

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01183 vom 13. August 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-08-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.01183

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01183 du 13 août 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01183 del 13 agosto 2014

Erwägungen

E. 1.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat.

E. 1.2

Die Beschwerdegegnerin führt zur Begründung der Rentenaufhebung der Beschwerdeführerin im Wesentlichen an, die ursprüngliche Rentenzusprache sei auf grund eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerde bilds ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen worden. Gestützt auf die Schlussbestimmung a. der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 18. März 2011 sei die Rente daher aufzuheben (Urk. 2 und Urk. 6).

E. 1.3

Die Beschwerdeführerin bestreitet, dass eine Rentenaufhebung gestützt auf die Schlussbestimmung a. der Änderung IVG vom 18. März 2011 zulässig sei. Massgebend für die ursprüngliche Rentenzusprache seien eine Angst und depressive Reaktion gemischt und eine Somatisierungsstörung gewesen. Da sich die medizinische Situation nicht geändert habe, sei auch keine Rentenaufhebung gestützt auf Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

(ATSG) zulässig. Sie habe daher weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 1). 2. 2.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers

erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 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) oder wenn aufgrund veränderter Verhältnisse eine andere Invaliditätsbemessungsmethode massgebend ist (BGE 113 V 273 E.

1a mit Hinweisen). Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche

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). 2.2

Gemäss Schlussbestimmung a. der Änderung des IVG vom 18. März 2011, in Kraft seit 1. Januar 2012, werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Die Rente wird dabei herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind.

Eine Anwendung der Schlussbestimmung a. der Änderung des IVG vom 18. März 2011 setzt voraus, dass die Rentenzusprache

entweder nur auf Grund der Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage erfolgte oder dass damals gleichzeitig bestehende erklärbare Beschwerden sich von ersteren trennen lassen. Falls neben der Diagnose eine s

pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage hier von zu unterscheidende erklärbare Beschwerden bestanden, findet die Schlussbestimmung a. der Änderung des IVG vom 18. März 2011 nur auf erstere Anwendung (Urteil des Bundesgerichts 8C_74/2014 vom 16. Mai 2014

E. 6.2.3, BGE 139 V 547 E. 10.1). 2.3

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 Darstellung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V

231 E.

5.1; 125 V 351 E.

3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 3. 3.1 Bei der ursprünglichen, mit Verfügung vom 5. November 2003 erfolgten Renten zu sprache ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Beschwerdeführerin zu 100 % erwerbsunfähig sei (Urk. 7/21-22). Aus medizinischer Sicht stützte sie sich im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. Z.____ vom 31. Mai 2003 (Urk. 7/19), welche eine Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) und eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) diagnostizierte und der Beschwerdeführerin eine 100 % ige Arbeitsunfähigkeit attestierte. Beim mit Mitteilung vom 22. September 2005 (Urk. 7/38) abgeschlossenen Revisionsverfahren stützte sich die Beschwerdegegnerin auf einen Verlaufsbericht des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 3. August 2005 (Urk. 7/34). Dieser diagnostizierte: „somatoforme Schmerzstörung, klinisches Bild eines Fibromyalgiesyndroms“ und attestierte weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Einschätzung der Beschwerdegegnerin im mit Mitteilung vom 16. Februar 2007 (Urk. 7/51) abgeschlossenen Revisionsverfahren, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht verändert habe, basierte im Wesentlichen auf dem Gutachten von Dr. A.____ vom 1. Februar 2007 (Urk. 7/48). Dr. A.____ nannte als Diagnosen (Urk. 7/48/11) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4).

Die von Dr. Z.____ noch unter dem Titel Anpassungsstörung diagnostizierte Nebendiagnose änderte er aufgrund des zeitlichen Verlaufs in Angst und depressive Störung gemäss ICD -

E. 5

November 2003 mit Wirkung ab 1. Juli 2002 eine ganze Rente zu (Urk. 7/22, Urk. 7/27).

Ein im Juli 2005 eingeleitetes Revisionsverfahren (Fragebogen vom 11. bzw. 21. Juli 2005 Urk. 7/33) schloss die IV-Stelle mit Mitteilung vom 22. September 2005 unter Feststellung eines unveränderten Invaliditätsgrades ab (Urk. 7/38). Gleichzeitig auferlegte sie der Versicherten im Sinne einer Schadenminderungspflicht, sich einer qualifizierten psychotherapeutischen und vorübergehend auch medikamentös-psychiatrischen Behandlung zu unterziehen (Urk. 7/37).

Im Juli 2006 leitete die IV-Stelle erneut ein Revisionsverfahren ein (Fragebogen vom 21. bzw. 31. Juli 2006, Urk. 7/43). Nachdem Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, am 1. Februar 2007 in Zusammenarbeit mit lic. phil. B.____ ein Gutachten erstattet hatte (Urk. 7/48), hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 16. Februar 2007 einen unveränderten Invaliditätsgrad fest (Urk. 7/51).

Ein im Juli 2010 eingeleitetes Revisionsverfahren (Fragebogen vom 25. Februar 2010, Urk. 7/63), in deren Rahmen die IV-Stelle bei Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH,

C.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, speziell Rheumakerkrankungen, und bei Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten einholte (Gutachten vom 19. Januar 2011, Urk. 7/71), wurde mit Mitteilung vom 9. Mai 2011 mit der Feststellung eines unveränderten Invaliditätsgrades abgeschlossen (Urk. 7/78). Gleichzeitig auferlegte die IV-Stelle der Versicherten im Sinne einer

Schadenminderungspflicht sich einer regel mässigen fachpsychiatrischen Behandlung zu unterziehen (Urk. 7/77).

E. 5.1

Hinzu kommt ausserdem der Umstand, dass im nicht gesundheitlichen Bereich auch ein Revisionsstatbestand nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt.

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin ging bei der ursprünglichen Rentenzusprache (Urk. 7/21-22) wie auch bei sämtlichen Revisionsverfahren (Urk. 7/38, Urk. 7/51 und Urk. 7/78) davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 80 % erwerbstätig und zu 20 % im Aufgabenbereich Haushalt tätig wäre , hielt sie

bei einer 100%igen Erwerbsunfähigkeit doch einen Invaliditätsgrad von 80 % fest. Die Beschwerdeführerin bringt nun vor, dass sie im Gesundheitsfall nicht mehr zu 80 % , sondern zu 100 % erwerbstätig wäre (Urk. 1 S.

9 und Urk. 7/101/7). Als Begründung lässt sie anführen, dass ihre Kinder nun erwachsen seien. Zudem wäre sie aus finanziellen Gründen auf ein volles Arbeitspensum angewiesen. Die Beschwerdeführerin ist darauf zu beharren, dass sie keinen weitergehenden Aufgabenbereich Haushalt mehr hat als eine 100 % erwerbstätige Versicherte. Es besteht daher kein Anlass, bei der Invaliditätsbemessung weiterhin die gemischte Methode anzuwenden. Vielmehr ist die Invalidität nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen . Dies gilt unabhängig davon, ob die Beschwerdeführerin nun in einem 80%- oder einem 100%-Pensum arbeitet (vgl. BGE 131 V 51 E.

5.3.2 und vgl. BGE 137 V 334 E.

7.1). Die Anwendung einer anderen Invaliditätsbemessungsmethode aufgrund veränderter Verhältnisse bildet ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (E. 2.1).

E. 5.3

Ist ein Revisionsstatbestand gegeben, steht einer umfassenden Prüfung des Rentenanspruchs nichts entgegen (Urteil des Bundesgerichts 9C_325/2013 vom 22. Oktober 2013 E.

3.5 mit Hinweisen). Es können daher sämtliche Teilaspekte des Rentenanspruchs neu überprüft werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_114/2008 vom 30. April 2008 E. 3.1 mit Hinweisen). 6.

E. 6

IV-Revision aufgezeigt wurden (Urk.

7/88). Mit Vorbescheid vom 16. November 2012 stellte die IV-Stelle die Einstellung der Invalidenrente in Aussicht und hielt darin unter anderem auch fest, dass die Versicherte ihrer mit Schreiben vom

E. 6.1.1

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherung eingeholten Gutachten ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E.

3b/ bb). Vorliegend be stehen keine Indizien, welche gegen die Beweistauglichkeit des MEDAS-Gut achtens vom 1 2. September 2013 (E.

3.2.3, Urk. 7/119) sprechen würden. Viel mehr erfüllt das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen, wel che an beweistaugliche medizinische Gutachten gestellt werden: Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf eingehender Untersuchung, be rücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anam nese) abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusam men hänge

und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die darin enthal te nen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 6.1.2

Soweit die Beschwerdeführerin gegen das MEDAS-Gutachten vorbringt, der Psy chiat er Dr. L.____ teile die Beurteilung von Dr. D.____ , auf welche gemäss der Beschwerdegegnerin nicht abgestellt werden könne, weshalb auch die Be urtei lung

von Dr. L.____ unbeachtlich sei (Urk. 1 S.

7), verkennt sie, dass das Gutachten von

Dr. D.____ von der Beschwerdegegnerin nie als nicht beweis tauglich erach tet wurde , wozu auch keinerlei Anlass besteht. Vielmehr hielt Dr. med. P.____ , Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, vom RAD am 1 7. März 2011 fest (Urk. 7/76/5-6), dass aus dem Gutachten vom 19. Januar 2011 (Urk. 7/71) bzw. der ergänzenden Stellungnahme vom 1 1. März 2011 (Urk. 7/73) tenden ziell eine Verbesserung hervorgehe, welche jedoch nicht als erheblich im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG qualifiziert werden könne. Dem ist zuzustimmen.

Betreffend den Einwand der Beschwerdeführerin , es bestehe seit mehr als zehn Jahren eine chronifizierte Depression und Angststörung (Urk. 1 S.

7) , gilt es zu be achten, dass Dr. L.____ weder eine Depression noch eine Angststörung diag nostizieren konnte (Urk. 7/119/ 22). Da bei Vorliegen eines Revisionsgrundes der Sachverhalt neu überprüft werden kann, kann offen bleiben, ob Dr. L.____ diese Diagnosen aufgrund einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhalts oder – wovon eher auszugehen wäre - einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nicht mehr stellte. Es fällt jedoch auf, dass die Ein schät z ung von Dr. L.____ weitge hend mit derjenigen von Dr. D.____ vom 1 9. Januar 2011 übereinstimmt (Urk. 7/71), welcher ebenfalls weder eine Angststörung noch

eine depressive Er krankung diagnostizieren konnte, sondern lediglich einen Ver dacht auf Dys thymia festhielt. Dr. A.____ erklärte betreffend Angst und De pression, dass diese seines Erachtens als Komorbidität zur anhaltenden chroni fi zierten

soma toformen Schmerzstörung gehörten, zwanglos lasse sich aber auch die Neben diagnose gemäss ICD-10 F41.2 von Angst und depressive Störung ge mischt stellen (Urk. 7/48/11). Da Dr. L.____ ebenfalls eine somatoforme

Schmerz stö rung gemäss ICD-10 F45 diagnostizierte, steht seine Diagnosestellung auch mit der Einschätzung von Dr. A.____ weitgehend in Übereinstimmung. Ent gegen der Behauptung wurde eine „ chronifizierte Depression“ auch nie länger psychiatrisch oder gar

medikamentös

behandelt (Urk. 1 S. 8).

Dem Einwand der Beschwerdeführerin,

Dr. L. ___ führe in Q. ___ unter dem Namen R. ___ eine weitere Begutachtungsstelle, was das Zufallsprinzip gemäss Art. 72 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) untergrabe (Urk. 1

S.

8), ist entgegenzuhalten, dass Dr. L. ___ zwar tatsächlich gemäss <http://www.medregom.admin.ch/> auch in Q. ___ tätig ist, jedoch hat das Bundesamt für Sozialversicherungen keinen Vertrag nach Art. 72 bis IVV mit der R. ___ (vgl. <http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00027/>). Eine Untergrabung des Zufallsprinzips ist daher ausgeschlossen. Im Kanton S. ___ ist Dr. L. ___ seit 2013 bewilligungsmässig abgemeldet (<http://www.medregom.admin.ch/>).

E. 6.1.3

Bei der Würdigung des Gutachtens der MEDAS gilt es zu beachten, dass ein Gutachten zwar zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen hat und diese Ausführungen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bildet, es jedoch letztlich der rechtsanwendenden Behörde - der Verwaltung oder im Streitfall dem Gericht - obliegt, zu beurteilen, ob eine Invalidität im Rechtssinne, bejahendenfalls eine solche rentenbegründender Art eingetreten ist (Urteil des hiesigen Gerichts IV.20

E. 6.2

Die Einschätzung von Dr. H. ___ im Bericht vom 17. Januar 2013 (E. 3.2.1),

dass die Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, steht in Übereinstimmung mit der Einschätzung der MEDAS. Da aus dem Bericht von Dr. H. ___ jedoch nicht hervorgeht, aus welchem Grund er die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit nicht mehr für arbeitsfähig

erachtet, ist die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. Betreffend Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit machte Dr. H. ___ keine Angaben, welche die Einschätzung der MEDAS in Frage stellen würden. So erachtete er zwar in einer behinderungsangepassten Tätigkeit im Gegensatz zu den Ärzten der MEDAS nur eine Teilarbeitsfähigkeit für möglich, doch begründete er diese quantitative Einschränkung in keiner Weise.

E. 6.3

Die Ärzte der K. ___ attestierten der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E.

3.2.2). Es fällt dabei auf, dass sie – neben einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.01) - wie Dr. L. ___ von der MEDAS eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4) diagnostizierten. Im Gegensatz zu Dr. L. ___, welcher schlüssig darlegte, weshalb die Beschwerdeführerin diese mit einer ihr zumutbaren Willensanstrengung überwinden könnte (Urk. 7/119/21-22), setzten sich die Ärzte der K. ___ in keiner Weise mit der Überwindbarkeit auseinander. Dies wäre jedoch erforderlich gewesen, um ihre Be

urteilung einschliesslich der Diagnosen nachvollziehen zu können.

E. 6.4

Nach dem Gesagten ist die Beschwerdeführerin aus invalidenversicherungs recht licher Sicht nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Welche Faktoren zu prüfen sind, dass ausnahmsweise von einer Unzumutbarkeit der Beschwerde überwindung ausgegangen werden kann, und weshalb vorlie gend die Umstände nicht dergestalt sind, dass rechtsprechungsgemäss die chronische Schmerz stö rung eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätte, hat die Beschwerde gegnerin in der angefochtenen Verfügung (Urk.

2) sowie der Beschwerdeantwort (Urk. 6) zu treffend ausgeführt. Das Gericht kann dem nichts hinzufügen, so dass – um Wie derholungen zu vermeiden – darauf verwiesen wird. Bei dieser Sach lage kann offen bleiben, ob die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 80 % oder mehr

er werbstätig wäre, hätte sie doch so oder so keinen Anspruch auf eine Inva li den rente mehr. 7.

Die Beschwerde ist dementsprechend abzuweisen. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrens aufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - 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 Bundes gesetzes 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 Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstWyl

E. 9

Mai 2011 auferlegten Schadenminderungspflicht nicht nachgekommen sei (Urk. 7/89). Hiergegen erhob die Versicherte am 12. Dezember 2012 (Urk. 7/94) bzw. am 30. Januar 2013 (Urk. 7/101) Einwand. In der Folge holte die IV-Stelle bei der Medizinischen Abklärungsstelle F.____ (MEDAS) ein Gutachten ein (Gutachten vom 12. September 2013, Urk. 7/119). Nachdem sich die Versicherte dazu hatte vernehmen lassen (Stellungnahme vom 31. Oktober 2013,

Urk. 7/123), stellte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. November 2013 die Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats ein (Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob X.____ am 27. Dezember 2013 Beschwerde und beantragte, es sei ihr weiterhin eine ganze Rente auszurichten (Urk. 1). Die Beschwerdeführerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 30. Januar 2014 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 3. Februar 2014 mitgeteilt wurde (Urk. 8). 3.

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

E. 10

F 41.2. Erstattete der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (Urk. 7/48/11-12). Das im Juli 2010 eingeleitete Revisionsverfahren wurde mit Mitteilung vom 9. Mai 2011 mit der Feststellung eines unveränderten Invaliditätsgrades abgeschlossen (Urk. 7/78). Diese Einschätzung basierte im Wesentlichen auf dem Gutachten der Dres. C.____ und D.____ vom 19. Januar 2011 (Urk. 7/71). Dr. C.____ und Dr. D.____ stellten in ihrem Gutachten keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), (2) einen Verdacht auf Dysthymia (ICD-10 F34.1), (3) ausgedehnte chronische Schmerzen und (4) einen ausgeprägten Vitamin D-Mangel. Eine Angst- und depressive Reaktion gemischt sowie eine Somatisierungsstörung

könne nicht intermittierend ausgeschlossen werden. Aufgrund der geklagten Beschwerden und erhaltenen psycho-kognitiven Funktionen treffe eher die Diagnose Dysthymia zu. Am 11. März 2011 (Urk. 7/73) präzisierte

Dr. D.____ zum Gutachten von Dr. A.____ vom 1. Februar 2007, dass er die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestätigen könne. Diese sei unter Berücksichtigung der Rechtsprechung jedoch nicht invalidisierend. Betreffend die von ihm diagnostizierte Dysthymia und die von Dr. A.____ diagnostizierte Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) handle es sich um eine unterschiedliche Beurteilung zu einem überwiegend gleichen Sachverhalt. 3.2.3.2.1

Im aktuellen Revisionsverfahren hielt Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, mit Bericht vom 17. Januar 2013 folgende Diagnosen fest (Urk. 7/100): - generalisiertes Schmerzsyndrom mit zervikospondylogem Syndrom - foraminale Stenosen C3/4 links - anamnestisch anhaltende somatoforme Schmerzstörung - chronische Depression

In der angestammten Tätigkeit als Schwesternhilfe sei die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit könne er nicht schlüssig beantworten, da er in die psychiatrische Behandlung nicht involviert sei. Allenfalls könnte aus rheumatologischer Sicht in einer leichten, wechselbelastenden

Tätigkeit ohne wiederholtes Heben von Lasten eine Teilarbeitsfähigkeit erreicht werden.
3.2.2

Dr. med. I.____, Leitender Arzt, und med. pract. J.____, Assistenzarzt, von der K.____ diagnostizierten mit Bericht vom 1. Februar 2013 (Urk. 7/103): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.01) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

beides bestehend seit 2001.

Behandlungsbeginn war 13. Juli 2012. Der Beschwerdeführerin sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Nach Durchführung von Ich-stärkenden psychotherapeutischen Gesprächen, Ergotherapie und auf eine Eingliederung zielenden Trainingsmassnahmen könne eine medizinisch angepasste Tätigkeit auf dem 2. Arbeitsmarkt in Erwägung gezogen werden. 3.2.3

Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr.

med. M.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, Dr. med. N.____, Fachärztin FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. O.____, Fachärztin für Neurologie, von der MEDAS

F.____ nannten in ihrem Gutachten vom 12. September 2013 (Urk. 7/119) als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eine verminderte körperliche Belastbarkeit bei sehr schwächlichem Habitus (Urk. 7/119/26). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Persönlichkeitsakzentuierung (keine Krankheitsrelevanz) - psychosoziale Belastungen (keine Krankheitsrelevanz) - rezidivierende Beschwerden der Wirbelsäule bei Fehlstatik, Haltunginsuffizienz, muskulärem Hartspann und verschmächtigter

Rumpfmuskulatur - HWS-Syndrom bei Diskushernien C4/5 und C5/6 ohne neurologische Ausfälle - beidseits verkürzte Ischiokruralmuskulatur ohne Dehnungsschmerzen - Myoarthropathie des Kiefergelenks - Spannungskopfschmerz - primäre episodische Migräne - Status nach Vitamin-D-Mangel, Erstdiagnose November 2010

Die Tätigkeit als Pflegerin in einem Seniorenheim sollte aus orthopädischer Sicht auf Dauer nicht mehr fortgeführt werden. Limitierend für diese Tätigkeit seien keine pathologischen Befunde, sondern der schwächliche Habitus der Beschwerdeführerin (anlagebedingt). Bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt könne die Beschwerdeführerin ab sofort körperlich sehr leichte und leichte Tätigkeiten in vollem Umfang verrichten. Zu vermeiden seien mittelschwere und schwere Tätigkeiten in Kombination mit Heben und Tragen, häufigem Bücken und ständigen Zwangshaltungen. Retrospektiv sei bereits im Gutachten von Dr. D.____ und Dr. C.____ eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert worden, weshalb sie auch retrospektiv überwiegend wahrscheinlich ihre aktuelle Bewertung ab dem Gutachten der Dres. D.____ und C.____ annehmen könnten. Diese Bewertung gelte bei überwiegend gleichem medizinischen Sachverhalt unter Auslassung einer Bewertung nicht versicherungsmedizinisch relevanter psychosozialer und soziokultureller Faktoren (Urk. 7/119/26-27).

Die chronische Schmerzstörung sei nicht invalidisierend. Es bestehe kein ausgewiesener Rückzug in allen Belangen des Lebens. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch abger

entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) liege nicht vor, die Probleme und Schwierigkeiten hätten von der Beschwerdeführerin durch entsprechende Lösungen nachhaltig geändert werden können, diese wären

jedoch auch einer Therapie zugänglich und behandelbar. Die bisherigen, von der Beschwerdeführerin als insuffizient erlebten Behandlungsergebnisse seien allerdings auf die nicht konsequent durchgeführten Behandlungsbemühungen zurück zu führen, wo unterschiedliche, wirksame therapeutische Möglichkeiten nicht hätten zum Tragen kommen können. Wegen des bisherigen Verlaufs und der Behandlungsanamnese sei davon auszugehen, dass bis heute eine unzureichende Motivation zur Durchführung einer Therapie bestehe. Es sei der Beschwerdeführerin zumutbar, sich auf eine intensivere psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung einzulassen, um ihren Zustand weiter zu stabilisieren. Eine psychiatrische Behandlung sei jedoch nicht erforderlich, um eine berufliche Tätigkeit in dem von ihnen attestierten Umfang aufzunehmen (Urk. 8/119/27-28). 4.

Eine Aufhebung bzw. eine Reduktion einer Rente gestützt auf die Schlussbestimmung a. der Änderung des IVG vom 18. März 2011 setzt – wie ausgeführt (E.

2.2) – voraus, dass die Rentenzusprache

entweder nur auf Grund der Diagnose eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage erfolgte oder dass damals gleichzeitig bestehende erklärbare Beschwerden sich von ersteren trennen lassen.

Bei der ursprünglichen Rentenzusprache

diagnostizierte Dr. Z.____ (Urk. 7/19) neben der Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), welche ein pathogenetisch -ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage ist, auch eine unter dem ICD-10 Titel F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) subsumierte Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22). Dr. A.____ konnte die letztere Diagnose in seinem Gutachten vom 1. Februar 2007 infolge des Zeitablaufs nicht mehr stellen.

Anpassungsstörungen halten nach den im ICD-10 Kapitel V (F) aufgeführten, Klinisch-diagnostischen Leitlinien meist nicht länger als 6 Monate an und die Diagnosen sollten bei Andauern der Symptome in Übereinstimmung mit dem gegenwärtigen klinischen Bild geändert werden (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], hrsg. von H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt, 9. Aufl., S.

209). Gegenüber Dr. Z.____ berichtete die Beschwerdeführerin denn auch noch über Angstattacken. Sie habe immer Angst um ihre Tochter und kreisende Gedanken, wenn sie allein zu Hause sei. Sie habe dann immer Sorgen und Zukunftsängste (Urk. 7/19/3). Dr. A.____ führte ein ausgeprägter, zuweilen zwanghaft anmutender Schuldkonflikt an und erklärte, Depression und Angst gehörten seines Erachtens als Komorbidität zur nun chronifizierten Störung (Urk. 7/48/11). Diese komorbide Problematik mit depressiver Symptomatik, Angst und soziophoben Zügen im Anschluss an die erlebte sexuelle Missbrauchssituation der kleinen Tochter habe sich allmählich über die Anpassungsstörung zur Störung von Angst und Depression gemischt entwickelt. Auch der entscheidende Einfluss der komorbiden Problematik auf die Arbeitsfähigkeit und die Chance einer beruflichen Integration in eine angepasste Tätigkeit habe langsam zugenommen und

schliesslich ab Januar 2006 jede berufliche Tätigkeit verunmöglicht (Urk. 7/48/13). Ob diese in die Nebendiagnose geflossene Symptomatik im Zeitpunkt des Gutachtens vom 19. Januar 2011 (Dres. C.____ und D.____) nicht mehr vorhanden war – immerhin berichtete die Beschwerdeführerin sowohl gegenüber Dres. C.____ und D.____ als auch den MEDAS-Gutachtern nicht mehr über Ängste oder gar Angstattacken (Urk. 7/70/20, 71/6; Urk. 7/119/17-18) – oder ob es sich um eine andere Diagnose einer weitestgehend gleichen Symptomatik handelt (gemäss Dr. D.____), kann jedoch letztlich offengelassen werden. Zweifellos und nach einhelliger Meinung sowohl der Gutachter Dres. C.____ und D.____ als auch der MEDAS-Gutachter bestand im Zeitpunkt der zu prüfenden Rentenaufhebung keine die Arbeitsunfähigkeit beeinflussende depressive oder Angsterkrankung mehr. Im MEDAS-Gutachter fehlt eine solche Diagnose. Übrig geblieben ist einzig die chronische Schmerzstörung, welche gemäss der Krankheitsgeschichte der Gutachterin Dr. Z.____ massgeblich war für die Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/19/3) und letztlich im Jahre 2003 zur Beurlaubung führte, zumal auch nach Ansicht von Dr. A.____ die Nebendiagnose erst Anfangs 2006 Auswirkungen zeitigte. Zweifellos zählt diese Schmerzstörung

zu den pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerdebildern, die, auch ohne dass die Voraussetzungen einer Revision nach Art. 17 ATSG vorliegen würden, gestützt auf die Schlussbestimmung a. der Änderung des IVG vom 18. März 2011 einer Überprüfung zugänglich sind. 5.

E. 11

.00 682 vom 14. November 20

E. 12

E.

3.2 mit Hinweis auf BGE 105 V 156 E.

1). Die von der MEDAS attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit ist – wie von der MEDAS schlüssig dargelegt – nicht durch pathologische Befunde, sondern durch den schwächtigen Habitus (Grösse 153 cm, Gewicht 48 kg, Urk. 7/119/30) der Beschwerdeführerin begründet (Urk. 7/119/26). Invalidität im Rechtssinne kann jedoch nur vorliegen, wenn die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursacht ist (Art. 6-8 ATSG). Mit Beeinträchtigung sind alle Abweichungen von der physiologischen und psychologischen Normalität, sofern und soweit sie sich in morphologischen Schädiungen,

funktionellen Ausfällen oder in mentalen, kognitiven, emotionalen oder intellektuellen Defiziten ausdrücken, gemeint (Meyer-Blaser in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, S.

35-36). Der schwächte Habitus der Beschwerdeführerin ist keine solche Abweichung von der Normalität, sondern begründet eine anlagebedingte Ungeeignetheit für schwere körperliche Arbeit.

Dies bedeutet, dass die von der MEDAS attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant ist.

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