

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00182 vom 31. Mai 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00182

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00182 du 31 mai 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00182 del 31 maggio 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).

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).

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 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). 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 (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit stellt 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).

Der Revisionsordnung gemäss Art. 17 ATSG geht der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 178 Erw. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Vorbehalten bleibt auch die prozessuale Revision (BGE 133 V 108 Erw. 5.4).

Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit dieser Begründung schätzen (BGE 125 V 369 Erw. 2 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung lässt sich eine allgemein gültige betragliche Grenze für 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 in Sachen S. vom 29. April 2008, 9C_11/2008, Erw. 4.2 mit Hinweisen).

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b/cc).

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 präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2. Die IV-Stelle begründete die Renteneinstellung damit, dass die Beschwerdeführerin laut Gutachten der Abklärungsstelle G. in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einer Schokoladenfabrik mit leichter körperlicher Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig sei. Bei der Rentenzusprechung im Jahr 1996 seien psycho-soziale Faktoren wie soziale Notlage, Anforderung durch Doppelfunktion, mangelnde Anpassung und Anpassungsfähigkeit an die veränderte Umgebung ausschlaggebend gewesen. Heute könnten diese Faktoren nicht mehr als invalidisierend gewertet werden, weshalb von einem veränderten Invaliditätsgrad auszugehen sei (Urk. 2). Nachdem mit der Beschwerde geltend gemacht worden war, der somatische und psychische Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprechung nicht verbessert, sondern sich stetig verschlechtert (Urk. 1), verlangte die IV-Stelle in der Beschwerdeantwort, die Renteneinstellung sei gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG zu schätzen (Urk. 7).

Zu präferen ist daher, ob die beantragte Weiterausrichtung oder Erhöhung der Invalidenrente unter dem Gesichtspunkt von Art. 17 ATSG und Art. 53 Abs. 2 ATSG gerechtfertigt ist beziehungsweise ob eine revisionsrechtlich bedeutsame Veränderung eingetreten ist oder die ursprüngliche Rentenzusprechung zweifellos unrichtig war. Dabei ist bezüglich beider Fragestellungen von der ursprünglichen Rentenverfugung vom 6. Dezember 1996 (Urk. 8/40) auszugehen. Denn weder der Mitteilung der IV-Stelle vom 15. Juli 2005 betreffend des unveränderten Invaliditätsgrades von 50 % (Urk. 8/65) noch den Verfügungen vom 3. Februar 1998 und 6. Juni 2002, mit denen eine Rentenerhöhung abgelehnt wurde (Urk. 8/47, 8/55), lag eine umfassende Sachverhaltsabklärung zugrunde.

E. 3

3.1 Die Dres. med. H. und I. von der MEDAS-B. hielten in ihrem Gutachten vom 19. Januar 1996, das der ursprünglichen Rentenverfugung zugrunde liegt, fest, dass die Versicherte über andauernde lumbosakrale linksbetonte Schmerzen mit bandförmiger Ausstrahlung in den Beckenkamm beidseits klagt, die sich bei Belastungen verstärken und alle fünf Minuten einen Positionswechsel - von Sitzen zu Stehen zu Liegen - bedingen, eine maximale Gehdauer von einer halben Stunde zulassen und den Schlaf massiv zerhacken würden. Des weiteren würden inkonstante Schmerzausstrahlungen ins ganze linke Bein bis in alle fünf Zehen, ein lumbaler Hustschmerz, eine praktisch dauernde Schmerzausstrahlung in die untere Brustwirbelsäule und seit zirka drei Tagen bestehende, sich bei Belastung verstärkende Dauerschmerzen im linken Knie angegeben. In psychischer Hinsicht fühle sich die Versicherte oft traurig, aber nicht eigentlich depressiv. Wegen ihrer Schmerzen müsse sie oft weinen (Urk. 8/28 S. 11).

Als die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkende Gesundheitsstörung diagnostizierten die MEDAS-Ärzte einzig ein chronisches spondylogenes lumbales Schmerzsyndrom mit Fehlform der Wirbelsäule (Abflachung der Brustwirbelsäule, Hyperlordose der Lendenwirbelsäule, angedeutete lumbale linkskonvexe Skoliose) mit symmetrischer lumbosakraler Übergangsstörung mit Nearthrosebildung der Querfortsätze des Übergangswirbels mit dem Kreuzbein, mit mittels MRI und Computertomographie nachgewiesener Degeneration der Bandscheibe L4/5 mit Protrusion mediolateral links, dysplastischer Form des 5. Lendenwirbelkörpers, mit diskreten degenerativen Veränderungen der mittleren und unteren Brustwirbelsäule bei Hinweis auf Status nach Morbus Scheurmann. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erkannten sie in einer Adipositas (157 cm/76 kg) und den Nebenbefunden dysphorischer Verstimmungszustand und Störung des Menstruationszyklus (Urk. 8/28 S. 17).

Der rheumatologische Konsiliararzt, Dr. med. J.____, hielt vor allem die statische Störung für auffallend, insbesondere die lumbale Hyperlordose bei Adipositas und die lumbosakrale Übergangsstörung. Nach Ansicht des zur Beurteilung der Computertomographie- und MRI-Befunde beigezogenen Radiologen lägen enge Spinalkanalverhältnisse vor. Es sei denkbar, dass es bei der deutlichen Hyperlordose zu einer gewissen Einengung kommen könne und hier die Ursache für die Beschwerden liegen dürfte. Diese erschienen ihm jedoch als massiv überbewertet und könnten wahrscheinlich Ausdruck einer Somatisation einer Depression sein. Die Szintigraphie habe keine entzündliche Genese ergeben. Auch habe er keine radikale Symptomatik finden können. Zum Teil seien die Beschwerden auch im Sinne einer muskulären Dysbalance bei unangünstiger Statik und Übergewicht zu erklären. Eine eigentliche generalisierte Fibromyalgie liege nicht vor. Vom skelett-rheumatologischen Standpunkt aus sollte in der früheren Arbeit, die weitgehend manuelle, vorwiegend sitzend, aber auch stehend und gehend zu verrichtende Tätigkeiten umfasse, eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % möglich sein. Definitiv sei die Arbeitsfähigkeit wohl vom Psychiater zu beurteilen (Urk. 8/28 S. 14).

Der psychiatrische Konsiliararzt, Dr. med. K.____, kam zum Schluss, dass psychopathologisch klare Hinweise für das Vorliegen einer invalidisierenden Störung fehlten. Da die Explorandin durch ihre verschlossene Haltung keinen Einblick in eventuell relevante psychosoziale Konflikte gewähre, sei aus psychiatrischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ein gewisses Rentenbegehren sei nicht ganz auszuschliessen (Urk. 8/28 S. 16).

In der Gesamtbeurteilung wurde die zumutbare Arbeitsfähigkeit schliesslich hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einer Schokoladenfabrik wie auch hinsichtlich jeder anderen vergleichbaren Tätigkeit auf 50 % der Norm festgesetzt und wurde darauf hingewiesen, dass häufiges Bücken und Tragen von Lasten unbedingt vermieden werden müssten (Urk. 8/28 S. 17). Im Übrigen vertraten die MEDAS-Gutachter die Auffassung, dass die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen nicht wesentlich verbessert werden könne. Im Vordergrund ständen die Reduktion des Körpergewichts und das konsequente Weiterführen des Heilgymnastikprogramms zu Hause. Eine Reduktion der medikamentösen Behandlung wäre wünschenswert, die Einnahme nicht-steroidaler Antirheumatika und eines Antidepressivums erscheine unumgänglich (Urk. 8/28 S. 18).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von der Sozialversicherungsanstalt unter anderem auf eine Diskrepanz zwischen der rheumatologischen Zumutbarkeitsbeurteilung und der Gesamtbeurteilung angesprochen, erklärten die Dres. H.____ und I.____ in ihrer Stellungnahme vom 21. Mai 1996 (Urk. 8/33), dass die Gesamtbeurteilung vom Ergebnis eines Teilgutachtens durchaus abweichen könne. Im konkreten Fall sei bei der Schlussbesprechung ein grosser Leidensdruck spürbar geworden. Es sei daher anzunehmen, dass schon ein halbes Berufspensum an der oberen Grenze des Zumutbaren liege. Gegenwärtig sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten daher auf 50 % der Norm zu schätzen.

3.2 Ä Ä Ä Die Ärzte der orthopädischen Abteilung der Klinik E.____, welche die Beschwerdeführerin am 5. Dezember 2006 (Urk. 8/74) aufgrund chronischer Lumbalgien untersucht hatten, führten im Bericht vom 12. Dezember 2006 als Diagnosen eine chronische Schmerzerkrankung - bei chronischem thorako-lumbovertebralem Schmerzsyndrom, lumbosakraler Übergangsanomalie mit degenerativen Veränderungen und Diskusprotrusion gemäss MRI LWS vom November 2006, ohne neurale Kompression, bei Fehlstatik des Achsenskelettes und Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur - sowie eine arterielle Hypertonie an. Ihrer Ansicht nach wird die Prognose wesentlich von nicht-rheumatologischen Faktoren bestimmt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Prof. Dr. med. L.____, Leiter der Abteilung Psychosoziale Medizin des Spitals D.____, diagnostizierte anlässlich des Konsiliums vom 7. Februar 2007 eine anhaltende depressive Störung (ICD.10: F44.1) bei chronischer Schmerzerkrankung. Er wies im Bericht vom 8. Februar 2007 (Urk. 8/74) darauf hin, dass sich bei den somatischen Abklärungen keine organischen Befunde ergeben hätten, welche die Intensität der Schmerzerkrankung erklären könnten. Als Befunde erhob Prof. L.____ eine deutlich depressive Stimmung. Teilweise unter Tränen berichte die etwas ältere wirkende Patientin mit ausreichenden Deutschkenntnissen über ihre langjährige Schmerzerkrankung. Zudem verwies Prof. L.____ auf ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen, sozialen Rückzug, fehlende Tagesstruktur, Gedankenkreisen um die Schmerzerkrankung und Ängste bezüglich der Zukunft. Anhaltspunkte für Suizidalität fand er nicht. Die Schmerzschilderungen seien mehr oder weniger generalisierend, die Versicherte sei ganz auf ihre Beschwerden fixiert. In Anbetracht der Erfolglosigkeit der ambulanten Therapiemassnahmen empfahl Prof. L.____ eine stationäre psychosomatische Rehabilitation.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Bericht der Klinik F.____ vom 26. März 2006 (Urk. 8/74/9-12) wird über den dortigen dreiwöchigen psychosomatischen Rehabilitationsaufenthalt der Beschwerdeführerin zusammenfassend festgehalten, dass es nicht möglich gewesen sei, eine deutliche Verbesserung der Schmerzsymptomatik zu erzielen. Die depressive Symptomatik habe durch die psychotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien und durch das strukturierte Programm leicht verbessert werden können. Obschon die Versicherte regelmässig und motiviert an den Therapien teilgenommen habe, habe sie bezüglich der Rückenschmerzen leider kaum vom multidisziplinären Therapieprogramm profitieren können. Es habe eine wahrscheinlich durch die Depression verstärkte passive Heilungserwartung bestanden. Eine Veränderung des somatisch ausgerichteten Krankheitskonzepts in Richtung zu einem psychosozialen Krankheitskonzept sei noch nicht möglich gewesen. Die Schlafqualität habe sich aufgrund der medikamentösen Behandlung leicht verbessert. Die Patientin habe motiviert werden können, die in der Physiotherapie erlernten Übungen zu Hause

weiterzuführen. Doch habe sie den Aufenthalt nicht verlängern wollen, da sie schon so viele stationäre Aufenthalte ohne Besserung der Schmerzsymptomatik hinter sich habe. Auch für eine ambulante Physiotherapie habe sie nicht motiviert werden können, da sie dies schon probiert habe, jedoch aufgrund der Schmerzen nicht habe durchführen können. Die Klinikärzte empfahlen dringend die Fortsetzung der ambulanten Gesprächstherapie zur Unterstützung in der Krankheitsbewältigung und im Umgang mit den chronischen Schmerzen, des weiteren auch die Weiterführung und gegebenenfalls Aufdosierung der antidepressiven Medikation. Bis auf weiteres sei die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig.

3.3 Laut interdisziplinärem Gutachten der Abklärungsstelle G.____ vom 28. August 2008, auf das die IV-Stelle die angefochtene Rentenaufhebung stützt und das auf allgemeinmedizinischen, rheumatologischen und psychiatrischen Abklärungen beruht, hatte die Beschwerdeführerin bei der Abklärung über ihre seit vielen Jahren bestehenden starken lumbalen Rückenschmerzen geklagt, deretwegen sie nicht mehr arbeiten und auch nicht mehr den Haushalt führen könne und deren Ursache bisher noch niemand herausgefunden habe. Wie alle bisherigen Therapien und Rehabilitationen habe auch der Aufenthalt in der Klinik F.____ keine nachhaltige Besserung der Beschwerden bewirkt. In den letzten Jahren seien die Schmerzen sogar schlimmer geworden und hätten sich auf den ganzen Körper ausgeweitet. Mindestens einmal pro Woche suche sie Hausarzt Dr. C.____ auf, der ihr Spritzen verabreiche und mit dem sie die Medikation bespreche. Einmal pro Monat sei sie auch in psychotherapeutischer Behandlung. Sie leide nun auch an Kreuz-, Nacken-, Kopf-, Schulter-, Ellenbogen-, Knie-, Fersen- und Magenschmerzen, ebenso an geschwollenen Beinen. Auf der visuellen Analogskala von 0-10 gab die Beschwerdeführerin die Rückenschmerzen mit einer Intensität von 7 bis 8, die Nacken-/Schulerschmerzen mit ca. 5, die beidseitigen Ellbogenschmerzen mit ca. 6 und die beidseitigen Knieschmerzen mit ca. 7 bis 8 an. Sie müsse nach fünf bis zehn Minuten jeweils die Körperposition wechseln. Gehen könne sie nur langsam und nach 30 Metern müsse sie stehen bleiben oder absitzen. Auch im Liegen müsse sie ständig die Position wechseln. Nachts erwache sie wegen der Schmerzen alle ein bis zwei Stunden. Auf Nachfrage hin gab sie an, auch unter Schwindel, Obstipation und Magenschmerzen zu leiden (Urk. 8/83 S. 15 f., S. 31).

Die Gutachter der Abklärungsstelle G.____ diagnostizierten ein chronisches, generalisiertes tendomyotisches Schmerzsyndrom mit fibromyalgieartigem Charakter, eine Dysthymia (ICD-10: F34.1) sowie eine Adipositas Grad I (BMI = 31,4 kg/m²) mit/bei Hypercholesterinämie, Verdacht auf pathologischer Glukose-Toleranz und anamnestisch essentieller arterieller Hypertonie. Sie hielten eine volle Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit oder eine entsprechende körperlich leichte und wechselbelastende Verweistätigkeit mit der Möglichkeit, die Körperposition häufig zu wechseln, für gegeben und hielten fest, dass die Arbeitsfähigkeit diesbezüglich zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt gewesen sei. Lediglich für körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten verneinten die Gutachter der Abklärungsstelle G.____ das Bestehen einer verwertbaren Restarbeitsfähigkeit (Urk. 8/83 S. 28, 32 f.).

Die letztgenannte, seit 1992 bestehende Einschränkung ergibt sich laut Gutachten aufgrund der in rheumatologischer Hinsicht gestellten Diagnose einer fibromyalgieartigen Erkrankung. Diese ihrerseits gründet auf der Anamnese mit zunehmend generalisierten Schmerzen und multiplen vegetativen Begleitsymptomen sowie

depressiver Verstimmung, auf den klinischen Befunden mit vorwiegend tendomyotischen Dolenzen an typischer Lokalisation und auf den bis auf die lumbosakrale Übergangsanomalie normalen Röntgenbefunden. Die letztgenannte hyperlordotische Fehlform und die computertomographisch beschriebenen degenerativen Veränderungen würden die aktuellen lumbalen Schmerzen teilweise erklären, wobei die strukturellen Befunde seit den früheren Abklärungen seit 1992 offenbar kaum zugenommen hätten. Klinisch fänden sich weder an der Wirbelsäule noch an den peripheren Gelenken Bewegungseinschränkungen von relevantem Ausmass und auch keine anderen Hinweise für eine degenerative oder entzündliche rheumatische Grunderkrankung. Die nur geringen strukturellen Veränderungen am Bewegungsapparat könnten die subjektiv als massiv empfundene Einschränkung der Leistungsfähigkeit nicht erklären, weshalb eine pathologische Schmerzempfindungsstörung postuliert werden müsste. Die Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit sei ohne Zweifel zu tief und inadäquat. Medizinisch-theoretisch müsste aus rheumatologischer Sicht für eine körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit mit der Möglichkeit, die Körperposition häufig zu wechseln, von einer erhaltenen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Körperlich schwere Tätigkeiten seien der Versicherten dagegen nicht mehr zumutbar (Urk. 8/83 S. 31, 34).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Namentlich aus psychiatrischer Sicht wurde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt. Bei der diesbezüglichen Abklärung hatte sich die Beschwerdeführerin als zeitweise weinerlich und klagsam, aber auch als dysphorisch und verbittert mit einer energisch-vorwurfsvollen Grundstimmung präsentiert. Sie hatte die psychiatrische Exploration als Kränkung und Beweis dafür empfunden, dass ihre Schmerzen erneut nicht ernst genommen würden. Psychopathologisch habe sich eine leichtgradig reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit gezeigt. Zeitweise habe sie geweint. Bei Themen fernab ihrer Schmerzproblematik habe sie aber auch verhalten lächeln können. Die Beschwerdeschilderungen hätten tendenziell einen appellativen Charakter. Auch werde eine Tendenz zur Aggravation der eigenen Beschwerden deutlich. Dennoch sei ein Leidensdruck spürbar; stellenweise wirke die Versicherte authentisch und in ihrer Verzweiflung verfangen. Während der Exploration habe eine ausgeprägte psychomotorische Unruhe mit häufigen Positionswechseln imponiert und es sei auch zu anderen nonverbalen Schmerzäusserungen wie schmerzverzerrtes Gesicht und ständiges Stöhnen gekommen. Vor der Exploration sei indes nichts Derartiges aufgefallen. Es würden somit dysfunktionale Bewältigungsmechanismen mit einer Tendenz zur Selbstlimitierung deutlich. Während in diagnostischer Hinsicht die Kriterien einer depressiven Entwicklung, das heisst einer Dysthymia, erfüllt seien, seien diejenigen einer somatoformen Störung nicht gegeben (Urk. 8/83 S. 32).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf entsprechende Zusatzfrage der IV-Stelle vom 10. September 2008 (Urk. 8/84) erklärten die Gutachter am 22. September 2008, die strukturellen Befunde hätten seit den ab 1992 getätigten Abklärungen kaum zugenommen. Die sehr geringen strukturellen Veränderungen am Bewegungsapparat könnten die subjektiv als massiv empfundenen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit nach wie vor nicht erklären. Es könne somit nicht angenommen werden, dass der Gesundheitszustand der Versicherten sich verbessert habe. Vielmehr sei es zu einer Chronifizierung der bereits 1992 geltend gemachten Beschwerden gekommen. Die von den MEDAS-Gutachtern für jegliche Tätigkeit bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 50 % erscheine heutzutage aus

versicherungsmedizinischer Sicht nicht mehr nachvollziehbar (Urk. 8/85).

4. Vergleicht man den aktuellen Stand von Befunden und Diagnosen mit demjenigen bei der Rentenzusprechung, so haben sich einzelne gesundheitliche Störungen verlagert. Insgesamt ist jedoch keine gesundheitliche Verbesserung eingetreten, die eine Rentenrevision zu begründenden vermöchte.

Im Gegenteil haben sich die Beschwerden subjektiv eher ausgeweitet, und in diagnostischer Hinsicht wurden die Schmerzen nun, nachdem MEDAS-Arzt Dr. J. das Vorliegen einer eigentlichen generalisierten Fibromyalgie noch verneint hatte, immerhin einer fibromyalgieartigen Erkrankung zugeordnet. Diese Veränderungen sind indes entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 14) revisionsrechtlich nicht relevant, sind doch die somatischen Befunde praktisch gleich geblieben und vermögen namentlich die nunmehr gestellten Diagnosen Dysthymie und fibromyalgieartige Erkrankung keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen.

So stellt eine Dysthymie nach der Rechtsprechung höchstens dann einen invalidisierenden Gesundheitsschaden im versicherungsrechtlichen Sinne dar, wenn anderweitige Befunde wie etwa eine ernsthafte Persönlichkeitsstörung gegeben sind (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 23. Dezember 2009, 8C_671/2009, Erw. 4.2 mit weiteren Hinweisen), was vorliegend jedoch nicht der Fall ist. Bezüglich der eigentlichen Fibromyalgie bestimmt sich der Krankheitswert rechtsprechungsgemäss (BGE 132 V 65 Erw. 4) nach den analog anwendbaren Grundsätzen, wie sie im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelt worden sind (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine, BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Bei der Beschwerdeführerin liegt nun aber weder eine ernsthafte Persönlichkeitsstörung noch eine anderweitige psychische Komorbidität vor, und die allenfalls gegebenen Kriterien - sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, 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 - vermögen die Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung beziehungsweise die fibromyalgiebedingten Schmerzen oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind, nicht zu widerlegen.

Eine den Invaliditätsgrad beeinflussende gesundheitliche Veränderung ist demnach nicht ausgewiesen. Folglich besteht weder ein Grund für eine Rentenerhöhung, noch kann die verhängte Rentenaufhebung geschätzt werden.

E. 5

5.1 Um eine rechtskräftig zugesprochene Rente wiedererwägungsweise aufheben beziehungsweise eine nach Art. 17 ATSG erfolgte Rentenaufhebung mit der substituierenden Begründung der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzusprechung schätzen zu können, müsste - nach damaliger Sach- und Rechtslage - erstellt sein, dass eine korrekte Invaliditätsbemessung hinsichtlich des Leistungsanspruchs zu einem anderen Ergebnis geführt hätte (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Februar 2010, 8C_768/2009, E. 3.3 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä FÄ¼hren erst spÄ¼tere Beweismittel zu dieser Erkenntnis, kommt einzig eine prozessuale Revision zum Tragen (Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 200, 8C_517/2007, E. 4.1). Diese richtet sich nach Art. 53 Abs. 1 ATSG, wonach formell rechtskrÄ¼ftige VerfÄ¼gungen und Einspracheentscheide in Revision gezogen werden mÄ¼ssen, wenn die versicherte Person oder der VersicherungstrÄ¼ger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht mÄ¼glich war. Die Beweismittel haben entweder dem Beweis der neuen erheblichen Tatsachen zu dienen oder dem Beweis von Tatsachen, die zwar im frÄ¼heren Verfahren bekannt, aber zum Nachteil der gesuchstellenden Person unbewiesen geblieben sind. Sollen bereits vorgebrachte Tatsachen mit neuen Mitteln bewiesen werden, hat diese nachzuweisen, dass sie diese im frÄ¼heren Verfahren nicht beibringen konnte (Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz Ä¼ber die Unfallversicherung, 3. Auflage, ZÄ¼rich 2003, S. 424).

5.2 Ä Ä Ä Ä Soweit die Ä¼rzte der AbklÄ¼rungsstelle G.____ die von der MEDAS-B.____ bescheinigte 50%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht als nicht nachvollziehbar betrachten (Urk. 8/83 S. 35, Urk. 8/85), so handelt es sich um eine blosser WÄ¼rdigung des MEDAS-Gutachtens. Neue, an sich bereits fÄ¼r den Zeitpunkt der Rentenzusprechung relevante Tatsachen werden von ihnen jedoch nicht angefÄ¼hrt. Das Gutachten der AbklÄ¼rungsstelle G.____ fÄ¼llt daher als neues Beweismittel von vornherein ausser Betracht und bietet keine Grundlage fÄ¼r eine prozessuale Revision.

5.3 Ä Ä Ä Ä BezÄ¼glich der sich stellenden Frage der zweifellosen Unrichtigkeit der Rentenzusprechung ist festzuhalten, dass die frÄ¼here IV-Stelle verfahrensmÄ¼ssig korrekt vorgegangen ist. Um eine psychosoziale Problematik von einer eigentlichen psychischen Krankheit unterscheiden zu kÄ¼nnen, hatte sie das obgenannte interdisziplinÄ¼re Gutachten der MEDAS-B.____ eingeholt (vgl. IV-Stellen-Protokolleintrag vom 10. November 1994, Urk. 8/22). Bevor sie auf das Gutachtensergebnis beziehungsweise die im Rahmen der Gesamtbeurteilung attestierte 50%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit abstellte und den InvaliditÄ¼tsgrad ebenfalls mit 50 % bemass, hatte sie von den MEDAS-Gutachtern eine ErklÄ¼rung dazu eingeholt, wie sich die abschliessende Zumutbarkeitsbeurteilung damit vereinbaren lasse, dass der rheumatologische Gutachter eine ArbeitsfÄ¼higkeit von mindestens 50 % bescheinigt, im Hinblick auf die massive Ä¼berbewertung der somatisch nachvollziehbaren Beschwerden die endgÄ¼ltige Bestimmung der ArbeitsfÄ¼higkeit dem Psychiater Ä¼berlassen und dieser seinerseits dann eine volle ArbeitsfÄ¼higkeit bestÄ¼tigt habe (Urk. 8/28 S. 14, 16, Urk. 8/32-33).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch die InvaliditÄ¼tsbemessung als solche, bei der die gutachterlich festgesetzte ArbeitsunfÄ¼higkeit mit der ErwerbsunfÄ¼higkeit gleichgesetzt wurde, lÄ¼sst die Rentenzusprechung rechtsprechungsgemÄ¼ss nicht als zweifellos unrichtig erscheinen (Bundesgerichtsurteil vom 1. Februar 2009, 8C_768/2009, E.3.3 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 114 V 310 E. 3c S. 314). Vorliegendenfalls drÄ¼ngte sich ein Einkommensvergleich ohnehin nicht auf, galt doch die 50%ige EinschrÄ¼nkung laut MEDAS-Gutachten sowohl fÄ¼r die ursprÄ¼ngliche TÄ¼tigkeit der BeschwerdefÄ¼hrerin als Hilfsarbeiterin in einer Schokoladenfabrik als auch fÄ¼r jede andere vergleichbare Arbeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was die von der IV-Stelle bereits bei der Rentenzusprechung und nun auch von den Gutachtern der AbklÄ¼rungsstelle G.____ aufgeworfene Frage nach der

Nachvollziehbarkeit der abschliessenden Zumutbarkeitsbeurteilung der MEDAS-Gutachter anbelangt, so beschlagt diese die Beweistauglichkeit des der Rentenzusprechung zugrunde liegenden Gutachtens. Die im Schreiben vom 21. Mai 1996 (Urk. 8/33) sinngemäss enthaltene Erklärung der MEDAS-Gutachter, wonach in der Gesamtbeurteilung aufgrund des bei der Schlussbesprechung spürbar gewordenen grossen Leidensdrucks von den genannten Teilgutachten habe abgewichen und angenommen werden müssen, dass schon ein halbes Berufspensum an der oberen Grenze des Zumutbaren liege, leuchtet bis zu einem gewissen Grad ein. Dass die IV-Stelle sich davon überzeugen liess und den Krankheitswert des von den Gutachtern angeführten Leidensdrucks nicht mehr weiter in Zweifel zog, ist jedenfalls vertretbar. Hinzu kommt, dass der psychiatrische Gutachter gemäss seinen eigenen Angaben bei der Abklärung keinen Zugang zur Beschwerdeführerin gefunden hatte, ein solcher aber bei der Schlussbesprechung offenbar durchaus zustande gekommen war. Im übrigen war im Zeitpunkt der Rentenzusprechung die Beurteilung der Zumutbarkeit der Willensanstrengung, die Schmerzen zu überwinden, ohnehin weitgehend den Ärzten beziehungsweise Gutachtern überlassen, und namentlich für die somatoforme Schmerzstörung sind erst in BGE 130 V 352 verbindliche Kriterien festgelegt worden.

 Die Rentenzusprechung vom 6. Dezember 1996 erweist sich somit weder in einzelnen Aspekten noch in ihrer Gesamtheit als zweifellos unrichtig. Sie ist daher der Widererwgung nicht zugänglich. Folglich kann die angefochtene Rentenaufhebung auch nicht unter diesem Gesichtspunkt geschtzt werden und ist die Beschwerde gutzuheissen.

6. Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdegegnerin für das aufgrund Art. 69 Abs. 1 bis IVG kostenpflichtige Verfahren aufzukommen. Der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin ist gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) eine Prozessentschädigung zuzusprechen, die in Anbetracht der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeiten des Prozesses mit Fr. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen ist.

Das Gericht erkennt:

-  In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. Januar 2009 aufgehoben.
-  Die Gerichtskosten werden auf Fr. 800.-- festgesetzt und der Beschwerdegegnerin auferlegt.
-  Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
-  Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Tobias Figi
 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
-  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.