

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00956 vom 13. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00956

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00956 du 13 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00956 del 13 settembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [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. 1.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitssituation erzielen könnte (sogenanntes

Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes

Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

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. 2

Gegen diese Verfügung (Urk. 2) liess X.____ am 14. September 2012 mit folgenden Anträgen Beschwerde erheben (Urk. 1 S. 2): „Die Verfügung der SVA Zürich, IV-Stelle, vom 9. August 2012 sei aufzuheben. Der Beschwerdeführerin sei die bisherige Invalidenrente zu belassen, eventualiter sei ihr zumindest eine halbe Rente zuzusprechen. Subeventualiter seien Gutachten zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin (polydisziplinär) und zur körperlichen und beruflichen Leistungsfähigkeit (EFL) beziehungsweise zur Einsetzbarkeit auf dem Arbeitsmarkt einzuholen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“

Die IV-Stelle schloss am 15. Oktober 2012 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6) und teilte am 4. April 2013 ihren Verzicht auf eine Stellungnahme zu den von der Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 12. März 2013 (Urk. 9) eingereichten medizinischen Berichten (Urk. 10/1-2) mit (Urk. 12).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die IV-Stelle begründete die Rentenaufhebung im Wesentlichen – unter Hinweis auf die Stellungnahme des Z.____ vom 18. April 2012 (Urk. 7/87 S. 2 f.) – damit, dass die Beschwerdeführerin infolge einer Verbesserung des Gesundheitszustandes wieder in der Lage sei, vollzeitlich einer leidensangepassten Tätigkeit nachzugehen und damit ein 6 % unter dem Valideneinkommen liegendes Salär zu erzielen (Urk. 2 S. 2, Urk. 6).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, ihr Gesundheitszustand habe sich weder in physischer noch in psychischer Hinsicht wesentlich verändert (Urk. 1 S. 4, Urk. 9 S. 2). Die IV-Stelle habe den medizinischen wie auch den beruflichen Sachverhalt ungenügend abgeklärt und bei der Ermittlung des Invalideneinkommens überdies einen zu geringen leidensbedingten Abzug gewährt (Urk. 1

S. 5 f. , Urk. 9 S. 2). Die Renten aufhebung sei daher zu Unrecht erfolgt (Urk. 1 S. 6 f.).

E. 3

1.

E. 3.1.1

Die am 16. Juni 2011 mit Wirkung ab 1. April 2010 verfügte ganze Rente (vgl. Urk. 1 S. 3, Urk. 7/73) beruhte im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Berichten:

Die die Versicherte seit dem 9. November 2005 behandelnden (Urk. 7/14 S. 2) Ärzte des A.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, stellten am 23. Mai 2007 folgende, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen (Urk. 7/14 S. 1): - Milde undifferenzierte Spondylarthropathie (Erstdiagnose Mai 2007) mit/bei - stetig leicht erhöhter humoraler Aktivität (CRP 7-15 mg/l, BSR 19 mm/h) - Synovitis der Sternoclaviculargelenke beidseits (MRI vom 9. Mai 2007) - sekundärem generalisiertem myofaszialen Schmerzsyndrom - Gonarthrose beidseits - Rezidivierende Migräne - Epicondylopathia

humeri

lateralis beidseits, rechtsbetont; Differentialdiagnose: im Rahmen der Spondylarthropathie

In der angestammten Tätigkeit als Reinigungsangestellte sei die Beschwerdeführerin seit dem 25. Januar 2006 zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 7/14 S. 2). Die Belastbarkeit lasse sich mittels einer geeigneten Basistherapie noch steigern (Urk. 7/14 S. 3). Eine berufliche Umstellung erscheine aufgrund des schlechten Ausbildungsstandes und der sprachlichen Fähigkeiten nicht als realistisch. Zwar handle es sich bei der ausgeübten Reinigungstätigkeit um eine körperlich schwere Arbeit, aufgrund der Unterstützung der im gleichen Unternehmen arbeitenden Tochter lasse sich die 50%ige Restarbeitsfähigkeit allerdings erhalten. Indem sich die Patientin einer medikamentösen sowie intermittierend einer ambulanten physikalischen Therapie und rezidivierenden Untersuchungen unterziehe, nehme sie sämtliche Behandlungsmöglichkeiten wahr (Urk. 7/14 S. 4).

E. 3.1.8

Gestützt auf die Ergebnisse ihrer am 6. und 20. Mai sowie am 18. Juni 2010

unter Beizug einer Dolmetscherin (Urk. 7/56 S. 17) - durchgeführten Untersuchungen sowie die eingeholten fremdanamnestischen Auskünfte stellten die Ärzte der Y.____ in ihrem Gutachten vom 15. Juli 2010 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/56 S. 27): - Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, ICD-10 F32.2 - Milde undifferenzierte Spondylarthropathie mit/bei - stetig leicht erhöhter humoraler Aktivität - Synovitis der Sternoclaviculargelenke beidseits - sekundärem Fibromyalgiesyndrom - Karpaltunnelsyndrom rechts, Status nach Neurolyse rechts mit leichter postoperativer Funktionseinschränkung - Karpaltunnelsyndrom links, beginnend - Gonarthrose beidseits - Migränöse Kopfschmerzen - Synkopale Anfälle ungeklärter Ätiologie; Differentialdiagnose: orthostatisch,

vasovagal, psychogen

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten folgende Diagnosen (Urk. 7/56 S. 27): - Psychologische oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, ICD-10 F54 - Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung, ICD-10 Z60.3 - Essattacken bei

anderen psychischen Störungen, ICD-10 F50.4 - Arterielle Hypertonie - Adipositas - Hepatitis B-Trägerin

Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Putzfrau aufgrund der depressiven Erkrankung eine Restarbeitsfähigkeit von maximal 20 % (anderthalb Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche) . Unter Berücksichtigung auch der somatischen Beschwerden sei indes von der 100%igen Arbeitsunfähigkeit als Putzfrau und von einer etwa 75%igen Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Haushaltsbereich auszugehen. Es sei der Beschwerdeführerin ausschliesslich noch zumutbar – im Pensum von höchstens 25 % , - im geschützten Rahmen tätig zu sein (Urk. 7/56 S. 28 f.). Aufgrund der Akten sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit Sommer 2005 graduell von 50 % auf 0 % und die Leistungsfähigkeit im Haushaltsbereich zwischen 2007 und anfangs 2010 von 75 % auf 25 %

abgenommen habe (Urk. 7/56 S. 30).

Auf entsprechende Nachfrage der IV-Stelle hin hielten die Ärzte der Y.____ am 8. September 2010 fest, es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit ab 2007 noch zu 50 %, ab 2008 zu 40 %, ab 2009 zu 30 % und seit Januar 2010 zu 0 % arbeitsfähig sei. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei von einem Restarbeitsfähigkeitsgrad von 80 % ab 2007, von 70 % ab 2008, von 50 % ab 2009 und von 25 % seit Januar 2010 auszugehen (Urk. 7/61 S. 1).

E. 3.2.1

Aus den seit der Rentenverfügung vom 16. Juni 2011 (Urk. 7/73 , Urk. 1 S. 3) ergangenen medizinischen Berichten geht Folgendes hervor:

C.____ , Facharzt FMH für Innere Medizin, stellte am 6. März 2012 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/85 S. 1): - Somatisierungsstörung - Status nach Operation Karpaltunnel syndrom rechte Hand - Arterielle Hypertonie - Migräne - Status nach Hepatitis B

Am 23. November 2009 sei ein operativer Eingriff betreffend das Karpaltunnel syndrom durchgeführt worden (Urk. 7/85 S. 1); seither hätten die Schmerzen im Bereich der rechten Hand noch zugenommen . Die hinsichtlich der Schmerzsymptomatik erfolgte Behandlung mit Antidepressiva habe keine wesentliche Besserung gebracht (Urk. 7/85 S. 2) . Die depressive Verstimmung habe sich gemäss dem Sohn der Patientin, mit der sich die Kommunikation schwierig gestaltet, verbessert (Urk. 7/85 S. 3). Als Putzfrau sei die Beschwerdeführerin seit dem 23. November 2009 zu 100 % arbeitsunfähig. Auch im Haushaltsbereich sei sie erheblich eingeschränkt (Urk. 7/85 S. 2).

E. 3.2.2

In ihrer gestützt auf die Akten verfassten Stellungnahme vom 12. März 2012 (Urk. 7/87 S. 2) gelangte die Z.____ -Ärztin D.____ , Fachärztin für Innere Medizin, zertifizierte medizinische Gutachterin (SIM), University Professional of

Advanced Studies Insurance Medicine (UPIM), zum Schluss, dass aufgrund des Berichts von C.____ vom 6. März 2012 (Urk. 7/85) in somatischer Hinsicht von einem unveränderten Gesundheitszustand und damit weiterhin von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen sei.

E. 3.2.3

E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt des Z.____, hielt in seiner – ebenfalls auf den Akten beruhenden – Stellungnahme vom 18. April 2012 (Urk. 7/87 S. 2) fest, die depressive Verstimmung habe sich gemäss C.____ gebessert. Eine neben der Somatisierungsstörung bestehende komorbide depressive Störung werde nicht mehr diagnostiziert. Eine erhöhte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % als Reinigungsfrau und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit lasse sich seit der letzten Arztkontrolle am 20. Januar 2012 aus psychiatrischer Sicht nicht mehr begründen.

E. 3.2.4

Nach Kenntnisnahme des Einwands der Beschwerdeführerin vom 5. Juli 2012 (Urk. 7/94) gegen den Vorbescheid vom 1. Juni 2012 (Urk. 7/89) hielt F.____, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Vertrauensarzt SGV, Arzt des Z.____, am 6. August 2012 fest, angesichts der von C.____ berichteten Verbesserung der depressiven Symptomatik sei davon auszugehen, dass nun nebst der Somatisierungsstörung keine erhebliche psychische Komorbidität mehr vorliege (Urk. 7/95 S. 1). Überdies sei durchaus noch eine Besserungstendenz zu verzeichnen und damit noch kein therapeutisch verfestigter Zustand festzustellen. C.____ gehe zwar weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus; die psychosozialen Faktoren (wie Sprache, schlechte Integration) seien versicherung psychiatrisch indes nicht zu berücksichtigen. Auf das Gutachten der Y.____ könne nicht mehr abgestellt werden, da dieses bereits im Juli 2010 erstattet worden sei. An der in Aussicht gestellten Rentenaufhebung sei daher festzuhalten (Urk. 7/95 S. 2).

E. 3.2.5

Die Ärzte des A.____, Rheumaklinik, stellten am 31. Oktober 2012 nachstehende Diagnosen (Urk. 10/1): - Milde, undifferenzierte Spondyloarthritis (Erstdiagnose Mai 2007) - BSR 16 mm/h, CRP 12 mg/l (Oktober 2012) - HLA-B27 negativ (Juli 2012), RF und anti-CCP negativ, ANA 1:160 (Juli 2012) - Bildgebung: - MRI-Becken vom 24. Mai 2007: keine entzündlichen Veränderungen des Iliosakralgelenks (ISG) - MRI-Thorax vom 9. Mai 2007: Synovitis der Sternoclaviculargelenke beidseits - Skelettszintigraphie und Fluorid-PET/CT 2008: multiple Enthesitiden, Arthritis MTPG I links, ansonsten keine peripheren Synovitiden, kein entzündlicher Stammskelettbefall - aktuell: - MRI-Thorax vom August 2012:

aktuell geringe Synovitis des Sternoclaviculargelenks

rechts - Sonographie Achillessehnen beidseits vom August 2012:

deutliche ossäre Veränderungen am Ansatz der Achillessehne beidseits, differentialdiagnostisch degenerativ, differentialdiagnostisch postentzündlich; aktuell keine Enthesitis und keine Tendinopathie

nachweisbar - Skelettszintigraphie vom 13. August 2012: keine aktiven Arthritiden abgrenzbar - radiologische Untersuchung Thorax, Hände und Füsse vom August 2012: Befund bland - Chronisches generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom - Differentialdiagnose: sekundär bei milder, undifferenzierter Spondyloarthritis - ACR-Diagnosekriterien 2010 erfüllt: WPI 17/19, SS-Score 9 - Gonarthrose beidseits (radiologische Untersuchung vom Mai 2005) - Fingerpolyarthrosen - Heberden und

Bouchard - Rezidivierende depressive Symptomatik - unter Cipralext und Surmontil - aktuell keine psychiatrische Betreuung, nach Angaben der Patientin vor zirka anderthalb Jahren zirka fünf bis sechs Sitzungen beim Psychiater - Adipositas WHO Grad III (BMI 40 kg/m²) - Hepatitis B, inaktiv (HBs-Antigen-carrier-state), Erstdiagnose November 2005 - HBs-Antigen positiv, anti-HBe positiv - viral load am 19. Januar 2006: 283 IE/ml - sonomorphologisch

Steatosis

hepatitis

Nebst dem vorbekannten chronischen generalisierten Weichteilschmerzsyndrom mit mittlerweile starker depressiver Entwicklung bestehe eine milde undifferenzierte Spondylarthropathie (Urk. 10/1 S. 3). Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei ein Arbeitsassessment veranlasst worden (Urk. 10/1 S. 4).

E. 3.2.6

Im Rahmen des im September und Oktober 2012 im A.____, Rheumaklinik, durchgeführte n Arbeitsassessment s wurde eine erhebliche Selbstlimitierung und Inkonsistenz festgestellt, weshalb sich die Resultate der ergonomischen Tests für die Beurteilung der Belastbarkeit als nicht verwertbar erwiesen. Die Ärzte sowie der zuständige Physio- und Ergotherapeut gelangten in ihrem Bericht vom 6. November 2012 (Urk. 10/2) zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der physischen Beeinträchtigungen an sich in der Lage wäre, eine deutlich bessere als in den Tests gezeigte Leistung zu erbringen. Ihre Fähigkeit, einen entsprechenden Effort zu erbringen, sei indes durch die komorbide psychische Gesundheitsstörung deutlich eingeschränkt. Medizinisch theoretisch bestehe aufgrund der Rückenbeschwerden in der Tätigkeit als Unterhaltsreinigerin beziehungsweise Raumpflegerin noch eine höchstens 50%ige Arbeitsfähigkeit. Die beidseitige Gonarthrose, die Fingerpolyarthrosen, die panvertebralen Rückenschmerzen und die Adipositas als wesentliche Kofaktoren verursachten darüber hinaus somatisch nachvollziehbar eine zusätzliche Beschwerdekumulation im Tagesverlauf, welche das Umsetzen dieser Restarbeitsfähigkeit deutlich erschwere. Überdies bestehe eine psychische Störung von Krankheitswert, deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit von einem Psychiater beurteilt werden müsse. Fest stehe indes, dass die derzeitige Ausprägung der Depressivität die Ressourcen der Beschwerdeführerin, ein gewisses Ausmass an Schmerzen zu überwinden, erheblich einschränke. Die angestammte Tätigkeit sei ihr daher nicht mehr zumutbar (Urk. 10/2 S. 4). In einer leidensangepassten Tätigkeit sei unter Berücksichtigung sämtlicher Beeinträchtigungen von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 bis 50 % auszugehen. Aufgrund der Selbstlimitierung bei den Belastbarkeitstests sei eine rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung zur Festlegung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit indiziert (Urk. 10/2 S. 5). 4.

E. 4

Die Ärzte des A.____, Herzkreislaufzentrum, Klinik für Kardiologie, Departement für Innere Medizin, stellten am 14.

März 200

E. 4.1.1

Die am 16. Juni 2011 mit Wirkung ab 1. April 20

E. 4.1.2

Was die psychische Symptomatik anbelangt, erfolgte die Zuspriechung der ganzen Rente aufgrund (ausschliesslich) einer depressiven Störung (vgl. Gutachten der Y.____ vom 15. Juli 2010 [Urk. 7/56 S. 27] und Stellungnahme Z.____ vom 27. Dezember 2010 [Urk. 7/68 S. 4]). Bei der Rentenaufhebung ging die IV-Stelle gestützt auf die – auf dem Bericht von

C.____ vom 6. März 2012 (Urk. 7/85)

beruhenden – Stellungnahmen der Z.____ -Ärzte E.____ vom 18. April 2012 (Urk. 7/87 S. 2) und F.____ vom 6. August 2012 (Urk. 7/95 S. 1 f.) davon aus, dass die Beschwerdeführerin an keiner depressiven Störung mehr leide. Wohl bestehe eine Somatisierungsstörung, diese sei indes in der Invalidenversicherung rechtlich nicht von Bedeutung.

Eine bis anfangs März 2012 eingetretene – mit dem Wiedererlangen der vollen Arbeitsfähigkeit in einer den physischen Beeinträchtigungen Rechnung tragenden Tätigkeit einhergehende – Besserung der depressiven Symptomatik, deretwegen die Gutachter der Y.____

der Beschwerdeführerin noch rund anderthalb Jahre zuvor eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatten (Urk. 7/56 S. 30, Urk. 7/61 S. 1),

ist mit dem Bericht des Internisten C.____ (Urk. 7/85) indes nicht dargetan. So brachte der genannte Arzt am 6. März 2012 klar zum Ausdruck, dass er sich aufgrund der – aktenkundig (vgl. etwa Urk. 7/56 S. 17, Urk. 3 S. 3, Urk. 7/14 S. 4 , Urk. 10/2 S. 6) – schlechten Deutschkenntnisse der Beschwerdeführerin selbst gar nicht in der Lage sah, deren psychischen Gesundheitszustand zu beurteilen. Als ärztlichen Befund führte er denn nicht etwa konkrete Untersuchungsergebnisse, sondern den Hinweis „nicht deutsch sprechende Patientin“ (Urk. 7/85 S. 2) an. Betreffend die depressive Störung merkte er einzig an, dass sich gemäss dem Sohn der Beschwerdeführerin eine (nicht näher umschriebene) Besserung der Symptomatik eingestellt habe

(Urk. 7/85 S. 3). Wenn nach Lage der Akten auch möglich erscheint, dass die Beschwerdeführerin aus psychischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit im Ausmass von 75 % mehr aufweist, ist aufgrund der vorhandenen medizinischen Berichte jedenfalls nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan, dass kein rentenrelevanter psychischer Gesundheitsschaden mehr besteht. Im Gegenteil hielten die Ärzte des A.____, Rheumaklinik,

die am 31. Oktober 2012 eine schwere depressive Entwicklung konstatiert hatten (Urk. 10/1 S. 3), am 6. November 2012

explizit fest, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor eine – die Arbeitsfähigkeit einschränkende – psychische Störung von Krankheitswert aufweise, wobei für eine fundierte Beurteilung der Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit eine Untersuchung durch einen Psychiater erforderlich sei (Urk. 10/2 S. 5).

E. 4.2

Da eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 16. Juni 20

E. 8

nach-stehende Diagnosen (Urk. 7/2 S. 1): - Status nach rezidivierenden (Prä-)Synkopen unklarer Genese, seit an dert halb Jahren - Depression - Fibromyalgiesyndrom - Beginnende Gonarthrose beidseits - Migräne - Adipositas - Hepatitis B, inaktiver carrier Status (Erstdiagnose November 2005)

Die Patientin habe angegeben, während der letzten anderthalb Jahre zahlreiche (Prä-)Synkopen erlitten zu haben, ohne dass es zu Stürzen oder Verletzungen gekommen sei. Die erfolgten Untersuchungen hätten keine Anhaltspunkte für eine organische Herzerkrankung oder eine arrhythmogene Genese der (Prä-) Synkopen ergeben. Angesichts der klinisch manifesten Depression stehe eine psychische Komponente im Vordergrund; es sei eine psychiatrische Abklärung indiziert (Urk. 7/2 S.

2).

In ihrem undatierten - ebenfalls gestützt auf die Ergebnisse der Untersuchung vom 14. März 2008 verfassten - Bericht (Urk.

7/32) hielten die genannten Ärzte fest, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren unter einer Depression, einer Fibromyalgie sowie einer Migräne (Urk. 7/32 S. 3). Während aus kardiologischer Sicht keine Massnahmen indiziert seien, sei - nach einer entsprechenden Abklärung (Urk. 7/32 S. 4 und S. 6) - eine psychiatrische Intervention angezeigt, wobei davon auszugehen sei, dass die Arbeitsfähigkeit mittels einer adäquaten Therapie noch verbessert werden könne (Urk. 7/32 S. 4). Aufgrund der depressiven Überlagerung lasse sich die Leistungsfähigkeit nur beschränkt beurteilen (Urk.

7/32 S.

5). Die sprachliche Isolation ausserhalb der Familie wirke sich ebenfalls auf die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus (Urk.

7/32 S.

6). 3. 1. 5

Das MRI des Schädels vom 16. Mai 2008 ergab eine kleine Retentionszyste im rechten Sinus maxillaris bei ansonsten altersentsprechenden Befunden (Urk. 7/34 S. 3). 3. 1. 6

Am 21.

Mai 2008 stellten die Ärzte des A.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/33 S. 7): - Generalisiertes myofasiales Schmerzsyndrom - Milde undifferenzierte Spondarthropathie (Erstdiagnose Mai 2007) - MRI vom 9.

Mai 2007: Synovitis der Sternoclaviculargelenke beidseits - aktuell: Skelettszintigraphie und Fluorid-PET/CT: multiple Enthesitiden, Arthritis MTP-G I links, ansonsten keine peripheren Synovitiden, kein entzündlicher Stammskelettbefall

Im Weiteren bestünden nachstehende, die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigende Diagnosen (Urk. 7/33 S. 7 f.): - Gonarthrose

beidseits (Röntgenbefund vom 9. Mai 2005) - Rezidivierende Migräne - Hepatitis B, inaktiv (HBs-Antigen-carrier-state), Erstdiagnose November 2005 - HBs-Antigen positiv, Anti-HBe positiv - sonomorphologisch

Steatosis

hepatitis

Die durchgeführten Basistherapien hätten keine Schmerzlinderung gebracht. Das Hauptproblem sei allerdings nicht in der Spondylarthropathie, sondern im chronischen generalisierten myofaszialen Schmerzsyndrom zu sehen. Dessen bis anhin in der Verabreichung von Antidepressiva und schmerzmodulierenden Substanzen bestehende Behandlung gestaltete sich schwierig. Die indizierte psychiatrische Behandlung sei bisher an der Sprachbarriere gescheitert (Urk. 7/33 S. 8).

In der angestammten Tätigkeit in der Reinigung bestehe seit 25. Januar 2006 (Urk. 7/33 S. 8) eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit (ganztags, mit vermehrten Pausen und gewissen Einschränkungen). In einer angepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Arbeiten über der Schulterhorizontale und ohne Tätigkeiten mit grosser Druckausübung auf den fixierten Arm bestünden aus rheumatologischer Sicht rein medizinisch-theoretisch keine wesentlichen Einschränkungen. Angesichts ihrer Ausbildung und ihrer Sprachkenntnisse werde die Patientin indes kaum eine behinderungsangepasste Stelle finden (Urk. 7/33 S. 7 - 8). Die Arbeitsfähigkeit lasse sich allenfalls durch geeignete medikamentöse Massnahmen sowie eine Gesprächstherapie noch verbessern (Urk. 7/33 S. 8). 3. 1. 7

B. ___ stellte am 11. März 2010 folgende Diagnosen (Urk.

7/ 51 S.

2): - Polyarthralgien mit sekundärem Fibromyalgiesyndrom und Gonarthrose beidseits - Migränöse Kopfschmerzen - Synkopale Anfälle ungeklärter Ätiologie - Status nach Operation wegen Karpaltunnelsyndrom rechts, leichte postoperative Funktionslose der rechten Hand - Beginnendes Karpaltunnelsyndrom links - Arterielle Hypertonie - Adipositas - Hepatitis B-Trägerin

Unter Berücksichtigung sämtlicher Beschwerden bestehe in der angestammten Tätigkeit im Reinigungssektor – unter Ausschluss schwerer Arbeiten - eine 50 bis 70%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/ 51 S. 3).

E. 10

verfügte ganze Rente (Urk. 7/73, Urk. 1 S. 3) basierte auf der Annahme, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. Januar 2010 aufgrund sowohl körperlich als auch – insbesondere – psychisch bedingter Beeinträchtigungen in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 75 % arbeitsunfähig sei (Urk. 7/68 S. 4, Urk. 7/73 S. 2). Anhaltspunkte dafür, dass sich der Gesundheitszustand in physischer Hinsicht seither wesentlich verändert hat, gibt es in den medizinischen Akten keine.

E. 11

(Urk. 7/73, Urk. 1 S. 3) demnach nicht ausgewiesen ist und die Zusprache der ganzen Rente per 1. April 2010 nach Lage der Akten auch nicht zweifellos unrichtig war (vgl. hierzu BGE 125 V 368 E. 2 sowie etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 2, 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 und 9C_937/2012 vom 22. April 2013 E. 4.1 mit Hinweisen), entbehrt die Rentenaufhebung per 1. Oktober 2012 (Urk. 2) einer rechtlichen Grundlage. 5. 5.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 700.-- der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Ausgangsgemäss ist der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin gestützt auf Art. 61 lit. a ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) eine Entschädigung zuzusprechen, wobei ein Betrag von Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 9. August 2012 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin auch über den 30. September 2012 hinaus Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Emil Robert Meier unter Beilage des Doppels von Urk. 12 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Fischer AN/AF/MT versandt

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