

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00559 vom 23. Dezember 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00559

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00559 du 23 décembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00559 del 23 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1

Die 1969 geborene X.____ bezog ab Februar 2007 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung (Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 6. Oktober 2008 [Urk. 7/80] sowie Urteil IV.2008.01099 des hiesigen Gerichts vom 30. Juni 2010 [Urk. 7/118]; vgl. auch die Neuberechnungen der Rente am 26. Mai 2009 [Urk. 7/104], 11. März 2010 [Urk. 7/11] und 5. April 2012 [Urk. 7/166]). Zwei Gesuche um Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung wurden mit Verfügungen vom 20. Mai 2009 (Urk. 7/102) und 23. März 2011 (Urk. 7/132) abgewiesen.

Am 28. Mai 2010 leitete die IV-Stelle eine Rentenrevision ein (Urk. 7/112). Im Rahmen der medizinischen Abklärungen beauftragte sie die MEDAS Y.____ mit einer Begutachtung (Urk. 7/135, Urk. 7/137). Die von der Beschwerdeführerin gegen die vorgesehene Begutachtung erhobene Beschwerde wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil IV.2011.00471 vom 31. Mai 2011 abgewiesen (Urk. 7/138). Am 15. November 2011 erstattete die MEDAS ihr Gutachten (Urk. 7/150). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (Urk. 7/155 ff.) nahmen die MEDAS-Gutachter mit Schreiben vom 20. März 2012 zu den von der Beschwerdeführerin erhobenen Einwendungen Stellung (Urk. 7/164). Mit Verfügung vom 15. Mai 2012 hob die IV-Stelle die bisher ausgerichtete Rente auf (Urk. 2).

E. 1.1

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). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; 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).

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).

E. 1.2

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).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers 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).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist 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 notwendig 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 auszureichende 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.). 2.

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer allfälligen anspruchserheblichen Änderung bildet vorliegend die mit Urteil IV.2008.01099 des hiesigen Gerichts vom 30. Juni 2010 bestätigte rentenzusprechende Verfügung vom 6. Oktober 2008 (Urk. 7/80).

Diese Rentenzusprechung beruhte aus somatischer Sicht auf den

Diagnosen eines linksseitigen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms bei Diskusprotrusion L4/5 mit intraforaminaler Hernie L4/5 links und leichten Diskusprotrusionen L3/4 sowie L5/S1, einer neuropathischen/neuralgieformen Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Unterbauches und der Leistenregion mit Neuropathie der Nerven ilioinguinalis und iliohypogastricus bei Status nach Koagulation dieser beiden Nerven im Februar 2006 (ICD-10 G58.9) und Status nach Sectio

caesarea am 8. November 2004 (ICD-10 O82.0z). In psychiatrischer Hinsicht wurde gestützt auf das von der Beschwerdegegnerin damals eingeholte Y.____-Gutachten vom 22. Januar 2008 (Urk. 7/44) eine Schmerzstörung angenommen. Weiter wurde als erstellterachtet, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als hauswirtschaftliche Mitarbeiterin in einem Altersheim aus körperlicher Sicht nicht mehr zumutbar war. Eine körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit war jedoch mit einer infolge

des aus neurologischer Sicht schmerzbedingt erhöhten Pausenbedarfs auf 70 % reduzierten Leistung bei ganztägiger Präsenz zumutbar (Urk. 7/44 S. 17, Urk. 7/68 sowie Urteil IV.2008.01099 des hiesigen Gerichts vom 30. Juni 2010 E. 3.1- 3.2 und E. 3.5 am Ende). 3.

E. 2

Dagegen führt X.____ Beschwerde mit folgendem Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2): 1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Mai 2012 sei aufzuheben.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin habe der Beschwerdeführerin eine ganze Rente auszurichten.

E. 2.2

Eventualiter sei ein medizinisches Gerichtsgutachten einzuholen.

E. 2.3

Subeventualiter habe die Beschwerdegegnerin ein neues psychiatrisches Gutachten einzuholen.

E. 3

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung durchzuführen.

E. 3.1

In der angefochtenen Verfügung vom 15. Mai 2012 ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 15. November 2011 von einer seit der Begutachtung im September 2011 bestehenden vollen Arbeitsfähigkeit für leichte adaptierte Tätigkeiten aus (Urk. 2, Urk. 7/154 S. 5).

E. 3.2

Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin

in erster Linie geltend, es sei keine revisionsrechtlich relevante gesundheitliche Verbesserung nachgewiesen worden. Vielmehr werde eine solche vom psychiatrischen Konsiliararzt verneint, weshalb eine andere medizinische Einschätzung des gleich gebliebenen gesundheitlichen Zustandes vorliege (Urk. 1 S. 5-7, Urk. 16). Daneben rügte sie verschiedene weitere Mängel des MEDAS-Gutachtens (Urk. 1 S. 7 ff.) und verneinte die Voraussetzungen für eine wiedererwägungsweise Rentenaufhebung (Urk. 16 S. 2).

E. 3.2.2

sowie

Bundesgerichtsurteile 9C_458/2008 vom 23. September 2008 E.

E. 3.3

Die Beigeladene stellt sich ihrerseits auf den Standpunkt, dass dem beweiskräftigen MEDAS-Gutachten vom 15. November 2011 Ausführungen zum verbesserten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ab September 2011 klar und nachvollziehbar zu entnehmen seien. So habe sich die Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin beziehungsweise eine andere mittelschwere Tätigkeit von 0 % auf 50 % und die Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten von 70 % auf 100 % verbessert (Urk. 12 S. 10 f.).

E. 4

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Juli 2012 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin am 9. Juli 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Mit Verfügung vom 3. September 2013 wurde der Kanton Zürich, handelnd durch die eine Berufsinvalidenrente ausrichtende BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich, zum Prozess beigegeben (Urk. 9). In seiner Stellungnahme vom 10. Oktober 2013 schloss der Beigeladene auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 12). Mit Eingabe vom 17. Oktober 2013 äusserte sich die Beschwerdeführerin zur Stellungnahme des Beigeladenen ohne neue Anträge zu stellen. In prozessualer Hinsicht zog sie den Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung zurück (Urk. 16). Am 15. November 2013 teilte die Beschwerdegegnerin ihren Verzicht auf eine weitere Stellungnahme mit (Urk. 19). Die Rechtsschrift wurde am 18. November 2013 der Beschwerdeführerin und dem Beigeladenen zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 20). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

und 9C_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5) . 5. 5

Im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung ist schliesslich die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese entscheidend. Eine Fremdanamnese und Auskünfte der behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten (Urk. 1 S. 9) sind häufig wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich (Bundesgerichtsurteil 8C_308/2012 vom 29. Mai 2012 E. 4.3.4 mit Hinweisen). Die Notwendigkeit fremdanamnestischer Auskünfte im Einzelfall ist in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens (Bundesgerichtsurteil 9C_939/2012 vom 5. September 2013 E. 2.2.1) . Vorliegend ist nicht ersichtlich, dass die gutachterlichen Schlussfolgerungen auf einer diesbezüglich unzureichenden Grundlage beruhen . Vielmehr konnte der psychiatrische Gutachter der MEDAS neben der ausführlichen im Beisein einer Dolmetscherin erhobenen Anamnese auf umfangreiche medizinische Unterlagen zurückgreifen , welche bis ins Jahr 2004 zurück reichen . Es sind auch keine Anhaltspunkte ersichtlich für die Notwendigkeit einer Überprüfung der Korrektheit der von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben durch Befragung von Angehörigen, weshalb sich weitere fremdanamnestische Abklärungen nicht aufdrängen. Somit ist das MEDAS- Gutachten vom 15. November 2011 auch in dieser Hinsicht klar und nachvollziehbar.

E. 4.2

, 8C_266/2012 vom 2. Juli 2012 E.

E. 4.3

Im MEDAS -Gutachten vom 15. November 2011 wurde folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/150 S. 30): - Status nach Narbenrevision mit Koagulation des Nervus

ilioinguinalis und Nervus

iliohypogastricus links mit persistierenden Schmerzen und Hypästhesie (ICD-10 G58.9) - Status nach Sectio am 8. November 2004 (ICD-10 O82.0Z)

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen die Gutachter dagegen folgenden Diagnosen zu (Urk. 7/150 S. 30): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - leichtgradige

normochrome

normozytäre Anämie (ICD-10 D64.0) - bei anamnestisch Hypermenorrhö - degeneratives Syndrom der Lendenwirbelsäule (ICD-10 M54.5) ohne radikuläre Beteiligung

Laut Gutachten klagt die Beschwerdeführerin über im Vordergrund stehende linksseitige Unterbauchschmerzen sowie zunehmende linksseitige Leisten schmerzen . Weiter bestünden Bandscheibenschmerzen, lumbale Schmerzen

und seit etwa einem Jahr Nackenschmerzen. Auf Nachfrage habe die Beschwerdeführerin eine Kraftlosigkeit im Bereich des linken Knies und des Fusses sowie Sensibilitätsstörungen im linken Bein angegeben (Urk. 7/150 S. 15 f.).

In der orthopädischen Untersuchung habe sich eine normale Beweglichkeit der Wirbelsäule in sämtlichen Abschnitten wie auch an den oberen und unteren Extremitäten bei guter Kraftentfaltung gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei mit zwei Gehstöcken erschienen, bei denen auf ebenem Terrain allerdings kein entlastender Effekt sichtbar geworden sei. Der zu Beginn sehr unsicher wirkende Barfußgang ohne Stöcke habe sich kontinuierlich verbessert. Bei der Untersuchung des Rumpfes habe sich eine erhebliche Selbstlimitation gezeigt, indem im Stehen ein Finger-Boden-Abstand von 48 cm gemessen worden sei, im Langsitz jedoch die Fingerspitzen bis zu den Zehen entsprechend einem relativen Finger-Boden-Abstand von 0 cm hätten geführt werden können. Auf orthopädischer Ebene könnten die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden nicht erklärt werden. Gesamthaft entstehe der Eindruck einer ausgeprägten nicht-organischen Überlagerung im Sinne eines chronischen Schmerzerlebens , dessen Ursache allerdings kaum auf der Ebene des Bewegungsapparates zu finden sein dürfte . Im Vergleich zur letzten Begutachtung im gleichen Institut hätten sich auf der Ebene des Bewegungsapparates objektiv keine Veränderungen ergeben. Die Beschwerdeführerin berichte zwar über weiterhin bestehende lumbale Rückenschmerzen und zusätzlich aufgetretene Nackenschmerzen, für die sich jedoch kein klinisches Korrelat finden lasse. Die Funktionalität des Rumpfes und des Nackens sei in abgelenkter Situation absolut unauffällig und die von der Beschwerdeführerin demonstrierten Einschränkungen bei der fokussierten Untersuchung seien dementsprechend am ehesten im Sinne einer Selbstlimitation zu interpretieren. Aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe für die Tätigkeit in der Hauswirtschaft wie auch für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere adaptierte Tätigkeit eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Dabei sollte Heben und Tragen von 10 kg, ausnahmsweise von 15 kg , vermieden werden. Für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe dagegen aufgrund der allgemeinen körperlichen Konstitution eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/150 S. 2)

E. 4.4

Vom 6. bis zum 21. Februar 2012 war die Beschwerdeführerin im B. ___ hospitalisiert. Laut Austrittsbericht vom 24. Februar 2012 suchte sie bei in der Nacht akut exazerbierten Schmerzen im linken Unterbauch den Notfall auf. Nach initialer chirurgischer und gynäkologischer Beurteilung sei die Aufnahme auf die medizinische Klinik bei chronischer Schmerzsymptomatik ohne neuen Fokus erfolgt . Eine Schmerzursache habe nicht eruiert werden können (Urk. 7/168 S. 2). Es wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 7/168 S. 1): - therapieresistentes, invalidisierendes Schmerzsyndrom bei Status nach Sektio 2004 - Status nach Narbenrevision und Koagulation des Nervus

ilioinguinalis und ilio hypo gastricus bei Verdacht auf Narbenneurinom - regelrechte Computertomographie des Abdomens, leichte Koprostase (6. Februar 2012) - bekannte

LWS-Veränderungen - Diskusprotrusion L4/5, kleine intraforaminale Hernie L4/5 links (MRI Mai 2006) - leichte Diskusprotrusion L3/4 und L5/S1, beginnende Fazettengelenksarthrosen L3- S1 - aktuell: keine Kompression neuronaler Strukturen (CT 6. Februar 2012) - normochrome, normozytäre Anämie - Differentialdiagnose: Substratmangel, im Rahmen der Metrorrhagie - aktuell: Beginn Substitution von Vitamin B12, Folsäure und Eisen - leichte Hypokaliämie - multiple Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten - Remeron, Tramal, Zymbalta, Buscopan, Novalgin, klinische Reaktion: Urticaria - Gardenelleninfektion vaginal - Therapie mit Vagi-Hex für sieben Tage - Zusatzbehandlung, Differenzialdiagnose Ovulationsblutung 16. Februar 2012 - Status nach Metrorrhagien sowie starker Dysmenorrhoe (Oktober 2011) - Status nach HSK und Kürettage am 15. November 2011: polypoides

Endometrium histologisch ohne Hinweis für Dysplasie, Atypien oder Malignität - Status nach PAP III, ASCUS/AGUS September 2011, September 2008, Mai 2008 - Status nach PAP IIw Oktober 2009, Mai 2009, Januar 2009, Januar 2008 - HPV high risk positive

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit äusserten sich die berichtenden Spitalärzte nicht.

E. 5

ff., S. 31).

Aus neurologischer Sicht fänden sich ein normaler Reflexstatus sowie keine Hinweise auf das Vorliegen motorischer Ausfälle. Die bei der Untersuchung beklagten Beschwerden gingen deutlich über die Versorgungsgebiete des Nervus

ilioinguinalis und des

Nervus

iliohypogastricus hinaus. Betreffend die angegebene Hypästhesie am gesamten linken Bein fehlten eben falls Hinweise auf eine Läsion eines peripheren Nervs oder einer Wurzel. Letztendlich sei von wesentlichen funktionellen Komponenten auszugehen. Die bewusstseinsnahe funktionelle Ausgestaltung (so das unterschiedliche Ergebnis bei der expliziten Lasègue-Prüfung und der Prüfung unter Ablenkung) stehe ganz im Vordergrund. Ein kleiner organischer Kern mit Hyp- und Dysästhesien im Versorgungsgebiet der Nerven ilioinguinalis und iliohypogastricus möge dabei mit bestehen. Dies falle aber funktionell nicht ins Gewicht. Auch betreffend

das kernspintomographisch beschriebene degenerative Syndrom der Lendenwirbelsäule ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine relevante Wurzelbeteiligung. Aus neurologischer Sicht bestesie lediglich für körperlich schwere Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dagegen bestesie für Tätigkeiten als Reinigungskraft wie auch für andere mittelschwere Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Körperlich leichte Tätigkeiten könnten der Beschwerdeführerin jedoch ganztags voll zugemutet werden (Urk. 7/150 S. 29 ff.).

Aus psychiatrischer Sicht könne der Beschwerdeführerin keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden. Mit Ausnahme einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Eine psychiatrische Komorbidität liege somit nicht vor. Die gelegentlich auftretenden, leichten depressiven Verstimmungen seien im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen. Sie seien zu wenig ausgeprägt, um eine eigenständige Diagnose einer Depression stellen zu können. Die Beschwerdeführerin habe

nach wie vor eine sehr gute Beziehung zu ihrem Ehemann und ihren vier Kindern. Die nächtlichen Schlafstörungen hingen damit zusammen, dass sie sich tagsüber immer wieder hinlege und den Alltag passiv gestalte. Mehrmals täglich unternahme sie kürzere Spaziergänge. Sie freue sich am Zusammensein mit ihren Kindern und pflege an den Wochenenden zahlreiche soziale Kontakte, die sie genieße. Bei starken Schmerzen beklage sie einen gewissen Lebensverdruss, distanziere sich aber klar von Suizidgedanken. Hinweise auf das Vorliegen eines sozialen Rückzugs, schwerer lebensgeschichtlicher Belastungen, unbewusste Konflikte wie auch eine Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fänden sich nicht. Dass bis dahin alle therapeutischen Bemühungen gescheitert seien, hänge wesentlich damit zusammen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um ihre Genesung zu bemühen und den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen (Urk. 7/150 S. 21 und S. 31 f.).

Aus allgemeininternistischer Sicht fänden sich keine zusätzlichen Befunde und Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht für körperlich schwere Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Dagegen bestehe für die Tätigkeit als Reinigungskraft wie auch für jede andere mittelschwere Tätigkeit eine 50%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten unter Wechselbelastung könne der Beschwerdeführerin eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% attestiert werden (Urk. 7/150 S. 32).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Gutachter davon aus, dass die oben festgelegte Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht spätestens ab Sommer 2011 definitiv zu bestätigen sei. Die Symptomausweitung habe aus neurologischer Sicht seit dem letzten MEDAS-Gutachten deutlich zugenommen, der organische Kern sei nicht mehr sicher zuordenbar, so dass sich objektiv eine leichte Verbesserung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht ergeben habe. Aus Sicht des Bewegungsapparates sei nicht erkennbar, dass die Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten gemäss dem oben beschriebenen Profil in der Vergangenheit jemals während längerer Zeit relevant eingeschränkt gewesen wäre. Aus psychiatrischer Sicht bestünden ebenfalls keine Hinweise darauf, dass die Arbeitsfähigkeit in den vergangenen Jahren jemals eingeschränkt gewesen sei. Hinweise auf eine längerdauernde mittelgradige oder schwere depressive Episode fänden sich rückwirkend nicht (Urk. 7/150 S. 32).

E. 5.1

Der Beschwerdeführer ist insoweit zuzustimmen, als das MEDAS-Gutachten vom 15. November 2011 wie jedes Administrativgutachten im Sozialversicherungsverfahren auf einer Momentaufnahme beruht, während die Ärzte und Therapeuten des A.____ sie seit mehreren Jahren behandeln bzw. kennen (Urk. 1 S.).

E. 5.2

Aus somatischer Sicht fällt zunächst auf, dass die ausgeprägte neuropathische/neuralgiforme

Schmerzsymptomatik im sensiblen Versorgungsgebiet der Nerven ilioinguinalis und iliohypogastricus links

laut MEDAS-Gutachten vom 22. Januar 2008 noch gut nachvollzogen werden konnte. Auch vermochten die Gutachter hinsichtlich der bereits damals geklagten messerstichartigen Schmerzen im gesamten linken ventralen Oberschenkel bei kernspintomographischem Nachweis einer intraforaminalen Diskushernie L4/5 links eine radikuläre sensible Ausfallsymptomatik nicht mit Sicherheit auszuschliessen, was sie mit der Differentialdiagnose einer radikulären Symptomatik der Nervenwurzel L3/4 links zum Ausdruck brachten.

Infolge dieser Schmerzen wurde der Beschwerdeführerin ein erhöhter, die Leistungsfähigkeit um 30 % einschränkender

Pausenbedarf zuerkannt (Urk. 7/44 S. 14, S. 16 f.).

Demgegenüber ergaben die orthopädische und die neurologische Untersuchung in der MEDAS im September 2011 verschiedene Diskrepanzen, welche die Gutachter zu Recht als über das bereits 2008 festgestellte Ausmass hinausgehende

Schmerzausweitung interpretierten.

So benutzt die nun die Beschwerdeführerin ausser Haus Gehstöcke, jedoch ohne ersichtliche Entlastung (Urk. 7/150 S. 25). Auch wies ihr Verhalten während der orthopädischen und der neurologischen Untersuchung auf eine (mindestens bewusstseinsnahe)

Selbstlimitierung hin (vgl. insbesondere Barfussgang, Finger-Boden-Abstand und Lasègue-Test).

Ausserdem konnte die 2008 noch als Differenzialdiagnose aufgeführte und bei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit mitberücksichtigte

radikuläre Beteiligung nun verneint werden (Urk. 7/150 S. 30). Auch im Bericht des B.____ vom 24. Februar 2012

wurde eine aktuelle Kompression neuronaler Strukturen gestützt auf eine am 6. Februar 2012 durchgeführte Computertomographie klar ausgeschlossen (Urk. 7/168 S. 1). Damit bleiben auch die von der Beschwerdeführerin angegebenen

neuralgiformen Schmerzen im linken Oberschenkel ohne medizinische Erklärung. Die verbleibenden objektivierbaren Beschwerden stellen aktuell im Vergleich zu den Schmerzangaben ohne medizinisches Substrat einen derart schwindend kleinen Anteil dar, dass sie nachvollziehbarerweise keinen schmerzbedingt erhöhten Pausenbedarf und damit keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 30 % mehr zur rechtfertigen vermögen. Die vom neurologischen MEDAS-Gutachter auf die deutliche Zunahme

der Symptomausweitung zurückgeführte Verbesserung leuchtet somit ein. 5. 3

Hinsichtlich der

im A.____

(Urk. 7/124 sowie Stellungnahme vom 30. Januar 2012 [Urk. 7/159]) diagnostizierten depressiven Störung ist festzuhalten, dass eine depressive Entwicklung selbst bei Vorliegen einer definitionsgemäss vorübergehenden mittelgradigen Episode nicht die nötige Intensität, Ausprägung und Dauer aufweist, um als eigenständige Krankheit betrachtet zu werden. Eine mittelgradige depressive Episode stellt sodann rechtsprechungsgemäss grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare

andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens dar. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten grundsätzlich auch als therapeutisch angebar (Bundesgerichtsurteil 9C_302/2012 vom 13. August 2012 E. 4.3.2 mit Hinweisen [nicht publ. in: BGE 138 V 339

]). Selbst dem nach einer zweiwöchigen Hospitalisation im B.____ verfassten Bericht vom 24. Februar 2012 (Urk. 7/168) lassen sich keine Anhaltspunkte für eine schwerwiegende depressive Erkrankung entnehmen, weshalb an der psychiatrischen Beurteilung im MEDAS-Gutachten vom 15. November 2011 nicht zu zweifeln ist. 5. 4

Ins Leere stösst überdies die Kritik, das Gutachten entspreche nicht dem AMDP System und zur Abklärung sei weder ein Test nach dem Beck-Depressions-Inventar noch eine nach der Hamilton-Depressionskala durchgeführt worden (Urk. 1 S. 7 f.), da die Rechtsprechung solchen Testverfahren höchstens ergänzende Funktion zuerkennt, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibt (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] I 391/06 vom 9. August 2006 E.

E. 5.6

Anders als die behandelnden Ärzte des A.____ sprachen die Gutachter der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ab. Rechtsprechungsgemäss ist dabei entscheidend, ob die betroffene Person, von ihrer psychischen Verfassung her besehen, objektiv an sich die Möglichkeit hat, trotz ihrer subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4 mit Hinweisen). Hinsichtlich der Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern könnten, würde es selbst der im A.____ diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode an der erforderlichen (erheblichen) Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer fehlen, damit angenommen werden könnte, dass es sich dabei um ein selbständiges Leiden und nicht lediglich um eine reaktive Begleiterscheinung der Schmerzverarbeitungsstörung handelt. Zwar ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführer in insbesondere seit dem krankheitsbedingten Verlust der Arbeitsstelle wichtige soziale Kontakte verloren hat. Doch kann angesichts der bei der psychiatrischen Begutachtung angegebenen regelmässigen Kontakte mit zahlreichen Kolleginnen und der Teilnahme am Familienleben (Urk. 7/150 S. 19) nicht von einem schwerwiegenden, nahezu umfassenden sozialen Rückzug mit gleichsam apathischem Verharren in sozialer Isolierung gesprochen werden. Ferner besteht im Lichte der Aktenlage kein Grund zur Annahme eines ausgeprägten, therapeutisch nicht mehr angehbaren primären Krankheitsgewinns; ein sekundärer Krankheitsgewinn (Schmerz etwa als Entlastung von Pflichten) wäre hingegen rechtlich unbeachtlich. Schliesslich wiegt der Umstand, dass die Behandlungsergebnisse trotz wiederholter, längerer Therapieversuche insgesamt nicht wie erhofft ausfielen, in Würdigung der Gesamtsituation nicht derart schwer, dass dies zusammen mit dem inzwischen chronifizierten

Krankheitsverlauf die Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung rechtfertigen lässt. Aus rechtlicher Sicht sprechen somit nach wie vor keine hinreichenden Gründe dafür, dass die psychischen Ressourcen der Beschwerdeführerin nicht erlaubten, trotz ihrer Schmerzen eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit auszuüben. 5. 7

Auch erfüllt das MEDAS -Gutachten vom 15. November 2011 die weiteren Anforderungen an eine beweistaugliche beziehungsweise beweiskräftige medizinische

Entscheidungsgrundlage: Es beruht auf einer eingehenden orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchung, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, setzt sich mit diesen und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander was gerade bei der festgestellten Symptomausweitung von Bedeutung ist und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge so wie in Bezug auf die gezogenen Schlussfolgerungen ein.

Demgegenüber haben sich die behandelnden Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Deren Berichte verfolgen nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die von der Rechtsprechung aufgestellten materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Sodann ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass sie mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Dies gilt für den Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (vgl. etwa EVG-Urteil vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4 mit Hinweisen). Dadurch lässt sich die Diskrepanz zwischen den Einschätzungen der MEDAS-Gutachter einerseits und derjenigen des Hausarztes Dr. Z. ___ sowie der Ärzte des A. ___ andererseits erklären, die der Beschwerdeführer in durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren.

E. 5.8

Schliesslich kann das Vorbringen, die Abgeltung des Gutachtens aus Mitteln der Invalidenversicherung führe zu einer Befangenheit der MEDAS, nicht gehört werden (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7). Soweit die Beschwerdeführer in trotz dieser eindeutigen Stellungnahme durch das Bundesgericht dennoch auf eine Befangenheit infolge wirtschaftlicher Abhängigkeit des Y. ___ als Institution von der IV-Stelle schliessen will (Urk. 1 S. 11), kann ohne weitere Ausführungen auf die aktuelle Rechtsprechung verwiesen werden.

E. 5.9

Die Beschwerdegegnerin hat demzufolge zu Recht auf das MEDAS-Gutachten vom 15. November 2011 abgestellt und ist davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführer in spätestens ab September 2011 für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig ist. 6.

Bezüglich der erwerblichen Gewichtung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ging die Beschwerdegegnerin von dem im Urteil IV.2008.01099 des hiesigen Gerichts vom 30. Juni 2010 (E. 4.2; Urk. 7/118) auf Fr. 55'341. festgesetzten Valideneinkommen aus und passte es der bis ins Jahr 2011 eingetretenen Nominallohnentwicklung an. Das Invalideneinkommen ermittelte sie anhand der statistischen Löhne für Dienstleistungen unter Vorname eines leidensbedingten Abzuges von 10 % (Urk. 2 S. 2). Dieses Vorgehen und der damit errechnete Invaliditätsgrad von 18 % sind nicht zu beanstanden und wurden von der Beschwerdeführerin denn auch nicht gerügt. Damit sind die Voraussetzungen für die revisionsweise Aufhebung der bisher ausgerichteten Viertelsrente erfüllt. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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 zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christian Haag - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich, Stampfenbachstrasse 63, Postfach, 8090 Zürich - 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubMeier-Wiesner

E. 8

). Es ist jedoch Wesensmerkmal einer jeden Begutachtung, dass sie nicht auf einem derart langen Beobachtungszeitraum beruhen kann wie die Berichte behandelnder Ärzte, ohne dass dies allein ihrem Beweiswert abträglich wäre (Bundesgerichtsurteil 9C_866/2012 vom 21. November 2012 E. 3.2.1). Vielmehr verschaffen die interdisziplinäre Aus richtung der MEDAS, die auf umfassender, die Teilergebnisse verschiedener me dizi nischer Disziplinen integrierender Grundlage beruhende Einschätzung der Leistungs fähigkeit, die mitunter schwierige Abgrenzung von invaliditätsfremden Faktoren, sowie die auf die IV spezifischen Tatfragen zugeschnittenen Schluss folgerungen dem Gutachten vom 15. November 2011 einen entscheidenden Vorteil gegenüber den Berichten der behandelnden Ärzte, welche aus therapeu tischen Zusammenhängen erstattet wurden (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 1.2.4 mit Hinweisen).

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