

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00425 vom 11. September 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-09-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00425

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00425 du 11 septembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00425 del 11 settembre 2012

Erwägungen

E. 2

Ä Ä Ä Ä Ä Gegen die Verfǘgung vom 23. März 2012 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 20. April 2011 (richtig: 2012) Beschwerde (Urk.1) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2012 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 20. Juni 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

1.1Ä Ä Ä Ä Ä Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2Ä Ä Ä Ä Ä Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 können; 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).

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

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

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

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

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

1.4 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. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 23. März 2012 davon aus, dass die Diagnose, welche ursprünglich eine IV-Rente auslöste, nun keine Arbeitsfähigkeitseinschränkungen mehr bewirke. Die Funktionalität habe sich erheblich verbessert, so dass die Beschwerdeführerin mit ihren Beschwerden dank eines Adaptionsprozesses viel besser umgehen könne. Ab Datum der Begutachtung im Oktober

2010 bestehe somit kein dauerhafter arbeitsunfähigkeitrelevanter Gesundheitsschaden mehr und die Beschwerdeführerin sei ab diesem Zeitpunkt für die bisherige und eine angepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 2 S. 2). Gestützt darauf ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 8 %. Daran hielt sie in ihrer Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2012 (Urk. 6) fest.

2.2. Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass keine Anhaltspunkte für eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes beständen (S. 5 Art. 3 unten). Die Beschwerdegegnerin stütze sich vorliegend auf das Y. -Gutachten ab, dieses sei aus verschiedenen - einzeln dargelegten - Gründen mangelhaft (Urk. 1 S. 6 ff.).

2.3. Strittig und zu prägen ist somit, ob die Voraussetzung für eine revisionsweise Anpassung beziehungsweise Aufhebung der Rente gegeben ist und wie es sich mit dem Invaliditätsgrad verhält.

E. 3

3.1. Der ursprünglichen Rentenzusprache vom 25. Mai 2004 lagen diverse Arztberichte und im Wesentlichen das psychiatrische Gutachten vom 25. August 2002 (Urk. 7/39) von Dr. med. Z., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie jenes vom 11. Februar 2004 (Urk. 7/53) der Clinic A., erstattet von Dr. phil. B., Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, Dr. med. C., Facharzt für Neurologie, Dr. med. D., Neurologie FMH und Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, sowie Dr. med. E., Facharzt FMH Rheumatologie, Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vor.

3.2. Dr. Z. erstattete am 23. November 2000 zuhanden der Klinik F. ein psychiatrisches Konsilium (Urk. 7/4) und nannte folgende Diagnosen (S. 7 f.):

- Anpassungsstörung mit vorwiegend ängstlichen aber auch depressiven Symptomen (ICD-10: F43.22)

- soziale Phobie (ICD-10: F40.2)

- Travel-Anxiety (ICD-10: F40.2)

- Verdacht auf depressive Episode leichten Grades, zurzeit therapiert mit Nefadar (ICD-10: F32.0)

Er führte aus, dass aus psychiatrischer Sicht bei der Beschwerdeführerin prämorbid keine eindeutige psychiatrische Diagnose gemäss ICD-10 gestellt werden könne. Es falle aber auf, dass sie wesentlich jünger als ihrem chronologischen Alter entsprechend wirke und Zeichen eines unsicheren Persönlichkeitsprofils zeige. Eine eigentliche Persönlichkeitsstörung könne jedoch nicht festgestellt werden. Insgesamt müsse eine Verzögerung der Reifung festgestellt werden (S. 7).

Bei der Beschwerdeführerin müsse aus psychiatrischer Sicht aufgrund ihrer Symptome, welchen Krankheitswert zukomme, und von denen sie sich ohne Hilfe nicht befreien könne, eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in ihrem angestammten Beruf von 50 % festgestellt werden (S. 10 unten).

3.3. Dr. med. G., Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 31. August 2001 (Urk. 7/18/1-2) und nannte als Diagnose mit Auswirkung

auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion, leichte traumatische Hirnverletzung posttraumatische Belastungsstörung mit leichter neurophysiologischer Funktionsstörung und zervikocephalem Syndrom (lit. A).

Er führte aus, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. August 2001 bis auf weiteres zu 90 % arbeitsunfähig sei (lit. B). Die Arbeitsfähigkeit könne jedoch durch medizinische Massnahmen verbessert werden (lit. C.2).

3.4 Dr. med. H. ____, Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete am 16. Oktober 2001 (Urk. 7/17) und nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit Angstzuständen, Schlafstörungen sowie einen Status nach HWS-Distorsion am 29. Mai 2000 (lit. A).

Er führte aus, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. August 2001 bis auf weiteres zu 90 % arbeitsunfähig sei. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei jedoch besserungsfähig und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden (lit. C.1-2). Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin zurzeit noch eineinhalb Stunden pro Tag zumutbar und es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 30 % (Beiblatt lit. A).

3.5 Dr. Z. ____, erstattete sein psychiatrisches Gutachten am 25. August 2002 (Urk. 7/39) gestützt auf die Akten sowie auf das Gespräch mit der Beschwerdeführerin am 30. Juli 2002. Er nannte folgende psychiatrischen Diagnosen (S. 14 unten):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
- Anpassungsstörung mit vor allem depressiver Symptomatik (ICD-10: F43.21), zurzeit symptomfrei unter antidepressiver Therapie mit Nefadar
- Anpassungsstörung gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten
- Verdacht auf Neurasthenie (ICD-10: F43.25)
- Differentialdiagnose zu den Diagnosen 2 und 3: leichte Frontalhirnstörung (ICD-10: F07.0) und leichte kognitive Störungen (ICD-10: F06.7)
- soziale Phobie (ICD-10: F40.2)
- Travel-Anxiety (ICD-10: F40.2)

Er führte aus, dass die vorherrschenden Beschwerden der Beschwerdeführerin anhaltende und quälende Schmerzen seien, die durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könnten. Die Schmerzen traten in Verbindung mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen auf. Diese seien bei der Beschwerdeführerin schwerwiegend genug, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten (S. 15 oben).

In den letzten beiden Jahren habe sich eine Chronifizierung der Schmerzproblematik und der psychischen Symptome eingestellt. Die Arbeitsversuche seien gescheitert. Die Beschwerdeführerin könne sich von ihren Symptomen aus freiem Willen nicht befreien. Es bestehe eine Komorbidität zwischen somatischen und verschiedenen psychischen Erkrankungen. Bei der Beschwerdeführerin müsse deshalb aus psychiatrischer Sicht eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von zirka 50 % angenommen werden (S. 18 Mitte).

3.6 Die Ärzte der Clinic A.____ erstatteten ihr Gutachten am 11. Februar 2004 (Urk. 7/53) gestützt auf die Akten, die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin, die Röntgenbilder sowie den ambulanten Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 24. bis 26. März 2003. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 52 lit. B):

- Status nach Autounfall am 29. Mai 2000 mit
- anamnestischer HWS-Distorsion
- persistierendem, zwischenzeitlich chronifiziertem tendomyotischem zervikal- und lumbalbetonten Panvertebralsyndrom
- leichter Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance
- Zeichen des Fibromyalgiesyndroms
- diskreten Aufmerksamkeitsdefiziten, leichten bis mässiggradigen Gedächtnis- und Lerndefiziten bei weit im Vordergrund stehender erheblicher beschwerdebedingter Beeinträchtigung der psychophysischen Belastbarkeit
- anhaltender posttraumatischer Anpassungsstörung mit Angstkomponenten
- Status nach mehreren abdominalen operativen Eingriffen
- Appendektomie, Ovarialzystenentfernung, Adhäsionslyse, Endometrioseoperation

Sie führten aus, dass bei der Beschwerdeführerin derzeit ein chronisches Beschwerdebild bestehe, das durch die objektiv feststellbaren neurologischen, internistischen und radiologischen Befunde nicht begründbar sei. Die Beschwerden könnten jedoch im Rahmen eines Fibromyalgiesyndroms erklärt werden. Es handle sich aber zweifellos zum grossen Teil auch um ein psychisch fixiertes Schmerzsyndrom (S. 56 unten).

Rein medizinisch ergebe sich bei fehlenden Befunden aus neurologischer und internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus rheumatologischer Sicht erscheine die Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch für leichte Tätigkeiten mit häufigem Wechsel der Körperposition zu mindestens 50 % arbeitsfähig. Die derzeit dennoch bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % resultiere somit aus der erheblichen Einschränkung der Belastbarkeit im Rahmen insbesondere der erwähnten posttraumatischen Anpassungsstörung und Chronifizierung der Beschwerden mit Schmerzfixierung (S. 57 oben). Eine Einschränkung der Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin für Tätigkeiten als Hausfrau bestehe lediglich für schwere Arbeiten, zum Beispiel Fenster putzen, und könne mit 20 % angegeben werden (S. 72 oben).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich beim Erlass der vorliegend strittigen Verfügung im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten vom 18. Dezember 2010 Y.____ (Urk. 7/99).

4.2 Dr. med. I.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete am 16. Dezember 2007 (Urk. 7/69) zuhause der Beschwerdegegnerin und nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Schleudertrauma bestehend seit 29. Mai

2000 (Ziff. 2.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Endometriose, eine Hypercholesterinämie, chronisch rezidivierende Bauchschmerzen sowie eine Gewichtszunahme (Ziff. 2.2). Sie führte aus, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahre 2000 zu 70 % arbeitsunfähig sei (Ziff. 3). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden (Ziff. 5.2).

4.3 Dr. med. J. ____, Facharzt für Innere Medizin FMH, erstattete sein Gutachten (Urk. 7/99/1-59) am 18. Dezember 2010 gestützt auf die Anamnese, die Befunde, die ihm überlassenen Akten (S. 2 f.) sowie ein rheumatologisches (Urk. 7/99/60-66), neurologisches (Urk. 7/99/67-77) und psychiatrisches (Urk. 7/99/78-86) Konsilium.

Er nannte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 48 Ziff. 6.1):

- chronifiziertes Zervikocephalsyndrom mit/bei:
- Status nach zweizeitigem Autounfall (Frontalkollision und Heckkollision) vom 25. (richtig: 29.) Mai 2000
- mässig schmerzhaften Tendomyosen
- radiologisch geringer Progression der Osteochondrose mittelnervikal
- myofasciales Schultergürtel-Syndrom beidseits mit/bei:
- thorakaler Hyperkyphose
- radiologisch Tendenz zur Spondylosis hyperostotica
- deutlicher muskulärer Dysbalance

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 48 Ziff. 6.2):

- Migräne (Differentialdiagnose: möglicher anteiliger Analgetikakopfschmerz)
- leichtgradige Schallempfindungsstörung rechts mit/bei:
- Status nach Hirsprung im Jahr 2008
- essentielle arterielle Hypertonie, medikamentös eingestellt
- Status nach diversen intraabdominellen Eingriffen bei Endometriose

Er führte zudem aus, dass die Beschwerdeführerin aus internistischer Sicht sowohl als Büroangestellte als auch für alle sonstigen Verweistätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 52 unten).

Aus rheumaorthopädischer Sicht könne davon ausgegangen werden, dass sich gegenüber der Gutachtenuntersuchung an der Clinic A. ____, vom März 2003 (vgl. vorstehend E. 3.6) nichts Wesentliches geändert habe. Die Art und Lokalisation der geklagten Beschwerden könnten vor allem als Ausdruck eines myofascialen Schmerzsyndroms des ganzen Schultergürtels durch die beschriebenen klinischen Befunde problemlos objektiviert werden, nicht jedoch die angegebene Einschränkung im Alltag. Nicht bestätigt werden könne ausserdem die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms. Vielmehr zeige die Beschwerdeführerin einige Aspekte eines nicht organischen Krankheitsverhaltens. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit seien der

Beschwerdeführerin den Schultergürtel speziell belastende Tätigkeiten in einer unergonomischen Arbeitshaltung, häufige Tätigkeiten über Schultergürtelhöhe sowie belastende Arbeiten rotatorischer oder elevatorischer Art im Schultergürtel nicht mehr zumutbar. Für adaptierte Arbeiten sei rein von Seiten des Bewegungsapparates her eine vollschichtige Tätigkeit zumutbar (S. 53).

Bei der neurologischen Untersuchung finde sich kein sicherer oder wahrscheinlicher Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem. Es bestehe der dringende Verdacht einer bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden mit einer deutlichen Diskrepanz zwischen den anamnestisch angegebenen Beschwerden beziehungsweise den demonstrierten Bewegungseinschränkungen und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck beziehungsweise der freien HWS-Beweglichkeit ausserhalb der formalen Prüfung. Die von der Beschwerdeführerin vorgetragene Kopf- und Nackenschmerzsymptomatik sei am ehesten als Migräne zuzuordnen. Für eine Migräne würden dabei vor allem auch die migräne-typischen Begleitphänomene (Licht- und Lärmscheu, Visusstörungen) sprechen (S. 53 unten). Eine neurologisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liege nicht vor (S. 54 oben).

Bei der psychiatrischen Exploration sei es heute nicht mehr möglich, eine psychiatrische Störung mit entsprechenden objektivierbaren Befunden festzustellen. Es finde sich im Psychostatus bis auf eine leichte Konzentrationsminderung eine affektiv völlig unauffällige, gut schwingungsfähige und auch nicht subdepressive Beschwerdeführerin. Da überhaupt kein depressives Zustandsbild mehr vorliege, dieses jetzt offensichtlich auch ohne antidepressive Medikation und ohne Psychotherapie weiterhin remittiert sei, könne auch keine Folgediagnose gestellt werden. Die Beschwerdeführerin sei gut in der Lage, ihren Lebensalltag und ihren Haushalt mit Hilfe des Ehemannes zu bestreiten.

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht für alle körperlich leichteren, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne besondere Belastung des Schultergürtels und nicht ausschliesslich sitzend mit Flexionsstellung des Kopfes vollschichtig, das heisse zu 100 % arbeitsfähig (S. 54 f.). Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Arbeitsfähigkeit nur qualitativ eingeschränkt. Ein psychisches oder somatisches Leiden, welches die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf Dauer quantitativ einschränken würde, sei nicht ausgewiesen (S. 59 oben).

4.4 Nach Rückfrage der Beschwerdegegnerin führte Dr. J. ___ am 3. März 2011 aus (Urk. 7/102), dass die Diagnose eines chronifizierten Zervikozephalosyndroms bei einem myofaszialen Schultergürtelsyndrom, welche ursprünglich zur Zusprache einer IV-Rente geführt habe, aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bewirke. Bei der Beschwerdeführerin sei davon auszugehen, dass sich im Verlauf der letzten Jahre die Funktionalität erheblich verbessert habe, so dass sie jetzt mit ihren Beschwerden dank einem Adaptionsprozess viel besser umgehen könne als zu Beginn. Aus interdisziplinärer Sicht könnten keine Einschränkungen mehr objektiviert werden, welche eine Arbeitsunfähigkeit in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Büroangestellte oder in einer allgemeinen Verweistätigkeit begründen könnten. Es sei demnach bei der Beschwerdeführerin von einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund eines deutlich gebesserten

Gesundheitszustandes auszugehen.

4.5 Dr. med. K. ____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 25. März 2011 Stellung zum Y. __-Gutachten (Urk. 7/104/6) und fasste aus, dass dieses bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar sei und darauf abgestellt werden könne. Ab Datum der Begutachtung im Oktober 2010 sei nicht mehr von einem dauerhaften arbeitsunfähigkeitsrelevanten Gesundheitsschaden und somit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für die bisherige und angepasste Tätigkeit auszugehen.

4.6 Dr. I. ____, berichtete am 27. April 2011 (Urk. 7/114/1) und fasste aus, dass die Beschwerdeführerin ihren Haushalt nur dank der Hilfe ihres Ehemannes für alle schweren Arbeiten bewältigen könne. Sie habe trotz verschiedenen Arbeitsversuchen wegen Verschlimmerung der Beschwerden keine Arbeitsfähigkeit mehr erreicht. Sie sei mit dem Aberkennen der IV-Rente nicht einverstanden.

4.7 Lic. phil. L. ____, und med. pract. M. ____, Psychotherapeutisches Ambulatorium N. ____, berichteten am 27. April 2011 (Urk. 7/114/3-5) und nannten folgende Diagnosen (Ziff. 3):

- mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)
- Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)

Sie fassten aus, dass es der Beschwerdeführerin unterdessen relativ gut gelinge, mit den aus Verunsicherung entstehenden Selbstzweifeln umzugehen und Zugang zu ihren eigenen Bedürfnissen und Emotionen zu finden. Ihr Selbstwertgefühl sei jedoch noch ziemlich fragil. Sie lasse sich zu leicht von Meinungen anderer beeinflussen und stelle dann ihre eigene Person in Frage. Erste Schritte hin zu einer kompetenteren Stressbewältigung seien bisher gemacht worden, diese würden jedoch noch nicht genügen (Ziff. 5). Die Psychotherapie ermögliche der Beschwerdeführerin jedoch, mit ihren Beschwerden besser umgehen zu können, was eine Stabilisierung des Zustandsbildes ermögliche (Ziff. 5 unten). Aktuell nehme die Beschwerdeführerin keine Psychopharmaka ein (Ziff. 7). Aufgrund des bisherigen Krankheitsverlaufs sei im Hinblick auf die bereits chronifizierten Schmerzen von einer sehr langsamen physischen Zustandsverbesserung auszugehen (Ziff. 8).

Sie fassten weiter aus, dass der Beschwerdeführerin ein mehr als 30%iges Pensum bei jetzigem Gesundheitszustand aus ärztlicher Sicht nicht möglich sei (Ziff. 4).

4.8 Am 29. Juli 2011 nahm Dr. J. ____, erneut Stellung (Urk. 7/121) und fasste aus, dass der Unfall vom 29. Mai 2000 als Bagatellevorgang eingestuft werden müsse. Dabei habe die Beschwerdeführerin eine HWS-Distorsionsverletzung ohne nachweisbare strukturelle Läsion der zervikalen oder nuchalen Strukturen erlitten, welche demzufolge als leichtgradig beurteilt werden müsse. Eine unfall-traumatisch bedingte Hirnläsion sei mit praktischer Sicherheit ausgeschlossen. Zudem befinde sich die Beschwerdeführerin trotz ihrer attestierten psychiatrischen Problematik seit geraumer Zeit nicht mehr in fachärztlicher Behandlung. Zusammenfassend ergäben die Einwürfe der Beschwerdeführerin keinen Anlass, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten vom 18. Dezember 2010 zu revidieren, es sei somit an diesem festzuhalten.

4.9. Dr. K., RAD der Beschwerdegegnerin, nahm am 6. August 2011 Stellung (Urk. 7/122/3) und führte aus, dass keine neuen medizinischen Erkenntnisse vorlägen, so dass weiterhin auf das Y.-Gutachten und die Stellungnahme des RAD vom 25. März 2011 (vgl. vorstehend E. 4.5) abgestellt werden könne.

E. 5

5.1. Die Beschwerdeführerin machte geltend, es würden keine Anhaltspunkte für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bestehen. Zudem bemängelte sie das Y.-Gutachten sowie die einzelnen Teilgutachten.

5.2. Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das Y.-Gutachten vom 18. Dezember 2010 (Urk. 7/99) für die Beantwortung der gestellten Frage umfassend ist. Das Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen der Beschwerdeführerin, berücksichtigt die von ihr geklagten Beschwerden in angemessener Weise und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Der Gutachter bezog ausdrücklich Stellung zur abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. Z. und die Ärzte der Clinic A. Vor allem setzte er sich differenziert mit der abweichenden Beurteilung des Dr. Z. auseinander. Dabei überzeugt seine Kritik an den von diesem genannten Diagnosen einer Anpassungsstörung mit dem Zusatz gemischte Störung von Gefühlen und Sozialverhalten, einer Neurasthenie, sozialer Phobien und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Urk. 7/99 S. 56 ff.).

Sodann leuchtet das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vom Gutachter vorgenommene Schlussfolgerung ist ausführlich begründet. So zeigte er in nachvollziehbarer Weise auf, dass bei der Beschwerdeführerin diagnostisch zwar ein chronifiziertes Zervikocephalsyndrom bei einem myofaszialen Schultergürtelsyndrom besteht, dieses jedoch aktuell aufgrund verbesserter Funktionalität keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bewirkt. Überdies machte der Gutachter darauf aufmerksam, dass eine unfall-traumatisch bedingte Hirnläsion ausgeschlossen ist und die in den bisher durchgeführten neuropsychologischen Testungen nachgewiesenen Funktionsstörungen demzufolge nicht Ausdruck einer Hirnschädigung sind. Schliesslich begründete der Gutachter einlässlich und sorgfältig, dass sowohl anlässlich der neurologischen als auch anlässlich der psychiatrischen Begutachtung am Y. keine klinischen Hinweise für neurokognitive Funktionsstörungen objektiviert werden konnten. Da solche auch nicht in Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall zu erwarten sind, sah der Gutachter zu Recht keine Indikation für eine erneute neuropsychologische Abklärung. Einleuchtend ist in diesem Zusammenhang auch seine Argumentation bezüglich der nicht vorgenommenen Kontaktaufnahme mit der früher behandelnden Psychologin aufgrund der unauffälligen psychopathologischen Befunde und der fehlenden fachärztlichen Behandlung trotz attestierter psychiatrischer Problematik.

Aus dem Umstand, dass die Teilgutachterin med. pract. O. ihre medizinische Ausbildung sowie ihre Fachausbildung in Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland erworben hat, kann entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin nichts abgeleitet werden, was ihre Beurteilung umzustossen vermöchte. In den Jahren 2004 und 2006 wurden ihr die Ausbildung und Fachausbildung für die Schweiz anerkannt (Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit

<http://www.medregom.admin.ch>), womit sie durchaus über die nötige fachliche und formale Qualifikation verfügt.

Das Gutachten genügt damit den an ein solches gestellten Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, weshalb darauf abzustellen ist.

5.3 Auf die Berichte von Dr. I. ___ sowie des psychotherapeutischen Ambulatoriums N. ___ vom 27. April 2011, wonach der Zustand der Beschwerdeführerin trotz der vielen Behandlungen langfristig nicht habe verbessert, sondern lediglich habe stabilisiert werden können, kann - entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin - nicht abgestellt werden. Die darin genannte Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode entbehrt einer Grundlage im beschriebenen Befund. Es war nicht möglich, eine psychische Störung mit entsprechenden objektivierbaren Befunden überhaupt noch festzustellen. So ist auch in psychiatrischer Hinsicht eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Zusammenfassend wurden keine neuen objektiven Erkenntnisse vorgebracht, welche die ausserjährlich begründete Beurteilung im Y. ___-Gutachten umstossen könnten.

5.4 Bezüglich der Kritik an der Gutachterstelle Y. ___ bleibt zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin bereits mit der ursprünglichen Gutachterstelle P. ___ nicht einverstanden war und ihrem Anliegen, die Abklärungen an einem anderen Institut durchzuführen, stattgegeben wurde (vgl. Urk. 7/73-74, Urk. 7/80, Urk. 7/104 S. 2 Mitte). Sodann wurde am 2. September 2009 eine Zwischenverfugung (Urk. 7/91) über die Notwendigkeit der medizinischen Abklärung und die Wahl der Abklärungsstelle erlassen, welche unangefochten in Rechtskraft erwuchs. Die Beschwerdeführerin erklärte sich demnach mit der Abklärungsstelle als einverstanden. Eine Befangenheit respektive Voreingenommenheit einzelner Gutachter oder der Gutachterstelle bezüglich HWS-Distorsionen kann deshalb nicht weiter geltend gemacht werden. Daran vermag auch die von der Beschwerdeführerin beigelegte Evaluation von zehn Gutachten (Urk. 3/6) nichts zu ändern.

5.5 Somit ist gestützt auf das Y. ___-Gutachten vom 18. Dezember 2010 (Urk. 7/99) davon auszugehen, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen und die Beschwerdeführerin nunmehr zu 100 % arbeitsfähig ist.

Die Ermittlung des Invaliditätsgrades mittels Einkommensvergleichs (Urk. 2 S. 2) wurde von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet. Es bestehen keine Anhaltspunkte, die auf eine Fehlerhaftigkeit der Invaliditätsbemessung (vgl. Urk. 7/103) schliessen lassen würden, so dass sich weitere Ausführungen dazu erübrigen.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht eine revisionsrelevante Sachverhaltsänderung angenommen und beim neu bestimmten Invaliditätsgrad von 8 % einen weiteren Rentenanspruch verneint hat. Die Beschwerdeführerin hat in Übereinstimmung mit Art. 88 bis Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) die Rentenaufhebung auf den ersten Tag des zweiten der Zustellung der angefochtenen Verfugung vom 23. März 2012 folgenden Monats verfügt.

Die angefochtene Verfugung ist daher zu bestätigen, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

6. Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- 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. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Peter Kaufmann

- 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.