

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00550 vom 25. Januar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-01-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00550

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00550 du 25 janvier 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00550 del 25 gennaio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, 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). Die angefochtene Verfügung ist am 6. Mai 2009 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2. Die Verwaltung hat die massgebenden Gesetzesbestimmungen über die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 1 IVG) die Bemessung der Invalidität aufgrund eines Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) und die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente (Art. 31 IVG) sowie die Verordnungsbestimmungen über die Änderung des Anspruchs bei Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und deren Wirkung (Art. 88a und Art. 88 bis Abs. 2 IVV) zutreffend dargelegt (Urk. 2/3). Darauf kann, mit den nachstehenden Erwägungen, verwiesen werden.

1.3 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).

1.4 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 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).

1.6 Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung lediglich nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Sie ist verpflichtet, darauf zurückzukommen, wenn neue

Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer andern rechtlichen Beurteilung zu führen (BGE 110 V 178 Erw. 2a, 292 Erw. 1 mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene RevisionsverfÄ¼gung gegebenenfalls mit der substituierten BegrÄ¼ndung schÄ¼tzen, dass die ursprÄ¼ngliche RentenverfÄ¼gung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 369 Erw. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 Erw. 5b/bb; Urteil 9C_562/2008 vom 3. November 2008, Erw. 2.2 mit Hinweis).

1.7. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen VerfÄ¼gung vom 6. Mai 2009 davon aus, die umfangreichen medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sich die Beschwerdeführerin psychisch deutlich stabilisiert habe. Gemäss Gutachten vom 26. August 2008 von Dr. D. und Dr. E. habe keinerlei psychiatrische Störung diagnostiziert werden können. Eingeschränkt sei die Beschwerdeführerin lediglich aufgrund ihrer Rückenprobleme. In ihrer angestammten Tätigkeit als hauswirtschaftliche Angestellte bestehe keine Arbeitsfähigkeit. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei sie zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 2/3 unten). Nach durchgeführtem Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 67 % (Urk. 2/4 oben). Zusammengefasst sei eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (Urk. 2/4 unten).

2.2. Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber in ihrer Beschwerde vom 2. Juni 2009 (Urk. 1) geltend, nicht mehr strittig zu sein scheine, dass eine Verbesserung ihres psychischen Zustandes keinen Einfluss auf den Invaliditätsgrad haben könne, da bei der Berentung keinerlei psychische Beschwerden berücksichtigt worden seien (S. 3 Ziff. II.3.1). Ferner liege aus somatischer Sicht keine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades vor (S. 3 Ziff. II.3.2.1).

2.3. Strittig und zu prüfen ist, ob die Herabsetzung der seit 1. September 2000 laufenden ganzen Rente auf eine Dreiviertelsrente ab 1. Juli 2009 rechens ist. Dies hängt davon ab, ob sie gestützt auf einen anerkannten Abänderungstitel (vgl. vorstehende Erw. 1.4, 1.6) erfolgt ist. Somit fragt sich, ob entweder eine revisionsrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse vorliegt oder die aktuelle Invaliditätsbemessung die ursprünglich vorgenommene als zweifellos unrichtig erscheinen lässt. Dabei sind zunächst die Verhältnisse im Zeitpunkt der ursprünglichen RentenverfÄ¼gung (Juli 2001) mit den Verhältnissen im Zeitpunkt der angefochtenen VerfÄ¼gung (Mai 2009) zu vergleichen.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

3.1. Der ursprünglichen Rentenzusprache vom 4. Juli 2001 lagen insbesondere Berichte der G. (Urk. 12/12/20-25), von Dr. med. H., Facharzt FMH für Innere Medizin (Urk. 12/2/2-5), und der I. (Urk. 12/13/3-5) zugrunde.

3.2. Vom 26. Oktober bis 16. November 1999 weilte die Beschwerdeführerin in der G.____. In ihrem Bericht vom 19. November 1999 nannten Dr. med. J.____, stellvertretende Oberärztin, und Dr. med. K.____, Abteilungsarzt, G.____, folgende Diagnosen (Urk. 12/12/20):

- chronisch rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei
- Fehlhaltung, muskulärer Dysbalance
- flächenhafter Diskusprotrusion L3/4, flächenhafte Diskushernie L4/5
- degenerativer Diskopathie L5/S1
- somatoforme Schmerzstörung
- laterale Bandruptur am linken oberen Sprunggelenk (OSG) nach Supinationstrauma am 14.11.99
- Angstneurose
- Migräne mit Aura

Dr. J.____ und Dr. K.____ führten aus, sie erlebten eine klagende, verzweifelte und mit Sorgen um ihre Gesundheit und berufliche Zukunft beschäftigte Beschwerdeführerin, deren Beschwerden sich nicht vollumfänglich durch die organischen Befunde erklären liessen. Nachdem sich die motivierte Beschwerdeführerin anfangs nur mühsam auf den ganzheitlichen Therapieansatz habe einlassen können, habe sich im Verlauf eine tragfähige therapeutische Beziehung von ärztlicher und psychologischer Seite aufbauen lassen. In den engmaschigen und eingehenden tiefenpsychologisch ausgerichteten Gesprächen habe sich neben der somatoformen Schmerzstörung eine relevante angstneurotische Komponente herauskristallisiert (Urk. 12/12/23 unten). Durch die Einnahme eines Antidepressivums sei der Antrieb der Beschwerdeführerin besser geworden. Im Verlauf habe sich eine gute Eigenmotivation gezeigt und die Beschwerdeführerin habe im Austrittszeitpunkt 30 Minuten ohne Pause auf dem Veloergometer fahren können, ohne Atemnot zu bekommen. Das Treppensteigen sei mit nur noch einer Hand am Geländer möglich (Urk. 12/12/24 oben). Während der Rehabilitation sei die Beschwerdeführerin mehrfach kollabiert, was anamnestisch seit Jahren häufig vorkomme (Urk. 12/12/24 Mitte). Am 16. November 1999 sei die Beschwerdeführerin in gebessertem Allgemeinzustand mit besserer Belastbarkeit und guter Compliance für eine Weiterbehandlung nach Hause entlassen worden (Urk. 12/12/24 unten).

3.3. Im Bericht vom 15. Juni 2000 diagnostizierte Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, Vertrauensarzt der Beamtenversicherungskasse des Kantons Zürich, ein chronisch rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Fehlhaltung, muskulärer Dysbalance, Diskusprotrusion L3/4, Diskushernie L4/5 und degenerativer Diskopathie L5/S1 (Urk. 12/2/4). Dr. H.____ hielt ferner fest, die Beschwerdeführerin sei in der körperlich anstrengenden Tätigkeit als hauswirtschaftliche Angestellte zu 100 % arbeitsunfähig. Einige Monate nach erfolgter Spondylodese werde bei komplikationslosem Verlauf in einer leichten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit bestehen (Urk. 12/2/5).

3.4. Dr. med. L.____, Oberarzt, Leiter Wirbelsäulenchirurgie, und Dr. med. M.____, Assistenzarzt, I.____, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 11. Oktober 2000 ein

5.3 Die Beschwerdeführerin wurde am 19. August 2008 von den Gutachtern Dr. D. ___ und Dr. E. ___ untersucht (Urk. 12/101/1). In ihrem Gutachten vom 26. August 2008 stellten sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/101/39 Ziff. 5.1):

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links mit/bei:
- Status nach Spondylodese L4/5 am 14.11.00 bei erosiver Osteochondrose L4/5
- Status nach Revisionsspondylodese L4/5 am 05.04.01 bei Pseudoarthrose
- Status nach Osteosynthese-Materialentfernung (OSME) am 28.02.02
- Fussheberparese links (DD funktionell oder L5-Parese)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie folgende Diagnosen (Urk. 12/101/39 Ziff. 5.2):

- Status nach zumindest mittelgradiger depressiver Episode seit zirka 2005 remittiert
- vor allem ängstlich-gefärbte Neurose
- somatoforme autonome Funktionsstörung unterer Gastrointestinaltrakt (psychogenes Colon irritabile)
- Status nach Alkoholabusus zirka zwischen 1999 und 2005
- Hämochromatose
- Verdacht auf Colon irritabile

In der rheumatologischen Beurteilung wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin zeige ein deutliches Schonhinken links mit einer Art angedeutetem Steppergang. Sie rolle auf dem linken Fuss nicht ab, sondern setze mit einem Spitzfuss unter leichter Rotation dieses Fusses auf. Im Stehen nehme sie eine Schonhaltung mit Spitzfussstellung links und auf der Untersuchungsfläche in Rückenlage eine Entlastungsstellung ein. Der periphere Gelenkstatus sei altersentsprechend normal, eine eigentliche Hüftpathologie könne nicht gefunden werden (Urk. 12/101/27). An den unteren Extremitäten finde sich ein Kraftdefizit bezüglich Zehen- und Fussheber links. Ferner sei ein Zehenspitzenengang beidseits symmetrisch möglich, das Abklisteißen sei links schmerzbedingt etwas abgeschwächt; sie zeige hier Ausweichbewegungen. Weiter sei auffallend, dass die Beschwerdeführerin bei Vornüberbeugung einen erheblichen Aufrichtschmerz und ein Hochkletterphänomen aufweise, was auf eine mögliche lumbale Instabilität oder eine schwache Rumpfmuskulatur zurückzuführen sei. Zusammenfassend finde sich ein lumbospondylogenes Syndrom mit einer Fussheberparese links, wobei es nicht möglich sei, zwischen einer funktionellen und einer motorischen Fussheberparese zu unterscheiden, so dass hier auf die Aktenlage abgestellt werden müsse. In den Akten sei die Fussheberparese als funktionell beurteilt worden. Eine neurologische Untersuchung liege in den Akten allerdings nicht vor, so dass eine L5-Parese nicht ausgeschlossen sei (Urk. 12/101/27 unten).

Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als hauswirtschaftliche Angestellte zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 12/101/28 Ziff. 3.6, Urk. 12/101/42 Ziff. 6.2.1). In einer leichten wechselbelastenden

Verweist Tätigkeit, in welcher die Beschwerdeführerin keine Gewichte über 7.5 kg heben, stossen oder ziehen müsse, sei sie zu 50 % arbeitsfähig. Ideal sei eine Tätigkeit, bei welcher sie nicht dauernd gehen oder Treppen steigen müsse. Ferner sollte die Tätigkeit kein Besteigen von Leitern oder Gerüsten und auch nicht das Gehen auf unebenem Boden beinhalten. Weiter solle das Pensum von 50 % in zwei Arbeitsblöcke pro Tag aufgeteilt werden. Untermauert werde diese Beurteilung auch durch die tatsächlichen Aktivitäten der Beschwerdeführerin, wie das Spazierengehen mit dem Hund zweimal pro Tag und der regelmäßige Besuch des Fitnesscenters (Urk. 12/101/28 Ziff. 3.7, Urk. 12/101/43 Ziff. 6.3.1).

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus psychiatrischer Sicht bestehe ein völlig unauffälliger Psychostatus. Die Beschwerdeführerin könne gut kooperieren, zeige eine intakte Psycho- und Sprachmotorik; ferner beständen keine Auffälligkeiten der intellektuellen Funktionen und bis auf mnestiche Schwierigkeiten keine Auffälligkeiten der kognitiven Funktionen. Des Weiteren sei auch das formale Denken nicht verlangsamt (Urk. 12/101/37). Ferner habe die Beschwerdeführerin berichtet, dass sie sozial gut eingebunden sei, so dass aus rein psychiatrischer Sicht keinerlei Funktionseinbussen auszumachen seien (Urk. 12/101/37 unten f.). Insofern ergebe sich eine sehr gute Kongruenz zwischen objektiven Befunden und subjektiven Angaben. Aufgrund der vollständig erhaltenen Funktionsfähigkeiten könne geschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 12/101/38 oben, Urk. 12/101/42 Ziff. 6.2.2). Die rheumatologische Beurteilung gelte als Gesamtbeurteilung (Urk. 10/101/42 Ziff. 6.2.3).

5.4 Â Â Â Â Zu der von der Beschwerdegegnerin am 24. September 2008 zum Gutachten gestellten Ergänzungsfrage, welche objektiven Befunde und Funktionseinschränkungen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit begründen würden, machte Dr. D. ___ im Bericht vom 30. September 2008 (Urk. 12/103 S. 1) im Wesentlichen die gleichen Angaben wie im Gutachten vom 26. August 2008 (vgl. vorstehende Erw. 5.3). Aufgrund des deutlichen Lumbovertebralsyndroms, des Hinweises auf die Instabilität, und der deutlichen Parese könne gesagt werden, dass auch eine optimale Verweisungstätigkeit nicht ganztags zumutbar sei. Durch die Gesamtschau aller Befunde komme somit eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % zustande (Urk. 12/103 S. 2).

5.5 Â Â Â Â In ihrer Stellungnahme vom 4. November 2008 hielt med. pract. N. ___, Fachärztin für Innere Medizin FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), fest, das Gutachten vom 26. August 2008 entspreche den praxisgemässen Kriterien und darauf könne vollumfänglich abgestellt werden (Urk. 12/104/5).

5.6 Â Â Â Â In seiner Stellungnahme vom 12. Februar 2009 (Urk. 12/116) hielt Dr. D. ___ fest, in den Vorakten habe keine Begutachtung vorgelegen, welche Stellung nehmen würde, aus welchen Gründen die Beschwerdeführerin berentet worden sei. Er gehe jedoch davon aus, dass wenn schon eine Zusprache einer ganzen Rente stattgefunden habe, die Ärzte davon ausgegangen seien, dass praktisch keinerlei Alltagsaktivitäten mehr möglich gewesen seien (S. 1 unten). Diese Situation habe sich jedoch bei heutiger Beurteilung wesentlich geändert (S. 2 oben). Die Beschwerdeführerin zeige aktuell ein lumbospondylogenes Syndrom mit einer Fussheberparese links, wobei diese funktionell oder motorisch sein könne, es liege jedoch keine akute Wurzelreizung vor. Ferner wären die tatsächlichen Spaziergänge mit dem Hund und der Besuch des Fitnesscenters mit einer relevanten schweren Parese schlichtweg nicht möglich. Diese tatsächlich getätigten

Aktivitäten würden mindestens einem leichten Tagespensum von 50 % entsprechen (S. 2 Mitte). Damit liege eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes vor und keine andere Beurteilung des gleichgebliebenen Gesundheitszustandes (S. 2 unten)

5.7. Im Aktengutachten vom 8. Juni 2009 (Urk. 7) führte Prof. Dr. F. aus, Dr. H. habe in seinem Bericht vom 15. Juni 2000 erwähnt, in der angestammten Tätigkeit als hauswirtschaftliche Angestellte sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Einige Monate nach erfolgter Spondylodese werde bei komplikationslosem Verlauf eine Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit bestehen. Daraufhin sei die ganze Rente verfügt worden (S. 3 Ziff. 1.2). Durch die drei Operationen habe sich der Gesundheitszustand jedoch nicht verändert. Es sei nicht ersichtlich, worin Dr. D. eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sehe (S. 3 Ziff. 1.3). Damals habe eine beträchtliche Verschleisserscheinung des Segments L4/L5 nach ergebnislosen konservativen Behandlungsmassnahmen zur Indikation der Versteifung dieses Segments geführt (S. 4 oben Ziff. 1.3).

Die Fussheberleistung könne psychogen oder gar vorgespielt sein. Den Fuss nicht zu strecken sei nicht schwierig. Die Beschwerdeführerin zeige aber nicht nur eine Parese der Extension des linken Fusses, sondern zugleich eine Innenrotation, die auf die dissoziierte Parese des Musculus tibialis anterior und der Peronealmuskeln zurückzuführen sei. Um dies psychogen oder willkürlich vorzutauschen, brauche man Kenntnisse, die nicht einmal jedem Arzt geläufig seien (S. 5 Ziff. 1). Ferner deute das im Stehen flektiert gehaltene linke Bein auf eine weitgehende Fixierung einer oder mehrerer Nervenwurzeln im Lenden- und sakralen Abschnitt der LWS hin. Dies werde vom positiven Lasègue bestätigt. Auch dies könne kaum vorkommen, wenn die morphologische Vorlage fehle. Nach mehreren Operationen im LWS-Bereich sei ein solcher Befund nicht selten (S. 6 oben).

In seiner Beurteilung führte Prof. Dr. F. aus, im Jahre 2000 sei der Beschwerdeführerin wegen eines krankhaften Zustandes eine ganze Rente zugesprochen worden. Der Gesundheitszustand habe sich trotz einer gelungenen Versteifung L4/5 - wofür zwei Eingriffe nötig gewesen seien - nicht verbessert. Nach diesem Verfahren sei eine partielle, aber sicherlich nicht psychogene, Schädigung der fünften lumbalen Wurzel links aufgetreten. Diese sei konstant und irreversibel geblieben. Dies lässe eine nicht unbeträchtliche L. derbelastung des linken Beines aus (S. 6 Ziff. 3.1). Die von Dr. D. postulierte Besserung bestehe nicht: Die Operation, die die Kreuzbeschwerden nicht beeinflusst habe, eine nicht unbeträchtliche Nervenschädigung, die Verschleisserscheinungen der Nachbarsegmente, ein geistiger, möglicherweise zum Teil reaktiver Zustand, der das gegenwärtige Leiden mitbestimme, hätten die Situation sicherlich nicht gebessert (S. 7 oben Ziff. 3.3).

Sodann führte Prof. F. aus, allein die rheumatologischen Befunde würden völlig ausreichen, um die Fortsetzung der Berentung zu rechtfertigen, und warf die Frage auf, wie häufig Personen wegen Burn-out bei körperlich leichten Berufen ohne morphologisch fassbare Befunde berentet würden (S. 7 Ziff. 3.4). Nichts deute darauf hin, dass es der Beschwerdeführerin besser gehe als früher; die Kürzung der vollen Rente um 25 % sei deshalb ungerecht (S. 7 Ziff. 3.5).

Ä

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

6.1. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids ist auf das Gutachten vom 26. August 2008 (Urk. 12/101/1-48) abzustellen, welches die praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehende Erw. 1.7) erfüllt. Das Gutachten mit rheumatologischen und psychiatrischen Abklärungen beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin und setzt sich mit dieser und deren Verhalten umfassend auseinander. Die Beschwerdeführerin wurde sorgfältig abgeklärt. Das Gutachten leuchtet zudem in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen der Experten sind in nachvollziehbarer Weise begründet. Das Gutachten wurde ferner in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die Würdigung des Gutachtens ergibt, dass die Experten sich sorgfältig und umfassend mit dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auseinander gesetzt haben und schlüssig darzulegen vermochten, inwiefern die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

Zur Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit als hauswirtschaftliche Angestellte zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 12/101/28 Ziff. 3.6, Urk. 12/101/42 Ziff. 6.2.1). In einer leichten, wechselbelastenden Verweistätigkeit, in welcher sie keine Gewichte über 7.5 kg heben, stossen oder ziehen müsse, sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % gegeben. Ideal sei eine Tätigkeit, bei welcher sie nicht dauernd gehen oder Treppen steigen müsse. Ferner sollte die Tätigkeit kein Besteigen von Leitern oder Gerüsten und auch nicht das Gehen auf unebenem Boden beinhalten. Das Arbeitspensum sollte in zwei Arbeitsblöcke pro Tag aufgeteilt werden. Untermauert werde diese Beurteilung auch durch die täglichen Aktivitäten der Beschwerdeführerin, wie das Spaziergehen mit dem Hund zweimal pro Tag und der regelmässige Besuch des Fitnesscenters (Urk. 12/101/28 Ziff. 2.3, Urk. 12/101/43 Ziff. 6.3.1). Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der vollständig erhaltenen Funktionsfähigkeiten in der angestammten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgegangen werden (Urk. 12/101/38 oben, Urk. 12/101/42 Ziff. 6.2.2). Ferner wurde festgehalten, dass die rheumatologische Beurteilung als Gesamtbeurteilung gelte (Urk. 12/101/42 Ziff. 6.2.3).

6.2. Im Bericht vom 30. September 2008 bestätigte Dr. D. die Angaben des Gutachtens bezüglich Arbeitsfähigkeit und führte aus, dass aufgrund des deutlichen Lumbovertebralsyndroms, welches ein Hinweis auf die Instabilität und die deutliche Parese sei, auch eine Verweistungstätigkeit nicht zu 100 %, sondern nur zu 50 % möglich sei (Urk. 12/103 S. 2).

6.3. Sodann hielt Dr. D. in seiner Stellungnahme vom 12. Februar 2009 fest, die ursprüngliche Berentung habe sich nicht auf eine Begutachtung durch einen Arzt gestützt. Es sei jedoch davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der ursprünglichen Zusprache einer ganzen Rente der Gesundheitszustand schlechter war als heute und praktisch keinerlei Alltagsaktivitäten mehr möglich gewesen seien (Urk. 12/116 S. 1 unten). Daher ist Dr. D. von einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen. Im Aktengutachten von 8. Juni 2009 hielt Prof. Dr. F. fest, es sei nicht ersichtlich, worin Dr. D. eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sehe (Urk. 7 S. 3 Ziff. 1.3). Der Gesundheitszustand habe sich auch nach gelungener Versteifung L4/5 nicht verbessert (Urk. 7 S. 6 Ziff. 3.1).

Dr. D. ___ kam in seiner Stellungnahme vom 12. Februar 2009 zum Schluss, aus dem Umstand, dass früher eine ganze Rente zugesprochen worden sei, könne angenommen werden, dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe (Urk. 12/116 S. 1 unten f.). Die von Dr. D. ___ beschriebene Verbesserung des Gesundheitszustandes ist damit allein darauf zurückzuführen, dass früher von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit ausgegangen wurde und heute eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit besteht. Befundmässig und aus diagnostischer Sicht ist jedoch seit der ursprünglichen Rentenzusprache am 4. Juli 2001 keine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes ersichtlich. Daher ist vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von keiner Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen. Dies machte auch die Beschwerdeführerin und Prof. Dr. F. ___ geltend.

Wenn rückblickend von einem unveränderten Gesundheitszustand seit Juli 2001 ausgegangen wird, ist die damalige Einschätzung der Beschwerdegegnerin, die Beschwerdeführerin sei in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 12/17 S. 2), nicht nachvollziehbar und stellt eine nicht haltbare Schlussfolgerung aus dem Bericht von Dr. H. ___ (Urk. 12/2/2-5) dar. Damit ist die ursprüngliche Verfügung vom 4. Juli 2001, in welcher von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgegangen wurde, zweifellos unrichtig.

E. 7

7.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person 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).

7.2 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 129 V 222 Erw. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen).

7.3 Die Beschwerdegegnerin legte der Invaliditätsbemessung ein Valideneinkommen von Fr. 62'743.-- für das Jahr 2008 zu Grunde (Urk. 12/105 S. 1).

Die Beschwerdeführerin arbeitete zuletzt von Dezember 1996 bis Mai 2000 als hauswirtschaftliche Angestellte im Flughafengebiet Zürich. Gemäss Fragebogen für den Arbeitgeber hätte sie im Jahre 2000 ein Einkommen von Fr. 57'315.-- erzielt (Urk. 12/5 Ziff. 16). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Frauen von 2000 (Index Stand 2'190; Die Volkswirtschaft 12/2010, S. 91, Tab. B10.3) bis 2008 (Index Stand 2'499) ergibt sich ein Einkommen von

rund Fr. 65'400.-- (Fr. 57'315.-- : 2'190 x 2'499).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit ist vorliegend von einem Valideneinkommen von Fr. 65'401.-- auszugehen.

7.4 Ä Ä Ä Ä Das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin mangels eines effektiven Einkommens zu Recht anhand von TabellenlÄ¶hnen bestimmt. GestÄ¼tzt auf die Lohnstrukturerhebung 2006 (LSE) des Bundesamtes fÄ¼r Statistik und unter BerÄ¼cksichtigung der RestarbeitsfÄ¼higkeit von 50 % ermittelte sie einen Jahreslohn von Fr. 20'759.72 im Jahr 2006 (Urk. 12/105 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der LSE 2008 ist zu entnehmen, dass sich der Lohn von Frauen mit einfachen und repetitiven TÄ¼tigkeiten auf Fr. 4'116.-- belÄ¼uft. Unter BerÄ¼cksichtigung der RestarbeitsfÄ¼higkeit von 50 % und der betriebsÄ¼blichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 12/2010, S. 90, Tab. B9.2) resultiert ein Jahreslohn von Fr. 25Ä¼684.-- (Fr. 4'116.-- x 12 x 0.5: 40 x 41.6) fÄ¼r das Jahr 2008.

7.5 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin nahm in ihrer VerfÄ¼gung einen behinderungsbedingten Abzug von 20 % vor (Urk. 12/105 S. 2, Urk. 12/121 S. 2), welcher eher hoch bemessen ist. Aufgrund des Umstandes, dass bei der Ä¼berprÄ¼fung des gesamthaft vorzunehmenden Abzugs, der eine SchÄ¼tzung darstellt, das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen darf (BGE 126 V 81 Erw. 6), ist der getÄ¼rtigte Abzug indes nicht abzuÄ¼ndern. Unter BerÄ¼cksichtigung des Leidensabzugs ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 20Ä¼547.-- (Fr. 25'684.-- x 0.8).

7.6 Ä Ä Ä Ä Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 65'402.-- mit dem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 20Ä¼547.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 44Ä¼855.--, was einem InvaliditÄ¼tsgrad von 68.6 % entspricht.

7.7 Ä Ä Ä Ä Dies fÄ¼hrt zum Schluss, dass das Gericht die auf Art. 17 ATSG gestÄ¼tzte RevisionsverfÄ¼gung der Beschwerdegegnerin mit dieser substituierten BegrÄ¼ndung zu schÄ¼tzen hat, auch wenn die Voraussetzungen fÄ¼r eine Rentenrevision - mangels Verbesserung des Gesundheitszustandes - nicht gegeben sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Gesagtem hat die Beschwerdegegnerin die ganze Rente zu Recht auf eine Dreiviertelsrente herabgesetzt, was zur Abweisung der Beschwerde fÄ¼hrt.

8. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Kosten gemÄ¼ss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1Ä¼000.-- festzusetzen und der unterliegenden BeschwerdefÄ¼hrerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der BeschwerdefÄ¼hrerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Hans Kupfer

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÄ¼rich, IV-Stelle

- Bundesamt fÄ¼r Sozialversicherungen

