

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00024 vom 18. Januar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-01-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00024 du 18 janvier 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00024 del 18 gennaio 2016

Erwägungen

E. 1.1

); - m ediale Diskushernie C4/5 ohne Myelon -Kompression - m edio-rechtslaterale Diskushernie C5/6 mit ventraler Duralsack-Kompression - C6 Nervenwurzel-Kompression rechts, distale Neuroforamen -Stenose rechts - distale

(richtig: distale) Stenose des Spinalkanals - m ediobilaterale Diskushernie in der Höhe von C6/7 ohne Myelon -Kompression - distale (richtig: distale)

Neuroforamen -Stenose rechts ohne signifikante C7-Wurzelkompression - Impingementsyndrom rechtes Schultergelenk - chronische, progrediente Tendinopathie des M. scapularis

Supraspinatus rechts - Behinderung der Beweglichkeit im rechten Schultergelenk - Status nach Cholezystektomie - chronische Anämie - chronisches Basillaris Syndrom mit Ataxie durch Halswirbelsäulen (HWS) -Degeneration - Arteria Vertebralis-Kompression beidseits bei Reklination /Flexion - Status nach Infrapinatusruptur der Sehne rechts, Teilruptur der Subscapularissehne mit luxierter langen Bizepssehne

Die Prognose sei schlecht. Es sei mit Dauerschmerzen im Bereich der HWS zu rechnen. Die Leistungsfähigkeit des Schultergelenkes könne ohne Operation nicht verbessert werden (S. 8). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 1.6-1.7). Mit der Aufnahme einer behinderungsangepassten Tätigkeit in einem Pensum von 50 % könne in einem halben bis in einem Jahr gerechnet werden (S. 4 f. Ziff. 1.9). 3.5

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, erstattete sein rheumatologisches Gutachten zuhanden der Beschwerdeführerin am 29. Januar 2010 (Urk. 8/24) und führte dabei folgende Diagnosen auf (S. 14 Ziff. 4): - chronifiziertes Schmerzbild im Bereich des rechten oberen Quadranten mit/bei - Schlafstörungen - Schonverhalten - relevanter Schulterpathologie - Symptomausweitung - Verdacht auf somatoforme Komponente - Periarthropathia

humeroscapularis (PHS)

tendinotica rechts, Differentialdiagnose (DD): myofaszielles Syndrom bei - muskulärer Dysbalance des Schultergürtels - Supraspinatussehnenruptur, Infrapinatussehnenruptur, kraniale Ruptur der Subscapularissehne mit Luxation der langen Bizepssehne - leichtes panvertebrales, vor allem zervikovertebrales Schmerzsyndrom bei - Fehlhaltung - Verdacht auf Haltungsinsuffizienz - degenerativen HWS-Veränderungen - Heberden - Arthrosen - Adipositas Grad I - Hyperlipidämie anamnestisch - Status nach Cholezystektomie

Die Beschwerdeführerin sei seit dem 15. Januar 2009 in den bisherigen Tätigkeiten als Zimmermädchen und Putzfrau zu 100 % arbeitsunfähig. In diesen beiden Tätigkeiten werde die rechte Schulter nicht unerheblich belastet, so dass die Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei, weiterhin andauere und mutmasslich definitiv vorliege. Für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne ungünstige statische und repetitive Belastungen der rechten Schulter, ohne körperliches Hantieren und unter Schulterhöhe bestehe momentan eine zumindest 50%ige Arbeitsfähigkeit (S. 14 Ziff. 5). Angesichts der mehrjährigen Vorgeschichte und des eindeutigen Lokalbefundes sei die Indikation für ein operatives Vorgehen gegeben. Aufgrund der Gesamtsituation empfehle er jedoch vorerst ein stationäres interdisziplinäres Vorgehen in einer Rehaklinik, welches auch die psychologisch-psychiatrischen Momente genügend berücksichtige. Aus rheumatologischer Sicht sollte auch mit konservativen Massnahmen innerhalb eines halben Jahres wieder eine volle Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit erreicht werden können (S. 15 Ziff. 6).

Der RAD-Arzt Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, empfahl mit Stellungnahme vom 9. April 2010 auf das Gutachten von Dr. D.____ abzustellen und demnach ab Januar 2009 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit anzunehmen (Urk. 8/26).

E. 1.2

und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.5

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober

2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die erneuten medizinischen Abklärungen davon aus, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft weiterhin nicht zumutbar sei. In einer leidensangepassten Tätigkeit ohne Heben, Tragen und Transportieren von mittelschweren und schweren Lasten, ohne (beidseitiges) Arbeiten in Armvorhaltepositionen und ohne Überkopfpositionen sei sie hingegen seit dem 4. Februar 2014 zu 100 % arbeitsfähig. Es ergäben sich keine Hinweise auf eine invalidenversicherungsrelevante psychiatrische Erkrankung (S. 2). 2.2

Demgegenüber vertrat die Beschwerdeführerin den Standpunkt (Urk. 1), es handle sich bezüglich der somatischen Beschwerden um eine andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts (S. 5). Zudem treffe es nicht zu, dass die psychischen Beschwerden durch die

psychosozialen Belastungsfaktoren her vorgerufen worden seien (S. 6).

2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Rentenaufhebung gerechtfertigt ist. 3. 3.1

Der rentenzusprechenden Verfügung vom 5. Januar 2011 (Urk. 8/33, Urk. 8/37) lagen im Wesentlichen die folgenden Arztberichte zugrunde: 3.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte mit Bericht vom 10. März 2009 (Urk. 8/9/4) eine Zervikobrachialgie rechts mit grösserer mediolateraler

Diskus hernie C5/6 mit Kontakt zum Myelon und leichter Wurzelkompression C6 rechts. Als Nebendiagnosen führte er eine wahrscheinlich asymptomatische Diskusprotrusion C4/5 und C6/7 sowie einen Verdacht auf ein Impingement

der rechten Schulter auf. Nach einer Dekompression auf Höhe C5/6 würden sich die Schmerzen im rechten Arm verbessern. Es sei jedoch schwer abzuschätzen, in wie fern die Schulter noch Restbeschwerden verursachen werde. Als Alternative zum chirurgischen Eingriff empfehle er eine stationäre Rehabilitation. Die Arbeitsfähigkeit habe er nicht beurteilt. 3.3

PD Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, diagnostizierte mit Schreiben vom 14. Mai 2009 (Urk. 8/20/6-7) eine Supraspinatussehnenruptur, eine Infraspinatussehnenruptur sowie eine kraniale Ruptur der Subscapularissehne mit Luxation der langen Bizepssehne. Es bestehe eine klare Operationsindikation (S.

1). 3.4

Dr. med. C.____, praktischer Arzt, gab mit Bericht vom 22. respektive 24. September 2009 (Urk. 8/17/1-9) an, dass er die Beschwerdeführerin seit März 2007 behandle (S. 7 Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen (S. 6

Ziff.

E. 4

f., Urk. 8/7 S. 2 f.). Unter Hinweis auf Beeinträchtigungen an der Halswirbelsäule, der rechten Schulter sowie der Hand meldete sie sich am 8. Juni 2009 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und berufliche Situation (Urk. 8/6-9, Urk. 8/13, Urk. 8/17) ab, zog die Akten der zuständigen Taggeldversicherung (Urk. 8/12, Urk. 8/15) bei und teilte der Versicherten sodann am 30. September 2009 mit, dass zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 8/18). Daraufhin tätigte die IV-Stelle weitere Abklärungen der medizinischen Situation (Urk. 8/20) und veranlasste ein rheumatologisches Gutachten, welches am 29. Januar 2010 erstattet wurde (Urk. 8/24). Gestützt darauf sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 5. Januar 2011 (Urk. 8/33, Urk. 8/37) bei einem Invaliditätsgrad von 62% eine Dreiviertelsrente mit Wirkung ab dem 1. Januar 2010 zu.

E. 4.1

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung vom 4. Dezember 2014 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die nachfolgenden Berichte.

E. 4.2

Mit Bericht vom 30. Oktober 2013 (Urk. 8/43/5-9) bestätigte

Dr. C.____

die bisher von ihm gestellten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 3.4), wobei er zusätzlich auf eine verminderte kardiale Belastbarkeit bei chronischer kardialer Schwäche so wie auf eine Hypothyreose mit manifester Klinik ohne Therapie hinwies (S. 1 Ziff. 1.1). Die Prognose in Bezug auf das rechte Schultergelenk und die Beschwerden an der HWS sei ungünstig. Insbesondere im Bereich des Schultergelenkes sei mit keiner Verbesserung der Beschwerden zu rechnen (S. 4

Ziff. 1.4). Eine körperliche Arbeit sei wegen der Schmerzen und der Schwäche der rechten oberen Extremität nicht möglich. Aus medizinischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar (S. 4

Ziff. 1.7). Eine am 27. Juni 2011 erfolgte Magnetresonanztomographie (MRT) der rechten Schulter habe gegenüber der Voruntersuchung vom 5. Mai 2009 eine zunehmende Atrophie des Musculus

supraspinatus gezeigt. Ansonsten seien keine Veränderungen ersichtlich gewesen (S. 5).

E. 4.3

Dr. med. F.____, Facharzt für Radiologie, Röntgeninstitut G.____, informierte mit Schreiben vom 16. Januar 2014 (Urk. 8/47) über die gleichentags erfolgte Arthro-MRT der rechten Schulter. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 27. Juni 2011 habe dabei keine richtungsweisende Befundänderung erhoben werden können. Es bestehe unverändert eine subtotal

rupturierte

Supraspinatussehne mit Sehnenretraktion und Muskelatrophie sowie eine Partialruptur der Subscapularissehne sowie Luxation der Bizepssehne. Es lägen keine neu aufgetretenen Pathologien vor.

E. 4.4

Am 4. Februar 2014 erfolgte die orthopädische /rheumatologische Untersuchung durch die RAD-Ärztin med. pract. H.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Im diesbezüglichen Bericht vom 7. Februar 2014 (Urk. 8/51) hielt med. pract. H.____ nach der Befundaufnahme eine schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der rechten Schulter bei Rotatorenmanschettenruptur und Luxation der Bizepssehne als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte sie eine Ankylose Dig. III der rechten Hand sowie einen Verdacht auf eine Benzodiazepin-Abhängigkeit auf (S. 8 Ziff. 8). Der heutige klinische Untersuchungsbefund sei gegenüber dem von Dr. D.____ dokumentierten Befund im Wesentlichen unverändert. Es bestehe weiterhin eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Schulter. Auf fallend

sei, dass die Muskulatur des rechten Armes trotz der inzwischen jahre lang bestehenden Einschränkung keine Atrophie aufweise. Es seien zudem weder Schmerzmittel noch die angegebenen Psychopharmaka in wirksamer Konzentration nachweisbar gewesen. In der bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft bestehe seit Januar 2009 weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aus medizinischer Sicht könne davon ausgegangen werden, dass sich die Beschwerdeführerin an die Bewegungseinschränkung der Schulter adaptiert habe und ihr daher eine angepasste Tätigkeit spätestens seit der Untersuchung im RAD, wahrscheinlich bereits seit 2012 (Aushilfstätigkeit als Reinigungskraft), wieder vollzeitig zumutbar sei. In einer angepassten Tätigkeit ohne Heben, Tragen und Transportieren von mittelschweren und schweren Lasten, ohne (beidseitiges) Arbeiten in Armvorhalteposition und ohne Überkopfarbeiten sei die Beschwerdeführerin demnach seit dem 4. Februar 2014 zu 100 % arbeitsfähig (S. 8 f. Ziff. 9-10).

E. 4.5

Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte mit Bericht vom 17. Juni 2014 (Urk. 8/70) einen Schulter-Arm-Schmerz sowie ein Zervikalsyndrom bei Rotatormanchettenläsion rechts, instabiler degenerierter Bizepssehne und eingeschränkter Beweglichkeit der HWS mit Muskelhartspann (S.

1). Eine ganztägige behinderungsangepasste Tätigkeit sei aus orthopädischer Sicht nur gerecht fertigt,

wenn die Schmerzproblematik durch eine erfolgreiche Operation (Bizepsstenose und Reinsertion der Rotatorenhöhle) gebessert werden könne. Im heutigen Zustand bei Mitberücksichtigung der Probleme mit der Halswirbelsäule müsse in einer gut angepassten leichten Tätigkeit eine Arbeitszeitreduktion von mindestens zwei Stunden zugestanden werden. Zusammen mit der deutlich verminderten Leistungsfähigkeit ohne Heben und Bewegen von Lasten über 2-3 kg auf maximal Tischhöhe und ohne rasche Kopfbewegungen oder Zwangshaltungen vornüber gebeugt, resultiere eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % (S.

2

f.).

E. 4.6

Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gab mit Bericht vom 25. November 2014 (Urk. 8/79) an, dass sie die Beschwerdeführerin seit Mai 2014 behandle (S. 1 Ziff. 1.2), und führte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1 Ziff. 1.1): - mittelgradige bis schwere (agitierte) depressive Episode entstanden in Folge einer längerdauernden körperlich bedingten Schmerzproblematik sowie psychosozialer Belastung durch die schwere Krankheit und den Tod ihrer Schwiegertochter (ICD-10 F32.1/F32.2) - psychosoziale Belastungssituation (geschieden, finanzielle Probleme, Verlust ihrer Schwiegertochter) - Diabetes mellitus - Hypothyreose - Hypertension arterialis - Zervikobrachialgie rechts mit grösserer mediolateraler Diskushernie C5/6 mit Kontakt zum Myelon und leichter Wurzelkompression C6 rechts - schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der rechten Schulter bei Rotatormanchettenruptur und Luxation der Bizepssehne

Die Prognose sei schlecht. Der psychische Zustand habe sich trotz psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung nur stabilisiert. Eine Verbesserung sei nicht zu verzeichnen. Um einer weiteren psychischen Verschlechterung entgegenzuwirken, sei die Fortsetzung der ambulanten Psychotherapie und Psychopharmakotherapie indiziert (S. 4 f. Ziff. 1.4-1.5). Die Beschwerdeführerin sei sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsunfähig. Zusätzlich sei die Beschwerdeführerin in ihrem Haus halt sowie in der Führung ihres Familien- und Soziallebens eingeschränkt (S. 5 Ziff. 1.6-1.7). 5. 5.1

Der Vergleich der seinerzeit im Gutachten von Dr. D.____ beschriebenen Befundaufnahme mit den Ergebnissen der Untersuchung durch die RAD-Ärztin med. pract. H.____ ergibt, dass die erhobenen Befunde weitestgehend unverändert sind

(vgl. Urk. 8/24 S. 11 ff. Ziff. 3, Urk. 8/51 S. 4 ff. Ziff. 7). Dies erkannte im Übrigen auch die RAD-Ärztin selbst

(Urk. 8/51 S. 8 Ziff. 9). Ebenfalls haben

die beiden am 27. Juni 2011 sowie 16. Januar 2014 erfolgten MRT der rechten Schulter gegenüber der jeweiligen Voruntersuchung keine wesentlichen Veränderungen gezeigt und auch aus den Berichten der übrigen Ärzte lässt sich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin erkennen (vgl. Urk. 8/43/5-9, Urk. 8/47, Urk. 8/70). Demzufolge ist von einem

grundsätzlich

unveränderten somatischen Gesundheitszustand auszugehen. 5.2

Eine Rentenrevision ist allerdings auch bei einem an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustand möglich, wenn die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mit einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung begründet wird (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3. Auflage, Zürich/Basel/Genève 2014, S. 424 Rz 22; Urteil des Bundesgerichts 8C_237/2014 vom 21. Januar 2015 E. 2.3 und 8C_373/2012 vom 25. Oktober 2012 E. 5.1).

Die RAD-Ärztin med. pract. H.____ begründete die von ihr attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit dementsprechend auch damit, dass sich die Beschwerdeführerin an die Bewegungseinschränkung der Schulter adaptiert habe und ihr eine angepasste Tätigkeit daher wieder voll zeitig zumutbar sei. Es hätten sich insbesondere keine klinischen Befunde für einen Mindergebrauch des Armes finden lassen und die Muskulatur des rechten Armes weise trotz der inzwischen jahrelang bestehenden Einschränkung keine Atrophie auf. Zudem sei das Schmerzmittel nicht in wirksamer Konzentration nachweisbar gewesen (Urk. 8/51 S. 8 f. Ziff. 9). Die durch med. pract. H.____ vorgenommene Einschätzung einer verbesserten Leidensanpassung wird durch das befristete Arbeitsverhältnis der Beschwerdeführerin vom 17. Juli 2012 bis 16. August 2013 als Reinigungsmitarbeiterin plausibilisiert (vgl. Urk. 8/42). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin in ihrer ursprünglichen – höchstwahrscheinlich nicht schulterschonenden – Tätigkeit wieder in einem Teilzeitpensum tätig sein konnte, lässt erkennen, dass sich die Beschwerdeführerin an die Behinderung angepasst hat, obwohl ihr in ihrer ursprünglichen Tätigkeit doch eigentlich übereinstimmend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wird.

Auffallend dabei ist, dass der damaligen Arbeitgeberin kein Gesundheitsschaden bekannt war (Urk. 8/42 S. 2 Ziff. 2.8). Auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin weder die empfohlene stationäre Therapie noch die indizierte Operation durchgeführt hat, lässt eine Anpassung an die Behinderung erkennen. Demgegenüber wird nicht näher begründet und ist zweifelhaft, weshalb die Beschwerdeführerin nach Ansicht von Dr. I. ___ bei den von ihm aufgeführten Befunden (vgl. Urk. 8/70 S. 2) in einer behinderungsangepassten Tätigkeit derart eingeschränkt sein sollte,

zumal bereits Dr. D. ___ im Jahr 2010 davon ausging, dass unter einer konservativen Therapie innerhalb eines halben Jahres wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit erreicht werden könne (Urk. 8/24 S. 15 Ziff. 6).

Nach dem Gesagten

ist die Beurteilung von med. pract. H. ___

einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Der Bericht beruht auf für die strittigen Belange umfassenden orthopädischen /rheumatologischen Untersuchungen sowie einer ausführlichen Anamnese und es bestehen keine Indizien, die gegen seine Aussagekraft sprechen würden. Der Bericht erfüllt somit die praxisgemässen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E.

1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. Es ist daher mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine verbesserte Leidensanpassung vorliegt und die Beschwerdeführerin demnach insbesondere in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. 5.3

In psychischer Hinsicht vermag sodann der Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. J. ___ keine invalidenversicherungsrelevante Verschlechterung zu belegen. Bei der Rentenzusprache lag noch keine fachärztliche psychiatrische Einschätzung vor. Einzig Dr. D. ___ wies in seinem rheumatologischen Gutachten auf mögliche psychische Probleme hin und empfahl eine psychiatrische Betreuung (Urk. 8/24 S.

E. 8

ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorliegen sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren her rühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden

kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invaliditätsrelevanter psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verbleibenden Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E.

3.2 mit Hinweis).

E. 13

oben, S.

E. 15

Ziff. 6). Eine solche erfolgte allerdings erstmals am 27. Mai 2014, mithin 4 Jahre nach der Begutachtung durch Dr. D.____ und auch erst kurz nach Erhalt des renteneinstellenden Vorbescheids vom 14. Mai 2014 (Urk. 8/62). Die behandelnde Psychiaterin Dr. J.____ diagnostizierte nun eine mittelgradige bis schwere (agitierte) depressive Episode, welche infolge einer längerdauernden körperlich bedingten Schmerzproblematik sowie psychosozialer Belastung durch die schwere Krankheit und den Tod der Schwiegertochter entstanden sei (Urk. 8/79 S. 1 Ziff. 1.1). Sie hielt die Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig, wobei diese Einschätzung – fachfremd – auch unter Berücksichtigung der somatischen Beschwerden erfolgte (vgl. Urk. 8/79 S.

5 Ziff. 1.7). Dabei weist Dr. J.____

als Auslöser der affektiven Störung insbesondere auf eine psychosoziale Belastungssituation durch die schwere Krankheit und den Tod der Schwiegertochter hin (Urk. 8/79 S.

1). Insofern haben sich die psychischen Beschwerden nachweislich aus einer psychosozialen Belastungssituation, welche ursächlich für die Erkrankung gewesen ist, heraus ergeben, weshalb es an einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten

Gesundheitsschaden fehlt (vgl. vorstehend E.

1.4). Zudem schilderte die Beschwerdeführerin gegenüber der RAD-Ärztin med. pract. H.____ einen weitgehend normalen Tagesablauf. So frühstücke sie häufig mit der Nachbarin, erledige kleine Hausarbeiten, gehe mit der Tochter gemeinsam einkaufen oder begleite die Nachbarin zu Terminen. Am Wochenende seien häufig die Enkelkinder zu Besuch. Abends trinke sie noch mit der Nachbarin gemeinsam einen Tee oder Kaffee und unterhalte sich mit ihr bis zum Schlafengehen. Häufig gehe sie auch abends zu ihrem Sohn zum Essen (vgl. Urk. 8/51 S. 3). Dieser Tagesablauf lässt keine Eingrenzung der sozialen oder häuslichen Aktivitäten erkennen, was die Diagnosestellung einer mittelgradigen bis sogar schweren depressiven Episode in der Regel nur unter erheblichen Schwierigkeiten sozi-ale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortsetzen, während es in einer schweren de

pressiven Episode sogar gänzlich unwahrscheinlich ist, dass der Patient seine Aktivitäten fortsetzen kann, allenfalls sehr begrenzt (vgl. hier zu Klinisch-diagnostische Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 9. Auflage, Bern 2014, S.

173 f.). Der Bericht von Dr. J.____ wurde lediglich drei Monate nach der RAD-Untersuchung erstellt, wobei diesem keine Hinweise zu entnehmen sind, dass sich bezüglich des Tagesablaufes seither etwas geändert haben könnte. Auch der Umstand, dass bei der erfolgten Bestimmung des Medikamentenspiegels die angegebenen Psychopharmaka nicht in wirksamer Konzentration nachweisbar waren, lässt an einem erheblichen Leidensdruck der Beschwerdeführerin zweifeln. Zudem gelten mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis als therapeutisch angebar und ein Rentenanspruch kann nicht entstehen, solange zumutbare therapeutische und andere schadenmindernde Vorkehrungen nicht ausgeschöpft werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 und 9C_947/2012 vom 19. Juni 2013 E. 3.2.2). Mit Blick auf die psychosoziale Belastungssituation und die nicht konsequente Depressionstherapie ist daher ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden zu verneinen. 5.4

Schliesslich ist nicht ersichtlich, inwiefern die von der Beschwerdeführerin geforderte Rückweisung zur weiteren Abklärung (Urk. 1 S. 1) für die Beurteilung des vorliegenden Falls entscheidende Erkenntnisse liefern könnte, sodass darauf im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d) zu verzichten ist. 5.5

Nach dem Gesagten ist somit mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer verbesserten Leidensanpassung und somit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ohne Heben, Tragen und Transportieren von mittelschweren und schweren Lasten, ohne (beidseitiges) Arbeiten in Armvorhaltepositionen und ohne Überkopparbeiten seit dem 4. Februar 2014 auszugehen, weshalb Anlass für eine Rentenrevision im Sinne von Art.

E. 17

Abs. 1 ATSG besteht. In der bisherigen Tätigkeit ist die Beschwerdeführerin weiterhin als zu 100% arbeitsunfähig zu betrachten. 5.6

Der durch die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen vorgenommene Einkommensvergleich (Urk. 2 S. 2) ist nicht zu beanstanden und wird des Weiteren von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten. Somit ergibt sich bei Berücksichtigung der ausgewiesenen 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ein nicht mehr rentenbegründender Invaliditätsgrad von 15%, weshalb die Rentenaufhebung grundsätzlich zu Recht erfolgte. 6. 6.1

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist vor einer Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Rente abzuklären, ob ein Eingliederungsbedarf besteht. Dabei ist vom Grundsatz der erwerblichen Verwertbarkeit einer verbesserten oder wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung auszugehen. In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder beruflich-erwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft

werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegen stehen, wenn aus den Akten einwandfrei her vorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vor gän gige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenan stren gung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2). 6.2

Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 dahin gehend präzisiert, dass die revisions- oder wiedererwä gungswise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei ver sicherten Personen, die das 5 5. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15

Jahren bezogen haben, nur zulässig ist, wenn die Beschwerdegegnerin zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat (E.

3.3). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass solche versicher te Personen aufgrund des fortge schritte nen Alters oder der langen Rentendaue r und der daraus folgenden lang jähri gen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selber wieder einzugliedern. Dies führt zwar für die Betroffenen nicht zu einer Art Besitzstandsgarantie. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (vgl. erwähntes Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5). 6 .3

Die am 3. Mai 1956 geborene Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt der renten aufhebenden Verfügung vom 4. Dezember 2014 (Urk. 2) 58-jähri g und bezog die Rente seit dem 1. Januar 2010, mithin seit 4 Jahren und 11 Monaten (vgl. Urk. 8/3 S. 1, Urk. 8/33, Urk. 8/37). Damit fällt sie unter den vom Bundesgericht beso nders geschützten Bezügerkreis . Nachdem die orthopädi sch e /rheuma tolo gische Untersuchung durch den RAD erfolgt ist, wies die Be schwerdegegnerin die Beschwerdeführerin auf ihre gesetzliche Mitwirkungs pflicht zur Teilnahme an beruflichen Massnahmen hin und bot ihr mit Schrei ben vom 2 7. Februar 2014 (Urk. 8/52) an, sie aktiv bei der Suche nach einer lei densangepassten Vollzeitstelle zu unterstützen. Da die Beschwerdeführerin auf das besagte Ange bot nicht reagierte, ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass sich die Be schwerdeführerin nach wie vor subjektiv vollständig arbeitsun fähig fühle und/ oder das Eingliederungsangebot nicht benöti ge oder nicht wünsche (Urk. 8/53 S.

4), worauf sie die Unterstützung bei der beruflichen Ein gliederung per 2 7. März 2014 abschloss (vgl. Urk. 8/54). Durch dieses Vorgehen hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin nachweislich aktiv Unter stützung bei der E ingliederung angeboten, bevor sie die Rentenaufhebung ver fügte.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach auch unter diesem Gesichts punkt als rechtens, was zur Abwei sung der Beschwerde führt. 7 .

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 9 00.-- anzusetzen. Entspre chend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerde fühlerin aufzuerlegen.

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und die Beschwerdeführerin bedürftig ist (vgl. Urk. 11/1-10), ist ihr antragsgemäss (Urk. 1 S. 1) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die der Beschwerdeführerin auferlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). Das Gericht beschliesst: 1.

In Bewilligung des Gesuchs vom 9. Januar 2015

wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt. und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - 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. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Kudelski

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