

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00361 vom 17. Dezember 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-12-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00361

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00361 du 17 décembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00361 del 17 dicembre 2015

Erwägungen

E. 1.1

mit Hinweisen).

Ein schützenswertes Interesse setzt ein rechtliches oder tatsächliches und aktuelles Interesse an der sofortigen Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses, dem keine erheblichen öffentlichen oder privaten Interessen entgegenstehen, und welches nicht durch eine rechtsgestaltende Verfügung gewahrt werden kann, voraus (BGE 132 V 257 E.

1 mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführer in beantragt die Feststellung eines Invaliditätsgrads von mindestens 50 %. Die Beschwerde zielt jedoch klar auf die Weitergewährung der halben Invalidenrente, und die Frage, ob und bejahendenfalls in welchem Umfang der Beschwerdeführer weiterhin eine Invalidenrente zusteht, bildet Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Unter diesen Umständen besteht kein schutzwürdiges Interesse an der Feststellung des Invaliditätsgrades, dieser wird vielmehr Begründungselement des Urteilsdispositivs darstellen. Auf den Antrag auf Feststellung eines Invaliditätsgrades von mindestens 50 % ist daher nicht einzutreten.

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.

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen

Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E.

E. 1.4

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 invaliden versicherungsrechtlich 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. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S.

188 E.

2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, 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.).

E. 1.6

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität

und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 2

Zu prüfen ist, ob aufgrund der getroffenen Abklärungen eine revisionsrechtlich bedeutsame Änderung in den medizinischen Verhältnissen angenommen werden kann, welche eine Rentenaufhebung rechtfertigt. Zeitliche Vergleichsbasis ist die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. Dezember 2012 (Urk. 11/57),

mit der sie der Beschwerdeführerin eine halbe Rente ab 1. August 2011 zusprach.

E. 2.1

Bei einer Verfügung über Versicherungsleistungen bildet grundsätzlich einzig die Leistung Gegenstand des Dispositivs. Die Beantwortung der Frage, welcher Invaliditätsgrad der Rentenzusprechung oder -aufhebung zu Grunde gelegt wurde, dient demgegenüber in der Regel lediglich der Begründung der Verfügung. Sie könnte nur dann zum Dispositiv gehören, wenn und insoweit sie Gegenstand einer Feststellungsverfügung ist. Da in jedem Fall nur das Dispositiv anfechtbar ist, muss bei Anfechtung der Motive einer Leistungsverfügung beziehungsweise einer Leistungsaufhebenden Verfügung geprüft werden, ob damit nicht sinngemäss die Abänderung des Dispositivs beantragt wird. Sodann ist zu untersuchen,

ob die beschwerdeführende Person allenfalls ein schutzwürdiges Interesse an der sofortigen Feststellung hinsichtlich des angefochtenen Verfügungsbestandes hat

(Urteil des Bundesgerichts 9C_858/2010 vom 17. Mai 2011 E.

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin nahm gestützt auf das Gutachten der MEDAS vom 23. Oktober 2014 eine Verbesserung der körperlichen Einschränkungen an und führte aus, der Beschwerdeführerin sei die angestammte Tätigkeit zu einem Pensum von 70% zumutbar.

Von psychischer Seite her sei eine Verschlechterung eingetreten, welche allerdings durch nicht invalidenversicherungsrechtlich relevante Belastungssituationen (Wegfallen der grössten Auftraggeberin) aus gelöst worden sei und welche überwindbar sei. Der Invaliditätsgrad betrage 30%

(Urk. 2).

E. 2.4

Demgegenüber lässt die Beschwerdeführerin zur Hauptsache einwenden, es liege keine Verbesserung des Gesundheitszustandes vor (Urk. 1 S. 4). Die Feststellung im Gutachten der MEDAS vom 23. Oktober 2014, dass bei der neurologischen Abklärung keine mit der Nervenwurzel links assoziierten klinischen Symptome feststellbar seien, sei unrichtig und

stehe im Widerspruch zu den von Dr. med. Y.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und Dr. med. Z.____, Fachärztin für Neurologie FMH, in ihren Einzelgutachten gemachten Feststellungen (Urk. 1 S. 4 f.).

Sodann sei das Teilgutachten von Dr. Z.____ in sich selbst widersprüchlich (Urk. 1 S. 8). Auf diese Widersprüche habe auch Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hingewiesen und eine neurologische Abklärung durch Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie (Urk. 3/4), veranlasst (Urk. 1 S. 9). Geht es um die dort erhobenen gesicherten und klaren Befunde, sei davon auszugehen, dass der gleiche Zustand bestehe, wie im Zeitpunkt, als der Beschwerdeführerin ein Invaliditätsgrad von 50 % attestiert und eine halbe Rente zugesprochen worden sei. Falls das Gericht nicht vom gleichen Zustand ausgehe, sei eine neue MEDAS Beurteilung anzuordnen (Urk. 1 S. 10). Zum Einkommensvergleich führte die Beschwerdeführerin aus, es sei zu berücksichtigen, dass sie nur noch körperlich leichte Arbeiten verrichten könne und dass bei einer Teilerwerbstätigkeit wie sie ihr nur noch möglich sei, überproportional weniger verdient werde, als bei einer entsprechenden Vollzeittätigkeit. Unter Berücksichtigung der konkreten Umstände sei daher ein 20%iger Invaliditätsabzug vorzunehmen. Sodann sei zu beachten, dass die Gutachter unter Berücksichtigung der diagnostizierten mittelgradigen Depression eine

Restarbeitsfähigkeit von 55 % attestierten (Urk. 1 S. 12). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin könne nicht von einer Überwindbarkeit der psychischen Beeinträchtigung ausgegangen werden, weshalb die entsprechende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzurechnen sei (Urk. 1 S. 13).

E. 3

Die IV-Stelle stütze sich bei der ursprünglichen Zusprechung der halben Invalidenrente am 28. Dezember 2012 auf die damals vorhandenen Arztberichte, namentlich die Berichte von Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 18. März 2011, 9. Juni 2011 und 15. Juli 2011

sowie den Konsultationsbericht der Klinik D.____ vom 31. Mai 2011

(Urk. 11/21, Urk. 11/25, 11/33).

Dr. C.____ hielt in seinem Bericht vom 18. März 2011 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine distale Radiusfraktur

rechts am 7. Mai 2010 und ein lumbales Schmerzsyndrom bei Diskushernie L5/S1 mit Nervenwurzelkompression S1, S2 bestehend seit ungefähr Juli 2010 fest (Urk. 11/21/1). Die Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Näherin seit dem 1. Januar 2011 zu 50 % arbeitsfähig. Sie arbeite sitzend und

könne dies

während höchstens

vier Stunden pro Tag tun (Urk. 11/21/2). Dem Arztbericht vom 9. Juni 2011 sind dieselben Angaben zu entnehmen (Urk. 11/25). Auf die Frage der Beschwerdegegnerin, ob in einer optimal angepassten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne (vgl. Urk. 11/29), hielt Dr. C.____ am 15. Juli 2011 fest, die aktuelle Arbeitsfähigkeit betrage maximal 50%. Die Beschwerdeführerin könne nur wechselbelastende Arbeiten (sitzend-stehend) ausführen und sei als Näherin stark eingeschränkt. Längere Liege-Pausen

seien dazwischen schmerzbedingt nötig (Urk. 11/33/1).

E. 4

, welches Fachgutachten der Orthopädie/Traumatologie, der Neurologie, der Psychiatrie und der Inneren Medizin umfasst (Urk. 11/78) sind als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 11/

E. 4.1

Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich insbesondere aus dem Arztbericht von Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 5. März 2014 (Urk. 11/68) und dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 23. Oktober 2014 (Urk. 11/78).

E. 4.2

Dr. E.____

führte als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung seit dem Unfall 2010 (Bandscheibenvorfall) sowie eine mittelgradige depressive Episode (reaktiv), aktuell gebessert und ohne zu Beginn vorhandenes somatisches Syndrom (ICD-10: F32.11) auf (Urk. 11/68/1).

Ein Herzinfarkt des Lebenspartners

und

der Zusammenbruch ihres Lebenskonzeptes (Kündigung des Wohnverhältnisses und des Ateliers sowie die Geschäftsaufgabe ihrer einzigen grossen Auftragskundin) hätten im Frühjahr 2012 zu einer reaktiven, depressiven Dekompensation mit Schlafstörung, Gedankenkreisen, Antriebslosigkeit, Appetitlosigkeit, Verzweiflung, Ohnmacht, Orientierungslosigkeit, sozialer Angst, Zukunfts- und Existenzängsten, Rückzug sowie Wertlosigkeitsgefühlen geführt. Auch habe der Umzug und die Räumung des Ateliers im Mai 2013 die Beschwerdeführerin bis zur physischen und psychischen Erschöpfung beansprucht. Seither habe eine leichte Verbesserung des psychischen Zustandes auf sehr niedrigem Niveau stattgefunden. Dieser sei jedoch sehr instabil. Aktuell forderten bereits die notwendigen Hausarbeiten (z.

B. Heizen mit Holz) die Beschwerdeführerin bis zur Grenze ihrer Belastbarkeit, sodass sie danach Pausen einlegen und häufig auch Schmerzmittel einnehmen müsse. Affektiv falle eine negative, deprimierte Grundstimmung auf. Rückenprobleme führten täglich zu Schmerzen und damit verbundene mobiler Einschränkung sowie zu sozialem Rückzug. Nach wie vor bestehe eine stark verminderte Belastbarkeit und die depressive Symptomatik sei vorherrschend. Aufgrund der Irreversibilität der Rückenbeschwerden könne keine günstige Prognose gestellt werden (Urk. 11/68).

Es bestehe eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit seit Mai 2012. Die psychische Belastbarkeit insgesamt sei aufgrund der depressiven Stimmung, des Antriebsmangels, der raschen Ermüdbarkeit, der Insuffizienzgefühle und der Schlafstörungen eingeschränkt. Die Konzentration sei teilweise vermindert. Das Leistungsvermögen sei deutlich eingeschränkt durch auftretende Schmerzen in unterschiedlicher Stärke nach kurzer körperlicher Betätigung. Die Beschwerdeführerin sei emotional nieder geschlagen. Gedankenkreisen, Insuffizienzgefühle, Zukunfts- und Existenzängste wirkten sich negativ auf den Antrieb aus, schränkten die Konzentration und die Auffassung ein und setzten die psychische

Belastbarkeit insgesamt herab. Die Schlafstörung führe zu rascher Ermüdung und zu Schmerzen und vermindere das Leistungsvermögen (Urk. 11/68/4).

Zum Belastungsprofil hielt Dr. E.____ fest, die Beschwerdeführerin könne nur wechselbelastende Tätigkeiten während zwei Stunden pro Tag ausüben. Rein sitzende und stehende Tätigkeiten seien während ein bis zwei Stunden am Tag möglich (Urk. 11/68/7).

E. 4.3

Dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 23. Oktober 2011

E. 7

8/11): 1. Lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - Rumpfmuskulärer Dysbalance mit reaktiver bilateraler ileolumbalen

Ansatz t endinopathie - In der aktuellen lumbalen MRT (30.09.2014) beschriebene gross volumige und nach kaudal luxierte Diskushernie L5/S1 mit linksseitiger Wurzelkompression S1 sowie Diskusprotrusion L4/5, Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1. 2. Beginnende posttraumatische Handgelenksarthrose rechts bei Status nach konservativer Behandlung einer nach dorsal dislozierten distalen Radiusfraktur 05/2010. 3. Mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1).

Rein orthopädisch und einbezüglich der neurologischen Situation resultiere eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 30 % sowohl in der bisherigen als auch in anderen qualitativ angepassten Tätigkeiten. Im Vergleich zur Situation Anfang 2011, als von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen worden sei (vgl.

Urk. 11/21, Urk. 11/25, Urk. 11/33, Urk. 11/41/4), habe sich die Situation aus rein somatischer Sicht leicht verbessert (Urk. 11/78/12).

Hingegen beschreibe der Psychiater seit Mai 2013 eine psychische Dekompensation mit einer mittelgradigen depressiven Episode, die bisher nur ungenügend auf die Therapie angesprochen habe. Diese schränke die Arbeitsfähigkeit seit Mai 2013 um 40 bis 50 % ein. Eine Intensivierung der Behandlung der Depression sei dringend angezeigt. Eine Besserung innert maximal einem Jahr sei zu erwarten. Die von den behandelnden Ärzten beschriebenen ungünstigen psychosozialen Belastungsfaktoren hätten sicher zur Auslösung der Depression beigetragen. Im Vordergrund der einschränkenden Faktoren stehe aber die mittelgradige Depression (Urk. 11/78/12).

Zusammenfassend habe sich die somatische Situation im Vergleich zur Situation bei Zusprache der Rente leicht gebessert, hingegen sei seit Mai 2013 neu eine mittelgradige Depression hinzugekommen, so dass die Arbeitsfähigkeit nach wie vor zu 40 bis 50 % eingeschränkt sei (Urk. 11/78/12). In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 55 %. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei ihr ebenfalls ein 55%iges Pensum zumutbar (Urk. 11/78/13).

Zum Belastungsprofil wurde ausgeführt, dass wechselbelastende körperlich leichte rückenadaptierte und an die Unfallfolgen am rechten Handgelenk angepasste Tätigkeiten möglich seien. Aus psychiatrischer Sicht seien Tätigkeiten unter Zeitdruck und mit regelmässigem Publikumsverkehr ungünstig; längere Pausen seien zu empfehlen (Urk. 11/78/12). 5.

Strittig ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Erlass der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 28. Dezember 2012 (Urk. 11/54) rententäglich verbessert hat. Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 23. Oktober 2014 (Urk. 11/78), insbesondere auf das orthopädische Gutachten vom 9. September 2014 (Urk. 11/78/ 21-25) und ging von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit aus. Die mittelschwere depressive Episode, welche im psychiatrischen Gutachten diagnostiziert wurde

(vgl. Urk. 11/78/34-41) , erachtete sie als überwindbar

(Urk. 11/83/5). Daher ist vorerst zu prüfen, ob auf das Gutachten abgestellt werden kann.

5.2

5.2.1

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wendet gegen das Gutachten der MEDAS vom 23.

Oktober 2014 ein, die Feststellung , dass bei der neurologischen Abklärung

keine mit der Nervenwurzel links assoziierten klinischen Symptome feststellbar gewesen seien, sei unrichtig und stehe im Widerspruch zu den von Dr. Y.____ und Dr. Z.____ in ihren Einzelgutachten gemachten Feststellungen (Urk. 1 S. 4 f.). Dieser Argumentation ist entgegenzuhalten, dass Dr. Z.____

in ihrem Teilgutachten zum Teil brennende Missempfindungen in der Gegend von Zehe 5 und des Unterschenkels

beschrieb , welche jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (Urk. 11/78/31). Sodann wurde in der Zusammenfassung der einzelnen Teilgutachten festgehalten, dass es sich bei den geklagten Missempfindungen um ein sensibles radikuläres Syndrom entsprechend dem distalen Segment von S1 handle, weitere Pathologien seien aber diesbezüglich nicht zu finden (Urk. 11/78/8). Sofern nun unter dem Titel „Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten nach Konsens vom 17.10.2014“ ausgeführt wurde, im Rahmen der neurologischen klinischen Abklärung seien keine an den MRT-Befund mit S1-Wurzelkompression links assoziierten klinischen Symptome feststellbar gewesen und eine radikuläre Irritation von klinischer Relevanz liege somit nicht vor (Urk. 11/78/12) , trifft dies zumindest in dem Sinne zu, dass keine Reizung vorlag, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (Urk. 11/78/30) . Insofern steht diese Aussage auch nicht im Widerspruch dazu, dass tatsächlich eine Nervenwurzelkompression besteht (Urk. 11/78/59), betrifft sie doch einzig deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. 5.2.2

Insofern Dr. A.____ in seinem Bericht vom 10. März 2015 (Urk. 11/91/1) ausführt, diese radikuläre Reizung und sensible Ausfallsymptomatik S1 bestehe weiterhin, währendem im Gutachten der MEDAS postuliert werde, dass die Symptomatik nicht mehr relevant sei und keine Arbeitseinschränkung daraus resultiere , und deshalb der Rentenanspruch von 50 % auf 40 % reduziert werde, entspricht dies nicht den Tatsachen. Auch in der Verfügung vom 28. Dezember 2012 (Urk. 11/57) hatte nicht die Nervenwurzelkompression zur damals festgehaltenen Arbeitsunfähigkeit geführt, sondern wie dem Schreiben von Dr. C.____ vom 15. Juli 2011 unter Ziff. 3 zu entnehmen ist, die starke Einschränkung der Beweglichkeit der Wirbelsäule bei bekannter Diskushernie L5/S1 (Urk. 11/33/1, vgl. Urk. 11/29, Urk. 11/41/2-4). 5.2.3

Zum Vorwurf, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sei nicht spezifisch dargetan (Urk. 1 S. 11), ist zu bemerken, dass dem orthopädischen Teilgutachten von Dr. Y. ____ vom 9. September 2014 zu entnehmen ist, dass sich die deutlich eingeschränkte Rumpffunktion gemäss hausärztlichem Bericht vom 15. Juli

2011 mit einem damaligen Finger-Boden Abstand von 55 cm und einem aktuellen Finger-Boden-Abstand von 38 cm gebessert habe

(Urk. 11/78/23). Somit hat sich die Beweglichkeit der Wirbelsäule, die wie erwähnt für die Renten zu sprache massgebend war, gebessert (Urk. 11/78/24) und es liegt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes vor. Es rechtfertigt sich daher auch, eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit von 50 % auf 70 % anzunehmen (Urk. 11/78/24). 5. 2 .4

Aus dem Gesagten folgt, dass nichts vorgetragen wurde, was das Gutachten der MEDAS vom 23. Oktober 2014 als widersprüchlich oder nicht schlüssig erscheinen liesse oder sonst in Zweifel zu ziehen vermöchte. Ebenso wenig ist etwas Derartiges aus den Akten ersichtlich. Vielmehr erfüllt das Gutachten sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5a und 125 V 351 E. 3a). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf abgestellt hat. Die Einholung eines weiteren Gutachtens erübrigt sich.

5. 3

Mit dem Gutachten der MEDAS ist ausgewiesen, dass sich der somatische Gesundheitszustand

der Beschwerdeführerin trotz grundsätzlich

gleich gebliebener Diagnose

insofern verbessert hat, als sich die Beweglichkeit der Wirbelsäule gebessert hat (Urk. 11/78/23-24). Somit hat sich das Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert. Zusätzlich wurde

neu als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eine beginnende posttraumatische Handgelenkarthrose rechts bei Status nach konservativer Behandlung der im Mai 2010 erlittenen Radiusfraktur gestellt

(Urk. 11/78/23).

Überdies hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht verändert.

Dem Gutachten der MEDAS vom 23.

Oktober 2014

ist neu als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1) zu entnehmen (Urk. 11/78/11). 5. 4

Somit liegen wesentliche Änderungen in den tatsächlichen Verhältnissen vor, die geeignet sind, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Es ist daher in einem weiteren Schritt zu prüfen, wie sich diese Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. 5. 5

5.5.1

Aus orthopädisch-/traumatologischer Sicht ist die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten der MEDAS

in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, weil sie nur

noch in einem verlangsamten Tempo und mit vermehrten Pausen arbeiten könne. Daraus resultiere ein uneingeschränktes Pensum mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 30 % und somit eine globale Restarbeitsfähigkeit von 70 %. Tätigkeiten, welche mit dem Belastungsprofil korrelieren, seien ebenfalls bei einem vollen Pensum und einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 30 %, d.h. auf einem globalen 70%-Niveau zumutbar (Urk. 11/78/8). Wie bereits festgehalten, ist die Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes auf die Verbesserung der Beweglichkeit der Wirbelsäule zurückzuführen (vgl. Urk. 11/78/23). Deshalb ist die im Einzelgutachten festgehaltene Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar, weshalb ihr gefolgt werden kann. 5.5.2

Aus psychiatrischer Sicht wurde aufgrund der psychischen Dekompensation mit einer mittelgradigen depressiven Episode seit Mai 2013 eine Arbeitsunfähigkeit zwischen 40 und 50 % festgehalten (Urk. 11/78/12).

Der von Dr. E.____ eingereichte Bericht vom 17. März 2015 ändert daran nichts (Urk. 11/92). Dieser Bericht geht selbst von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus (Urk. 11/92/2), was der von der MEDAS festgehaltenen Arbeitsfähigkeit nicht widerspricht.

Der Argumentation der Beschwerdegegnerin, die mittelschwere depressive Episode sei aufgrund psychosozialer Belastungsfaktoren ausgelöst worden, und die Beschwerdeführerin habe weiterhin Ressourcen, um diese gesundheitlichen Einschränkungen zu überwinden, ist allerdings entgegen zu halten, dass es sich bei der von Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gestellten Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode (ICD-10 F32.1), um einen eigenständigen Befund handelt, bei welchem gegebenenfalls psychosoziale Belastungsfaktoren bei deren Entstehung eine Rolle spielten (vgl. Urk. 11/78/12).

Dass es sich um eine verselbständigte Diagnose handelt, wird auch dadurch klar, dass Dr. F.____ gestützt auf diese Diagnose eine Arbeitsunfähigkeit von 40 bis 50 % attestierte (Urk. 11/78/39-40).

Da diese depressive Episode bereits im Mai 2013 entstand und die Symptomatik auch durch die Psychotherapie nur leicht gebessert wurde (Urk. 11/78/39), ist ein in validisierender Gesundheitsschaden zu bejahen. 5.5.3

Insgesamt wurde im Gutachten der MEDAS vom 23.

Oktober 2014 festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit nach wie vor zu 40 bis 50 % eingeschränkt sei, wo bei einer Restarbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer anderen

leistungsgerechten Tätigkeit von 55 % festgehalten wurde (Urk. 11/78/12-13).

Diese Restarbeitsfähigkeit wurde nachvollziehbar hergeleitet, bezieht alle Befunde und Vorakten ein, weshalb

darauf abzustellen ist.

Der Arztbericht von Dr. E. ___ vom 5. März 2015, welcher eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit ausweist, erging

nicht unter Bezug aller Vorakten und die genannte Arbeitsunfähigkeit ist anhand der gemachten Angaben nicht nachvollziehbar. Zudem ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). 5. 6

Zusammenfassend ist hinsichtlich der resultierenden Arbeitsfähigkeit auf somatischer Seite von einer leichten Verbesserung des Gesundheitszustandes und auf psychiatrischer Seite aufgrund der neu diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen.

Insgesamt besteht sowohl in der bisherigen als auch in einer anderen leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 55

% .

Auf diese Angabe ist abzustellen. 6. 6.1

Es bleibt zu prüfen, wie sich die

Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 6.2 6.2 .1

Für die Ermittlung des Valideneinkommens von selbständig erwerbstätigen Personen, das der Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Art. 16 ATSG zugrunde zu legen ist, sollten in erster Linie die aus dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK) ersichtlichen Löhne herangezogen werden. Weist das bis Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (Urteil des Bundesgerichts 8C_626/2011 vom 29. März 2012 E. 3, E. 4.1 f.). 6.2. 2

Bei der Rentenzusprache

bemass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen anhand der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2010 (Urk. 2 S. 2) ,

weil aufgrund der Angaben im Auszug aus dem individuellen Konto (vgl. Urk. 11/20) und der eingereichten Buchhaltungen (vgl. Urk. 11/34) kein verlässliches Einkommen ermittelt werden könne (Urk. 11/36/7-9). Dabei ging sie vom Einkommensniveau 3, Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt, im Sektor Herstellung von Textilien/Bekleidung aus (Urk. 11/36/9).

Da die IV-Stelle bereits beim Einkommensvergleich im Jahre 2012 auf die LSE abgestellt hatte (vgl. Urk. 11/36/7-9, Urk. 11/54), dem IK-Auszug kein existenzsicherndes

Valideneinkommen zu entnehmen ist (Urk. 11/20, Urk. 11/66) und die Beschwerdeführerin inzwischen ihr Geschäft aufgegeben hat (vgl. Urk. 11/68/3, Urk. 11/78/29), ist den Ausführungen der IV-Stelle zu folgen und auch im vorliegenden Verfahren

auf die LSE abzustellen. 6. 2 . 3

Der standardisierte Monatslohn (Vollzeitäquivalent basierend auf 4 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden) für den Sektor 2 Produktion, Positionen 13-15 „Herstellung von Textilien

und Bekleidung“, Niveau 3 „Frauen“, entspricht im Durchschnitt Fr. 4'550.-- (LSE 2010, TA1, S. 26). Davon ist auszugehen (Urk. 11/36/9). Dieser Betrag ist auf die im Jahr 2013 (Jahr 2014 ist nicht bekannt) betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,4 Stunden hochzurechnen (Die Volkswirtschaft, 3/4-2015, Tabelle B 9.2) sowie an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [Basis 2010 = 100; im Internet abrufbar unter <http://www.bfs.admin.ch>], Nominallohnindex Frauen, [T1.2.10], Sektor 2 Produktion; 2014: 104.1). Daraus resultiert ein jährliches Bruttoeinkommen von Fr. 58'828.-- (Fr. 4'550.-- x 12 : 40 x 41,4 : 100 x 104.1). 6.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflichen und werblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, nämlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung ebenfalls die Tabellenlöhne gemäss LSE heran gezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E.

4.2.1).

Aufgrund der medizinischen Beurteilung ist die angestammte und zugleich behinderungsangepasste Tätigkeit zu 55 % zumutbar. Abzüge vom Invalideneinkommen sind in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin nicht angezeigt, da die angestammte Tätigkeit weiterhin zumutbar ist. Das Invalideneinkommen 2014 beträgt somit Fr. 32'355.40 (Fr. 58'828.-- : 100 x 55). 6.4

Eine Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen ergibt einen Invaliditätsgrad von 45 % ((Fr. 58'828.-- - Fr. 32'355.40) : Fr. 58'828.-- x 100), welcher Anspruch auf eine Viertelsrente begründet. Die Beschwerde ist daher teilweise gutzuheissen.

E. 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Da die Beschwerdeführerin bezüglich des Rentenanspruchs an sich obsiegt, sind die Kosten vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 7.2

Gemäss § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Rechtsanwalt Danuser machte mit Eingabe vom 26. Mai 2015 (Urk. 14, Urk. 15/1-2) einen Aufwand bis zum 14. April 2015 von

E. 10

Stunden 25 Minuten sowie Barauslagen von Fr. 12.40 geltend, was der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses angemessen erscheint. Die Prozessentschädigung ist daher auf Fr. 2'488.40 (inklusive 8% Mehrwertsteuer und Barauslagen)

festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Aufgrund der ein gereichten Abtretung der Honorarforderung an den Sozialdienst des Bezirkes Affoltern (Urk. 14 S. 2) ist sie diesem auszurichten .

Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde , soweit darauf eingetreten wird, wird die angefochtene Verfügung vom 18. Februar 2015 dahingehend abgeändert, dass festge stellt wird, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente hat.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, den unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Gian Andrea Danuser mit Fr. 2'488.40 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu entschädigen und infolge Abtretung den Betrag an den Sozialdienst Bezirk Affoltern auszurichten.

4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Gian Andrea Danuser - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage einer Kopie von Urk. 15/2 - Bundesamt für Sozialversicherungen - Sozialdienst Bezirk Affoltern (Dispositiv-Ziffer 3) sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Eymann

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