

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01264 vom 20. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01264

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01264 du 20 décembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01264 del 20 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1962, ohne abgeschlossene Ausbildung, meldete sich am 4. November 2009 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/3). Die IV-Stelle veranlasste eine neurologische und psychiatrische Begutachtung der Versicherten durch die Y.____, welche das Gutachten am 14. Februar 2012

erstattete (Urk. 7/62). Anschliessend führte sie am 18. April 2012 eine Abklärung im Haushalt durch (Urk. 7/65). Mit Verfügung vom 23. Oktober 2012 sprach die IV Stelle der Versicherten mit Wirkung ab 1. Mai 2010 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 84 % eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 7/72, Urk. 7/79).

Im Rahmen der im Frühjahr 2014 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision (Urk. 7/82) tätigte die IV-Stelle wiederum berufliche und medizinische Abklärungen (Urk. 7/85-88) und liess die Versicherte erneut polydisziplinär begutachten. Die Abklärungsstelle

Z.____ erstattete das Gutachten am 2. Februar 2015 (Urk. 7/98). Gestützt darauf hob die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren die der Versicherten bis her ausgerichtete Rente mit Verfügung vom 6. November 2015 per Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats, das heisst per Ende Dezember 2015, auf. Einer allfällig dagegen gerichteten Beschwerde wurde die auf schiebende Wirkung entzogen (Urk. 2).

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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 11. 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 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

Dieser Revisionsordnung geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zurückzukommen, wenn sie zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 ATSG gestützte Revisionsverfügung mit dieser substituierten Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2).

Bei Renten der Invalidenversicherung im Besonderen ist zu beachten, dass die Ermittlung des Invaliditätsgrades verschiedene Ermessenszüge aufweisende Elemente und Schritte umfasst. Zu denken ist namentlich an die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall bedingte Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG, und Art. 6 ATSG). Hier bedarf es für die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit einer qualifiziert rechtsfehlerhaften Ermessensbetätigung. Scheint die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Rentenzusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts vom 26. März 2010, 9C_438/2009, E. 2.2 und vom 3. November 2008, 9C_562/2008, E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Nach dem Gesagten handelt es sich bei der gutachterlichen Beurteilung des Z.____ entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung nicht um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes. Bei dieser Sachlage kann offenbleiben, ob die rentenzusprechende Verfügung nicht als zweifellos unrichtig zu betrachten wäre, was bei Annahme eines unveränderten Gesundheitszustandes allenfalls hätte geprüft werden müssen. 4. 2

Soweit die Beschwerdeführerin geltend machte, die Beschwerdegegnerin lasse aussen vor, dass der Rheumatologe auch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sehe und eine baldige aktive, kräftigende und stabilisierende Physiotherapie für unabdingbar halte (Urk. 1, S. 8), ist darauf hinzuweisen, dass die rheumatologischen Einschränkungen von den Gutachtern bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit dahingehend berücksichtigt wurden, dass

aufgrund der klinisch objektivierbaren Befunde eine 10%ige Leistungseinbusse angenommen wurde. In diesem Zusammenhang wies die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin ausserdem auf ihre Mitwirkungspflicht hin

(vgl. E. 3.

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. 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. 5.4.).

1 .

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 8. Dezember 2015 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr weiterhin die gesetzlichen Leistungen und insbesondere weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 1.

Februar 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-111), was der Beschwerdeführerin am 3. Februar 2016 zur Kenntnis gebracht wurde. Gleichzeitig teilte das Gericht der Beschwerdeführerin mit, ein zweiter Schriftwechsel werde nicht als erforderlich erachtet (Urk. 8). Mit Datum vom 29. Februar 2016 reichte die Beschwerdeführerin eine unaufgeforderte Stellungnahme zur Beschwerdeantwort ein (Urk. 9). Das Doppel dieser Eingabe wurde der Beschwerdegegnerin am 1. März 2016 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 10).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, gemäss Gutachten des Z.____ vom 2. Februar 2015 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin durch Wegfallen der depressiven Störung verbessert, wobei die Verbesserung spätestens per Dezember 2014 eingetreten sei. Leichte bis mittel schwere, wechselbelastende Tätigkeiten könnten der Beschwerdeführerin wieder zugemutet werden. Es bestehe eine Einschränkung von 10 % durch den schmerzbedingten erhöhten Pausenbedarf. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auch heute ohne Gesundheitsschaden eine Erwerbstätigkeit im Umfang von 80 % ausüben würde. Im Haushalt liege keine Einschränkung mehr vor, weshalb auf eine erneute Abklärung vor Ort verzichtet worden sei (Urk. 2) . 2. 2

Die Beschwerdeführerin machte ihrerseits im Wesentlichen geltend, bei der Einschätzung der

Z.____ -Gutachter handle es sich in offensichtlicher Weise um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts. Dies werde sowohl vom psychiatrischen Gutachter in Ziffer 4.1.8 des Gutachtens als auch vom

neurologischen Gutachter in Ziffer 4.3.7 aus drücklich festgehalten. Es liege also weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für alle Tätigkeiten vor. Ausserdem lasse die Beschwerdegegnerin aussen vor, dass der rheumatologische Gutachter auch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sehe und eine baldige Physiotherapie für unabdingbar halte (Urk. 1) . 3.

3.1

Die Beschwerdegegnerin entschied letztmals mit Verfügung vom 23. Oktober 2012 (Urk. 7/72, Urk. 7/79) über einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Diese Verfügung beruhte im Wesentlichen auf dem polydisziplinären Gutachten des Y.____ vom 14. Februar 2012 (Urk. 7/62, vgl. nachfolgend).

3.1.1

Die Gutachter des Y.____

stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- rezidivierende depressive Störung, mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Migräne - Verdacht auf zusätzlich triptaninduzierten Kopfschmerz bei möglichem Analgetika- und Triptan-Übergebrauch (ICD-10 F19.1) - chronischer Spannungskopfschmerz

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünde eine asthenisch - dependente Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73) vor dem Hintergrund zahlreicher Traumatisierungen in Kindheit und Adoleszenz. Die Gutachter hielten fest, die eingehende neurologische Untersuchung habe das Bild einer chronischen Migräne mit mehr als 15 Migräneanfällen pro Monat ergeben. Neben der chronischen Migräne bestünden Anhaltspunkte für einen Spannungskopfschmerz.

Zusätzlich sei auf psychiatrischem Fachgebiet eine rezidivierende depressive Störung festzustellen, gegenwärtig vom Ausmass einer mittelgradigen depressiven Episode. Nach Befunden und anamnestischen Angaben tendiere die depressive Symptomatik teilweise in den schweren Bereich. Festzuhalten sei aber auch, dass eine angemessene psychiatrische Fachbehandlung über einen ausreichend langen Zeitraum nicht dokumentiert sei. Es fände sich auch keine Dokumentation über ausgeschöpfte psychopharmakologische Interventionen. Die Einnahme von Psychopharmaka, gegebenenfalls unter Medikamentenspiegel-Kontrollen, sei aus psychiatrischer Sicht zweifelsohne zumutbar und in Kombination mit psychotherapeutischen Behandlungsansätzen durchaus erfolgversprechend. Im Rahmen eines multimodalen Behandlungsansatzes seien dann auch psychotherapeutische und psychopharmakologische Therapieansätze weiter zu verfolgen. Zu klären sei auch, ob ein erneuter Therapieansatz mittels Medikamenten zur Migräneprophylaxe erfolgen sollte.

Ferner sei im Hinblick auf den hohen Triptan-Konsum in Versuch der Reduktion der Relpax-Medikation anzustreben, weil bereits von einem Medikamentenübergebrauch (F19.1) gesprochen werden müsse (Urk. 7/62/16-17) . 3.1.2

Der psychiatrische Gutachter hielt in seinem Teilgutachten fest, die rezidivierende depressive Störung führe zu einer erheblichen Beeinträchtigung der psychischen Grundfunktionen des Erlebens, Handelns, Gestaltens und Wollens. Darüber hinaus bestünden deutliche Beeinträchtigungen der komplexen Ich-Funktionen wie I

ntentionalität, Antrieb, Psychomotorik, Abwehrorganisation sowie Interaktionskompetenz. Der psychopathologische Befund weist einen Antriebsmangel, eingeschränkte Affektregulation, vermindertes psychoenergetisches Potential mit vorzeitiger Ermüdung und Erschöpfung auf. Das Durchhaltevermögen der Beschwerdeführerin sei reduziert. Insgesamt lässt sich aus psychiatrischer Sicht eine deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erkennen. Aus rein psychiatrischer Optik sei die Beschwerdeführerin derzeit bloss in der Lage, zwei Stunden arbeitstäglich einer angepassten Tätigkeit nachzugehen (Urk. 7/62/15). 3.1.3

Die Gutachter führten in der Gesamtbeurteilung aus, aktuell sei die Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht lediglich in einer Arbeitsfähigkeit von maximal 20

% belastbar, jedoch wegen der unvorhersehbaren Migräneanfälle nur sehr unregelmässig und sporadisch, immer wieder unterbrochen durch Arbeitsunfähigkeitszeiten. Der Beschwerdeführerin seien leichte Tätigkeiten einfacher geistiger Natur mit geringen Belastungsfaktoren, also ohne Zeitdruck, ohne Nachtarbeitsbedingungen und ohne besondere Verantwortungsgrade zumutbar. Ob die Beschwerdeführerin diese medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der chronischen Migräne mit ausreichender Regelmässigkeit realistisch zur Verfügung stellen könne, sei extrem zweifelhaft. Es sei deshalb nach eingehender interdisziplinärer Diskussion von einer derzeitigen Arbeitsfähigkeit von 0 % in der letzten Tätigkeit wie auch in Verweistätigkeiten auszugehen.

Es besteht ein psychisches Leiden von Krankheitswert, psychosoziale Faktoren spielen nur eine untergeordnete Rolle (Urk. 7/62/17-19). 3.2

3.2.1

Im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens liess die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin vom Z. ___ allgemeininternistisch, psychiatrisch, rheumatologisch sowie neurologisch begutachten. Die Gutachter nannten im polydisziplinären Gutachten vom 2. Februar 2015 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/98/29-30): - Migräne mit Aura (ICD-10 G43.1) - wahrscheinlich chronische Migräne (ICD-10 G43.3) - möglicher Medikamentenübergebrauch - Kopfschmerz (ICD-10 G44.4) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - chronisches zervikozephalogenes

bis zervikozephalogenes

Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0) - intermittierendes lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/98/30) bestünden unter anderem

ängstlich vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) sowie ein Verdacht auf Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Aus polydisziplinärer Sicht bestehe in der angestammten sowie in sonstigen leichten bis selten mittel schweren, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten eine 90%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, vollschichtig realisierbar.

Medizinische Massnahmen seien zu empfehlen. Berufliche Massnahmen seien aufgrund einer eindrücklichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und einer klaren Selbstlimitierung mit sekundärem Krankheitsgewinn nicht indiziert. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nicht bereit sei, sich den Belastungen der Arbeitswelt erneut auszusetzen (Urk. 7/98/33-34). 3.2.2

Die Gutachter hielten fest, aus allgemeininternistischer Sicht bestünden keine Diagnosen, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit negativ beeinflussen würden (Urk. 7/98/32).

Gemäss der klinisch rheumatologischen Untersuchung unter Berücksichtigung von aktuellen und früheren bildgebenden Evaluationen bestünden am Achsenskelett gewisse degenerative diskopathische

Veränderungen der mittleren Halswirbelsäule und im lumbosakralen Übergang, ohne klinisch-rheumatologische Hinweise für eine sensible oder motorische

zerviko- oder lumboradikuläre Ausfallsymptomatik. Ausser der Wirbelsäulenfehlhaltung und der muskulären Konditionierung fanden sich keine sonstigen relevanten patho-anatomische Befunde. In Bezug auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit bei der A.____ sowie für sonstige leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten besteht eine 90%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, wobei eine um 10

% reduzierte Leistungsfähigkeit bei

den qualitativen Arbeitsplatzbedingungen bereits berücksichtigt worden sei (Urk. 7/98/31). 3.2.3

Die Gutachter führten weiter aus, die neurologische Untersuchung bestätige die seit Jahren bekannte Diagnose einer Migräne mit Aura mit wahrscheinlich chronischer Migräne und zusätzlich eine möglichen Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz. Das Vorhandensein von migräneartigem Kopfschmerz an mehr als der Hälfte des Tages über mehr als drei Monate gebe abgestützt auf die internationalen IHS-Klassifikationen die Diagnose einer chronischen Migräne kombiniert mit einem Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz. Eine Assoziation zu einem chronischen Analgetika-Missbrauch könne diskutiert werden. Anhaltspunkte für eine andere als die medikamenteninduzierte respektive sekundäre Kopfschmerzform ergäben sich weder anamnestisch, klinisch noch bildgebend unter Berücksichtigung eines normalen MRT des Schädels vom 15. März 2007. Das Ausmass der beklagten Kopfschmerzsymptomatik in der Schwere, wie sie die Beschwerdeführerin schildere, könne neurologisch patho-physiologisch nicht alleine mit migräneassoziierten Faktoren erklärt werden. Aus neurologischer Sicht sei von einem multifaktoriellen Geschehen auszugehen mit relevantem Einfluss psychischer respektive psychosozialer Elemente. Erwähnenswert sei dies bezüglich der Schilderung der Beschwerdeführerin einer Kopfschmerzfreiheit während der Ferien auf den karibischen Inseln im Herbst 2014. Attacken könnten die Arbeitsfähigkeit jeweils kurzfristig beeinträchtigen. Aus dem Vorliegen einer Migräne für sich alleine könne in der Regel keine prinzipielle Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. Gemäss Fachliteratur sei die Migräne als alleiniger Grund für eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit die Ausnahme und könne im Einzelfall in Betracht gezogen werden, wenn der Migräneverlauf durch die Überschneidung mit psychischen Problemen, wie zum Beispiel einer neurotischen Fehlentwicklung, schweren depressiven Verstimmungen, Angststörungen etc. negativ beeinflusst und chronifiziert werde. Konsekutiv ergäbe sich aus rein neurologischer Sicht keine anhaltende oder dauernde Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urk. 7/98/31).

Die Einschätzung

der neurologischen Y.____-Gutachterin sei im gutachterlichen Kontext wenig plausibel, da sie rein beschwerdeorientiert und nicht einmal ein Medikamentenspiegel bestimmt worden

sei. Hier besteht eine Diskrepanz in der Einschätzung, wobei im Verlauf nicht eine Besserung eingetreten sei, sondern das im Wesentlichen gleiche klinische Bild bezüglich Arbeitsfähigkeit anders beurteilt werde (Urk. 7/98/29). 3.2.4

Weiter gaben die Gutachter an, die psychiatrische Evaluation habe als Hauptdiagnose eine Panikstörung ergeben. Diese führe zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10

% in Bezug auf ein 100%iges Arbeitspensum. Als Nebendiagnosen

hätten ängstlich vermeidende Persönlichkeitszüge sowie der Verdacht auf eine Somatisierungsstörung festgestellt werden können. Sonstige relevante psychiatrische Komorbiditäten

bestünden keine. Die im früheren Gutachten postulierte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode bei rezidivierend depressiven Störungen sowie die postulierte Nebendiagnose einer asthenisch - dependenten

Persönlichkeitsakzentuierung bei zahlreichen Traumatisierungen in Kindheit und Adoleszenz lasse sich aktuell aus klinisch psychiatrischer Sicht in diesem Sinne nicht feststellen (Urk. 7/98/32).

Zur Zeit lasse sich die Diagnose einer depressiven Episode nicht stellen. Die psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin seien eher durch eine Angst zu charakterisieren. Auch retrospektiv sei fraglich, ob von erheblichen depressiven Zuständen auszugehen sei, so dass die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mittelgradigen Ausmasses eigentlich nicht nachvollzogen werden könne. Insgesamt sei der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht seither wenig verändert, jedoch sei er diagnostisch anders zu fassen, so dass eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes vorgenommen werden müsse. Der Gesundheitszustand habe sich seit Oktober 2012 aus objektiver Sicht auch nicht nachweislich verschlechtert, obwohl dies subjektiv so beklagt werde. Bei der Beschwerdeführerin bestehe jedoch eine deutliche subjektive Krankheit- und Behinderungsüberzeugung, in die sie sich über die Jahre hineingearbeitet habe mit einer zusätzlichen Symptomausweitung eines sekundären Krankheitsgewinns

(Urk. 7/98/18). Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung hielt der Gutachter fest, es könnten keine Hinweise für ein psychotisches Geschehen beobachtet werden und insbesondere träten keine Wahnideen, Halluzinationen oder eine Ich-Störung auf. Konzentration und Aufmerksamkeit könne die Beschwerdeführerin ohne nachzulassen während der gesamten Untersuchungsdauer zur Verfügung stellen. Im Affekt mache sie einen etwas unsicheren Eindruck mit eher geringem Selbstvertrauen. Ein bedrückter Affekt lasse sich indes nicht beobachten und es fehlten auch Hinweise für eine vitale Traurigkeit, für eine affektive Hemmung oder Antriebsstörung. Suizidgedanken würden nicht thematisiert und die Beschwerdeführerin sei in der Lage, einen lebhaften affektiven Rapport zu etablieren (Urk. 7/98/16). 3.2.5

Zusammenfassend hielten die Gutachter schliesslich fest, es könne aus neurologischer Sicht zwar einerseits die Diagnose einer Migräne mit Aura mit wahrscheinlich chronischer Migräne bestätigt werden, mit der Differentialdiagnose eines möglichen Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerzes. Eine zusätzliche relevante psychiatrische Komorbidität bestehe jedoch klinisch aktuell nicht. Es bestehe

aus psychiatrischer Sicht im Wesentlichen eine Panikstörung. Zusätzlich bestünden keine wesentlichen patho-anatomischen Befunde am Bewegungsapparat. Die leichten

Leistungseinbussen aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht würden sich ergänzen und es könnten die gleichen Zeitabschnitte für die leicht vermehrten Pausen und Erholungsphasen genutzt werden. Das Pensum könne somit vollschichtig umgesetzt werden mit einer 10%igen

Leistungseinbusse (Urk. 7/98/32). Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten bestehe die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit mit Sicherheit seit Dezember 2014. Die früher im Vordergrund stehende, als rentenrelevant eingestufte höhergradige depressive Störung

sei nicht mehr nachweisbar. Tatsächlich sei diese schon in der Verlaufsbeurteilung des behandelnden Psychiaters vom Mai 2014 nicht mehr nachweisbar gewesen. Da mit dem behandelnden Psychiater diagnostisch keine Übereinstimmung vorliege und dessen Hauptdiagnose ebenso wenig wie die gutachterliche psychiatrische Diagnose eine wesentliche Arbeitsunfähigkeit begründen könne, sei eine Verlaufsbesserung über die Zeit mit sicherem Endpunkt im Dezember 2014 anzunehmen. Die früher ebenfalls gutachterlich miterwähnte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Migräne sei damals aufgrund von wesentlichen psychiatrischen Komorbiditäten geäußert worden, welche heute nicht mehr vorlägen. Entsprechend könne aus neurologischer Sicht bei der massgeblich und nachweislich durch äussere Faktoren beeinflussten Migräneproblematik ebenfalls ab Dezember 2014 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr attestiert werden. Die nicht zusätzlich hinsichtlich Arbeitsfähigkeit relevante Einschätzung aus rheumatologischer Sicht könne ebenfalls ab Dezember 2014 bestätigt werden, nachdem vorgängig keine fachärztliche Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit ergangen sei.

In Bezug auf die Haushaltsführung bestünden in eigener Zeiteinteilung keine wesentlichen Einschränkungen. Eine adaptierte Erwerbstätigkeit sei der Beschwerdeführerin neben dem Haushalt vollschichtig zumutbar (Urk. 7/98/32-33). Die Beschwerdeführerin könne sich jedoch keine weitere regelmässige berufliche Tätigkeit in der freien Wirtschaft mehr vorstellen. Begründet werde dies subjektiv durch die chronische Kopfschmerzsymptomatik. Unter Berücksichtigung der polydisziplinären klinischen Erhebungen könne diese Einschätzung in keiner Art und Weise bestätigt oder nachvollzogen werden. Es müsse von einer ganz erheblichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit Selbstlimitierung und sekundärem Krankheitsgewinn ausgegangen werden. Bei der Beschwerdeführerin

bestehe vor allem aus psychiatrischer Sicht der Eindruck einer hohen und diffusen Klagesamkeit bei unklarem syndromalem Beschwerdebild. Sie verfüge eindeutig über soziale Ressourcen betreffend Reisetätigkeiten, Ferien etc. Entsprechend bestünden Inkonsistenzen zwischen den beklagten Ängsten und den eher aborigen psychiatrischen Behandlungen einerseits und dem geschilderten

Leidensdruck andererseits. Entgegen der Angaben der Beschwerdeführerin, dass sie die Mefenaminsäure regelmässig einnehme, hätte dies in der aktuellen Medikationsspiegelbestimmung nicht nachgewiesen werden können, sodass die anamnestischen Angaben in Bezug auf die Medikation mit Vorsicht zu interpretieren seien. Das intermittierend ebenfalls eingenommene Psychopharmakon Trittico

habe labormässig ebenfalls nicht nachgewiesen werden können (Urk. 7/98/33).

E. 2.3

).

Während anlässlich der Y.____ -Begutachtung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in neurologischer Hinsicht aufgrund der Komorbidität mit der mittelgradig depressiven Störung angenommen wurde (E. 3.1.1), liegen aktuell keine relevanten psychischen Faktoren mehr vor (vgl. E.

E. 2.6

).

4. 3

Was die in der Eingabe der Beschwerdeführerin vom 29. Februar 2016 (Urk. 9) aufgeführten ärztlichen Berichte (Urk. 7/85, Urk. 7/86, Urk. 7/88) betrifft, so ist darauf hinzuweisen, dass diese als Vorakten im Zeitpunkt der Begutachtung vorlagen und entsprechend von den Gutachtern mitberücksichtigt wurden (vgl. Urk. 7/98/7 , E. 3.2.5). 4. 4

Im Übrigen erfüllt das Z.____ -Gutachten sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (E. 1. 6) und erweist sich hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin als schlüssig. Sodann vermag auch die Beurteilung , dass in Bezug auf die Haushaltsführung in eigener Zeiteinteilung keine wesentlichen Einschränkungen bestehen (E. 3.2.5) , zu überzeugen. 4. 5

Zusammenfassend ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer mittel schweren wechselbelastenden Tätigkeit nunmehr

E. 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.

E. 3.2

6

Mit Schreiben vom 14. Juli 2015 (Urk. 7/101) teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, ihr Gesundheitszustand könne aus rheumatologischer Sicht mit einer aktiven, kräftigenden und stabilisierenden Physiotherapie und aus neurologischer Sicht mit einem Medikamentenentzug und anschliessend mit Migräneprophylaxe verbessert werden , und wies die Beschwerdeführerin auf ihre Mitwirkungspflicht hin. 4.

4.1

4.1.1

Zu prüfen ist , ob eine Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der ursprünglichen Rentenzusprache

eingetreten ist (vgl. E. 1.4). Während die Y.____ -Gutachter im Gutachten vom 14. Februar 2012 die Hauptdiagnosen mittelgradige depressive Störung sowie chronische Migräne stellten, wurde im Z.____ -Gutachten schlüssig dargetan , dass die damals im Vordergrund

stehende depressive Störung nicht mehr nachweisbar ist. Im Gegensatz zum Y.____-Gutachten (E. 3.1.2) wurden anlässlich der aktuellen psychiatrischen Untersuchung unauffällige Befunde erhoben (E. 3.2.4).

Auch steht die Beschwerdeführerin seit Mai 2014 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung (Urk. 7/98/17). Darüber hinaus hielt der Gutachter fest, dass die psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin eher durch eine Angst zu charakterisieren seien (E. 3.2.4). Diese Beurteilung deckt sich mit der Einschätzung des die Beschwerdeführerin bis Mai 2014 behandelnden Psychiaters, welcher am 13. Mai 2014 bloss noch von der Diagnose "Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2)" berichten konnte (Urk. 7/86/6). Die Kategorie F41.2 der ICD-10 findet bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression Verwendung; allerdings nur, wenn keine der beiden Störungen ein Ausmass erreicht, das eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde (Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2014, S. 199). Wenn auch der behandelnde Facharzt keine die Diagnose einer eigenständigen depressiven Störung im Sinne der Kategorien F32 oder F33 rechtfertigenden Befunde mehr erheben und eine Entlastung bezüglich Angst und depressivem Erleben feststellen konnte (Urk. 7/86/6 f.), ist eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bereits zu jenem Zeitpunkt ausgewiesen. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin über einige Ressourcen verfügt, soziale Kontakte hat und Reisen unternimmt, so unter anderem zum Weihnachtsmarkt in Stuttgart sowie auf die kanarischen Inseln (Urk. 7/98/16). Demgegenüber wurde im Y.____-Gutachten noch festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bloss eine gute Freundin und sporadisch Kontakt zu den in der Schweiz lebenden Geschwistern habe, Sozialkontakte wegen der Kopfschmerzen aber oft absagen müsse (Urk. 7/62/8). Ein sozialer Rückzug ist damit nicht mehr in dem im Y.____-Gutachten festgestellten Ausmass ersichtlich. Der psychiatrische Gutachter legte diesbezüglich in nachvollziehbarer Weise dar, dass Inkonsistenzen hinsichtlich der Ängste der Beschwerdeführerin einerseits und dem geschilderten Leidensdruck andererseits bestehen (E. 3.2.5). Soweit der Z.____-Gutachter aufgrund der Schilderungen der Beschwerdeführerin und der vorliegenden Akten retrospektiv dafür hielt, dass sich der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht seit der ersten Begutachtung wenig verändert habe respektive die im Y.____-Gutachten gestellte Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode nicht nachvollzogen werden könne, handelt es sich um eine Einschätzung, die zwar zutreffen könnte, aufgrund des Umstandes, dass damals sämtliche Ärzte das Vorliegen eines recht schwerwiegenden psychiatrischen Leidens bejahten (vgl. Urk. 7/62/4-6), nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist. Entsprechend muss davon ausgegangen werden, dass im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache trotz möglicher Zweifel an der damaligen Einschätzung eine die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erheblich einschränkende depressive Symptomatik bestand, welche im Verlauf abklang und nun nicht mehr nachweisbar ist.

Nach dem Gesagten geht der in der Beschwerde geltend gemachte Einwand, bei der aktuellen psychiatrischen Einschätzung des

Z.____ Gutachter handle es sich lediglich um eine andere Beurteilung des gleichgebliebenen Gesundheitszustandes, fehl.

4.1.2

Die Z.____ -Gutachter nahmen entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin keine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin in neurologischer Hinsicht an (vgl. Urk. 7/98/29). Sie hielten lediglich fest, dass die Kopfschmerzproblematik in der von der Beschwerdeführerin geschilderten Schwere nicht alleine mit Migräne-assoziierten Faktoren erklärt werden könne und auch die Medikamente, welche die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben aktuell regelmässig einnehme, im Medikamentenspiegel nicht

hätten nachgewiesen werden können (E. 3.2.5). Im neurologischen Teilgutachten des Z.____ wird mit Verweis auf die Fachliteratur

nachvollziehbar dar gelegt, dass die Migräneproblematik für sich alleine keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen kann, sondern nur bei Vorhandensein relevanter psychischer Faktoren (E. 3.

E. 3.2.4

). Auf Grund des Wegfallens der depressiven Störung vermag der neurologische Gesundheitsschaden somit keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mehr zu begründen. 4.

E. 5

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 6

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. 7

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen fest zustel len und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beur teilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vor liegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erle digen, 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 Beant wortung 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.

E. 9

0 % beträgt und im Haushalt keine Einschränkung besteht, womit eine anspruchrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben ist. 5.

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Arbeits fähigkeit der Beschwerdeführerin. Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwer deführerin – wie bereits bei der Verfügung vom Oktober 2012 (vgl. Urk. 7/72) – als zu 80 % erwerbs- und zu 20 % im Haushalt tätig. Dabei ist nicht zu

beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf eine neuerliche Haus haltabklärung zu r Ermittlung einer allfälligen gesundheits bedingten Leistungseinbusse der Beschwerdeführerin im Aufgabenbereich verzichtet e (vgl. E. 3.2.5, E. 4.4).

Ausgehend von einer 90 %igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ergibt sich bei einem 80%-Pensum

keine Erwerbseinbusse. Bei einem Teilinvaliditätsgrad von 0 % im Erwerbsbereich und einer Einschränkung von 0 % im Haushaltsbereich resultiert somit ein Invaliditätsgrad von insgesamt 0 %. 6.

Da die Beschwerdeführerin zufolge Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und ihrer Erwerbsfähigkeit seit spätestens Dezember 2014 ein rentenaus schliessendes Einkommen erzielen könnte, ist die angefochtene Verfügung, mit welcher die der Beschwerdeführerin bisher ausgerichtete Invalidenrente per Dezember 2015 aufgehoben wurde, im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 8 00.-- 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. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Adrian Zogg -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstJanett

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