

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00051 vom 29. August 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-08-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00051

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00051 du 29 août 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00051 del 29 agosto 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 Ä Ä Ä Ä Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezüglerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [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 S. 349 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 S. 75 ff; 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).

1.2 Ä Ä Ä Ä Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer

Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.3 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

1.4 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).

1.5 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 der Experte oder die Expertin nicht auszumessende 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, 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.).

Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren ihren Beweiswert auch mit Rücksicht auf die in BGE 137 V 210 erläuterten Korrekturen nicht. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6; ferner etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_575/2011 vom 12. Oktober 2011 E. 4.1).

E. 2

2.1 Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des Y. vom 26. April 2010 hielt die IV-Stelle dafür, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache wesentlich verbessert hätten. Die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiterin sowie jede andere körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende adaptierte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin wieder zu 100 % zumutbar, womit ihr die Erzielung eines rentenausschliessenden Erwerbseinkommens möglich sei (Urk. 2).

2.2 Demgegenüber wird von der Beschwerdeführerin im Wesentlichen vorgebracht, die Symptomatik, welche zur Rentenzusprache geführt habe, bestehe unverändert fort, was die Gutachter nicht berücksichtigt hätten. Es sei daher nicht zulässig, die Rente aufzuheben (Urk. 1).

E. 3

3.1 Die Ärzte der Klinik A. führten in ihrem Gutachten vom 2. April 2004 aus, die 30-jährige Versicherte habe am 4. Dezember 2001 einen Verkehrsunfall erlitten, indem sie als Radfahrerin beim Linksabbiegen von einem Auto frontal erfasst worden sei. Dabei habe sie sich eine laterale Tibiakopfimplicationsfraktur sowie Weichteilverletzungen rechts zugezogen, die operativ versorgt worden seien. Bei anfangs normalem Heilungsverlauf hätten schliesslich die Kniebeschwerden persistiert. Bei der klinischen Untersuchung habe sich ein bis auf die Narben ausserlich völlig unauffälliges Knie finden lassen. Es würden weder Bandinstabilitäten noch Zeichen für ein synovitisches Geschehen bestehen. Im vor und nach der Untersuchung unbeobachteten Zustand laufe die Versicherte ohne zu hinken, während der Untersuchung werde indes ein deutliches Hinken demonstriert. Es falle ebenfalls auf, dass das erkrankte Bein beim Aufstehen vom Stuhl als Kraftbein benutzt werde. Mit bildgebenden Verfahren habe sich kein Anhalt für eine bereits bestehende posttraumatische Arthrose finden lassen. Die im lateralen Tibiaplateau eingesunkene Gelenkfläche sei vollständig mit Faserknorpel (Ersatzknorpel) ausgefüllt. Bei der Untersuchung lasse sich auch keine Krepitation (Reiben), weder femorotibial noch retropatellar, finden, wie es bei ausgeprägten Knorpelschäden typisch wäre. Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) sei nicht verwertbar. Aufgrund der schlechten Leistungsbereitschaft und mehrfachen Testabbrüchen habe das physische funktionelle Leistungsmaximum nicht beobachtet werden können. Die effektive Leistungsgrenze könne aufgrund des selbstlimitierenden Verhaltens der Versicherten nicht ermittelt werden. Aufgrund der erheblichen

Inkonsistenzen während der Tests müsse allerdings davon ausgegangen werden, dass die somatisch-funktionelle Leistungsgrenze höher als die demonstrierte Leistungsfähigkeit liege. Aus somatischer Sicht würden sie - so die begutachtenden Ärzte weiter - die Versicherte für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten für ganztags einsetzbar halten. Die psychiatrischen Gutachter hätten die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom gestellt, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % zur Folge habe. Aus somatischer Sicht sei die Prognose günstig, da ohne exzessive Belastung des rechten Kniegelenkes bei faserknorpeliger Defektheilung keine wesentliche Einschränkung zu erwarten sei. Der weitere Verlauf werde im Wesentlichen davon abhängen, wie es gelinge, die Depression der Versicherten zu behandeln (Urk. 6/25 S. 7 f.).

Im psychiatrischen Gutachten des Psychiatriezentrums B.____ vom 9. Dezember 2003 wurde festgehalten, im Dezember 2001 sei es zu einem Unfall gekommen, wo die Versicherte als Velofahrerin von einem entgegenkommenden Personenwagen angefahren worden sei. Der Unfall selbst werde erinnert, jedoch habe anschliessend eine Amnesie über etwa neun Stunden (inklusive Vollnarkose) bestanden. Neben massiven Beinverletzungen sei eine Commotio cerebri und eine Commotio labyrinthi diagnostiziert worden. Im Anschluss daran sei es zu einem prolongierten Heilungsverlauf mit verschiedenen medizinischen Abklärungen gekommen. Da eine Wiederaufnahme der Arbeit immer wieder gescheitert sei, sei es vom 9. Oktober bis 8. November 2002 zu einem stationären Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik C.____ gekommen, der subjektiv gesehen keinerlei Auswirkungen gezeigt habe. Diagnostisch sei neben den Beinverletzungen eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.2) sowie ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit Symptomausweitung gesehen worden. Es sei eine antidepressive Medikation und eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung empfohlen worden; die Arbeitsunfähigkeit sei auf 50 % mit dem Plan einer monatlichen Steigerung festgelegt worden. Letzteres sei nicht gelungen. Die empfohlene psychiatrische Behandlung sei im Februar 2003 im Psychiatriezentrum B.____ aufgenommen worden. Dieses habe in einem Bericht von Juni 2003 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) diagnostiziert; differentialdiagnostisch sei an eine Anpassungsstörung im Sinne einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10: F43.2) gedacht worden. Die Konsultationen im Psychiatriezentrum B.____ seien sehr schwierig gewesen, da die Versicherte, obwohl sie sich bereits 10 Jahre in der Schweiz aufhalte, die deutsche Sprache nicht spreche, so dass jeweils Übersetzer aus dem Familien- und Bekanntenkreis zugezogen worden seien. Im Rahmen der gutachterlichen Exploration sei auf solche verzichtet und ein neutraler Übersetzer gewählt worden. Im Gespräch sei die Explorandin durch ihre kurzen Assoziationen aufgefallen, die teilweise ablehnend-misstrauisch erfolgt seien, im ganzen aber einen deutlich depressiven Hintergrund gezeigt hätten. Vor allem habe die Explorandin Schlafstörungen auf Grund frontaler Kopfschmerzen, negatives Denken, Motivations- und Energieverlust, Antriebsreduktion, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, einen Druck auf der Brust, einen sozialen Rückzug und Lärmempfindlichkeit beklagt. Bei all diesen Beschwerden habe sie auch schon an Suizid gedacht, aber keine vorbereitenden Handlungen getroffen. Seit dem Unfall bestehe auch ein völliger Libidoverlust, was eine grosse Spannung in die Ehe gebracht habe. Die Explorandin sei seit dem Unfall nicht mehr Velo gefahren; als Begründung gebe sie indes Probleme mit dem Knie an und habe

gemeint, ohne Schmerzen wÄre sie wieder gefahren. Weiter fÄhrten die psychiatrischen Gutachter aus, bis zum Unfallereignis im Dezember 2001 sei in psychischer Hinsicht nichts Äber die Explorandin bekannt. Als Kind und Jugendliche sei sie aktiv gewesen, habe Kontakt zu Freundinnen gehabt und sei insgesamt unauffÄllig gewesen. Ebenso liessen sich keine Besonderheiten nach der Ehe, Mutterschaft und Arbeitsaufnahme finden. Erst nach dem Unfall wÄrden VerÄnderungen beschrieben, die neben den kÄrperlichen Problemen in Richtung eines depressiven Geschehens gingen. Auch die eigene Untersuchung zeige alle Symptome, die fÄr eine solche Diagnose sprechen wÄrden. Im Rahmen der psychiatrischen Behandlung sei an eine posttraumatische BelastungsstÄrung gedacht worden, die sie in dieser Konsequenz nicht mehr sehen kÄnnten, da das Trauma (Velounfall) nicht in sich aufdrÄngenden Erinnerungen wiederholt erlebt wÄrde. Zwar wÄrden in TrÄumen auch Unfallereignisse vorkommen, aber weniger im Sinne eines drÄngenden Durchbruchs. Ebenso wenig wÄrden AktivitÄten und Situationen, die im Zusammenhang mit dem Trauma stÄnden, gemieden oder Angst und Panik erlebt, die auf ein plÄtzliches Erinnern und intensives Wiedererleben grÄndeten. An Symptomatik wÄrden SchlafstÄrungen, ein tendenziell negatives Gedankenkreisen und Morgentief, ein Druck auf der Brust, GedÄchtnis- und Konzentrationsreduktion, eine ausgesprochen depressive Gestimmtheit, ein starker Libidoverlust und Suizidideen ohne vorbereitende Handlungen vorliegen. Insofern wÄrden sie eine mittelgradig depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.10) diagnostizieren. Da fÄr die somatischen Missempfindungen kÄrperliche BegrÄndungen durchaus vorliegen kÄnnten, wÄrden sie diese nicht mit dem depressiven Geschehen verknÄpfen. Differentialdiagnostisch kÄnne auch an eine AnpassungsstÄrung mit lÄngerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) gedacht werden, zumal diese noch innerhalb einer Dauer von zwei Jahren liege. Mit einer solchen Diagnose wÄrde das reaktive Moment stÄrker hervortreten, was bei der Hauptdiagnose aber nicht unmittelbar ausgeschlossen sei. Die aufgefÄhrten BeeintrÄchtigungen wie MerkfÄhigkeits- und KonzentrationsstÄrungen, Antriebs-, Energie- und Motivationslosigkeit, depressive Gestimmtheit und vermehrte Reizbarkeit mit sozialem RÄckzug liessen hinsichtlich der ArbeitsfÄhigkeit schwerwiegende Bedenken aufkommen. Mit diesen BeeintrÄchtigungen sei die Explorandin deutlich behindert, da weder ein DurchhaltevermÄgen, noch eine FlexibilitÄt, noch ein sozialer Zugang, noch eine genÄgende kognitive Verarbeitung mÄglich seien. Insofern wÄrden sie momentan eine ArbeitsunfÄhigkeit sehen, die im Bereich von ungefÄhr 70 % liege. Die kÄrperlichen und psychischen Beschwerden wÄrden sich gegenseitig bedingen und in Fluss halten. Eine psychiatrische antidepressive Behandlung mit adÄquater Medikation und gesprÄchstherapeutischer Begleitung sei unabdingbar, nÄtigenfalls mÄsse eine stationÄre oder teilstationÄre Intervention in Betracht gezogen werden. Die prognostische Entwicklung sei schwer vorhersehbar, da die aufgenommene Behandlung noch nicht genÄgend Raum gehabt habe. Die Explorandin sei aufgrund der beschriebenen StÄrungen in der kognitiven Verarbeitung, in der FlexibilitÄt und im DurchhaltevermÄgen beeintrÄchtigt, woraus sich aus psychiatrischer/psychologischer Sicht eine ArbeitsunfÄhigkeit um 70 % ergebe. Der Beginn der StÄrung sei um anfangs 2002 anzusiedeln, die ArbeitsunfÄhigkeit dÄhrte seither im genannten Mass konstant geblieben sein (Urk. 6/26 S. 5 ff.).

3.2ÄÄÄÄ GestÄtzt auf diese gutachterlichen EinschÄtzungen hielt der beratende Arzt der damals zustÄndigen IV-Stelle am 19. Mai 2004 dafÄr, dass aus psychischen GrÄnden eine ArbeitsunfÄhigkeit von 70 % ausgewiesen und die Wartezeit im

Dezember 2001 zu eröffnen sei (Urk. 6/33 S. 3 und 12). Der in der Folge durchgeführte Einkommensvergleich ergab einen Invaliditätsgrad, welcher den Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung begründete (Urk. 6/30, 6/33 S. 3 f.). Entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Ansicht, ist nicht ersichtlich, dass die begutachtenden Ärzte von einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen wären. Stattdessen kamen sie zum Schluss, dass die Explorandin nach dem Unfallereignis an einer selbständigen depressiven Störung erkrankt sei; zur Frage einer somatoformen Komponente hielten sie explizit dafür, dass die körperlichen Missempfindungen nicht mit dem depressiven Geschehen zu verknüpfen seien (Urk. 6/26 S. 7). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die höchstgerichtliche Rechtsprechung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung allein in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken vermag (BGE 130 V 352 [Urteil I 683/03 vom 12. März 2004]), im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache im Oktober 2004 bereits bekannt war. Da die Gutachter von einem selbständigen depressiven Geschehen ausgegangen sind, ist die Rentenzusprache im Oktober 2004 nicht zu beanstanden. Soweit sich die Beschwerdeführerin zur Begründung ihrer Beschwerde auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Frage der Aufhebung einer laufenden Rente unter dem Titel der Anpassung an eine geänderte Gerichtspraxis beruft (BGE 135 V 201), geht ihre Argumentation somit ins Leere.

E. 4

4.1 Die Gutachter konnten aufgrund ihrer am 15. Februar 2010 durchgeführten Untersuchungen bloss Diagnosen feststellen, welche die Arbeitsfähigkeit nicht zu beeinträchtigen vermögen (Urk. 6/57 S. 18 f.). Diese wurden im Gutachten vom 26. April 2010 wie folgt aufgeführt (Urk. 6/57 S. 19):

1. Chronische unspezifische Kniegelenkschmerzen rechts unklarer Ätiologie (ICD-10: M25.5)

- Status nach osteosynthetisch versorgter traumatischer lateraler Tibiakopf-Impressionsfraktur nach Verkehrsunfall vom 4.12.2001

- Radiomorphologisch (MRT Knie rechts 8.10.2003) ohne relevante pathologische Befunde

2. Chronisches unspezifisches lumbogluteales Schmerzsyndrom rechts (ICD-10: M54.5)

3. Chronische unspezifische frontal- und okzipitalbetonte Kephalea (ICD-10: R51)

4. Nicht organische Insomnie (ICD-10: F51.0)

5. Anamnestisch schädlicher Gebrauch von Schmerzmitteln (ICD-10: F19.1)

Der begutachtende Rheumatologe führte in seinem Teilgutachten aus, aus rheumatologischer Sicht zeige sich eine diskrete Fehlform der Wirbelsäule, die segmentale Untersuchung von LWS, BWS und HWS ergebe keine relevanten fassbaren pathologischen Befunde. Bei der Prüfung der LWS zeige die Explorandin bei deutlicher Gegenwehr und Abwehrhaltung eine diskrete Einschränkung der Lateralflexion; demgegenüber könne sie sich beim Aus- und Anziehen der Kleidungsstücke völlig frei und ohne jegliche spontane Schmerzartikulation bewegen. Der gesamte periphere Gelenkstatus an den oberen Extremitäten sei klinisch völlig unauffällig. An den unteren Extremitäten zeige das Kniegelenk rechts eine Flexionseinschränkung auf

130° bei deutlicher Abwehrhaltung und Gegeninnervation. Klinisch sei das Kniegelenk rechts völlig reizlos, es bestehe kein Erguss und keine Überwärmung, die Kapselbandstabilität sei unauffällig und es bestehe eine diffuse Druckempfindlichkeit im Bereich der medialen, anterioren und lateralen Gelenksabschnitte, welche keinen spezifischen anatomischen Strukturen zugeordnet werden können. Obwohl die Explorandin schildere, dass sie das rechte Kniegelenk im Alltag kaum belasten könne, zeige die Messung des Quadrizepsumfangs einzig eine Verminderung des Umfangs rechts gegenüber links um 0,5 cm. Im Rahmen des somatischen Status bei der Begutachtung durch die Klinik A. ___ (Status durchgeführt am 16. September 2003) habe ein Defizit des Oberschenkelumfangs rechts gegenüber links von 4 cm objektiviert werden können. Falls diese frühere Messung korrekt durchgeführt worden sei, könne nun aktuell eine weitgehend identisch ausgebildete Oberschenkelmuskulatur festgestellt werden, so dass die Schilderung der Explorandin, das rechte Kniegelenk werde im Alltag kaum belastet, aus somatischer Sicht in keiner Art und Weise nachvollziehbar sei. Für die weiter geschilderten chronischen, frontal und okzipital betonten Kopfschmerzen lasse sich ebenfalls, insbesondere unter Berücksichtigung eines im September 2003 völlig unauffälligen HWS-Röntgenbildes, kein adäquates somatisches Korrelat finden. Zusammenfassend könnten aus rheumatologischer Sicht keinerlei relevante patho-anatomische Veränderungen am Bewegungsapparat festgestellt werden, so dass die subjektive Einschätzung der Explorandin, sie sei einerseits nicht mehr in der Lage, einer aussergewöhnlichen beruflichen Tätigkeit nachzugehen und andererseits sei sie im Haushalt ebenfalls massiv behindert, aus somatisch orientierter Sicht nicht nachzuvollziehen sei (Urk. 6/57 S. 17 f.).

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde ausgeführt, die 36-jährige Versicherte erscheine punktuell zum Untersuchungstermin. Es handle sich um eine zierliche Frau von gepflegtem Aussehen mit Kurzhaarfrisur. Im interpersonalen Kontakt wirke sie verschlossen, angespannt, kontrolliert und misstrauisch. Sie antworte nur knapp auf die gestellten Fragen ohne Spontaneität. Ein emotionaler Dialog mit der Untersucherin komme nicht zustande. Die Explorandin verfüge kaum über Deutschkenntnisse, so dass während der gesamten Untersuchung eine Übersetzerin anwesend sei. Der Beschwerdevortrag sei nur sehr knapp, es würden kaum Ausführungen zur Situation gegeben. Auf Nachfrage würden nur wenige Präzisierungen erfolgen, die Rapportfähigkeit sei jedoch nicht eingeschränkt. Aufmerksamkeit, Auffassung, Wahrnehmung und Konzentration seien während der gesamten Exploration ohne Einschränkung gewesen. Die Funktionen des Kurzzeit- und Langzeitgedächtnisses seien regelrecht, die Ich-Funktion stabil gewesen. Für Ich-desintegrative Tendenzen liessen sich keine Hinweise finden. Pathologische Strukturmerkmale der Persönlichkeit seien nicht feststellbar. Nach klinischem Eindruck würden die intellektuellen Fähigkeiten unter Berücksichtigung der schulischen und beruflichen Bildung im durchschnittlichen Bereich liegen. Formale oder inhaltliche Denkstörungen seien nicht nachweisbar. Es beständen keine paranoiden oder halluzinatorischen Phänomene. Die Willens- und Antriebsbildung sei regelrecht. Psychomotorisch liessen sich bis auf eine Anspannung und ein gewisses "Steifhalten des Körpers" keine Pathologika finden. Affektiv wirke die Versicherte moros, dysphorisch ausgelenkt. Auf zwischenzeitliche Ansprache könne sie jedoch auch lächeln und durchaus heiter wirken. Eine depressive Affektauslenkung sei nicht gegeben, Suizidalität bestehe nicht. Ein pathologischer Angsteffekt sei nicht nachweisbar, für eine

Impulskontrollstörung lasse sich kein Anhaltspunkt finden. Zwänge seien nicht eruierbar. Ausgesprochene Phobien liessen sich nicht finden, obwohl die Explorandin auf Nachfrage angebe, nicht mehr per Velo oder PKW am Strassenverkehr teilzunehmen. Eine emotionale innere Berührung bei der Diskussion des Unfallthemas sei nicht erkennbar. Die Realitätsorientierung und -anpassung sei ungestört. Zum Untersuchungszeitpunkt bestehe Bewusstseinsklarheit sowie volle Orientierung zu Raum, Zeit, Person und Situation. Die Gutachterin fuhr fort, die Versicherte sei hier schlecht integriert. Sie sei kaum der deutschen Sprache mächtig und berichte über ständiges Heimweh nach D. und ihrer dort lebenden Familie. Seit einem Velounfall am 4. Dezember 2001 mache die Versicherte ständige körperliche Beschwerden im Sinne von Knieschmerzen, Rückenschmerzen und Kopfschmerzen, häufig auch auf den ganzen Körper ausgebreitet, geltend. Die Kopfschmerzen würden als drückend geschildert. Ferner gebe die Explorandin auf der Symptomebene Schlafstörungen und ständigen Schmerzmittelgebrauch an. Zu erfahren sei, dass die Versicherte nach dem Unfall - sie sei als Velofahrerin von einem Personenwagen erfasst worden - unter nachhaltigen Angstzuständen gelitten habe. Solche würden jetzt in dieser Form nicht mehr geltend gemacht, im Vordergrund der Symptomatik würden die von der Versicherten angegebenen ständigen Dauerschmerzen stehen. Auf der Symptomebene liessen sich ausserdem Angaben über Gereiztheit und subjektiv empfundenem Unvermögen finden, den Haushalt und Alltag zu bewältigen. Angegeben werde auch eine besondere Müdigkeit und Erschöpfbarkeit. Im psychischen Befund seien die von der Versicherten als ausgedehnt geschilderten Einbussen nicht zu objektivieren. Bis auf eine dysphorische und morose Stimmungslage, die jedoch durch externe Reize unterbrochen werden könne, liessen sich keine Psychopathologika finden. Eine krankheitswertige Depression könne nicht objektiviert werden. Auch fänden sich keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder eine dissoziative Störung. Die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung seien nicht erfüllt, ebensowenig wie diejenigen einer somatoformen Schmerzstörung. Dementsprechend lasse sich auch auf dem psychiatrischen Fachgebiet keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit finden. Bei fehlenden objektivierbaren psychopathologischen Funktionsstörungen bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit wurde im psychiatrischen Teilgutachten festgehalten, drei Jahre nach dem Unfallereignis sei auf Veranlassung des Unfallversicherers eine ambulante psychiatrische Behandlung durchgeführt worden. In den entsprechenden Berichten sei kein Grad der Arbeitsunfähigkeit dargelegt worden. Eine psychiatrische Untersuchung im Jahr 2004 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bei depressiver Entwicklung ergeben. Eine sichere retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Angaben der Versicherten nicht möglich; diese würden auch zahlreiche Inkonsistenzen aufweisen. So empfinde sich die Versicherte als komplett invalide und arbeitsunfähig. Sie berichte, nicht in der Lage zu sein, ihren Haushalt zu besorgen. Es stelle sich jedoch ein unauffälliger psychischer Befund dar. Retrospektiv könne nicht eingeschätzt werden, inwieweit diese Inkonsistenzen zurückreichen würden. Ab dem aktuellen Begutachtungsdatum müsse jedoch von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 6/57 S. 11 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Gesamtbeurteilung führten die Y. -Gutachter aus, bei der rheumatologischen Untersuchung sei lediglich eine diskrete Fehlform der Wirbelsäule feststellbar gewesen. Die segmentale Untersuchung der Wirbelsäule habe keine fassbaren

relevanten pathologischen Befunde ergeben. Hingegen hätten sich im Verlauf der Untersuchung deutliche Inkonsistenzen gezeigt. Der gesamte periphere Gelenkstatus an den oberen Extremitäten sei klinisch völlig unauffällig gewesen. An den unteren Extremitäten habe das Kniegelenk rechts eine Flexionseinschränkung gezeigt. Das Kniegelenk sei reizlos, ohne Erguss und Überwärmung, die Kapselstabilität sei unauffällig gewesen und es habe eine diffuse Druckempfindlichkeit im Bereich der medialen, anterioren und lateralen Gelenkabschnitte bestanden, welche keinen spezifischen anatomischen Strukturen habe zugeordnet werden können. Der Quadrizepsumfang habe rechts einzig eine Verminderung des Umfanges von 0,5 cm gegenüber links gezeigt. Für die von der Explorandin geschilderten chronischen, frontal sowie okzipital betonten Kopfschmerzen habe sich insbesondere unter Berücksichtigung eines völlig unauffälligen HWS-Röntgenbildes kein adäquates somatisches Korrelat finden lassen. Zusammenfassend würden sich die subjektiven Beschwerden der Explorandin aus rheumatologischer Sicht nicht nachvollziehen lassen. Aus rheumatologischer Sicht bestehe für die angestammte berufliche Tätigkeit in einer Druckerei mit Limitation der Lasten ab 5 kg und in Wechselbelastung sowie für jegliche andere, körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Verweiltätigkeit keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Bei der psychiatrischen Untersuchung seien die von der Versicherten geschilderten Einbußen nicht zu objektivieren. Bis auf eine dysphorische und morose Stimmungslage, die jedoch durch externe Reize habe unterbrochen werden können, hätten sich keine Psychopathologien finden lassen; eine krankheitswertige Depression habe nicht objektiviert werden können. Ebenso hätten keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder eine dissoziative Störung gefunden werden können. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien ebenso wenig erfüllt wie diejenigen für eine somatoforme Schmerzstörung. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Auch aus allgemeininternistischer Sicht habe keine Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Insgesamt würden sie - so die Gutachter weiter - aus polydisziplinärer Sicht zum Schluss kommen, dass bei der Explorandin für die angestammte Tätigkeit als Druckereimitarbeiterin sowie für jegliche andere, leichte bis mittelschwere, wechselbelastende, angepasste Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % bestehe. Sicherlich sei die Arbeitsfähigkeit der Explorandin nach dem Verkehrsunfall vom 4. Dezember 2001 passager höhergradig eingeschränkt gewesen. Ab welchem Zeitpunkt die Arbeitsfähigkeit wieder uneingeschränkt gewesen sei, lasse sich retrospektiv nicht mit Sicherheit beantworten. Sie könnten eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit Sicherheit spätestens ab dem Zeitpunkt Februar 2010 festlegen. Eine 2004 beschriebene depressive Störung könne nicht mehr objektiviert werden. Für Arbeiten im Haushalt bestehe keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Obwohl die Explorandin angegeben habe, regelmäßig 3-4 Tabletten Dafalgan 1 g einzunehmen und auch angegeben habe, am Untersuchungstag bereits 2 Tabletten Dafalgan eingenommen zu haben, sei bei den Blutserumspiegeluntersuchungen kein Paracetamol nachweisbar gewesen. Auch die Antidepressiva seien nur deutlich subtherapeutisch nachweisbar gewesen. Zusammen mit den deutlich inkonsistenten klinischen Befunden lege dies nahe, dass die anamnестischen Angaben der Explorandin zumindest mit Vorsicht bewertet werden müssten (Urk. 6/57 S. 19 f.).

4.2. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin vermag das Y.-Gutachten vom 26. April 2010 zu überzeugen. Es beruht auf den erforderlichen und allseitigen Untersuchungen (Urk. 6/57 S. 7 f., 9 ff., 13 ff.), welche mit Hilfe einer Dolmetscherin in der Muttersprache der Versicherten stattfanden (Urk. 6/57 S. 11, 14), berücksichtigt die geklagten Beschwerden (Urk. 6/57 S. 7 f., 9 ff., 13 ff.) und ist in Kenntnis der relevanten Vorakten - namentlich auch der Gutachten der Klinik A. vom 2. April 2004 und des Psychiatriezentrums B. vom 9. Dezember 2003 - abgegeben worden (Urk. 6/57 S. 3 ff.). Die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit ist schlüssig; mit den Vorakten, dem aktuellen Bericht des Hausarztes vom 27. August 2009 (vgl. Urk. 6/46) sowie den anamnestischen Angaben setzten sich die Gutachter hinreichend auseinander (vgl. insbesondere Urk. 6/57 S. 12 f., 18, 20). Fehl geht auch die Ansicht der Beschwerdeführerin, seit der Rentenzusprache bestehe eine unveränderte Symptomatik fort. Es trifft zwar zu, dass sie über mehr oder weniger gleichbleibende Beschwerden klagt; diese konnten indes weder vom Hausarzt (Urk. 6/46 S. 2-8) noch im Rahmen der gutachterlichen Untersuchungen objektiviert werden. Bei nunmehrigem Fehlen einer krankheitswertigen psychischen Störung - entgegen den Ausführungen in der Beschwerde wurde das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung diskutiert und verneint (Urk. 6/57 S. 12) - ist es aber nicht zu beanstanden, dass die Gutachter trotz möglicher Zweifel an der der Rentenzusprechung zugrundeliegenden Beurteilung auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit schlossen. Weitere Abklärungen sind daher nicht notwendig.

4.3. Der im Beschwerdeverfahren aufgelegte Bericht der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Spitals Z. vom 6. Januar 2011 (Urk. 9) gibt zu keiner anderen Beurteilung Anlass. Rechtsprechungsgemäss bildet der Erlass des angefochtenen Entscheides die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. etwa BGE 129 V 356 E. 1, 129 V 169 E. 1, 129 V 4 E. 1.2, je mit Hinweisen). Daher sind bloss diejenigen tatsächlichen Umstände zu berücksichtigen, die sich bis zu jenem Zeitpunkt ereignet haben. Spätere Entwicklungen dagegen sind für die Beurteilung unbeachtlich. Soweit sich der erwähnte Bericht mit ab dem Verfahrenszeitpunkt durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen befasst, ist er nicht geeignet, die der angefochtenen Verfügung vom 8. Dezember 2010 zugrundeliegenden Feststellungen in Frage zu stellen. Im übrigen erweist sich der Bericht vom 6. Januar 2011 als nicht schlüssig. Der psychische Status beruht im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin statt auf objektivierbaren Befunden; ausserdem fehlen - bei Hinweisen auf psychosoziale Faktoren - eine nachvollziehbare Begründung für die diagnostische Einordnung und eine Auseinandersetzung mit den begründeten abweichenden Einschätzungen der Y.-Gutachter. Entsprechend ist davon auszugehen, dass den aufgesuchten Ärzten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie die Vorakten nur teilweise bekannt waren. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass das Gericht ausserdem der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte und behandelnde Fachärzte (so etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 570/04 vom 21. Februar 2005 E. 5.1 mit Hinweisen) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung tragen soll und darf (BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

4.4. Nach dem Gesagten ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich verbessert hat und sie seit Februar 2010 für die

angestammte sowie für jede andere leichte bis mittelschwere wechselbelastende adaptierte Tätigkeit ohne Einschränkung arbeitsfähig ist und keine Erwerbseinbusse mehr erleidet. Bei dieser Sachlage ist die angefochtene Verfügung, mit welcher die der Beschwerdeführerin zuvor ausgerichtete Rente der Invalidenversicherung eingestellt wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde erweist sich daher als unbegründet und ist abzuweisen.

5. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Ausfeld

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage der Doppel von Urk. 8 und 9

- 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.