

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00962 vom 19. März 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-03-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00962

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00962 du 19 mars 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00962 del 19 marzo 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, Mutter von vier Kindern (Jahrgänge 1991, 1994, 1997 und 2001), war zuletzt von Oktober 2010 bis April 2011 bei der Y.____ AG als Raumpflegerin tätig (Urk. 7/10 Ziff. 2.1 und Ziff. 2.7). Unter Hinweis auf einen am 31. Januar 2011 erlittenen Unfall

(Sturz auf die Hände und die Knie, als sie beim Hinuntergehen einer Treppe die letzten Stufen übersah, vgl. Urk. 7/26/264

Ziff.

E. 1.1

). Er führte aus, die Beschwerdeführerin klagt immer noch über starke rechtsseitige Knieschmerzen, sowohl ventralseitig wie auch popliteal. Die Schmerzen seien belastungsabhängig. Gehen sei nur noch über kurze Distanzen, maximal über 500 Meter, möglich. Danach käme es zu massiver Schmerzzunahme über mehrere Stunden. Exquisite Druckschmerzen fänden sich über der rechten Kniegelenksseite (Innenmeniskus), weniger schmerzhaft sei die Aussenseite (Ziff. 1.4). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Zimmermädchen sei die Beschwerdeführerin seit 31. Januar 2011 bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit müsse durch eine medizinische Begutachtung geklärt werden (Urk. 7/13/6). 3. 4

Am 14. Februar 2012 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, RAD, untersucht (vgl. Urk. 7/16). In seiner Stellungnahme vom 17. Februar 2012 (Urk. 7/30 S. 4 f.) führte Dr. C.____ aus, bei der Beschwerdeführerin sei folgender die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen (S. 4 unten): - posttraumatisch persistierender, belastungs- und bewegungsabhängiger stärkerer Beinschmerz rechts lateral betont bei Zustand nach Kniegelenkskontusion im Rahmen eines Treppensturzes am 31. Januar 2011 bei MRI-gesicherter beginnender Gonarthrose und Horizontalriss des Innenmeniskus - Differential diagnose: chronische Ischialgie rechts ohne sensible oder motorische Reizsymptomatik

Dabei unberücksichtigt, weil ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, blieben (S. 5 oben): - beginnende Gonarthrose und Zustand nach arthroskopischer

Teilmenisektomie links im Jahr 2005 - MRI-gesicherte degenerative LWS-Veränderungen ohne Hinweis auf Bandscheibenprolaps/ Bandscheibenprotrusion - stammbetonte Adipositas

Dr. C.____ führte aus, es sei von einem noch nicht stabilen Gesundheitsschaden auszugehen, da offensichtlich noch nicht alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft worden seien. Im Moment sei von einer seit dem Unfalltag andauernden Arbeitsunfähigkeit von 100 % für sämtliche Tätigkeiten auszugehen, wobei für die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft eine vollständige Arbeitsunfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dauerhaft weiterbestehen werde, während für eine angepasste Tätigkeit zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit erreichbar sein sollte (S. 5 oben). 3. 5

In seinem Bericht vom 28. März 2012

über die gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 7/18/8 ff.) führte SUVA-Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie, aus, seines Erachtens liege ein etwas diffuses Beschwerdebild vor und offensichtlich seien auch die durch die verschiedenen Ärzte erhobenen Palpationsbefunde unterschiedlich gewesen. Aus diesem Grund sei die Indikation für eine bilanzierende Arthroskopie und gegebenenfalls mediale Meniskushinterhornresektion nicht leicht zu stellen, zumal der Erfolg für eine erhebliche Besserung des Beschwerdebildes nicht garantiert sei. Bei der heutigen Untersuchung habe eindeutig eine Druckdolenz über dem medialen Meniskus bestanden. Die Tendinose der Sehne des Bizeps femoris

lateralis könne er bestätigen. Das Beschwerdebild und insbesondere die Intensität könne er aufgrund des erhobenen klinischen Befundes und der bisher durchgeführten Diagnostik nicht vollumfänglich nachvollziehen (S. 5 Mitte). Eine volle Arbeitsunfähigkeit lasse sich eigentlich nicht mehr rechtfertigen (S. 5 unten).

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. Juni 2012 (Urk. 7/18/6 f.) sprach sich

Dr. D.____

- nach Einsicht in das Verlaufs-MRI vom 7. Mai 2012 und in Absprache mit Dr. B.____

- für die Durchführung einer Arthroskopie aus, deren Ausgang er aufgrund der bisherigen Vorgeschichte als offen bezeichnete (S. 2 Mitte). 3.6

Am 11. August 2012 (Urk. 7/18/1-2) berichtete Dr. B.____ von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand mit weiterhin bestehenden starken, zunehmend immobilisierenden Knieschmerzen rechts (Ziff. 1.4) und attestierte der Beschwerdeführerin als Zimmermädchen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 31. Januar 2011 und bis auf weiteres (Ziff. 1.6). 3.7

Am 14. September 2012 wurde im Kantonsspital E.____

bei diagnostizierter medialer Meniskusklaision rechts nach Sturz im Januar 2011 mit/bei mediale r sowie femoropatellärer Gonarthrose Knie rechts eine Kniegelenk arthroskopie rechts mit Teilmenisektomie medial durchgeführt (Operati onsbericht vom 2. Oktober 2012, Urk. 7/21/16-17). Im Vorfeld des Eingriffs hatten die Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie, Dr. med. F.____, Chefarzt,

Leiter Kniechirurgie, und

Dr. med.

G.____, Oberarzt,

fest gehalten, dass die Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin schwer nachvollziehbar seien und somit davon auszugehen sei, dass auch nach der Arthro skopie ein grosser Teil der Beschwerden weiterhin angegeben werde ; für einen „grösseren“ Eingriff sähen sie jedoch keine Indikation (Bericht vom 21. Juni 2012, Urk. 7/21/39).

Am 19. September 2012 berichteten die Chirurgen des E.____ von einem verzögerten postoperativen Verlauf mit somatisierenden Tendenzen betreffend die Schmerzsymptomatik (Urk. 7/21/24).

In einem weiteren Bericht vom 20. Dezember 2012 (Urk. 7/25/3)

führten sie aus , der Verlauf sei erwartungsgemäss schleppend. Die Beschwerden seien auch nach fünfwöchiger stationärer Rehabilitation in der Rehaklinik Z.____ wenig verändert zu präoperativ (S. 1 Mitte). Aufgrund der angegebenen persistierenden Schmerzen müsse davon ausgegangen werden, dass die angegebenen Beschwerden nicht von intraartikulärer Genese seien und somit wenig Zusammenhang mit der Operation respektive der vorbestehenden Pathologie im Kniegelenk zu tun hätten. Insgesamt seien der Verlauf sowie die Angaben der Beschwerdeführerin schwer in Zusammenhang zu bringen mit dem Initial-„Trauma“ sowie der durchgeführten Operation. Die Behandlung im E.____ sei abgeschlossen (S. 1 unten). 3.8

Im Austrittsbericht vom 20. Dezember 2012 über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 15. November bis 19. Dezember 2012 (Urk. 7/27/1 ff.) nannten die Ärzte der Rehaklinik Z.____

folgende Diagnosen (S. 1): A. Unfall vom 31. Januar 2011 - Kniekontusion bei vorbestehender Gonarthrose rechts - beginnende bis mässige medial betonte Pangonarthrose rechts - B. degenerative LWS-Veränderungen C. Adipositas Grad II (BMI 38kg/m²) D. gegenwärtig keine psychische Störung nach ICD-10 feststellbar -

Sie führten aus, im Rahmen der stationären Rehabilitation habe bei erheblicher Symptomausweitung und negativem Verhalten bezüglich Rehabilitation keine namhafte Verbesserung der Beschwerden erzielt werden können. Weitere physiotherapeutische Massnahmen könnten daher nicht empfohlen werden. Hinsichtlich der degenerativen Kniegelenksproblematik wäre eine diätetische

Gewichtsreduktion anzustreben (S. 2 Mitte).

Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei. Infolge Selbstlimitierung hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären . Aus unfallkausaler Sicht sei der Beschwerdeführerin die Tätigkeit als Zimmermädchen nicht zumutbar . Eine leichte bis mittelschwere Arbeit sei ihr ganztags zumutbar (S. 2 unten). Einschränkend kämen nur

wechselbelastende (im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen) sowie Tätigkeiten ohne längerdauernde Kniezwangspositionen (kniend oder hockend) in Frage (S. 3 oben).

3.9

Am 10. Januar 2013 berichtete Dr. B.____, es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Raumpflegerin; eine Integration ins Arbeitsleben sei aufgrund der chronifizierten

Schmerzen wahrscheinlich nicht mehr möglich (Urk. 7/23/1). 3.10

In seinem Bericht vom 28. März 2013 (Urk. 7/41) diagnostizierte Dr. med. H.____, Leitender Arzt, Schmerz- und Komplementärmedizin, Spital A.____, einen chronifizierten Schmerzzustand bei vorbestehender Gonarthrose rechts nach Kniekontusion am 31. Januar 2011 und Kniearthroskopie am 14. September 2012 und ersuchte die

Orthopäden des E.____ um eine nochmalige Beurteilung. Er

führte aus, das Kniegelenk der Beschwerdeführerin nochmals mit einem Lokalanästhetikum infiltriert zu haben, wiederum ohne Reaktion. Dies spreche an und für sich gegen eine intraartikuläre Genese der Schmerzen. Trotzdem möchte er die Beschwerdeführerin nochmals zur orthopädischen Beurteilung zuweisen, insbesondere da die Arbeitsunfähigkeit nun schon über ein Jahr dauere und die Schmerzen auf jegliche Intervention eigentlich schlimmer geworden seien (S. 1). 3.1.1

In seiner Stellungnahme vom 6. April 2013 (Urk. 7/30 S. 7 f.) führte RAD-Arzt Dr. C.____ aus, die Beschreibung des bereits aus seiner Stellungnahme vom 17. Februar 2012 bekannten somatischen Gesundheitsschadens sei entsprechend den aktuellen Erkenntnissen wie folgt anzupassen: - persistierende Knie- und Beinschmerzen rechts bei medial betonter Gonarthrose und Retropatellararthrose - Zustand nach Kniearthroskopie rechts mit medialer Teilmeniskektomie am 14. September 2012 - chronische Lumbalgie bei degenerativen Veränderungen (Spondylarthrosen)

Er führte aus, nach erfolgter Kniearthroskopie und fünfwöchiger Reha-Massnahme sowie Abschluss der Behandlung im E.____ sei der Gesundheitszustand nun stabil, allerdings unter Fortbestand der Schmerzen, wobei eine erhebliche Symptomausweitung und letztlich auch eine ungenügende Erklärbarkeit der beschriebenen Schmerzen durch den organischen Befund zu berücksichtigen seien. Die Angaben im Austrittsbericht der Rehaklinik Z.____ hinsichtlich einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die bisherige Tätigkeit seien plausibel, da doch schon eine deutliche medial betonte Gonarthrose sowie eine Retropatellararthrose vorlägen und damit die im Stehen und Gehen ausgeübte Tätigkeit als Zimmermädchen nicht mehr zumutbar sei. Für eine angepasste Tätigkeit bestehe in Fortsetzung der RAD-Stellungnahme vom 17. Februar 2012 nunmehr eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ab 19. Dezember 2012 unter Beachtung folgenden Belastungsprofils: leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeit, wechselbelastend und dabei überwiegend sitzend, ohne längere Zwangsposition des rechten Kniegelenkes im Knien oder Hocken (S. 8 oben). 3.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). 1. 4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Strittig und zu prüfen ist ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab dem 1. April 2013 . 2.2

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit einer Erwerbstätigkeit im Umfang von 73 % nachgehen würde und somit als Teilerwerbstätige zu qualifizieren sei (Verfügungsteil 2 S. 1 unten). Seit

31. Januar 2011

sei ihre

Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt . Nach Ablauf der Wartezeit im Januar 2012 seien ihr weder die angestammte noch eine angepasste Tätigkeit zumutbar gewesen . Im Haushalt sei eine Einschränkung von 23 % ermittelt worden, womit ab Januar 2012 ein eine ganze Rente begründender Invaliditätsgrad von rund 79 % resultiere (Verfügungsteil 2 S. 2 oben). In der Folge habe sich der Gesundheitszustand verbessert. Seit 19. Dezember 2012 seien ihr angepasste Tätigkeiten wie beispielsweise leichte Montage-, Kontroll- oder Verpackungstätigkeiten zu 100 % zumutbar, wobei bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ein behinderungsbedingter Abzug von 5 % vorzunehmen sei. Die

Einschränkung im Haushalt betrage weiterhin 23 % . Damit resultiere

ab Dezember 2012 ein Invaliditätsgrad von rund 6 % , weshalb - unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen zur Änderung des Anspruchs - ab April 2013 kein Rentenan spruch mehr bestehe (Verfügungsteil 2 S. 2 unten). 2.3

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber zu sammenfassend geltend, dass sich ihr gesundheitlich e r Zustand nicht verbessert habe , sondern e s vielmehr Hinweise dafür gebe, dass sich dieser eher ver schlechtere habe. Aus diesem Grund habe die Beschwerdegegneri n ihre Abklä rungspflicht verl etzt. Um den weiteren Verlauf beurteilen zu können, hätte sie zumindest mit dem Entscheid über die Rentenaufhebung zuwarten müssen (S. 8 Ziff. 25). 3. 3.1

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt: 3.2

Vom 18. Juli bis 26. August 2011 weilte die Beschwerdeführerin zur stationären Rehabilitat ion in der Rehaklinik Z.____ , wo g emäss Austrittsbericht vom 8. September 2011 (Urk. 7/9/7 ff.) folgende Diagnosen gestellt wurden (S. 1): A. Unfa ll v om 31. Januar 2011: Von letzter Treppenstufe auf Beton auf beide Knie gestürzt - Kniek ontusion bei vorbestehender Gonarthrose rechts - 15. März 2011 Röntgen: leichte Gonarthrose und Femoropatellararth rose beidseits - 15. März 2011 Magnetresonanztomographie (MRI) Knie rechts: subku tane postkontusionelle ödematöse Veränderung an der Tuberositas

tibiae . Langer horizontaler Riss des medialen Meniskushinter horns und der Pars intermedia , ansatznahe Meniskusganglion. Mäs sige bis deutliche Gonarthrose und femoropatellare Arthrose, deutli che medialbetonte

Chondropathia

patellae . Keine Hinweise auf eine Tibiaplateau -Fraktur - 15. Juni 2011 Orthopädie Spital A.____ : keine Operationsindikation. Re habilitation in der Rehaklinik Z.____ empfohlen - 5. August 2011 orthopädisches Konsil Rehaklinik Z.____ : rechtes Knie klinisch unauffällig - Reizung Extensor-Sehne DII rechter Fuss B. Degenerative V eränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) - 26. Juli 2011 MRI LWS: Chondrosen L4-5-S1, Rissbildungen des Anulus

fibrosus ohne Nachweis eines diskogenen Vorfalles respektive einer Kompromittierung von Spinalnerven . Spondylarthrosen ohne Spinalka nalstenose C. Adipositas Grad I (BMI 34 kg/m 2)

Die Ärzte führten aus, bei Austritt hätten bewegungs- und belastungsverstärkte Knieschmerzen rechts, insbesondere retropatellär , eine Schmerzausstrahlung von gluteal über den dorsalen Oberschenkel bis zum Sprunggelenk rechts, eine Hypästhesie im lateralen Ober- und Unterschenkel rechts , eine fragliche leichte Fussaussenrandheberschwäche rechts sowie Adipositas bestanden (S. 1 unten). Im Rahmen der stationären Rehabilitation habe keine wesentliche Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Die körperliche Leistungsfä higkeit und Belastbarkeit hätten beim Training auf einem tiefen N iveau nur mi nimal gesteigert werden können. Das Leistungsverhalten der Beschwerdeführe rin sei schlecht gewesen (S. 3 unten). Das Ausmass der demonstrierten physi schen Einschränkungen lasse sich mit den pathologischen Befunden der klini schen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären (S. 3 oben).

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Ärzte aus, es liege keine psychische Störung vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte. Bei Austritt sei der Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für zwei Monate attestiert worden. Nach einer Phase ambulanter Physiotherapie und medizinscher Trainingstherapie (MTT) zur Verbesserung der Kondition und Beweglichkeit sollte eine Beurteilung im Spital A. erfolgen. Hinsichtlich des orthopädischen Gesundheitszustands sei eine weitere diätetische Gewichtsreduktion anzustreben. Aktuell sei weder die Tätigkeit als Zimmermädchen noch sonst eine Arbeitsaufnahme zumutbar (S. 2 oben, S. 4 oben). 3. 3

Dr. med. B. , Facharzt für Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 15. Dezember 2011 (Urk. 7/13)

die von den Ärzten der Rehaklinik Z. ge stellten Diagnosen (Ziff.

E. 6

)

meldete sich die Versicherte am

E. 8

Juli 2011 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) bei (Urk. 7/21-22, Urk. 7/26) und liess die Versicherte am 14. Februar 2012 durch einen Arzt ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) untersuchen (Urk. 7/16). Des Weiteren veranlasste sie eine Haushaltabklärung, über welche am 19. November 2012 berichtet wurde (Urk. 7/28).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/32, Urk. 7/34, Urk. 7/42) sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 23. September 2013 (Urk. 7/44 und Urk. 7/53 = Urk. 2) bei einem Invaliditätsgrad von 79 % eine ganze Rente vom 1. Januar 2012 bis 31. März 2013 zu. Für die Zeit danach verneinte sie bei einem Invaliditätsgrad von 6 % einen Rentenanspruch. 2.

Die Versicherte erhob am 23. Oktober 2013 Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. September 2013 (Urk. 2) und beantragte, es seien ihr die gesetzlichen Leistungen ab dem 31. März 2013 weiterhin auszurichten, eventuell sei ein gerichtliches Gutachten über den Gesundheitszustand ab dem 31. März 2013 in Auftrag zu geben, subeventuell die Verfügung aufzuheben und die Sache zur neuen Entscheidung an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 22. November 2013 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführer am 20. Februar 2014 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 9

). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 12

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens äusserte sich Dr. B.____ am 29. Juni 2013 (Urk. 7/42) dahingehend, dass die von den Ärzten der Rehaklinik Z.____ für eine angepasste Tätigkeit attestierte volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit schwierig nachzuvollziehen sei , insbesondere aufgrund des chronifizierten Schmerzzustands

bei nachgewiesener Gonarthrose rechts mit Status nach Kniekontusion und Kniearthroskopie. Klinisch sei das rechte Knie der Beschwerdeführerin am 29. Juni 2013 immer noch überwärmt und geschwollen gewesen mit einer deutlichen Umfangsdifferenz zur Gegenseite von zwei Zentimetern. Er verweise hier auch auf den Bericht von Dr. H.____ vom 28. März 2013. Aufgrund der starken Kniebeschwerden rechts mit stark beeinträchtiger Mobilität und Schlafstörungen denke er, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auch in einer angepassten Tätigkeit nicht über 50 % gesteigert werden könne. 3.13

In seiner Stellungnahme vom 3. Juli 2013 (Urk. 7/43) führte Dr. C.____ , RAD, aus, es lägen keine neuen, bisher nicht bekannten oder berücksichtigten medizinischen Befunde vor. Die Einschätzung von Dr. B.____ entspreche einer anderen Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts (S. 2) . 3.14

Auf Zuweisung von Dr. B.____ wurde die Beschwerdeführerin am 9. September 2013 durch Dr. med. I.____ , Spezialarzt für Orthopädische Chirurgie, untersucht . In seinem Bericht vom gleichen Tag (Urk. 7/66/1) diagnostizierte Dr. I.____

eine posttraumatische medialbetonte Gonarthrose rechts bei Status nach Sturz und Menishektomie etc. Er berichtet , eine schmerzgeplagte , adipöse Beschwerdeführerin vorgefunden zu haben (Urk. 7/66/ 4) . Auf grund von im MRI der Klinik J.____ ersichtlichen

Nekrosenbildungen wolle er einen Therapieversuch starten mit Stockentlastung, 15-30 kg erlaubt, und intensiver Physiotherapie. 4. 4.1

Im Zeitpunkt der Zuspreehung der ganzen Rente am 1. Januar 2012 ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Beschwerdeführerin weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig war.

Diese Annahme steht im Einklang mit der medizinischen Aktenlage, insbesondere der - nach Einsicht in die Vorakten und persönlicher Untersuchung der Beschwerdeführerin abgegebenen

- Einschätzung von RAD-Arzt Dr. C.____ vom Februar 2012 (vorstehend E. 3.4), wonach zum damaligen Zeitpunkt ein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden im Sinne eines posttraumatisch persistierenden, belastungs- und bewegungsabhängig verstärkten Beinschmerzes rechts bei bildgebend nachgewiesener beginnender Gonarthrose und Horizontalriss des Innenmeniskus vorgelegen habe , welcher - mangels aus geschöpfter diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten - noch nicht stabil gewesen sei und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für sämtliche Tätigkeiten (weiterhin) vollumfänglich eingeschränkt habe . 4.2

Im weiteren Verlauf waren mehrere Ärzte mit dem Knieleiden der Beschwerdeführerin in befasst . Im März 2012 äusserte sich SUVA-Kreisarzt Dr. D.____

dahingehend, dass

er das Beschwerdebild und insbesondere die Intensität aufgrund des erhobenen klinischen Befundes und der bisher durchgeführten Diagnostik nicht vollumfänglich nachvollziehen könne, und sich die Attestierung einer vollen Arbeitsunfähigkeit eigentlich nicht mehr rechtfertigen lasse (vgl. vorstehend E. 3.5). Im Juni 2012 hielten auch die Chirurgen des E.____ fest, dass die Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin nur schwer nachvollziehbar seien. Nachdem die

im September 2012 durchgeführte Kniearthroskopie - wie von den Chirurgen angesichts der Vorgeschichte erwartet - zu keiner Besserung der Beschwerden führte und sich vielmehr ein schleppender postoperativer Verlauf mit somatisierenden Tendenzen zeigte, gingen

die Chirurgen des E.____ im Dezember 2012 davon aus, dass die angegebenen Beschwerden nicht von intraartikulärer Genese seien und somit wenig Zusammenhang mit der Operation und der vorbestehenden Pathologie hätten (vgl. vorstehend E. 3.7). 4.3

In dieses Bild passt, dass die Ärzte der Rehaklinik Z.____, welche bereits anlässlich des ersten Rehabilitationsaufenthaltes der Beschwerdeführerin vom Sommer 2011 ein schlechtes Leistungsverhalten hatten feststellen können und schon damals festgehalten hatten, dass die klinischen und bildgebenden Befunde sowie die Diagnosen

das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen nur zum Teil erklärten (vgl. vorstehend E. 3.2), in ihrem Austrittsbericht betreffend den zweiten Rehabilitationsaufenthalt von Ende 2012 auf eine erhebliche Symptomausweitung und Selbstlimitierung hinwiesen. Auch sie gelangten zum Schluss, dass sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären lasse (vgl. vorstehend E. 3.8).

Nachdem die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit aufgrund der Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin nicht verwertbar waren, nahmen die Ärzte der Rehaklinik Z.____

eine

von medizinisch-theoretischen Überlegungen getragene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor (vgl. Urk. 7/27 S. 2 unten). Ihre Einschätzung, wonach der Beschwerdeführerin die Tätigkeit als Zimmermädchen nicht mehr, eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeit ohne längerdauernde Kniezwangspositionen indes ganztags zumutbar sei, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben (vgl. Urk. 7/27 S. 5 f.) und berücksichtigt sowohl die klinischen und die bildgebenden Befunde als auch die

Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm (vgl. Urk. 7/27 S. 2 unten). Sie

erweist sich als nachvollziehbar und schlüssig. 4.4

Gemäss Angaben der Ärzte der Rehaklinik Z.____ erfolgte ihre Zumutbarkeitsbeurteilung zwar aus unfallkausaler Sicht (vgl. vorstehend E. 3.8). Im Austrittsbericht

(Urk. 7/27) wurden allfällige unfallkausale Beeinträchtigungen indes nicht klar herausgeschält und im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von den ebenfalls erhobenen vorbestehenden degenerativen Veränderungen getrennt, sodass nicht ohne

Weiteres gesagt werden kann, die Zu mutbarkeitsbeurteilung der Ärzte der Rehaklinik Z.____ trage den degenerati ven Befunden nicht Rechnung.

Nach Einsicht in die seit seiner Stellungnahme vom Februar 2012 (vorstehend E. 3.4) ergangenen Berichte und

in Kenntnis der seither durchgeführten Therapien gelangte im April 2013 jedenfalls auch RAD-Arzt Dr. C.____ zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführer in in einer leidensangepassten Tätig keit in quantitativer Hinsicht nicht eingeschränkt sei .
Nachdem

er im Februar 2012 von einem noch nicht stabilen (posttrau - matischen) Gesundheitszustand bei vorbestehenden degenerativen Ver - änderungen ausgegangen war, legte er in seiner Stellungnahme vom April 2013 in nachvollziehbar begründeter Weise dar, dass nunmehr ein stabiler Gesund - heitszustand vorliege , welcher es der Be schwerde führerin erlaube, einer angepassten Tätigkeit zu 100 % nachzugehen . D en ausgewiesenen dege - nerativen Veränderungen im Bereich des rechten Knies und der Wirbelsäule trug er durch Formulierung eines

Belastungsprofils Rech nung

(vorstehend E. 3.11). 4.5

Die Berichte von Dr. B.____

vermögen kei ne begründeten Zweifel an den Ein schätzung en der Ärzte der Rehaklinik Z.____ und von RAD-Arzt Dr. C.____ zu erwecken. Zu der

vorliegend zur Beurteilung des Invaliditätsgrades massgeben den Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit äusserte sich Dr. B.____ einzig im Einwand vom 29. Juni 2013 (vorstehend E. 3.12), wobei er der Beschwerdeführerin (implizit) eine lediglich 50%ige Arbeitsfähigkeit in an gepassten Tätigkei ten attestierte . Aus seinen Ausführungen wird e rsichtlich , dass diese Einschätzung vornehmlich auf den subjektiven Schmerzangaben der Beschwerdeführerin beruht. Diese sind für die Ermittlung des Invaliditätsgrades jedoch nicht ausschlaggebend, denn die zumutbare Arbeitsfähigkeit ist allein durch den Arzt zu bestimmen, wobei medizinisch-theoretische Überlegungen anzustellen sind, wenn - wie vorliegend - Symptomausweitung und Selbstlimi tierung eine zentrale Rolle spielen. Mit den von den übrigen Ärzten beschriebe nen Diskrepanzen zwischen den subjektiven Schmerzangaben und den

objekti ven Befunde n

setzte sich Dr. B.____

denn auch nicht auseinander.

Abgesehen davon vermag nicht zu überzeugen , dass die von Dr. B.____ beschrie bene Überwärmung des Knies die Arbeitsfähigke i t der Beschwer defüh rerin in einer knieschonenden Tätigkeit u m ganze 50 % mindern soll. In d i e sem Zusa mmenhang gilt es nicht zuletzt auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapiekräfte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), weshalb sich von vornherein eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung

entsprechender Berichte rechtfertigt . 4.6

Die Berichte von Dr. H.____

(vorstehend E. 3.10) und Dr. I.____

(vorstehend E. 3.14) schliesslich

bringen keine neuen, bislang unberücksichtigt gebliebenen Erkenntnisse betreffend den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und äussern sich insbesondere nicht zur Arbeitsfähigkeit. 4.7

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ab 19. Dezember 2012 (Zeitpunkt des Austritts aus der Rehaklinik Z.____) von einem verbesserten Gesundheitszustand mit einer (wiedererlangten) Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit ausging.

Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands findet in den medizinischen Akten demgegenüber keine Stütze. Subjektive Schmerzangaben sind nicht ausreichend.

Der medizinische Sachverhalt erweist sich als hinreichend abgeklärt. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen relevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb weder ein Gerichtsgutachten einzuholen noch die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 131 I 153 E. 3 mit weiteren Hinweisen).

Abschliessend bleibt zu bemerken, dass von der Beschwerdeführerin im Rahmen der ihr obliegenden Schadenminderungspflicht

(vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts I 70/01 vom 19. Juli 2001 E. 3c sowie I 362/06 vom 10. April 2007) erwartet werden darf, dass sie die von den Ärzten mehrfach empfohlenen

Gewichtsreduktion

in Angriff nimmt, ist doch davon auszugehen, dass ihre Übergewichtigkeit die degenerativen Kniegelenksprobleme ungünstig beeinflusst. 5.

Die Qualifikation der Beschwerdeführerin und die Invaliditätsbemessung im engeren Sinn wurden von der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt und geben nach Lage der Akten (vgl. Urk. 7/10 Ziff. 2.2, Urk. 7/28 - 29, Urk. 7/30 S. 8 f.) zu keinen Beanstandungen Anlass, so dass sich weitere Ausführungen erübrigen.

Die angefochtene Verfügung vom 23. September 2013 (Urk. 2) erweist sich somit als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis I VG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin

aufzulegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Elisabeth Tribaldos - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der 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 MosimannRyf

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