

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00139 vom 26. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00139

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00139 du 26 avril 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00139 del 26 aprile 2013

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin begründete die Herabsetzung der Invalidenrente im Wesentlichen damit, dass sich gemäss den Ergebnissen der medizinischen Abklärungen der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischenzeitlich verbessert habe und sie in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei. Mit einer solchen Tätigkeit könne sie unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 15 % ein Invalideneinkommen von Fr. 21'831.-- erzielen. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 51'368.-- resultiere ein Invaliditätsgrad von 58 %, weshalb die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung habe (Urk. 2 und Urk. 10).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, hinsichtlich der psychischen Beschwerden herrsche immer noch das gleiche, therapieresistente Beschwerdebild wie zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache vor. Aufgrund der Beeinträchtigung ihrer Gesundheit aus rheumatologischen Gründen könne sie weder stundenlang stehen noch sitzen. Eine Herabsetzung der Rente sei daher mangels Verbesserung des Gesundheitszustands nicht möglich (Urk. 1).

E. 3.1

3.1.1 Die ursprüngliche Rentenzusprache vom 21. respektive 27. Juni 2002 (Urk. 11/22-23) basierte auf den folgenden medizinischen Akten:

Dr. B. stellte am 25. Juli 2001 (Urk. 11/2) folgende Diagnosen (S. 7 f.):

- Depressiv-Ängstliche Entwicklung nach Scheidung
- mit konsekutiver anhaltender Arbeitsunfähigkeit und Kündigung der Arbeitsstelle
- bei Selbstwert-, Beziehungs- und Identifikationsproblematik
- auf neurotischer Basis
- Multiple psychosomatische Beschwerden
- Differentialdiagnose: Borderline-Persönlichkeitsstörung

Er führte aus, die Beschwerdeführerin leide vor allem unter der Tatsache, dass sie seit der Scheidung den Kindern nur noch das Nötigste ermöglichen könne. Sie empfinde es als beschämend und demütigend, dass sie deshalb auf die Hilfe vom Sozialamt angewiesen sei. Oft gelinge es ihr nicht - so die Angaben der

Beschwerdeführerin -, die Wohnung zu verlassen, um Besorgungen zu tätigen. Am liebsten sei sie allein zu Hause. Die Haushaltsarbeit habe sie mit ihrer Tochter aufgeteilt (S. 4 ff.).

Die Beschwerdeführerin wirke - so Dr. B. ___ weiter - überfordert und oft verzweifelt. Sie sei klagsam und erzähle immer wieder von ihren diversen körperlichen Leiden. Zwischendurch sei sie jedoch in der Lage, den psychosomatischen Ursprung dieser Beschwerden zu erkennen. Sie leide unter Konzentrations- und Antriebsstörungen sowie unter einer mangelnden Frustrationstoleranz. Die Beschwerdeführerin sei bis zu einer wesentlichen Besserung ihres seelischen Zustandsbildes nicht in der Lage, einer Arbeit - trotz der damit einhergehenden Vorteile - nachzugehen. Aus psychiatrischer Sicht sei sie daher seit etwa Mai 2000 zu 100 % arbeitsunfähig (S. 7 f.).

3.1.2 Dr. med. C. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte am 19. November 2001 eine Depression und multiple psychosomatische Krankheiten. Die Beschwerdeführerin sei bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/10).

3.2 Die Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 11. März 2004 betreffend den unveränderten Rentenanspruch (Urk. 11/31) beruhte auf dem Verlaufsbericht des Dr. B. ___ vom 11. Februar 2004 (Urk. 11/29). Er stellte im Vergleich zum Bericht vom 25. Juli 2001 (Urk. 11/2) unveränderte Diagnosen und attestierte weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4).

E. 3.3

3.3.1 Der am 6. Januar 2011 verhängten Rentenherabsetzung (Urk. 2) lagen die nachstehenden ärztlichen Beurteilungen zugrunde:

Dr. med. D. ___, praktischer Arzt FMH, diagnostizierte mit undatiertem Bericht (wohl vom März 2009 Urk. 11/41/2-5) eine depressive Verstimmung und eine rheumatoide Arthritis (S. 1). Die Ausübung der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht zumutbar. Sie könne einzig eine rein sitzende Tätigkeit während ein bis zwei Stunden am Tag ausüben, wobei das Leistungsvermögen 50 % betrage. Zusätzlich sei beim Heben und Tragen - dies aber auch nur für kurze Zeit - eine Gewichtslimite von fünf Kilogramm zu beachten (S. 4).

3.3.2 Die Ärzte der Rheumapoliklinik des Spitals E. ___ stellten am 2. April 2009 (Urk. 11/42/6-8) folgende sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnosen (S. 1):

- Rheumatoide Arthritis (Krankheitsbeginn 2003)

- Rheumafaktor 135, Anti-CCP 435, ANA 1:320, Anti-SS-A 77

- Therapiestand: Status nach Hydroxychloroquin März bis Juli 2006, Status nach Salazopyrin September 2006 (Schwindel), Arava November 2008 (Übelkeit und Erbrechen), Methotrexat seit 2003, Dauersteroidmedikation seit Jahren

- Aktuell: Tendovaginitis des Quervain links, Synovitiden kleine Gelenke (MCP II links, MCP III rechts, MTP II rechts und MTP III links)

- Lumbovertebrales Syndrom

Ä Ä Ä Ä -Ä degenerative Veränderungen und Diskusprotrusion L4/5 (LWS-CT 1999)
-Ä Ä Depression

Ä Ä Ä Ä -Ä Schmerzverarbeitungsstörung mit generalisierten Muskelschmerzen

Dem Chlupain Lupus massen sie keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die betreffenden Ärzte berichteten von einer verminderten Belastungsfähigkeit aufgrund von intermittierenden Arthralgien und Arthritiden an Händen mit generalisierten Schmerzen. Sie attestierten seit 24. September 2008 - über den früheren Verlauf konnten sie aufgrund der Aktenlage keine Angaben machen - eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Service-Angestellte (S. 2 f.).

3.3.3Ä Ä In seinem Gutachten vom 25. Oktober 2009 (Urk. 11/51) diagnostizierte Dr. A. eine klinisch höchstens mittelschwere affektpathologische Störung mit Krankheitswert und Berufsrelevanz im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit einer protrahierten gemischten Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) und einer Strukturvulnerabilität (S. 7). Er beschrieb die Beschwerdeführerin als eine psychisch-seelisch mittelschwer beeinträchtigte Explorandin. Sie wirke - so der Gutachter weiter - innerlich erheblich angespannt und stimmungsmässig verzweifelt-depressiv bei einer guten Spontanvitalität. Sie sei kognitiv-emotional ausschliesslich auf ihre körperliche Belastungsintoleranz fokussiert und neige diesbezüglich zur Dramatisierung der Beschwerden. Der Leidensdruck im Rahmen der subjektiven Schilderungen - teilweise auch im Zusammenhang mit einer gespannt-depressiven Erlebensstruktur - sei nachvollziehbar (S. 3). Die Diagnose einer schweren depressiven Störung - wie sie Dr. B. erhoben habe - könne hingegen nicht mehr gestellt werden. Es handle sich vielmehr um eine negative Erlebens- und Verhaltensalteration im Sinne von negativen Kontrollüberzeugungen vor dem Hintergrund einer subjektzentrierten Schmerzproblematik (S. 5). Die Beschwerdeführerin sei daher bei fehlenden schweren neuropsychiatrischen Folge- und Funktionsdefiziten und trotz ihrer Konversionsstörung in ihrer bisherigen Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig (S. 7).

3.3.4Ä Ä Nebst der Evaluation des neuropsychiatrischen Funktionspotentials durch Dr. A. wurde die Beschwerdeführerin mittels funktionsorientierter medizinischer Abklärung im Zentrum Z. durch PD Dr. med. F., Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, Dr. med. G., Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, und H., Physiotherapeut, begutachtet (Gutachten vom 24. Dezember 2009, Urk. 11/53). Gestützt auf die Ergebnisse der am 27. und 28. August 2009 durchgeführten rheumatologischen Untersuchung einschliesslich einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) und unter Berücksichtigung der Untersuchungsergebnisse des Dr. A. stellten die Gutachter folgende sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnosen (S. 2):

-Ä Ä Rheumatoide Arthritis

Ä Ä Ä Ä -Ä aktuell milde Synovitiden an MCP- und PIP-Gelenken

Ä Ä Ä Ä -Ä immunmodulatorische Behandlung mit Methotrexat (25 mg subkutan 1x wöchentlich), Enbrel (50 mg subkutan 1x wöchentlich), Calcort (7.5 mg täglich), ergänzend NSAR

anamnestisch röntgenologisch keine Hinweise auf erosiv-destruktive Veränderungen

- Generalisierte Allodynie inklusive Panvertebralsyndrom

- verstärkte Brustwirbelsäulen-Kyphose und verstärkte Lendenwirbelsäulen-Lordose

- dysfunktionales Schmerz- und Krankheitsverhalten

- Mittelschwere affektopathologische Störung im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit protrahierter gemischter Anpassungsstörung (ICD-10 F 43.21) und Strukturvulnerabilität

Als Ergebnis der EFL hielten die Gutachter fest, angesichts der erheblichen Symptomausweitung, der Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin und der Inkonsistenz seien die Resultate der Belastbarkeitstests für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei gutem Effort mehr leisten könne, als sie gezeigt habe. Als arbeitsbezogene Problematik müssen sich vor allem ihr Schonungs- und Schmerzverhalten (S. 3).

Zusammenfassend führten die Gutachter aus, wenn man das Gesamtbild der Beschwerdezeichnung im Einklang mit den jeweiligen Reaktionen bei der klinischen Untersuchung und den Belastungstests (so zum Beispiel schmerzbedingte muskuläre Gegenreaktionen bei der Bewegungsprüfung der Wirbelsäule und beider Schultern, oftmalige Schmerzmimik und häufige verbale Schmerzäußerungen), den Selbstlimitierungen bei allen Testitems und der äußerst tiefen Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit betrachte, dominiere ein dysfunktionales Schmerz- und Krankheitsverhalten. In diesem Zusammenhang habe Dr. A. ein mittelschweres, gespannt-depressives Syndrom, welches am ehesten als protrahierte Anpassungsstörung zu klassifizieren sei, angeführt. Ergänzend sei eine sogenannte persöhnlichkeitsgebundene Fehlverarbeitung im Sinne einer zusätzlichen maladaptiven Genese der Beschwerden respektive der Schmerzpersistenz festzustellen. Daneben bestehe eine rheumatoide Arthritis, welche unter der aktuellen medikamentösen Behandlung ungenügend supprimiert erscheine. In Bezug auf die Wirbelsäule sei eine eingeschränkte Belastbarkeit bei ungünstiger Statik infolge eines Hohl-/Rundrückens und einer Haltungsinsuffizienz - mitbedingt durch die zwischenzeitliche Dekonditionierung - ersichtlich (S. 2 f.). Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, unter Berücksichtigung einer zumindest milden artikulären Entzündungsaktivität sei die Ausübung einer Tätigkeit im Service zum jetzigen Zeitpunkt und wahrscheinlich auch auf Dauer nicht zumutbar. Aus rheumatologischer Sicht könne die Beschwerdeführerin indes eine körperlich leichte oder vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit der Wechselbelastung und mit Einschränkungen bei feinmotorischen Tätigkeiten respektive bei Arbeiten mit Krafteinsatz beider Hände zu 50 % ausüben. In Anbetracht der durch den Gutachter Dr. A. festgelegten Arbeitsfähigkeit von 50 % aus psychischer Sicht sei der Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit einem Pensum von 50 % zumutbar (S. 4).

3.3.5 Nach Erlass des Vorbescheids vom 6. April 2010 (Urk. 11/59) legte die Beschwerdeführerin einen Bericht über die Ultraschalluntersuchung vom 4. November

2009 in der Rheumaklinik des Spitals E.____ auf. Dabei wurde eine Fingerpolyarthrititis mit leichter Krankheitsaktivität und ein aktiviertes Daumensattelgelenk beidseits bei sonographisch degenerativer ossärer Kontur festgestellt (Urk. 11/65).

3.3.6.6 Prof. Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, stellte am 3. Dezember 2010 (Urk. 11/69/1-4) folgende Diagnosen (S. 1):

- Rheumafaktor-positive rheumatoide Arthritis

- Lumbovertebralsyndrom

- Depression

- Osteopenie

Vor dem Hintergrund der sowohl somatischen als auch psychischen Beschwerden beurteilte Prof. Dr. I.____ die Prognose als schlecht und attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

4.1.1

4.1.1 Eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands seit der - mangels einer fundierten materiellen Prüfung des Rentenanspruchs im Rahmen des im Jahr 2003 eingeleiteten Revisionsverfahrens zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildenden (vgl. E. 1.1) - ursprünglichen Rentenzusprache (Verfügungen vom 21. und 27. Juni 2002 [Urk. 11/22-23]) ist aufgrund der aktenkundigen Arztberichte nicht ausgewiesen. Der Rentenzusprache im Jahr 2002 lagen die Diagnosen einer depressiven Entwicklung, multipler psychosomatischer Beschwerden und einer (differentialdiagnostisch gestellten [Urk. 11/2 S. 8]) Borderline-Persönlichkeitsstruktur zugrunde (Urk. 11/11). Vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin nun zusätzlich an einer rheumatoiden Arthritis (seit 2003) und einem lumbovertebralen Syndrom (11/41/2-5 S. 1, 11/41/6-8 S. 1, 11/42/6-8 S. 1, Urk. 11/53 S. 2, 11/65 und 11/69/1-4 S. 1) leidet, ist aus somatischer Sicht vielmehr von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands auszugehen.

4.2.1 Was die depressive Symptomatik betrifft, attestierte auch Dr. A.____ in seinem Gutachten vom 25. Oktober 2009 ein (höchstens) mittelschwer gespannt-depressives Syndrom (Urk. 11/51 S. 4) und stellte eine depressive Stimmungslage (Urk. 11/51 S. 3) fest. Als therapeutische Option zur Behandlung der Beschwerden empfahl er die Einnahme von dual wirksamen Antidepressiva (Urk. 11/51 S. 7). Angesichts dessen und in Anbetracht, dass mit der von Dr. A.____ weiter gestellten Diagnose einer Anpassungsstruktur gemäss ICD-10 F43.21 ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der aber nicht länger als zwei Jahre - vorliegend bestehen die depressiven Beschwerden seit dem Jahre 2001 (Urk. 7 und Urk. 11/2) - dauert (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 7. Auflage, Bern 2010, S. 186), einhergeht, ist die Diagnosestellung durch den Gutachter nicht nachvollziehbar. Bei der durch den Gutachter vorgenommenen Beurteilung handelt es sich vielmehr um eine revisionsrechtlich nicht relevante unterschiedliche medizinische Einschätzung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts (vgl. E. 1.1). Entsprechend gelangte der behandelnde Psychiater Dr. B.____ im aktuellsten Arztbericht - welcher zwar einen Monat nach Erlass des angefochtenen Entscheids erstellt wurde, der aber trotzdem Rückschlüsse auf die frühere Entwicklung zulässt (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 415/06 vom 7.

September 2007 E. 3) - zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin weiterhin an einer seit dem Jahre 2001 bestehenden, nun chronifizierten Depression leide (Urk. 7, vgl. auch Urk. 11/41/2-5 S. 2, 11/42/6-8 S. 1 und 11/69/1-4 S. 1).

Die von der Beschwerdeführerin geäusserten und nicht durch organische Befunde erklärbaren Schmerzangaben wurden in den der ursprünglichen Rentenverfägung zugrunde liegenden Arztberichten als multiple psychosomatische Beschwerden (Urk. 11/2 S. 7 und Urk. 11/10 S. 1) beschrieben. Im heutigen Zeitpunkt finden sie in der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (Urk. 11/51 S. 7 und Urk. 11/53 S. 2) ihre hinreichende Erklärung, sodass deswegen eine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustands ebenfalls nicht ausgewiesen ist. Eine Verbesserung in psychischer Hinsicht ist auch darin nicht ersichtlich, dass im jetzigen Revisionsverfahren die Differentialdiagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt werden konnte.

Im Äbrigen wird von Dr. A. ___ in seinem Gutachten vom 25. Oktober 2009 der Eintritt einer revisionsrelevanten gesundheitlichen Verbesserung zwischen Juni 2002 (erstmalige Rentenzusprache, Urk. 11/22-23) und Januar 2011 (Rentenherabsetzungsverfägung, Urk. 2) in keiner Weise dargetan. Er hinterfragt einzig kritisch die Befunderhebung durch den behandelnden Psychiater und stellt dieser seine eigene Einschätzung samt Begründung gegenüber (vgl. E. 3.3.3 hievor). Unter Berücksichtigung, dass im vorliegenden Rahmen eines Rentenrevisionsverfahrens vor Inkrafttreten der Revision 6a des IVG die Frage nach einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustands und der entsprechenden funktionellen Auswirkungen spezifisches Beweisthema bildet, mangelt es dem Gutachten des Dr. A. ___ am rechtlich erforderlichen Beweiswert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_32/2012 vom 23. Januar 2013 E. 4).

Nach dem Gesagten ist ein Revisionsgrund weder aus organischen noch aus psychischen Gründen ausgewiesen, sodass ab März 2011 weiterhin Anspruch auf die bisher bezogene ganze Rente der Invalidenversicherung besteht. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung).

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Die Entschädigung wird unabhängig vom Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfägung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 6. Januar 2011 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin auch über den 28. Februar 2011 hinaus Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der

Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- lic. iur. Karolin Wolfensberger unter Beilage einer Kopie von Urk. 15

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 15

- Personalvorsorgestiftung der Y.____ Unternehmungen

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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.