellung der Verfügung der IV-Stelle vom 8. Januar 2008 ist daher nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

5. Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

6. Eine Minderheit des Gericht hat ihre abweichende Meinung zum Ausgang des Verfahrens zu Protokoll gegeben (vgl. Urk. 17).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Thomas Laube

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

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

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

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