

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00082 vom 5. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00082

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00082 du 5 juin 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00082 del 5 giugno 2013

Erwägungen

E. 3

3.1. Dr. med. Dr. phil. Z.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Institut A.____, erstattete am 2. April 2004 ein Gutachten (Urk. 7/16 = Urk. 3/3).

Nach am 14. April 2004 erfolgter Untersuchung kam der Gutachter zum Schluss, es sei der Beschwerdeführerin - aus näher genannten Gründen - eine berufliche Tätigkeit abstrakt und störungsangepasst zu zirka 20 % theoretisch zumutbar (S. 11 f.), was er wie folgt zusammenfasste (S. 12 oben):

70-80 % Arbeitsunfähigkeit / Erwerbsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht; langfristig - chronifiziertes, konsolidiertes psychisches Defizitsyndrom. IV-Berentung adäquat.

3.2. Am 29. Mai 2004 erstatteten Dr. med. B.____, FMH Innere Medizin, C.____, Physiotherapeutin, und Dr. med. D.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation / Rheumatologie, Zentrum E.____, einen Bericht über eine funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA), die am 8./9. März 2004 erfolgt war (Urk. 7/12).

Dabei nannten sie folgende Diagnose (S. 1 f.):

generalisiertes Schmerzsyndrom mit polyarthralgischen Beschwerden

- intraartikulärer Parvovirus B19-Nachweis

- Status nach dreiwöchiger antibiotischer Behandlung bei Verdacht auf Lyme Borreliose

- Diabetes mellitus Typ II

- arterielle Hypertonie

- gemischte Anpassungsstörung mit Störung der Gefühle und des Sozialverhaltens (F43.25)

In ihren Schlussfolgerungen führten sie aus, das arbeitsbezogene relevante Problem bestehe momentan vor allem darin, das die Klientin allen für sie belastenden oder schmerzhaften Aktivitäten ausweiche; sie bringe nicht genügend Durchhaltewillen auf, um solche Belastungen zu tolerieren. Die Beobachtungen bei den Tests wiesen auf eine deutliche Selbstlimitierung hin. Die demonstrierte Belastbarkeit sei nur minimal (S. 2 Ziff. 3.1).

Zur Zumutbarkeit der angestammten oder anderer beruflicher Tätigkeiten könne aufgrund des Verhaltens keine Aussage gemacht werden (S. 3 Ziff. 3.2 und 3.3).

Im Sinne der interdisziplinären Beurteilung bestehe für sämtliche Arbeitstätigkeiten zum heutigen Zeitpunkt eine 20%ige Arbeitsfähigkeit; diese lasse sich durch das psychiatrische dominierende Leiden begründen (S. 3 Ziff. 6).

3.3 Dr. med. F.____, Allgemeine Medizin FMH, führte in ihrem Bericht vom 18. Mai 2004 (Urk. 7/4) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin seit dem 25. August 2003 (lit. D.1), und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A):

- Polyarthritis an den Sprunggelenken, Ellenbogen, Händen, Schulter, Hüften und Kniegelenken, bestehend seit dem 25. August 2003

- Depression

- L5/S1-betonte Spondylarthrose

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Hypertonie und einen Diabetes mellitus (lit. A).

Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 24. Juli 2003 (lit. B) und führte zur Anamnese aus, im Herbst 1993 seien erstmals starke Knie- und Sprunggelenkschmerzen aufgetreten; seit Februar 1997 bestünden erneute schmerzhafte Schwellungen im Bereich des linken Kniegelenkes und des rechten oberen Sprunggelenkes (lit. D.3). Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd (lit. C.1), die Prognose sei ungünstig (lit. D.7).

3.4 Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte in seinem Bericht vom 4. Juni 2004 (Urk. 7/5) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 7. November 2003 (lit. D.1).

Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (lit. A). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 100 % seit Juli 2003 (lit. B). Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (lit. C.1). Die Prognose sei - auch in Anbetracht der somatischen Gesamtbefunde - als ungünstig zu betrachten (lit. D.7).

3.5 Dr. med. H.____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, führte am 6. September 2004 aus, es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die angestammte Tätigkeit, und aufgrund der übereinstimmenden Arztzeugnisse der behandelnden Ärzte und der somatisch-rheumatologischen und psychiatrischen Begutachtung des Zentrums E.____ sei eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % für behinderungsangepasste Erwerbstätigkeiten ausgewiesen (Urk. 7/18 S. 2 Mitte).

Laut den Angaben der früheren Arbeitgeberin bestand die bis 2003 ausgeübte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin hauptsächlich im Einpacken von Eierschachteln in Gebinde, dies oft stehend und manchmal sitzend, sowie mit seltenem Hantieren von Gewichten von 0-10 kg (Urk. 7/6/4-5).

E. 4

4.1 Dr. F.____ (vorstehend E. 3.3) erstattete am 10. Oktober 2006 einen Bericht (Urk. 7/31), der mit ihrem früheren Bericht übereinstimmte, ausser dass sie den Gesundheitszustand nunmehr als stationär bezeichnete (lit. C.1).

4.2. Dr. G. (vorstehend E. 3.4) machte in seinem Bericht vom 4. Dezember 2006 (Urk. 7/32) weitgehend die gleichen Angaben wie in seinem früheren Bericht. Die Arbeitsunfähigkeit bezifferte er nunmehr mit 80 % seit Juli 2003 (lit. B).

Gleiches gilt für seinen am 12. Januar 2009 erstatteten Bericht (Urk. 7/40).

4.3. Dr. F. berichtete erneut am 21. Januar 2009 (Urk. 7/41/1-5), dies ohne inhaltliche Änderungen, aber unter Beilage des Berichts vom 13. Juli 2006 über die Untersuchung des rechten Knies, die eine im Vergleich zur Voruntersuchung regrediente Bakerzyste ergeben hatte (Urk. 7/41/7)

4.4. Dr. med. I., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 21. Oktober 2009 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/46/1-24). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 4 ff.) und die von ihm bei der Untersuchung am 23. Juli 2009 (vgl. S. 1 unten) erhobenen Befunde (S. 7 ff.).

Als Diagnose nannte der Gutachter eine Dysthymia F34.1 (S. 9 Ziff. 4).

Diese wurde aufgrund der vor allem subjektiv erlebten und kaum objektivierbaren Defizite aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht zu einer Minderung der Arbeitsunfähigkeit. Eine Willensanstrengung zur Überwindung der Defizite sei der versicherten Person aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar. Diese Einschätzung könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab 2004 angenommen werden und betreffe jede Art von Tätigkeit, also angestammte / angepasste Tätigkeit und Haushaltarbeiten (S. 16 Ziff. 6.).

4.5. Am 17. November 2009 nahm Dr. I. zur Ergänzungsfrage der Beschwerdegegnerin, ob es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine anderweitige Würdigung des schon 2004 bestehenden Sachverhalts handle (Urk. 7/49/1), Stellung (Urk. 7/49/2) und führte aus, die damaligen Berichte von Dr. G. seien zur Bestimmung des Zeitpunkts, ab wann die heutige Einschätzung gelten solle, ungeeignet. Dr. Z. habe 2004 ausdrücklich festgestellt, dass die subjektive und die objektive Einschätzung des Schweregrads der Störungen übereinstimmen würden. Falls auf seine Angaben weiterhin abgestellt werden solle, müsse aufgrund der aktuellen Untersuchungsergebnisse von einer deutlichen objektiven Verbesserung des Zustandsbildes der versicherten Person aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ausgegangen werden. Falls aufgrund seiner Kritik am Gutachten Z. nachträglich nicht mehr auf dieses abgestellt werden solle, dann könne seine Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit / Arbeitsunfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab 2004 angenommen werden.

4.6. Am 15. Juni 2010 erstattete Dr. med. J., Oberarzt Rheumatologie, Klinik P., ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/54). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 2 f.) und bildgebenden Befunde (S. 7 f.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 2 ff.) und die von ihm bei der Untersuchung am 17. Februar 2010 (vgl. S. 1) erhobenen Befunde (S. 5 ff.).

Der Gutachter nannte die folgenden, hier gekürzt angeführten, Diagnosen (S. 10 f. Ziff. 4, S. 13 Ziff. 5.1):

- chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom

- beginnende mediale femorotibiale Arthrose beidseits sowie patellofemorale Arthrose links
- chronisches lumbospondylogenes Syndrom links
- chronisches zervikocephales und -spondylogenes Syndrom beidseits
- Fasziiitis plantaris rechts
- Fingerpolyarthrosen
- metabolisches Syndrom
- Status nach Borreliose 1997, antibiotisch behandelt
- Status nach Parvovirus B19 Infektion 1998, abgeheilt

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Beurteilung fÄ¼hrte der Gutachter aus, die Beschwerden der BeschwerdefÄ¼hrerin korrelierten grÄ¼sstenteils mit degenerativen VerÄ¼nderungen (S. 11 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur ArbeitsfÄ¼higkeit fÄ¼hrte er aus, fÄ¼r eine wechselbelastende TÄ¼tigkeit mit einer Hebelast von 15 kg und der MÄ¼glichkeit, Ä¼ber den Tag verteilt mehrere Pausen einzulegen, sei die BeschwerdefÄ¼hrerin aus rheumatologischer Sicht zu 100 % arbeitsfÄ¼hig (S. 14 Ziff. 3). Zum zeitlichen Verlauf fÄ¼hrte er aus, seit 1998 bestehe eine medizinisch begrÄ¼ndete ArbeitsunfÄ¼higkeit von 20 % und mehr in der angestammten TÄ¼tigkeit. Seither seien der BeschwerdefÄ¼hrerin wiederholt volle oder partielle ArbeitsunfÄ¼higkeiten attestiert worden, wobei im Rahmen der AbklÄ¼rung am Zentrum E. ___ die ArbeitsunfÄ¼higkeit durch ein psychiatrisch-dominantes Leiden begrÄ¼ndet worden sei. FÄ¼r eine angepasste TÄ¼tigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht bei fehlenden strukturell-anatomischen Pathologien abgesehen von den diskreten degenerativen VerÄ¼nderungen keine ArbeitsunfÄ¼higkeit (S. 14 Ziff. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä ErgÄ¼nzend fÄ¼hrte er aus, eine Polyarthritits bestehe zum aktuellen Zeitpunkt weder anamnestisch noch klinisch (S. 15 Ziff. 7). Es sei zu einem Sistieren der Arthritiden gekommen; diesbezÄ¼glich sei also eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten. Durch die voranschreitenden abnÄ¼tzungsbedingten VerÄ¼nderungen der Gelenke hÄ¼tten aber die Arthrose-Schmerzen zugenommen (S. 16 f. Ziff. 10). Die strukturell anatomischen VerÄ¼nderungen der WirbelsÄ¼ule und Knie hÄ¼tten jedoch aus rheumatologischer Sicht keine Auswirkung auf die ArbeitsfÄ¼higkeit (S. 17 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin, ob aus nur rheumatologischer Sicht die TÄ¼tigkeit als Betriebsmitarbeiterin seit 1998 nicht mehr mÄ¼glich sei (Urk. 7/55), fÄ¼hrte der Gutachter am 15. Februar 2011 aus, aus nur rheumatologischer Sicht sei die TÄ¼tigkeit als Betriebsmitarbeiterin mÄ¼glich. Wichtig sei dabei aber, wie im Gutachten erwÄ¼hnt, der Miteinbezug der psychiatrischen Sicht (Urk. 7/56).

4.7 Ä Ä Ä Ä Am 25. Juni 2011 nahm pract. med. K. ___, Arzt fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, zuhanden des Rechtsvertreters der BeschwerdefÄ¼hrerin Stellung (Urk. 7/69 = Urk. 3/1) und fÄ¼hrte aus, er mÄ¼chte sich sehr den Berichten von Dr. G. ___ und von Dr. Z. ___ von 2004 anschliessen. Die BeschwerdefÄ¼hrerin sei seit dem 13. Juli 2009 in seiner Behandlung, vorher sei sie bei Dr. G. ___ in Behandlung gewesen (S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als Diagnose nannte er eine chronisch rezidivierende Depression mittleren Grades mit somatischem Syndrom, ICD-10 F33.11 (S. 1 Mitte).

Die Beschwerdeführerin sei mit der Bewältigung des Haushaltes an der Grenze ihrer Belastbarkeit angelangt und sei nicht fähig, einer zusätzlichen Tätigkeit auf dem freien Markt nachzugehen (S. 1 unten).

Am 5. September 2011 nahm Dr. I. ___ unter anderem zum Zeugnis des behandelnden Psychiaters (vorstehend E. 4.7) Stellung (Urk. 7/74) und führte aus, aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante Angaben fehlten, es würden keine objektiven psychopathologischen Befunde dokumentiert und die Diagnose werde nicht mit Bezug zum Klassifikationssystem differenziert beschrieben und / oder diskutiert. Der Bericht und die Einschätzungen seien nicht nachvollziehbar; zum Gutachten vom Oktober 2009 werde nicht Stellung genommen (S. 3 Mitte).

Am 18. Februar 2012 berichtete pract. med. K. ___ der Beschwerdegegnerin (Urk. 9) und führte aus, leider sei in den vorgängigen Behandlungen nicht auf die lebensgeschichtliche Situation der Beschwerdeführerin eingegangen beziehungsweise diese nicht untersucht worden. Diese bringe klare und schwerwiegende Befunde hervor, welche den chronischen Gemütszustand der Beschwerdeführerin plausibel machten beziehungsweise zum Verständnis der chronischen Depressivität beitragen und verstehen liessen, warum die Beschwerdeführerin heute keine Kraft mehr habe, einer Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt nachzugehen (S. 1 Mitte).

Er nannte nebst der bereits früheren diagnostizierten chronisch rezidivierenden Depression mittleren Grades mit somatischem Syndrom eine Reihe weiterer, nach ICD-10 alle mit ÄZÄ codierte, Diagnosen (S. 1 unten).

Sodann referierte er Kindheit, schulischen Werdegang und den weiteren biografischen Verlauf bis 2002 (S. 2 f.). Als Krankheitsanamnese führte er an, die Beschwerdeführerin habe alsbald rheumatische und arthritische Gelenksbeschwerden bekommen und sehr unter ihrer belastenden Lebensgeschichte gelitten. Wegen ihrer Beschwerden habe sie seit 2004 nicht mehr arbeiten können; der Verlust der Arbeit - von ihr als körperlich sehr belastend beschrieben (S. 3 oben) - habe auch einen Verlust der bescheidenen Autonomie, die sie sich bewahrt habe, bedeutet (S. 3 Mitte). Alle die vorbestehenden Belastungsfaktoren, zusammen mit der prä-morbiden Persönlichkeitsstruktur und der schwierigen, für die Beschwerdeführerin unläsbaren Lebenssituation, hätten dann dazu geführt, dass sie psychisch vollständig zusammengebrochen sei und dadurch in eine lang anhaltende Depression geraten sei, die leider heute noch anhalte (S. 3).

Er bitte darum, die Beschwerdeführerin aufgrund der neuen Informationen und insbesondere gerade wegen ihrer traumatischen Vorgeschichte nochmals neu extern begutachten zu lassen (S. 4 oben).

E. 5

5.1 In somatischer Hinsicht besteht zwischen dem 2004 massgebenden und dem aktuellen Sachverhalt insofern ein beträchtlicher Unterschied, als aktuell - mangels entsprechender Befunde - keine Polyarthritis mehr diagnostiziert wurde (vorstehend E. 4.6). Ein zweiter Unterschied besteht darin, dass der 2010 tätig gewordene Gutachter eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht abgeben konnte; den Gutachtern von 2004 war dies infolge der von der Beschwerdeführerin an den Tag gelegten Selbstlimitierung nicht möglich gewesen (vorstehend E. 3.2). Somit war im 2004 erstatteten Gutachten keine Angabe zur Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht enthalten;

gemäss dem 2010 erstatteten Gutachten beträgt sie 100 % für wechselbelastende Tätigkeiten mit einer Gewichtslimite von 15 kg und der Möglichkeit, vermehrt Pausen einzulegen, mithin ein Anforderungsprofil, das - bis auf den Pausenbedarf - auch auf die angestammte Tätigkeit (vorstehend E. 3.5) zugetroffen hätte.

5.2 In psychiatrischer Hinsicht kann für die Verhältnisse im Jahr 2004 zwar nicht auf die Formulierung im Gutachten Z. ___ (chronifiziertes, konsolidiertes psychisches Defizitsyndrom) abgestellt werden, da nicht ersichtlich ist, welcher nach ICD-10 (oder DSM-IV) anerkannten Diagnose dies entspräche, sehr wohl aber auf die vom behandelnden Psychiater gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (vorstehend E. 3.4).

Im Vergleich dazu stellt die 2009 genannte Dysthymie (vorstehend E. 4.4) eine deutlich andere Diagnose - insbesondere bezüglich der mit ihr begründbaren Arbeitsunfähigkeit (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_913/2010 vom 18. April 2011 E. 3.2, I 649/06 vom 13. März 2007 E. 3.3.1) - dar. Mit dem psychiatrischen Gutachter (vorstehend E. 4.5) ist daraus auf eine merkliche Besserung der psychischen Verfassung zu schliessen.

5.3 Der behandelnde Psychiater machte im Februar 2012 geltend, bestimmte - von ihm näher beschriebene - lebensgeschichtliche Belastungen seien in den vorgängigen Behandlungen nicht oder zu wenig berücksichtigt worden, und er ergänzte die Diagnose dementsprechend (vorstehend E. 4.9).

Noch im Juni 2011 hatte er allerdings - nach immerhin über zweiähriger eigener Behandlung der Beschwerdeführerin - dazu keinerlei Aussagen gemacht (vorstehend E. 4.7), so dass ein gewisser Konnex zwischen seiner nun im Februar 2012 erstmals äusserten Einschätzung und der im Dezember 2011 ergangenen Verfügung nicht gänzlich unplausibel erscheint.

Sodann ist auch die im Februar 2012 abgegebene Beurteilung nicht mit der Angabe sie stützender Befunde unterlegt, sondern erschöpft sich weitgehend in anamnestischen Angaben, deren Quelle nicht die Akten, sondern die Angaben der Beschwerdeführerin waren (worauf beispielsweise die Charakterisierung der früheren Tätigkeit als körperlich sehr belastend hinweist).

Schliesslich fällt ins Gewicht, dass es sich rechtsprechungsgemäss bei den Z-Kodierungen (Kapitel XXI des ICD-10-Systems) zwar um Faktoren handelt, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, die aber für Fälle vorgesehen sind, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A-Y von ICD-10 klassifizierbar sind. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteile des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1, 8C_302/2011 vom 20. September 2011 E. 2.3, 8C_663/2010 vom 15. November 2010 E. 5.2.4, 8C_570/2008 vom 4. Mai 2009 E. 4.2.5, SVR 2008 IV Nr. 15 = I 514/06 E. 2.2.2.2).

Somit kann offen bleiben, wie nachvollziehbar die neuere Diagnosestellung durch den behandelnden Psychiater ist, denn alle von ihm zusätzlich genannten Diagnosen bleiben als Z-Kodierungen ohne Einfluss auf die hier strittigen Belange.

5.4. Dies führt zusammengefasst zum Schluss, dass auf die 2009 und 2010 erstatteten Gutachten - die allen praxisgemssen Kriterien (vorstehend E. 1.4) genügen - abzustellen ist, womit der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt ist, dass für wechselbelastende Tätigkeiten mit einer Gewichtslimite von 15 kg und erhöhtem Pausenbedarf eine volle Arbeitsfähigkeit besteht.

Ebenso ist erstellt, dass im Vergleich zu den Verhältnissen von 2004 eine revisionsrelevante Veränderung eingetreten ist.

E. 6

6.1. Die Beschwerdegegnerin ist bei der Invaliditätsbemessung vom eben genannten medizinischen Anforderungsprofil ausgegangen, hat auf den Tabellenlohn für einfache und repetitive Tätigkeiten abgestellt und den erhöhten Pausenbedarf mit einem Abzug von 5 % berücksichtigt. Das so resultierende hypothetische Invalideneinkommen fiel leicht höher aus als das hypothetische Valideneinkommen (Urk. 7/58).

Diese Invaliditätsbemessung wurde beschwerdeweise nicht in Frage gestellt. Da sie auch nach Lage der Akten nicht zu beanstanden ist, kann darauf abgestellt und von Weiterungen abgesehen werden.

6.2. Damit erweist sich die vergte Aufhebung der bisher gewährten Rente als im Grundsatz zutreffend.

Zu prüfen bleibt, ob die Aufhebung der Beschwerdeführerin ohne weiteres zumutbar ist.

6.3. Die stndige Rechtsprechung des Bundesgerichts geht vom Regelfall aus, der darin besteht, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist; praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010, E. 4.2.2). Dieser Regelfall ist insbesondere gegeben, wenn bisher schon eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit bestand, so dass der anspruchserhebliche Zugewinn an Leistungsfähigkeit kaum zusätzlichen Eingliederungsbedarf nach sich zieht, vor allem wenn das hinzugewonnene Leistungsvermögen in einer Tätigkeit verwertet werden kann, welche die versicherte Person bereits ausübt oder unmittelbar wieder ausüben könnte.

In Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann; es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befhigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_141/2009 vom 5. Oktober 2009 = SVR 2010 IV Nr. 9).

ââââââââ Dies ist auf Sachverhalte zu beschränken, in denen die Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt hat oder die Rente mehr als 15 Jahre bezogen hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2010 vom 26. April 2011).

6.4ââââ Die revisionsweise aufzuhebende Rente wurde seit 2004 ausgerichtet, womit die Bezugsdauer von mindestens 15 Jahren weit unterschritten ist. Ferner war die am 19. Dezember 1959 geborene Beschwerdeführerin (Urk. 7/1 Ziff. 1.3) im Verfallungszeitpunkt (20. Dezember 2011) fast auf den Tag genau 52-jährig, womit auch das Alter 55 nicht erreicht ist.

ââââââââ Somit ist es zumutbar und zulässig, sie auf den Weg der Selbsteingliederung zu verweisen.

ââââââââ Die angefochtene Verfügung ist also auch unter diesem Aspekt nicht zu beanstanden. Sie erweist sich damit als rechters, was zur Abweisung der gegen sie erhobenen Beschwerde führt.

7.ââââââââ Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1.ââââââââ Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3.ââââââââ Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4.ââââââââ 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).

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

ââââââââ 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.