

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00265 vom 31. März 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00265

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00265 du 31 mars 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00265 del 31 marzo 2014

Erwägungen

E. 1.1

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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). 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; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.3

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer

psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis

trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3 ff.).

In BGE 139 V 547 hat das Bundesgericht an dieser Rechtsprechung unter Auseinandersetzung mit der daran geübten Kritik festgehalten und auf die besondere Bedeutung einer fachgerechten Abklärung hingewiesen (E. 9.1.3, E. 9.2.1). Insbesondere erkannte das Bundesgericht,

dass sich die unklaren Beschwerden hinsichtlich ihrer invalidisierenden Folgen von anderen (psychischen) Leiden durch die mangelnde Objektivierbarkeit unterscheiden. Dabei handelt es sich um ein sachliches Kriterium, das überprüft werden kann. Die hinreichende Objektivierbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung wird für Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen seit jeher vorausgesetzt und hat im Rahmen der 5.

IV-Revision auch Eingang in die Gesetzgebung gefunden (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Von einer unbegründeten Schlechterstellung beziehungsweise einer Diskriminierung der betroffenen Versicherten in verfassungsmässigem Sinne beziehungsweise nach Massgabe der EMRK kann daher nicht gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_142/2013 vom 20. November 2013 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 5.6 in fine und E. 5.7).

Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronisch

Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet, nicht hingegen, wenn sich die Frage nach der invalidisierenden Wirkung einer Cancer-related

Fatigue stellt (BGE 139 V 346

E. 3 mit Hinweisen).

„Burn out“ als solches fällt nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen; es stellt grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 14. März 2013 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine Dreiviertelrente auszurichten (Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2013 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Verfügung vom 8. Mai 2013

wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zur Kenntnisnahme zugestellt unter Hinweis darauf, dass kein Anlass bestehe, wie von ihr beantragt einen zweiten Schriftenwechsel durchzuführen (Urk. 9). Am 13. November 2013 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des H.____

ein (Urk. 10, Urk. 11), welcher der Beschwerdegegnerin am 18. November 2013 zur Kenntnisnahme zugestellt wurde (Urk. 12).

E. 2.1

Die IV-Stelle kam in ihrer Verfügung vom 12. Februar 2013 gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten der Dres. Z.____ und A.____

zum Schluss, aus rheumatologischer Sicht liege

nach wie vor keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich sodann derart verbessert, dass

nunmehr auch aus psychiatrischer Sicht wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe, weshalb die Rente aufzuheben sei (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, auf das bidisziplinäre Gutachten könne nicht abgestellt werden. Ihr gesundheitlicher Zustand habe sich nicht verbessert, weshalb ihr weiterhin eine Rente auszurichten sei (Urk. 1). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die

IV-Stelle des Kantons Y.____

stützte die Zusage einer Invalidenrente auf das polydisziplinäre Gutachten (allgemeininternistisch, neurologisch, orthopädisch, psychiatrisch) des C.____

vom 16. April 2009 (Urk. 8/130) und dessen Ergänzung vom Mai 2009 (Urk. 8/134;

Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes vom 19. Oktober 2009 [Urk.

E. 3.2

Die Gutachter des C.____

hatten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/130/31): - Rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10 F45.4).

Folgende Diagnosen erachteten sie als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/130/31): - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Rezidivierend auftretende präsynkopale und synkopale Ereignisse unklarer Ätiologie, wahrscheinlich nicht epileptischer Genese - Episodische Spannungskopfschmerzen und Verdacht auf seltene Migräneanfälle ohne Aura - Fehlstatik der Wirbelsäule, Haltungsinsuffizienz, muskuläre Hartspannung und verschmäligte Rumpfmuskulatur - Fehl- und Überbelastung des Bewegungsapparates bei einem Übergewicht von mehr als 15 kg.

Die Gutachter hielten fest, in den somatischen Disziplinen bestehe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, da den intensiven Beschwerden der Beschwerdeführerin jeweils kein entsprechendes organisches Korrelat zuzuordnen sei. Massgebend für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei das psychiatrische Fachgutachten. Aus der vorhandenen depressiven Störung und Somatisierungsstörung folge aktuell eine reduzierte Einsatzfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Krankenschwester. Die vor allem in Folge des überraschenden Todes des ersten Ehemannes hervorgerufene psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin zeige unter regelmässiger Psychotherapie bereits eine Abnahme von subjektiv besonders quälenden Symptomen. Unter konsequenter Weiterführung dieser Behandlung sei nach Ablauf von zwei Jahren ein weiterer Rückgang des Beschwerdebildes zu erwarten (Urk. 8/130/33).

Sie hielten dafür, der Beschwerdeführerin sei die bisher ausgeübte Tätigkeit als Krankenschwester zu einem reduzierten Pensum von 4,5 Stunden pro Tag zumutbar, dabei sei jedoch die Leistungsfähigkeit um 20 % vermindert. Körperlich schwere Arbeiten würden sich in diesem Arbeitsgebiet ausschliessen lassen. In angepasster Tätigkeit attestierten die Gutachter dieselben zeitlichen und leistungsmässigen Einschränkungen. Sie äusserten sodann die Ansicht, dass bei konsequent weitergeführter ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung nach Ablauf von spätestens zwei Jahren eine Steigerung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu erwarten sei (Urk. 8/130/33-36).

E. 3.3

In einer ergänzenden Stellungnahme hielt der psychiatrische Gutachter fest, die Arbeitsunfähigkeit werde durch die depressive Störung geprägt. Die damit verknüpfte somatoforme Schmerzstörung führe zwar zu einer Symptomausgestaltung der psychischen Erkrankung, verändere aber die Bewertung der Arbeitsfähigkeit nicht. Festzuhalten sei, dass die somatoforme Schmerzstörung für sich alleine genommen – ohne psychiatrische Komorbidität – keine Arbeitsunfähigkeit begründen würde (Urk. 8/134/3). 4. 4.1

Am 10. September 2012 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. Z.____

internistisch-rheumatologisch untersucht

(Expertise vom 25. September 2012, Urk. 8/187). Die Gutachterin hielt fest, die Beschwerdeführerin klage seit Jahren über Schmerzen, die sich nun fast auf den ganzen Körper ausgedehnt hätten. In der klinischen Untersuchung habe sich kein wesentlicher Befund gezeigt. Alle drei Wirbelsäulenabschnitte und alle peripheren Gelenke seien seitengleich normal beweglich gewesen. Die Muskulatur sei sodann nirgends verspannt gewesen, was die Beschwerdeführerin auf eine vor einer Woche erhaltene Massage zurückgeführt habe. Radikuläre Zeichen hätten nicht vorgelegen. Die Bioimpedanzanalyse

habe eine grosse Muskelmasse von 45 % gezeigt, welche den Normwert von 40 % deutlich übersteige. Eine lang andauernde körperliche Schonung habe offenbar nicht stattgefunden. Die bildgebenden Untersuchungen hätten sodann keine wesentlichen pathologischen Befunde gezeigt. Das angegebene Schmerzmittel Oxycontin sei im Blut im therapeutischen Bereich vorhanden gewesen; entgegen der Angabe der Beschwerdeführerin hätten sich jedoch nur Spuren der Psychopharmaka Deanxit und Meprodil im Blut finden lassen und das Schmerzmittel Novalgine

überhaupt nicht. In der Dolorimetrie seien sowohl sämtliche Tenderpoints als auch alle Kontrollpunkte pathologisch gewesen, weshalb eine Fibromyalgie definitionsgemäss nicht vorliegen könne. Bei den gymnastischen Übungen habe die Beschwerdeführerin spontan den Langsitz eingenommen. Dies stehe in Diskrepanz zu den Ergebnissen beim Lasègue-Anöver, bei dem beidseits ab 70° starke Schmerzen angegeben worden seien. Da kein reflektorischer Bewegungswiderstand feststellbar gewesen sei, handle es sich nicht um einen pathologischen Lasègue, sondern eher um eine Verdeutlichungstendenz. Der Handeinsatz sei sodann bei der Untersuchung beidseits normal gewesen und die Beschwerdeführerin sei mit einer Handtasche sowie mit zwei mit Medikamenten und Bildern gefüllten grossen Plastiktaschen zur Untersuchung gekommen. Diskrepanz dazu sei die gezeigte maximale Handkraft von 19 % (rechts) respektive 21 % (links) der Norm. Aus

rheumatologische r Sicht gebe es keine Ursache für diese deutlich verminderte Handkraft, es bestehe wohl eine Selbstlimitierung bei der Messung. In der Regel hätten sogar Personen mit einer fortgeschrittenen rheumatoiden Arthritis mit ausgedehntem Befall beider Hände eine wesentlich grössere Handkraft (Urk. 8/187/95-96) .

Dr. Z.____ hielt dafür , aus rheumatologischer Sicht bestehe weder in der ange stammten noch in angepasster Tätigkeit eine Ein schränkung der Arbeitsfä higkeit. Die Beschwerdeführerin sei auch im Haushaltsbereich nicht einge schränkt (Urk. 8/187/97-98).

Bezugnehmend auf das Gutachten des C.____

führte Gutachterin Dr. Z.____ aus, im Vergleich mit der orthopädischen Beurteilung im Rahmen der damaligen Begutachtung sei keine wesentliche Änderung eingetreten. Es bestehe weiterhin keine rheumatologisch-orthopädische Diagnose mit Auswir kung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/187/99). 4.2

Am 25. September 2012 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. A.____ psychi atrisch untersucht (Expertise vom 15. Oktober 2012, Urk. 8/188/2-15) .

Im Gutachten wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe eine erhöhte Ver gesslichkeit beklagt. Die psychiatrische Exploration habe jedoch keine Hinweise auf Störungen des Frisch- oder des Altgedächtnisses er geben. Die Beschwerde führerin sei ohne wesentliche Zeitgitterstörung in der Lage gewesen, über Geschehnisse in ihrer Kindheit und Jugend und dem weiteren biographischen Verlauf zu berichten. Die Aufmerksamkeit und Konzentration habe sodann während der knapp zweistündigen Exploration gut gehalten werden können. Der formale Gedankengang habe leicht verlangsamt gewirkt, jedoch noch im Normbereich liegend. Das inhaltliche Denken habe auf das Schmerzgeschehen und die Zukunftsängste konzentriert gewirkt . Die Stimmung der Beschwerde führerin sei zeitweilig klagsam gewesen, zuweilen – hinsichtlich des Todes des ersten Ehemannes – auch weinerlich. Sie habe Schuldgefühle hinsichtlich

seines Todes sowie Gefühle der Wertlosigkeit, weil sie keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehe , geäußert . Ein Interessenverlust und Verlust an allem, was Freude bereite, sei nicht feststellbar gewesen. Im Antrieb habe die Beschwerde führerin nicht wesentlich reduziert gewirkt und die Psychomotor ik sei nicht vermindert gewesen (Urk. 8/188/9-11).

Der Gutachter hielt bezugnehmend zu den in den Akten liegenden Berichte f est, zu einer ersten psychischen Traumatisierung der Beschwerdeführerin mit Dekompensation sei es im Rahmen des dramatischen Verlustes des ersten Ehe mannes gekommen, der an den Folgen eines Gehirntumors verstorben sei. Während eines stationären Aufenthaltes im Jahr 2000 in der Rehabilitationskli nik

D.____ sei eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) diagnostiziert worden. Bei einem weiteren stationären Aufenthalt im Jahr 2004 in der Klinik E.____ sei die Diagnose einer posttrau matischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) im Zusammenhang mit

Verarbei tungsschwierigkeiten

hinsichtlich des dramatischen Todes de s Ehemannes gestellt worden . Diese Diagnose sei jedoch nicht objektiviert worden. Es sei zudem die Diagnose einer rezidivierenden

depressiven Störung ,

mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) sowie eine undifferenzierte

Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) gestellt worden. Während eines weiteren stationären Aufenthaltes im Jahr 2006 in der Rehabilitationsklinik D. ___ seien eine rezidivierende depressive Störung und ein Verdacht auf eine undifferenzierte Somatisierungsstörung

diagnostiziert worden, jedoch keine posttraumatische Belastungsstörung mehr. Der psychiatrische Gutachter des C. ___ vom April 2009 habe sodann ebenfalls eine rezidivierende depressive Störung mittelgradigen Ausmasses diagnostiziert sowie eine Somatisierungsstörung mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Ausserdem sei noch die Diagnose einer Panikstörung (ICD -

E. 8

/139] , Verfügung vom 13. Januar 2010

[Urk. 8/157/6]).

E. 10

F41.0) aufgeführt worden, die jedoch als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachtet worden sei. Letztmals sei die Beschwerdeführerin nun im März/April 2012 in der F. ___ Klinik gewesen. Dort sei dafürgehalten worden, die Beschwerdeführerin leide unter einem chronischen Schmerzsyndrom , einer posttraumatischen Belastungsreaktion nach einem Unfall mit vierwöchiger Komapphase 1992 sowie einer mittelschweren Depression (Urk. 8/188/12).

Gutachter Dr. A. ___ wies darauf hin , dass im Bericht der F. ___ Klinik erstmalig von einem Autounfall mit vierwöchigem komatösem Zustand und Gedächtnisverlust berichtet worden sei . Im gesamten Aktenmaterial lasse sich zu einer solchen Störung nichts finden. Klinisch sei es sodann auch keine Zeichen eines durchgemachten Schädel-Hirntraumas im Sinne eines hirnrorganischen Psychosyndroms beschrieben (Urk. 8/188/12) . Bei der aktuellen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin angegeben, die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung bestünden nach der psychotherapeutischen Behandlung nicht mehr.

Die Beschwerdeführerin habe lediglich nur noch selten auftretende Flashbacks unter provokativen Stimuli beklagt. Der Gutachter führte weiter aus, im Vordergrund des klinischen Bildes stehe nun ein Ganzkörper schmerzsyndrom . Die bereits früher diagnostizierte somatoforme

Schmerzstörung

(ICD-10 F45.4) bestehe nach wie vor (Urk. 8/188/12-13).

Da sich psychopathologisch bei der Beschwerdeführerin gegenwärtig nur ein leichter Antriebsmangel feststellen lasse , Interessenverlust sowie Libidoverlust gegenwärtig nicht vorlägen und auch eine Depressivität bei guter affektiver Schwingungsfähigkeit aktuell nicht gegeben sei, könne die in der Vergangenheit wiederholt gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.1) aktuell nicht mehr bestätigt werden. Die Beschwerdeführerin befinde sich in psychiatrischer Behandlung und sei erfolgreich antidepressiv medikamentös behandelt. Die Blutspiegelwerte sprächen für Therapietreue bezüglich der antidepressiven Medikation.

Symptome, die mit einer Panikstörung vereinbar wären, seien von der Beschwerdeführerin sodann nicht angegeben worden. Hinweise auf eine weitere schwere psychiatrische Störung ergäben sich nicht. Eine psychische Komorbidität

zur somatoformen Schmerzstörung sei deshalb zu verneinen. Auffällig in diesem Zusammenhang sei die Diskrepanz zwischen der Angabe heftiger Schmerzen und dem offenbar fehlenden Leidensdruck, der zur Compliance bei der Einnahme der verordneten schmerz- und antidepressiven Medikation führen sollte. Für die Analgetika Novalgin und Mefenaminsäure

hätten sich keine nachweisbaren Blutspiegel gefunden und Oxycontin habe sich im unteren Normbereich bewegt. Der Gutachter führte weiter aus, die Beschwerdeführerin leide sodann unter keiner chronischen körperlichen Begleiterkrankung und es liege auch kein vollständiger sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens vor. Ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden; die Beschwerdeführerin sei unter der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung erfolgreich therapiert worden. Sodann sei es während der mehrfachen stationären Aufenthalte der Beschwerdeführerin zu einer klinischen Verbesserung gekommen, weshalb das Kriterium der unbefriedigenden Behandlungsergebnisse nicht vollständig erfüllt sei. Zusammenfassend sei infolgedessen festzuhalten, dass die anhaltende somatoforme Schmerzstörung durch eine zumutbare Willensanstrengung überwunden werden könne (Urk. 8/188/13-14). Eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe demnach nicht mehr. Insgesamt ergebe sich im Verlauf zu den Vorbegutachtungen eine Verbesserung des klinischen Bildes (Urk. 8/188/14-15). 4.3 4.3.1

Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung vermag das von Dr. Z. ___ und Dr. A. ___ erstattete bidisziplinäre

Gutachten zu überzeugen. Es beruht auf sorgfältigen und allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten verfasst. Die Beurteilung der Gutachter ist schlüssig und nachvollziehbar. 4.3.2

Was das rheumatologische Teilgutachten betrifft, so beanstandet die Beschwerdeführerin, Dr. Z. ___ habe sie nicht zum Schmerzerleben befragt, obwohl es ihre Aufgabe gewesen wäre, echte von unechten Schmerzen zu unterscheiden. Dr. Z. ___ habe lediglich ausgeführt, dass keine Fibromyalgie bestehe. Die Beurteilung, die aktuellen Beschwerden seien im Wesentlichen im Rahmen der ausgedehnten Schmerzen zu interpretieren, könne nicht zur Begründung der Interpretation des Schmerzerlebens beigezogen werden (Urk. 1 S. 10). Diese Ausführungen zielen ins Leere. Die Gutachterin erfragte die aktuellen Beschwerden (Urk. 8/187/85-86) und erhob ausführliche Befunde (Urk. 8/187/89 ff.). Wenn sie gestützt darauf, dass bei der Befunderhebung alle Kontrollpunkte pathologisch waren, eine Fibromyalgie ausschloss, gibt dies zu keinerlei Beanstandungen Anlass. Da sich sodann kein organisches Korrelat zu den beklagten Beschwerden

finden liess, erscheint die Schlussfolgerung der Gutachterin, aus rheumatologischer Sicht bestehe nach wie vor keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, schlüssig und nachvollziehbar.

Dr. Z. ___ hat sich auch - entgegen der in der Beschwerdeschrift geäußerten Auffassung -

eingehend mit den Abweichungen von den Normwerten bei der Befunderhebung auseinandergesetzt (Urk. 8/187/95-96) . Wenn die Beschwerdeführerin beispielsweise vorbringt, den Ausführungen der Gutachterin bezüglich der Beurteilung ihrer

bei den Tests verminderten Handkraft könne nicht gefolgt werden, da die getragenen Taschen sehr leicht gewesen seien (Urk. 1 S. 10) , ist darauf hinzuweisen, dass die Gutachterin nicht nur das Tragen der Taschen als Begründung anführte, sondern auch festhielt, der Handeinsatz sei während der Untersuchung normal gewesen (E. 4.1) . Insbesondere auch mit Blick darauf, dass sich sowohl aus dem rheumatologischen wie auch aus dem psychiatrischen Teilgutachten ergibt, dass die Beschwerdeführerin Übungen mit Latexbändern macht (Urk. 8/187/ 85+100, Urk. 8/188/7), erscheinen die Ausführungen der Gutachterin hinsichtlich Handkraft nachvollziehbar .

Anzufügen bleibt, dass sich auch aus der übrigen Aktenlage keinerlei Hinweise auf eine relevante Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes seit der letzten Rentenverfügung (13. Januar 2010, Urk. 8/157) ergeben . Insbesondere berichtete Dr. med. G.____ , Innere Medizin und Rheumatologie FMH, - seit anfangs 2009 behandelnder Arzt der Beschwerdeführerin -

es bestehe seit Oktober 2009 ein im wesentlichen

stabiler Verlauf; aus rheumatologischer Sicht habe sich keine wesentliche Veränderung ergeben (Bericht vom 2. Mai 2012, Urk. 8/175) . 4.3.3

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist sodann auch das psychiatrische Teilgutachten schlüssig. Die Beschwerdeführerin bemängelt, Dr. A.____ habe nicht nachvollziehbar dargelegt, inwiefern sich der Gesundheitszustand zwischen April 2012 und der gutachterlichen Untersuchung derart verbessert hätte, dass nun eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben sei ; er habe sich insbesondere auch mit dem Bericht von Dr. B.____

vom Mai 2012

nicht auseinandergesetzt . Die Symptome einer Depression habe der Gutachter zu Unrecht verneint (Urk. 1 S. 11 ff.) .

Dr. A.____ nahm zu den Vorakten und den in der Vergangenheit diagnostizierten Leiden eingehend Stellung (E. 4.2) und äusserte sich auch zu den von Dr. B.____ in seinem Bericht vom 14. Mai 2012 (Urk. 8/176) gestellten Diagnosen der posttraumatischen Belastungsstörung und der rezidivierenden depressiven Störung ; dass der Bericht von Dr. B.____ im Rahmen der Würdigung nicht namentlich genannt wird, vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern , verwies Dr. A.____ doch auf die Zusammenfassung der Akten im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. Z.____ (Urk. 8/188/4), in dem auch der Bericht von Dr. B.____ vom 14. Mai 2012 aufgeführt worden war (Urk. 8/187/83) . Dr. A.____ legte schlüssig dar, dass keine posttraumatische Belastungsstörung vorliege ; in diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass bereits im Rahmen der letzten Rentenzusprache die Gutachter des C.____ keine posttraumatische Belastungsstörung mehr diagnostizierten (E. 3.2) und weder Dr. B.____ noch die Ärzte der F.____ Klinik darlegten, inwiefern eine solche seit der Begutachtung im Jahr 2009 nun neu aufgetreten wäre (siehe Urk. 8/173/7-10 und Urk. 8/176). Dass Dr. A.____ sodann eine depressive Störung als remittiert erachtete , ist mit Blick auf die von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben bei der Begutachtung und die erhobenen Befunde durchaus nachvollziehbar.

So gab die Beschwerdeführerin bei spielsweise an, zu Hause am Morgen jeweils Gymnastikübungen zu machen, drei Mal pro Woche zur medizinischen Trainingstherapie zu gehen, regelmässig mit ihrem Ehemann ein bis zwei Stunden spazieren zu gehen und gerne zu kochen (Urk. 8/188 /7-8) . Wenn die Beschwerdeführerin

erklärt , sie könne viele Tätigkeiten im Haushalt wegen ihrer Beschwerden nicht machen, wie beispielsweise alle Tätigkeiten, bei denen sie sich bücken müsse (Urk. 8/188/8), so erhellt sich, dass nicht – wie von ihr in der Beschwerdeschrift geltend gemacht wird (Urk. 1 S. 14) - ein Antriebsmangel zur eingeschränkten Betätigung führt , sondern die bestehenden Schmerzen, was auch mit Blick auf die übrige Aktenlage bestätigt wird. So gab beispielsweise der jetzige Ehemann in der Fremdanamnese an, der Beschwerdeführerin gehe es besser, wenn sie sich nicht körperlich anstrengt (Urk. 8/188/8); und der von der Beschwerdeführerin im rheumatologischen Teilgutachten wiedergegebene Tagesablauf des Vortages zur Untersuchung zeigt keine grundsätzliche Interessen- und Antriebslosigkeit der Beschwerdeführerin auf , sondern, dass die Schmerzen zu einer Einschränkung ihrer Betätigung führen (Urk. 8/187/85) .

Aufgrund dieser Schmerzen hat Dr. A.____ nachvollziehbar eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (E. 4.2) .

Es spricht sodann nicht gegen die Beweistauglichkeit des psychiatrischen Teilgutachtens, wenn Dr. A.____ die somatoforme Schmerzstörung als überwindbar erachtete , wobei er explizit fest hielt, dass er zu juristischen Bewertungen keinesfalls Stellung nehmen wolle (Urk. 8/188/14) . Hierbei gilt es zu beachten, dass die Frage, ob eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliegt und bejahendenfalls, ob eine psychische Komorbidität oder weitere Umstände gegeben sind, welche die Schmerzbewältigung behindern, den Sachverhalt betrifft. Hingegen ist Rechtsfrage, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung und somit auf deren invalidisierenden Charakter zu gestatten (Urteil des Bundesgerichts 8C_420/2011 vom 26. September 2011 E. 1.1.2 mit Hinweisen). Aufgrund der von Dr. A.____ vorgenommenen Beurteilung ist es auch aus rechtlicher Sicht nicht zu beanstanden , wenn angenommen wird, die Folgen der somatoformen Schmerzstörung seien überwindbar. 4. 4

Auch die nach Gutachtenserstellung eingereichten medizinischen Berichte vermögen nicht zu einer anderen Einschätzung führen. Wenn Dr. B.____ in seinem Bericht vom 14. Januar 2013 (Urk. 3/7) ausführt, Interessenverlust, ein Antriebsmangel und Freudlosigkeit seien immer wieder festgestellt worden und es liege nach wie vor eine Depression vor, kann entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin daraus nicht geschlossen werden, dass nunmehr wieder eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes seit der Begutachtung eingetreten sei (Urk. 1 S. 16). Dr. B.____ legt nicht dar, inwiefern die Beschwerdeführerin nun weniger Interesse an Aktivitäten und weniger Antrieb als im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung hätte . In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass das Gericht der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte (so etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen H. vom 21. Februar 2005, I 570/04,

E. 5.1 mit Hinweisen) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung tragen soll und darf (BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

Aus dem Bericht des H. ___ vom 8. November 2013 (Urk. 11) ergibt sich sodann nicht, wann diese die Beschwerdeführerin untersuchten. Da der Bericht vom 8. November 2013 datiert und die Beschwerdeführerin im Rahmen des Verwaltungsverfahren nie angab, im H. ___ in Behandlung zu stehen (siehe auch Fragebogen Revision, Urk. 8/172/1), kann davon ausgegangen werden, dass eine Untersuchung erst nach Erlass der Verfügung vom 12. Februar 2013 (Urk. 2) stattfand. Da der Erlass der angefochtenen Verfügung die Grenze der richterlichen Überprüfungs befugnis bildet (vgl. etwa BGE 129 V 356 E. 1, 129 V 169 E. 1, 129 V 4 E. 1.2, je mit Hinweisen), und bloss diejenigen tatsächlichen Umstände zu berücksichtigen sind, die sich bis zu jenem Zeitpunkt ereignet haben, vermögen die dort festgehaltenen Untersuchungsergebnisse den Entscheid der IV-Stelle daher von vornherein nicht in Frage zu stellen. Was sodann die Kritik am psychiatrischen Teilgutachten von Dr. A. ___ betrifft, so kann auf das bereits oben Ausgeführte verwiesen werden (E. 4.3.3). 4.5

Zusammenfassend ist daher gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert hat und ihr die angestammte Tätigkeit wieder uneingeschränkt zugemutet werden kann, weshalb keine Invalidität mehr vorliegt. Die angefochtene rentenaufhebende Verfügung der IV-Stelle vom 12. Februar 2013 erweist sich somit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

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 Kaspar Gehring - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Hurst F. Brühwiler

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