

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00892 vom 26. Januar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-01-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00892

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00892 du 26 janvier 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00892 del 26 gennaio 2010

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beurteilung sind jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Da die angefochtene Verfügung am 23. Juli 2008 erging und ein Dauerrechtsverhältnis in Frage steht, worüber noch nicht rechtskräftig verfügt worden ist, gelangen, soweit sich die Anspruchsgrundlagen geändert haben, bis zum 31. Dezember 2007 die altrechtlichen, und ab 1. Januar 2008 die revidierten materiellen Vorschriften zur Anwendung (BGE 130 V 445).

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

Weder für die Verwaltung noch für das Gericht besteht ein Anlass, die Diagnose "Fibromyalgie" in Frage zu stellen, auch wenn diese in der Ärzteschaft

umstritten ist. Die Fibromyalgie weist zahlreiche mit den somatoformen Schmerzstörungen gemeinsame Aspekte auf, sodass es sich beim aktuellen Kenntnisstand aus juristischer Sicht rechtfertigt, die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters einer Fibromyalgie analog anzuwenden (BGE 132 V 65 Erw. 4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung; Art. 28 Abs. 2 IVG in der seit dem 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Fassung).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers 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. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung

des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verÄndert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt fÄ¼r die PrÄ¼fung einer anspruchserheblichen ÄÄnderung bildet die letzte (der versicherten Person erÄffnete) rechtskrÄftige VerfÄ¼gung, welche auf einer materiellen PrÄ¼fung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer SachverhaltsabklÄrung, BeweiswÄ¼rdigung und DurchfÄ¼hrung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten fÄ¼r eine ÄÄnderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur WiedererwÄrgung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverÄndert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die ArbeitsfÄ¼higkeit fÄ¼r sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 9C_562/2008, Erw. 2.1).

2.5 Ä Ä Ä Ä Der Revisionsordnung gemÄss Art. 17 ATSG geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskrÄftige VerfÄ¼gung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurÄ¼ckzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 178 Erw. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine RentenverfÄ¼gung auch dann abÄndern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 41 IVG (seit 1. Januar 2003: Art. 17 Abs. 1 ATSG) nicht erfÄ¼llt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprÄ¼nglichen RentenverfÄ¼gung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 41 IVG (seit 1. Januar 2003: Art. 17 Abs. 1 ATSG) gestÄ¼tzte RevisionsverfÄ¼gung der Verwaltung mit dieser BegrÄ¼ndung schÄ¼tzen (BGE 125 V 369 Erw. 2 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung lÄsst sich eine allgemein gÄ¼ltige betragliche Grenze fÄ¼r die Voraussetzung der Erheblichkeit der Berichtigung nicht festlegen. Massgebend sind vielmehr die gesamten UmstÄnde des Einzelfalles. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 480 Erw. 1c; Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2008, 9C_11/2008, Erw. 4.2 mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, der BeschwerdefÄ¼hrerin sei die bisherige TÄtigkeit als Hilfshauswartin/Raumpflegerin weiterhin nicht zumutbar. Eine behinderungsangepasste TÄtigkeit (unter anderem wechselbelastend/vorwiegend sitzend, ohne Zwangshaltungen, ohne Gewichtsbelastungen Ä¼ber fÄ¼nf Kilogramm) wie beispielsweise leichte Kontroll-, Versand- oder VerpackungstÄtigkeiten wÄre ihr jedoch ab MÄrz 2008 zu 100 % zumutbar. Bei einem InvaliditÄtsgrad von 33 % bestehe kein Anspruch auf eine Rente mehr (Urk. 2). Der ursprÄ¼ngliche Rentenentscheid basiere auf einer versicherungsmedizinisch nicht korrekten, aber aus Sicht der behandelnden ÄÄrzte verstÄndlichen Beurteilung der RestarbeitsfÄ¼higkeit von 50 %. Die damals vorgelegten rheumatologischen Befunde hÄtten eine ArbeitsunfÄ¼higkeit in adaptierter TÄtigkeit lediglich in Verbindung mit einer zusÄtzlichen psychischen StÄ¼rung begrÄ¼nden kÄ¼nnen. Die BeschwerdefÄ¼hrerin habe seither eine entsprechend stÄ¼rungsspezifische Behandlung erfolgreich durchgefÄ¼hrt. GemÄss Dr. Z.____ sei seither aus psychiatrischer Sicht

lediglich noch eine somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren, die aufgrund der fehlenden Komorbidität keine eigenständige Arbeitsunfähigkeit mehr begründen könnte (Urk. 8).

Die Beschwerdeführerin hingegen ist der Ansicht, dass sich der Sachverhalt zwischen dem Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache (15. Februar 2007) und der strittigen Einstellung der Dreiviertelsrente nicht verändert habe (Urk. 1). Die Behauptung der IV-Stelle, die ursprüngliche Zusprechung der Rente basiere vorwiegend auf einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit, sei nicht korrekt. Eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt und es bestehe somit kein ausreichender Grund für eine revisionsweise Aufhebung der Rente (Urk. 14).

Strittig und zu prüfen ist, ob seit Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 15. Februar 2007 (Urk. 9/52; Urk. 9/59) bis zum Erlass der vorliegend streitigen Verfügung vom 23. Juli 2008 (Urk. 2) eine massgebliche Veränderung der Verhältnisse eingetreten ist, welche die Aufhebung der Rente per 31. August 2008 rechtfertigte.

In der ursprünglichen Rentenverfügung vom 15. Februar 2007 stellte die Verwaltung fest, dass der Beschwerdeführerin, die ohne Gesundheitsschaden zu 100 % erwerbstätig wäre (Urk. 9/44), eine behinderungsangepasste Tätigkeit (beispielsweise leichte Kontrollarbeiten, Überwachung/Bedienung von Maschinen oder leichte Versand- und Verpackungsarbeiten) zu 50 % zumutbar sei. Sie errechnete einen Invaliditätsgrad von 69 % (Urk. 9/52). Sie ging - gestützt auf den Bericht der Rheumaklinik und des Instituts für Physikalische Medizin, Rheumapoliklinik, Spital E. [E.] vom 15. Dezember 2005 (Urk. 9/15/1) - von folgenden Hauptdiagnosen aus (Urk. 9/45/1; Urk. 9/67/1):

- Generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom mit/bei Panvertebralsyndrom
- Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung
- Kleine mediale Diskushernie L5/S1
- Muskuläre Dysbalance und Haltungsinsuffizienz
- Dekonditionierung
- Schmerzverarbeitungsstörung

Mit dem Bericht der Hämatoklinik G., Rehabilitationszentrum, vom 27. Dezember 2004 wurde ferner die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung bei generalisiertem chronischen Schmerzsyndrom und fibromyalgieformen Schmerzen gestellt (Urk. 9/15/5). Dr. med. F., FMH Psychiatrie und Physiotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), auf dessen Stellungnahme vom 14. Februar 2006 die IV-Stelle sich abstützte, führte aus, die medizinische Berichterstattung (Bericht E. vom 15. Dezember 2005 [Urk. 9/15/1-4] und Bericht der Hämatoklinik G., Rehabilitationszentrum, vom 27. Dezember 2004 [Urk. 9/15/5-8]; vgl. Feststellungsblatt vom 15. November 2006 [Urk. 9/45]) sei weitgehend nachvollziehbar, die Einschätzung bezüglich der Restarbeitsfähigkeit (50 % in adaptierter Tätigkeit) allerdings eher etwas weniger. Gleichwohl müssten sie diese wohl gegenwärtig wegen der kohärenten Beurteilung der Ärzte akzeptieren, sollten aber wegen der doch erheblichen

psychischen Anteile eine Schadenminderungspflicht und eine baldige Revision anstreben (Urk. 9/45/2).

E. 5

5.1 Im Zeitpunkt des Erlasses der zu beurteilenden Verfügung vom 23. Juli 2008 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

Dem Bericht bezüglich eines nativen und mit Kontrastmittel verstärkten MRIs des Beckens vom 30. Oktober 2007 ist Folgendes zu entnehmen: Keine Femurkopfnekrosen. Auffallend bei der Patientin ist eine ödematöse veränderte und Kontrastmittel aufnehmende Zone im Bereiche des Trochanter majors rechts im Sinne einer Tendinitis der Muskulatur und wahrscheinlich auch einer umschriebenen Bursitis. Im Bereiche der Bauchdecken finden sich keine Hinweise für Endometrioseherde. Der Musculus rechts abdominis links ist gegenüber rechts atroph. Intraabdominell keine Raumforderungen. Keine Leistenhernien ersichtlich. (Urk. 15/6).

5.2 Dr. med. H. ____, Facharzt FMH Rheumatologie, hielt am 23. November 2007 zuhause von Dr. C. ____, folgende Diagnosen fest (Urk. 9/63/7):

- Fibromyalgiesyndrom (18/18 Tenderpoints patholog. druckschmerzhaft)
- Hypermobilitätssyndrom (Beighton Score > 4/9)
- Periarthropathie coxae rechts
- Fingerpolyarthrose
- Rhizarthrose links
- Anamnestisch trübes Darmsyndrom mit
- Chronischem Laxanzien (Ab-)usus
- Status nach multiplen Operationen (1972, 1987/88, 1996, 1999).

Gemäss der heutigen Rechtsprechung qualifizieren Schmerzen beziehungsweise Beschwerden ohne adäquates organisches Korrelat grundsätzlich keine bleibende Arbeitsunfähigkeit. Soweit er das bis zum heutigen Zeitpunkt beurteilen könne, liege diese Situation bei der Beschwerdeführerin, zumindest vom Standpunkt des Bewegungsapparates aus, vor (Urk. 9/63/8).

5.3 Dr. med. I. ____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, bei dem die Beschwerdeführerin seit dem 18. Dezember 2007 in Behandlung steht (Urk. 9/62/3), diagnostizierte am 1. Dezember 2007 zuhause der IV-Stelle eine meist leichtgradige depressive Stimmung (Urk. 9/62/2). Die Beschwerdeführerin sei aus seiner Sicht als Putzfrau weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig, als Hausfrau sei sie mindestens zu 50 % eingeschränkt. Die Prognose sei ungünstig. Es handle sich um einen stationären Dauerzustand, eine Chronifizierung sei längst eingetreten (Urk. 9/62/3-4). Er empfehle die Beendigung der Psychotherapie, da erstens ein stationärer, nicht mehr beeinflussbarer Zustand vorliege und zweitens Psychotherapie sich - wie auch vorliegend - selten auf die Arbeitsfähigkeit entscheidend auswirke, zumal die Beschwerdeführerin sowieso mehr als motiviert wäre für eine Arbeit (Urk. 9/62/4). Dieser sei keine Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 9/62/6).

5.4. Dr. Z. hielt mit Gutachten vom 7. März 2008 fest, von einer zu vermutenden somatoformen Schmerzkomponente im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) abgesehen lasse sich keine psychische Erkrankung diagnostizieren. Der psychopathologische Befund sei weitgehend bland (Urk. 9/66/8). Aus psychiatrischer Sicht seien der Beschwerdeführerin sämtliche den körperlichen Beschwerden (Schmerzen) adaptierten Tätigkeiten im Rahmen des somatischen Belastungsprofils zumutbar. Das detaillierte Belastungsprofil müsse von den entsprechenden Fachkollegen erstellt werden (Urk. 9/66/9). In Übereinstimmung mit Dr. I. gehe er davon aus, dass die Situation bezüglich der Schmerzen chronifiziert sei und aus psychiatrischer Sicht keine weiteren Therapiemöglichkeiten beständen. Sollte ein depressives Syndrom auftreten, wäre erneut eine antidepressive Medikation zu diskutieren (Urk. 9/66/10).

5.5. Dr. C., bei dem die Beschwerdeführerin eine Schmerztherapie absolvierte, diagnostizierte am 17. März 2008 ein Fibromyalgie-Syndrom, eine Periarthropathia coxae rechts, eine Fingerpolyarthrose, eine Rizarthrose links, eine arterielle Hypertonie, einen Status nach Splenektomie und einen Status nach Hysterektomie und Adnexektomie beidseits bei Carcinoma in situ Grad III und Endometrioseherden. Seiner Meinung nach sei die Beschwerdeführerin im Moment in einem recht stabilen Zustand. Er habe versucht, bei ihr eine Akzeptanz der Beschwerden zu erreichen. Dies gestalte sich jedoch recht schwierig, sie schiebe die Probleme lediglich auf die somatische Seite und interpretiere diese auch als heilbar. Er denke, dass eine psychische Problematik nicht vordergründig vorhanden sei, jedoch sei die Arbeit auf dieser Ebene bei einer nicht behandelbaren beziehungsweise nicht beherrschbaren Symptomatik vorrangig. Darauf habe sich die Beschwerdeführerin noch nicht wirklich eingelassen (Urk. 15/8).

5.6. Am 16. Juli 2008 wurden am Spital Y. ein MRI HWS und LWS nativ vorgenommen, die zu folgender Beurteilung führten: Breitbasiges Diskusbulging mit subartikulären Hernien in den Segmenten von HWK5/6 und 6/7 mit möglicher Tangierung von C5 rechts und C6 links. Links mediolaterale Diskushernie im Segment LWK5/SWK1 mit Tangierung von S1 links recessal. Auffällige hypointense Signalalteration auf Höhe von BWK6/7, Differentialdiagnose: degenerativ. (Urk. 15/4 S. 2).

5.7. Dr. med. J., Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, vom RAD hielt in seiner aufgrund der Akten verfassten Stellungnahme vom 14. November 2008 fest, anhand der Arztberichte des E. vom 15. Dezember 2005, der Hohenlinik G. vom 27. Dezember 2004, von Dr. H. vom 23. November 2007 (Erw. 3.2.2) und der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin im Gutachten von Dr. Z. vom 7. März 2008 (Erw. 3.2.4) ergäben sich in Bezug auf die somatischen Beschwerden keine wesentliche Veränderungen. Pract. med. K. vom RAD ergäbnzte, aufgrund der medizinischen Berichterstattung könne davon ausgegangen werden, dass es, was das psychische Befinden betreffe, zu einer wesentlichen Verbesserung gekommen sei (Urk. 10).

5.8. Dr. C. überwies die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 3. Oktober 2008 an die Wirbelsäulensprechstunde der ' ' Klinik, da in letzter Zeit die Beschwerden an der Wirbelsäule wieder stark in den Vordergrund gerückt seien (Urk. 15/3). Dem diesbezüglichen Bericht der ' ' Klinik, Wirbelsäulenzentrum, vom 5. November 2008, der Rückschlüsse für die Zeit bis zum Verfallszeitpunkt vom 23. Juli 2008 zulässt, ist zu entnehmen, dass eine klare Radiculopathie passend zu einer

foraminalen Enge zervikal oder der Diskushernie, welche im Befund beschreiben werde, nicht bestehe. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht seien hier leider keine Massnahmen anzubieten (Urk. 15/2 S. 2).

5.9. Dr. C. ___ berichtete am 13. Januar 2009 der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, diese sei seit dem 19. April 2007 bei ihm in Behandlung und habe 2007 einen typischen Befund einer Fibromyalgie und eines Panvertebralsyndroms gezeigt. Die Schmerzen seien mit allen schmerztherapeutischen schulmedizinischen, das heisst auch medikamentösen und interventionellen Massnahmen, wie auch Komplementärmassnahmen nicht beeinflussbar gewesen. Da das Schmerzsyndrom nicht beeinflussbar gewesen sei, hätten sie begonnen, den Schwerpunkt der Therapie im Bereich von Schmerzdistanzierungstechniken zu setzen (Urk. 15/1).

5.10. Dem Austrittsbericht Innere Medizin des A. ___-Spitals, B. ___, vom 30. April 2009 sind folgende Diagnosen zu entnehmen (Urk. 21 S. 1):

- Schweres generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom bei
- Panvertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung/
-dekonditionierung, Osteochondrose C4/C5 und C6/C7, Discopathie L5/S1
- Fibromyalgie
- Fingerpolyarthrose
- Arterielle Hypertonie
- Status nach Hysterektomie und Adnexektomie beidseits bei Carcinoma in situ Grad III und Endometrioseherd 1996
- Status nach Splenektomie, Urethra- und Nierenverletzung bei Autounfall in Kindheit
- Blasenstörung mit Pressmiktion
- Status nach TUR-B November 2007

Die Beschwerdeführerin befinde sich schmerzbedingt in reduziertem Allgemeinzustand (Urk. 21 S. 2). Da die zahlreichen bisherigen Therapien nicht den erhofften Erfolg gebracht hätten, habe sich die Beschwerdeführerin ergänzend auch ein komplementärmedizinisches Therapiekonzept gewünscht. Eine zufriedenstellende, deutliche Verbesserung des generalisierten Schmerzsyndroms habe noch nicht erzielt werden können (Urk. 21 S. 3). Dieser Bericht lässt Rückschlüsse darauf zu, dass sich in der Zeit bis zum Verfügungszeitpunkt vom 23. Juli 2008 nichts wesentliches an der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin geändert hat.

E. 6

6.1. Vergleicht man die Diagnosen zum Zeitpunkt der Rentenzusprache (Generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom mit/bei Panvertebralsyndrom, Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung, Kleine mediale Diskushernie L5/S1, Muskuläre Dysbalance und Haltungsinsuffizienz, Dekonditionierung und Schmerzverarbeitungsstörung; vgl. oben Erw. 4) mit denjenigen zum Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 23. Juli 2008 (Fibromyalgiesyndrom, Periarthropathie coxae rechts, Rizarthrose links und leichte depressive Störung; vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss vom 4. Juni 2008; Urk. 9/67/2), lässt sich feststellen, dass sich die Diagnosen nicht wesentlich verändert haben. Laut Dres. I. ___

und Z. ___ ist der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin denn auch stationär. Der Beschwerdeführerin war bei der Zusprache der Rente eine Schadenminderungspflicht im Sinne einer ambulanten Psychotherapie auferlegt worden, der sie unbestrittenermassen durch eine Therapie bei Dr. I. ___ nachgekommen ist (Urk. 9/62). Bezüglich der psychiatrischen Situation ist die IV-Stelle bei der Rentenzusprechung lediglich von einer Schmerzverarbeitungsstörung ausgegangen, womit diesbezüglich nicht von einer Verbesserung gesprochen werden kann, wenn nun eine leichte depressive Störung oder - von Dr. Z. ___ - lediglich eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wird (Urk. 8). Grund für das Vorbringen der IV-Stelle, aus psychiatrischer Sicht werde lediglich noch eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, die aufgrund der fehlenden Komorbidität keine eigenständige Arbeitsunfähigkeit mehr begründet könne, bildet augenscheinlich die Anwendung der mit BGE 130 V 352 eingeleiteten Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung (vgl. dazu oben Erw.2.2). Der Leistungsanspruch war jedoch bereits bei der Rentenzusprechung auch unter diesem Aspekt zu prüfen. Ein Anlass, um unter dem Titel der Anpassung an eine geänderte Rechtslage auf eine Rente zurückzukommen, welche zu einem früheren Zeitpunkt mittels formell rechtskräftiger Verfügung zugesprochen worden ist (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 14. August 2009, 9C-46/2009), besteht nicht, hat doch das Bundesgericht in einem Entscheid vom 26. März 2009 explizit festgehalten, die Rechtsprechung gemäss Art. 130 V 352 bilde keinen hinreichenden Anlass, um eine Anpassung vorzunehmen (BGE 135 V 201).

Das dass sich die übrigen Diagnosen geändert oder die Befunde verbessert hätten, kann den aktuellen Arztberichten (siehe hier auch Erw. 1 und Erw. 5.8 - 5.10) nicht entnommen werden. Ob die Schmerzproblematik nun als generalisiertes Schmerzsyndrom oder als Fibromyalgie bezeichnet wird, ändert für die invalidenversicherungsrechtliche Behandlung desselben nichts. Identisch gebliebene Diagnosen schliessen grundsätzlich eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) - sei es aufgrund eines objektiv geminderten Schweregrades ein- und desselben Leidens, sei es aufgrund einer verbesserten Leidensanpassung der versicherten Person - nicht aus (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juli 2009, 9C-149/2009 mit Hinweisen). Vorliegend fehlt es jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an einem geminderten Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigung und auch an einer verbesserten Leidensanpassung der Beschwerdeführerin. Es fehlt somit an einem Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG.

6.2 Zu prüfen bleibt, ob die Rentenverfügung vom 15. Februar 2007 (Urk. 9/59), welche in Rechtskraft erwuchs, zweifellos unrichtig war und aus diesem Grund zu korrigieren wäre (vgl. oben Erw. 2.5).

Die IV-Stelle ist der Ansicht, die rentenzusprechende Verfügung vom 15. Februar 2007 basiere auf einer medizinisch nicht korrekten, aber aus Sicht von behandelnden Ärzten verständlichen Beurteilung (Urk. 8). Sie ist somit augenscheinlich nicht der Ansicht, diese Verfügung sei zweifellos unrichtig gewesen. Zweifellos unrichtig wäre die Verfügung denn auch nur dann, wenn sich die aus den Berichten des E. ___ vom 15. Dezember 2005 und der HÄhenklinik G. ___, Rehabilitationszentrum, vom 27. Dezember 2004 abgeleitete 50%ige Arbeitsunfähigkeit überhaupt nicht nachvollziehen liesse, was nicht der Fall ist. Denn Hinweise, dass die Diagnosestellungen oder die

Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit offensichtlich unrichtig waren, ergeben sich weder aus den übrigen Akten noch wurde dies - wie soeben erwähnt - vom damals beurteilenden Arzt des RAD, Dr. F. ____, noch von der Beschwerdegegnerin geltend gemacht. Dr. F. ____ war im Gegenteil der Ansicht, wegen der Anamnese der behandelnden Ärzte sei diesen Berichten zu folgen (Urk. 9/45/2).

Die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung sind folglich ebenfalls nicht erfüllt. Die angefochtene Rentenaufhebung kann daher auch unter diesem Gesichtspunkt nicht geschätzt werden und die Beschwerde ist folglich gutzuheissen.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (§ 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verhängung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 23. Juli 2008 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin über den 1. August 2008 hinaus Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung hat.

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

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christine Fleisch
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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.