

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00754 vom 30. Januar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00754

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00754 du 30 janvier 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00754 del 30 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1.1

und Ziff.

E. 1.2

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.

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. 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. 1.4

). Sodann

erfolgte auch keine Auseinandersetzung mit der früheren medizinischen Aktenlage, insbesondere nicht mit den Untersuchungsbefunden aufgrund des interdisziplinären Gutachtens von Dr. A.____ und Prof. Dr. G.____.

Weiter ist

auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte wie auch andere behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Für die Erhebung des medizinischen Sachverhalts im massgebenden Verfügungszeitpunkt nicht relevant ist sodann der nachgereichte Schlussbericht Praxis Check vom 19. Juni bis 14. Juli 2017 (Rückmeldung zum Verlauf und Arbeitsverhalten; Urk. 19). Aufgrund der klaren Aktenlage sind von weiteren Beweissmassnahmen (etwa der erneuten Einholung eines Gutachtens) keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweismässigkeit; BGE 124 V 90 E. 4b).

Der medizinische Sachverhalt ist mithin dahingehend erstellt, dass die Beschwerdeführerin spätestens seit der interdisziplinären Untersuchung bei Dr. A.____ und Prof. Dr. G.____

im September 2015 in angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Auf dieser Grundlage ist nachfolgend die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der Einschränkungen vorzunehmen. 5.5

Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen gestützt auf das zu letzt im 30 % igen Erwerbsumsatz erzielt e Einkommen und rechnete dieses auf ein vollzeitige s 100 %

Pensum hoch. Das Invalideneinkommen ermittelte sie auf grund der Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) und errechnete in Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 23 %

(vgl. Urk. 7/60). Dies

blieb unbestritten und ist aufgrund der Aktenlage auch nicht weiter zu beanstanden. Mit der Feststellung, dass kein Invaliditätsgrad in rentenbegründender Höhe mehr vorliegt, hat es damit sein Bewenden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

E. 2

Dagegen erhob X.____

am 27. Juni 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die weitere Ausrichtung einer Rente. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1 f.). Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 25. August 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Einstellung der Invalidenrente damit, dass aufgrund der mit „Verschlechterungsgesuch“ eingereichten Berichte der Klinik für

Rheumatologie des Z.____

von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen sei. Gestützt auf die weiteren Abklärungen gemäss dem im September 2015 erstellten interdisziplinären Gutachten sei ab Gutachtendatum von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen. In Gegenüberstellung des ohne Behinderung erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) zum Einkommen in behinderungsangepasster Tätigkeit (Invalideneinkommen) ergäbe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 23 % (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin vor, ihr Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache

nicht verbessert, sondern weiter verschlechtert

(Urk. 1. S. 3). Replicando

führte sie aus, bei der anlässlich der interdisziplinären Abklärung erfolgten Beurteilung von Dr. med. A.____, Innere Medizin FMH spez. Rheumaerkrankungen,

handle es sich um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts. Die an den Entzündungsfaktoren weiterhin erkennbare rheumatoide Arthritis zeige sich nur aktuell medizinisch-theoretisch leicht verbessert und in ihrem Verlauf wenig aggressiv. Die übrigen Diagnosen aus den nicht rheumatologischen Fachbereichen seien bei der ursprünglichen

Rentenzusprache nicht relevant gewesen und die behandelnden Ärzte gingen in einer idealen, behinderungsangepassten Tätigkeit medizinisch-theoretisch von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit aus. Zusätzlich hätten diese die Notwendigkeit von Kurzpausen statuiert, so dass die produktive Arbeitszeit und die tatsächliche Leistungsfähigkeit nicht über 60 % liege. Im Ergebnis fehle es damit an einem Revisionsgrund, weshalb weiterhin die bisherige Rente auszurichten sei (Urk. 14 S. 4 f.). 3.

Massgebliche Vergleichsbasis im Revisionsverfahren bilden die medizinischen Grundlagen, wie sie im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 7. Oktober 2014 vorgelegen haben. 3.1

Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, nannte im Formularbericht

vom 31. Mai 2013 zu Händen der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen (Urk. 7/11/1-6): - Rheumatoide Arthritis bestehend seit 1978 - Chronisches Panvertebral-Syndrom beidseits bestehend seit 1978 - Schlafapnoe Syndrom bestehend seit 2010 - Depression bestehend seit 1990 Weiter wies er auf seine ambulante Behandlung der Beschwerdeführerin seit 1994 bis 2013 und die seit dem Jahr 2007 durchgeführte Behandlung in der Klinik für Rheumatologie des Z.____ (Dr. med. C.____)

hin. 3. 2

Dr. med. C.____, Oberarzt an der Rheumaklinik des Z.____,

erwähnte im Bericht vom 22. Juli 2013 die Behandlung der Beschwerdeführerin seit 19. November 2007 und stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/13/1-5): 1. Rheumatoide Arthritis, Beginn ca. 1978 anodulär, anerosiv 2. Chronisch intermittierendes lumbospondylogenes betontes Panvertebral - syndrom 3.

Mittelschweres zentrales Schlafapnoe-Syndrom 4. Sekundäres Restless - Legs -Syndrom 5. Chronische depressive Störung mit verschobenem Schlaf/Wachrhythmus Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine Adipositas Grad I (BMI 31 kg/m²), Spreizfüsse mit Hallux

valgus beidseits mit ausgeprägter MTP-1 Arthrose beidseits, Refluxbeschwerden, einen Status nach Vita min D3-Mangel, Transaminasenerhöhung und diverse dermatologische Diagnosen auf. Zur Leistungsfähigkeit hielt er fest (Ziff. 1.7), aufgrund der verminderten Einsetzbarkeit der rechten Hand, besonders am Morgen und der Beschwerdekumulation sei im Tagesverlauf mit einer Leistungseinbusse über den Tag von bis zu 30 % zu rechnen (im Teilzeitpensum). Bezogen auf ein 100 % Pensum sei die Beschwerdeführerin bestenfalls noch halbtags einsetzbar und würde dann eine Leistungseinbusse entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von bestenfalls noch 40 % aufweisen. In einer behinderungsadaptierten Tätigkeit (kein repetitiver Handeinsatz, keine vermehrte Anforderungen an die Handkraft/

Handkoordination) sei sie maximal sechs Stunden am Tag mit einer leichten Leistungseinbusse durch Beschwerdekumulation im Tagesverlauf, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von ungefähr 60 % einsetzbar. Zusätzlich könnte aus internistisch-pneumologischer oder psychiatrischer Sicht eine weitergehende Leistungseinschränkung bestehen. Zur Frage der Verminderung der Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen führte er aus (Ziff. 1.8), die Optimierung der therapeutischen Situation habe sich in den vergangenen Jahren wegen mangelndem Ansprechen der bisherigen Massnahmen und aufgrund der Komplexität der medizinischen Situation als schwierig erwiesen und es sei deshalb davon auszugehen, dass der aktuelle Zustand nicht mehr verbessert werden könne.

Im optimalen Fall liesse sich die Arbeitsfähigkeit

dadurch steigern, wobei das genaue Ausmass interdisziplinär zu beurteilen sei. 3.3

Der regionale ärztliche Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin fasste in seiner Stellungnahme vom 30. Januar 2014 zusammen (Urk. 7/17-3), als Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung bestünde eine rheumatoide Arthritis, klinisch mit Befall einzelner MCP/MTP Gelenke, eine Sicca-Symptomatik, ein sekundäres Fibromyalgie-Syndrom, degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule, ein sekundäres Restless - Legs -Syndrom, ein Panvertebralsyndrom sowie eine chronisch depressive Störung. In bisheriger Tätigkeit als Reinigungshilfe in handbelastender Tätigkeit bestehe bezogen auf ein 100 % Pensum eine Arbeitsunfähigkeit von 60 %. In angepasster Tätigkeit ohne repetitiven Handeinsatz und ohne vermehrte Anforderungen an die Handkraft/Handkoordination bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. 4.

Im Zusammenhang mit der

eingeleiteten Rentenrevision

ergibt die medizinische Aktenlage Folgendes: 4.1

Oberarzt Dr. med. Antic und Assistenzarzt Dr. med. D.____

von der Klinik für Rheumatologie des Z.____ berichteten am 27. Oktober 2014 über die Hospitalisation vom 10. bis 25. Oktober 2014 (Urk. 7/32/5-13). Sie hielten fest, die Beschwerdeführerin sei intern zur rheumatologischen multimodalen Komplextherapie

aufgrund einer zunehmenden Schmerzsymptomatik im Rahmen der bekannten rheumatoiden Arthritis sowie dem sekundären Fibromyalgiesyndrom zur stationären Therapie zugewiesen worden. In der Vergangenheit seien seit über 14 Jahren diverse Basistherapeutika mit meist frustanem Verlauf und zuletzt über sechs Monate bis Mitte 2014 eine Therapie mit Xeljanz versucht worden, ohne dass auf die Therapie angesprochen worden sei.

Klinisch und anamnestisch stünden die Arthralgien der MCP-, DIP- und PIP-Gelenke (Fingergelenke) beider Hände sowie die deutliche

lumbovertebrale Schmerzsymptomatik mit ausgeprägten myofaszialen Befunden entlang der Brustwirbelsäule (BWS) rechtsseitig im Vordergrund.

Klinisch und anamnestisch bestünden keine Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik. Bei bestehender Haltungsinsuffizienz sowie deutlicher Schmerzausweitung sei primär eine physio- und ergotherapeutische Therapie in Angriff genommen worden. Initial habe sich laborchemisch eine erhöhte entzündliche Aktivität bei einem BSG (Blutsenkungsgeschwindigkeit) von 38mm/h und einem CRP (C-Reaktives Protein) von 15mg/l gezeigt, wobei es im Verlauf zu einer spontanen Regredienz der Entzündungszeichen gekommen sei. Die Gelenksonographie habe zur Objektivierung der entzündlichen Aktivität keine Zeichen einer aktivierten Arthritis gezeigt und differentialdiagnostisch habe serologisch ein Status nach Parvovirus B19

E. 6

). Mit Replik vom 13. Dezember 2016 (Urk. 14) und Duplik vom 30. Januar 2017 (Urk. 16) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Mit Eingabe vom 31. Juli 2017 (Urk. 18) reicht die Beschwerdeführerin unaufgefordert einen Schlussbericht Praxis Check des AOZ ein (Urk. 19), welcher der Beschwerdegegnerin am 2. August 2017 zu gestellt wurde (Urk. 20). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6.1

Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei, der die nötigen Mittel fehlen und deren Begehren nicht offen sichtlich aussichtslos erscheint, in kostenpflichtigen Verfahren auf Gesuch die Bezahlung von Verfahrenskosten erlassen.

Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuchstellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses erschöpft hat. Zu berücksichtigen ist unter anderem, ob die um das Armenrecht nachsuchende Partei über eigenes Vermögen verfügt.

Rechtsprechungsgemäss darf von einem Grundeigentümer die Erhöhung der Hypothek verlangt werden (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 4D_41/2009 vom 14. Mai 2009 E. 3 und 8C_516/2014).

Die Beschwerdeführerin trifft im Verfahren betreffend die unentgeltliche Rechtspflege eine umfassende Mitwirkungsobliegenheit (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 4A_264/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 3.2 und 4A_403/2013 vom 11. Oktober 2013 E. 3.2.2). An die klare und gründliche Darstellung der finanziellen Situation durch die gesuchstellende Person dürfen umso höhere Anforderungen gestellt werden, je komplexer die Verhältnisse sind (BGE 120 Ia 179 E. 3a). Das Gericht hat weder den Sachverhalt von sich aus nach

jeder Richtung hin abzuklären, noch unbesehen alles, was behauptet wird, von Amtes wegen zu überprüfen (Urteil des Bundesgerichts 4A_114/2013 vom 20. Juni 2013 E. 4.3.1).

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin und ihr Ehegatte leben gemäss eigenen Aussagen in ihrer Eigentumswohnung, wobei aus den Akten hervor geht, dass es sich um Stockwerkeigentum handelt, welches mit einer Hypothek von Fr. 220'000.-- belastet ist (vgl. Urk.

E. 9

S. 6). Den noch hat sie ohne weitere Substantiierungsbemühungen davon abgesehen, den Verkehrswert der Liegenschaft entsprechend der gestellten Frage darzutun oder die Unmöglichkeit der Aufstockung der Hypothek auf der Liegenschaft zu belegen und auch keine Steuererklärung ein gereicht, woraus sich zumindest Anhaltspunkte über bewegliches und unbewegliches Vermögen entnehmen lassen.

Sie ist daher ihrer Mitwirkungsobliegenheit bezüglich der Darstellung und Belegung ihrer Vermögenssituation unzureichend nachgekommen.

Unter diesen Umständen kann dem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung mangels hinreichender Substantiierung nicht stattgegeben werden (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_173/2016 vom 17. Mai 2016 E. 5).

6.3

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführer in aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 27. Juni 2016 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird abgewiesen, und 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - 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 Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Gräub Nef

E. 9.1

). 4 .3

4 .3.1

Anlässlich der bidisziplinären Abklärung , die von Dr. A.____ und Prof. Dr. med. G.____ , FMH Neurologie und Psychiatrie , durchgeführt wurde, stellte

Dr. A.____ im internistisch- rheumatologischen Teilgutachten vom 18. September 2015 (Urk. 7/55 S. 1 bis S. 64) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 52) : 1. Verminderte Belastbarkeit und Beschwerden bei rheumatoider Arthritis nach Parvovirus B19-Infektion (Erstmanifestation etwa 1978) mit - anamnestischem Nachweis eines erhöhten Rheumafaktors, erhöhter Anti- Citrullin -Antikörper und erhöhter ANA (antinukleärer Antikörper) mit - intermittierend verschiedenen Basistherapien und TNF-Hemmern von September 2000 bis Juli 2014, zuletzt mit Xeljanz von Januar 2014 bis Juli 2014 und seither ohne Basistherapie ausser niedrig dosierter Steroid-Therapie (Lodotra) seit Februar 2012 - aktuell: - klinisch: aktuell keine erhöhte Krankheitsaktivität - bildgebend: bisher kein Nachweis entzündlich-rheumatischer oder erosiver Veränderungen - rheuma-immunologisch: aktuell erhöhte Entzündungszeichen (Blutsenkung 32 mm/h und C-reaktives Protein 16 mg/l) bei normalem

Rheumafaktor, normalen Anti- Citrullin -Antikörpern sowie normalen ANA und normalem ENA (extrahierbare nukleäre

Antigene) -Suchtest 2. Verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der BWS und der LWS (Lendenwirbelsäule) bei - minimaler , s-förmiger lumbaler linkskonvexer Skoliose und - etwas progredienten degenerativen Veränderungen der unteren BWS Röntgen Oktober 2014 gegenüber Januar 2011 - stationären degenerativen Veränderungen der LWS Röntgen Oktober 2014 gegenüber Januar 2007 und Januar 2011

- ohne Nachweis entzündlicher Veränderungen der ganzen Wirbelsäule, beider ISGs

(Iliosakralgelenke) und des Beckens bei regelrecht konfiguriertem Spinalkanal und ohne Kompression neuraler Strukturen MRI (Magnetresonanztomografie) der ganzen Wirbelsäule, der ISGs und des Beckens August 2015 - ohne radikale Zeichen Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Adipositas Grad I, ein Status nach obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom sowie Spreizfüsse mit Hallux

valgus beidseits. Unter dem Titel „ Rheumatologische Beurteilung und Prozedere “ hielt die Expertin fest (S. 53) , die Beschwerdeführerin sei eine kräftige 55-jährige Frau, die eine Parvovirus B19-Infektion erlitten habe und

in der Folge sei

ab dem Jahr 1978 eine rheumatoide Arthritis aufgetreten. Von September 2000 bis April 2002 sei sie mit dem Basismittel Plaquenil behandelt worden und danach bis Februar 2007 ohne Basistherapie der rheumatoiden Arthritis geblieben.

Ab Februar 2007 bis Juli 2014 sei mit zahlreichen Basismitteln und TNF- Hemmern
therapiert worden und seit Januar 2013 werde niedrig dosiert mit einem Steroid (Lodotra)
behandelt. Die letzte Basisbehandlung sei im Juli 2014 (damals Xeljanz) gewesen. Sie
klage nun über

ständige ausgedehnte Schmerzen fast

im ganzen Körper . Sie gebe an, dass sie nur eine halbe Stunde lang spazieren und nicht
lange stehen

könne sowie dass es ihr oft

schwindlig sei . Wegen Wirbelsäulenbeschwerden und der rheumatoiden Arthritis könne
sie nicht arbeiten und im Haushalt fast nichts machen. In der klinischen Untersuchung
zeige sich eine Adipositas Grad I. Der normale Gang sei unauffällig wie auch der Zehen-
und der Fersengang, Das Becken sei gerade. Es bestehe eine minimale s-förmige lumbal
linkskonvexe Skoliose. Alle drei Wirbelsäulenabschnitte seien normal beweglich.
Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal
beweglich . Nirgends bestünden Gelenkergüsse,

Synovitiden oder überwärmte Gelenke und klinisch fänden sich nirgends

Zeichen einer aktuellen oder durchgemachten Gelenkentzündung. Die
Bioimpedanz-Analyse zeige trotz der

Adipositas eine Muskelmasse von 41 % , welche den Normwert von 40 % sogar etwas
übertreffe .

Eine lang andauernde körperliche Schonung

könne daraus nicht abgeleitet werden . Dem entspreche , dass

sie halbstündige Spaziergänge mache und einmal

pro Woche an der Wassertherapie-Gruppe (Aquawell) der Rheumaliga

teilnehme , die 45 Minuten dauere. Die Röntgenuntersuchung der BWS (Oktober 2014)
habe mässige degenerative Veränderungen der unteren BWS gezeigt , die gegenüber der
Voruntersuchung (Januar 2011) etwas progrediert gewesen seien. Die Röntgen-
untersuchung der LWS (Oktober 2014) habe mässige degenerative Veränderungen
ergeben, die gegenüber der Voruntersuchung

(ab Januar 2007) unverändert gewesen seien . Die MRI-Untersuchungen der ganzen
Wirbelsäule, beider ISGs und des Beckens (August 2015)

hätten nirgends entzündliche Veränderungen gezeigt . Der Spinalkanal sei regelrecht
konfiguriert gewesen . Kompressionen neuraler Strukturen seien

nicht erkennbar und die bildgebenden Befunde im Bereich der ganzen Wirbelsäule, beider
ISGs und des Beckens seien insgesamt gering gewesen . Die beiden Ganzkörper-
Szintigraphien (Februar 2007 und November 2013) hätten ausser dem Hallux

valgus bei Spreizfüssen beidseits nirgends sichere entzündliche Veränderungen gezeigt.

Die zahlreichen Röntgenuntersuchungen beider Hände (Januar 2007, September 2008,
Januar 2010, Januar 2011, Januar 2012 und Oktober 2014) hätten alle keine
entzündlich-rheumatischen Veränderungen oder andere wesentliche Befunde ergeben, eben

so auch die zahlreichen Röntgenuntersuchungen beider Füsse. Die ausgedehnte Blutuntersuchung zeige erhöhte Entzündungszeichen (Blutsenkung und C-reaktives Protein). Der Rheumafaktor sei nicht mehr nachweisbar. Auch die Anti-Citrullin-Antikörper seien normal und keine ANA mehr nachweisbar und auch der ENA-Suchtest sei normal gewesen. Daher habe sich die rheuma-immunologische Situation offensichtlich gebessert, da anamnestisch der Rheumafaktor, die Anti-Citrullin-Antikörper und die ANA alle erhöht gewesen seien. Dies sei umso erfreulicher, da seit Juli 2014 ausser einer niedrig dosierten Steroid-Therapie

keine Basistherapie der rheumatoiden Arthritis mehr durchgeführt werde (S. 54). Zur Arbeitsfähigkeit führte die Expertin aus, die Beschwerdeführerin sei in ihrer Leistungsfähigkeit durch die rheumatoide Arthritis sowie durch die eingeschränkte Funktion der BWS und der LWS in ihrer Leistungsfähigkeit limitiert. Die angestammte Tätigkeit als Raumpflegerin sei nicht angepasst und die Beschwerdeführerin könne diese Tätigkeit nicht ausüben. Dasselbe gelte für die Tätigkeit als Küchenhilfe. In einer dem Leiden ideal angepassten Tätigkeit mit sehr leichtem bis leichtem Belastungsniveau, wobei mit Lasten bis zu 7.5 kg hantiert werden könne, ohne Tätigkeiten mit lang andauernder repetitiver Belastung der Hände und ohne Tätigkeit in Nässe, Kälte oder unter grossen Temperaturschwankungen sei die Beschwerdeführerin bezogen auf ein 100% Pensum zu 100% arbeitsfähig (S. 57). 4.3.2

Der psychiatrische Fachexperte Prof. Dr. G. ___ führte aus (Urk. 7/57/20), die Diagnosestellung einer mittelgradigen depressiven Episode gemäss ICD-10 F 32.1 sei im Jahre 2009 nach psychiatrisch konsiliarischer Untersuchung erfolgt. Die Diagnosestellung habe vorwiegend auf einer reaktiven affektiven Störung im Rahmen eines zunächst vermuteten Schlafapnoesyndroms und eines Restless-legs-Syndroms beruht, welche sich bestätigten. Die Diagnose sei unkritisch in jedem weiteren Arztbrief aufgenommen worden, ohne fachärztliche Kontrolle und bei offensichtlicher Behandlung der vorgenannten somatischen Störungsbilder. Nachdem die rheumatologische Co-Gutachterin aktuell einen Status nach obstruktivem Schlafapnoesyndrom diagnostiziert habe und die Diagnose eines Restless-legs-Syndroms nicht mehr zu bestehen scheine, fusse die seit dem Jahr 2009 tradierte Diagnose insgesamt auf einer konsiliarischen Untersuchung und sei durch die Rheumatologen fachfremd seit dem Jahr 2010 als „chronische Depression“ diagnostisch gekennzeichnet worden.

Psychopathologisch liessen sich aktuell keine depressiven und/oder ängstlichen affektiven Symptome finden, die die Diagnosestellung einer Depression gemäss den ICD-10 Kriterien rechtfertigen würden. Es bestehe bei sehr guter Schwun gungsfähigkeit keine gedrückte Grundstimmung, keine Antriebsstörung,

und keine ausgeprägte Interessenverarmung und Freudlosigkeit. Es könne daher von einer Remission einer depressiven Episode (ICD-10 F 32.4) ausgegangen werden (S. 21). Hingegen fänden sich deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer Schmerzverarbeitungsstörung. Die objektiven somatischen Symptome seien gemäss dem rheumatologischen Gutachten geringgradig und psychopathologisch imponiere eine ausgeprägte Dysthymie gegenüber der Schmerzwahrnehmung und ein maladaptiver regressiv-schonender und sich selbstlimitierender

Copingstil. Depressiv-affektive oder ängstliche Symptome im Sinne einer depressiven Störung beständen hingegen nicht (S. 22).

Zusammenfassend bestehe ein maladaptiver regressiver Copingstil, der vornehmlich durch sekundären Krankheitsgewinn aufrechterhalten werde. Die Beschwerdeführerin befinde sich in einer Krankenrolle und therapeutisch sollte ein multimodales Setting etabliert werden, welches die Beschwerdeführerin ressourcenorientiert wieder in eine selbstbestimmte berufliche „Teilhabe“

führe. Eine Berentung stütze die regressiven Elemente in der maladaptiven Krankheitsverarbeitung. Es bestehe keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24).

4.3.3

Zur Arbeitsfähigkeit aus

biomedizinischer

Sicht

hielten die Experten fest, in angepasster Tätigkeit bezogen auf ein 100 % Pensum sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig. Dabei könne sie Lasten bis 7.5 kg hantieren. Eine nicht angepasste Tätigkeit, insbesondere die Tätigkeit als Raumpflegerin, habe die Beschwerdeführerin nie lang andauernd und zu 100 % ausüben können, da sie mit der rheumatoiden Arthritis in die Schweiz eingereist sei (Urk. 7/56/2). 4.4.4.1

Am 2. Februar 2016 berichteten Oberärztin

Dr. med. H. ___ und Assistenzärztin Dr. med. I. ___ an der Klinik für Rheumatologie des Z. ___

(Urk. 7/77/10-13), nach internem Arztwechsel sei die Beschwerdeführerin erstmals am 25. Januar 2016 zur geplanten Verlaufskontrolle erschienen. Vorgängig sei probatorisch die entzündliche Behandlung mit Lodotra im Oktober 2015 gestoppt worden. Die Beschwerdeführerin berichtete

über unveränderte wandernde Beschwerden im ganzen Körper, ausgeprägt im Daumengrund-Gelenk beidseits sowie im Rücken. Vergleichsweise früher trete das Schmerzmaximum nicht mehr morgens, sondern abends nach Belastung auf. Auch ohne die Einnahme von Lodotra (Kortison) könne sie ohne Ruheschmerzen durchschlafen (unter Einnahme von Surmontil). Die beschriebenen Beschwerden könnten teils auf die degenerativen Veränderungen (bekannte Rhizarthrose) so wie auf myofasziale Befunde zurückgeführt werden. Im Vordergrund stünden zum jetzigen Zeitpunkt aus rheumatologischer Sicht Beschwerden im Rahmen einer Schmerzausbreitung. Die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis könnten sie nicht länger bestätigen. Dies bei subjektiv fehlender Beschwerdezunahme ohne entzündliche Behandlung sowie bei klinisch und sonografisch fehlendem Aufzeigen einer Synovitis. Laborchemisch besteht eine humorale Aktivität bei normwertigem Rheumafaktor und anti-CCP. 4.4.2

In einem weiteren Bericht der Klinik für Rheumatologie des Z. ___

vom 12. April 2016 zu Händen der Beschwerdeführerin wiesen die zuständigen Ärzte, Dr. med. H. ___ und die Assistenzärztin Dr. med. J. ___ auf die Behandlung der Beschwerdeführerin seit 9. März 2016 hin (Urk. 7/77/6-9). Sie hielten fest, auf Grund des panvertebralen Schmerzsyndroms mit multisegmentalen degenerativen Veränderungen der gesamten Wirbelsäule bestünden Funktionseinschränkungen für Rotation/Flexion sowie In

klination und Reklination. Zudem bestünden eine reduzierte Belastbarkeit für das Tragen von Lasten von mehr als 5 kg und eine strukturelle Ermüdung beim Sitzen und Stehen. Aufgrund der Polyarthrose sei die Beschwerdeführerin in der Feinmotorik, Handkraft, Gehfähigkeit und Stehfähigkeit eingeschränkt.

Es wurde eine behinderungsangepasste Tätigkeit ohne Zwangshaltungen für die Wirbelsäule, ohne Überkopfarbeiten, ohne Arbeiten in kauender/hockender Position, ohne Gehen auf unebenem Gelände, ohne Steigen von Treppen/Leitern, ohne repetitive-manuelle Tätigkeiten, ohne Aufgaben mit Anforderungen an die Handkraft und Feinmotorik, ohne Heben von Lasten von mehr als 5

kg

als möglich festgehalten und erwähnt, dass die Tätigkeit

idealerweise wechselbelastend mit nicht länger als 30 Minuten am Stück Sitzen/Heben/Stehen bei beschriebenen Belastungsprofil sein sollte. In einer solchen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % infolge einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % auf Grund einer Beschwerdeakkumulation im Laufe des Tages. Im Rahmen der angepassten Tätigkeit bestehe auch eine Notwendigkeit von Kurzpausen, beispielsweise

jede Stunde zehn bis fünfzehn Minuten zur Entlastung und zur Durchführung von physiotherapeutischen Übungen. 5.5.1

Zu prüfen ist, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt, welcher eine Aufhebung der seit November 2013 zugesprochenen Viertelsrente per 30. Juli 2016 rechtfertigt. 5.2

Es steht aufgrund der Akten fest, dass die Diagnosen rheumatoide Arthritis, Sicca-Symptomatik, sekundäres Fibromyalgie-Syndrom, degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule, sekundäres Restless-Legs-Syndrom, Panvertebralsyndrom, sowie chronisch-depressive Störung zur Berentung führten (vgl. E. 3.3 hiervor).

Eine spontane Regredienz

von Entzündungszeichen und eine Beschwerde regredienz

konnte anlässlich der Behandlung vom 10. bis 25. Oktober 2014 durch die behandelnden Rheumatologen des Z.____ verzeichnet werden (E. 4.1). Die

im September 2015 durchgeführte

bidisziplinäre

Gutachten-Abklärung

ergab sodann, dass

sich

die rheuma-immunologische Situation

insofern verändert

hat,

als die Blutuntersuchungen zwar noch erhöhte Entzündungszeichen zeigten, jedoch keine Rheumafaktoren mehr nachweisbar waren und sich insbesondere normale Befunde betreffend die Anti-Citrullin-Antikörper

ohne nachweisbare ANA zeigten (E. 4.3.1). Im Februar 2016 berichteten sodann die behandelnden Rheumatologen des Z.____, dass die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis bei subjektiv fehlender Beschwerdezunahme ohne die antientzündliche

Medikation erfolgt sowie bei klinisch und sonografisch fehlendem Aufzeigen einer Synovitis nicht länger aufrecht erhalten werden können (E. 4.4.1).

Bereits in diesen Ausführungen und ungeachtet des Umstandes, dass aufgrund der psychiatrischen Untersuchung die Diagnose einer depressiven Störung nicht mehr bestätigt werden konnte, ist eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse zu erblicken, welche es erlaubt, unter dem Titel von Art. 17 Abs. 1 ATSG den Invaliditätsgrad neu und ohne Bindung an die frühere Invaliditätsschätzung zu ermitteln (vgl. E. 1.3 hiervor). 5.3

Die Beschwerdeführerin stellte hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit auf die Einschätzung im interdisziplinären Gutachten von Dr. A.____ und Prof. Dr. G.____ ab (Urk. 7/55, 7/56 und 7/57). 7/55). Das umfangreiche Gutachten erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.4), setzt sich mit den Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin auseinander und berücksichtigt auch die medizinischen Vorakten und begründet Abweichungen, soweit die Beurteilung mit diesen nicht im Einklang steht. Insgesamt erweist sich das Gutachten als nachvollziehbar und vermag zu überzeugen. Insbesondere wurde für den Rechtsanwender einleuchtend dargelegt, dass aufgrund der umfassenden rheumatologischen

Untersuchungen unter Beizug von Laboruntersuchungen (Haar-, Blut- und Urinanalyse, vgl. Urk. 7/55/40 ff. und Urk. 7/55/50

f.) sich aus somatischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründen lässt. Der psychiatrische Teilgutachter legte sodann plausibel dar, dass aufgrund der Untersuchungsbefunde eine nach ICD-10 klassifizierte psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht mehr vorliegt und insofern von einer Remission der depressiven Symptomatik auszugehen ist (E. 4.3.2 hiervor).

5.4

Zusammenfassend trifft der Einwand, dass das aktuelle Gutachten — bei unverändertem Gesundheitszustand — den Sachverhalt lediglich anders bewerte, nicht zu. Andere substantiierte Einwände in Bezug auf die medizinischen Abklärungen brachte die Beschwerdeführerin nicht vor. Zusammenfassend erfüllt das interdisziplinäre Gutachten von Dr. A.____ und Prof. Dr. G.____

mit einlässlicher klinischer Untersuchung, Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung die beweismässigen Anforderungen, die die Rechtsprechung an solche Expertisen stellt.

Auch bezüglich der Arbeitsfähigkeit kann auf die gutachterlichen Schlussfolgerungen abgestellt werden, wonach aus gesamtmedizinischer Sicht in angepasster Tätigkeit auf eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit geschlossen wurde und gemäss Belastungsprofil zu berücksichtigen ist, dass nur Lasten bis 7.5 kg hantiert werden können (E. 4.3.3 hiervor).

Insbesondere ergeben sich auch keine Anhaltspunkte für eine anspruchrelevante Verschlechterung in der Zeit ab Begutachtung bis zum Verfügungserlass ,

nachdem selbst die niedrig dosierte Behandlung mit Lodotra (vgl. Urk. 7/55/53) im November 2015 folgenlos gestoppt werden konnte (vgl. Urk. 7/77/11). Zudem ist auch keine fachpsychiatrische Behandlung aktenkundig . Auf die Berichterstattung der behandelnden Rheumatologin vom 12. April 2016 , welche die Beschwerdeführerin seit 9. März 2016 behandelt und wonach in einer angepassten Tätigkeit eine

70%ige Restarbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung verschiedener zusätzlicher Einschränkungen im Belastungsprofil attestiert wurde (vgl. E . 4.4 .2 hiervor) ,

kann demgegenüber nicht abgestellt werden. Denn einerseits ergibt sich aus diesem Bericht nicht, dass eigene Befunde erhoben und eigenständig Diagnosen gestellt wurden , nachdem auf einen früheren Bericht vom 2. Februar 2016 — mithin vor Behandlungsbeginn — verwiesen wurde und unter Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auch fachfremde psychiatrische Diagnosen aufgeführt wurden (vgl. Urk. 7/77/6-9 Ziff.

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