

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00932 vom 29. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00932](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00932)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00932 du 29 novembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00932 del 29 novembre 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1 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 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche 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 könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung 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).

1.2 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).

1.3 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.

§ 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

1.4 Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfahrensweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

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 prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende 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.).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin machte zusammengefasst geltend, nach Ablauf der Wartezeit im Dezember 2008 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit bestanden. Ab dem Gutachtensdatum vom 28. März 2009 bestehe für die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiterin Verkauf Food bei Y. eine volle Arbeitsfähigkeit, so dass ab diesem Zeitpunkt keine Invalidität mehr ausgewiesen sei (Urk. 2 S. 3 f.).

2.2 Dem hielt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen entgegen, die Beschwerdeführerin stütze sich zu Unrecht auf das Gutachten des Z. Dieses berücksichtige die aktuelle Gesundheitsentwicklung nicht und sei insofern nicht umfassend. Zudem weiche es unbegründet von den Beurteilungen des behandelnden Rheumatologen wie auch des behandelnden Psychiaters ab, welche beide auf ihrem Fachgebiet eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ersehen hätten (Urk. 1 S. 4). Weiter sei keine Erfassung der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) erfolgt, obwohl sich der behandelnde Rheumatologe klar dafür ausgesprochen habe (Urk. 1 S. 7). Der behandelnde Rheumatologe erachte sie als zu 100 % und der behandelnde Psychiater als zu 50 % arbeitsunfähig in jeglicher Tätigkeit (Urk. 1 S. 7 und S. 11).

2.3 Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin die ab 1. Dezember 2008 zugesprochene ganze Invalidenrente zu Recht per 31. März 2009 aufgehoben hat, ob mithin davon auszugehen ist, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bis zu diesem Zeitpunkt in anspruchsaufhebender Weise gebessert und diese Besserung ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

Die Beschwerdeführerin hat

## E. 3.1

3.1.1 Der behandelnde Rheumatologe Dr. med. C., Rheumatologie FMH, Manuelle Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 19. Dezember 2007 an die Rheumaklinik des Spitals D. ein invalidisierendes und therapieresistentes radikuläres Reiz- und senso-motorisches Ausfallsyndrom L5 links bei Diskushernie L5/S1. Beschwerdeschilderung und klinische Befunde seien mit einer radikulären Reiz- und senso-motorischen Ausfallsymptomatik L5 gut vereinbar. Etwas diskordant dazu sei der MRT (Magnetresonanztomographie)-Befund wenig eindrücklich, immerhin sei eine medio-linkslaterale Diskushernie L5/S1 mit wahrscheinlicher L5-Alteration links sichtbar. Die periradikuläre Steroid-Infiltration vom 2. November 2007 sei wenig wirksam gewesen. Dies gelte auch für die physiotherapeutische Behandlung. Bei zunehmender Invalidisierung/Unfähigkeit, ihre Arbeit zu verrichten, habe sich die Beschwerdeführerin am 18. Dezember 2007 erneut bei ihm gemeldet, wobei sie erstmals mit dem Vorschlag einer stationären Behandlung einverstanden gewesen sei (Urk. 8/13/25-26).

3.1.2 Vom 24. Dezember 2007 bis 22. Januar 2008 war die Beschwerdeführerin in der Rheumaklinik des D. hospitalisiert. Im Bericht des D. vom 24. Januar 2008 an

die Klinik E.\_\_\_\_ (Urk. 8/11/15-20) diagnostizierten die behandelnden Ärzte, darunter insbesondere Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, Manuelle Medizin (SAMM), Praxislabor (KHM), Interventionelle Schmerztherapie (SSIPM), (1) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, aktuell linksbetont akzentuiert mit/bei Wirbelsäulenfehlhaltung (leichtgradig), Haltungsinsuffizienz, muskulärer Dysbalancen, psychosomatischer Komponente mit Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung sowie dissoziativer Störung (psychiatrisches Konsil vom 14. Januar 2008), (2) ein chronisches Cervico-Thorakovertebralsyndrom linksbetont mit Verdacht auf Segmentdysfunktionen obere-mittlere Brustwirbelsäule (BWS), Überlastungsmysosen parascapular sowie (3) einen Verdacht auf einen symptomatischen Senk-Spreizfuß links mit/bei Verdacht auf leichte Fasciitis plantaris, Morton-Neuralgie Dig II/III möglich (Urk. 8/11/15). Mittels angepasster analgetischer Medikation mit zudem Gabe einer schmerzmodulierenden Tryptizolmedikation sowie intensiver multimodaler Physiotherapie sei im Verlauf nur eine leichte Verbesserung gelungen, so dass sie sich bei klinisch möglicher tieflumbaler überlasteter Facettengelenksproblematik für eine entsprechende BV-gesteuerte Infiltration der Intervertebralgelenke L4/5 und L5/S1 beidseits entschieden hätten, welche am 31. Dezember 2007 durchgeführt worden sei und eine leichte Verbesserung der lumbalen Schmerzen habe erbringen können. Mit den erhobenen Befunden habe sich eine teilweise Beschwerdediskrepanz zu den subjektiv geäußerten Symptomen ergeben, so dass sie bei zudem beträchtlicher psychosozialer Belastungssituation und Verdacht auf eine erhebliche psychosomatische Komponente im Hinblick auf eine entsprechend ausgerichtete Rehabilitation eine psychiatrische Evaluation angefordert hätten. Diese habe die psychosomatische Komponente bestätigt und zudem den Verdacht auf eine mögliche dissoziative Störung ergeben sowie zur Empfehlung einer psychosomatisch ausgerichteten Rehabilitation geführt, welche sie bei von ihrer Seite aus ausgeschöpfter Therapie beantragt hätten und welche die Beschwerdeführerin in der E.\_\_\_\_ ab dem 22. Januar 2008 habe antreten können. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % vom 24. Dezember 2007 bis 31. Januar 2008 und voraussichtlich bis Mitte Februar 2008 (Urk. 8/11/16).

3.1.3.1 Die Ärzte der E.\_\_\_\_ berichteten am 22. Februar 2008 (Urk. 8/11/24-27), die Beschwerdeführerin sei vom 22. Januar bis 16. Februar 2008 stationär behandelt worden. Die lange Schmerzsymptomatik habe konsekutiv zur Schonhaltung, teilweisen Immobilisation und zu muskulären Dysbalancen geführt. Der stationäre Aufenthalt habe aus ihrer Sicht und aus Sicht der Beschwerdeführerin als teilweise erfolgreich eingestuft werden können. Es habe einerseits eine Linderung der Schmerzsymptomatik, eine Verbesserung im Umgang und Einsatz von Schmerz copingstrategien und eine körperliche Rekonditionierung bei verbesserter Kraft und Belastbarkeit erzielt werden können. Zusätzlich hätten belastende Situationen und Zukunftsperspektiven erarbeitet und besprochen werden können. Die hier erzielten Fortschritte sollten ambulant weiter gefestigt werden (Urk. 8/11/25). Zentraler Punkt für den weiteren Verlauf der Erkrankung sei ihres Erachtens die Reintegration in den Arbeitsprozess. Sie würden eine langsame stufenweise Wiedereingliederung in den Berufsalltag als Angestellte einer Supermarktkette empfehlen. Die hier erzielten Fortschritte sollten daher ambulant weiter stabilisiert und gefestigt werden. Diesbezüglich sei die Beschwerdeführerin für eine Woche nach der Rehabilitation für 50 % arbeitsunfähig. Je nach klinischem Verlauf sollte die Arbeitsfähigkeit dann sukzessive gesteigert werden mit Neuevaluation durch den Hausarzt (Urk. 8/11/26).



ein Knicksenkspreizfuss beidseits mit diskreter Fasciitis plantaris im Ursprungsbereich des M. abductor hallucis links und Fersensporn links (Urk. 8/22/22-23) sowie (4) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) (Urk. 8/22/55). Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde bestehe auf orthopädisch-rheumatologischem Fachgebiet kein Gesundheitsschaden, der versicherungsmedizinisch betrachtet eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kassiererin und Mitarbeiterin in der Obst- und Gemüseabteilung von Y.\_\_\_\_ begründen könnte. Aus rein rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin auch in allen allfälligen Verweisungstätigkeiten gemäss ihrem allgemeinen Leistungsspektrum uneingeschränkt arbeitsfähig (Urk. 8/22/24-25). Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe auch auf psychiatrischem Fachgebiet keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die somatoforme Schmerzstörung wirke sich in der Regel ohne psychiatrische Komorbidität nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Dies bedeute, dass eine Willensanstrengung zur Verwertung der Arbeitsfähigkeit zumutbar wäre (Urk. 8/22/55).

3.1.8.1 Dr. I.\_\_\_\_ bestätigte im Bericht vom 2. November 2009 (Urk. 8/29) die von ihm bereits gestellten Diagnosen. Er wies auf den chronifizierten Verlauf hin, wobei die Kündigung der Arbeitsstelle, mit der sich die Beschwerdeführerin stark identifiziert habe, zu einer weiteren depressiven Verstimmung geführt habe. Zu berücksichtigen sei, dass die anhaltenden Schmerzen zu psychischer Irritation und depressiver Verstimmung und aufgrund unzureichender Bewältigungsstrategien damit auch zur Schmerzverstärkung führen könnten (Urk. 8/29/7). Die Arbeitsfähigkeit müsse ganzheitlich interdisziplinär beurteilt werden. Zur Zeit bestehe höchstens eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit für eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Ausmass von 50 %, bei welcher die Beschwerdeführerin ausreichend Pausen machen könnte (Urk. 8/29/8).

3.1.9.1 In der Stellungnahme vom 25. November 2009 zum Z.\_\_\_\_-Gutachten (Urk. 8/30) fasste Dr. F.\_\_\_\_ zusammen, er stelle eine konklusive Anamnese- und Befunderhebung fest, wobei sich Differenzen hinsichtlich der daraus ableitbaren Schlussfolgerungen aus seiner bzw. versicherungsmedizinischer Sicht ergäben. Seiner Meinung nach werde die pathologische Entwicklung des Beschwerdebildes der letzten zwei Jahre zu wenig berücksichtigt und hauptsächlich auf die objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunde abgestellt. Die funktionellen Beeinträchtigungen würden nicht durch eine entsprechende EFL untermauert (Urk. 8/30/2).

#### **E. 3.1.10**

Dr. F.\_\_\_\_ wiederholte im Bericht vom 12. Mai 2010 (Urk. 8/46) nochmals, dass genaue prognostische Angaben zum weiteren Werdegang des Beschwerdekompleses derzeit nicht gemacht werden könnten, da weiterhin ein multimodales Therapiekonzept bestehe. Die Arbeitsunfähigkeit bezifferte er weiterhin mit 100 % andauernd. Ob die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei, könne nicht beurteilt werden, da die Beschwerdeführerin ihre Stelle verloren habe und seitdem arbeitslos sei (Urk. 8/46/8-9).

#### **E. 3.1.11**

Im Bericht vom 27. Juli 2010 (Urk. 8/47) hielt Dr. I.\_\_\_\_ eine Änderung der Diagnosen aufgrund des Verlaufs fest. Neu stellte er die Diagnosen einer depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F32.1), sowie eines chronischen Schmerzsyndroms mit

somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.1) bestehend seit dem 1. Januar 2010. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin schmerzbedingt sehr stark im Lebensvollzug eingeschränkt. Zunehmend habe sich die depressive Symptomatik mit Antriebsarmut, Konzentrationsstörungen, rascher Ermüdbarkeit, Appetitminderung, sozialem Rückzug verfestigt. Die depressive Symptomatik werde auch in Körperhaltung, Gangbild, monotoner Stimmgebung deutlich. Sie klage anhaltend über Schmerzen und berichte auch über Schmerzepisoden als Kind. Die Beschwerdeführerin habe zunehmend Vertrauen in den Behandler gefasst und berichte auch mehr über eine Angstsymptomatik im Zusammenhang mit einer perfektionistischen Grundhaltung bei der Arbeit. Diese Angstsymptomatik sei jedoch soweit kompensiert gewesen, dass die Beschwerdeführerin arbeitsfähig geblieben sei bis zum Beginn der Schmerzerkrankung. Mit zunehmender Behandlung zeigten sich die zunehmend vermeidenden Persönlichkeitszüge deutlicher (Urk. 8/47/2). Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit müsse ganzheitlich interdisziplinär beurteilt werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/47/3). Eine Tagespräsenz im Rahmen einer beruflichen Integration von zwei bis vier Stunden sei theoretisch denkbar. Allerdings sei die Reisefähigkeit aufgrund von Angstzuständen der Beschwerdeführerin eingeschränkt (Urk. 8/47/4). Aus seiner Sicht seien sowohl psychiatrische Komorbidität, ausgeprägter sozialer Rückzug sowie erfolglose Behandlungsmassnahmen deutlich vorhanden. Eine Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt sei eher unwahrscheinlich. Zur Mobilisierung der Restarbeitsfähigkeit bräuche es entsprechende begleitende Massnahmen. Die Beschwerdeführerin sehe sich subjektiv allerdings zur Zeit dazu keineswegs in der Lage (Urk. 8/47/5).

### **E. 3.1.12**

Dr. B. bestätigte im Bericht vom 30. Dezember 2010 (Urk. 8/51) die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Als Differenzialdiagnose führte er eine Anpassungsstörung mit anhaltender depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) auf (Urk. 8/51/8). Gesamthaft betrachtet könne eine gewisse Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes festgestellt werden, aufgrund versicherungsmedizinisch irrelevanter Aspekte lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit auf psychiatrischem Fachgebiet jedoch nach wie vor nicht begründen (Urk. 8/51/10).

3.2. Das Gutachten des Z. vom 28. März 2009 (Urk. 8/22) wie auch das Teilgutachten von Dr. B. (Urk. 8/51) basiert auf rheumatologischen, kursorisch neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Den Gutachten kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 1.4).

### **E. 3.3**

3.3.1. In somatischer Hinsicht stimmen die von Dr. A. gestellten Diagnosen mit der medizinischen Aktenlage überein und sind unbestritten. Streitig und zu präzisieren ist jedoch die von Dr. A. aus den gestellten Diagnosen abgeleitete 100%ige

Arbeitsfähigkeit.

3.3.2. Dr. A. legte nachvollziehbar dar, dass und weshalb die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass aus somatischer Sicht nicht ganzlich erklärt werden können. Sie stellte fest, bei der aktuellen rheumatologischen Begutachtung imponiere bei der Beschwerdeführerin eine erhebliche Selbstlimitation und Inkonsistenz. Die demonstrierten Beschwerden sowie die teilweise massive Bewegungsverminderung im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates während der Begutachtung seien deutlich variabel und klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel. Es imponiere im ungerichteten Untersuchungsgang bzw. unter Ablenkung eine freie Beweglichkeit der HWS, im gerichteten Untersuchungsgang hingegen eine ausgeprägte Einschränkung insbesondere der Rotation und Seitneige mit diffuser Schmerzangabe nicht nur im Nacken, sondern auch thorakal und teilweise lumbal. Bei maximaler Rumpfinklination betrage der Finger-Bogen-Abstand 48 cm, im (unvollständigen) Langsitz hingegen der Fingerspitzen-/OSG-Abstand 13 cm. Bei einer Kniegelenksflexion von 40° und einer Hüftgelenksflexion von 60° innerviere die Beschwerdeführerin unter diffuser Schmerzangabe lumbal massiv gegen und führe Ausweichbewegungen durch, das Sitzen auf einem Stuhl sei hingegen problemlos bei auf 90° gebeugten Hüft- und Kniegelenken möglich. Beim An- und Ausziehen von Hose und Strümpfen erfolge eine Hüftgelenksflexion von 100° bei gleichzeitiger Aussenrotation von ca. 15°, ohne dass es dabei zu Schmerzangaben gekommen sei. Die Beschwerdeführerin klage über sehr starke, topografisch weit ausgebreitete Ruheschmerzen. Das Schmerzmuster sei undifferenziert, teilweise würden die Beschwerden ohne Bezug zu Bewegung bzw. Aktivität angegeben. Im Verhalten demonstriere sie übertriebene Bewegungen, eine starre, abnorme Haltung, eine aufwändige Schmerzmimik sowie aufwändige verbale Schmerzäusserungen. Des Weiteren komme es zu übertriebenen Abwehrreaktionen bei der klinischen Untersuchung. Vier von fünf Waddell-Zeichen seien positiv. Auffällig sei eine ausgeprägte Insuffizienz insbesondere der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur mit konsekutiver Fehlhaltung und somit ständiger Fehl- und Überbelastung insbesondere des Achsenorgans (Urk. 8/22/23-24). Zusammenfassend erklärten sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nur teilweise aus oben genannten Diagnosen. Insgesamt bestehe jedoch eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden im Vergleich zu den demonstrierten Beschwerden und Schmerzen (Urk. 8/22/24). Diese Einschätzungen von Dr. A. lassen sich anhand der erhobenen detaillierten und umfangreichen Untersuchungen (Urk. 8/22/17-22) problemlos nachvollziehen und sind daher überzeugend. Gleiches gilt auch für die von ihr attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 8/22/24).

3.3.3. Der von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Einwand, Dr. F. habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ersehen, geht hingegen ins Leere. Wie Dr. F. selber festhielt, ergeben sich bei ansonsten übereinstimmender Anamnese- und Befunderhebung lediglich hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit Differenzen. Die von ihm attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit trotz des auch von ihm festgestellten Fehlens gravierender struktureller Schäden am Bewegungsapparat, welche eine somatisch-rheumatologisch bedingte dauerhafte Arbeitsunfähigkeit rechtfertigten (Urk. 8/30/1), begründet er denn auch mit der pathologischen Entwicklung des

Beschwerdebildes (vgl. Erwigung 3.1.9). Damit entspringt die von Dr. F.\_\_\_\_ abgeleitete gänzliche Arbeitsunfähigkeit seinem Auftrag als behandelnder Arzt und steht im Gegensatz zur gutachterlichen Einschätzung, bei welcher aus beweisrechtlichen Gründen eine objektive Betrachtung Platz greifen muss. Der Begutachtungsauftrag ist klar vom Behandlungsauftrag zu unterscheiden (Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007, E. 2). Das in der praktischen medizinischen Behandlung massgebende bio-psycho-soziale Krankheitsmodell ist nämlich weiter gefasst als der für die invaliditatsrechtliche Beurteilung heranzuziehende Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (Urteil des Bundesgerichts 9C 246/2010 vom 11. Mai 2010, E. 2.2.1 mit Hinweis). Insbesondere haben psychosoziale- und soziokulturelle Umstände grundsätzlich unberücksichtigt zu bleiben (BGE 127 V 299 E. 5a). Ferner erachteten die behandelnden Ärzte der E.\_\_\_\_ die Beschwerdefahlerin bei Austritt als zu 50 % arbeitsunfähig mit möglicher Steigerung (vgl. Erwigung 3.1.3). Kommt hinzu, dass Dr. A.\_\_\_\_ die Berichte von Dr. F.\_\_\_\_ vorlagen (Urk. 8/22/3-7), womit sie ihre Einschätzung in Kenntnis und Auseinandersetzung der Beurteilung durch Dr. F.\_\_\_\_ gemacht hat (Urk. 8/22/25).

3.3.4 Insofern die Beschwerdefahlerin vorbrachte, die von Dr. A.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit fusse nicht auf einer EFL, ist ihr mit der Beschwerdegegnerin entgegen zu halten, dass eine solche Abklärung mangels bestmöglicher Kooperation und Leistungsbereitschaft keine verwertbaren Ergebnisse gebracht hätte (Urk. 7 Ziff. 2), was auch die bereits durchgefahrte EFL beim J.\_\_\_\_ belegt. Diese musste nämlich abgebrochen werden, und in Folge erheblicher Symptorausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenzen waren die ergonomischen Tests zur Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar (Urk. 8/46/7).

3.3.5 Zur behaupteten somatischen Verschlechterung seit der Z.\_\_\_\_-Begutachtung ist festzuhalten, dass Dr. F.\_\_\_\_ zwar bildmorphologisch strukturelle Veränderungen im Sinne einer medianen bis linkslateral extraforaminal reichenden Bandscheibenhernie auf der Höhe L5/S1 mit möglicher extraforaminaler Affektion der Nervenwurzel L5 links erheben konnte. Die Einordnung der Bandscheibenhernie in den Gesamtkontext erachtete er jedoch als schwierig und eindeutige lumboradikulre Schmerzen konnte er nicht nachweisen (Urk. 8/30/3). Zudem spricht gegen einen erhöhten Leidensdruck, dass sich die Beschwerdefahlerin bis anhin nicht hatte durchringen können, sich der von Dr. F.\_\_\_\_ empfohlenen CT-gesteuerten PRT der Nervenwurzel L5 zu unterziehen (Urk. 3/3 S. 2).

3.3.6 Den von der Beschwerdefahlerin beschwerdeweise eingereichten Berichten von Dr. F.\_\_\_\_ vom 8. August 2011 (Urk. 3/3) und von med. pract. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH, vom 8. August 2011 (Urk. 3/4) ist nichts entscheidrelevantes Neues zu entnehmen. Dr. F.\_\_\_\_s Bericht erschöpft sich in einer Wiederholung seiner früheren Berichte. Med. pract. K.\_\_\_\_s Bericht sind keine Angaben zur Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen.

## **E. 3.4**

3.4.1 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes gelten anhaltende somatoforme Schmerzstörungen sowie damit vergleichbare pathogenetisch unklare syndromale Leidenszustände (BGE 132 V 393 Erw. 3.2 Seite 399; Urteil I 683/06 vom 29. August 2007, Erw. 2.2) in der Regel als nicht in rentenbegrundendem Ausmasse invalidisierend

(Urteil des Bundesgerichtes I 1000/06 vom 24. April 2007, E. 5 mit Hinweisen). Ein Abweichen von diesem Grundsatz fällt nur in jenen Fällen in Betracht, in denen die festgestellte somatoforme Schmerzstörung nach Einschätzung des Arztes eine derartige Schwere aufweist, dass der versicherten Person die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung - und unter Ausschluss von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die auf aggravatorisches Verhalten zurückzuführen sind - sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder dies für die Gesellschaft untragbar ist. Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt jedenfalls das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3).

3.4.2.2 In psychiatrischer Hinsicht ist streitig und zu prüfen, ob die neu von Dr. I. \_\_\_ gestellten Diagnosen einer depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig, sowie eines chronischen Schmerzsyndroms mit somatischen und psychischen Faktoren vorliegen, oder ob gemäss Dr. B. \_\_\_ lediglich eine die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkende anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden kann. Für die gutachterliche Qualifikation sprechen die schlüssigen gutachterlichen Ausführungen von Dr. B. \_\_\_, welcher seine Diagnosestellung damit begründete, anhand seiner eigenen aktuellen Untersuchungsergebnisse könne eine gewisse Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes bestätigt werden, insbesondere der affektiven Symptome. Unter Einbezug der Firster-Kriterien lasse sich jedoch nach wie vor keine gravierende psychiatrische Komorbidität feststellen. Von einer eigenständigen depressiven Störung sei neben der angeführten Diagnose nicht auszugehen, vielmehr imponierten neben der Niedergeschlagenheit vor allem IV-fremde Faktoren, wie psychosoziale Belastungen (unter anderem invalider Ehemann) und chronische Schmerzen. Die Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin seien insgesamt glaubhaft, hätten jedoch auch einen deutlichen appellativen Charakter und seien teilweise dramatisierend. Eine Tendenz zur (bewusstseinsfernen) Symptomausweitung und Selbstlimitierung sei vorliegend, von einem dysfunktionalen Krankheitsverhalten müsse ausgegangen werden (Urk. 8/51/9). Diese Einschätzung stehe mit den erhobenen Befunden in Einklang (Urk. 8/51/6-8) und ist daher nachvollziehbar. Kommt hinzu, dass aufgrund des Verlaufs der psychischen Beschwerden die Begründung von Dr. B. \_\_\_, es sei nicht von einer eigenständigen depressiven Störung auszugehen, einsichtiger erscheint, als diejenige von Dr. I. \_\_\_, wonach ab dem 1. Januar 2010 eine depressive Störung mittleren Grades vorliegt. Die von Dr. I. \_\_\_ im Bericht vom 27. Juli 2010 (Erwägung 3.1.11) erhobenen Befunde unterscheiden sich nicht wesentlich von denjenigen in den Berichten vom 23. Juli 2008 (Erwägung 3.1.6) und 2. November 2009 (Erwägung 3.1.8). Bereits am 23. Juli 2008 notierte Dr. I. \_\_\_, dass Konzentration und Aufmerksamkeit leicht reduziert seien, das formale Denken sei kohärent, leicht verlangsamt. Die Stimmungslage sei depressiv. Die Beschwerdeführerin leide an Ein- und Durchschlafstörungen, Appetitminderung mit Gewichtsverlust, Antriebsarmut. Der Antrieb sei reduziert (Urk. 8/14/2). Am 2. November 2009 beschrieb er zusätzlich Gedankenkreisen, psychomotorische Unruhe und sozialer Rückzug (Urk. 8/29/7). Diese zusätzlichen Befunde resultierten jedoch in diesem Zeitpunkt noch nicht in einer Diagnoseänderung. Weshalb nun ab dem 1. Juni 2010 bei im Wesentlichen unveränderten Befunden eine eigenständige depressive Erkrankung



3.5. Obwohl der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht stationär geblieben ist und sich in psychiatrischer Hinsicht leicht verschlechtert hat, ist die von der Beschwerdegegnerin auf den Begutachtungszeitpunkt vom 28. März 2009 hin verhängte Rentenaufhebung unter Hinweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung nicht zu beanstanden. Danach ist der Beschwerdegegnerin nicht vorzuwerfen, wenn sie zugunsten des Rentenansprechers eine befristete Rente zuspricht, obwohl eine eindeutige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bis zur Begutachtung aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen nicht möglich war und ist, und sie die Aufhebung des Rentenanspruchs anschliessend lediglich unter Berücksichtigung des Zustandes im Zeitpunkt der Begutachtung prüft, ohne eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nachgewiesen zu haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_17/2010 vom 22. April 2010 E. 3.1.2).

3.6. Aufgrund der überzeugenden Feststellungen in den Gutachten vom Z. \_\_\_ sowie von Dr. B. \_\_\_ kann somit davon ausgegangen werden, dass kein invalidenrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliegt und es der Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht zuzumuten ist, zu 100 % ihrer angestammten wie auch einer ihren Beschwerden angepassten Tätigkeit nachzugehen.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

4. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- AXA-ARAG Rechtsschutz AG
- 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).

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.