

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00327 vom 27. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00327

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00327 du 27 mai 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00327 del 27 maggio 2011

Erwägungen

E. 3

3.1 Der ursprünglichen Zusprennung der halben Rente (Verfügung vom 23. Juni 2003, Urk. 9/2) lag in medizinischer Hinsicht das Gutachten der Rheumaklinik des Y. ___ vom 9. April 2003 zugrunde (Gez. Dr. C. ___, Urk. 9/1). Diagnostiziert wurden ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom links (funktionell objektiv eingeschränkt, degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule), ein myofascialbetontes zervikovertebrales und cervicocephales Syndrom (thorakale Hyperkyphose und Kopfprotraktion), eine Periarthropathia humero scapularis tendopatica et pastim ancylosans links (deutliche kapsuläre Einschränkung, Impingementsyndrom leichtgradig), eine Periarthropathia genu links (DD: im Rahmen des spondylogenen Syndroms und der muskulären Dysbalance, beginnende femoro-patellare Arthrose) sowie eine Periarthropathie im Bereich des oberen Sprunggelenkes links (DD: spondylogene chronische Periostreizung, funktionell leichtes Schonhinken) (Urk. 9/1 S. 11f.).

Zusammenfassend bestand ein chronisches Schmerzsyndrom mit funktioneller Einschränkung in verschiedenen Körperpartien, wobei die Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen subjektiv am stärksten waren. Die subjektiven Beschwerden stimmten nach Auffassung des Gutachters unter Berücksichtigung der Chronizität im Wesentlichen mit den objektiven Befunden überein. Erstaunlicherweise müsse "auf Grund der objektiven Einschränkung der linken Schulter ein stärkerer Einfluss auf die Behinderung angenommen werden, wie dies auf Grund der subjektiven Schilderungen wahrscheinlich wäre". Obwohl in einem Bericht der Rheumatologie des Y. ___ (vom 3. Juni 1999) von der Tendenz zu einer Schmerzverarbeitungsstörung sowie Fibromyalgie die Rede gewesen sei, der frühere Hausarzt von einer Neigung zu depressiven Verstimmungen gesprochen habe und auch im Rahmen der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) eine Selbstlimitierung festgehalten worden sei, beständen zum heutigen Zeitpunkt keine Hinweise auf eine psychische Störung im engeren Sinn (Depression, Angststörung) (Urk. 9/1 S. 12).

3.2 Hinsichtlich des Grades der Arbeitsfähigkeit ergab sich Folgendes: Obwohl auf Grund der EFL nur bei vereinzelten Verrichtungen eine "maximal sichere Limite" festgehalten werden konnte, wurde angesichts der subjektiven Angaben und objektiven Befunde unter Einbezug der neu hinzugekommenen Schulterpathologie links von einer zumutbaren Tätigkeit während vier Stunden pro Tag ausgegangen. Es bestehe insgesamt eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 30 % (Urk. 9/1 S. 12). Bei der 30%igen Restarbeitsfähigkeit sei der Zusatzerwerb durch Vermittlung von Kleinkrediten mitberücksichtigt. Eine leichte Tätigkeit unter Ausschluss von Arbeiten über Kopf und mit geringem Krafteinsatz des linken Armes sei halbtags zumutbar. Es

bestehe somit eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (Urk. 9/1 S. 13). Der Medizinische Dienst der damals zuständig gewesenenen SVA Aargau (vom 13. Mai 2003) erachtete das Y.____-Gutachten als umfassend und in der Beurteilung der zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leichten angepassten Tätigkeit als nachvollziehbar und schlüssig (Urk. 9/3).

E. 4

4.1 Die von der IV-Stelle nach Einholung von Berichten der Dres. Z.____ (Urk. 9/14) und A.____ (Urk. 9/15) veranlasste, am 17. Juni 2008 von der MEDAS erstattete interdisziplinäre (internistische, rheumatologisch-orthopädische und psychiatrische) Expertise (Urk. 9/33) nannte zur Hauptsache folgende - die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussende - Diagnosen: Coxarthrose beidseits (mit/ bei klinischem und bildgebendem Korrelat, beschwerdeführend links), chronisches lokales Cervikalsyndrom (mit/bei myofascialem Beschwerdekomples, intakter peripherer Sensomotorik, Osteochondrose HWK5/6 mit geringgradiger bilateraler Protrusion der Bandscheibe), chronisch intermittierendes lokales Thorakalsyndrom (mit/bei alterskonformen degenerativen Veränderungen, Osteochondrose H4/5 mit geringer dorsalseitiger medianer Protrusion der Bandscheibe, muskulostatischer Dysbalance), chronisch intermittierendes Lumbalsyndrom (mit/bei konventionell-radiologischer Osteochondrose LWK5/SWK1, muskulostatischer Dysbalance, intakter peripherer Sensomotorik, kernspintomographisch Osteochondrose LWK5/SWK1), chronisch intermittierendes femoropatellares Schmerzsyndrom rechts mehr als links (mit/bei konventionell radiologisch nebenbefundlicher Fibroostose am proximalen Patellapol rechts, klinisch Hinweise für ein Patellaspitzensyndrom beidseits), intermittierendes subacromiales Impingement beider Schultergelenke (mit/bei konventionell-radiologisch unauffälliger Schultergelenks-Anatomie, klinisch positiven Impingementtests bei unauffälliger Rotatorenmanschette beidseits) (Urk. 9/33 S. 30 f.).

4.2 Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung ergaben sich - wie bei der internistischen Untersuchung - keine Gesundheitsschäden, welche eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit hätten begründen können (Urk. 9/33 S. 34 und Urk. 9/33 S. 45). Bei der rheumatologisch-orthopädischen Untersuchung imponierten Befundinkonsistenzen mit 3/5 Waddell-Zeichen. Trotz ausgeprägter Gegeninnervation bei der klinischen Untersuchung habe sich eine eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule in allen Ebenen um 1/3 feststellen lassen. Vor dem Hintergrund eines intakten peripheren und sensomotorischen Status bei bildgebend fortgeschrittener Osteochondrose betreffend des cervikalen Segmentes HWS5/6 liess sich keine diskogene oder neurokompressive Pathologie erheben. Konventionell-radiologisch sei eine mittelgradige Osteochondrose HWK5/6 mit begleitender Unkarthrose festzustellen, wobei diese Veränderungen die geschilderten Beschwerden hinsichtlich Intensität und Dauer jedoch nicht hinlänglich erklärten. Die schultergelenknah empfundenen Schmerzzustände liessen sich auf reaktive Muskelverspannungen an beiden Trapeziusoberflächen zurückführen. Lumbal zeige sich eine eingeschränkte Rotation und Seitneigung nach beiden Seiten um jeweils 1/3 mit einem vergrösserten Finger-Boden-Abstand nach vorne von 24 cm. Eine lumbale Reklination sei wegen muskulärer Gegeninnervation nicht durchführbar gewesen. Konventionell-radiologisch hätten sich geringe degenerative Veränderungen mit einer schwerpunktmässigen

Osteochondrose in Höhe LWK/SWK1 gezeigt. Der bildgebende Befund relativiere sich jedoch vor dem klinischen Status unauffälliger Nervenwurzeldehnungszeichen nach Lasäugue und bei intaktem peripherem sensomotorischem Status. Die Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes liessen sich einem Patellaspitzensyndrom zuordnen (Urk. 9/33 S. 34).

^ ^ ^ ^ ^ ^ Zusammenfassend und nach Auswertung aller bildgebenden und klinischen Befunde lasse sich bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als selbständigerwerbende Betreiberin eines Kleinkiosks wie auch hinsichtlich der Nebentätigkeit in der Vermittlung von Kleinkrediten bei insgesamt leichter körperlicher Arbeit in Wechseltätigkeit und spontaner Wahl der Körperposition keine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründen (Urk. 9/33 S. 35).

5. ^ ^ ^ ^ ^ ^

5.1 ^ ^ ^ ^ Die MEDAS-Gutachter legten schlüssig dar, weshalb sich die vom behandelnden Psychiater Dr. A. ___ postulierte depressive Erkrankung mit gegenwärtig mittelgradiger depressiver Stimmung bei generalisierter Angststörung und spezifischer Phobie (Urk. 9/15) diagnostisch nicht nachvollziehen lasse und folglich kein psychisches Krankheitsbild mit dauerhafter Limitierung der Arbeitsfähigkeit vorliege (Urk. 9/33 S. 35 und S. 38). Entsprechendes war bereits im Y. ___ festgestellt worden (Urk. 9/1 S. 12).

5.2 ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Fraglich ist, ob mit den vom RAD festgestellten Veränderungen in Bezug auf die Schulterbeweglichkeit sowie die Statik und Beweglichkeit der Wirbelsäule (Statik der Wirbelsäule mit Lot 1.5 rechts der Rima ani, vorher 2 cm; Beweglichkeit der Wirbelsäule um 1/3 eingeschränkt, vorher 1/2 eingeschränkt; die aktuelle Schulterbeweglichkeit erlaube beidseits Schärzen- und Nackengriff, vorher bedeutende Einschränkung der Schulterbeweglichkeit; Urk. 9/36 S. 3 und 4, ferner Urk. 2) eine wesentliche gesundheitliche Verbesserung hin zu einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit begründet werden kann. Dies gilt um so mehr, als zwischenzeitlich zusätzliche Beschwerden etwa im Bereich der Hüfte hinzugetreten sind und sich eine Akzentuierung der Schulterpathologie (vgl. Bericht Dr. Z. ___ vom 26. März 2009, Urk. 3/7) - welche im Jahre 2003 die Annahme einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit wesentlich mitbeeinflusste - nicht rechtsgenüglich ausschliessen lässt.

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Zudem erklärten die Gutachter der MEDAS ihrerseits, dass die vom Y. ___ (Dr. C. ___) auf 50 % veranschlagte Arbeitsunfähigkeit versicherungsmedizinisch nicht nachvollziehbar sei (Urk. 9/33 S. 37) und "weder heute noch im retrospektiven Längsschnitt betrachtet" ein dauerhafter Gesundheitsschaden bestehe, der eine anhaltende Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründen könnte; es könne das aktuell polydisziplinär ermittelte Arbeitsprofil "sei jeher" angenommen werden (Urk. 9/33 S. 37). Diese Wendungen deuten im Kontext eher auf eine - revisionsrechtlich unerhebliche - andere strengere Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes als auf eine insgesamt wesentlich verbesserte Situation hin.

5.3 ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Angesichts dieser Unklarheiten ist die Sache zur weiteren Abklärung hinsichtlich eines Revisionsgrundes (vgl. E. 1 hievon) und anschliessender Neuverfägung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, wobei vor dem Hintergrund der festgestellten Befundinkonsistenzen, der Tendenz zur Selbstlimitierung

(vgl. auch Bericht über die EFL am Y.____ vom 5. Juli 2000, Urk. 9/1/15) und der Ergebnisse einer von der S.____ offenbar durchgeführten Observation (vgl. Urk. 8) eine besonders einlässliche Prüfung - allenfalls mit erneuter EFL - angebracht erscheint.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit kann die in der Beschwerde aufgeworfene Frage, ob im Falle der Bestätigung eines medizinisch-theoretisch wiedergewonnenen Leistungsvermögens vor Aufhebung der Rente eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne erforderlich wären, vorderhand offen bleiben (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 26. April 2011, 9C_228/2010, E. 3.1).Ä Ä Ä

E. 6

Ä Ä Ä Ä Ä Bei diesem Verfahrensausgang sind der Beschwerdegegnerin die auf Fr. 800.-- festzusetzenden Gerichtskosten des nach Art. 69 Abs. 1bis IVG kostenpflichtigen Verfahrens aufzuerlegen. Auch ist sie gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG zur Bezahlung einer Prozessentschädigung zu verpflichten, welche in Anwendung der einschlägigen Grundsätze und nach Einsicht in die Honorarnote vom 6. Dezember 2010 (Urk. 11) auf Fr. 2'636.65 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Damit erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung und Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung als gegenstandslos.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Das Gericht erkennt:

1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 23. Februar 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'636.65.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christine Kessi

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.