

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00721 vom 23. Dezember 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-12-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00721](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00721)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00721 du 23 décembre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00721 del 23 dicembre 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Beschwerdegegnerin hat die massgeblichen Gesetzesbestimmungen über die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG), die Bemessung der Invalidität aufgrund eines Einkommensvergleiches (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) sowie die Voraussetzungen zur Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente (Art. 88a Abs. 1 und Art. 88 bis Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, sowie Art. 31 Abs. 1 IVG) zutreffend dargelegt, weshalb mit folgender Erganzung darauf verwiesen werden kann.

1.2 ndert sich der Invalidittsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbezegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin fur 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 Invalidittsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit fur sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis fur die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfugung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invalidittsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

1.3 Um den Invalidittsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfugung 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 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage fur die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.4 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 In der angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2010 (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit Januar 2008 verbessert, und es bestehe für angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die Skelettszintigrafie/Röntgenuntersuchung im Kantonsspital G. \_\_\_ habe keine relevanten neuen medizinischen Erkenntnisse geliefert, welche die bisherige versicherungsmedizinische Einschätzung durch das Z. \_\_\_-Gutachten vom 1. September 2009 massgeblich tangieren würden (S. 2).

2.2 Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, die psychiatrische Untersuchung durch den Z. \_\_\_-Gutachter Dr. Y. \_\_\_ habe lediglich 30 bis 40 Minuten gedauert, es seien keine Fremdanamnesen eingeholt und keine Tests durchgeführt worden (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 2.3). Das Zusammenspiel dieser drei Faktoren zeige deutlich, dass es sich um ein oberflächliches Gutachten handle, welches ihre Psyche nicht umfassend und vollständig ausleuchte (S. 5 Ziff. 2.4). Die Oberflächlichkeit des Gutachtens zeige sich auch darin, dass sie sich nicht getraut habe, dem Gutachter zu offenbaren, dass sie als Kind von ihrem Vater mehrfach sexuell missbraucht worden und deswegen seit Januar 2010 bei Dr. A. \_\_\_ in psychiatrischer Behandlung sei. Gemäss diesem liege heute aus psychischen Gründen eine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit vor (S. 5 Ziff. 2.5). Die Z. \_\_\_-Gutachter selber hätten sodann die Auffassung vertreten, dass der medizinische Sachverhalt nicht genügend abgeklärt worden sei und hätten weitere radiomorphologische Untersuchungen verlangt. Diese Untersuchungen seien nicht erfolgt, weshalb der Sachverhalt nicht umfassend abgeklärt sei (S. 6 Ziff. 3).

2.3 Strittig und zu präfen ist demnach, ob und in welchem Ausmass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 10. Juni 2004 verändert haben und insbesondere auch, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt wurde.

## E. 3

3.1 Im Zeitpunkt der Zusprache der ganzen Rente im Jahr 2001 präsentierte sich die relevante medizinische Aktenlage wie folgt:

3.2 Am 8. Februar 2000 (Urk. 11/3) berichtete Hausarzt Dr. med. B. \_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin, zuhanden der Beschwerdegegnerin und nannte als Diagnose eine seronegative Polyarthrit und eine Psoriasis (Ziff. 3).

Er berichtete, die Beschwerdeführerin leide seit 1989 an einer Psoriasis im Bereich der Ellbogen, seit 1990 an einer Lumboischalgie rechts. Ab März 1999 seien Hüftschmerzen rechts, später Schmerzen in den Fingern und Handgelenken, den Knien und Ellbogen hinzugekommen (Ziff. 4.1 f.). Er erachte die

Beschwerdeführerin seit 9. April 1999 bis auf weiteres für 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.5).

3.3. Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation, diagnostizierte mit Bericht vom 18. Februar 1999 eine Rheumatoide Polyarthrit und führte aus, dass die Beschwerdeführerin psychisch nicht eingeschränkt sei, jedoch physisch eine gelenkschonende Arbeit ausüben sollte. Er erachte daher ihre angestammte Tätigkeit als Chef de Service für zu belastend für die Gelenke, und auch für leichte Tätigkeiten sei sie zur Zeit infolge eines Rückfalls arbeitsunfähig (Urk. 11/4/2-3).

Am 26. April 2000 liess sich der Hausarzt dahingehend vernehmen, dass die Beschwerdeführerin auf eine die Gelenke schonende Arbeit umgeschult werden solle (Urk. 11/7).

#### **E. 4**

4.1. Im Zusammenhang mit der zwischenzeitlich erfolgten Revision findet sich folgender medizinischer Bericht in den Akten:

4.2. Mit Verlaufsbericht vom 8. April 2004 (Urk. 11/32) führte Dr. Urs D.\_\_\_\_, FMH für Allgemeine Medizin, bei gleichbleibender Diagnose und Gesundheitszustand aus, dass der Zustand der Beschwerdeführerin schwankend sei, unterbrochen von Schüben mit starken Gelenkschmerzen und Gelenkschwellungen (Urk. 11/32/5). Er ging unverändert von einer Arbeitsfähigkeit von vier bis fünf Stunden pro Woche aus (Urk. 11/32/4).

#### **E. 5**

5.1. Im Zusammenhang mit der vorliegend strittigen Rentenrevision sind folgende medizinische Berichte von Belang:

5.2. Die Beschwerdeführerin war vom 2. Oktober bis 21. Oktober 2006 in der RehaClinic E.\_\_\_\_ hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 30. Oktober 2006 (Urk. 11/40/9-10) nannten die Ärzte folgende Diagnosen (S. 1):

- chronische Polyarthrit am ehesten Psoriasisarthropathie mit Verdacht auf axiale Beteiligung
- Erstdiagnose 1999
- aktuell: vor allem Beschwerden in den Händen und im Nackenbereich
- Osteochondrose C6/7
- beginnende sekundäre Coxarthrose links
- psychophysisches Erschöpfungssyndrom bei psychosozialer Belastungssituation
- Colon irritabile

Die Ärzte berichteten von einer im Verlaufe der Hospitalisation deutlichen Regredienz der Schmerzhaftigkeit und somit wesentlichen Verbesserung der Belastbarkeit. Bezüglich des psycho-physischen Erschöpfungszustandes hätten ebenfalls schrittweise Fortschritte erzielt werden können. Bei Austritt sei die Beschwerdeführerin wieder in der Lage gewesen, ihr Leben selbstständig zu organisieren (S. 2 Mitte).

5.3. Dr. med. F.\_\_\_\_, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, stellte am 30. Januar 2008 (Urk. 11/40/15-16) folgende Diagnosen (S. 1):

- chronisches Panvertebralsyndrom
- Periarthropathia humero-scapularis (PHS) tendopathica vom Supraspinatus- mehr als vom Infraspinatustyp rechts mit
- positiven Impingement-Zeichen
- unauffälligem Schulterultraschall
- Arthralgien der Daumensattelgelenke sowie Periarthropathien der Handgelenke beidseits
- Differentialdiagnose: somatoforme Schmerzkomponente
- Irritable Bowel-Syndrom
- Morbus Basedow

Dr. F.\_\_\_\_ berichtete, zum Zeitpunkt der Untersuchung habe er keine Hinweise für eine entzündlich-rheumatische Genese der Beschwerden der Beschwerdeführerin gefunden. Erfreulicherweise zeige sich auch im radiologischen Verlauf, in den Röntgenbildern von 1999 im Vergleich zu denen von 2007, kein Hinweis für eine destruierende entzündlich-rheumatische Erkrankung. Insbesondere die Hand- und Fußröntgenaufnahmen seien unauffällig, ebenso die Beckenübersichtsaufnahme (S. 1 unten). In der Ultraschalluntersuchung beider Handgelenke würden Hinweise für eine Kapselaufreibung, einen Gelenkserguss oder Synovitiden beidseits fehlen. Ebenso hätten sich betreffend die beiden Schultern keine Hinweise für einen intraartikulären Erguss, keine Flüssigkeitskollektion im Recessus bicipitis und keine subacromiale/subdeltoideale Bursitis beidseits gezeigt (S. 2 oben).

Es bestehe eine Diskrepanz zwischen dem ausgeprägten eindrücklichen Leidensdruck und den äußerst diskreten fassbaren rheumatologischen Befunden (S. 2 Mitte).

5.4. Dr. D.\_\_\_\_ stellte am 13. September 2008 (Urk. 11/40/1-8) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1):

- chronische Polyarthritis, vermutlich im Rahmen einer Psoriasisarthropathie seit 1999 mit wenig Destruktionspotential
- beginnende Coxarthrose links

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. D.\_\_\_\_ einen Morbus Basedow, ein Irritable Bowel Syndrom sowie eine Psoriasis (Ziff. 2.2) und attestierte der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis auf weiteres (Ziff. 3).

5.5. Am 14. August 2009 erstatteten die Ärzte des Instituts Z.\_\_\_\_ (Z.\_\_\_\_) das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten (Urk. 11/46).

Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.) und am 13. Mai 2009 erfolgte internistische/allgemeinmedizinische (S. 7 ff.), psychiatrische (S. 10 ff.) und rheumatologische (S. 13 ff.) Untersuchungen.

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20 Ziff. 5.1):

- chronisches zervikal sowie lumbal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom
- radiomorphologisch beginnende diskrete Spondylarthrosen der unteren Lendenwirbelsäule (Differentialdiagnose: Fazettensyndrom lumbal)
- radiomorphologisch altersentsprechende Darstellung der Lendenwirbelsäule und des thorakolumbalen Übergangs sowie der Sacroiliakalgelenke (MRT Lendenwirbelsäule und Iliosacralgelenk vom 18. Juni 2009)
- chronische Periarthropathia humero-scapularis tendinotica vom Supra-spinatustyp rechts
- deutlich positives Impingementzeichen

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen chronischen Eisenmangel ohne Anämie, einen Status nach Morbus Basedow, anamnestisch ein Colon irritabile, anamnestisch multiple Lebensmittelallergien sowie eine Psoriasis vulgaris (Ziff. 5.2).

Die Gutachter führten aus, die allgemein-internistische klinische Untersuchung habe keinen relevanten pathologischen Befunde ergeben, bei der Laborabklärung sei ein deutlicher Eisenmangel ohne Anämie festgestellt worden, beim Status nach Morbus Basedow bestehe ein euthyreotischer Schilddrüsenstoffwechsel. Aufgrund der klinischen sowie aktuell bildgebenden Untersuchungen im Bereich des Achsenskeletts und beider Hände würden keine Hinweise für eine relevante entzündliche Systemaffektion im Sinne der früher diskutierten Psoriasisarthropathie bestehen. Wegen der somatisch objektivierbaren Befunde im Bereiche der Halswirbelsäule, Lendenwirbelsäule und der rechten Schulter könne der Beschwerdeführerin ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Angestellte im Gastgewerbe (Chef de Service) sowie jegliche weitere körperlich regelmäßig mittelschwer bis schwer belastende berufliche Tätigkeit nicht mehr zugemutet werden (S. 21 Mitte).

Die psychiatrische Evaluation habe keine objektivierbaren Diagnosen ergeben. Trotz seit Jahren bestehenden Beschwerden gehe es der Beschwerdeführerin psychisch eigentlich gut. Es habe anamnestisch keine Schlaf-, Antriebs- oder Konzentrationsstörungen festgestellt werden können. Ebenso wenig bestünden eine depressive Verstimmung oder eine Suizidalität, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei nicht diagnostiziert worden. Hinweise für eine Symptomausweitung oder eine Schmerzverarbeitungsstörung lägen nicht vor. Dementsprechend bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 21 oben).

Die Gutachter gingen davon aus, dass eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer körperlich leichten, adaptierten beruflichen Tätigkeit ab Januar 2008, der letzten fachärztlichen rheumatologischen Untersuchung, bestehe. Eine Einschränkung in der angestammten beruflichen Tätigkeit könne ab 1999 angenommen werden (Ziff. 6.3).

Zusammenfassend bestehe aufgrund der klar objektivierbaren pathologischen Befunde am Bewegungsapparat in der früheren angestammten Tätigkeit im Service sowie in jeglicher regelmäßig mittelschwer bis schwer belastenden beruflichen Tätigkeit eine bleibende Arbeitsunfähigkeit. Eine körperlich leichte, adaptierte berufliche Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin jedoch mit einer 100%igen

Arbeits- und Leistungsfähigkeit zuzumuten. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der langjährigen Arbeitskarenz dringend zu empfehlen (Ziff. 6.9).

5.6. Dr. D. berichtete der Beschwerdeführerin am 25. Januar 2010 und machte geltend, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit Januar 2008 leider keinesfalls gebessert (Urk. 11/53). Sowohl die behandelnden Rheumatologen wie auch die Z.-Gutachter hätten es versäumt, eine Untersuchung durchzuführen, die zur Beurteilung von entzündlichen Gelenkserkrankungen von entscheidender Bedeutung sei. Es handle sich dabei um eine Skelettszintigraphie, die von Dr. C. letztmals 1999 und 2001 veranlasst worden sei. Die damals in diesen Untersuchungen feststellbaren Gelenksentzündungen hätten wesentlich zur Zusprache einer Rente beigetragen. Er könne nicht verstehen, weshalb die Z.-Gutachter keine aktuelle Skelettszintigraphie verlangt hätten (S. 1 oben).

Des Weiteren führte Dr. D. aus, die Beschwerdeführerin sei durchaus arbeitswillig, soweit ihr das krankheitsbedingt möglich sei. Aus seiner langjährigen hausärztlichen Sicht komme eine solche Tätigkeit zur Zeit krankheitsbedingt höchstens zu 50 % in Frage und könne nur als Arbeitsversuch verstanden werden (S. 1 Mitte).

5.7. Am 26. Januar 2010 erfolgte im Kantonsspital G. eine Ganzkörperpertheszintigraphie, welche zusammenfassend bei einer Verlaufsserie und bekannter Psoriasis aktuell keinen Synovitisnachweis erbrachte, jedoch einen Verdacht auf einen neuen Knochenmarksinfarkt im linken Schenkelhals (Urk. 11/58/1).

Bei einem am 2. März 2010 im selbigen Spital durchgeführten Beckenröntgen wurde festgestellt, dass der in der Szintigraphie vom 26. Januar 2010 gesehene Knocheninfarkt derzeit ohne typischen Röntgenaspekt sei. Im Vergleich zu rechts würden die Tajektorien links etwas strahliger imponieren, der Intertrajektorenraum sei aber ohne Zeichen auffälliger destruktiver Veränderungen. Konventionell bestehe ein Normalbefund (Urk. 11/58/2).

5.8. Mit Schreiben vom 25. August 2010 (Urk. 7) nahm Dr. med. A., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Stellung zum Z.-Gutachten. Er kritisierte insbesondere das psychiatrische Teilgutachten, da wesentliche Befunde nicht erhoben worden seien und die Beziehung zwischen Untersucher und Beschwerdeführerin unerkannt konflikthaft aufgeladen gewesen sei, sei die psychiatrische Beurteilung unvollständig geblieben beziehungsweise sei das Krankheitsbild der Beschwerdeführerin nicht erfasst worden (S. 2 unten).

Dr. A. stellte die psychiatrischen Diagnosen einer chronischen Schmerz-störung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) sowie einer Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Anteilen und als Differentialdiagnose eine Neurasthenie (F48.0). Die Krankheit beeinträchtige die Beschwerdeführerin im Bereich von schweren Beziehungsstörungen einerseits und im Bereich der Beziehung zu sich selbst, indem sie auf Stress mit heftigen vegetativen Symptomen, einer stark erhöhten Ermüdbarkeit und einer Verstärkung ihrer Schmerz-Beschwerden reagiere, die ursprünglich und zu Beginn durch ein rheumatologisches Leiden verursacht worden seien (S. 3 Ziff. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. A. \_\_\_ erachtete die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht derzeit längerzeitig zu höchstens 20-30 % arbeitsfähig, mit Unterstützung bei der Suche nach einem angepassten Tätigkeitsfeld (genügend Distanz zu anderen Menschen, Ruhezeiten, niedriger Stresspegel) vielleicht zu 50 %, dies unter der Voraussetzung der weitgehend inaktiv bleibenden rheumatologischen Erkrankung (S. 3 Ziff. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 8. September 2011 hielt Dr. A. \_\_\_ in seinem Therapiebericht (Urk. 15) an seiner Einschätzung betreffend Diagnose und Arbeitsfähigkeit fest (S. 2 Ziff. 2).

## E. 6

6.1 Ä Ä Ä Ä Die Rentenzusprache im Juni 2001 erfolgte hauptsächlich gestützt auf die medizinischen Berichte von Dr. B. \_\_\_ und Dr. C. \_\_\_ vom Februar 2000. Damals wurde als Hauptdiagnose eine Polyarthritiden festgehalten (vorstehend E. 3.2 und E. 3.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Z. \_\_\_-Gutachten vom August 2009 (vorstehend E. 5.5) wurden im Unterschied zu den Verhältnissen im Jahr 2001 keine Hinweise auf eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung, wie dies anlässlich der Rentenzusprache im Sinne einer Polyarthritiden der Fall gewesen war, festgestellt. Schon Dr. F. \_\_\_ hatte im Januar 2008 keine Hinweise für eine entzündlich-rheumatische Genese der Beschwerden gefunden. Er berichtete, dass die Röntgenbilder keinen Hinweis für eine destruierende entzündlich-rheumatische Erkrankung geliefert hätten (vorstehend E. 5.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es steht demnach fest, dass sich der medizinische Sachverhalt in einem wesentlichen Punkt geändert hat.

6.2 Ä Ä Ä Ä In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der Renten-aufhebung vom 15. Juni 2010 auf das polydisziplinäre Gutachten vom 14. August 2009 (Urk. 11/46). Die Beschwerdeführerin rügte eine Verletzung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör, da ihr die begutachtenden Ärzte vorgängig nicht mitgeteilt worden seien und sie daher die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte nicht habe ausüben können (Urk. 1 S. 3).

6.2.1 Was die unterlassene vorgängige Bekanntgabe der Z. \_\_\_-Gutachter anbelangt, so gilt es Art. 44 ATSG zu beachten. Gemäss dieser Bestimmung hat der Versicherungsträger, wenn er zur Abklärung des Sachverhalts ein Gutachten einholen muss, deren Namen der Partei bekannt zu geben. Diese kann die Gutachterperson aus triftigen Gründen ablehnen und Gegenvorschläge machen.

6.2.2 Der Beschwerdeführerin wurde mit Schreiben vom 16. Dezember 2008 (Urk. 11/42) mitgeteilt, dass eine medizinische Abklärung notwendig sei und diese durch das Institut Z. \_\_\_, durchgeführt werde, welches auch den Termin der Untersuchung bekannt geben werde (S. 1 Rz 1). Die am Gutachten beteiligten Ärzte seien noch nicht bekannt. Die Namen würden direkt von der Abklärungsstelle mitgeteilt (S. 2). Die Begutachtung fand am 13. Mai 2009 statt (Urk. 11/46/2-23 S. 2). Es muss davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführerin im Rahmen der Vereinbarung des Untersuchungstermins die Gutachter und der Abklärungsort vorgängig bekannt gegeben wurden, auch wenn in den Akten diesbezüglich nichts vermerkt ist. Falls eine Bekanntgabe der Ärzte tatsächlich unterblieben sein sollte, wäre dies in der Tat ein Mangel des Gutachtens.

Indessen bleibt zu beachten, dass die Beschwerdeführerin hiergegen nicht opponierte und weder im Vorbescheid- noch im Beschwerdeverfahren Gründe gegen die Person der Gutachter des Z.\_\_\_\_ vorgebracht hat, worunter nicht die Kritik betreffend Qualität der Begutachtung zu verstehen ist. Aus den Akten ergeben sich zudem auch keine Gründe, die eine Ablehnung der Gutachter begründen würden.

6.3 Das von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Rentenrevisionsverfahren eingeholte Z.\_\_\_\_-Gutachten (vorstehend E. 5.5) ist für die streitigen Belange umfassend, nimmt es doch aus interdisziplinärer Sicht differenziert Stellung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Sodann beruht es auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, weshalb darauf abzustellen ist (vorstehend E. 1.4).

6.4 Gemäss Auffassung der Gutachter ist die Einschränkung der Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit alleine auf die objektivierbaren somatischen Befunde im Bereiche der Halswirbelsäule, Lendenwirbelsäule und der rechten Schulter zurückzuführen und nicht auf ein psychisches Leiden (Urk. 11/46 S. 21 Ziff. 6.2). Aus rein psychiatrischer Sicht konnte keine Diagnose gestellt werden, da weder eine somatoforme Schmerzstörung vorliege und die Beschwerdeführerin nicht unter lang anhaltenden psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren gelitten habe, noch Hinweise für eine Schmerzverarbeitungsstörung beständen (S. 22 unten).

6.5 Soweit die Beschwerdeführerin die psychiatrische Untersuchung durch das Institut Z.\_\_\_\_ als unzureichend und oberflächlich rät, vermag dies nicht zu überzeugen. Zwar können eine kurze Dauer der psychiatrischen Untersuchung oder eine fehlende Fremdanamnese beziehungsweise fehlende Testuntersuchungen im Einzelfall die Aussagekraft eines Gutachtens entscheidend schwächen. Entscheidend bleibt indessen, ob die Begutachtung fachgerecht durchgeführt wurde beziehungsweise ob das Gutachten vollständig ist und in seinen Schlussfolgerungen zu überzeugen vermag (Urteil des Bundesgerichts 8C\_448/2009 vom 27. Juli 2009, E. 2.2 und 8C\_485/2010 vom 21. September 2010, E. 2.4.3).

Mithin spricht der Detaillierungsgrad des Z.\_\_\_\_-Gutachtens nicht gegen den Beweiswert und es ist nicht ersichtlich, dass die Expertise unsorgfältig erstellt worden wäre. So ist das psychiatrische Teilgutachten in Kenntnis der Vorakten ergangen und der psychiatrische Z.\_\_\_\_-Gutachter befasste sich eingehend mit den Schmerzschilderungen der Beschwerdeführerin (Urk. 11/46 S. 10), referierte die medizinische Aktenlage (S. 3-7) und machte eine kurze Familien-, Sozial- und persönliche Anamnese (S. 11 f.). Einen Titel «Fremdanamnese» enthält das Gutachten zwar nicht, insofern ist die Rüge der Beschwerdeführerin zutreffend (Urk. 1 S. 4 ff.); indessen ist darauf hinzuweisen, dass sich im Vergleich mit den Vorakten keine relevanten Unterschiede in der Krankengeschichte der Beschwerdeführerin erkennen lassen, und es ist in den Unterlagen darüber hinaus auch nicht zu entnehmen, dass die behandelnden Ärzte davon ausgingen, die Beschwerdeführerin hätte nur unzureichend oder gar nicht deren Fragen beantworten können, was notwendig wäre, um zwingend eine Fremdanamnese anzuordnen. Der psychiatrische Gutachter hielt fest, im Gespräch habe sich die Beschwerdeführerin bewusstseinsklar und allseits orientiert gezeigt. Die Auffassungsgabe und die Konzentrationsfähigkeit seien nicht eingeschränkt gewesen.

Das Denken sei formal und inhaltlich unauffällig, Befürchtungen und Zwänge seien nicht feststellbar gewesen. Wahnhaftes Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen und Ich-Störungen seien nicht vorhanden gewesen. Die Realitätsprüfung und die Urteilsbildung seien ungestört gewesen und die Beschwerdeführerin habe einen guten affektiven Kontakt zum Untersucher aufgenommen. Diese Ausführungen erscheinen überzeugend.

Dass der Gutachter keine Fremdanamnese erhob, mindert den Beweiswert der Expertise daher nicht. Darüber hinaus mag zwar eine Fremdanamnese häufig wünschenswert sein, sie ist aber nicht zwingend erforderlich (vgl. auch Renato Marelli, Psychiatrie, in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Aufl., S. 256, zitiert im Urteil des Bundesgerichts I 305/06 vom 22. Mai 2007 E. 3.2). Aus diesen Gründen kann dem erhobenen Einwand des Fehlens einer Fremdanamnese und des daraus gezogenen Schlusses der Mangelhaftigkeit des Gutachtens nicht gefolgt werden.

6.6 An diesen Feststellungen vermögen die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. A. (vorstehend E. 5.8), der im August 2010 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) sowie eine Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Anteilen (F61.0) diagnostizierte hatte mit Differentialdiagnose Neurasthenie (F48.0), nichts zu ändern.

Vorweg ist festzuhalten, dass die erste Berichterstattung von Dr. A. vom 25. August 2010 (Urk. 7) und damit nach Erlass der angefochtenen Verfügung datiert, welcher Zeitpunkt die Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 130 V 445 E. 1.2 mit Hinweisen). Bis dahin wurden in den aktenkundigen Berichten keine psychiatrischen Diagnosen gestellt respektive Hinweise auf eine psychiatrische Störung formuliert. Sodann befand sich die Beschwerdeführerin vorher nie in psychiatrischer Behandlung.

Zu den von Dr. A. genannten Diagnosen ist sodann festzuhalten, dass dabei Krankheiten aus dem somatoformen Formenkreis im Vordergrund stehen, welche grundsätzlich als überwindbar gelten und sozialversicherungsrechtlich nicht zu einer Zusprache von Leistungen führen (so unter vielen: SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, Urteil des Bundesgerichts 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3). Dass dabei der genannten Persönlichkeitsstörung eigenständiger Charakter zukommt und von einer Komorbidität auszugehen wäre, ist den Berichten nicht zu entnehmen.

Auch wenn die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber dem psychiatrischen Gutachter nicht vollständig gewesen sind (Urk. 1 S. 5 Ziff. 2.5), so kann doch aus den gesamten Akten nicht auf eine versicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden.

Sollte sich die psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin als therapieresistent und mithin als nicht überwindbar erweisen, wäre dem in einem Neuanmeldungsverfahren Rechnung zu tragen.

6.7 Dem Einwand von Dr. D., die Z.-Gutachter hätten es versäumt, eine Untersuchung durchzuführen, die zur Beurteilung von entzündlichen Gelenkerkrankungen von entscheidender Bedeutung sei (vorstehend E. 5.6), ist entgegenzuhalten, dass im Januar 2010 am Kantonsspital eine Skelettszintigraphie erfolgte,

welche keinen Synovitisnachweis erbracht hatte (vorstehend E. 5.7). Zudem enthalten diese medizinische Berichte keine Angaben, mit denen die Feststellungen und Beurteilungen im Z.\_\_\_\_-Gutachten nicht vereinbar wĂrren.

Â Â Â Â Â Â Â Â Soweit Dr. D.\_\_\_\_ der BeschwerdefĂhrerin eine hĂhere ArbeitsunfĂhigkeit attestierte (vorstehend E. 5.4 und E. 5.6), ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach HausĂrzte und behandelnde Ărzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in ZweifelsfĂllen eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 4.4.1).

6.8Â Â Â Â Â Â Â Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beurteilung des Gesundheitszustandes der BeschwerdefĂhrerin durch die Z.\_\_\_\_-Gutachter nachvollziehbar und schlĂssig ist und keiner der Ăbrigen Berichte diese EinschĂtzung in Zweifel zu ziehen vermag. Der medizinische Sachverhalt ist demzufolge dahingehend erstellt, dass die ArbeitsunfĂhigkeit der BeschwerdefĂhrerin fĂr eine angepasste TĂtigkeit 100 % betrĂgt und sich der Gesundheitszustand der BeschwerdefĂhrerin wesentlich verbessert hat. Damit besteht fĂr weitere AbklĂrungen oder eine RĂckweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin kein Raum.

6.9Â Â Â Â Die Beschwerdegegnerin hat auf dieser - zutreffenden - Grundlage die InvaliditĂtsbemessung vorgenommen. Dass diese als solche unzutreffend sei, wurde weder geltend gemacht noch bestehen nach Lage der Akten dafĂr Anhaltspunkte.

Â Â Â Â Â Â Â Somit ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass der InvaliditĂtsgrad noch 23 % betrĂgt. Damit besteht kein Rentenanspruch mehr.

Â Â Â Â Â Â Â Die angefochtene VerfĂgung erweist sich mithin als rechters, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

## **E. 7**

7.1Â Â Â Â Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhĂngig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden BeschwerdefĂhrerin aufzuerlegen.

7.2Â Â Â Â Mit Eingabe vom 7. Oktober 2011 teilte die BeschwerdefĂhrerin mit, dass sie infolge Wegfall der Invalidenrente heute auf Sozialhilfe angewiesen sei (Urk. 16) und dass sie gemĂss Entscheid der UnterstĂtzungskommission der FĂrsorgebehĂrde G.\_\_\_\_ vom 29. September 2011 (Urk. 17) ihre alte Wohnung verlassen mĂsse, um eine GĂnstigere zu suchen. Vorliegend sind damit die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen ProzessfĂhrung gemĂss Â§ 16 Abs. 1 des Gesetzes Ăber das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfĂllt, weshalb der Eingabe der BeschwerdefĂhrerin im Sinne eines Gesuchs um GewĂhrung der unentgeltlichen ProzessfĂhrung zu entsprechen ist.

Â Â Â Â Â Â Â Damit sind die Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht beschliesst:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bewilligung des Gesuchs vom 7. Oktober 2011 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt,

und erkennt:

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

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen.

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

- Rechtsanwalt Markus Bischoff

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.