

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01269 vom 7. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01269

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01269 du 7 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01269 del 7 gennaio 2019

Erwägungen

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog, es sei inzwischen eine polydisziplinäre Begutachtung und ein Belastbarkeitstraining, bei welchem sich die guten persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin bestätigt hätten, durchgeführt worden.

Wie sich aus dem MEDAS - Gutachten ergebe, habe sich

der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Vergleich zur Rentenzusprache bzw. letzten Revision erheblich verbessert. Es bestehe nur noch eine leichtgradige anhaltende depressive Verstimmung, wobei die Beschwerdeführerin auch erst im August 2016 wieder eine psychiatrische Behandlung aufgenommen habe. Aus rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 2).

E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin sinngemäss entgegen, bei unveränderten geklagten Beschwerden gleichen Ausmasses handle es sich im Gutachten nur um eine andere Diagnosestellung und abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Dieses sei zudem widersprüchlich und mangelhaft. Insbesondere hätten sich die Gutachter nicht zum Ergebnis des Belastbarkeitstrainings (müde, Pause nach 50

Minuten, Überforderungssituation, keine Steigerung auf 3 Stunden täglich möglich) und der Stellungnahme von Dr. E.____ geäussert. Dabei seien diese durchaus geeignet, ernsthafte Zweifel am Gutachten zu wecken.

Dr. E.____

habe eine depressive Symptomatik, Hyperarousal und Erfahrungsvermeidung festgestellt, was auf chronischen Stress im Zusammenhang mit einer dysfunktionalen Verarbeitung von traumatisierenden Ereignissen hinweise. Dementsprechend hätten Stresssymptomatik, Panik-, Ohnmachts- und Insuffizienzgefühle im Belastbarkeitstraining auch zugenommen. Es sei unverständlich, weshalb dem über längere Zeit behandelnden Arzt allgemein unterstellt werde, sich entgegen der tatsächlichen Sachlage zugunsten des Patienten zu äussern, während es gerade die Gutachter seien, die

effektiv ein pekuniäres Interesse hätten. Des Weiteren seien ihre Angaben – vergleiche man das Gutachten S. 16 f. mit S. 36 – von den Gutachtern mangelhaft

berücksichtigt worden. So habe sie nie behauptet, aufgrund körperlicher Beschwerden nicht arbeiten zu können, habe sehr wohl über Lust- und Motivationslosigkeit sowie fehlende Freude im Alltag berichtet und durchaus mit dem Gewicht (im Sinne von Übergewicht) zu kämpfen. Aus den nicht näher geschilderten sexuellen Kontakten könne

nichts abgeleitet werden. Ferner lebe sie sehr zurückgezogen und besuche nur einmal wöchentlich ein Gebetstreffen. Früher habe sie einen grossen Freundeskreis gehabt, im Team gearbeitet, Jugendarbeit verrichtet und sei in der Gemeinde tätig gewesen.

Weshalb ihre Beschwerdeschilderung als theatralisch überzeichnet beschrieben werde, bleibe unklar (Urk. 1 S. 6 ff.).

E. 3

.1

Hinsichtlich der vorangegangenen Rentenrevision wurde bereits in Erwägung 4.2 des erwähnten Rückweisungsentscheides dargelegt, dass sich das Versicherungsgericht des Kantons Aargau bei der Beurteilung der Verfügungen vom Juli 2011

im Urteil vom 21. August 2012 nur im Zusammenhang mit dem Beweiswert des Abklärungsberichts vom 14. September 2010 zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin äusserte. Zwischen den Parteien damals unstrittig war, dass mit dem Wechsel von der spezifischen zur gemischten Methode der Invaliditätsbeurteilung ein materieller Revisionsgrund vorlag und gestützt auf das Gutachten der Klinik B. ___ vom 26. November 2008 (Urk. 7/67/6 ff.), ergänzt am 16. März 2009 (Urk. 7/67/4 f.) und 20. Januar 2010 (Urk. 7/67/56-61), sowie der diesbezüglichen RAD-Stellungnahme

(Urk. 7/93) von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen war (Urk. 7/107/4 Erwägung 2.1).

E. 3.2

Im Detail

erwog das aargauische Gericht,

der Abklärungsbericht erwähne in gesundheitlicher Hinsicht eine grosse Müdigkeit und Energielosigkeit sowie Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme, durch Stresssituationen verstärkte Kopfschmerzen und eine Gereiztheit. Diese Feststellungen würden im Wesentlichen den bereits im Abklärungsbericht vom 3. März 2005 sowie im Verlaufsbericht der psychiatrischen Klinik C. ___ vom 16. September 2010 festgehaltenen Beschwerden entsprechen. Auch dem psychiatrisch-neurologischen Gutachten der Klinik B. ___ vom 26. November 2008 sei ähnlich zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin spontan wenig Beschwerden schildert und zunächst von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen berichtet habe. Sie könne nicht zwei Dinge gleichzeitig tun, sei vergesslich, gerate in Stress und bekomme dabei Kopfschmerzen. Auch eine Energielosigkeit werde beschrieben sowie Verspannungen im Nacken und asystematischer Schwindel. Bedeutsame Änderungen im Zusammenhang mit der geringer eingestuften Einschränkung im Haushalt sah das Gericht in der Organisation des Haushalts und der Unterstützung durch den Ehemann sowie durch die älter werdenden Kinder. Eine zwischenzeitliche gesundheitliche Verbesserung hielt es demgegenüber weder für ausgewiesen, noch ausgeschlossen. Wie es sich damit verhalte, könne dahingestellt bleiben, zumal die im Abklärungsbericht vorgenommenen Einschätzungen auch bei unverändertem Gesundheitszustand zu überzeugen vermöchten. Dementsprechend bestätigte das Gericht damals die neu zugesprochene Dreiviertelsrente (Urk. 7/107/6-9 Erwägungen 2.4-2.6).

E. 3.3

Dem damals beigezogenen

Gutachten der Klinik B. ____

aus dem Prozess gegen die Suva ist zusammengefasst zu entnehmen, es handle sich gegenwärtig um eine schwierig einem eigentlichen psychopathologischen Syndrom zuzuordnende psychische Problematik im Sinne von Müdigkeit, Ermüdbarkeit, Energielosigkeit, Probleme in der Organisation des Alltags mitunter vor dem Hintergrund der kognitiven Beschwerden, aber auch einer äusserst wechselhaften Stimmungslage, einer beeinträchtigten Beziehungsgestaltung und mangelnder Toleranz bzw. Irritierbarkeit, so dass die angegebenen Beschwerden am ehesten im Sinne einer Persönlichkeitsveränderung interpretiert werden könnten. Diese sei nicht aufgrund einer milden traumatischen Hirnschädigung entstanden, sondern im Zusammenhang mit der abgelaufenen posttraumatischen Belastungsstörung. In Betracht zu ziehen sei der scheinbare Rückgang der psychischen Symptome zwischen 2002 und 2004 sowie jetzt nach dem Umzug, wobei man über die tatsächlichen Beschwerden mangels medizinischer Dokumentation über eine lange Zeitspanne keine Auskunft habe. Es sei anzunehmen, dass mit der Berentung ein Grossteil der effektiven Belastungen weggefallen sei und so die Symptome besserten. Diese Entwicklung, die nach dem Tod eines der Kinder durch eine depressive Phase unterbrochen worden sei, habe sich durch die erneute Belastung bei Streichung der Rente manifestiert – in erster Linie aufgrund einer veränderten Belastbarkeit und affektiven Reagibilität, was sich vor dem Hintergrund einer Wesens- bzw. Persönlichkeitsänderung interpretieren lasse. Es bestehe eine natürliche Kausalität zum Unfall, insofern sich eine Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (vgl. Urk. 7/67/4 f. zur anhaltenden Belastung nach dem Unfall durch Retraumatisierung infolge von Ereignissen im engsten Umfeld, insbesondere Veränderung des Ehemannes)

begründen lasse. Die zusätzlichen Belastungen (eheliche Situation, Thyroidea-Funktionsstörung, Anämie; vgl. auch Urk. 7/67/54) könnten dabei zur besonderen Ausprägung und zum Verlauf beitragen. Es lasse sich durchaus diskutieren, dass die Beschwerdeführerin trotz der nachweisbaren Störung in einer optimal adaptierten Tätigkeit eine theoretische Arbeitsfähigkeit erbringen könnte, wobei eine solche vorzugsweise in einer beruflichen Erprobung zu überprüfen sei. Erst danach könnten Prozentangaben und Berufsbedingungen festgestellt werden, wobei offenbleiben müsse, ob diese in der freien Marktwirtschaft grundsätzlich zu finden seien. Während sich wesentliche Auswirkungen der Residualproblematik der psychischen Störung ergäben, die auch die leichten subjektiven kognitiven Beeinträchtigungen und angegebene Kopfschmerzen erkläre, sei weder aufgrund der neurologischen Befunde noch im Bereich des Bewegungsapparates eine nennenswerte Pathologie nachzuweisen (Urk. 7/67/47 f. und 7/67/50).

Aufgrund der zugestellten Akten, insbesondere derjenigen des behandelnden Psychiaters, müsse spätestens im Mai 2006 eine deutliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation postuliert werden, die – gestützt auf die verfügbaren Informationen – im Gutachten vergleichbar mit der gesundheitlichen Situation im Jahr 2001 interpretiert worden sei. Sinngemäss hätten auf dieser Grundlage die vergleichbaren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wie im Jahr 2001 ent stehen können. Allerdings würden sich diesbezüglich rückwirkend keine genauen Angaben machen lassen (Urk. 7/67/59 f.).

E. 4

Es wurde bereits in Erwägung 5 des mehrfach genannten Rückweisungsentscheids festgestellt, dass eine Wiedererwägung der gerichtlich beurteilten Verfügungen vom Juli 2011 im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG ausser Betracht fällt (Urk. 7/142/12). Hingegen wurde im

Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau, das im Rahmen einer allseitigen Rentenprüfung nach einer Statusänderung erging,

die Frage nach einer gesundheitlichen Besserung seit der ursprünglichen Rentenzusprache in der Invaliditätsbemessung im Haushaltsbereich ausdrücklich offengelassen, jedoch für den Erwerbsanteil implizit verneint, indem

die zwischen den Parteien unbestritten ermassen

volle Arbeitsunfähigkeit

übernommen wurde. Dies

dürfte eine Folge des Umstandes sein, dass eine Minderheit des Gerichts im Urteil vermerken liess, sie erachte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im erwerblichen Bereich gestützt auf das Gutachten der Klinik B.____

nicht als erstellt und hätte die Sache zur weiteren Abklärung der Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich an die Vorinstanz zurück gewiesen (Urk. 7/107/10 Erwägung 2.7).

Im Gutachten der Klinik B.____

selbst wurden in Bezug auf den Krankheitsverlauf vorab eine mangelhafte Dokumentation und eine Abhängigkeit von belastenden Umständen respektive Ereignissen

(Zusprechung/Streichung der Rente, Tod des Kindes, aktuelles soziales Umfeld) festgestellt. In Anbetracht der insgesamt vagen Aussagen über das Ausmass der verselbständigten psychischen Störung bei der letzten Rentenrevisio n sowie die (bei geringfügiger Therapie) erneut dürftige Dokumentation des weiteren Krankheitsverlaufs, können somit keine allzu hohen Anforderungen an den Nachweis eines materiellen Revisionsgrundes im Sinne einer Veränderung des Gesundheitszustandes gestellt werden.

E. 4.1

Gemäss MEDAS-Gutachten wurden in der aktuellen psychiatrischen Begutachtung vom 14. Juli 2016 die Diagnosen Dysthymia leichter bis mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 : F34.1), Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F68.0) und akzentuierte Persönlichkeit mit selbstunsicheren und zwanghaften Anteilen (ICD-10 : Z73.1) gestellt (Urk. 7/168/39).

E. 4.2.1

Dazu erläuterten die Gutachter, die Beschwerdeführer habe angegeben, sie sei ständig müde und habe Schwierigkeiten, sich für jegliche Aktivität zu motivieren. Sie müsse häufig weinen. Ferner habe sie Kniebeschwerden und Bewegungsschmerzen in der Schulter sowie schmerzbedingte Durchschlafstörungen mit Tagesmüdigkeit (Urk. 7/168/40).

E. 4.2.2

In der Untersuchung

habe sie einen ungehaltenen, anklagenden und teilweise unbeherrschten Eindruck gemacht. Ihre Schilderung der körperlichen Beschwerden und depressiven Symptomatik sei überzeichnet. Kognitive Defizite seien keine auszumachen, uneingeschränkt seien insbesondere die Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Wachheit, Auffassungsgabe und Sprache sowie das Durchhaltevermögen. Die Intelligenz sei gemäss klinischem Eindruck eher überdurchschnittlich. Anhand der Angaben und des beobachteten Verhaltens bestünden eine leicht ausgeprägte depressive Verstimmung, ein leicht verminderter Antrieb, eine mittelgradig gesteigerte Ermüdbarkeit, ein mittelgradig vermindertes Selbstwertgefühl, eine leicht ausgeprägte Hoffnungslosigkeit und ein leicht eingegengtes Denken bzw. eine Grübelneigung. Leicht ausgeprägt seien auch die Zwanghaftigkeit und der soziale Rückzug. In der Persönlichkeit sei eine Akzentuierung der selbstunsicheren und zwanghaften Anteile zu eruieren (Urk. 7/168/40).

E. 4.2.3

Damit übereinstimmend hätten sich in den kognitiven Screeningtests (zerebraler Insuffizienztest, Zahlenverbindungstest, Bentontest) « hochnormale » Ergebnisse gefunden. Das Resultat von 23 Punkten im Beck'schen Depressionsinventar

(Selbstauskunftsbogen)

entspreche einer mittelgradig ausgeprägten, das in der Hamilton-Depressionsskala (Fremdbeurteilung) erzielte Ergebnis von 7 Punkten indes keiner klinisch relevanten depressiven Symptomatik. Die Diskrepanz lasse sich als Überzeichnung der Symptomatik interpretieren. Im MMPI (Persönlichkeitstest und Inventar psychischer Störungen) hätten sich die Persönlichkeitsakzentuierungen, die depressive Teilsymptomatik sowie die Tendenz zur Symptomüberzeichnung bestätigt (Urk. 7/168/40).

E. 4.3.1

Die daraus resultierenden Diagnosen

Dysthymia, Akzentuierung von Persönlichkeitsanteilen und Schmerzverarbeitungsstörung führten alsdann je für sich allein betrachtet nicht per se zu einer Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, da sie keine eigene Krankheitswertigkeit erreichten. Indes würden sich die akzentuierten Persönlichkeitszüge und die depressive Symptomatik gegenseitig begünstigen, verstärken und aufrechterhalten, was zu einer chronifizierenden bzw. neurotischen Entwicklung geführt habe. In ihrem Zusammenwirken bestehe daher dennoch eine einschränkende Wirkung zufolge einer Reduktion der willentlichen Überwindbarkeit.

Aus den klinischen

Befunden liessen sich mittels IFAP1 und IFAP2 (Instrumente für Aussagen zu den mentalen

Funktionen und funktionellen

Fähigkeiten) folgende Auswirkungen ableiten: eine mittelgradige Störung von Temperament, Persönlichkeit, Umgänglichkeit, psychischer Stabilität, Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen und Selbstvertrauen sowie eine leichtgradige Störung der psychischen Energie, des Antriebs und der emotionalen Funktionen. Diese führten auf der Ebene der Aktivitäten und Partizipation zu einer mittelgradigen Einschränkung der Anpassungsfähigkeit an Regeln und Routinen, Flexibilität, Umstellungs-, Durchhalte-, Selbstbehauptungs- und Gruppenfähigkeit sowie bei Sportaktivitäten und einer

leichtgradigen Einschränkung bei der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Anwendung fachlicher Kompetenzen, des Entscheidungs- und Urteilsvermögens sowie der Kontaktfähigkeit. Zusammengefasst bestehe eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 30 % sowohl für die früheren (kaufmännische Angestellte und Bäuerin) als auch andere angepasste Tätigkeiten (keine belastenden Arbeiten für die unteren Extremitäten oder Überkopfarbeiten; Urk. 7/168/40 f., 7/168/43, 7/168/49 f. und 7/168/84-86).

E. 4.3.2

Die Beschwerdeführerin selbst erklärte in der Begutachtung, aufgrund der fehlenden Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit eine Tätigkeit wie früher nicht mehr ausüben zu können. Eine alternative Tätigkeit – ohne langes Stehen bzw. Gehen oder sich sehr konzentrieren zu müssen – könne sie theoretisch wahrscheinlich ein bis zwei Stunden pro Tag machen. Im Haushalt könne sie im Vergleich zu früher vielleicht noch 10 % leisten (Urk. 7/168/35).

Dazu erläuterten die Gutachter, die auffallend negative Selbstbewertung mit subjektiver Leistungsinsuffizienz, die sich in den beschriebenen Alltagsaktivitäten wenig wiederfinde, mit Klage über kognitive Defizite, die sich nicht objektivieren liessen, und mit der Angabe von schmerzbedingten Schlafstörungen bei an sich nur belastungsabhängigen Gelenkbeschwerden, die sich zudem im Alltag nur mässiggradig einschränkend auswirkten, sei im Rahmen der Dysthymia und der auffälligen Persönlichkeitszüge zu interpretieren (Urk. 7/168/47). Tatsächlich weise die Beschwerdeführerin trotz chronifizierter leichtgradiger depressiver Symptomatik und Tendenzen zur Schmerzchronifizierung in der Beschreibung ihrer Lebenssituation und ihrer Alltagsaktivitäten erhebliche persönliche Ressourcen auf. Sie verstehe es, ihre Verpflichtungen und Belastungen einzuteilen und ihre subjektiven Einschränkungen zu kompensieren. Sie beschreibe ein adäquates Pausenmanagement und die Fähigkeit, sich Hilfe zu holen. Persönliche Ressourcen würden auch die eher überdurchschnittliche Intelligenz und die religiöse Orientierung darstellen (Urk. 7/168/45).

E. 4.4.1

Zum Krankheitsverlauf ergebe sich aus den Vorakten, dass in der Folge des schweren Autounfalls Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung diagnostiziert worden seien (Austrittsbericht der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Z.____ vom 1. Mai 1996), die sich aber bereits im Jahr 1998 grösstenteils zurückgebildet hätten (Gutachten der Rehaklinik A.____ vom 8. Oktober 1998) und bei späteren Untersuchungen nicht mehr beschrieben worden seien. Auch aktuell fänden sich keine Symptome, die auf das Vorliegen einer solchen Störung hinweisen würden (Urk. 7/168/83).

E. 4.4.2

Im Jahr 2000 seien in einer ausgedehnten neuropsychologischen Untersuchung bedeutsame kognitive Funktionseinbussen sowie eine Veränderung der Persönlichkeit festgestellt worden (Gutachten von Dr. G.____ vom 13. Oktober 2000). Die kognitiven Defizite hätten sich in der Nachuntersuchung im Jahr 2004 nicht mehr nachweisen lassen. Gleiches habe die vorbeschriebene Wesensänderung betroffen (Standortbestimmung der Rehaklinik A.____ vom 15. November 2004). Aktuell imponierten noch Restsymptome im Sinne einer Akzentuierung von Persönlichkeitsanteilen; kognitive Funktionseinbussen fänden sich keine mehr (klinischer Status, kognitive Screeningtests). Damals sei die Diagnose einer

atypischen Depression nach vollständig remittierter depressiver Episode 2001 gestellt worden. Diese entspreche von der Beschreibung der Symptomatologie her der heute festgestellten depressiven Symptomatik im Sinne einer Dysthymia (Urk. 7/168/83 f.).

E. 4.4.3

Im Jahr 2008 seien die psychischen Beschwerden gutachtlich « im Sinne einer Persönlichkeitsstörung » interpretiert worden (Gutachten der Klinik B.____ vom 26. November 2008). Wie dargelegt, hätten die nach dem Unfall beschriebenen Wesensveränderungen in der aktuellen Untersuchung als Restsymptomatik im Sinne einer Akzentuierung der Persönlichkeit imponiert. Demnach ergebe sich kein Widerspruch zu diesem Vorbefund (Urk. 7/168/84). Dabei sei im damaligen psychopathologischen Befund keine krankheitswertige affektive Störung beschrieben und ebenso wenig ein krankheitswertiger neurologischer oder neuropsychiatrischer Befund erhoben worden. Die Arbeitsfähigkeit werde indes nicht anhand von Diagnosen beurteilt, sondern anhand von Befunden und Funktionen. Diese seien im Gutachten der Klinik B.____

nicht explizit ausgeführt (Urk. 7/168/50). So sei ein Vergleich der diagnostischen Kriterien schwierig, weil im Gutachten der Klinik B.____ keine Psychometrie bezüglich der Persönlichkeitsstruktur durchgeführt worden sei. Die Veränderung des Gesundheitszustandes müsse vor allem unter funktionalen Gesichtspunkten beurteilt werden. Unter anderem die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Alltagsaktivitäten – im Vergleich etwa zu den Angaben bei der Haushaltsabklärung im Jahr 2010 – würden für eine verbesserte Funktionsfähigkeit sprechen (Urk. 7/168/51).

E. 4.4.4

Im Jahr 2010 sei fachpsychiatrisch festgehalten worden, dass ab Oktober 2007 eine stabile Remission der Depression habe erreicht werden können (Verlaufsbericht von Dr. H.____ vom 16. September 2010). Die aktuelle depressive Symptomatik im Sinne der diagnostizierte Dysthymia könne in diesem Sinne ebenfalls als Restsymptomatik ohne eigene Krankheitswertigkeit angesehen werden und stehe nicht im Widerspruch zu diesem Vorbefund (Urk. 7/168/84).

E. 4.4.5

Schliesslich würden die körperlich begründeten Schmerzen durch den Einfluss psychischer Faktoren dysfunktional verarbeitet. Im Vergleich zu den früheren Befunden und Beurteilungen bestünden damit keine erheblichen Diskrepanzen, indes würden die Krankheitswertigkeit der psychopathologischen Auffälligkeiten und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aktuell als weniger ausgeprägt beurteilt (vgl. Urk. 7/168/83 f. mit Verweis auf die «Vorbefunde» in Urk. 7/168/62 ff.; Urk. 7/168/40 und 7/168/43 f.).

E. 5

.5

Unter die beweisrechtlich entscheidende Kategorie „Konsistenz“ fällt der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Dieser zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Soweit erhebbar, empfiehlt sich ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist dabei stets im

Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 mit Hin weisen).

Die Beschwerdeführerin verfügt über einen durchwegs strukturierten Tagesablauf mit zahlreichen Freizeitaktivitäten und sozialen Kontakten, die im Kontext mit den behaupteten Einschränkungen einige Fragen aufwerfen. So erledigt sie trotz der behaupteten kognitiven Defizite nicht nur das «Familienbüro» und die «Buch haltung», sondern spielt auch Computerspiele, schaut Videos und liest. Neu gegenüber dem Jahr 2010 (vgl. Urk. 7/81/8) baut sie sodann wieder Kartoffeln und Gemüse an und hält eine grosse Anzahl von Hühnern, obschon sie nur mit Fertigprodukten kocht. Gegen eine massgebliche Freud- und Motivationslosigkeit spricht auch die Tatsache, dass sie sich einen eigenen Brennofen anschaffte und nicht nur selbst töpft, sondern neu auch einen Töpferkurs für Schüler anbietet. Ein finanzielles Interesse bzw. Einkommen aus diesen Tätigkeiten ist zumindest nicht aktenkundig deklariert. Dem sei hinzugefügt, dass die Beschwerdeführerin es nach eigenen Angaben liebt zu reisen, unter anderem drei Monate durch Kanada und die USA (vgl. im Detail Urk. 7/168/34 f., 7/168/80 f., 7/130/3-6 und 7/123/1 «Sprachaufenthalt»). Soweit die Beschwerdeführerin geltend machte, früher noch viel aktiver gewesen zu sein (vgl. Urk. 1 S. 7; fremdanamnestisch

in der letzten Begutachtung: Urk. 7/67/34), so ist dem entgegenzuhalten, dass sie dazumal auch noch nicht drei Kinder zu versorgen hatte (vgl. auch Urk. 7/98/5 unten) und nun mit deren zunehmenden Alter auch ihre sozialen Aktivitäten wie der ausbaut (z.B. Urk. 7/130/3 : als möglich erachtete soziale Arbeit von 2-3 Stunden pro Woche).

E. 5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 5.2

4

Nach

gutachtlicher Einschätzung kam es

die gemäss ICD-10 Klassifikation typischen Symptome einer Depression (gedrückte Stimmung; Interessenverlust und Freudlosigkeit; Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit) demnach kaum zum Tragen und auch die weiteren häufigen

depressionsbedingten Symptome

(verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit ; vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen ; Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit; negative und pessimistische Zukunftsperspektiven ; Suizidgedanken und – handlungen , Schlafstörungen und verminderter Appetit) waren nur bedingt eruiert (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen , ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour /

Schmidt [Hrsg.], 10. Auflage 201

E. 5.2.1

Die Beschwerdeführerin machte vorab

geltend, die von ihr geklagten Beschwerden seien jeweils nur zum Teil berücksichtigt worden.

Dies betreffe die Lustlosigkeit, Motivationslosigkeit, fehlende Freude an beliebten Aktivitäten, Gewichtszunahme, falsche Interpretation der sexuellen Kontakte

und den sozialen Rückzug , aber auch die Schlafstörungen und Müdigkeit (Urk. 1 S. 6 -8).

E. 5.2.2

Die Gutachter haben diese Beschwerden indes

im Wesentlichen bei der subjektiven Beschwerdeklage aufgenommen

(Urk. 7/168/ 36 und 7/168/43)

bzw. bei der Befunderhebung

erfragt (Urk. 7/168/77 f.), die depressive Symptomatik in ihrer Ausprägung insgesamt

jedoch schlüssig

im Rahmen einer Dysthymie eingeordnet.

Deren wesentliches Kennzeichen ist die langdauernde, depressive Verstimmung, die niemals oder nur sehr selten ausgeprägt genug ist, um die Kriterien für eine rezidivierende leichte oder mittelgradige depressive Störung zu erfüllen. Bei höherem Lebensalter tritt diese häufig nach einer offensichtlichen Belastung auf. Die Patienten haben gewöhnlich zusammenhängende Perioden von Tagen oder Wochen, in denen sie ein gutes Befinden beschreiben. Meistens aber, oft monatelang, fühlen sie sich müde und depressiv; alles ist für sie eine Anstrengung und nichts wird genossen (vgl. Weltgesundheitsorganisation , Internationale

Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], 10. Auflage 201

E. 5.2.3

Augenscheinliche Widersprüche zwischen dieser Definition und den zusammengefassten Befunden bestehen nicht.

Im Detail erläuterte der begutachtende Psychiater, dass die Beschwerdeführerin einen Mangel an Energie und Initiative mit Einschränkung von Aktivitäten beschrieben habe , er

jedoch keine bedeutsame Hemmung oder Verarmung des Antriebs von aussen erkennen könne. Allerdings müsse

sie erhebliche Willensanstrengungen aufbringen, um sich morgens zu aktivieren und in die selbst strukturierte Tagesaktivität zu begeben. Das beobachtete Verhalten deute

sodann wenig auf eine depressive Verstimmung hin. Indes habe die Beschwerdeführerin bei allen Aktivitäten rasche Ermüdungserscheinungen und den Verlust der körperlichen Frische beschrieben, was in der Untersuchung ebenfalls feststellbar gewesen sei. Die nächtlichen Schlafstörungen führe sie selber auf die Schmerzproblematik zurück. Zudem komme sie sich im Leben deplatziert vor

und erlebe sich in vielen Lebensbereichen als unzulänglich, negiere jedoch Schuldgefühle, da sie alle Beschwerden dem Unfall zuschreibe. Ein bedeutsamer depressionsbedingter sozialer Rückzug sei aufgrund ihrer Schilderung

diverser sozialer Aktivitäten nicht verifizierbar und es fänden sich klinisch

keine Hinweise auf relevante kognitive Funktionsstörungen

(Urk. 7/168/77 f.). Darüber hinaus

geht aus dem Gutachten der MEDAS

– in Übereinstimmung mit dem Gutachten der Klinik B.____

(z.B. Urk. 7/39/77) – deutlich hervor, dass die klinischen Befunde, Ergebnisse

der testpsychologischen Fremdbeurteilungen

und ihr Aktivitätsniveau erheblich von ihrer

Selbsteinschätzung und den Ergebnissen der Selbstbeurteilungstests divergierten, weshalb die Beschwerdeklage als überzeichnet beurteilt wurde (vgl. E. 4.2 und 4.3).

E. 5.3.1

Zu ergänzen ist, dass die gutachtliche Einschätzung der depressiven Symptomatik gut mit derjenigen im Verlaufsbericht der psychiatrischen Klinik C.____ vom 27. Oktober 2010 vereinbar ist. Darin wurde eine lang anhaltende mittelgradige depressive Episode bis Oktober 2007 attestiert.

Nach Umstellung der Therapie auf Efexor und eine Augmentationsbehandlung mit Novothyral

sei eine schrittweise Verbesserung der depressiven Symptomatik erreicht worden. Ein latenter Eisenmangel sei vom Hausarzt mittels Eisensubstitution behandelt worden und habe zu einer weiteren Verbesserung, insbesondere des Antriebs, geführt (vgl. auch Urk. 7/86/8 f.: Gebärmutterverödung kurz nach der Begutachtung in der Klinik

B.____). Seit Abschluss der psychotherapeutischen Behandlung im September 2008 werde die antidepressive Erhaltungstherapie bzw. Prophylaxe mit Efexor und Novothyral unverändert fortgesetzt. Darunter sei der Zustand stabil. Es fänden noch alle drei bis sechs Monate telefonische Nachkontrollen statt (Urk. 7/88). Das

Efexor

wurde

im März 2012 abgesetzt (Urk. 7/123) , was eine weitere Stabilisierung des Gesundheitszustandes seit der letzten Renten revision nahe legt , in d er sich auch n ach eig e ner Wahrnehmung der Beschwer de führer in

bereits eine Besserung abzeichnete (vgl .

Urk. 7/31/77).

E. 5.3.2

Gebessert haben dürften sich übrigens auch die Kopfschmerzen, zumal im Jahr 2016 keine chiropraktische Behandlung mehr stattf and

und sich die Beschwerde führerin eine Zahnschiene anschaffte (vgl. Urk. 7/124 und 7/168/36

versus Urk. 7/67/ 2 3 f. und 7/37/33 unten).

E. 5.3.3

Schliesslich ist zur weiteren Diagnosestellung

f estzuhalten, dass gemäss ICD-10 Klassifikation lang anhaltende Änderungen der Persönlichkeit nach einer kurz zeitigen Lebensbedrohung wie bei einem Autounfall, grundsätzlich nicht unter die Kategorie der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung einzuordnen sind, da neuere Forschungsergebnisse bei solchen Entwicklungen auf eine vorbestehende psychische Vulnerabilität hinweisen (vgl. Weltgesund heitsorganisation , Internationale

Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg .], 1 0. Auflage 201

E. 5.4.1

Des Weiteren

forderte die Beschwerdeführerin eine gutachtliche Stellungnahme zum Schreiben von Dr. E.____ vom 2 0. März 2017 sowie zum Schlussbericht der

F.____ A rbeitsintegration, datiert vom 2 1. April 2017 (Urk. 1 S. 7 f.) .

E. 5.5

.3

Unter die in Frage kommenden komplexen Ich-Funktionen beim Komplex «Per sönlichkeit» fallen die Elemente Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Beziehungs fähigkeit und Kontaktgestaltung, Affektsteuerung und Impulskontrolle, Selbst wertregulation und Regressionsfähigkeit, Intentionalität und Antrieb sowie Abwehr organisation (vgl. Renato Marelli , Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Grenzbereich von Psyche und Soma, Schweizerische Ärztezeitung [SÄZ] Nr.

25/2008, S. 1141). Es kann auf das vorstehend Gesagte verwiesen werden. Den Auswirkungen der akzentuierten Persönlichkeitsanteile auf die Überwind barkeit der psychischen Beschwerden w u rde bei der gutachtlichen Arbeitsfähig keits ein schätzung durchaus Rechnung getragen.

E. 5.5.6

Der weiter in die Kategorie "Konsistenz" fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (vgl. vorerwähntes Urteil 9C_539/2015 E. 4.5). Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlen den Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empföhlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Vorliegend wird eine nur geringe Ausprägung der Beschwerden mit abnehmendem Leidensdruck in den letzten Jahren durch die stets minimale und seit März 2012 gänzlich fehlende Beanspruchung einer psychiatrischen und psychopharmakologischen Behandlung bestätigt. Eine solche wurde in zeitlicher Hinsicht augenfällig erst nach der MEDAS-Begutachtung wiederaufgenommen (Urk. 7/123/1 und Urk. 7/182). Daran vermag die Feststellung im Gutachten, dass abgesehen von der skeptischen bis ablehnenden Haltung der Beschwerdeführerin gegenüber psychischen Interventionen keine Unfähigkeit zur Therapieadhärenz bestehe, nichts zu ändern (Urk. 7/168/49). Wie die Vergangenheit und Gegenwart zeigen, ist die Beschwerdeführerin durchaus in der Lage, gegebenenfalls wirksame Hilfe zu beanspruchen (Urk. 7/168/49).

E. 5.6

Eine noch geringe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % lässt sich nach dem Gesagten anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 – und damit auch aus der Optik des Rechtsanwenders, welcher die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen auf ihre konkrete sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat – noch knapp bestätigen. Bei nachvollziehbaren medizinischen Schlussfolgerungen und schlüssiger Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kann somit vollumfänglich auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden. Im Rahmen der allseitigen Neuprüfung des Rentenanspruchs bei gegebenem Revisionsgrund im Sinne einer gesundheitlichen Besserung ist eine Arbeitsfähigkeit von neu 70 % in der bisherigen Tätigkeit zu bestätigen.

E. 6.1

Die angefochtene Verfügung gibt im Übrigen keine Auskunft über die angewandte Methode der Invaliditätsbemessung. Gemäss Feststellungsblatt zum Vorbescheid vom 19. Juli 2017 wurde weiterhin von der gemischten Methode ausgegangen, wobei der Erwerbsanteil und Aufgabenbereich je mit 50 % gewichtet wurden (Urk. 7/189/4).

Die angefochtene Verfügung ist am 20. Oktober 2017 und somit vor dem Inkrafttreten der Verwaltungsänderung betreffend die Festlegung des Invaliditätsgrades von Teilzeitbeschäftigten am 1. Januar 2018 ergangen, weshalb die revidierten Bestimmungen noch nicht zur Anwendung gelangen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_462/2017 vom 30. Januar 2017 E. 5.3 mit Hinweisen).

E. 6.2

Der Invaliditätsgrad beim Einkommensvergleich stimmt mit der prozentualen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit überein, soweit die teilinvalide Person in der angestammten Beschäftigung bestmöglich eingegliedert ist resp. wäre. Vorliegend beträgt diese Einschränkung gemäss den vorstehenden Erwägungen 30 %. Gründe für einen leidensbedingten Abzug werden keine geltend gemacht und sind nicht – zusätzlich zur gutachtlich festgestellten Leistungseinschränkung von 30 % - ersichtlich (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_22/2014 vom 18. Februar 2014 E. 4.2 in Bezug auf kaufmännische Tätigkeiten in stressarmer Umgebung). Bei verbessertem Gesundheitszustand und angesichts des Alters der Kinder der Beschwerdeführerin kann zudem davon ausgegangen werden, dass

die Einschränkung im Haushalt, die im Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau auf 23 % festgelegt wurde, seither nicht zugenommen hat. Der Invaliditätsgrad beträgt somit für den 50%- Anteil der Erwerbstätigkeit (15 %) und im Aufgabenbereich (< 11,5 % %) zusammen weniger als 30 %.

E. 6.3

Es bleibt anzumerken, dass die Beschwerdeführerin gegenüber der Eingliederungsberaterin angab, sie würde heute mehr als 50 % arbeiten, wenn sie gesund wäre (Urk. 7/180/3). Dies ist mit Blick auf ihre Erwerbsbiographie vor dem Unfall (mehrjährige Vollzeitbeschäftigung) sowie die bereits im Unfallzeitpunkt geplante Lebensführung (Aufgabe des Arbeitspensums im kaufmännischen Bereich und Übernahme des elterlichen Bauernhofes, Aufgabe desselben aufgrund der Invalidität des Ehemannes,

Urk. 7/67/27 und 7/168/34), aber auch das Alters des jüngsten Kindes

durchaus plausibel. Indessen kann die Frage nach dem konkreten Arbeitspensum zwischen 50 und 100 % bzw. einem Statuswechsel offengelassen werden, zumal bereits durch die gesundheitliche Besserung ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG ausgewiesen ist und auch bei einem höheren Arbeitspensum kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert.

E. 7

Zusammenfassend ist also nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin nach Feststellung einer gesundheitlichen Verbesserung im MEDAS-Gutachten vom

26. August 2016 die Rente mit der angefochtenen Verfügung vom 20. Oktober 2017 – mithin unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist nach Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) und nach der Durchführung einer Eingliederungsmassnahme – auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats aufhob (vgl. Art. 88 bis

Abs. 2 lit. a IVV). Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

E. 8

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind auf Fr. 800.– festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 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 zugestellt. 3.

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

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

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

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

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