

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00040 vom 6. September 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-09-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00040

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00040 du 6 septembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00040 del 6 settembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2 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. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.4 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 für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung 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 Arbeitsfähigkeit für 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 in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C_562/2008, Erw. 2.1).

1.5. Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. M. ___-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 2

2.1. Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin soweit verbessert hat, dass die Aufhebung der seit 1. Oktober 1998 ausbezahlten halben Rente - vorübergehend von November 2004 bis Dezember 2005 auf eine ganze erhöht - per Ende Februar 2009 gerechtfertigt ist. Zu vergleichen sind der Gesundheitszustand und die erwerblichen Verhältnisse im Zeitpunkt des gerichtlich beurteilten Einspracheentscheides vom 4. Januar 2007 mit der gesundheitlichen und erwerblichen Situation, wie sie mit der Verfügung vom 8. Januar 2009 zu beurteilen war.

2.2. Die Beschwerdeführerin begründete die Einstellung der Rente damit, die medizinischen Abklärungen hätten eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit Oktober 2008 ergeben, so dass ab diesem Zeitpunkt die angestammte wie auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu einem Pensum von 80 % zumutbar wäre. Dies ergebe einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % (Urk. 2 S. 2).

2.3. Dagegen wendet die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein, die rheumatologische Begutachtung sei eine Momentaufnahme gewesen, die nicht den objektiven Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu Tage gebracht habe. Die Beschwerdeführerin sei wegen der Bemerkungen des Hausarztes somatisch gesehen sehr günstig positioniert gewesen. Offensichtlich hätten anlässlich der Untersuchung durch die begutachtenden Ärzte auch Sprachprobleme zu Missverständnissen geführt (Urk. 1 S. 3). Die Nichteinnahme der Medikamente lasse sich mit Oberbauchschmerzen im Jahre 2008 begründen (Urk. 1 S. 6). Trotz intensiver Physiotherapie, wie sie der Physiotherapeut mit der Beschwerdeführerin von Februar bis Juli 2008 durchgeführt habe, lasse sich nie eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leichten Arbeit im Umfange von 80 % erreichen (Urk. 1 S. 4). Zudem schätze der behandelnde Psychiater die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf 50 %.

E. 3

3.1. Gemäss Urteil des hiesigen Gerichts vom 20. Februar 2008 (IV.2007.00161, Urk. 11/89) beurteilte die IV-Stelle für die Zusprache einer halben Rente ab Januar 2006 den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu Recht anhand des Berichts der Klinik G. vom 24. Oktober 2005 (Urk. 11/59), des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. H., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 23. Februar 2006 (Urk. 11/62) sowie des Gutachtens von Dr. med. I., Facharzt FMH für Rheumatologie und Rehabilitation, vom 2. August 2006 (Urk. 11/79). In Erwägung 3.5.2 (Urk. 11/89/15-16) wird in somatischer Hinsicht Folgendes festgehalten: «(...) Insgesamt wurden zur Abklärung der Ursache der Rücken- und insbesondere der Schulterbeschwerden diverse medizinische Untersuchungen durchgeführt, welche jedoch allesamt keine schwerwiegenden pathologischen Befunde ergaben. Aufgrund der Resultate einer in der Klinik G. durchgeführten sonographischen Untersuchung der Schulter und in Kenntnis der MRI-Schulteruntersuchung vom 9. Mai 2005 kamen die Ärzte der G. zum Schluss, dass keine Rotatorenmanschettenruptur vorliege und die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei (Urk. 9/58/2). Sowohl die Beurteilung einer 50 %-Arbeitsfähigkeit der Ärzte der G. als auch deren Auffassung, wonach keine Rotatorenmanschettenläsion vorliege, wurde in der Folge vom begutachtenden Rheumatologen Dr. I. bestätigt. Das Gutachten von Dr. I. erfüllt die Voraussetzungen gemäss Erw. 2.5 für ein voll beweiskräftiges Gutachten und es kann vollumfänglich auf dessen Schlussfolgerungen abgestellt werden. (...)»

Dr. I. diagnostizierte eine chronifizierte Zervikobrachialgie rechts bei/mit Kyphose der Brustwirbelsäule (BWS), Status nach Sturz mit Kontusion der Schulterregion rechts (2004), Impingementsymptomatik Schulter rechts ohne Nachweis einer Rotatorenmanschettenläsion (MRI J., 9. Mai 2005), Schmerzausdehnung in den Bereich der ganzen rechten Körperseite, Schmerzstärkung (Urk. 11/79/4). Er attestierte der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht eine Restarbeitsfähigkeit von 50

% für eine leichte manuelle Tätigkeit, die (sitzend oder stehend) auf Tischhöhe verrichtet werden können und keine Abduktion des rechten Oberarmes über 70° erfordere. Überkopfarbeiten seien nicht durchführbar. Das tägliche Arbeitspensum sollte sinnvollerweise in zwei Blöcke aufgeteilt werden (Urk. 11/79/6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In psychischer Hinsicht erachtete das hiesige Gericht das Gutachten von Dr. H.____ als beweiskräftig und ging davon aus, dass keine psychische Störung vorlag (Urk. 11/89/17).

3.2 Ä Ä Ä Ä Die medizinische Grundlage für die Aufhebung der Rente mit Verfügung vom 8. Februar 2009 bildete das interdisziplinäre Gutachten von Dres. C.____ sowie D.____ und E.____ vom 20. September/1. Oktober 2008 (Urk. 11/98, Urk. 11/100).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. C.____ stellte als rheumatologische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Periarthropathia humeroscapularis rechts (Erstdokumentation 1988) mit normalen Befunden in der Sonographie beider Schultern sowie ein Panvertebralsyndrom seit etwa 1995 bei Wirbelsäulenfehlstatik (leichte Brustwirbelsäulen [BWS]-Hyperkyphose und leichte Lendenwirbelsäulen [LWS]-Hyperlordose) mit unauffälliger Computer-Tomographie (CT) der LWS (Urk. 11/98/26). Sie hielt fest, dass sich die Rückenfunktionseinschränkungen je nach Art und Ausmass unterschiedlich auf die Fähigkeit auswirkten, häufig Lasten ohne Hilfsmittel zu heben und zu tragen. Bei HWS-Problemen seien oft zusätzlich Überkopfarbeiten sowie Vibrationen, bei Problemen am thorakolumbalen Übergang Arbeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen des Oberkörpers zu meiden. Das längere Verharren in vornübergeogener Haltung - ob stehend oder sitzend - sei zu vermeiden. Ebenso seien unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen auszuschliessen. Eher günstig seien wechselbelastende Tätigkeiten. Aus der Funktionseinschränkung eines Schultergelenks könnten sich Limitierungen in der Positionierung der Hand im Raum oder beim Einsatz der Hand über Brust- bzw. Schulter-Kopfniveau ergeben. Oft sei die Fähigkeit, Leitern und Gerüste zu besteigen und auf solchen zu arbeiten, eingeschränkt. Ebenfalls könnten Behinderungen beim Manipulieren bestehen, das Heben und Tragen von Lasten sei oft nur noch körpernah möglich. Allenfalls könnten schwerere Gewichte nur bis Görtelhöhe angehoben werden. Die Beschwerdeführerin könne 10 bis 15 Kilogramm heben oder tragen (leichte bis mittelschwere Arbeit). Falls die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiterin im B.____-Restaurant dem angegebenen Profil entspreche, könne sie sowohl diese wie auch eine leidensadaptierte Tätigkeit ab September 2008 zu 100 % ausüben (Urk. 11/98/28-29, Urk. 11/100/13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dres. D.____ und E.____ diagnostizierten im psychiatrischen Teilgutachten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) und attestierten der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin in einem B.____-Restaurant wie auch in einer anderen adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % ab September 2008 (Urk. 11/100/7, Urk. 11/100/9, Urk. 11/100/13). Aus psychiatrischer Sicht seien der Beschwerdeführerin Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz, konkret an die Kontakt-, Konflikt- und Anpassungsfähigkeit nicht zu empfehlen. Eine Tätigkeit im geschätzten Rahmen sei aber nicht erforderlich (Urk. 11/100/13).

E. 3.3

3.3.1.1. Das Gutachten der Dres. C.____, D.____ und E.____ basiert auf internistischen/rheumatologischen sowie psychiatrischen Untersuchungen, wurde unter Zuzug einer Dolmetscherin (Urk. 11/98/1, Urk. 11/100/6) und in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 1.5).

3.3.2. Im rheumatologischen Teilgutachten wird nachvollziehbar dargelegt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht wesentlich verbessert hat. So stellte Dr. C.____ fest, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass nicht mehr erklärt werden können. Anlässlich der durchgeführten internistischen Untersuchung zeigte sich ein unauffälliger internistischer Status (Urk. 11/98/21). Sodann vermerkte Dr. C.____, dass sich weder in der klinischen noch in der bildgebenden Untersuchung wesentliche pathologische Befunde ergeben hätten. Es seien auch keine solchen Befunde jemals dokumentiert worden. Der Unfall vom 29. August 2004 habe keine objektivierbaren klinischen oder bildgebenden Läsionen hinterlassen. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht erkennbar. Wegen den von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden könne sie Tätigkeiten nicht ausüben, die den Rücken oder die Schultern stark belasteten. Andere Tätigkeiten könne sie zu 100 % ausüben. Die Beweglichkeit der rechten Schulter sei nicht direkt überprüfbar wegen starker Gegenspannung. Unter Ablenkung werde rechts eine Flexion und Abduktion von mindestens 90° erreicht. Die Unterarmmuskulatur sei rechts kräftiger als links. Es sei daher wenig wahrscheinlich, dass sie den rechten Arm seit Jahren kaum mehr einsetze, wie sie sage. Die gezeigte maximale Handkraft rechts von 30/60 mm Hg entspreche nicht der normalen ausgeprägten Handmuskulatur und dem normalen Handeinsatz bei dieser Untersuchung. Falls die gezeigte Handkraft real wäre, könnte sie weder Türen öffnen, noch sich an- und ausziehen, wie es ihr bei der Untersuchung rasch gelinge. Hier liege vermutlich Selbstlimitierung vor. Die Opiate in ihrem Urin hätten nicht getestet werden können, weil der abgegebene Urin verdünnt gewesen sei. Der Wirkstoff Tramadol sei im Blut nachweisbar, jedoch weit unterhalb des therapeutischen Bereichs. Alle übrigen von ihr angegebenen Medikamente seien im Blut nicht vorhanden, insbesondere auch beide Psychopharmaka, die lange Eliminationshalbwertszeiten aufwiesen. Ihre Medikamentenbezüge seien im Zeitraum vom 1. Januar bis 29. Juli 2008 sehr gering gewesen, weshalb sie keinesfalls ihren Angaben entsprechen. Dies erschwere die Arbeit ihrer behandelnden Ärzte und vermindere ihre Glaubwürdigkeit (Urk. 11/98/27).

Die Feststellungen von Dr. C.____ stehen mit den von ihr erhobenen umfangreichen und detaillierten rheumatologischen sowie kursorisch neurologischen Befunden im Einklang (Urk. 11/98/21-24). Gleiches gilt für ihre Beurteilung, wonach der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht die bisherige wie auch eine leichte bis mittelschwere (Heben und Tragen von 10 bis 15 Kilogramm), wechselbelastende Tätigkeit ohne Überkopparbeiten, Vibrationen und repetitiven Rotationsbewegungen sowie Besteigen von Leitern und Gerüsten zu 100 % zumutbar ist. Sie erscheint deshalb

Überzeugend. Die von der Beschwerdeführerin unter Beilage der Berichte von Hausarzt Dr. med. K.____, Spezialarzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 10. November 2008 (Urk. 11/105/1-2) sowie Dr. med. L.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, vom 6. November 2008 (Urk. 11/105/3) vorgebrachten Einwände, wonach sie wegen der Bemerkungen des Hausarztes somatisch gesehen sehr günstig positioniert gewesen sei, offensichtlich auch Sprachprobleme zu Missverständnissen geführt hätten und sich die Nichteinnahme der Medikamente mit Oberbauchschmerzen im Jahre 2008 begründen lasse (Urk. 1 S. 6), vermögen hingegen nicht zu verfangen. So ist vorab festzuhalten, dass während der gesamten Begutachtung eine Dolmetscherin anwesend war, demzufolge sprachliche Missverständnisse auszuschliessen sind. Weiter wies die Beschwerdeführerin anlässlich der rheumatologischen Untersuchung nicht etwa daraufhin, es gehe ihr aufgrund der optimalen Einstellung des Hausarztes besser als zuvor. Vielmehr berichtete sie, es gehe ihr an diesem Tag so schlecht wie meistens in letzter Zeit und sie könne mit dem rechten Arm nichts machen. Die ganze rechte Körperperipherie schmerze jetzt (Urk. 11/98/20). Auch hätte sie der Gutachterin mitteilen können, dass sie aufgrund von Bauchschmerzen die ihr verschriebenen Medikamente nicht habe einnehmen können. Stattdessen berichtete sie detailliert über die Einnahme diverser Medikamente (Urk. 11/98/19). Nach dem Gesagten ist daher - wie auch die Gutachterin bemerkte - von einer stark verminderten Glaubwürdigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen. Damit ist gestützt auf die Einschätzung von Dr. C.____ von einem im Vergleich zum Jahr 2006 wesentlich verbesserten somatischen Gesundheitszustand auszugehen.

3.3.3 In psychiatrischer Hinsicht stellten Dres. D.____ und E.____ fest, dass diagnostisch von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie einer leichtgradigen, aber anhaltenden depressiven Symptomatik im Sinne einer Dysthymia auszugehen sei. Zweifelsohne liege eine erhöhte psychische Vulnerabilität mit Auffälligkeiten und Defiziten in den Bereichen der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie Kommunikation vor. Das Ausmass der Schmerzen, deren subjektive Bedeutung und insbesondere der bisherige Umgang der Beschwerdeführerin mit ihren Beschwerden im Sinne einer umfassenden Inanspruchnahme vieler Ärzte liessen sich nicht ausschliesslich mit den vorliegenden somatischen Diagnosen erklären. Die Schmerzen erfüllten die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10. Im psychiatrischen Gutachten vom 23. Februar 2006 habe die Gutachterin keine psychiatrische Störung diagnostizieren können. Dieser Meinung konnten sie sich nicht anschliessen. Aus ihrer Sicht liege bei der Beschwerdeführerin eine leichtgradig ausgeprägte, dabei aber seit mehreren Jahren bestehende depressive Symptomatik in Form einer Dysthymia vor. Die depressiven Symptome im Rahmen der Dysthymia würden von der Beschwerdeführerin glaubhaft geschildert und seien gut nachvollziehbar. Sie verfüge über ein somatisches Krankheitsverständnis und erscheine in ihrer Gefühls- und Konfliktwahrnehmung eingeschränkt. Zusammenhänge zwischen körperlichen Symptomen und Gefühlen bzw. konflikthaften Interaktionen würden von ihr nicht wahrgenommen. Die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 sähen sie daher als erfüllt an. Zur Frage, ob die somatoforme Schmerzstörung ausnahmsweise invalidisierenden Charakter hat, führten die Gutachter aus, dass eine inzwischen chronische psychiatrische Begleiterkrankung mit mehrjährigem Verlauf in Form der Dysthymia wie beschrieben vorliege. Bei konsequenter Behandlung erscheine die Vollremission der leichtgradigen depressiven Symptomatik erreichbar. Es sei allenfalls von

einem teilweisen, aber nicht vollständigen sozialen Rückzug auszugehen. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liege somit nicht vor. Ein primärer Krankheitsgewinn liege nicht vor, ein sekundärer erscheine offensichtlich. Die bisherige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe zu einer bisher unvollständigen Besserung der psychosomatischen Beschwerden beigetragen. Dies könne zum einen an einem weitgehend fehlenden psychosomatischen Krankheitsverständnis, zum anderen am sekundären Krankheitsgewinn, der auch das Vermeidungs- und Schonverhalten beinhalte, liegen. Eine konsequente, zum Beispiel auch stationäre bzw. tagesklinische psychosomatische Behandlung habe noch nicht stattgefunden. Aus gutachterlicher Sicht sei eine solche in einer Klinik mit multimodalem Behandlungskonzept zu empfehlen. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass aufgrund des vorliegenden Gesundheitsschadens aktuell leichte Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit beständen. Diese seien bedingt durch eine leichtgradig eingeschränkte Stress- und Frustrationstoleranz im Sinne einer leichtgradig eingeschränkten Konflikt- und Abgrenzungsfähigkeit. Als Ressourcen seien gute Gedächtnisleistungen und eine gute Konzentrationsfähigkeit zu nennen (Urk. 11/100/7-9).

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, der behandelnde Psychiater Dr. med. M.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, habe eine vom psychiatrischen Gutachten abweichende Auffassung. Die subjektive Schwere des Leidens lasse sich bei einer einmaligen Begutachtung viel schwerer erfassen. Dr. M.____ glaube, er habe einen tieferen Einblick in das depressive Erleben der Beschwerdeführerin als die Gutachter. Im Gegensatz zu den Gutachtern habe gemäss Dr. M.____ die psychogene Erkrankung der Beschwerdeführerin eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er sei der Meinung, dass sie zu 50 % arbeitsunfähig sei (Urk. 1 S. 4). Nachdem Dr. M.____ als langjähriger und erfahrener Psychiater die Beschwerdeführerin besser kenne, sollte man auf ihn abstützen und nicht auf die Gutachter. Angesichts der nicht unbedeutenden psychischen Erkrankung müsste die Beschwerdeführerin von einem neutralen Psychiater grundsätzlich begutachtet werden (Urk. 1 S. 5).

Dazu ist vorab festzuhalten, dass sich die Gutachter mit dem im Zeitpunkt der Begutachtung vorliegenden Bericht von Dr. M.____ vom 2. Mai 2008 (Urk. 11/90) eingehend auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet haben, warum sie die darin enthaltenen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) bei gegenwärtig mittelgradiger depressiver Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.1), einer Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2), anderer näher bezeichneten dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen, ICD-10 F44.88) oder eines psychogenen Dämmerzustands oder einer fugue, und damit seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht bestreiten können (Urk. 11/100/8). Aufgrund des von ihnen erhobenen vollständigen Psychostatus und der testpsychologischen Befunde (Urk. 11/100/6-7) ist in der Tat nicht ersichtlich, weshalb die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen zu mehr als 20 % in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sein sollte. Die Argumentation in der Beschwerde lässt sodann die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag ausser Acht: hier die persönlichen Nähe und Ängste auffangende Haltung des behandelnden Psychiaters, dort die notwendigerweise auch kritische Auseinandersetzung durch die psychiatrischen Experten. Die Beschwerdeführerin verkennt den Unterschied zwischen Krankheit und Invalidität in

dem Sinne, dass auch einer kranken Person die Selbsteingliederung durch Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit obliegt, soweit und solange ihr dies aus ärztlicher Sicht zumutbar ist (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 10. Dezember 2009 in Sachen B., 9C_919/2009, Erwägung 3). Im Übrigen sagt die Diagnose allein noch nichts darüber aus, ob eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG vorliegt. Vielmehr muss in jedem Einzelfall eine dauernde Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (BGE 129 V 298 Erw. 4.c). Weiter wurde von der Beschwerdeführerin in keiner Weise glaubhaft dargetan und sind auch keinerlei Hinweise ersichtlich, wonach die begutachtenden Psychiater nicht unabhängig gewesen sind, weshalb dem Antrag der Beschwerdeführerin, sie sei von einem neutralen Psychiater zu begutachten, nicht stattzugeben ist. Zudem ist der Einwand, die Gutachter hätten die psychogene Erkrankung der Beschwerdeführerin als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt, schlicht falsch, attestierten sie doch eine durch die gestellten Diagnosen um 20 % beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit. Da sämtliche Einwände der Beschwerdeführerin ins Leere gehen und auch dem durch sie eingereichten Bericht von Dr. M. ___ vom 7. November 2008 (Urk. 11/105/4-8) keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu entnehmen sind, ist vollumfänglich auf das Gutachten abzustellen und eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in angestammter und angepasster Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht als zumutbar zu erachten. Mithin ist - wie die Gutachter nachvollziehbar ausführten - von einem seit 2006 praktisch unveränderten psychiatrischen Gesundheitszustand auszugehen.

3.3.4.4 Zusammenfassend ist somit aufgrund zwar unveränderter psychischer, jedoch stark verbesserter somatischer Einschränkungen von einer wesentlichen Veränderung im Sinne einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen.

3.4.4.4 Veränderungen in erwerblicher Hinsicht sind keine ersichtlich und wurden zu Recht auch nicht geltend gemacht.

4.4.4.4 Da die Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht nach wie vor in der Lage ist, ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Gastronomie bei der B. ___ im Umfang von 80 % zu versehen und sie diese Stelle aus invaliditätsfremden Gründen aufgegeben hat, genügt für die Ermittlung des Invaliditätsgrades die Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen (BGE 114 V 313 Erw. 3a, 107 V 22, 104 V 136 Erw. 2a und b). Daraus resultiert bei einem Arbeitspensum von 100 % ohne Behinderung und einem solchen von 80 % mit Behinderung eine Einschränkung von 20 %, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % entspricht. Im Übrigen kann auf die konkrete Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin verwiesen werden (Urk. 10). Da auch der Aufhebungszeitpunkt per Ende Februar 2009 zu keiner Korrektur Anlass gibt, ist die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen.

5.4.4.4 Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Beschwerdeverfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

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:

- TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.