

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00722 vom 19. Dezember 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-12-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00722

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00722 du 19 décembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00722 del 19 dicembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1962, geschieden (März 1990) und Mutter zweier Töchter (geb. 1982 und 1985; Urk. 11/1-2, 11/4, 11/8 und 11/16-17), war zuletzt ab Oktober 1997 als nebenamtliche Hauswartin mit einem Pensum von zirka zehn Stunden pro Woche bei der Y. AG erwerbstätig, welches Arbeitsverhältnis aus betrieblichen Gründen per Ende September 2001 aufgelöst wurde (Urk. 11/19). Hierauf meldete sich X. im Oktober 2001 bei der Invalidenversicherung zum Rentenbezug an (Urk. 11/15). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wies das Leistungsbegehren nach durchgeführter Abklärung (vgl. Urk. 11/19-20) mit Verfügung vom 7. Januar 2002 (Urk. 11/25) "zur Zeit" ab (s. Feststellungsblatt und Vorbescheid vom 28. November 2001 [Urk. 11/21-22]).

Nach der im Juni/Juli 2002 erfolgten Wiederanmeldung (Urk. 11/27) traf die IV-Stelle erwerbliche (Urk. 11/29) und medizinische (Urk. 11/31 und 11/34-36) Abklärungen und liess die Versicherte psychiatrisch begutachten (Gutachten von Dr. med. Z., Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Juni 2003 [Urk. 11/52]; vgl. Urk. 11/37-41, 11/43-47 und 11/49). Ferner erfolgte am 6. November 2003 eine Haushaltabklärung (Bericht vom 5. Dezember 2003 [Urk. 11/55]). Mit Verfügungen vom 20. April 2004 (Urk. 11/69) wurde der Versicherten schliesslich rückwirkend ab 1. Juni 2002 eine ganze Rente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 100 % zugesprochen (s. Feststellungsblatt vom 28. Januar 2004 [Urk. 11/56] und Mitteilung an die zuständige Ausgleichskasse vom 29. Januar 2004 [Urk. 11/57]; vgl. auch Rentenverfügungen vom 23. Juli 2004 [Urk. 11/82] und 10. September 2004 [Urk. 11/85] sowie Rückforderungsverfügung vom 2. August 2004 [Urk. 11/83]).

1.2. Eine im Januar 2005 anhand genommene amtliche Revision (Urk. 11/86) ergab keine rentenbeeinflussende Änderung, so dass der Anspruch auf eine ganze Rente mit Mitteilung vom 26. April 2005 (Urk. 11/97) bestätigt wurde (s. Feststellungsblatt vom 26. April 2005 [Urk. 11/95]). Auf entsprechende Anmeldung vom Februar 2005 (Urk. 11/89) wurde der Versicherten zudem eine Hilflosenentschädigung auf der Basis einer leichten Hilflosigkeit rückwirkend ab 1. Januar 2004 zugesprochen (Verfügung vom 12. Mai 2005 [Urk. 11/100]; vgl. Urk. 11/92-94).

1.3. Im Mai 2006 leitete die IV-Stelle erneut eine revisionsweise Überprüfung des Rentenanspruchs ein (Urk. 11/101), wobei sie die Versicherte von Dr. med. A., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch begutachten liess (Urk. 11/104; vgl. Urk. 11/102-103 und 11/105). Gestützt auf dessen am 9. März 2007 erstattete Expertise (Urk. 11/106) wurde der Rentenanspruch mit Mitteilung vom 4. April

2007 (Urk. 11/109) wiederum bestÄtigt (unverÄnderte ganze Rente bei einem InvaliditÄtsgrad von 100 %; s. Feststellungsblatt vom 5. April 2007 [Urk. 11/107]). Ebenfalls bestÄtigt wurde der fortdauernde Anspruch der Versicherten auf eine HilflosenentschÄdigung wegen leichter Hilflosigkeit (Mitteilung vom 5. April 2007 [Urk. 11/110]).

1.4Ä Ä Ä Ä Im April 2008 schritt die IV-Stelle zu einer weiteren Revision (Urk. 11/113). Nach Einholung eines IK-Auszugs (Urk. 11/114) und AuskÄnfte der behandelnden Ärzte und Therapeuten (Urk. 11/116-118 und 11/122) veranlasste sie eine interdisziplinÄre MEDAS-AbklÄrung beim Zentrum B. ___ (vgl. Urk. 11/126-127 und 11/129-133), welches Gutachten am 2. Juni 2009 erstattet wurde (Urk. 11/134). GestÄtzt darauf sowie auf die mit Nachtrag vom 10. Juli 2009 (Urk. 11/136) erfolgte gutachterliche PrÄzisierung wurde der Versicherten mit Vorbescheid vom 22. Dezember 2009 (Urk. 11/141-142) die Einstellung der Invalidenrente in Aussicht gestellt (InvaliditÄtsgrad: 0 %; s. Feststellungsblatt vom 22. Dezember 2009 [Urk. 11/140]; vgl. Urk. 11/138-139). Nach Kenntnisnahme der dagegen am 7. Januar 2010 erhobenen EinwÄnde (Urk. 11/144) und Eingang eines unaufgefordert erstatteten Berichts von Hausarzt Dr. med. C. ___ (vom 21. April 2010; Urk. 11/149) verfÄgte die IV-Stelle am 16. Juni 2010 im angekÄndigten Sinne (Rentenaufhebung auf das Ende des der VerfÄgungszustellung folgenden Monats, d.h. per 31. Juli 2010; Urk. 2 = 11/152; s. Feststellungsblatt vom 16. Juni 2010 [Urk. 11/150]). Ausserdem wurde die Versicherte mit Vorbescheid vom 17. Juni 2010 (Urk. 11/151 und 11/153) Äber die infolge Rentenaufhebung vorgesehene Einstellung der HilflosenentschÄdigungsleistungen informiert, wogegen am 18. Juni 2010 Einwand erhoben wurde (Urk. 11/155).

E. 2

2.1Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä InvaliditÄt ist die voraussichtlich bleibende oder lÄngere Zeit dauernde ganze oder teilweise ErwerbsunfÄhigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundessgesetzes Äber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die InvaliditÄt kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes Äber die Invalidenversicherung [IVG]). ErwerbsunfÄhigkeit ist der durch BeeintrÄchtigung der kÄrperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der ErwerbsmÄglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). FÄr die Beurteilung des Vorliegens einer ErwerbsunfÄhigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen BeeintrÄchtigung zu berÄcksichtigen. Eine ErwerbsunfÄhigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht Äberwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

BeeintrÄchtigungen der psychischen Gesundheit kÄnnen in gleicher Weise wie kÄrperliche GesundheitsschÄden eine InvaliditÄt im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten EinschrÄnkungen der ErwerbsfÄhigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende LeistungsfÄhigkeit zu verwerten, abwenden kÄnnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die AusÄbung einer ErwerbstÄtigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen BeeintrÄchtigung vereinbar ist.

Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

2.2 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad 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 mit Hinweisen). 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 dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010, je E. 2.2 mit Hinweisen).

2.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen 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 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt worden, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb; vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41.9 Stunden (bis 1998), 41.8 Stunden (1999-2002), 41.7 Stunden (2003-2007) beziehungsweise 41.6 Stunden (seit 2008; Die Volkswirtschaft 11-2011 S. 94 Tabelle B9.2, mit Hinweis betreffend "Umschmelzung" der Daten vor 2009; vgl. BGE 129 V 484 E. 4.3.2, 126 V 77 E. 3b/bb und 124 V 322 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a). Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen: BGE 126 V 75).

2.5. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der

versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann, ob die Expertin oder der Experte nicht auszumachende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 3

3.1 Unbestrittenermassen ist die Beschwerdeführerin als im Gesundheitsfall Vollerwerbstätige zu qualifizieren (sozialversicherungsrechtliche Statusfrage; vgl. BGE 125 V 146 E. 2c und 117 V 194 E. 3b, je mit Hinweisen; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 266/05 vom 11. April 2006 E. 4.2; vgl. auch BGE 133 V 504 E. 3.3), womit die Invaliditätsbemessung nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu erfolgen hat.

3.2 Zeitlicher Ausgangspunkt für die vergleichende Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung ist vorliegend die - auf ärztlich-therapeutischen Verlaufsberichten (Urk. 11/102-103) sowie einer medizinischen Begutachtung (Urk. 11/106) basierende - Rentenbestätigung gemäss Mitteilung vom 4. April 2007 (Urk. 11/109). Der dieser zu Grunde gelegenen RAD-ärztlichen Würdigung von Dr. med. D. ___ vom 2. April 2007 (Urk. 11/107/3-4) ist zu entnehmen, dass gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A. ___ vom 9. März 2007 (Urk. 11/106) vom Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung sowie einer Agoraphobie mit Panikstörung mit daraus insgesamt resultierender 100%iger Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich jeglicher (Erwerbs-)Tätigkeit ausgegangen worden war; im Weiteren war - wie schon früher (vgl. RAD-ärztliche Einschätzungen von Dr. med. E. ___ vom 21. Juli 2003 [Urk. 11/56/3] und Dr. med. F. ___ vom 14. April 2005 [Urk. 11/95/2] sowie Schreiben betreffend Auferlegung der Schadenminderungspflicht vom 28. Januar 2004 [Urk. 11/59] und 26. April 2005 [Urk. 11/96]) - eine gesundheitliche Verbesserungsfähigkeit bei adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung postuliert und eine entsprechende Schadenminderungsaufgabe gemacht worden (Schreiben vom 5. April 2007 [Urk. 11/108]).

E. 4

4.1 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin bei ihrer Annahme, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erheblich verbessert habe, auf das - von RAD-Ärztin Dr. med. N. ____, Fachärztin für Chirurgie, als zuverlässige Beurteilungsgrundlage gewürdigte (Stellungnahmen vom 12. Juni 2009 [Urk. 11/140/4] und 18. September 2009 [Urk. 11/138 und 11/140/4]) - B. __-Gutachten vom 2. Juni 2009 (Urk. 11/134) mit Nachtrag vom 10. Juli 2009 (Urk. 11/136).

In der auf den medizinischen Vorakten und insbesondere den Verlaufsberichten des behandelnden Psychotherapeuten (FSP) lic. phil. G. __ vom 20. Juni 2008 (Urk. 11/117) und des Hausarztes Dr. C. __ vom 25. Juni 2008 (Urk. 11/118) sowie eigenen internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen (vom 25. und 26. März 2009) beruhenden, im Rahmen einer konklusiven Konsensbesprechung der beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte (med. pract. H. ____, Fachärztin für Innere Medizin, Dr. med. I. ____, Facharzt für Rheumatologie und Manuelle Medizin, und Dr. med. J. ____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) erarbeiteten sowie vom Chefarzt der Gutachterstelle (Dr. med. K. ____, Facharzt für Innere Medizin und Zertifizierter Medizinischer Gutachter SIM) visierten Expertise wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 11/134/29 Ziff. 6.1):

- kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und infantilen Zügen (ICD-10 F61.0),
- hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2) und
- spezifische, isolierte Phobie (Angst und Schwindelattacken) (ICD-10 F40.2).

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (Urk. 11/134/29 Ziff. 6.2):

- nicht näher spezifizierbares weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom mit/bei:
 - Tendenz zur Fibromyalgie,
 - global-muskulärer Dekonditionierung mit Adipositas Grad II nach WHO (BMI 35,5 kg/m²);
 - Migräne ohne Aura;
 - allergische Diathese mit/bei:
 - Rhinitis allergica,
 - anamnestisch Asthma bronchiale;
 - Seronarbe nach Borrelien-Infektion ohne neurologische Störungen oder Anhaltspunkte für eine Arthritis;
 - Status nach Mammareduktionsplastik beidseits 1992.

In ihrer Stellungnahme zu den spezifischen Auswirkungen der gesundheitlichen Störung auf die Funktions- und Arbeitsfähigkeit in zeitlicher und/oder qualitativer Hinsicht erklärten die Gutachter, unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der psychisch bedingten Schwierigkeiten, sich alleine ausser Haus zu bewegen, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit

für aussergewöhnliche Tätigkeiten; in angepasster Tätigkeit im Rahmen einer Heimarbeit sei die Beschwerdeführerin dagegen zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 11/134/34 ff. Ziff. 7.4, 7.6 und 7.7). Zum Beginn und Verlauf der Arbeits(un-)fähigkeit hielten die Gutachter fest, aufgrund der Aktenlage sei eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit insbesondere in Anbetracht der bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Persönlichkeitsstörung sehr schwierig. Deshalb gelte das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil ab dem Datum der Begutachtung (Urk. 11/134/34 Ziff. 7.5). In ihrer Darstellung des Beginns und Verlaufs der gesundheitlichen Problematik legten die Gutachter dar, aufgrund der divergierenden Angaben in den Vorakten könne der Beginn der gesundheitlichen Problematik nicht genau festgelegt werden (Urk. 11/134/30 ff. Ziff. 7.2). In ihrer Stellungnahme zur aktuellen Situation gaben die Gutachter an, die Beschwerdeführerin leide (vorwiegend) unter leichter Erschöpfbarkeit, ständiger Müdigkeit, Vergesslichkeit und wechselnden Schmerzen in den Gelenken, insbesondere in den beiden Knie- und Sprunggelenken; ausserdem habe sie ständig ein mehr oder weniger ausgeprägtes Schwindelgefühl und müsse sich häufig hinlegen. Psychisch sei sie dank der Unterstützung ihres Partners relativ ausgeglichen. Sodann wurde festgehalten, dass sich im Rahmen der internistischen Untersuchung das Bild einer 46-jährigen, deutlich adipösen, kardiopulmonal kompensierten Beschwerdeführerin in unauffälligem Allgemeinzustand ergeben habe. Bei einem BMI von 35,5 kg/m² entspreche ihr Übergewicht einer Adipositas Grad II nach WHO, wobei sich weder klinisch noch laborchemisch Folgeerscheinungen im Sinne eines metabolischen Syndroms nachweisen liessen (klinische Untersuchung: altersentsprechend normal, ohne Hinweise auf eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder eine Lungenerkrankung; Abdominal- und Neuro-Status: keine pathologischen Befunde; Laboruntersuchungen: bis auf einen erhöhten, am ehesten im Sinne einer Hämokonzentration durch verminderte Flüssigkeitszufuhr zu interpretierenden Hämatokrit durchwegs Normalbefunde, ohne Nachweis einer - anamnestisch angegebenen - Hypothyreose; EKG: unauffälliger Erregungsablauf; Spirometrie: keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung). Symptome einer Borrelien-Infektion (im Stadium II oder III) würden sich weder klinisch noch laborchemisch nachweisen lassen; im Fall einer chronischen Infektion wären IgG-spezifische Antikörper pathognomonisch, wobei bei der Beschwerdeführerin 2007 lediglich IgM-spezifische Antikörper nachgewiesen worden seien, die zwar einen Kontakt zu Borrelien, nicht aber eine chronische Infektion belegen würden. Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, und zwar weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer dem Alter und Habitus angepassten Verweisungstätigkeit. Bei der rheumatologischen Untersuchung sei eine weichteilrheumatische Schmerzproblematik mit Tendenz zu einer Fibromyalgie vorgefunden worden, wobei die Untersuchungsbefunde bei erheblicher Schwankung in der Schmerzausprägung und deutlichen Hinweisen auf eine subjektive Schmerzbetonung sowie zeitweiligen Merkmalen eines histrionischen Verhaltens nicht immer reproduzierbar gewesen seien. Die Beschreibung der Veränderungen vor allem am Kniegelenk rechts im Falle eines Schubes sei rheumatologisch-somatisch nicht einzuordnen; bei einer Borrelien-Arthritis würde sich ein anderer Befund präsentieren. Die beschriebenen Missempfindungen respektive Befindlichkeitsstörungen sowie das intermittierende Auftreten von ungerichteten Schwindel, Müdigkeit, subjektiver Temperaturwahrnehmung und offensichtlich unspezifischen Arthralgien würden gut zum Beschwerdekomples eines

weichteilrheumatischen Schmerzsyndroms passen, wobei wahrscheinlich eine gewisse vegetative Äußerlagerung (meteoropathische Komponente) zusätzlich beteiligt sei. Aus rheumatologisch-somatischer Sicht sei aufgrund der erhobenen Befunde eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für die angestammte wie auch für alle übrigen Tätigkeiten zumutbar. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin über eine schwierige Kindheit berichtet (mit einer belastenden Beziehung zur Mutter, von der sie sich abgelehnt gefühlt habe) und ihr Krankheitsbild mit den Folgeerscheinungen einer Borreliose (nach einem Zeckenbiss im Jahr 1995) erklärt, welche aber somatisch nicht belegt sei. Wie im (ersten) Gutachten von Dr. Z. ___ erwähnt, könne von einer infantiloiden Regression in den quasi geschätzten Kranken- und Invalidenstatus ausgegangen werden. Die Bestätigung durch Dr. L. ___, dass die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Symptome auf eine Borreliose zurückzuführen seien, zementiere die Vorstellung die Beschwerdeführerin, somatisch schwer krank zu sein, und unterstütze diese Regression. Die aufgezählten Symptome seien bei fehlendem somatischem Korrelat am ehesten in einer hypochondrischen Störung zu fassen (mit dem vorherrschenden Kennzeichen einer beharrlichen Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren oder fortschreitenden körperlichen Erkrankungen zu leiden: nach ICD-10 C10). Aufgrund der Diagnostik 2005 scheine es zu einer Symptom-Verschiebung gekommen zu sein, so dass die zuvor bestehende Angsterkrankung so nicht mehr vorliege; geblieben sei die Angst vor Schwindelattacken im Sinne einer spezifischen isolierten Phobie. Aufgrund der derzeitigen Schwierigkeiten, sich alleine ausser Haus zu bewegen, sei die Arbeitsfähigkeit um 50 % reduziert; in angepasster Tätigkeit wäre die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig, wenn es sich dabei um Heimarbeit handeln würde (Urk. 11/134/32 ff. Ziff. 7.3).

Auf die - von RAD-Ärztin Dr. N. ___ initiierte (vgl. Urk. 11/140/4) - Rückfrage der Beschwerdegegnerin vom 12. Juni 2009, ob aufgrund der angeführten Symptomverschiebung von einer (eigentlichen) Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden könne, bestätigten die B. ___-Verantwortlichen (Chefarzt Dr. K. ___ und psychiatrische Fachgutachterin Dr. J. ___) mit Schreiben vom 10. Juli 2007 (Urk. 11/136), es könne keine Angststörung mehr diagnostiziert werden, so dass von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen sei; ab dem Begutachtungszeitpunkt sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ausserhinsichtlich möglich.

4.2 Das vor dem in BGE 137 V 210 publizierten höchstgerichtlichen Grundsatzurteil 9C_243/2010 vom 28. Juni 2011 zur Rolle von Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS; Art. 72 bis Abs. 1 IVV) im Rahmen der Beurteilung von Leistungsansprüchen gegenüber der Invalidenversicherung unter konventions- und verfassungsrechtlichem Blickwinkel gleichsam noch nach altem Verfahrensstandard eingeholte B. ___-Gutachten verliert seinen Beweiswert nicht von selbst, sondern es ist vielmehr im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen darauf vor Bundesrecht standhält (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_120/2011 vom 25. Juli 2011 E. 4.1 und 9C_189/2011 vom 8. Juli 2011 E. 3.2). Im Sinne der grundsätzlich zutreffenden Ausführungen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 5 Ziff. II.3) ist demnach die Frage, ob auf das vorliegende MEDAS-Gutachten abgestellt werden kann, konkret im Kontext aller einschlägigen Akten zu beantworten.

4.3. Die in Kenntnis der medizinischen (Vor-)Akten und weiteren Unterlagen erstattete B. ___-Expertise beruht auf Untersuchungen in den für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin wesentlichen medizinischen Fachgebieten der Inneren Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie und umfasst neben einschliesslichen allgemeinen wie fachgebietsspezifischen Anamnese- ausgedehnte klinische Befunderhebungen und darüber hinaus laborielle (Hämatologie, Blutchemie), elektrokardiologische (Ruhe-EKG) und spiographische Abklärungen. Die geklagten Beschwerden wurden sowohl generell als auch unter dem Gesichtspunkt der jeweiligen medizinischen Fachrichtungen erhoben und zusammenfassend wiedergegeben. Die somatische Beurteilung, wonach weder aus internistischer noch aus rheumatologischer Sicht eine invalidisierende Einschränkung des (alters- und habitusmässig) zumutbaren Arbeits- und Leistungsvermögens zu gewärtigen ist, leuchtet angesichts der nachvollziehbaren und plausiblen Darlegungen ohne weiteres ein und wird von der Beschwerdeführerin denn auch zu Recht nicht angezweifelt. In Frage gestellt wird von der Beschwerdeführerin die B. ___-gutachterliche Beurteilung der psychischen Problematik (Urk. 1 S. 5 ff. Ziff. II/3-4 und Urk. 16 Ziff. II.1). Dafür, dass die für eine Beurteilung der psychischen Situation notwendigen Untersuchungshandlungen durch die psychiatrische Fachgutachterin Dr. J. ___ nicht sorgfältig vorgenommen worden oder der zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie unangemessen wären, liegen indessen keine das Gutachtensergebnis nachhaltig erschütternden Anhaltspunkte vor. Zwar wurden in einer vom Lebenspartner der Beschwerdeführerin (M. ___) verfassten (undatierten und ununterzeichneten) Zusammenstellung (Urk. 3/3) zahlreiche "gravierende Differenzen zwischen dem, was geschrieben worden ist und dem was die Versicherte effektiv gesagt hat", moniert und wird beschwerdeweise gerügt, es seien von der psychiatrischen Gutachterin eine "Vielzahl von Jahreszahlen und biographischen Gegebenheiten" falsch wiedergegeben worden (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. II.3), doch sind bis auf den Punkt der Sexualität im Kern keine eklatanten Unstimmigkeiten erkennbar. Die nachträglichen Relativierungen zu einzelnen gutachterlich erfragten Verhaltensweisen (wie insbes. betreffend Auto und Lift fahren, Einkaufen, Arztbesuche, Hundehaltung/-betreuung) vermögen nichts daran zu ändern, dass Dr. J. ___ von in den wesentlichen Zügen zutreffenden Annahmen ausgegangen ist. Angesichts der im Zeitverlauf so oder anders augenfälligen Veränderungen in der Lebens- und Verhaltenssituation erweist sich der gutachterliche Schluss auf den Eintritt einer massgeblichen Verschiebung im Bereich der phobischen Symptomatik als veränderlich. Evident erscheint auch das aus der ausgemachten gesundheitlichen Verbesserung abgeleitete Postulat einer 50%igen Teilarbeitsfähigkeit ausser Haus sowie einer 100%igen Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer zu Hause zu verrichtenden Heimarbeit. Zwar wurde nicht im Einzelnen dargetan, wie eine ausserhäusliche Erwerbstätigkeit profilmässig genau ausgestaltet sein müsste, damit sie den Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin, sich (allein) ausser Haus zu bewegen, gerecht würde, doch erscheint jedenfalls anschaulich und überzeugend, dass die Beschwerdeführerin in der Ausübung einer in Heimarbeit zu verrichtenden Erwerbstätigkeit (mit der Möglichkeit zur selbständigen Zeiteinteilung) nicht namhaft eingeschränkt ist. Entgegen der Beschwerdeführerin lässt sich nicht sagen, die entsprechende gutachterliche Zumutbarkeitsbeurteilung sei gleichsam "politisch" motiviert (Urk. 1 S. 9 Ziff. II.4). Die von den B. ___-Verantwortlichen konstatierte Verbesserung im Vergleich zum Zustand anlässlich der Begutachtung durch Dr. A. ___ Anfang 2007 wird weder

Volkswirtschaft 11-2011 S. 94 Tabelle B9.2 A-S Total) ergibt sich ein Jahresverdienst von Fr. 51'368.--. Angepasst an die geschlechtsspezifische Nominallohnentwicklung für dies per 2010 (massgebender Zeitpunkt der verhängten Rentenaufhebung) zu einem Valideneinkommen von Fr. 53'012.-- (Fr. 51'368.-- : 2499 Pkte. x 2579 Pkte.; Die Volkswirtschaft 11-2011 S. 95 Tabelle B10.3 Nominal Frauen).

5.2 Was die wirtschaftliche Verwertbarkeit der medizinisch-theoretischen Restarbeitskraft angeht, ist zu beachten, dass der theoretische und abstrakte Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes (welcher dazu dient, den Leistungsanspruch der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen) einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen umschliesst und andererseits einen Arbeitsmarkt bezeichnet, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 276 E. 4b; ZAK 1991 S. 321 E. 3b und 1985 S. 462 E. 4b; vgl. auch BGE 134 V 64 E. 4.2.1 und 130 V 346 E. 3.2). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind folglich praxisgemäss nicht übermassige Anforderungen zu stellen; diese hat vielmehr nur soweit zu gehen, als im Einzelfall eine zuverlässige Ermittlung des Invaliditätsgrades gewährleistet ist, dafür die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 290 f. E. 3b; vgl. Urteile des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 273/04 vom 29. März 2005, I 591/02 vom 5. Mai 2004, I 285/99 vom 13. März 2000 und U 176/98 vom 17. April 2000). Nun darf zwar bei der Bestimmung des Invalideneinkommens nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden und kann von einer Arbeitsgelegenheit (im Sinne von Art. 16 ATSG) insbesondere dort nicht gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt nicht kennt und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb zum vornherein als ausgeschlossen erscheint. Indessen lag die Anzahl der Heimarbeitenden (ohne sog. "Telearbeit") laut Schätzung des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) im Jahr 2009 bei rund 52'000, wobei sie sich in den letzten Jahren leicht erhöht haben soll (vgl. Botschaft zur Aufhebung des Bundesbeschlusses über die Förderung der Heimarbeit vom 3. Dezember 2010; BBl 2011 511 ff.). Demnach lässt sich entgegen der Beschwerdeführerin nicht sagen, Heimarbeit (insbes. im Umfang einer Vollzeitanstellung) existiere in der Schweiz nicht mehr. Nichts anderes ergibt sich im Übrigen aus den von der Beschwerdeführerin selbst eingereichten Unterlagen (Urk. 3/5 und 3/6). Infolgedessen - und in Anbetracht der berufsberaterischen Bejahung (Stellungnahme vom 21. September 2009 [Urk. 11/139]) - ist vielmehr mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die Verwertbarkeit des vorhandenen (Rest-)Arbeits- und Leistungsvermögens auf dem (als ausgeglichen unterstellten) (Heim-)Arbeitsmarkt grundsätzlich gewährleistet ist, beispielsweise im Bereich der aus berufsberaterischer Sicht in Betracht gezogenen Kleinteilmontage (oder etwa auch in Form vorstellbarer Verpackungs- und/oder Etikettierungsarbeiten). Ein besonderer, über die Hilfestellung in Form von Arbeitsvermittlung hinausgehender Bedarf an medizinisch-rehabilitativen sowie beruflichen (Eingliederungs-)Massnahmen aufgrund des

2. Die Gerichtskosten werden auf Fr. 800.-- festgesetzt und der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Christine Kessi, Zürich, wird mit Fr. 3'120.50 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt.

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christine Kessi
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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 dem 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.