

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00788 vom 15. April 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-04-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00788](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00788)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00788 du 15 avril 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00788 del 15 aprile 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Die Beschwerdeführerin machte in formeller Hinsicht geltend, die Beschwerde gegenin habe gegen Art. 57a IVG verstossen und ihren Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, indem sie zur angefochtenen Verfügung keinen Vorbescheid erlassen habe (Urk. 1 S. 4 Ziff. 4).

In der Replik machte die Beschwerdegegnerin ergänzend geltend, im Vorbescheid vom 7. August 2012 sei keine Rede davon, dass eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehen solle, ebenfalls sei darin keine Rede von irgendwelchen medizinischen Beurteilungen, auf welche sich die Rentenaufhebung abstütze. Die Beschwerdegegnerin habe ihr keine Frist angesetzt, um zu m

Y.\_\_\_\_ -Gutachten Stellung nehmen zu können. Zudem hätte sie vor Erlass der Verfügung vom 18. Juli 2013 einen neuen Vorbescheid erlassen müssen (Urk. 11 S. 2).

### **E. 1.2**

Gemäss Art. 29 Abs.

### **E. 1.3**

Die Beschwerdegegnerin stellte der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 7. August 2012 in Aussicht, dass sie die bisherige Invalidenrente gestützt auf die Schlussbestimmung der Änderung des IVG vom 18. März 2011 einstellen werde, da die Diagnosen, welche zur Rentenzusprache geführt hätten, zu den ätiologisch- pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage gehören würden. Den medizinischen Unterlagen seien keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Es lägen weder Anhaltspunkte für eine psychiatrische Komorbidität vor, noch seien weitere Kriterien in erheblichem Ausmass erfüllt, die eine Schmerzüberwindbarkeit in Frage stellen würden. Somit bestehe kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente (Urk. 7/57). Aufgrund der dagegen erhobenen Einwände (Urk. 7/58 und Urk. 7/62) veranlasste die Beschwerdegegnerin die Begutachtung beim Y.\_\_\_\_. Das Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 23. Mai 2013 stellte sie der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 4. Juni 2013 zu (Urk. 7/77). Rund sechs Wochen später - am 18. Juli 2013 - erliess sie die angefochtene Verfügung (Urk. 2).

Es ist zwar zutreffend, dass die Beschwerdegegnerin der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin bei der Zustellung des Gutachtens keine Frist zur Stellungnahme ansetzte. Dies ändert jedoch nichts daran, dass die Beschwerdeführerin Kenntnis vom

Gutachten hatte und sie auch ohne formelle Aufforderung eine Stellungnahme dazu hätte einreichen können, was insbesondere ihrem in invaliden versicherungsrechtlichen Verfahren erfahrenen Rechtsanwalt als bekannt vorausgesetzt werden darf. Zudem vergingen bis zum Erlass der Verfügung rund sechs Wochen, womit der Beschwerdeführerin genügend Zeit blieb, eine allfällige Stellungnahme einzureichen. 1.

## **E. 2**

der Bundesverfassung ( BV ) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung , andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entgegenzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 370 mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa S. 437). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390 mit Hinweis).

## **E. 4**

Weiter ist festzuhalten, dass Art. 57a Abs. 1 IVG nicht verletzt wurde, da die Beschwerdegegnerin ein Vorbescheidverfahren durchgeführt hat ( Urk. 7/57 ) .

Ob nach Eingang des Y.\_\_\_\_-Gutachtens und vor Erlass der anfechtbaren Verfügung ein weiterer Vorbescheid hätte erlassen werden müssen beziehungsweise ob der Verzicht darauf eine Verletzung des rechtlichen Gehörs darstellt, kann aber offen bleiben . Denn selbst wenn dies zuträfe, handelte es sich nicht um eine schwerwiegende Verletzung des Gehörsanspruchs, weil der Beschwerdeführerin dadurch die sachgerechte Anfechtung des Verwaltungsaktes nicht verunmöglicht wurde. Von einer Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin ist im Sinne einer Heilung des allfälligen Mangels unter diesen Umständen abzusehen, da dem urteilenden Gericht die volle Kognition zusteht und eine auch von der Beschwerdeführerin selbst nicht beantragte - Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führte, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der Beschwerdeführerin an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren sind (BGE 132 V 387 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_682/2011 vom 12. Oktober 2011 E. 3.2.4).

Im Übrigen verletzten auch die erstmals in der Beschwerdeantwort angeführten Vorbringen zur Wiedererwägung den Anspruch auf rechtliches Gehör nicht (vgl. Urk. 11 S. 3 unten), erhielt die Beschwerdeführerin doch im Rahmen des durchgeführten zweiten

Schriftenwechsels die Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen. 2. 2 .1

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

#### **E. 4.1**

Die rentenzusprechende n Verfügungen vom 13. Dezember 2006 (Urk. 7/33) so wie vom 29. Januar 2007 (Urk. 7/35) erfolgte n gestützt auf das Gutachten von Dr. med. Z.\_\_\_\_ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und M . Sc .

A.\_\_\_\_ , Psychotherapeut SPV, vom 19. April 2006 (Urk. 7/20) sowie gestützt auf die Beurteilungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Urk. 7/21/3 und Urk. 7/29/2).

#### **E. 4.2**

Dr. Z.\_\_\_\_

stellte in seinem Gutachten (Urk. 7/20) eine maligne regressive Entwicklung mit Somatisierung und depressiven Symptomen bei einer Primär persönlichkeit mit ausgeprägten narzisstischen Zügen und einer langjährigen chronifizierten Migräne fest. Die komplexe Störung sei aus psychiatrischer Sicht gemäss ICD-10 am besten als eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit namentlich Spannungskopfschmerzen bei einer langjährigen Migräne (ICD-10 G43 ) zu interpretieren ( S. 8). Bei der Beschwerdeführerin finde sich ein tief verwurzeltes stabiles Verhaltensmuster mit Auffälligkeiten im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in der Beziehungsgestaltung sowie mit un günstigen Reaktionen auf belastende persönliche und soziale Gegebenheiten in verschiedenen Lebensbereichen. Auffällig sei ferner, dass die Verschlechterung des Zustands der Beschwerdeführerin mit dem Auftreten des z ervikozephalen Schmerzsyndroms und de n Spannungskopfschmerzen zeitlich mit dem Verlust des wohlgesinnten Vorgesetzten durch eine Versetzung an den neuen Arbeits platz sowie der Heirat nach einer zunächst auf Distanz gelebten Beziehung und den damit verknüpften Erwartungen koinzidiert habe. Offenbar hätten neue Anforderungen und Erwartungen oder auch neue überfordernde Aufgaben das labile Gleichgewicht der Beschwerdeführerin zum Kippen und die tiefgreifende narzisstische Persönlichkeitsproblematik zum Vorschein sowie den Prozess einer malignen regressiven Entwicklung mit Somatisierung und depressiver Sympto matik in Gang gebracht (S. 8).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe ein schwerer Gesundheitsschaden, der die Beschwerdeführerin in ausgeprägtem Mass beeinträchtige und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten begründe (S. 9).

#### **E. 4.3**

Mit Stellungnahme vom 19. Mai 2006 führte RAD -Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, zum Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ aus, dieses sei zwar umfassend und betreffend Befunde und Diagnose nachvoll ziehbar. Es handle sich aber um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, welche allein noch nicht hinreichende Basis für eine invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei. Es würden die entscheidenden Kriterien für die Unüberwindbarkeit der Schmerzstörung fehlen. Es sei daher keine Invalidität gemäss Art. 8 ATSG ausgewiesen (Urk. 7/21/3).

Nachdem die Beschwerdeführerin Einwand gegen den Vorbescheid und die auf grund der Einschätzung des RAD in Aussicht gestellte Verneinung des Renten anspruches erhoben

hatte, nahm RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ am 5. September 2006 erneut Stellung (Urk. 7/29/2): Tatsächlich könne nach nochmaliger Prüfung des Falles zusammen mit den erfahrenen Psychiatern im RAD der chronifizierte, verfestigte und therapeutisch nicht mehr angehbare Verlauf der somatoformen Schmerzstörung bestätigt, und der Interpretation des Gutachters betreffend 100% iger Arbeitsunfähigkeit gefolgt werden. 5. 5.1

Die nun strittige Verfügung erfolgte im Wesentlichen gestützt auf das

Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 23. Mai 2013 (Urk. 7/76/2-34).

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen (S. 29 Ziff. 5):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - chronisches zerviko- und thorakovertebrales Schmerzsyndrom - chronische Beschwerden im Bereich des linken Sprunggelenks - multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - chronischer ventraler Knieschmerz beidseits - metabolisches Syndrom - substituierte Hypothyreose bei chronischer lymphozytärer Autoimmun-Thyreoiditis und Struma diffusa - anamnestisch Polyallergie - diskrete hyperintense Läsionen periventrikulär (MRI 2012) ohne klinisches Korrelat 5.2

In der psychiatrischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie fühle sich nicht arbeitsfähig, obschon sie Hoffnungen auf eine Besserung angegeben habe. Aus psychiatrischer Sicht leide sie aber nicht unter einer schweren chronischen psychischen Störung, die therapeutisch nicht günstig beeinflusst werden könnte. Im Untersuchungsgespräch habe sie sich gut konzentrieren können (Anamneseerhebung, Angabe von Lebensdaten). Sie habe auch angegeben, selber mit dem Auto kurze Strecken fahren zu können, was gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsstörungen spreche. Sodann habe sie gute Kontakte in ihrem Umfeld und eine gute Beziehung zu ihrem Ehemann angegeben. Sie verrichte nur sehr einfache Haushaltsarbeiten und gehe jeweils selber einkaufen. Sie sei besorgt wegen ihrer schwierigen finanziellen Situation vor allem bei einer Aufhebung der Rente. Sie sei nun auch in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, erhalte aber noch keine antidepressive Medikation (S. 17 Ziff. 4.1.7). Aus psychiatrischer Sicht wirke sich die Schmerzstörung nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Es bestehe keine schwere psychiatrische Komorbidität. Die Beschwerdeführerin sei nicht suizidal und leide nicht unter Konzentrationsstörungen. Es bestehe ein chronischer Verlauf. Die therapeutischen Möglichkeiten seien aber nicht ausgeschöpft und ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf bei einer zwar entlastenden, aber missglückten Konfliktbewältigung sei nicht erwiesen. Auch liege kein schwerer sozialer Rückzug vor (S. 17 Ziff. 4.1.5).

Aus orthopädischer Sicht seien die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründbar. Nachvollziehbar seien die rezidivierenden Schmerzen über der zervikothorakalen Wirbelsäule bei Fehlhaltung im Sinne eines Hohl-Rundrückens mit Knickbildung auf Höhe des zervikothorakalen Überganges und Protraktion der Schultern. Allerdings sei die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen problemlos toleriert worden. Die Veränderungen an Unterschenkel und Sprunggelenk der linken Seite seien nicht nachvollziehbar. Es läge zwar eine mässige Instabilität des oberen Sprunggelenks

kes vor, doch könnten die anamnestiche beklagte Schwellung sowie Hinweise für ein complex regional pain syndrome

( CRPS ) nicht bestätigt werden. Das gemäss der Beschwerdeführerin bestenfalls geringe Ansprechen auf wiederholte lokale Infiltration, die noch vor kurzem durchgeführte konservative Therapie massnahmen

sowie die langdauernde körperliche Schonung und Arbeitskarenz könnten als klarer Hinweis für eine erhebliche nicht-organische Beschwerde komponente gesehen werden (S. 23 Mitte).

Der neurologische Status sei regelrecht ausgefallen

was , in Übereinstimmung mit allen früheren Untersuchern stehe (vgl. S. 28 Ziff. 4.3.7) .

Den im letzten MRI vom November 2012 beschriebenen diskreten Hyperintensitäten, welche ohne klinisches Korrelat seien, komme keine Bedeutung zu . So halte auch die behandelnde Neurologin eine Prophylaxe mit einem Thrombozyten-Aggregations hemmer nicht für nötig und halte fest, dass diese diskreten Veränderungen womöglich im MRI 2004 gar nicht erwähnenswert geschehen hätten. Bezüglich Schulter- und Rückenschmerzen sei kein Anhaltspunkt für eine radikuläre Beteiligung festzustellen. Auch wenn die Kopfschmerzen per se nicht wegzudiskutieren seien, so seien bei Fehlen relevanter objektiver Läsionen und den Hinweisen für eine Symptomausweitung die Angaben zu Häufigkeit und Intensität doch sehr kritisch zu betrachten. Es erschliesse sich aus den Unterlagen auch nicht konsistent, inwieweit eine frühere Migräneprophylaxe oder auch eine Behandlung im Hinblick auf den Spannungskopfschmerz konsequent durchgeführt worden seien (S. 28 oben). 5.3

Aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe für die angestammte Tätigkeit im Büro wie auch für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere adaptierte Tätigkeit unter Wechselbelastung eine volle Arbeitsfähigkeit. Dabei sei das Heben und Tragen von Lasten über 15 kg wie auch das Gehen auf unebenem Grund sowie der häufige Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Kopf niveaus zu vermeiden.

Aus neurologischer Sicht könne ein multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden, welches zu qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit führe. Körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin zumutbar. Jedoch seien Tätigkeiten in Zwangshaltungen und Überkopfarbeiten oder Tätigkeiten mit wechselnden Arbeitszeiten und erheblichem Zeitdruck zu vermeiden.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der leichten depressiven Episode sowie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 30 f. Ziff. 6.2) . 6. 6.1

Die Rentenzusprache per 1. Mai 2005 erfolgte im Wesentlichen aufgrund von Beschwerden im Zusammenhang mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit Spannungskopfschmerzen bei einer lang jährigen Migräne (vgl. E. 4.2) . Die MRI des Schädels, der Halswirbelsäule und des Halsmarkes seien unauffällig gewesen, insbesondere hätten sich im MRI des Schädels keine Verdachtsmomente auf einen erhöhten intrakraniellen Druck gezeigt. Eine objektivierbare Ursache für die ( Kopf )S

chmerzproblematik konnte damals nicht gefunden werden , und aus somatischer Sicht konnten nur normale Befunde erhoben werden (vgl. Bericht vom 9. Juni 2005 von Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ , Spezialarzt FMH für Neurologie, Urk. 7/9/9-10 ; vgl. auch Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ , FMH Allgemeine Medizin, vom 8. August 2005 ( Urk. 7/2/5) , sowie Bericht vom 25. Oktober 2004 von

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Oberarzt, und Dr. med. F.\_\_\_\_ , Assistenzärztin, G.\_\_\_\_ , Urk. 7/9/19-20 , Bericht vom 9. September 2004 von Dr. med. H.\_\_\_\_ , FMH Neurologie, und med. pract . I.\_\_\_\_ , Assistenzärztin, Urk. 7/2/21-23 ). Die ausführlichen Abklärungen und durchgeführten Therapieversuche (medikamentös und physikalisch) hätten keine Besserung der Kopfschmerzproblematik gebracht (Bericht vom 2. September 2005 von Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Rheumatologie, und Dr. med. K.\_\_\_\_ , Assistenzarzt, Urk. 7/9/12-13; vgl. auch Bericht e vom 26. August 2004 [Urk. 7/9/14] sowie vom 24. Mai 2004 [Urk. 7/2/26-27] von Dr. med. L.\_\_\_\_ , Fach arzt FMH für Neuro logie ).

Nach dem Gesagten stützte sich die Rente der Beschwerdeführerin massgeblich auf ein pathogenetisch -ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage im Sinne von lit . a der Schlussbestimmungen der Änderungen des IVG vom 18. März 2011. 6.2

#### 6.2.1

Die Ausschlusskriterien gemäss Abs. 4 der Schlussbestimmung lit . a (Erreichen des 55. Altersjahres im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung oder Bezug einer Rente seit mehr als 15 Jahren im Zeitpunkt der Überprüfung) sind vorliegend nicht gegeben und die Überprüfung der Rente erfolgte innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung am 1. Januar 2011. 6.2.2

Sodann hielt das Bundesgericht fest, wenn die Rentenzusprache bereits auf der Grundlage der massgebenden Überwindbarkeitsrechtsprechung erfolgt sei, soll e die Schlussbestimmung indessen nicht Hand bieten für eine nochmalige Überprüfung unter denselben Vorzeichen. Eine solche sei einer allfälligen Wiedererwägung mit den Voraussetzungen der zweifellosen Unrichtigkeit und der erheblichen Bedeutung der Berichtigung vorbehalten ( BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3).

Im vorliegend zu beurteilenden Fall fand bei der Rentenzusprache keine eigentliche Prüfung der Überwindbarkeitskriterien statt: Weder nahm Dr. Z.\_\_\_\_ in seinem Gutachten eine Beurteilung der zumutbaren Willensanstrengung und der der Beschwerdeführerin zur Verfügung stehenden Ressourcen im Hinblick auf die Foerster-Kriterien vor (vgl. dazu vorstehend E. 2.5), noch nahm der RAD Stellung, inwiefern aus seiner Sicht die Foerster-Kriterien erfüllt seien. Er führte einzig pauschal und ohne jegliche Erklärung aus, es handle sich um einen chronifizierten , verfestigten und therapeutisch nicht mehr angehbaren Verlauf der somatoformen Schmerzstörung, weshalb der Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_ bezüglich 100%iger Arbeitsunfähigkeit zu folgen sei (vgl. E. 4.3). Dabei berief sich RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ , welcher zudem kein Psychiater sondern Allgemeinmediziner ist, auf eine „nochmalige Prüfung des Falles zusammen mit den erfahrenen Psychiatern im RAD“, wobei er keinen der Psychiater namentlich nannte und keine inhaltlichen Ausführungen zur RAD-intern stattgefundenen Besprechung und den daraus resultierenden Schlussfolgerungen machte. Vor dem Hintergrund , dass sich kein einziger Arzt vor der damaligen Rentenzusprache zur Gesamtheit der Foerster-Kriterien detailliert äusserte und eine Diskussion der Foerster-Kriterien in den Akten vollends fehlte,

ist der vorliegende Fall nicht mit dem Sachverhalt in BGE 140 V 8 vergleichbar und es kann nicht zum Schluss gekommen werden, dass die Rentenzusprache bereits auf der Grundlage der Überwindbarkeitsrechtsprechung stattgefunden habe. 6.2.3

Folglich ist lit. a der Schlussbestimmung in der Änderung des IVG vom 18. März 2011 anwendbar und eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rente der Beschwerdeführerin ist grundsätzlich möglich, auch wenn die Revisionsvoraussetzungen nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Zu prüfen bleibt damit das Vorliegen einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 ATSG. 6.3

In Bezug auf den aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin liegen im Wesentlichen im Vergleich zur Rentenzusprache unveränderte Beschwerden vor: Die Beschwerdeführerin leidet gemäss Bericht von Dr. D. \_\_\_ vom 10. Mai 2012 nach wie vor vor allem an persistierenden Schmerzen

( vorwiegend Kopfschmerzen sowie Zervikalgien ) sowie einem depressiven Zustandsbild , und er attestierte ihr gestützt darauf weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/53/1-4 Ziff. 1.1 und Ziff. 1.6). Dieselben Beschwerden gab die Beschwerdeführerin auch gegenüber den Y. \_\_\_ -Gutachtern

an (Urk. 7/76) :

Hauptbeschwerden seien die chronischen Kopfschmerzen und mehrere Schmerzattacken pro Woche. Sodann leide sie intermittierend an Schwellungen und Schmerzen im linken Fuss, an intermittierend auftretenden lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Oberarme und Ellbogen verbunden mit Parästhesien ( S. 10). Weiter gab die Beschwerdeführerin Schlafstörungen an (S. 14 Ziff. 4.1.1.2) und ihre Stimmung sei nach Angabe des begutachtenden Psychiaters depressiv gewesen (S. 16 Ziff. 4.1.2).

Somit leidet die Beschwerdeführerin im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache nach wie vor an einem unklaren Beschwerdebild ( BGE 139 V 547 E. 10.1.2) im Sinne von nicht objektivierbaren Schmerzen an verschiedenen Körperstellen sowie insbesondere an chronischen Kopfschmerzen . Bereits damals wurde die Kopfschmerzproblematik im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung als Diagnose genannt (Urk. 7/20/8), da aus somatischer Sicht keine Befunde erhoben werden konnten, welche die Kopfschmerzen erklärt hätten (vgl. E. 6.1). Der Gesundheitszustand änderte sich somit im Vergleich zur Rentenzusprache nicht wesentlich.

Auch die Y. \_\_\_ - Gutachter konnten die geklagte Schmerzproblematik nicht auf objektivierbare Befunde zurückführen und kamen nachvollziehbar zum Schluss, dass die anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht invalidisierend sei . So dann legten sie nachvollziehbar dar, dass trotz der somatischen Diagnosen und insbesondere trotz dem multifaktoriellen Kopfschmerzsyndrom für die angestammte Tätigkeit im Büro wie auch für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere adaptierte Tätigkeit unter Wechselbelastung, ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, unter Vermeidung des Gehens auf unebenem Grund sowie ohne Tätigkeiten in Zwangshaltungen und Überkopfarbeiten oder Tätigkeiten mit wechselnden Arbeitszeiten und erheblichem Zeitdruck eine volle Arbeitsfähigkeit besteht (vgl. E. 5.2 f.) . 6.4

Soweit die die Beschwerdeführerin behandelnde

Dr. med. M. \_\_\_ , Neurologie FMH , aufgrund der chronischen Kopfschmerzen und der Migräne eine 50%ige Minderung der Arbeitsfähigkeit attestierte (Bericht vom 8. April

2013, Urk. 7/76/38 unten), vermag dies das Y.\_\_\_\_ -Gutachten nicht zu entkräften, zumal unklar ist, inwiefern die festgestellte affektive Störung – trotz anders lautender Beurteilung – in die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung einfluss. Dies insbesondere, da Dr. M.\_\_\_\_ als Basistherapie eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum ( Fluoxetin ) empfahl. Auch die attestierten vaskulären Läsionen lassen keinen vom Y.\_\_\_\_ -Gutachter abweichenden Schluss zu, zumal zum einen eine klinische Auswirkung der anzahlmässig geringen vaskulären Läsionen selbst nach der Einschätzung von Dr. M.\_\_\_\_ nicht zu erwarten ist und es zum anderen auch möglich ist, dass es sich um mikroangiopathische Läsionen bei seit 2004 diagnostizierter Hypertonie und Hyperglykämie handelt ( Urk. 7/76/88). Somit erscheint die Auffassung der Y.\_\_\_\_ -Gutachter, wonach die Kopfschmerzen per se nicht wegzudiskutieren sind, diese beziehungsweise die Angaben zur Häufigkeit und Intensität jedoch bei fehlen relevanter objektiver Läsionen und den Hinweisen für eine Symptomausweitung doch sehr kritisch zu betrachten seien, als überzeugend und nachvollziehbar ( Urk. 7/76/ 28). Dabei ergibt sich insbesondere aus der Aufstellung der Konsultationen im Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 5. August 2013 ( Urk. 3/6 S. 3), dass beispielsweise für das Jahr 2012 bloss 9 Konsultationen (unter Berücksichtigung mehrerer Termine für die Besprechung der Schmerztherapie und Therapieumstellungen) sowie für das Jahr 2013 (bis August 2013) bloss 4 Konsultationen wegen Kopfschmerzen wahrgenommen werden mussten. Ferner ist nicht aktenkundig, welche Abklärungen zu der behaupteten Medikamentenunverträglichkeiten vorgenommen wurden. Vielmehr erscheint es, als würden die nicht tolerierbaren Nebenwirkungen beispielsweise der Antidepressiva lediglich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin basieren („Patientin meldet Nebenwirkungen [des Seroquel ] wie Schläfrigkeit, zittrige Hände und Schweissausbrüche“, Urk. 3/6 S. 3). Dies kann indes nicht genügen, um von einer objektiven Unverträglichkeit eines Medikaments auszugehen, welches nachweislich eine positive Auswirkung auf Schmerzgeschehen haben kann und zudem von mehreren Ärzten empfohlen wurde. Zudem ist bei Berichten von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftrags rechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc mit weiteren Hinweisen).

Dr. M.\_\_\_\_ benannte auch keine wichtigen - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte , welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. In Bezug auf Schmerzen mit den sich dabei naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten gilt es sodann zu beachten, dass die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit allein nicht genügen; vielmehr muss verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Die Schmerzangaben müssen also zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein (BGE 130 V 39 6 E. 5.3.2). Im Übrigen war es entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 11 f.) nicht der begutachtende Neurologe, welcher seine Fachkompetenz überschritten hatte, sondern Dr. M.\_\_\_\_ , indem sie als Neurologin eine psychiatrische Diagnose stellte (vgl. Urk. 7/76/35).

6.5

6.5.1

Die Beschwerdeführerin machte diverse ihrer Ansicht nach bestehende Mängel am Y.\_\_\_\_-Gutachten geltend .

So führte sie aus , das Y.\_\_\_\_ -Gutachten weise keine Verbesserung des Gesundheitszustandes aus (Urk. 1 S. 6 f.). Dies ist vorliegend auch unbestritten (vgl. Urk. 6 S. 3 Ziff. 7) und es ist der Beschwerdeführerin beizupflichten, dass sich ihr Gesundheitszustand im Vergleich zur Rentenzusprache nicht wesentlich verändert hat. Trotzdem kamen die Y.\_\_\_\_ -Gutachter nachvollziehbar zum Schluss, dass die Schmerzstörung die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht einschränkt und ihr die bisherige sowie leidensangepasste Tätigkeiten zu 100 % zumutbar sind. 6.5.2

Das Vorbringen der Beschwerdeführerin , die psychiatrische Untersuchung am Y.\_\_\_\_ sei zu kurz gewesen

und der Gutachter habe sich nicht für den Gesundheitszustand und die Details der beklagten Beschwerden interessiert (Urk. 1 S. 7 Ziff. 8.2) , ist unbehelflich , da es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens in erster Linie darauf ankommt, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies - wie hier - zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend und damit auch nicht zu beanstanden . Der Gutachter erhob ausführliche subjektive Angaben (Urk. 7/76 S. 14 ff. Ziff. 4.1.1.2) und berücksichtigte die geklagten Beschwerden (S. 16 ff. Ziff. 4.1.2 ff.). Mangelndes Interesse oder eine ungenügende Berücksichtigung der geklagten Beschwerden lässt sich daraus nicht erkennen.

Sodann ist nicht zu beanstanden, dass der Gutachter den Ehemann der Beschwerdeführerin nicht befragte (vgl. Urk. 1 S. 8 oben). Denn die Vorgehensweise der Begutachtung liegt grundsätzlich im Ermessen des Gutachters. Gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen können Zusatzuntersuchungen und Fremdauskünfte zwar eine Ergänzung darstellen. Sie sind jedoch nicht zwingend erforderlich. Entscheidend ist die (hier ausreichend durchgeführte) klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese, welche zusammen mit der Symptomerfassung und der Verhaltensbeobachtung das Kernstück der Begutachtung darstellt (Schweizerische Ärztezeitung 2004 S. 1050 f.).

Die Beschwerdeführerin wies darauf hin, dass - im Gegensatz zum psychiatrischen Y.\_\_\_\_ -Gutachter, welcher eine leichte depressive Episode diagnostizierte - med. pract . N.\_\_\_\_ , FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Bericht vom 9. September 2013 (vgl. Urk. 3/4) eine rezidivierende depressive Störung, mittelschwere bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.1 beziehungsweise F32.2) diagnostizierte (Urk. 1 S. 7 Ziff. 8.2). Daraus kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die Abklärungen bei med. pract . N.\_\_\_\_ fanden erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung statt . Zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet das Datum der angefochtenen Verfügung, weshalb lediglich die im Verfügungszeitpunkt vorliegenden Berichte allein ausschlaggebend sind (BGE 131 V 9 E. 1, 130 V 445 E.

1.2, 122 V 77 E. 2b, je mit Hinweis).

### 6.5.3

Weiter kritisierte die Beschwerdeführerin, die Y.\_\_\_\_ -Gutachter seien hinsichtlich Schilddrüsenproblematik davon ausgegangen, es liege keine eindeutige Struma vor (Urk. 1 S. 7 Ziff. 8.1). Jedoch übersieht die Beschwerdeführerin, dass die Schilddrüsenproblematik

und insbesondere die Diagnose substituierte Hypothyreose bei chronischer lymphozytärer Autoimmun-Thyreoiditis und Struma diffusa berücksichtigt wurde, diese jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. Urk. 7/76 S. 13 Ziff. 3.3 f.). Dem Bericht vom 13. Juni 2013 von Dr. med. O.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Endokrinologie/ Diabetologie, ist denn auch nichts Gegenteiliges zu entnehmen und sie führte sogar aus, dass subjektiv keine Symptomatik vorliege (Urk. 3/3). 6.5.4

Sodann ist nicht einleuchtend, inwiefern der orthopädische Gutachter zur Beurteilung der Schmerzproblematik aus somatischer Sicht nicht fachkompetent gewesen sein sollte. Dem orthopädischen Gutachtensteil ist eine ausführliche Anamnese mit ausführlicher Beschreibung und Lokalisierung der von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden zu entnehmen

(vgl. Urk. 7/76 S. 19 f. Ziff. 4.2.1), was doch in auffallendem Gegensatz zur Behauptung der Beschwerdeführerin, der Gutachter habe sich nicht für die Beschreibung ihrer Schmerzbeschwerden interessiert und sie dabei unterbrochen, steht (Urk. 1 S. 8 Ziff. 8.3). Zum vom orthopädischen Gutachter festgehaltenen Status des linken Fusses, es liege im Vergleich zum rechten Fuss keine vermehrte Schwellung des linken Fusses vor, ist festzuhalten, dass er die Beschwerdeführerin auf diese Feststellung offenbar explizit ansprach und diese ihm bestätigt hatte, sie sei heute nicht viel gelaufen und die getragene Bandage helfe (vgl. Urk. 7/76 S. 21 oben). Selbst wenn der Fuss nach der Rückkehr von der Begutachtung angeschwollen gewesen wäre und sie dies mit Fotografien dokumentierte, vermag dies die medizinischen Ausführungen des Gutachters nicht einfach als falsch zu qualifizieren (vgl. Urk. 1 S. 9). Daran vermögen auch die übrigen ins Recht gelegten Fotografien des linken Fusses nichts zu ändern (vgl. Urk. 3/5). 6.5.5

Zu den Vorbringen gegen das neurologische Teilgutachten (Urk. 1 S. 10 f. Ziff. 8.4) ist schliesslich festzuhalten, dass der neurologische Gutachter die relevanten Vorakten und insbesondere den Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ vom 8. April 2013 berücksichtigt hatte: Es sei auffallend, dass das fehlende Ansprechen der Kopfschmerzen auf die Prophylaxen und das Mitbestehen einer affektiven Störung genannt werde. Im klinischen Befund halte Dr. M.\_\_\_\_ eine emotionale Labilität fest. Hinweise für eine syndromatische Migräneerkrankung ergäben sich aus deren Bericht nicht (Urk. 7/76 S. 25 Ziff. 4.3.1.1). Anlässlich der Begutachtung sei ein diskrepantes Verhalten bei der Prüfung des Lasègue aufgefallen, was für eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung spreche. Sodann lägen Hinweise für eine Symptomausweitung vor, weshalb beim Fehlen relevanter objektiver Läsionen die Angaben zur Häufigkeit und Intensität der Kopfschmerzen doch sehr kritisch zu betrachten sei (S. 28).

Vor diesem Hintergrund (fehlendes Ansprechen der Kopfschmerzen auf Prophylaxe, fehlende relevante objektive Läsionen, normaler neurologischer Befund, bewusstseinsnahe Ausgestaltung, Symptomausweitung und Hinweise auf psychische Komponenten) und der fachpsychiatrisch diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, worin auch die Kopfschmerzproblematik aufgeht, ist die von Dr. M.\_\_\_\_ abweichende Beurteilung nicht zu beanstanden (vgl. dazu auch E. 6.4). Weiter dokumentierte der neurologische Gutachter entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 11 f.) die bisher durchgeführten Therapien und eingenommenen Medikamente (S. 2 f. Ziff. 4.3.1.2). 6.6

Zusammenfassend entspricht das Y.\_\_\_\_-Gutachten (vgl. E. 5.1 ff.) nach dem Gesagten den erforderlichen Kriterien (vgl. E. 2.5): Die Beschwerdeführerin wurde ihren geltend

gemachten Beschwerden entsprechend umfassend abgeklärt, das Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen (S. 10 ff. Ziff. 3, S. 14 ff. Ziff. 4.1 ff.), berücksichtigt die geklagten Beschwerden (S. 10 Ziff. 3.1.1, S. 14 Ziff. 4.1.1.2, S. 19 f. Ziff. 4.2.1, S. 25 f. Ziff. 4.3.1.2) und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben (S. 3 ff.). Sodann sind die Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet (S. 30 ff. Ziff. 6).

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass aus somatischer Sicht auch der behandelnde Hausarzt, Dr. D. \_\_\_

keine objektiv fassbaren Aspekte namhaft machte, welche den Y. \_\_\_ -Gutachtern entgangen waren oder mit denen sich diese nicht befasst hatten (vgl. Bericht vom 10. Mai 2012, Urk. 7/53, sowie Bericht vom 5. August 2013, Urk. 3/6). Insbesondere führte er zu den gestellten Diagnosen keinen Befund auf und machte keine Angaben zur aktuellen Symptomatik. Soweit er als Allgemeinmediziner psychiatrische Diagnosen stellte (vgl. Urk. 7/53/1 Ziff. 1.1, Urk. 3/6 S. 2 oben) und in seine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung einbezog, vermag seine Beurteilung jene des psychiatrischen Gutachters mangels fachlicher Qualifizierung ohnehin nicht in Frage zu stellen. 7.

#### 7.1

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, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein 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"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer 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).

Nach der Rechtsprechung darf bei der invalidenversicherungsrechtlichen Beurteilung der invalidisierenden Wirkung anhaltender somatoformer Schmerzstörungen oder sonstiger vergleichbarer pathogenetisch (ätiologisch) unklarer syndromaler Zustände (BGE 132 V 393 E. 3.2) nicht einfach unbesehen auf die ärztlichen - selbst die gutachterlich attestierten - Einschätzungen abgestellt werden, zumal der Invaliditätsbegriff rechtlicher Natur ist (Art.

#### E. 8

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 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 Mosimann Fonti

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