

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01189 vom 2. Dezember 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.01189](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01189)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01189 du 2 décembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01189 del 2 dicembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz über die

Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 2

### **E. 1.2**

Im September 2008 kündigte die Arbeitgeberin der Versicherten das Arbeitsverhältnis per 31. Dezember 2008 (Urk. 8/64). Nach Abklärung der beruflichen Situation teilte die IV-Stelle der Versicherten mit Schreiben vom 23. März 2009 mit, dass sie Anspruch auf Arbeitsvermittlung habe (Urk. 8/83). Ab 4. Mai 2009 war die Versicherte bei der Z. \_\_\_\_

AG als Pflegemitarbeiterin /Sitzwache

im 50%-Pensum tätig (Urk. 8/86, Urk. 8/90), weshalb die IV Stelle die Arbeitsvermittlung erfolgreich abschloss (Urk. 8/89).

#### **E. 1.2.1**

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E.

### **E. 1.3**

In Umsetzung des Urteils vom 16. Juni 2008 veranlasste die IV-Stelle eine poly disziplinäre Begutachtung der Versicherten durch die Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) A.\_\_\_\_ (Urk. 8/74, Urk. 8/81), woraufhin die Beschwerdeführerin vom 23. bis 26. März 2009 rheumatologisch, psychiatrisch sowie neurologisch begutachtet wurde (Urk.

#### **E. 1.4**

Im Rahmen der im Herbst 2014 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision (Urk. 8/104) tätigte die IV-Stelle erneut berufliche und medizinische Abklärungen (Urk. 8/105, Urk. 8/107, Urk. 8/108) und liess die Versicherte orthopädisch und psychiatrisch begutachten (Urk.

#### **E. 5**

0%-Pensum tätig (Urk. 8/9). Am 3. Januar 2006 meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 8/

#### **E. 5.2**

Soweit die Beschwerdeführerin hinsichtlich des orthopädischen Gutachtens beanstandet, der Gutachter habe sich bei seiner Beurteilung nur auf Röntgenbilder gestützt und habe es unterlassen, die Beschwerdeführerin allseitig zu untersuchen (E. 2.2), so ist festzuhalten, dass Dr. B.\_\_\_\_ seine Beurteilung in keiner Weise nur auf eine radiologische Untersuchung (Urk. 8/116/100-102) stützte, sondern gegenteils

die Befunde im Rahmen einer

umfassenden klinischen (Urk. 8/116/79-97) sowie einer orientierenden orthopädisch-neurologischen Untersuchung (Urk. 8/116/98-99) erhob. Dass der orthopädische Gutachter gestützt auf seine Erhebungen auf einen unveränderten Gesundheitszustand auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet schloss, ist mithin nicht zu beanstanden. Dies umso weniger, als Hinweise auf eine Radikulopathie nicht erhoben werden konnten (Urk. 8/116/114), über inkonsistente Beschwerdeangaben berichtet wurde (E. 4.2.2; vgl. insbesondere auch Urk. 8/116/112, wonach die Beschwerdeführerin unter anderem die punktuelle Bestrahlung der Haut mittels eines Laserpointers als positive Schmerzverstärkung empfand) und die Beschwerdeführerin trotz Beklagen multipler Beschwerden am Bewegungsapparat seit der Rentenzusprache im Jahr 2009 nie mehr einen Facharzt konsultiert hatte (E. 4.2.2). 5. 3

Die Beschwerdeführerin machte ausserdem geltend, der psychiatrische Gutachter habe keine testpsychologischen Untersuchungen durchgeführt und sich darauf beschränkt, den Befund mittels Befragung und Beobachtung der Beschwerdeführerin zu ermitteln (E. 2.2). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bildet die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung die wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Die Durchführung von Tests, die Dauer der Untersuchung wie auch die Anzahl der notwendigen psychiatrischen Explorationen unterliegt grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum der Experten. Gleiches gilt für das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte und die Anordnung von Zusatzuntersuchungen (Urteil des Bundesgerichtes 9C\_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.2 mit Hinweisen). Vorliegend ist nicht ersichtlich, inwiefern die Untersuchungen des

psychiatrischen Gutachters mit detaillierter Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung für eine Befunderhebung nicht genügen sollte, zumal keine Anhaltspunkte ersichtlich sind, aufgrund welcher angenommen werden müsste, dass die Untersuchung nicht lege artis vorgenommen worden wäre. Sodann vermag die Beschwerdeführerin mit dem Vorbringen, der psychiatrische Gutachter habe es versäumt aufzuzeigen, inwiefern tatsächlich eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes vorliege (Urk. 1 S. 12-13), ebenfalls nicht durchzudringen. Prof. Dr. C.\_\_\_\_ hat nachvollziehbar dargelegt, weshalb nunmehr bloss noch von einer leichtgradigen depressiven Störung auszugehen und damit auf eine Verbesserung zu schliessen sei (vgl. E. 4.2.5). Dies deckt sich mit den eigenen Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter, wonach es ihr stimmungsmässig besser gehe (Urk. 8/117/59). 5. 4

Weiter

führte die Beschwerdeführerin gegen die Beweiskraft des Gutachtens die Beurteilung der behandelnden

Ärztin an (E. 2.2). Diesbezüglich ist darauf hin zuweisen, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten nicht in Frage gestellt werden muss und auch kein Anlass zu weiteren Abklärungen besteht, wenn die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vor gängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 4.3 mit Hinweisen). Prof.

Dr. C.\_\_\_\_ nahm zum entsprechenden Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2014 Stellung und legte schlüssig dar, dass der fachfremden medizinischen Beurteilung weder eine Verlaufsbeschreibung noch

ein Psychostatus zugrunde liege und die Diagnose somit nicht nachvollziehbar sei (E. 4.2. 4). Aus dem Bericht der behandelnden Ärztin kann die Beschwerdeführerin damit nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. 5. 5 5.5.1

Die Beschwerdeführerin wies schliesslich zu Recht darauf hin, dass sich die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden geändert hat und Prof. Dr. C.\_\_\_\_ das Gutachten noch unter der alten Rechtsprechung verfasste (E. 2.2). Dies bedeutet indes nicht, dass das Gutachten nun ohne Weiteres seinen Beweiswert verlieren würde. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist vielmehr im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen im angefochtenen Entscheid vor Bundesrecht standhält (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.2 mit Hinweisen). 5.5.2

Massgebend ist somit, ob gestützt auf das vorliegende Gutachten die gemäss neuer Rechtsprechung (E. 1. 2.2) relevanten Indikatoren hinreichend beurteilt werden können. Die von Prof.

Dr. C.\_\_\_\_ detailliert erhobenen Untersuchungsbefunde waren grundsätzlich unauffällig. Eine ausgeprägte Komorbidität liegt gemäss Gutachter

nicht vor, wohl aber eine Diskrepanz zwischen den subjektiv beklagten Beschwerden und den orthopädischen Befunden

(E. 4.2. 5 ) .

Im Weiteren gelten Schmerzstörungen nach der Rechtsprechung nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Diesbezüglich hielt der psychiatrische Gutachter fest, Therapieversuche seien nicht beziehungsweise nur in ungenügender Masse durchgeführt worden .

Aus psychiatrischer Sicht sei die Wiedereingliederung im Sinne einer Anhebung des Arbeitspensums in der adaptierten Tätigkeit schrittweise möglich . Die Beschwerdeführerin befindet sich seit etwa zwei Jahren nicht mehr in psychiatrischer Behandlung. Eine Behandlungs - und Eingliederungsresistenz ist damit zu verneinen. Der Gutachter befasste sich sodann eingehend mit der Persönlichkeitsentwicklung und -struktur der Beschwerdeführerin . Zum sozialen Kontext und der psychosozialen Belastung durch die Eheprobleme nahm der Gutachter ausführlich Stellung. Zur Konsistenz gab er an , die Beschwerdeführerin weise eine soziale Teilhabe auf und habe Kontakt zu ihren Töchtern.

Ein sozialer Rückzug aus dem bereits vor der Erkrankung ein geschränktes soziales Netzwerk liege nicht vor (E. 4.2. 3, E. 4.2.5 ). Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen

lässt sich damit nicht herleiten . Daneben hat die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Arbeit als Sitzwache einen geregelten Tagesablauf mit Aktivitäten ausser Haus . Insgesamt hat die diagnostizierte chronische Schmerzstörung somit auch unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und ist das Gutachten auch aus dieser Sicht nicht zu beanstanden . 5. 6

Zusammenfassend ist aufgrund der nachvollziehbaren und umfassenden gutachterlichen Beurteilungen

eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im Jahr 2009 mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als ausgewiesen zu erachten. Der Beschwerdeführerin ist eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung ; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen). 6 .

#### **E. 5.4**

). 1. 2.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch

bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6). 1. 3

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50

Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. 1. 4

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. 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. 2.1 mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE 119 V 98 E. 4a, Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3). 1. 5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die

Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1 . 6

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen 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 Vor liegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu geben, 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 ein leuchtet, 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 ver unmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversiche rung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gut achten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

## 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 21. Okto ber 2015, im aktuellen medizinischen Gutachten werde klar eine objektive Verbesserung des Gesundheitszustand s

der Beschwerdeführerin seit der MEDAS-Begutachtung im Jahr 2009 aufgezeigt . Es liege somit ein Revisionsgrund vor. Die genannten psychosozialen Faktoren würden die Arbeitsfähigkeit nicht in einem relevanten Ausmass beeinflussen. In der angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Gemäss der medi zinischen Beurteilung entspreche d ie aktuell ausgeübte Tätigkeit als Sitzwache einer angepassten Tätigkeit. Im Rahmen des Einkommensvergleichs ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 6 % (Urk. 2) . 2.2

Die Beschwerdeführerin machte ihrerseits im Wesentlichen geltend, dass der Nachweis veränderter Verhältnisse nicht erbracht sei . Der orthopädische Gut achter habe sich bei seiner Beurteilung nur auf Röntgenbilder gestützt, wobei notorisch sei, dass blosser Röntgenbilder keine verlässliche Grundlage für eine gewissenhafte Beurteilung des Gesundheitszustands bildeten. Der Gutachter habe es bewusst und ohne Angabe von Gründen unterlassen, die Beschwerde führerin allseitig zu untersuchen . Der psychiatrische Gutachter könne sodann seine These, gemäss welcher eine objektive Verbesserung eingetreten sei, nicht belegen. Er habe keine testpsychologischen Unter suchungen durchgeführt und sich darauf beschränkt, den Befund mittels Befragung und Beobachtung der Beschwerdeführerin zu ermitteln. Auch sei das Gespräch nicht aufgezeichnet worden , weshalb es nicht reproduzierbar sei . Im Übrigen

handle es sich bei den Schlussfolgerungen des Gutachters lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleichgebliebenen Sachverhalts. Ausserdem bestätigte die behandelnde Ärztin, dass bei der Beschwerdeführerin weiterhin eine mittelschwere depressive Episode vorliege. Sodann bedürfe es hinsichtlich der diagnostizierten Schmerzverarbeitungsstörung ergänzender Abklärungen im Sinne der geänderten Rechtsprechung. Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, da sie bloss pauschal behauptete, das psychiatrische Gutachten habe klar eine objektive Verbesserung des Gesundheitszustand aufgezeigt, ohne sich mit den dagegen vorgetragenen Argumenten auseinanderzusetzen (Urk. 1) . 3.

In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt (E. 2.2). 3. 1

Gemäss Art. 49 Abs. 3 ATSG sind Verfügungen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, zu begründen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör verlangt, dass Entscheide sachgerecht angefochten werden können. Hiefür muss dem Betroffenen bekannt sein, von welchen Überlegungen sich die Behörde hat leiten lassen und worauf sie ihren Entscheid stützt. Soweit eine Verfügung sachgerecht angefochten werden kann, liegt somit keine Verletzung der Begründungspflicht vor (BGE 134 I 83 E. 4.1 mit Hinweisen). 3. 2

Die Überlegungen der Beschwerdegegnerin zur Renteneinstellung wurden in der angefochtenen Verfügung summarisch dargestellt. Trotz der eher knappen Begründung konnte die Beschwerdeführerin erkennen, aufgrund welcher Überlegungen die Beschwerdegegnerin entschied; nämlich, dass die Beschwerdegegnerin

die Rentenleistungen gestützt auf das

bidisziplinäre Gutachten, gemäss welchem eine objektive Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin vorliege, einstellte. Eine sachgerechte Anfechtung war daher möglich. Eine Verletzung der Begründungspflicht und damit des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör liegt somit nicht vor. 4. 4 .1

Die Beschwerdegegnerin entschied letztmals mit Verfügung vom 4. November 2009 (Urk. 8/101) über einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Diese Verfügung beruhte im Wesentlichen auf dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 5. Juni 2009 (Urk. 8 / 87 ). 4 .1.1

Die MEDAS-Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: (1) Femoropatellares Schmerzsyndrom beidseits rechtsbetont bei initialer medialer Gonarthrose, (2) Impingement -Symptomatik der rechten Schulter bei leichten degenerativen Veränderungen des AC-Gelenks und des Labrums, (3) chronisches zervikolumbal betontes parvertebrales Schmerzsyndrom bei Fehlstatik mit teilfixiertem Hohlrundrücken, Haltungsinsuffizienz, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung, (4)

Fibromyalgiesyndrom, (5) unter Therapie mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) sowie (6) anhaltende somatoforme

Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden unter anderem ein Hypermotilitätssyndrom, ein Senkspreizfuss, eine begleitende Angststörung (ICD-10 F41.8) sowie Kopfweg vom Spannungstyp (Urk. 8/87/12). In der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologischen und psychopathologischen Gründen zu 50 % arbeitsfähig. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit wäre der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht

zwar zu 100 % zumutbar, jedoch aus psychiatrischer Sicht ebenfalls nur zu 50 % (Urk. 8/87/13) . 4 .1.2

Der rheumatologische Gutachter führte aus, aufgrund der genannten Befunde könne die Versicherte keine körperliche Schwerarbeiten, keine kraftaufwändigen Tätigkeiten mit dem rechten Arm, keine häufige Tätigkeiten in kauender oder kniender Position und auch keine Arbeiten mit ausgesprochen rückenbelastenden Arbeitspositionen mehr ausführen. In der letzten Tätigkeit sei sie demzufolge zu 50 % leistungsfähig, bei ganztägiger Präsenz mit 50%iger Leistungseinbusse. Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten könnten der Beschwerdeführerin ganztags und ohne Leistungseinbusse zugemutet werden. Diesbezüglich sei die Arbeitsfähigkeit somit auf 100 % zu schätzen (Urk. 8/ 87/31 ). Der psychiatrische Gutachter hielt in seinem Teilgutachten fest, aktuell seien die Kriterien für eine Depression klinisch und testpsychologisch erfüllt. Für die Diagnose sei die klinische Beurteilung entscheidend, gemäss welcher eine mittelgradige bis schwere Depression vorläge. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei wesentlich wahrscheinlicher als eine nicht krankheitswertige Symptomausweitung. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sowie in Verweistätigkeiten auszugehen

(Urk. 8/87/34-40) . Der neurologische Gutachter gab an, es

lägen keine Beschwerden oder Befunde vor, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingen würden (Urk. 8/87/ 41-43 ) . 4 .2

Im vorliegenden

Revisionsverfahren präsentiert sich die aktuelle medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

4 .2.1

Dr. med. B. \_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, nannte im orthopädisch-chirurgischen Gutachten vom 29. Mai 2015 (Urk. 8/116) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

(1) Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Osteochondrose

im Segment LWK4/5 sowie mässiger Spondylarthrose betont LWK4/5 und LWK5 / SWK1 ohne Radikulopathie / Pseudoradikulopathie (ICD-10 M42.16), (2) multidirektionale Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks, Impingement-Symptomatik und begleitende AC Gelenksarthrose (ICD 10 M75.4) sowie beidseitige mediale Gonarthrose rechts mit begleitender Retropatellararthrose (ICD-10 M17.0). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine Blockade des Iliosakralgelenks beidseits (ICD-10 M54.9) sowie ein Knick-Senk-Spreizfuss beidseits (ICD-10 M21.63). Der Gutachter hielt fest, es könne objektiv von einem gleichbleibenden Gesundheitsstatus seit dem Jahr 2009 ausgegangen werden mit federführender biomechanischer Funktionseinschränkung des rechten Schulter- und Kniegelenks sowie der Lendenwirbelsäule. Die von der Beschwerdeführerin subjektiv empfundene Befundverschlechterung mit Ganzkörperschmerz aller ihrer Gelenke könne hingegen nicht nachvollzogen werden (Urk. 8/116/119). Aus rein orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin mit Verweis auf das vorliegende Aktenossier, die Bildgebung sowie die klinische Untersuchung in ihrer angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin eingeschränkt. Schwere und ständige mittelschwere Arbeiten, Tätigkeiten in Zwangshaltungen, Arbeiten mit Heben und Tragen

von Lasten über 10 kg ohne technische Hilfsmittel, Arbeiten unter ständiger Rumpfvorbeugung, das Heben von Lasten über die Horizontale, ständiges repetitives Bücken, das Besteigen von Leitern, Gerüsten und schrägen Ebenen, das mehr als gelegentliche Besteigen von Treppen und Verrichten von Tätigkeiten in kniender Position sowie Überkopftätigkeiten seien zu vermeiden. In Ermangelung einer dezidierten Tätigkeitsbeschreibung der letztmaligen beruflichen Tätigkeit als Pflegeassistentin sei keine Äusserung hinsichtlich einer prozentualen Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit möglich. In einer adaptierten, wechselbelastenden, überwiegend leichten bis mittelschweren Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin bezogen auf ein 100%-Pensum unlimitiert arbeitsfähig (Urk. 8/116/120-121). 4.2.2

Der orthopädische Gutachter hielt im Weiteren

fest, die Beschwerdeführerin habe seit der letztmaligen Begutachtung im Jahr 2009 weder einen Rheumatologen, Orthopäden noch einen Traumatologen oder Neurologen konsultiert. Dieses Verhalten einer gemäss eigenen Angaben schmerzgeplagten Probandin mit multiplen Beschwerden des Bewegungsapparates könne nicht nachvollzogen werden. Im Rahmen der klinischen Untersuchung bestehe in den einzelnen durchgeführten Testverfahren eine Konsistenz der Untersuchungsbefunde hinsichtlich des rechten Schultergelenks sowie des rechten Kniegelenks. Bezüglich des Achsenorgans sowie der von der Beschwerdeführerin beklagten generellen Schmerzsymptomatik im Bereich aller ihrer Körpergelenke bestehe jedoch eine Diskrepanz hinsichtlich der geschilderten Beschwerden sowie den teils inkonsistenten Untersuchungsbefunden (Urk. 8/116/110-114).

4.2.3

Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie Neurologie FMH, hielt im Gutachten vom 29. Mai 2015 (Urk. 8 / 117 /5-75 ) fest, es bestünden keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Gutachter stellte folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F.45.41), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode mit somatischem Syndrom; reaktiv zur Schmerzstörung und zu psychosozialen Belastungen (ICD-10 F33.01), Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0) sowie sonstige belastende Lebensumstände, die Familie und Haushalt negativ beeinflussen (ICD-10 Z63.7). Unter Abzug psychosozialer und soziokultureller Anteile lägen bei der Beschwerdeführerin keine Fähigkeitsstörungen mit Auswirkungen auf die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit infolge psychiatrischer Störungen vor. Im Vergleich zu den Vorbegutachtungen der MEDAS aus dem Jahr 2009 sei von einer objektiven Besserung des psychischen Gesundheitszustandes auszugehen, da aktuell eine leichtgradige Depression bestehe, während damals eine mittelgradige bis schwere Depression diagnostiziert worden sei (Urk. 8/117/72-73). 4.2.4

Im Rahmen der Würdigung der früheren ärztlichen Beurteilungen nahm der Gutachter zum psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS dahingehend Stellung, dass aus dem Psychostatus des Gutachters lediglich eine depressive Grundstimmung als eines der drei Hauptsymptome einer Depression entnommen werden könne. Die für eine mittelgradige depressive Symptomatik geforderten fünf bzw. für eine schwere Depression geforderten neun Kriterien seien dem Psychostatus nicht zu entnehmen. Damit könne die Diagnose aufgrund des Psychostatus nicht nachvollzogen werden. Aus der Schmerzanamnese lasse sich nicht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung schliessen. Der

MEDAS-Gutachter habe sich in der Diagnosestellung hauptsächlich auf testpsychologische Befunde gestützt. Die Diagnosen seien nicht nachvollziehbar dargestellt und die Schlussfolgerungen nicht von psychosozialen Einflüssen abgetrennt und unzureichend durch Fähigkeitsstörungen belegt. Die von der Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, im Bericht vom 30. Oktober 2014 (Urk. 8/107) fachfremd diagnostizierte mittelschwere depressive Episode sei ebenfalls nicht nachvollziehbar, da eine Verlaufsbeschreibung und ein Psychostatus fehle (Urk. 8/117/69). 4.2. 5

Der Gutachter hielt fest, die Beschwerdeführerin stehe gemäss eigenen Angaben seit etwa zwei Jahren nicht mehr in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung (Urk. 8/117/62). Die Beschwerdeführerin habe zum Untersuchungszeitpunkt keine kognitiven Symptome und keine Konzentrationsstörung beklagt und es habe keine Bewusstseinsstörung vorgelegen. Es hätten keine Ratlosigkeit und keine Hoffnungslosigkeit bestanden und das Schmerzerleben sei ansatzweise katastrophisiert berichtet worden. Es seien keine subjektive Lustlosigkeit und kein genereller Interessensverlust beklagt worden. Es bestehe kein sozialer Rückzug bei prämorbid eingeschränkter Netzwerkstruktur (Urk. 8/117/65). Während im MEDAS-Gutachten eine mittelgradige bis schwere depressive Episode beschrieben worden sei, könne nun von einer leichtgradigen Störung aus gegangen werden. Die Grundstimmung sei minim gedrückt, während die Freudfähigkeit nicht aufgehoben und der Antrieb nicht wesentlich gemindert erschienen. Weiter sei von einer Diskrepanz zwischen den subjektiv beklagten Beschwerden und den objektiven Befunden gemäss bidisziplinärer Besprechung mit dem orthopädischen Gutachter auszugehen. Bei der Beschwerdeführerin finde sich kein Hinweis auf eine schwere psychiatrische Störung. Die affektiv depressive Störung gewinne keinen komorbiden Charakter. Chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter Symptomatik seien gemäss somatischem Gutachten anzunehmen. Aus diesem Grunde seien eine chronische Schmerzstörung und keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden. Ein sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens bestehe bei der Beschwerdeführerin nicht, da diese eine soziale Teilhabe aufweise. Es lägen keine unbefriedigende Behandlungsergebnisse

oder gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen vor. Entsprechende Therapievorsuche seien nicht respektive in ungenügendem Masse durchgeführt worden. Eine Anhebung des Arbeitspensums in einer angepassten Tätigkeit sei schrittweise möglich

(Urk. 8/117/71 -73) . 4 . 3

In der bidisziplinären Beurteilung vom 9. Juni 2015 (Urk. 8/117 /1-4) hielten die Gutachter fest, bei der Beschwerdeführerin lägen auf psychiatrischem Fachgebiet keine einschränkenden Fähigkeitsstörungen vor, die sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in adaptierten Tätigkeit eine mittel- und langfristige Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr begründen könnten. Auf orthopädischem Fachgebiet könne objektiv von einem gleichbleibenden Gesundheitsstatus ausgegangen werden. 5 .

5 .1

Sowohl das orthopädische Gutachten (Urk. 8/116) als auch das psychiatrische Gutachten (Urk. 8/117/5-75) erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (E. 1. 6). Beide Gutachten beruhen auf fachärztlichen Untersuchungen und wurden in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk.

8/116/7-66 , Urk. 8/117/ 9-54 ) abgegeben. Die Gutachter nahmen zu früheren medizinischen Beurteilungen Stellung (Urk. 8/116/ 105 - 106 , Urk. 8/117/67-69) und erhoben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wurden berücksichtigt und die Gutachter setzten sich hinreichend mit diesen auseinander. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet.

Insbesondere erlaubt das Gutachten auch eine schlüssige Beurteilung im Lichte der gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung relevanten Indikatoren (vgl. E. 5 . 5 ).

## **E. 6**

). Die IV-Stelle klärte die beruflichen und medizinischen Verhältnisse ab (Urk. 8/10, Urk. 8/11 , Urk. 8/14 Urk. 8/16 - 18 ). Mit Verfügung vom 19. Juni 2006 sprach sie der Versicherten mit Wirkung ab 1. Dezember 2005 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Invalidenrente zu (Urk. 8/28). Gegen diese Verfügung erhob der Kanton Zürich, vertreten durch die Beamtenversicherungskasse des Kantons Zürich,

nach durchgeführtem Einspracheverfahren (Urk. 8/31, Urk. 8/43) am 19. Januar 2007 Beschwerde (Urk. 8/45 /3-11 ) . Mit Urteil IV.2007.00091 vom 16. Juni 2008 hiess das hiesige Gericht die am 19. Januar 2007 erhobene Beschwerde in dem Sinne gut, dass es die Sache zur Einholung eines interdisziplinären Gutachtens und neuer Verfügung über den Rentenanspruch an die IV-Stelle zurückwies (Urk. 8/60).

### **E. 6.1**

Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Die Beschwerdeführerin ist seit Mai 2009 als Sitzwache im 50%-Pensum tätig . Diese Tätigkeit ist mit Blick auf das orthopädische Leistungsprofil unbestrittenermassen als angepasste Tätigkeit zu erachten (E. 4.2.1, vgl. auch Urk. 8/116/104) .

Der von der Beschwerdegegnerin im Rahmen der Invaliditätsbemessung vorgenommene Einkommensvergleich (Urk. 2 S. 2 ), welcher

einen Invaliditätsgrad von 6 % ergab, ist entsprechend nicht zu beanstanden und wurde von der Beschwerdeführerin im Übrigen auch nicht bestritten . 6. 2

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens. Da auch der Zeitpunkt der Rentenaufhebung (vgl. Art. 88 bis Abs. 2 lit . a

IVV) zu keiner gerichtlichen Korrektur Anlass gibt, ist die Beschwerde abzuweisen. 7 .

Die Kosten des Verfahrens sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur . André Largier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für

Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismitel 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  
Hurst  
Janett

## **E. 8**

/

## **E. 11**

6, Urk. 8/117). Gestützt auf die inter disziplinäre Beurteilung vom 9. Juni 2015

stellte die IV-Stelle der Versicherten

mit Vorbescheid vom 21. Juli 2015 die Aufhebung der Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats in Aussicht (Urk. 8/120). Nach dagegen erhobenem Einwand vom 14. September 2015 (Urk. 8/125) verfügte die IV-Stelle am 21. Oktober 2015 die Aufhebung der Invalidenrente gemäss Vorbescheid (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 17. November 2015 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine halbe Invalidenrente auszurichten (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-131), was der Beschwerdeführerin am 14. Januar 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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