

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00617 vom 21. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00617

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00617 du 21 septembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00617 del 21 settembre 2011

Erwägungen

E. 4

anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4).

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten sie einen Status nach Katarakt-Operation links (ICD-10 Z98.8) sowie eine anamnestische Migräne an (Urk. 12/87/24).

Bei der orthopädischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin im Bereich der Wirbelsäule eine ausgeprägte Gegenspannung entwickelt. Es hätten sich divergierende Untersuchungsbefunde bei expliziter Prüfung gegenüber abgelenkter Situation gefunden, so z.B. bei der Kopfrotation (Urk. 12/87/24). Neurologisch hätten eine spinale Kompressionsproblematik oder Läsion eines grösseren peripheren Nervs klinisch weitestgehend ausgeschlossen werden können (Urk. 12/87/25). Auf radiologischer Ebene beständen eine Diskushernie auf Höhe des lumbosakralen Übergangs mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 links, an der Halswirbelsäule degenerative Veränderungen sowie an der rechten Schulter degenerative Veränderungen der Supraspinatussehne und des Akromioklavikulargelenks (Urk. 12/87/21). Als deutliche Hinweise für eine wesentlich nichtorganische Komponente der Schmerzen seien unter anderem fünf von fünf Waddell-Zeichen positiv gewesen (Urk. 12/87/25), ferner das unablässige Stöhnen während der gesamten körperlichen Untersuchung sowie zahlreiche Inkonsistenzen (Urk. 12/87/22). Insgesamt hätten ausgeprägte Hinweise für eine Ausweitung der Schmerzproblematik bestanden. Aus orthopädischer Sicht bestehe aufgrund der degenerativen Veränderungen an der rechten Schulter sowie der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule keine zumutbare Arbeitsfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten. Körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung seien aus rein orthopädischer Sicht hingegen zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt zumutbar. Dabei sollte das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, intermittierend 15 kg, ebenso wie der wiederholte Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb Schulterniveau vermieden werden. Wahrscheinlich passe die bisherige Tätigkeit als Köchin und Konditoreihelferin in dieses Leistungsbild und wäre somit zumutbar (Urk. 12/87/25).

Bei der psychiatrischen Untersuchung sei aufgefallen, dass das Ausmass der Schmerzen und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könnten. Es müsse eine psychische Überlagerung angenommen werden. Es handle sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Zudem könne derzeit diagnostisch eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit depressiven

Verstimmungen, Ängsten - vor allem unter Menschen -, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, Antriebsstörung, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen sowie negativen Zukunftsperspektiven bezüglich ihrer Gesundheit und einer Erwerbstätigkeit festgestellt werden (Urk. 12/87/25). Die Depression habe sich vor allem auch unter den psychosozialen Belastungen mit angespannter finanzieller Situation entwickelt, seitdem die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit mehr habe nachgehen können und ganz von der Invalidenrente des Ehegatten abhängig geworden sei (Urk. 12/87/17). Die psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren seien deutlich ausgeprägt (Urk. 12/87/15). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % (Urk. 12/87/25). Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung und des bisherigen Verlaufs mit weitgehender Therapieresistenz sei die Prognose ungünstig (Urk. 12/87/15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus allgemeininternistischer Sicht könne keine Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden (Urk. 12/87/25).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus polydisziplinärer Sicht besteht bei der Beschwerdeführerin insgesamt keine zumutbare Arbeitsfähigkeit für körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, angepasste Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. Wahrscheinlich gelte dies auch für die als angestammt anzusehende Tätigkeit als Köchin und Konditoreihelferin. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden, bei erhöhtem Pausenbedarf bzw. vermindertem Rendement. Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe mit Sicherheit ab dem 13. Oktober 2009 (Untersuchungszeitpunkt). Dass die Arbeitsfähigkeit zu einem früheren Zeitpunkt längerfristig höhergradig eingeschränkt gewesen sei, lasse sich nicht nachvollziehen (Urk. 12/87/25). Im Gegensatz zur Einschätzung seitens der Hausärztin Dr. C. richte sich diese Einschätzung nach der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/87/26).

4.2.17 Am 12. Dezember 2009 berichtete Dr. D., in der letzten Zeit habe sich der Zustand wesentlich verschlechtert. Nicht zuletzt habe auch ein negativer, rentenaufhebender Entscheid der Invalidenversicherung dazu beigetragen, der erfolgt sei, obschon sich der Zustand der Beschwerdeführerin eher verschlechtert als verbessert habe. Sie sei tief depressiv, sehr ängstlich, in ihrem Antrieb stark vermindert, habe starke Scham- und Schuldgefühle ihrer Familie gegenüber und verspüre Todeswünsche. In der letzten Zeit hätten sich auch die Schmerzen intensiviert, sie könne sie kaum ertragen (Urk. 12/89/1).

4.2.18 Dr. M., Dr. N. sowie lic. phil. O. hielten in ihrer Stellungnahme vom 31. Dezember 2009 fest, die Beschwerdeführerin sei weiterhin als 100 % arbeitsunfähig zu erachten, da therapeutisch bislang keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands habe erreicht werden können. Die Abänderung der im Jahre 2006 von Dr. B. gestellten Diagnose einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom bei anamnestic rezidivierender depressiver Störung gemäss ICD-10 F33.2 (vgl. E. 4.1) in eine lediglich leicht- bis mittelgradige depressive Episode und damit eine Reduzierung der Arbeitsunfähigkeit erschienen als unzulässig. Sie selbst hätten zwar am 11. Juni 2009 eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert, doch habe die Beschwerdeführerin am 1. Dezember 2009 in der Hamilton Depressions-Skala einen Wert von 34 Punkten erzielt, was deutlich im Bereich einer

schweren Depression liege (Urk. 12/91/1). Die Beschwerdeführerin leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer derzeit zumindest mittelgradigen depressiven Episode, was durchaus als schwere psychische Störung bezeichnet werden könne. Es liege ausserdem bereits eine jahrelange Chronifizierung der psychiatrischen Problematik vor. Die Beschwerdeführerin leide zudem unter Konzentrationsstörungen von erheblichem Ausmass und noch aktuell unter zeitweise starken Suizidgedanken, welche vor allem in Zusammenhang mit starken Schmerzen aufträten. Die vorhandenen Symptome wie z.B. Lust- und Interesselosigkeit, Schuldgefühle, Gefühle der Wertlosigkeit - nicht mehr arbeiten zu können und der Familie somit zur Last zu fallen -, ausgeprägte Panikattacken mit Atemnot und Bewegungsunfähigkeit, allgemeine Hoffnungslosigkeit sowie die immer wieder kommenden Suizidgedanken mit konkreten Suizidplänen - unter einen Zug zu gehen - würden zu einer beträchtlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Der Schweregrad dieser Symptome verunmögliche der Beschwerdeführerin jegliche Arbeitstätigkeit. Sie sei sehr schnell überfordert, könne nicht mehr lange ohne Unterbruch stehen, sitzen oder gehen und ertrage weder Lärm noch Publikumsverkehr, da es dadurch zu einer Zunahme von Nervosität und Schmerzen komme (Urk. 12/91/2).

4.2.19 Dr. med. U.____, Oberärztin Depressionsstation der Privatklinik V.____, '____', stellte in ihrem Bericht vom 27. Januar 2010 folgende Diagnosen (Urk. 12/93/1):

- rezidivierend depressive Störung, derzeit schwergradig depressiv, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2);
- differentialdiagnostisch eine chronifizierte Depression;
- lumbospondylogenes Syndrom;
- Migräne.

Die Beschwerdeführerin weise eine schwer depressive Symptomatik mit Suizidgedanken auf (Urk. 12/93/2).

4.2.20 In ihrer Stellungnahme vom 8. Februar 2010 bezüglich des A.____-Gutachtens vom 11. November 2009 (E. 4.2.16) hielten Dr. T.____ und Dr. med. W.____, Ärztliche Leitung des A.____, fest, wenn die Beschwerdeführerin bereits im Jahre 1998 erstmals in psychiatrischer Behandlung gewesen sei, müsse richtigerweise von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden. Bei der A.____-Begutachtung sei eindeutig eine leichte bis mittelgradige depressive Episode vorhanden gewesen. Die Lust- und Interesselosigkeit sei nicht schwer ausgeprägt. Eine ärztlich verordnete Invalidisierung scheine nicht angezeigt (Urk. 12/94/2).

4.2.21 Dr. med. AA.____, Oberarzt bei der Integrierten Psychiatrie '____', '____', stellte in seinem Bericht vom 14. April 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/98/2):

- Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2);
- längere depressive Reaktion bei längerer Schmerzproblematik;
- breitbasige Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 (diagnostiziert im Jahre 2006).

Während des stationären Aufenthalts habe sich die Beschwerdeführerin auf ihre Schmerzproblematik und die Medikamenteneinnahme sehr eingeengt, sich aber auch sehr passiv und unmotiviert gezeigt (Urk. 12/98/3). Die Anpassungsfähigkeit sei leicht, die Belastbarkeit mittelgradig eingeschränkt (Urk. 12/98/6). Es werde wahrscheinlich schwierig, die Beschwerdeführerin für eine ausserhäusliche Tätigkeit in der freien Marktwirtschaft zu motivieren (Urk. 12/98/3). Bei einer Besserung der Schmerzproblematik wäre eventuell zu einem späteren Zeitpunkt eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit möglich (Urk. 12/98/1). Vom 28. Januar bis am 23. Februar 2010 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestanden (Urk. 12/98/3).

4.2.22 Dr. med. BB.____, Facharzt FMH für Radiologie und Nuklearmedizin, '____', berichtete am 9. Mai 2001, die Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule und des Iliosakralgelenks vom 9. Mai 2011 habe eine im Vergleich mit dem Zustand am 1. Oktober 2010 stationäre, medio-laterale Diskushernie L5/S1 mit Tangierung der Nervenwurzeln S1 im Rezessus beidseits sowie lateral intraforaminal rechts ergeben (Urk. 14/2).

E. 5

5.1 Die Beschwerdeführerin erklärte, zu 100 % arbeitsunfähig zu sein bzw. seit dem Unfall hauptsächlich wegen ihrer Schmerzen, aber auch der Konzentrationsstörungen, Verstimmungen und Ängste unter Menschen nicht mehr arbeiten zu können (vgl. Urk. 12/47/21; Urk. 12/87/15). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin nicht entscheidend ist. Massgebend ist die medizinisch begründete und nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wobei es sich hierbei um eine medizinisch-theoretische Beurteilung handelt, weshalb nicht entscheidend ist, ob eine versicherte Person die ihr aufgrund der medizinischen Befunde und Diagnosen an sich mögliche Arbeitsfähigkeit auch tatsächlich verwertet.

5.2 Zwischen den Parteien ist strittig, ob sich der gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin dergestalt verbessert hat, dass ihr nunmehr eine Beschäftigung wieder zumutbar ist. Dabei stellt sich die Frage nach der Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit als Köchin und Konditoreihelferin wie auch einer angepassten Tätigkeit.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin insbesondere auf das Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. H.____ vom 7. Juli 2008 (E. 4.2.4) sowie das A.____-Gutachten vom 11. November 2009 (E. 4.2.16) (vgl. Urk. 12/55; Urk. 12/99).

5.2.1 In somatischer Hinsicht attestierten die Gutachter des A.____ der Beschwerdeführerin, infolge eines chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms ohne radikuläre Ausfälle (ICD-10 M54.5) sowie chronischer Schulterschmerzen rechts (ICD-10 M75.0) in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt zu sein. Während körperliche schwer belastende Tätigkeiten gänzlich unzumutbar seien, seien körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, angepasste Tätigkeiten zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt zumutbar. Es sollte indes das Heben und Tragen von Lasten über 10kg, intermittierend 15kg, ebenso wie der wiederholte Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb Schulterniveau vermieden werden. Die bisherige Tätigkeit

als Köchin und Konditoreihelferin sei wahrscheinlich weiterhin zumutbar. Diese Einschränkung treffe mit Sicherheit ab dem 13. Oktober 2009 zu. Eine frühzeitig längerfristige höhergradige Einschränkung lasse sich nicht nachvollziehen (E. 4.2.16). In psychiatrischer Hinsicht attestierten die Gutachter der Beschwerdeführerin, in der Arbeitsfähigkeit durch eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0, F32.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) eingeschränkt zu sein. Aus psychiatrischer Sicht bestehe mit Sicherheit ab dem 13. Oktober 2009 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %, wobei eine frühzeitig längerfristige höhergradige Einschränkung auszuschließen sei (E. 4.2.16; E. 4.2.20). Das A. ___-Gutachten beruht dabei auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin umfassend auseinander. So wurden im Rahmen der orthopädischen Untersuchung divergierende Untersuchungsbefunde bei expliziter Prüfung im Vergleich zur abgelenkten Situation, ferner die Positivität sämtlicher Waddell-Zeichen, das unablässige Stöhnen während der gesamten körperlichen Untersuchung sowie zahlreiche Inkonsistenzen festgestellt (vgl. E. 4.2.16). In psychiatrischer Hinsicht bemerkten die A. ___-Gutachter, dass sich die Depression vor allem unter den psychosozialen Belastungen mit angespannter finanzieller Situation entwickelt hatte und die psychosozialen sowie emotionalen Belastungsfaktoren deutlich ausgeprägt sind (E. 4.2.16). Das Gutachten wurde zudem in Kenntnis der Vorakten abgegeben, wobei es sich auch mit den darin enthaltenen Aussagen auseinandersetzt. Ferner leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen der Experten sind in nachvollziehbarer Weise begründet. Das A. ___-Gutachten erfüllt somit die praxisgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. 2.5) vollumfänglich.

5.2.2 Dr. Z. ___ und Dr. H. ___ erachteten in ihrem psychiatrischen Gutachten die somatoforme Schmerzstörung als überwindbar und daher ohne dauerhaften Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die derzeit leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom reduziere die Arbeitsfähigkeit auf 70 %, wobei eine Steigerung auf über 80 % möglich sei. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei die Verbesserung des Zustandsbilds in Form einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ab Januar 2008 gegeben (vgl. E. 4.2.4-7). Das Gutachten von Dr. Z. ___ und Dr. H. ___ beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen. Es berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin umfassend auseinander. So stellten Dr. Z. ___ und Dr. H. ___ eine Diskrepanz zwischen objektivierbaren depressiven Symptomen und subjektiver Erfahrung sowie eine nicht ausreichende Konzentration der verordneten Antidepressiva und des Schmerzmedikaments im Blut der Beschwerdeführerin fest (vgl. E. 4.2.4). Das Gutachten wurde zudem in Kenntnis der Vorakten abgegeben, wobei es sich auch mit den darin enthaltenen Aussagen auseinandersetzt. Ferner leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen der Experten sind in nachvollziehbarer Weise begründet. Das ärztliche Gutachten von Dr. Z. ___ und Dr. H. ___ erfüllt mithin die praxisgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. 2.5) ebenfalls vollumfänglich, so dass es eine beweiskräftige Beurteilungsgrundlage ist.

E. 5.3

5.3.1.1. Im Vergleichsjahr 2006 konnte die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht nicht in relevanter Weise begründet werden (vgl. E. 4.1). So attestierte Dr. CC.____, Oberarzt an der RehaClinic '____', der Beschwerdeführerin in seinem Bericht vom 5. April 2005, einen ausgeprägten Leidensdruck zu vermitteln und eine starke Selbstlimitierung aufzuweisen, mit akzentuierter Schmerzpräsentation, insbesondere seien sämtliche Waddel-Zeichen positiv gewesen (Urk. 12/10/8). Nebst einer dokumentierten Diskushernie L5/S1 bestanden deutliche Hinweise auf eine chronische Schmerzerkrankung mit Generalisierungstendenz (Urk. 12/10/9). Dr. med. DD.____, Assistenzarzt Orthopädie an der Klinik G.____ in '____', hinwiederum berichtete der Beschwerdegegnerin am 9. September 2005, bei der Beschwerdeführerin bestehe in somatischer Hinsicht die Diagnose eines konservativen therapieresistenten lumboradikulären Syndroms bei Diskushernie L5/S1 sowie foraminaler Stenose L4/5 (Urk. 12/17/1). Im Vergleich dazu hat sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung gemäss den vorliegenden Akten keine wesentliche Änderung ergeben. Die Beschwerdeführerin leidet nach wie vor an wenig objektivierbaren chronischen Schmerzen im Rückenbereich, die ihr bloss körperlich schwer belastende Tätigkeiten gänzlich unmöglich machen (vgl. E. 4.2.16). Die angestammte Tätigkeit als Köchin und Konditoreihelferin wurde durch das A.____ in nachvollziehbarer Weise als wohl nach wie vor zumutbar erachtet (vgl. E. 4.2.16). Auch in leidensangepasster Tätigkeit bestehen keine somatische Einschränkungen. In somatischer Hinsicht hat sich somit insofern keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands ergeben.

5.3.2. In psychischer Hinsicht gingen Dr. Z.____ und Dr. H.____ von einer Verbesserung aus, wenn sie im Vergleich zu Dr. B.____, welcher im Jahre 2006 noch eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostizierte (vgl. E. 4.1), der Beschwerdeführerin bloss noch eine - überwindbare - leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom bescheinigten (vgl. E. 4.2.4). Dr. Z.____ und Dr. H.____ haben diese Verbesserung selbst ausdrücklich festgehalten (vgl. Urk. 12/54). Das A.____ bestätigte Dr. Z.____ und Dr. H.____ in deren Einschätzung der Diagnose und Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 4.2.4; E. 4.2.16), mit Ausnahme der Opiatabhängigkeit, die nicht mehr bestehe (vgl. Urk. 12/87/16): Während Dr. Z.____ und Dr. H.____ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom, sowie eine Opiatabhängigkeit durch ärztlich verordnete Opiate diagnostizierten und die Beschwerdeführerin als überwiegend wahrscheinlich seit Januar 2008 zu höchstens 30 % arbeitsunfähig erachteten (E. 4.2.4), hielt das A.____ in psychiatrischer Hinsicht als Diagnose eine leichte bis mittelgradige depressive Episode sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung als Diagnose fest und ging von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit zumindest ab 13. Oktober 2009 aus (E. 4.2.16). Das A.____ wies aber darauf hin, dass sich eine höhergradige Arbeitsfähigkeit zu keinem früheren Zeitpunkt mehr nachvollziehen lasse (E. 4.2.16). Ein Vergleich der Befunderhebungen von Dr. B.____ und Dr. Z.____ / Dr. H.____ lässt jedoch eine Verbesserung als plausibel erscheinen. Während Dr. B.____ im Jahre 2006 festhielt, die Beschwerdeführerin wirke deutlich bedrückt, müde, erschöpft und beinahe apathisch, die Grundstimmung sei deutlich niedergeschlagen, der Antrieb vermindert, die affektive Modulation vermindert (Urk. 12/21/5-6), berichteten Dr. Z.____ und Dr. H.____ im Jahre 2008, die Beschwerdeführerin wirke in der Untersuchung theatralisch und demonstrativ, es bestanden keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, das Gedächtnis sei intakt,

die Beschwerdeführerin im Affekt gut moduliert und schwingungsfähig, Mimik und Antrieb seien angemessen (Urk. 12/47/6-7).

5.4. Die Beurteilung der Dres. Z. ___ und H. ___ wird durch die übrigen in den Akten liegenden Arztberichte nicht erschüttert.

5.4.1

5.4.1.1 Dr. M. ___, Dr. N. ___ und lic. phil. O. ___ mahnten im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 1. April 2009 an, es sei nicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführerin im Gutachten von Dr. Z. ___ (E. 4.2.4) nur eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Ein Testergebnis von 41 Punkten entspreche eindeutig einer subjektiv als schwer erlebten Depression (Urk. 12/73/2). Ohne weitere Begründung bloss die Fremdbeurteilung in die Diagnose mit einzubeziehen, erscheine unzulässig. Beim genauen Durchsehen der Tests falle auf, dass unterschiedliche Angaben zu einzelnen Symptomen vorliegen. Gemäss der ICD-10-Klassifikation bestehe eine zumindest mittelschwere depressive Episode. Zwischen dem Gutachten von Dr. B. ___ (E. 4.1) und demjenigen von Dr. Z. ___ habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin keineswegs verbessert, so dass die Abänderung der Diagnose und somit auch die Reduzierung der Arbeitsunfähigkeit als unzulässig erscheine. Im Gutachten von Dr. Z. ___ würden bezüglich der somatoformen Schmerzstörung die ICD-10-Kriterien, bezüglich der Depression die ICD-10-Forschungskriterien verwendet. Zudem habe Dr. Z. ___ in seinem Gutachten die First-Kriterien unvollständig aufgeführt. Denn bei der Beschwerdeführerin lägen auch unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung vor (Urk. 12/73/3). Ferner bemängelten Dr. M. ___, Dr. N. ___ und lic. phil. O. ___ in ihrer Stellungnahme vom 31. Dezember 2009 bezüglich des psychiatrischen Teils des A. ___-Gutachtens (E. 4.2.16), in der am 1. Dezember 2009 durchgeführten Hamilton Depressions-Skala habe die Beschwerdeführerin einen Wert von 34 Punkten erzielt, was deutlich im Bereich einer schweren Depression liege (Urk. 12/91/1). Beim A. ___-Gutachten sei keinerlei Testdiagnostik durchgeführt worden, was die Einschätzung der Schwere der Depression willkürlich erscheinen und an der Qualität des Gutachtens zweifeln lasse. Im A. ___-Gutachten sei die leicht- bis mittelgradige depressive Episode nicht ausreichend begründet. Dort unerwähnte weitere Symptome seien bei der Beschwerdeführerin in teilweise starkem Ausmass vorhanden und führten zu einer beträchtlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es spreche gegen die Qualität des Gutachtens, dass diese Symptome nicht aufgeführt seien (Urk. 12/91/2). Die Beschwerdeführerin sei infolge einer rezidivierenden mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F33.1), anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie mehrerer somatischer Beschwerden und - vor allem - der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin seit dem 1. Januar 2004 in Bezug auf jegliche Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (E. 4.2.13; E. 4.2.15; E. 4.2.18).

5.4.1.2 Entscheidend ist das objektive Vorliegen eines dauerhaften Gesundheitsschadens und nicht die subjektive Einschätzung (vgl. E. 2.1). Bei der Hamilton-Depressionsskala handelt es sich um ein Testverfahren, das die subjektive Selbsteinschätzung des Patienten oder der Patientin zum Gegenstand hat (vgl. Urk. 12/94/1). Entsprechend kann die Motivation anlässlich der Untersuchung eine Rolle

spielen, insbesondere kann die zu testende Person bei verminderter Motivation willentlich keine volle Testleistung entfalten. Entsprechend kann aufgrund der Hamilton-Depressionsskala keine medizinisch-theoretische Diagnose gestellt werden. Vorliegend machte die Beschwerdeführerin, wie vorstehend von Dr. M. ____, Dr. N. ____ und lic. phil. O. ____ erwähnt, unterschiedliche Angaben zu einzelnen Symptomen, womit auf ihre Selbsteinschätzung zum vornherein nur sehr beschränkt abgestellt werden kann. Im Übrigen kann einem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt (Urteil des Bundesgerichts 9C_391/2010 vom 19. Juli 2010 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Gestützt auf die solchermassen gewonnenen medizinischen Erkenntnisse müssen bei der Diagnosestellung die diagnostischen Kriterien der ICD-10 genau angewendet werden. Dass Dr. Z. ____ bezüglich der diagnostizierten Depression (vgl. E. 4.2.4) die ICD-10 Forschungskriterien verwendet hat, ist ihm angesichts der beachtlichen Differenz zwischen subjektiven Krankheitsempfinden der Beschwerdeführerin und objektivem psychischen Leiden nicht vorzuwerfen. Denn die für den wissenschaftlichen Gebrauch bestimmten ICD-10-Forschungskriterien enthalten im Vergleich zu den ICD-10-klinisch-diagnostischen Leitlinien deutlich striktere diagnostische Kriterien, was eine klarere Abgrenzung der einzelnen Diagnosekriterien ermöglicht. Dass sich die Beschwerdeführerin motiviert um eine Besserung ihres psychischen Gesundheitszustands bemüht, ist eine nicht nachvollziehbare blosser Behauptung. Dr. M. ____, Dr. N. ____ und lic. phil. O. ____ stellten ihrerseits im Wesentlichen auf die subjektive Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin ab, ohne einen genauen objektiv-theoretischen Befund zu ermitteln und auf diesen die diagnostischen ICD-10-Kriterien genau anzuwenden. So spricht gegen die behauptete schwer ausgeprägte Lust- und Interesselosigkeit, dass die Beschwerdeführerin in der Lage war, mit ihrer Familie in die Ferien zu reisen (vgl. Urk. 12/87/16-17; Urk. 12/94/2). Darüber hinaus wendeten Dr. M. ____, Dr. N. ____ und lic. phil. O. ____ die versicherungsmedizinischen Kriterien zur Einschätzung der psychischen Ressourcen der Beschwerdeführerin nicht an. Was die von Dr. M. ____, Dr. N. ____ und lic. phil. O. ____ angeführten somatischen Diagnosen anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass sie keine Fachärzte für somatische Leiden sind, so dass ihre Angaben entsprechende fachärztliche Beurteilungen zum vornherein nicht in Zweifel zu ziehen vermögen.

5.4.2.1

5.4.2.1 Dr. D. ____ hielt in seiner Stellungnahme vom 25. November 2008 Dr. Z. ____ vor, er habe in seinem Gutachten (E. 4.2.4) übersehen, dass die Beschwerdeführerin wegen Scheuheit und Unsicherheit nicht imstande gewesen sei, das Gymnasium zu absolvieren. Sie habe weiterhin unter starken Anspannungen und verschiedenen psychosomatischen Beschwerden in Form einer Migräne gelitten. Dr. Z. ____ habe sich nicht gefragt, warum die intelligente und tüchtige Frau nach einem fast 20-jährigen Aufenthalt in der Schweiz keine ausreichenden Deutschkenntnisse besitze. Die Ursache liege in starken sozialen Ängsten mit intensiven Problemen, Kontakt aufzunehmen. Das Gespräch zwischen dem Gutachter und der Beschwerdeführerin habe dolmetscherlos stattgefunden, während er daraufhin für die Testuntersuchung eine Dolmetscherin beigezogen habe (Urk. 12/64/1). Es sei nachvollziehbar, dass bei einer so kurz erfassten Anamnese die wichtigsten Symptome nicht festgestellt worden seien. Ferner

habe Dr. Z.____ seine Schätzung, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. Januar 2008 nur zu 30 % arbeitsunfähig sei, nicht begründet (Urk. 12/64/2).

5.4.2.2 Vorweg ist dem Einwand, die Beschwerdeführerin besitze nicht ausreichende Deutschkenntnisse, entgegenzuhalten, dass auch z.B. Dr. M.____, Dr. N.____ sowie lic. phil. O.____, soweit aus den medizinischen Unterlagen erkennbar, die Explorationen in deutscher Sprache vorgenommen haben. Dr. Z.____ nahm - entgegen der Behauptung Dr. D.____s - für die durchgeführte Testuntersuchung eine Dolmetscherin in Anspruch (Urk. 12/47/2). Im Rahmen des A.____-Gutachtens wurde die Anamnese jedenfalls mit einer Dolmetscherin erhoben (Urk. 12/87/10) und zog bezüglich der psychiatrisch zumutbaren Restarbeitsfähigkeit dieselben Schlüsse (vgl. E. 5.4.1). Was die von Dr. D.____ behaupteten starken sozialen Ängste der Beschwerdeführerin anbelangt, bestätigten die A.____-Gutachter zwar Ängstliche Persönlichkeitszüge und einen deutlichen sozialen Rückzug, ordneten dies jedoch der vorliegenden Depression zu (vgl. Urk. 12/87/16-17). Die Beschwerdeführerin war vor ihrer Erkrankung offensichtlich in ihren täglichen Aktivitäten nicht wesentlich eingeschränkt sowie familiär und beruflich normal sozialisiert (vgl. Urk. 12/42/3; Urk. 12/87/16). Insbesondere hatte Dr. D.____ noch am 7. Februar 2008 selbst der Beschwerdegegnerin berichtet, dass die Beschwerdeführerin die gymnasiale Ausbildung aus finanziellen Gründen abbrach (Urk. 12/42/3). Zudem sind der Beschwerdeführerin nach wie vor Flugreisen in die Heimat in Begleitung der Familie möglich (vgl. Urk. 12/87/16-17). Die Beschwerdeführerin leidet offenbar an einer angespannten finanziellen Situation, seitdem sie keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht und ganz von der Invalidenrente des Ehegatten abhängig geworden ist (vgl. Urk. 12/87/17). Je stärker aber psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a). Deren Nachweis vermag Dr. D.____ indes nicht zu erbringen. Dr. D.____ arbeitet zwar als Psychiater/Psychotherapeut, ist jedoch kein Facharzt für psychische Leiden. Demgemäss vermögen seine Angaben auch entsprechende fachärztliche Beurteilungen zum vornherein nicht in Zweifel zu ziehen. So attestierte Dr. D.____ der Beschwerdeführerin eine von ihr sich selbst verordnete dauerhafte 100%ige Arbeitsunfähigkeit infolge des im September 2002 erlittenen Verhebetraumas und stützte sich bei der Begründung der aus diesem folgenden psychischen Einschränkungen in der bisherigen und einer behinderungsangepassten Tätigkeit auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. E. 4.2.2; E. 4.2.12; E. 4.2.17). Auch in Bezug auf die von ihm diagnostizierte Migräne stellte Dr. D.____ allein auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab (vgl. E. 4.2.2). Dr. D.____ steht seit dem Jahr 1998 in einer quasi-hausärztlichen Stellung gegenüber der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 12/1/6; Urk. 12/42/2), womit bezüglich seinen Aussagen selbst dann, wenn Dr. D.____ psychiatrischer Facharzt wäre, die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen wäre, dass Hausärzte und Ärzte in einer vergleichbaren Stellung im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

5.5 An der Richtigkeit der Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit durch das A.____ und Dr. Z.____ / Dr. H.____ vermögen auch die übrigen nachträglich eingereichten Berichte (E. 4.2.21-22) nichts zu ändern. Die anlässlich der erneuten

Untersuchungen geklagten bzw. objektivierten Beschwerden waren allesamt bereits aktenkundig und fanden insbesondere im Rahmen der beiden durchgeführten Begutachtungen Berücksichtigung. Anhaltspunkte dafür, dass nicht auf diese umfassenden Abklärungen abzustellen wäre, ergeben sich demzufolge nicht. Dass die Beschwerdeführerin alles unternimmt, um ihre subjektiv empfundene Arbeitsunfähigkeit darzulegen, ist offenkundig, vermag aber die ausführlichen und sorgfältig erstellten Gutachten nicht zu erschüttern. Was schliesslich die Aussagen von Dr. C.____, der Hausärztin der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 12/1/6; Urk. 12/87/26), Dr. J.____ und Dr. Q.____ anbelangt, ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass Hausärzte und Ärzte in einer vergleichbaren Stellung im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). So attestierte Dr. C.____ der Beschwerdeführerin einen unveränderten Gesundheitszustand und eine ungünstige Prognose (E. 4.2.1), ohne dies näher zu begründen (vgl. Urk. 12/31). Auch ist Dr. C.____ nicht Psychiaterin, so dass ihre - überdies diesbezüglich ebenfalls knappen - Angaben entsprechende fachärztliche Beurteilungen zum vornherein nicht in Zweifel zu ziehen vermögen. Die Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit von Dr. J.____, dass die Beschwerdeführerin in einer rückenangepassten Tätigkeit zu 70 %, im übrigen gänzlich arbeitsunfähig sei (vgl. E. 4.2.9), wie auch die gestellten Diagnosen wurden von Dr. J.____ überhaupt nicht näher begründet (vgl. Urk. 12/64/3-4). Dr. Q.____ hielt weder die bisherige noch eine leidensangepasste Tätigkeit als zumutbar (vgl. E. 4.2.14), stellte jedoch offenbar lediglich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab. Seine Annahme findet in den übrigen medizinischen Akten in objektiver Hinsicht ebenfalls keine Stütze.

5.6 Zusammenfassend besteht nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwer belastende Tätigkeiten, aber seit dem 1. Januar 2008 (vgl. E. 4.2.7; E. 4.2.16) aufgrund einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands wieder eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten. Behinderungsangepasst sind alle wechselbelastenden Tätigkeiten mit einer leichten bis intermittierend mittelschweren körperlichen Inanspruchnahme. Das Heben und Tragen von Lasten über 10kg, intermittierend 15kg, sowie der wiederholte Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb Schulterniveau sind zu vermeiden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kellnerin und Konditoreihelferin ist als leidensangepasst zu betrachten und somit wieder zu 70 % zumutbar.

Die Beschwerdegegnerin ist demgemäss zu Recht somatischerseits nach wie vor von keiner erheblichen Einschränkung sowie psychiatrischerseits von einer Verbesserung und einer nunmehrigen behinderungsangepassten Arbeitsfähigkeit von 70 % seit dem 1. Januar 2008 ausgegangen.

Die von der Beschwerdegegnerin zur Invaliditätsbemessung herangezogenen Werte (vgl. Urk. 12/55), welche zu einem Invaliditätsgrad von ebenfalls 30 % führten (Urk. 2), werden von der Beschwerdeführerin nicht gerügt (vgl. Urk. 1; Urk. 12/99) und geben auch zu keinen Bemerkungen Anlass.

Demnach hat die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente zu Recht per 30. Juni 2010 aufgehoben. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens kann offen bleiben, ob die Invalidenrente nicht bereits deshalb hätte aufgehoben werden müssen, weil sich die

Beschwerdeführerin der am 12. Mai 2006 auferlegten Schadenminderungspflicht nicht unterzogen hatte.

8. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung). Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen, welche gemäss dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin aufzuerlegen ist.

9. Die Beschwerdeführerin hat ihr Begehren um unentgeltliche Prozessführung sinngemäss zurückgezogen (vgl. Sachverhalt Ziff. 2), womit darüber nicht mehr zu entscheiden ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage von Urk. 14

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.