

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00300 vom 12. Dezember 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-12-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00300

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00300 du 12 décembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00300 del 12 dicembre 2012

Erwägungen

E. 4

4.1 Die im Rahmen des Revisionsverfahrens eingeholten Arztberichte geben vom Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin folgendes Bild: Dr. med. H.____, Facharzt für allgemeine Medizin, zu welchem sich die Versicherte am 30. Mai 2006 - nach ihrem Umzug nach I.____ - in Behandlung begeben hatte, diagnostizierte in seinem Bericht vom 29. Juli 2006 eine Fibromyalgie, eine Depression, eine Talassämie minor sowie eine Hypercholesterinämie (Urk. 11/42/3). Die Beschwerdeführerin trage die linke Schulter deutlich höher als die rechte, beklage Verspannungen und Schmerzhaftigkeit des ganzen Schultergürtels und der Halsmuskulatur. Ausserdem verspüre sie Schmerzen am lumbo-sakralen Übergang, an beiden Knien und habe auf Calcaneusspornschmerzen beidseits hingewiesen. Gemäss Dr. H.____ waren die Sinnesorgane unauffällig, lagen keine Bewegungseinschränkungen der Arme und der Brustwirbelsäule vor, doch stellte der Arzt eine verstärkte Lordose fest. Zu einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit konnte er keine Angaben machen und wies darauf hin, dass die Versicherte ihm gegenüber angegeben habe, keinem Beruf nachzugehen, sondern ausschliesslich Hausfrau zu sein.

4.2 Die Beschwerdeführerin wurde im A.____ internistisch, orthopädisch und psychiatrisch begutachtet. Im Gutachten vom 6. Juni 2007 wurde bezüglich der Lungenfunktion eine leichte obstruktive Ventilationsstörung festgestellt. Ausserdem waren die Cholesterinwerte erhöht. Im übrigen lagen internistisch unauffällige Verhältnisse vor (Urk. 11/49/6).

Die Gestützt auf ein MRI vom 24. November 2006 diagnostizierte der Orthopäde Dr. med. J.____ eine chronische Zervikalgie im Bereich C1-C3 ohne radikuläre Symptomatik. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei das Vorliegen von Spreizfüssen mit Hallux valgus links mehr als rechts (Urk. 11/49/12).

Der Psychiater, Dr. med. K.____, diagnostizierte einzig eine Schmerz-verarbeitungsstörung gemäss ICD 10 F54, welcher er indessen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimass (Urk. 11/49/8-9).

Insgesamt gelangten die Gutachter zum Schluss, es bestehe für eine körperlich leichte oder auch mittelschwere Tätigkeit eine 80%ige Restarbeitsfähigkeit. Arbeiten in Nässe, Kälte oder Staub seien zu vermeiden. Auch sei es erforderlich, die Arbeit auf den ganzen Tag zu verteilen, um die notwendigen Pausen machen zu können (Urk. 11/49/15). Die Einschränkung von 20 % lasse sich ohne Weiteres auch auf den Haushalt übertragen (Urk. 1/49/16).

4.3. Im Bericht vom 25. Juli 2008 (Urk. 11/64/1-10) bestätigte Dr. C. seine bisher gestellten Diagnosen (Urk. 11/13 und 11/28), fährte indes zusätzlich ein chronisches lumbovertebrales Syndrom bei Hyperlordose der Lendenwirbelsäule und muskulärer Insuffizienz an (Urk. 11/64/7). Er bezeichnete den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin dennoch als stationär und attestierte ihr im Beruf eine Arbeitsfähigkeit von 50 % seit 1997 bis auf Weiteres (Urk. 11/64/8; vgl. hierzu auch seine Stellungnahme vom 10. Dezember 2007; Urk. 11/58).

4.4. Im Frühjahr 2010 fand im A. erneut eine polydisziplinäre Abklärung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin statt (Gutachten vom 19. Mai 2010; Urk. 11/919/2-38). Dr. med. L., Allgemeinarzt und Internist, stellte im Teilgutachten vom 12. April 2010 eine diffuse Druckdolenz an verschiedenen Körperstellen fest. Psychisch erschien ihm die Beschwerdeführerin etwas auffällig (Urk. 11/91/10). Ansonsten bestanden - abgesehen von einer stetig zunehmenden Adipositas - unauffällige Verhältnisse.

Gegenüber dem Orthopäden, Dr. med. M., beklagte die Versicherte Schmerzen am ganzen Körper, besonders ausgeprägt an den Fäßen mit Ausstrahlung in die Beine, den Rumpf und die Arme (Urk. 11/91/17). Dr. M. erachtete aufgrund eines chronischen zervikalen Schmerzsyndroms infolge der anlagebedingten Dysplasie C1-C3 mit partieller Blockwirbelbildung C0/1, Blockwirbelbildung C2/3 sowie leichter basilärer Impression durch den hoch stehenden Dens axis eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Folge einer gewissen Belastungsreduktion als gegeben (Urk. 11/91/18-19). Weitere, die Arbeitsfähigkeit einschränkende Diagnosen lagen nicht vor (Urk. 11/91/17). Insbesondere stellte Dr. M. eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Beschwerdeschilderungen und den objektivierbaren Befunden fest. Seiner Meinung nach würden nicht-organische Komponenten im Vordergrund stehen. Der Orthopäde empfahl vermehrte Aktivierung mit einem Erhaltungsprogramm, wobei ihm allerdings die Eigenmotivation der Versicherten zweifelhaft erschien (Urk. 11/91/20). Aus orthopädischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin um höchstens 20 % eingeschränkt (Urk. 11/91/18).

Die Beschwerdeführerin gab gegenüber dem Psychiater, Dr. med. N., an, es gehe ihr psychisch sehr schlecht; nach dem Konkurs des Geschäfts ihres Ehemannes möchte sie nur noch weg von den Menschen, keine Kontakte mehr und habe keine richtige Lust mehr am Leben. Wegen starker Schmerzen am ganzen Körper sei sie oft aggressiv (Urk. 11/91/11). Seit einem Jahr stehe sie in psychiatrischer Behandlung bei Dr. O. Dr. N. erlebte das Gespräch mit der Beschwerdeführerin, welche zunächst unauffällig gewirkt habe, als äußerst konfus, wobei vieles fragmentarisch-unklar geblieben sei. Die Versicherte habe teils chaotische, teils widersprüchliche Angaben gemacht, habe im Gespräch schnell überfordert gewirkt. Ihre Stimmung sei wenig einsehbar gewesen, affektiv schwer auszuloten und einzuordnen (Urk. 11/91/12). Dr. N. diagnostizierte eine kombinierte Persönlichkeitsstörung gemäss ICD 10 F61.0 (differenzialdiagnostisch eine schizotypische Störung), vermochte indes zu deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht Stellung zu nehmen. Einer ebenfalls vorliegenden Schmerzverarbeitungsstörung mass er keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 11/91/13-14). Der Psychiater fährte in seinem Teilgutachten weiter aus, die Versicherte fühle sich zu keiner Tätigkeit mehr in der Lage, wobei unklar sei, ob es sich hierbei um eine Schonhaltung der

Versicherten handle oder ob eine ernsthafte psychische Störung gegeben sei, was letztlich nur in einer stationären Untersuchung geklärt werden könne (Urk. 11/91/14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, kardiologisch hätten keine pathologischen Befunde erhoben werden können. Auch die Versicherte habe angegeben, seit mindestens eineinhalb Jahren keine Herzbeschwerden mehr verspürt zu haben. Da keinerlei Anhaltspunkte für ein organisches Herzleiden bestanden hätten, habe man auf weitergehende Abklärungen verzichtet. Mit Bezug auf die Lungenfunktion hätten sich ebenfalls keine weiteren Abklärungen aufgedrängt, da die Beschwerdeführerin keine Beschwerden beklagt habe und klinisch keine Hinweise auf eine Einschränkung der Lungenfunktion bestanden hätten (Urk. 11/91/22). Aus somatischer Sicht (und bei seit der Begutachtung vom 6. Juni 2007 unveränderten Verhältnissen) sei von einer 80%igen Restarbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte Tätigkeit auszugehen. Mit Bezug auf die psychische Gesundheit sei eine Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit ohne stationäre Abklärung nicht möglich (Urk. 11/91/23). Berufliche Massnahmen könnten angesichts der subjektiven Krankheitsüberzeugung der Versicherten nicht empfohlen werden. Die Gutachter attestierten für den Haushaltsbereich ebenfalls eine ungefähr 20%ige Einschränkung (Urk. 11/91/22).

4.5 Ä Ä Ä Ä Seit Juli 2010 steht die Beschwerdeführerin bei Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie am medizinischen Zentrum P.____, in Behandlung. Er stellte im Bericht vom 18. Oktober 2010 (11/99/1-8) die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen, Somatisierungsstörung und - gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin einer Fibromyalgie, einer Anomalie der Halswirbelsäule - sowie einer Adipositas per magna und Ganzkörpererschmerzen (Urk. 11/99/6). Dr. F.____ attestierte der Beschwerdeführerin angesichts der zwischenzeitlich eingetretenen Chronifizierung der Beschwerden eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und bezeichnete die Prognose als schlecht.

4.6 Ä Ä Ä Ä Auf Ersuchen der Beschwerdegegnerin untersuchte Dr. N.____ die Beschwerde-führerin am 11. Oktober 2010 erneut und äusserte sich im psychiatrischen Ergänzungsgutachten vom 26. Oktober 2010 (Urk. 11/100/2-6) - nachdem er die Dres. Q.____ und R.____ konsiliarisch beigezogen hatte - wie folgt: Die Versicherte habe erneut berichtet, dass es ihr nicht so gut gehe, sie stets pessimistisch eingestellt, lustlos, immer nervös und unruhig sei. Sie gehe kaum mehr allein aus dem Haus. Zuhause mache sie den Haushalt, koche für sich und den jüngsten Sohn. Nach dem Mittagessen mache sie sich ausruhen; danach schaue sie fern (Urk. 11/100/3). Ausserhalb der Familie habe sie nur Kontakt zu einer Kollegin, welche sie häufig zu Terminen begleite. Aufgrund der erneuten Untersuchung gelangte Dr. N.____ zu folgenden, die Arbeitsfähigkeit nicht tangierenden Diagnosen (Urk. 11/100/4): Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung (ICD 10 F54), akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge (ICD 10 Z73.1) sowie Dysthymie (ICD 10 F34.1). Er konnte kein psychisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren und hielt fest, dass die Versicherte in ihrer zumutbaren Willensanspannung nicht relevant beeinträchtigt sei, was sie mit der Führung des Haushalts demonstriere (Urk. 11/100/5). Eine Schmerzverarbeitungsstörung habe bereits im 2007 vorgelegen und auch nach der damaligen Einschätzung keine Arbeitsunfähigkeit bewirkt (Urk. 11/100/5 und 11/49/8).

E. 5

5.1. Fest steht aus somatischer Sicht, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren an einer Dysplasie der Halswirbelsäule - Anomalie im Bereich der Wirbel C0 bis C3 - mit leichter basilärer Impression leidet, welche sich im Laufe der Zeit zu einem chronischen zervikalen Schmerzsyndrom mit Osteochondrose auf der Höhe der Wirbel C3/4 entwickelt hat. Das Leiden ist stationär (Urk. 11/91/18-19, 11/64/8, 11/11/7-8, 11/13/2). Das zervikale Schmerzsyndrom sowie eine ebenfalls diagnostizierte Fibromyalgie (Urk. 11/11, Urk. 11/13) führten im Juli 2000 zur Zusprechung der halben Rente (Urk. 11/24). 2001 wurde zusätzlich die Diagnose einer Leistungslosigkeit schwer beeinträchtigenden, hyperkinetischen Herzsyndroms gestellt (Urk. 11/28/3), das zur Erhöhung der halben auf eine ganze Rente führte.

Im Revisionsverfahren bestätigten die A.____-Gutachter diese Diagnose weder im Gutachten vom 6. Juni 2007 (Urk. 11/49/14) noch im Gutachten vom 19. Mai 2010 (Urk. 11/91/21). Auch Dr. H.____ erwähnte im Bericht vom 29. Juli 2006 kein Herzleiden mehr (Urk. 11/42/3). Dr. C.____ bemerkte im Dezember 2007 auf entsprechende Anfrage der Beschwerdeführerin, er könne nicht eindeutig beantworten, ob das Leiden nach wie vor bestehe. Die A.____-Gutachter hätten die Diagnose jedenfalls weder diskutiert noch überprüft (Urk. 11/58/3 Ziff. 4).

Zur seinerzeitigen Diagnose hatte ein auffällig hoher Puls (160/min) sowie eine ergometrische und echokardiographische Untersuchung der Beschwerdeführerin im Kantonsspital S.____ geführt (Urk. 11/28/3). Bei der Erhebung des internistischen Status am 8. Mai 2007 massen die A.____-Gutachter einen regelmässigen Puls von 70/min und die klinische Untersuchung des Herzens zeigte keine Auffälligkeiten mehr (Urk. 11/49/6). Bei der Begutachtung von 2010 verhielt es sich gleich. Weder war der Puls auffällig hoch noch ergab die klinische Untersuchung des Herzens einen pathologischen Befund, was die Gutachter bei der Gesamtbeurteilung erluterten und darauf hinwiesen, auch die Beschwerdeführerin habe angegeben, seit eineinhalb Jahren habe sie keine Herzbeschwerden mehr gehabt (Urk. 11/91/10 und Urk. 11/91/22). In den Berichten vom 25. Juli 2008 und 11. Mai 2010 erwähnte auch Dr. C.____ die Diagnose nicht mehr (Urk. 11/64/7, Urk. 11/88/1 f.). Die Diagnose eines hyperkinetischen Herzsyndroms findet sich auch in keinem der übrigen, im Revisionsverfahren eingeholten oder eingereichten ärztlichen Berichte. In dieser Hinsicht liegt somit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes vor.

Dass der Wegfall des Herzleidens, das zur Erhöhung der Rente geführt hatte, zu einer Neubeurteilung der Leistungslosigkeit zu führen hat, liegt auf der Hand. Offen ist der Einfluss des zervikalen Schmerzsyndroms und der weiteren, im Zeitpunkt der Rentenzusprechung gestellten Diagnosen auf die erwerblichen Ressourcen. Der Hausarzt Dr. H.____, bei dem im vorliegenden Revisionsverfahren zuerst ein Bericht eingeholt wurde, stellte bei seiner Untersuchung im Juni 2006 zwar Verspannungen der Hals- und Schultermuskulatur, ansonsten aber eine normale Beweglichkeit der Arme, der Brust- und Lendenwirbelsäule fest. Die Fibromyalgie erwähnte er noch als Diagnose, führte dazu aber nichts aus (Urk. 11/42/3). Die A.____-Gutachter stellten 2008 eine nur gering eingeschränkte Beweglichkeit der HWS fest, ohne Anzeichen für eine Kompressionssymptomatik. Die subjektiv an fast allen Orten geklagten Beschwerden, die allerdings keiner organischen Ursache zugeordnet werden konnten, stuften sie als Schmerzverarbeitungsstörung und selbige unter die Diagnosen ohne Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit ein. Die Kriterien für die Diagnose einer Fibromyalgie erachteten sie als nicht mehr gegeben (Urk. 11/49/15 Ziff. 6.2).

Die Untersuchung von 2010 ergab ein unverändertes Bild (Urk. 11/91/15 f. Ziff. 4.2.2.1). Eine wesentliche Funktionseinschränkung im zervikalen Bereich konnten die Gutachter nicht feststellen. In abgelenkter Situation war die Beweglichkeit des Kopfes und des Nackens nicht eingeschränkt. Die organisch nicht erklärbaren Schmerzen stuften die Gutachter nunmehr als Teil eines multilokulären Schmerzsyndroms ein, derzeit weitgehend ohne klinisches Korrelat und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/91/17 Ziff. 4.2.3). Zu diesem Beschwerdebild zählten die Gutachter auch das von Dr. C. ___ diagnostizierte lumbovertbrale Syndrom, weil in dieser Hinsicht keine funktionellen Einschränkungen objektiviert werden konnten. Das Vorliegen einer Fibromyalgie schlossen sie weiterhin aus mit der Begründung, die Untersuchung habe keine Hinweise auf eine besondere Schmerzhaftigkeit der massgeblichen Tenderpoints ergeben (Urk. 11/91/19 f. Ziff. 4.2.7). Betreffend Schmerzverarbeitungsstörung wiesen die A. ___-Gutachter darauf hin, die angegebenen Beschwerden betreffen bei wechselnder Symptomatik jeweils andere Körperstellen, weshalb davon auszugehen sei, dass keine der einzelnen Körperstellen eine limitierende Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe (Urk. 11/91/20 Ziff. 4.2.7).

Auch Dr. C. ___ erwähnte in seinen Berichten vom 25. Juli 2007 (Urk. 11/64/7-9) und vom 11. Mai 2010 (Urk. 11/88/1-3) die Diagnose einer Fibromyalgie nicht mehr. Strukturelle Ursachen im Zusammenhang mit der Diagnose eines Lumbovertbralsyndroms sind in den erwähnten Berichten von Dr. C. ___ nicht aufgeführt. Erwähnt wurden lediglich eine Hyperlordose sowie muskuläre Insuffizienz. Somit überzeugt es auch unter diesem Gesichtspunkt, dass die A. ___-Gutachter eine Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit verneinten.

Zusammenfassend kamen die A. ___-Gutachter zum Schluss, die objektivierbaren strukturellen Veränderungen führten zu einer leichten Beeinträchtigung der erwerblichen Leistungsfähigkeit, woran die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, die sich für jede Tätigkeit als nicht mehr arbeitsfähig erachte, nichts zu ändern vermöge (Urk. 11/91/20 Ziff. 4.2.7 f.). Schwere und mittelschwere Tätigkeiten kämen nicht mehr Frage. Aufgrund der strukturellen Befunde an der Halswirbelsäule sei davon auszugehen, dass eine Tätigkeit mit entsprechendem Anforderungsprofil zu Schmerzprovokationen führen würde. Zumutbar seien hingegen körperlich leichte Tätigkeiten mit gelegentlichen Positionswechseln, ohne Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm und ohne regelmässige Überkopparbeiten. Eine solche Tätigkeit sei mit einer Einschränkung von 20 % ausmachbar (Urk. 11/91/18 Ziff. 4.2.5). Die Beschwerdeführerin erachtete diese Bewertung als zu streng (Urk. 1 S. 12 f. Ziff. 25 lit. b). Vor dem Hintergrund der Darlegungen der A. ___-Gutachter ist die Beurteilung aber tatsächlich nachvollziehbar und vermag zu überzeugen. Es ist deshalb darauf abzustellen.

5.2 Ein psychisches Leiden war weder im Zeitpunkt der Zusprechung der halben Rente noch bei deren Erhöhung auf eine ganze Rente diagnostiziert worden. 2006 erwähnte der Hausarzt Dr. H. ___ erstmals psychische Auffälligkeiten (Depression; Urk. 11/42/3). Gemäss Dr. C. ___ traten ab 2008 depressive Episoden mit Suizidgedanken und intermittierende Halluzinationen auf (Urk. 11/88/2 Ziff. 1.4). Im März 2010 begab sich die Beschwerdeführerin zu Dr. O. ___ in psychiatrische Behandlung. Dieser

diagnostizierte ein paranoid psychotisches Zustandsbild (Urk. 11/86/1-3).

Bei der ersten A.____-Begutachtung ergaben sich aufgrund des Verhaltens der Beschwerdeführerin keine Anhaltspunkte für ein spezifisch psychisches Leiden. Im ersten A.____-Gutachten vom 6. Juni 2007 findet sich lediglich die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/49/8 Ziff. 4.1.3). Im Gutachten vom 19. Mai 2010 stellten die A.____-Gutachter die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, wobei sie darauf hinwiesen, das Verhalten der Beschwerdeführerin während der Untersuchung (verwirrende, chaotische oder fragmentarische Beantwortung der Fragen bei gleichzeitig fehlenden Hinweisen auf psychotische Symptome oder Wahnideen) mache eine definitive diagnostische Zuordnung schwierig (Urk. 11/91/13 Ziff. 4.1.3 f.). Anlässlich der weiteren Untersuchung im Oktober 2010 berichtete die Beschwerdeführerin dann zusammenhängend über ihr Leiden, vermittelte einen Überblick über ihre Gesamtsituation und beantwortete präzise die gestellte Fragen. Der angegebene Pessimismus, die Lustlosigkeit und die nervöse Ungeduld sprächen - so kamen die Gutachter nunmehr zum Schluss - für eine Dysthymie. Trotz depressiv anmutender Verstimmungen sei die Beschwerdeführerin in der Lage, mit den wesentlichen Anforderungen des Alltags mitzuhalten. Sie neige dazu, stets neue Beschwerden zu produzieren und diese in übertrieben dramatischer Weise darzustellen, was auf das Vorliegen histrionischer Persönlichkeitszüge schliessen lasse. Die zeitweise erlebten Halluzinationen und Illusionen seien hingegen nicht Ausdruck eines psychotischen Erlebens, sondern seien ihrer Gesamtpersönlichkeit mit einer oft schnellen, übersteigerten und leicht auslösbaren Affektivität zuzuschreiben. Die Phänomene hätten pseudohalluzinatorischen Charakter. Der chaotische und mittelschwer kranke Eindruck bei der Voruntersuchung sei durch die histrionischen Persönlichkeitszüge hervorgerufen worden. Die psychischen Auffälligkeiten führten insgesamt zu keiner eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei zu einer ausreichenden Willensanstrengung in der Lage. Als Hausfrau leiste sie ein nahezu volles Pensum. Die von Dr. O.____ gestellte Diagnose könne nicht bestätigt werden, da es, was die Untersuchung klar ergeben habe, an den hierfür erforderlichen Symptomen fehle (Urk. 11/10/4 f. Ziff. 1.4-6 und Ziff. 1.8).

Die vom aktuell behandelnden Psychiater Dr. F.____ in den Berichten vom 18. Oktober 2010 und 31. März 2011 (Urk. 11/99/6-7, Urk. 7) aufgelisteten Diagnosen, die nach seiner Einschätzung weder eine Erwerbsfähigkeit noch die Besorgung des Haushaltes zulassen, sind in der Mehrzahl nicht invalidisierend. So kommt nach der Rechtsprechung in der Regel weder einer Somatisierungsstörung, einer Fibromyalgie noch Ganzkörpererschmerzen Krankheitswert zu. Ebenso wenig vermag eine Adipositas zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit zu führen. Auf die Halswirbelsäulenproblematik wurde bereits eingegangen. Was die von Dr. F.____ sodann angeführte schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen anbelangt, ist zunächst zu bemerken, dass dieses Krankheitsbild in der Klassifizierung des ICD 10 unter F32.3 subsumiert wird. Dr. F.____ subsumierte seine Diagnose jedoch unter F32.2, das heisst ohne psychotische Symptome (Urk. 11/99/6 und Urk. 7 S. 3). Einer solchen Erkrankung ist - ungeachtet des Schweregrades - eigen, dass die betroffene Person unter einer gedrückten Stimmung leidet, die Fähigkeit zu Freude und Interesse, aber auch die Konzentration vermindert sind. Eine ausgeprägte Müdigkeit nach jeder kleinsten Anstrengung auftritt, der Schlaf gestört und der Appetit vermindert ist. Depressive

Episoden sind ferner geprägt von beeinträchtigtem Selbstwertgefühl, Schuldgefühlen oder dem Gefühl von Wertlosigkeit. Die betroffene Person leidet unter Frühherwachen, Morgentiefs und unter deutlichen psychomotorischen Hemmungen, reagiert aber auch mit Agitiertheit, Appetit-, Gewichts- und Libidoverlust.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der Schilderungen der Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern des A.____ scheinen bei ihr zweifellos mehrere solcher Merkmale erfüllt zu sein. Die Versicherte berichtete von pessimistischer Einstellung, Lustlosigkeit, Nervosität sowie Libidoverlust und erwähnte, sie müsse häufig weinen (Urk. 11/100/2). Allerdings ergibt sich aus ihren Angaben auch, dass sie den Haushalt im Wesentlichen selbstständig organisiert und besorgt. Damit stehen ihre Angaben bezüglich des Tagesablaufes im Widerspruch zu der von Dr. F.____ praktisch im gleichen Zeitpunkt festgehaltenen vollständigen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was die erwähnten Halluzinationen anbelangt, hatte die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung vom 11. Oktober 2010 angegeben, solche früher schon - und zwar in den ersten drei Jahren nach der Heirat (1988) - erlebt zu haben (Urk. 11/100/3). Nachdem sie sich in der Schweiz akklimatisiert habe, seien die Halluzinationen zurückgegangen, seien nun aber in den letzten Monaten selten wieder aufgetreten, beständen im Moment aber nicht mehr (Urk. 11/99/7). Dazu und zur medizinischen Bewertung nahmen die A.____-Gutachter überzeugend Stellung, worauf bereits eingegangen wurde.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Argument (Urk. 1 S. 16), Personen, welche vor März 2004 wegen einer somatoformen Schmerzstörung eine Invalidenrente erhalten hätten, hätten nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ohne Änderung des Gesundheitszustandes weiterhin den bisherigen Anspruch, ist nicht stichhaltig. Denn die Rentenerhöhung im Jahr 2001 basierte auf der Herzerkrankung und auch die ursprünglich diagnostizierte Fibromyalgie gab nicht für sich allein, sondern zusammen mit der Anomalie im Halswirbelsäulenbereich Anlass zur Rentenzusprache.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ergibt sich, dass gestützt auf die nachvollziehbaren Darlegungen im A.____-Ergänzungsgutachten davon auszugehen ist, dass kein invalidisierendes psychisches Leiden besteht.

5.3 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin erhob Einwände auch betreffend die formelle Verwertbarkeit der A.____-Begutachtungen. Sie machte geltend, die Einholung des zweiten A.____-Gutachtens habe sie aus triftigen Gründen abgelehnt und diesbezüglich eine anfechtbare Verfügung verlangt. Dem sei die Beschwerdegegnerin nicht nachgekommen (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 20).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Einwendungen gegen Sachverständige sind in Form einer selbstständig anfechtbaren Zwischenverfügung zu behandeln, sofern gesetzliche Ausstandsgründe geltend gemacht werden (BGE 132 V 93 E. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum Einwand, bei einer weiteren Begutachtung durch das A.____ sei die Unparteilichkeit der Gutachter in Frage gestellt (Urk. 11/75), nahm die Beschwerdegegnerin am 17. Dezember 2009 und 10. Februar 2010 Stellung (Urk. 11/79/1-2). Beide Stellungnahmen erfolgten formlos. Am 22. Februar 2010 begnügte sich die Beschwerdeführerin mit der formlosen Stellungnahme und erklärte am 1. März 2010, sie unterziehe sich der Untersuchung (Urk. 11/82-83). Der Erlass einer formellen

ZwischenverfÄ¼gung war somit nicht nÄ¼tig.

ÄÄÄÄÄÄÄÄÄ Die mit der Untersuchung betrauten Gutachter waren der BeschwerdefÄ¼hrerin im Voraus genannt worden (Urk. 11/84/2). Auch der mit der ergÄ¼nzenden psychiatrischen Untersuchung betraute Hauptgutachter (Dr. med. N.____, Facharzt fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie) war der BeschwerdefÄ¼hrerin zuvor bekannt gegeben worden (Urk. 11/97/2). Nebst Dr. N.____ unterzeichneten zwei weitere FachÄ¼rzte fÄ¼r Psychiatrie (Dr. med. R.____ und Dr. med. Q.____) das ErgÄ¼nzungsgutachten vom 26. Oktober 2010 (Urk. 11/100/6). Deren Namen waren zuvor nicht mitgeteilt worden, was die BeschwerdefÄ¼hrerin als zur Nichtverwertbarkeit der GutachtensergÄ¼nzung fÄ¼hrender Umstand wertet (Urk. 1 S. 10 Ziff. 21). Die beiden Ä¼rzte wurden konsiliarisch beigezogen. Hauptgutachter war und blieb Dr. N.____. Hinzu kommt, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin gegen die beiden konsiliarisch beigezogenen Ä¼rzte lediglich pauschale und durch nichts konkretisierte Vorbehalte vorbrachte. Ä¼berprÄ¼fbar sind aber nur konkrete und begrÄ¼ndete AblehnungsgrÄ¼nde.

ÄÄÄÄÄÄÄÄÄ Das Bundesgericht hat sich in BGE 123 V 175 einlÄ¼sslich zur Unparteilichkeit und UnabhÄ¼ngigkeit des Medizinischen Zentrums RÄ¼merhof (MZR) geÄ¼ssert und diese AusfÄ¼hrungen haben nach dem Entscheid vom 28. Juni 2011 (BGE 137 V 226 E. 1.3.1-1.3.3) unter anderem auch betreffend das A.____ Geltung. Allein der Umstand, dass ein Gutachten keine Fremdanamnese enthÄ¼lt (Urk. 1 S. 13 Ziff. 26 lit. a), lÄ¼sst nicht auf qualitatives UngenÄ¼gen schliessen. Auf das Gutachten des A.____ vom 16. Mai 2010 sowie auf die ErgÄ¼nzung vom 26. Oktober 2010 kann abgestellt werden, denn die beiden Berichte berÄ¼cksichtigen die Vorakten und setzen sich auch mit abweichenden Ä¼rztlichen EinschÄ¼tzungen auseinander (vgl. dazu Urk. 11/107/8-10). Aus formeller Sicht spricht mithin nichts gegen das A.____-Gutachten vom 19. Mai 2010 (Urk. 11/91) respektive die GutachtensergÄ¼nzung vom 26. Oktober 2010 (Urk. 11/100).

ÄÄÄÄÄÄÄÄÄ Auch andere formelle MÄ¼ngel sind nicht ersichtlich. Im A.____-Gutachten vom 19. Mai 2010 empfahlen die Gutachter eine stationÄ¼re AbklÄ¼rung der BeschwerdefÄ¼hrerin (Urk. 11/91/23 Ziff. 6.7). Die Beschwerdegegnerin erachtete eine solche als nicht zweckmÄ¼ssig, weshalb die ErgÄ¼nzungsuntersuchung vom Oktober 2010 ambulant erfolgte (Urk. 11/100/2). Nach Ansicht der BeschwerdefÄ¼hrerin steht dies der Verwertbarkeit der ergÄ¼nzenden Begutachtung entgegen (vgl. Urk. 1 S. 11 Ziff. 23). Dem kann nicht gefolgt werden. Entscheidend ist nicht in erster Linie, in welcher Form die Untersuchung erfolgte, sondern der Erkenntniswert des ErgÄ¼nzungsgutachtens. Wie dargelegt wurde, vermag dieses zu Ä¼berzeugen.

5.4ÄÄÄÄÄ Nach dem Gesagten kann auf das A.____-Gutachten und dessen ErgÄ¼nzung abgestellt werden. Somit besteht eine RestarbeitsfÄ¼higkeit von 80 % fÄ¼r kÄ¼rperlich leichte TÄ¼tigkeiten mit gelegentlichen Positionswechseln, ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als zehn Kilogramm und ohne regelmÄ¼ssige Ä¼berkopfbewegungen der Arme (Urk. 11/91/18 und 11/91/23). Diese zumutbarerweise noch verwertbare ArbeitsfÄ¼higkeit bezieht sich auf ein Vollpensum (Urk. 11/91/23).

E. 6

6.1ÄÄÄÄÄ Bei der Zusprechung der Rente und bei der revisionsweisen ErhÄ¼hung wurde die gemischte Methode angewendet und die BeschwerdefÄ¼hrerin je zur HÄ¼lfte als ErwerbstÄ¼tige und als Hausfrau qualifiziert (Urk. 11/19/2 und 11/33/4). Dies war unbestritten geblieben, obschon die BeschwerdefÄ¼hrerin bei der HaushaltabklÄ¼rung im

Februar 2000 (Urk. 11/14/1-6) angegeben hatte, bei vollständiger Gesundheit würde sie vollzeitlich ausser Haus arbeiten. Auch bei der Abklärung vom Oktober 2007 (Urk. 11/51/1-9) blieb die Beschwerdeführerin dabei, dass sie ohne Gesundheitsschaden in einem vollzeitlichen Pensum erwerbstätig wäre. Dies steht im Widerspruch zu den Angaben anlässlich der A.____-Begutachtung im Juni 2007, als die Beschwerdeführerin erklärt hatte, im Gesundheitsfall würde sie zu 80 % einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachgehen (Urk. 11/49/6). Dies bestärkte sie auch bei der im Frühjahr 2010 durchgeführten Begutachtung (Urk. 11/91/10). In allen Fällen lautete die Begründung, dass die Kinder zur Schule gingen und ein Pensum in der genannten Höhe nun möglich sein sollte.

Seit ihrer Einreise in die Schweiz im September 1988 hat die Beschwerdeführerin nie regelmässig eine Erwerbstätigkeit ausgeübt. Im IK-Auszug finden sich lediglich Einträge für die Monate März bis Mai und September bis Oktober 1989 (Urk. 11/4/2 und 11/4/4). Von November 1992 bis Ende Juni 1993 war sie als Betriebsarbeiterin bei der T.____ AG angestellt, wobei der letzte Arbeitstag der 16. März 1993 war. Die Kündigung erfolgte wegen zu vieler Absenzen (Urk. 11/5/1).

Weder die Erwerbsbiographie noch die unterschiedlichen Angaben im Abklärungsverfahren lassen es als überwiegend wahrscheinlich erscheinen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall eine Vollerwerbstätigkeit ausüben würde. Eine solche hatte sie selbst vor der Geburt ihrer Kinder nicht ausgeübt. Auch das in der Beschwerde vorgebrachte Argument, ein vollzeitliches Arbeitspensum wäre aus finanziellen Gründen nicht möglich (Urk. 1 S. 15), vermag nicht zu überzeugen. Der Konkurs des Ehemannes mit seinem Möbelhandelsgeschäft (Urk. 11/51/3) lag im Zeitpunkt der Haushaltabklärung ungefähr zwei Jahre zurück. Die Versicherte erwähnte bei der Haushaltabklärung aber nicht die finanzielle Notwendigkeit als Grund für eine ausserhäusliche Erwerbstätigkeit, sondern wie zuvor auch schon, die Kinder seien schon gross, und auch, dass sie gerne Kontakt zu Menschen habe (Urk. 11/51/3). Zusammenfassend ist nicht auf die unklaren Angaben der Beschwerdeführerin abzustellen, sondern es ist weiterhin von der bislang unbestrittenen Qualifikation durch die Beschwerdegegnerin (50 % Erwerbstätigkeit und 50 % Haushaltstätigkeit) auszugehen.

Die Haushaltabklärung vom Oktober 2007 (Urk. 11/51/1-9) ergab Einschränkungen in den Bereichen Ernährung, Wohnungspflege sowie Wäsche- und Kleiderpflege. Diese betragen insgesamt 9,3 %. Die Beschwerdeführerin wandte ein, im Gegensatz zur früheren Haushaltabklärung seien mit Bezug auf die Schadenminderungspflicht strengere Kriterien angewendet worden (Urk. 1 S. 6 Ziff. 12 und S. 16 Ziff. 32).

Die Abklärung vom Oktober 2007 zeigte, dass die Beschwerdeführerin im Vergleich zur Abklärung vom Februar 2000 in der Besorgung des Haushaltes deutlich weniger eingeschränkt ist. Auch im Haushaltbereich wirkt sich die gesundheitliche Verbesserung aus. Unter dem Titel Schadenminderungspflicht wies die Abklärerin im Bericht vom 9. Oktober 2007 darauf hin, in welchen Bereichen durch die Anschaffung eines Haushaltgerätes (z.B. Geschirrwaschmaschine), mittels Erledigung gewisser Arbeiten in Etappen (Reinigung, Wäsche) oder durch die Mithilfe von Familienangehörigen sich die Beeinträchtigung noch mindern liesse. Dass im Rahmen der Haushaltabklärung vom Oktober 2007 deutlich strengere Kriterien betreffend

Schadenminderungspflicht zur Anwendung kamen, ist jedoch nicht ersichtlich. Auf den Abklärungsbericht vom 9. Oktober 2007 ist abzustellen. Die Beeinträchtigung im Haushalt beträgt 9,3 %. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere was die Mithilfe von Familienmitgliedern betrifft, das Mass der Schadenminderungspflicht praxisgemäss weit gefasst ist (vgl. vorstehende Erw. 1.4).

7. Der Anteil Haushaltstätigkeit beträgt 50 %. Die gewichtete Beeinträchtigung im Haushalt beläuft sich somit auf 4,65 % (9,3 % : 2). Eine ausserhäusliche Erwerbstätigkeit vermöchte die Beschwerdeführerin zumutbarerweise im Umfang von 80 % auszuüben. Da der Anteil der Erwerbstätigkeit 50 % beträgt, ergibt sich aus erwerblicher Sicht keine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse. Ein rentenrelevanter Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ist mithin nicht gegeben. Der Entscheid der Beschwerdegegnerin ist bei dieser Sachlage nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist demgemäss abzuweisen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

8. Da es um Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen der gesetzlichen Vorgabe (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- 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).

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

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen

Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in HÄnden hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.