

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00312 vom 17. Dezember 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-12-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00312

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00312 du 17 décembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00312 del 17 dicembre 2014

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung , IVG).

E. 1.3

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 Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. 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. 1.4

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche

Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

E. 1.5

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 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. 1.6

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, gebe nenfalls 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 am 5. April 2013 Beschwerde mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung sei insoweit aufzuheben, als ihr ab November 2008 keine Invalidenrente zugesprochen worden sei, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, insbesondere ab November 2008 eine Invalidenrente auszurichten und eventua liter berufliche Massnahmen durchzuführen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 24. Mai 2013 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin am 31. Januar 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin machte zusammengefasst geltend, aufgrund der aktuellen Begutachtung könne eine psychische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Untersuchungszeitpunkt und retrospektiv seit der Renten einstellungsverfügung vom 25. September 2008 nicht mehr bestätigt werden. Die

im MEDAS-Gutachten festgehaltenen psychiatrischen Diagnosen könnten versicherungsmedizinisch keine Arbeitsunfähigkeit begründen, weshalb von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten optimal leidensangepassten Tätigkeiten auszugehen sei. Der 14-jährige Sohn bedürfe einer gewissen Erziehung und Begleitung, weshalb die Beschwerdeführerin nach wie vor als zu 70 % erwerbstätig einzustufen sei. Die Abklärungen vor Ort hätten eine Einschränkung bei den Haushaltsarbeiten von 13.75 % ergeben. Aus dem Einkommensvergleich errechne sich eine Einschränkung in der Erwerbstätigkeit von 18 %. Daraus resultiere ein Gesamtinvaliditätsgrad von 16.7 %. Berufliche Eingliederungsmassnahmen seien infolge fehlender Invalidität nicht angezeigt (Urk. 2).

E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen entgegen, auf das MEDAS-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Die psychischen Beschwerden seien bagatellisiert und es sei nicht begründet worden, inwieweit sich der psychische Gesundheitszustand gegenüber dem Zeitpunkt der Rentenzusprache verbessert habe. Im neurologischen Teilgutachten fehlten Untersuchungen zur Schwindelproblematik. In psychiatrischer Hinsicht sei auf den Bericht des Hausarztes und des behandelnden Psychologen abzustellen, in welchem aus rein psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werde. Zusätzlich werde die Arbeitsfähigkeit durch die Migräneproblematik im Umfange von 20 bis 30 % eingeschränkt, weshalb eine Arbeitsunfähigkeit von 70 bis 80 % resultiere (Urk. 1 S. 7 ff.). Zumindest bis zum Zeitpunkt der Begutachtung im Juni 2011 könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Da nur noch der inzwischen 15-jährige Sohn zu Hause lebe und die finanziellen Verhältnisse knapp seien, sei sie als vollständig erwerbstätig zu qualifizieren (Urk. 1 S. 10 f.). 3.

Mit Verfügung vom 25. September 2008 hob die Beschwerdegegnerin die ganze Rente der Beschwerdeführerin per 31. Oktober 2008 auf und entzog einer Beschwerde gegen diese Verfügung die aufschiebende Wirkung (Urk. 7/68). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung dauert der mit der revisionsweise verfügten Aufhebung der Rente verbundene Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde bei Rückweisung der Sache an die Verwaltung auch noch für den Zeitraum dieses Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verfügungsverfügung an (BGE 129 V 370 E. 2.2 und 3.2 mit Hinweisen). Dies bedeutet, dass die Beschwerdegegnerin die Auszahlung der Rente für die Dauer sowohl der Beschwerde - als auch des vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 31. März 2008 rückweisungshalber angeordneten Abklärungsverfahrens sistierte. Die Verfügung vom 26. Februar 2013, mit welcher die Beschwerdegegnerin „das Leistungsbegehren abwies“, ist daher sinngemäss so zu verstehen, dass die Beschwerdegegnerin die Aufhebung der ganzen Invalidenrente der Beschwerdeführerin per 31. Oktober 2008 und damit auch deren Sistierung ab diesem Zeitpunkt bestätigte.

Streitig und zu prüfen ist mithin, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin soweit verbessert hat, dass die Aufhebung der am

28. Juni 2006 zugesprochenen ganzen Rente per 31. Oktober 2008

gerechtfertigt ist. Zu vergleichen sind die erwerblichen Verhältnisse und der Gesundheitszustand bei Rentenzusprache im Jahr 2006 mit der gesundheitlichen und erwerblichen Situation im Zeitpunkt der Verfügung vom 25. September 2008. Weiter ist streitig, ob die Invalidität aufgrund eines reinen Einkommensvergleichs oder der gemischten Methode festzulegen ist. Nicht zu befinden, weil vorliegend nicht Beschwerdegegenstand, ist hingegen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf berufliche Massnahmen hat. 4. 4.1

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die rechtskräftige Verfügung vom 28. Juni 2006 (Urk. 7/33), womit der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. November 2004 eine ganze Invalidenrente zugesprochen worden war (vgl. Erwägung 1.5). In diesem Zeitpunkt waren für die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin folgende medizinische Akten massgebend: 4.2 4.2.1

Dr. B. ___ von der Klinik A. ___ diagnostizierte in seinem Bericht vom 21./26. Oktober 2005 (Urk. 7/24/7) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Als Befunde hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin über ein geordnetes formales Denken verfüge, welches jedoch eingengt sei auf die Schmerzsymptomatik. Affekt und Stimmung seien mittelgradig depressiv, sehr klagsam und weinerlich. Die Schwingungsfähigkeit sei eingengt. Die Beschwerdeführerin sei affektarm. Motorik und Antrieb seien leicht bis mittelgradig gehemmt. Bisher sei es noch nicht gelungen, bei der Beschwerdeführerin ein Antidepressiva – selbst in niedriger Dosierung – zu etablieren. Dies sei bereits vor Behandlungsbeginn bei ihm der Fall gewesen. Es müsse als Erfolg der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gewertet werden, dass die Beschwerdeführerin die bis anhin zahlreich konsultierten Spezialärzte kaum noch in Anspruch nehme (Urk. 7/24/8). Ohne Erfolg sei der Versuch einer stationären Rehabilitationsmassnahme in der RehaClinic C. ___ vom 7. Februar bis 7. März 2005

geblieben. Bei der Beschwerdeführerin liege ein bereits chronifiziertes und psychotherapeutisch kaum erreichbares Krankheitsbild vor. Arbeitsversuche für die in ihrer Krankheitsrolle fixierte Beschwerdeführerin seien im jetzigen Zustand nicht vorstellbar (Urk. 7/24/9). 4.2.2

Dr. F.____ von der RehaClinic C.____ hielt in seinem Bericht vom 15. November 2005 (Urk. 7/26/5-6) unter Beilage des Austrittsberichts vom 18. März 2005 (Urk. 7/26/7-10) fest, es liege mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzerkrankung (V.a. Fibromyalgie, ICD R52.2, M79.0) bei Status nach mittelgradiger depressiver Episode vor (ICD F32.11). In einer Gesamtbeurteilung zeige das klinische Bild noch eine deutlich ängstlich-reizbare, depressiv-hilflose Symptomatik, welche sich auf das schmerzhaftes Beschwerdebild und die damit verbundenen Schwierigkeiten in einen Wiedereinstieg in die Arbeitswelt durch die Behinderung zurückführen lasse. Er beschrieb den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als besserungsfähig (Urk. 7/26/9) und empfahl die Fortsetzung der psychotherapeutisch-psychiatrischen Depressionsbehandlung sowie die Anpassung der weiteren antidepressiven Medikation, welche bisher von der Beschwerdeführerin abgelehnt worden sei. Nach Überwindung der deutlich depressiven Komponente sei eine Arbeitsfähigkeit wieder zu erreichen (Urk. 7/26/6). Er attestierte der Beschwerdeführerin weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mit dem Ziel einer beruflichen Wiedereingliederungsmassnahme (Urk. 7/26/5). 4.3

Im Rahmen der vorliegenden Rentenprüfung holte die Beschwerdegegnerin nach Erhalt des Rückweisungsentscheides des hiesigen Gerichts vom 31. März 20

E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien sowie die Akten wird, soweit für die Entscheidfindung erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

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

E. 10

das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS O.____

vom 27. April 2011 ein (Urk. 7/85). Darin sind als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (1) chronische Kopfschmerzen bei Migräne mit möglicher Aura, Spannungskopfschmerzen, Verdacht auf Analgetika induzierte Kopfschmerzen sowie (2) eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom festgehalten. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, sind (1) eine chronifizierte Lumboischialgie links bei/mit altersphysiologischen degenerativen Veränderungen der LWS ohne Progredienz, möglichem residuellem sensible m Ausfall und diskretem Schmerzsyndrom L5 links, (2) chronische Zervikalgien mit Projektionsschmerzen nach kranial und in beide Schultergürtel

bei diskreten Diskusprotrusionen C4-C6, (3) eine fibromyalgieforme Symptomatik mit Prädilektion oberhalb der Taille, (4) ein intermittierender Schwindel unklarer Ätiologie, (5) eine leichte Phobie (Höhenangst) sowie (6) ein Diabetes mellitus Typ 2 (nicht optimal behandelt) aufgeführt (Urk. 7/85/14). Im Gutachten ist weiter vermerkt, dass der rheumatologische Konsiliarist die objektiven Befunde als geringgradig ausgeprägt und nicht hinweisend für ein fortschreitendes Wirbelsäulenleiden beurteilt und dadurch die Arbeitsfähigkeit als nicht beeinträchtigt erachtet habe. Die neurologische Konsiliarärztin schätze die Beschwerdeführerin aufgrund der Kopfschmerzen, vor allem der Migräne, als in der bisherigen Tätigkeit im Gastgewerbe und als Putzfrau zu 70 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ein, da wiederholt Pausen eingelegt werden müssten. Zudem sei das Arbeiten auf Leitern wegen des Schwindels nicht möglich. Soweit aus den Unterlagen ersichtlich, sei die Kopfschmerzsituation seit Juni 2008 in etwa unverändert zu beurteilen. In psychischer Hinsicht fühle sich die Beschwerdeführerin seit der Arbeitsaufnahme 2004 eingeschränkt mit depressiver ängstlicher Verstimmung und befinde sich deshalb in psychiatrischer Behandlung. Aufgrund der vom psychiatrischen Konsiliarist gestellten Diagnosen sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auf 80 % eingeschränkt. Leichte Arbeiten ohne relevanten Aufmerksamkeitsanspruch seien theoretisch aber zu 100 % zumutbar. Bezüglich früherer psychiatrischer Berichte mit Feststellung einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit habe er festgestellt, dass dort eine differenzierte psychiatrische Diagnostik fehle, so dass die gemachten Aussagen nicht weiter überprüfbar seien und als widersprüchlich stehen zu bleiben hätten. Insgesamt werde die Arbeitsfähigkeit also leicht durch die neuropathologischen Befunde beeinträchtigt. Die geschätzte reduzierte Arbeitsfähigkeit habe ihre Gültigkeit seit der am 25. September 2008 verfügten Renteneinstellung (Urk. 7/85/13 -14).

In der Stellungnahme der MEDAS O.____

vom 28. Juni 2011 (Urk. 7/90) präzisierte Dr. med. G.____, Rheumatologie FMH, die Frage, ob es sich nun um eine Besserung des Gesundheitszustandes handle oder um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes, sei nicht leicht zu beantworten. Die von Dr. B.____ am 26. Oktober 2005 und am 12. April 2007 festgehaltenen Diagnosen hätten sie nicht (mehr) bestätigen können. Es sei also wahrscheinlicher, dass es sich um eine Besserung des psychischen Leidens handle. Auf der rheumatologisch/orthopädischen Seite handle es sich eher um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes, indem in Ermangelung harter objektivierbarer Befunde am Bewegungsapparat keine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden können. Auch die Frage nach dem zeitlichen Verlauf sei nicht leicht zu beantworten. Sie würden davon

ausgehen, dass der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Verfügung vom 25. September 2008 in etwa der gleiche gewesen sei wie sie ihn anlässlich der Begutachtung vorgefunden hätten. 4.4 4.4.1

Die Beschwerdeführerin hat für ihren Entscheid im Wesentlichen auf das Gutachten sowie die Stellungnahme der MEDAS O.____ abgestellt (Feststellungsblatt vom 26. Februar 2013, Urk. 7/105). Das Gutachten ist umfassend und sowohl die geklagten Beschwerden als auch die medizinische Aktenlage sind berücksichtigt. Die Gutachter untersuchten die Beschwerdeführerin in selber, lieferten eine eigene Einschätzung der Situation und beantworteten insbesondere auch in der Stellungnahme in nachvollziehbarer Weise die Fragen der IV-Stelle. Damit erfüllt das Gutachten zusammen mit der Stellungnahme sämtliche Kriterien, denen ein beweistaugliches Gutachten zu genügen hat. Es ist daher

grundsätzlich eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage. 4.4.2

Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand in psychiatrischer Hinsicht verbessert hat. So erachtete der psychiatrische Gutachter

med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, unter Berücksichtigung des Psychostatus und des klinischen Eindrucks lediglich noch die Kriterien für eine leichte depressive Episode erfüllt, wohingegen er die Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode als nicht in ausreichendem Masse und/oder genügender Stärke vorhanden beurteilte (Urk. 7/85/37). Diese Einschätzung steht in Einklang mit dem detaillierten und sorgfältig erhobenen Psychostatus nach AMDP (Urk. 7/85/34-36). Damit liegen fassbare Befunde vor, die eine Zustandsverbesserung seit der Rentenzusprache vom 28. Juni 2006 belegen, weshalb für die Annahme der Beschwerdeführerin, Dr. H.____ habe den gleichen Sachverhalt lediglich anders beurteilt, kein Raum besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_747/2011 vom 9. Februar 2012 E. 4.2). Dies umso mehr, als sowohl Dr. B.____ als auch die behandelnden Ärzte der Rehaclinic 2005 übereinstimmend eine Verbesserung der psychischen Beschwerden unter Behandlung prognostizierten und Dr. B.____ im Bericht vom 12. April 2007 ein insgesamt schwaches, aber doch merkliches Ansprechen auf die kombinierte psychiatrisch-psychotherapeutische, pharmakologische und physiotherapeutische Behandlung beschrieb und eine weitere Steigerung als möglich erachtete (Urk. 7/40/9). Eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes bestätigte auch Dr. G.____ in seiner Stellungnahme (Urk. 7/90). Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin bleibt die Stellungnahme beweiskräftig, obwohl es sich bei Dr. G.____ um einen Facharzt der Rheumatologie handelt. Es kann nämlich davon ausgegangen werden, dass auf Rheumatologie spezialisierte Ärzte, die oft mit psychosomatischen Beschwerden konfrontiert sind, eine solche Beurteilung abgeben können (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 435/01 vom 10. Februar 2003 E. 3.2.3). Ferner stützt er sich auf die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters ab, der ausführte, zumindest im Bereich der Depression scheine es Verbesserungen gegeben zu haben (Urk. 7/85/38).

Was die Beschwerdeführerin hiergegen unter Hinweis auf die Einschätzung der Gemeinschaftspraxis (Urk. 3) vorbrachte, überzeugt nicht. Vorab ist dazu zu sagen, dass rechtsprechungsgemäss psychiatrische Explorationen von der Natur der Sache her nicht ermesensfrei erfolgen, weshalb verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1). Insofern lässt sich nur schon deshalb die unterschiedliche Diagnosestellung erklären. Kommt hinzu, dass die unterschiedliche Wertung der depressiven Episode (leicht oder schwer) und die daraus abgeleitete Arbeitsfähigkeit gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung, aus der Verschiedenheit von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits resultiert (Urteil des Bundesgerichts 8C-275/2010 vom 6. September 2010 E. 3.3). Zur Diagnosestellung von lic. phil. I.____, Psychologe FSP,

ist zudem zu bemerken (Urk. 3), dass sie sich auf von subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin in geprägte Befunde stützt, welche mithin einer objektiven Grundlage weitgehend entbehren. Diese scheinen indes nicht immer frei von Widersprüchen zu sein, nachdem sich anlässlich der rheumatologischen Begutachtung Anhaltspunkte für den

Verdacht auf Symptomausweitung ergaben (vgl. Urk. 7/85/28-29) . So schrieb Gutachter Dr. med. J.____ , Facharzt FMH für Rheumatologie, der nun bereits 11-jährige monotone Verlauf, der auch nach beruflicher Dispensierung unverändert geblieben sei, das Quadrantensyndrom (verminderte Oberflächensensibilität) links, die generell verminderte Innervation bei der Kraftprüfung am linken Bein, die Druck- und Klopfdolenz über sämtlichen Spinalfortsätzen, die diffuse Druck-, z.T. Berührungsempfindlichkeit der Skelettmuskulatur, die permanente hohe Schmerzintensität (visuelle analoge Schmerzskala) trotz regelmässiger Einnahme potenter nichtsteroidaler Entzündungshemmer, die stark positiven Waddellzeichen im Stehen, die Diskrepanz zwischen anamnestischen Angaben (Ganzkörperschmerzen) und klinisch fassbaren Befunden respektive den Resultaten der bildgebenden Abklärungen in den vergangenen zwei Jahren (HWS- MRI 2008 und LWS-MRI 2010), die deutliche Selbstlimitierung bezüglich Belastungstoleranz im Alltag, sprächen seines Erachtens für eine Symptomausweitung. Ferner bleibt anzufügen, dass es sich bei lic. phil. I.____ nicht um einen Arzt handelt, was gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung berücksichtigt werden darf (Urteil 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1 und I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a) und sich Hausarzt Dr. K.____ als Arzt für Allgemeine Medizin FMH mit seiner psychiatrischen Diagnosestellung und der daraus abgeleiteten Arbeitsfähigkeit ausserhalb seines Fachgebietes bewegt .

Zusammenfassend ist daher auf das Gutachten der MEDAS O.____ abzu stellen und von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin in psychischer Hinsicht spätestens seit dem 25. September 2008 auszugehen. Mithin liegt lediglich noch eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom vor, welche die Arbeitsfähigkeit bei leichten Arbeiten ohne relevante Aufmerksamkeitsansprüche nicht einschränkt (Urk. 7/85/12) . 4.4.3

In somatischer Hinsicht ist festzuhalten, dass für die Rentenzusprache vom 28. Juni 2006 weder rheumatologische noch neurologische Beschwerden massgebend gewesen waren und die Gutachter der MEDAS O.____ aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit feststellen konnten (Urk. 7/85/12). Entsprechend bestätigte Dr. G.____ in seiner Stellungnahme, dass sich der Gesundheitszustand in rheumatologisch-orthopädischer Hinsicht nicht verändert habe (Urk. 7/90/2), was von der Beschwerdeführerin nicht bestritten wurde. Zusätzlich ersah die neurologische Gutachterin Dr. med. L.____ , Neurologie FMH, eine chronische Migräne mit sensibler und visueller Aura mit einschränkenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit . Die Kopfschmerzen hätten zwar bereits früher begonnen , sich jedoch in den letzten drei Jahren akzentuiert. Seit Juni 2008 seien sie in etwa unverändert geblieben (Urk. 7/85/22). Damit ist von einer geringgradigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes in neurologischer Hinsicht auszugehen, welche jedoch im Gutachten der MEDAS O.____ bereits gebührend berücksichtigt wurde. So wurde der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit eine 70%ige und in einer angepassten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Was die von der Beschwerdeführerin geklagten Schwindel beschwerden angeht, ist festzuhalten, dass Dr. L.____ intermittierende Schwindel unklarer Ätiologie diagnostizierte, jedoch keine fassbaren Hinweise für eine peripher- oder zentral- vestibuläre oder cerebelläre Ausfallssymptomatik fand (Urk. 7/85/ 22). Dass sie in der Folge keine weiteren gezielten Abklärungen tätigte, ist entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht zu beanstanden, unterliegt doch die Durchführung von Tests dem Ermessensspielraum des Experten (Urteil des Bundesgerichts 8C_486/2010 vom 2. Dezember 2010 E. 3.1). Es ist

daher davon auszugehen, dass Dr. L. ___ weitere Abklärungen nicht als erforderlich befand, um die Auswirkungen der Schwindelbeschwerden auf die Arbeitsfähigkeit abschliessend beurteilen zu können. 4.4.4

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht zwar eher verschlechtert, jedoch in psychischer Hinsicht verbessert hat. Dieser Entwicklung wurde in der Beurteilung der MEDAS O. ___ insofern Rechnung getragen, als die Beschwerdeführerin aufgrund der limitierenden vor allem neuropathologischen und weniger auch der psychopathologischen Befunde in der angestammten Arbeit zu 70 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist. Mithin ist davon auszugehen, dass die gesundheitliche Verbesserung in psychischer Hinsicht die Auswirkungen der gesundheitlichen Verschlechterung aus somatischer Sicht mehr als zu kompensieren vermag und daher insgesamt von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen ist. Aufgrund der vorliegenden Akten ist jedenfalls eine massgebliche Änderung des medizinischen Sachverhalts ausgewiesen. Kein Raum bleibt für die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Kumulierung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in neurologischer und psychiatrischer Hinsicht. 5.

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin als zu 70 % im Erwerb und zu 30 % im Haushalt tätig, was bestritten ist. Wie der nachfolgende Einkommensvergleich nach der allgemeinen Methode zeigt, kann offen gelassen werden, wie die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung 25. September 2008 zu qualifizieren gewesen wäre. Die Beschwerdegegnerin ermittelte ein nominallohnangepasstes Valideneinkommen für das Jahr 2008 von Fr. 39'307.50 für ein 70%-Pensum, was nach Aktenlage nicht zu beanstanden ist und von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten wurde. Umgerechnet auf ein 100%-Pensum ergibt dies ein Jahreseinkommen von Fr. 56'153.57. Das Invalideneinkommen für das Jahr 2008 bezifferte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik 2009 mit Fr. 51'368.--, was ebenfalls unbestritten ist. Unter Berücksichtigung der noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80 % sowie des von der Beschwerdegegnerin großzügig gewährten leidensbedingten Abzugs von 10 % errechnet sich ein Invalideneinkommen von Fr. 36'984.96. Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet 34 % ($[56'153.57 - 36'984.96] \cdot 100 / 56'153.57$). Damit liegt selbst bei einer Qualifikation als zu 100 % Erwerbstätige ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad vor. Da auch der Aufhebungszeitpunkt zu keiner Korrektur Anlass gibt, ist die Aufhebung der ganzen Rente per 31. Oktober 2008 zu bestätigen und die Beschwerde in diesem Sinne abzuweisen. 6.

Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und vorliegend auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen 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
Ony
tube

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