

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00619 vom 3. Dezember 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-12-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00619](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00619)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00619 du 3 décembre 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00619 del 3 dicembre 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

5. August 2013 , Urk. 8/ 156). Mit Verfügungen vom 1 5. Juni 2016 ( Urk. 8/209 und Urk. 8/230 -287 ) sprach die IV-Stelle der Versicherten ab 1. Oktober 2005 Renten in unterschiedlicher Höhe zu, zuletzt ab 1. Juni 2011 eine unbefristete Viertels rente.

Die Suva hatte der Versicherten m it Verfügung vom 1 2. August 2011 ( Urk. 8 /1

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invaliden versicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Rege lungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG) . Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente, 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).

#### **E. 1.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zu spre chung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Ren tenan spruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141V 9 E. 2.3, 134 V

131

E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesent li chen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypo the tischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V

198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beur teilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisions rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Ver gleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähig keit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang viel mehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in recht licher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bun desgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schluss folgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der Einstellung der Invaliden rente aus, gemäss neu eingeholtem Gutachten seien der Beschwerdeführerin leichte und gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende, rückergergonomische Tätigkeiten zumutbar . Berufliche Massnahmen seien abgebrochen worden, da es nicht gelungen sei, die gesetzten Ziele zu erreichen. Es resultiere kein rentenbe gründender Invaliditätsgrad ( Urk. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, es sei keine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten. Nach wie vor leide sie unter erheblichen Beschwerden in Schulter und Rücken ( Urk. 1 S. 8 ff ). Zudem leide sie an einer depressiven Störung und erlebe sie Trauer nach dem (fraglichen) Suizid ihres Stiefsohnes

(S. 12 ff.). 2.3

Vergleichszeitpunkt für eine Änderung des Gesundheitszustandes ist die ursprüngliche Rentenzusprache mit Verfügungen vom 15. Juni 2016 ( Urk. 8/209 und Urk. 8/230-287).

### **E. 3**

Chronischer Schulterschmerz links mit schmerzhaft eingeschränkter Schulterfunktion -  
Status nach Sturz und Schulterkontusion links -

Status nach offener Spornabtragung links Clavicula, AC-Resektion, offener  
Acromioplastik -

Status nach Untersuchung in Narkose, Schulterarthroskopie links, Débridement oberes  
Labrum, Bursectomie und Reacromioplastik -

Offene Défilée -Erweiterung und Acromion- Aufrichterosteotomie nach Resektion des  
AC-Gelenks, Doppelung der Supraspinatussehne und Längsspaltung derselben, Biceps  
-Tenotomie und Schlüssellochtenodese der langen Bicepssehne im Sulcus

intertubercularis und Footprint-Fixation des apicalen

Infraspinatussehnenansatzes

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter:

#### **E. 3.1**

Die Rentenzusprache vom 15. Juni 2016 ( Urk. 8/209 und Urk. 8/230-287) basierte auf  
dem Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 15. August 2013 ( Urk. 8/156 ). Die Ärzte stellten folgende  
Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 60 f.):

1. Mittelgradig depressive Episode ohne psychotische Symptome 2.

Lumbovertebralsyndrom mit rechtsbetonter ischialgiformer Schmerzsymptomatik beidseits  
mit beim Gehen vorwiegend bergab zunehmenden Bein schmerzen, vereinbar mit einer  
Claudicatio spinalis. Zusätzlich bestehen auch tendomyogen bedingte Beinschmerzen.  
Kernspintomografisch Nachweis einer deutlichen zentralen Spinalkanalstenose auf Höhe  
LWK 4/5

#### **E. 3.2**

Die Beschwerdegegnerin ging in der Folge von einer 60% igen Arbeitsfähigkeit in  
leidensangepasster Tätigkeit aus. Die Einschränkung aus psychischen Gründen  
berücksichtigte sie nicht unter dem Hinweis, dass psychosoziale Belastungsfaktoren  
vorlägen, welche das psychische Leiden ausgelöst hätten und unterhalten würden.  
Insgesamt könne nicht von einem langdauernden Gesundheitsschaden ausgegangen  
werden ( Urk. 8/209/5, Urk. 8/185 S. 8 f. und S. 12 f.). 4.

### **E. 4**

Sonstige somatoforme Störungen mit generalisiertem Schmerzsyndrom

#### **E. 4.1**

Die Ärzte der B.\_\_\_\_ stellten in ihrem Gutachten vom 30. September 2020 ( Urk. 8/343) zu  
Händen der Invalidenversicherung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die  
Arbeitsfähigkeit (S. 6): -

Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit fraglicher pseudoradikulärer Symptomatik

bei Zustand nach bilateraler erweiterter Fenestration L4/5, Recessotomie und Foraminotomie

sowie Nukleotomie von links zur Dekompression des Spinalkanals und der Wurzel L 5 beiderseits

am 06.09.2013 -

Chronisches Schulter-Arm-Syndrom links bei Zustand nach drei operativen Eingriffen mit offener Defilee-Erweiterung und

Akromion-Aufrichteosteotomie, Nachresektion des AC-Gelenkes, Doppelung der Supraspinatussehne

nach Längsspalten derselben, Bicepsstenotomie und Schlüsselloch-Tenodese der langen Bicepssehne im Sulcus

intertubercularis und Footprint-Fixation des apikalen Infraspinatussehnen - Ansatzes mit nachfolgenden Funktionseinschränkungen mit einem guten postoperativen

Ergebnis.

Unter dem Titel «mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» findet sich unter dem Hinweis « Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit » Folgendes: -

Deutliche Fehllhaltung der Wirbelsäule bei einem teilfixierten Rundrücken und Hohlkreuz mit

deutlicher muskulärer Dysbalance -

Beginnende Fersenspornbildung rechts -

Zustand nach Schlüsselbeinfraktur links 15.03.2002 mit knöcherner Konsolidierung -

Zustand nach zweimaliger Ganglion-Operation mit Nachoperation am Handgelenk links 2001 und

2003. -

Zustand nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma ohne nachfolgende strukturelle radiologische Veränderungen am 02.12.2011

Explizit als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte folgende Diagnosen: -

Adipositas Grad I (BMI 30.1) -

arterielle Hypertonie -

behandelt, tiefe Compliance -

gut eingestellt -

St. n. Hemithyreoidektomie links am 13.10.2010 -

keine Substitution nötig -

Euthyreose -

Presbyakusis beidseits aktenanamnestisch (Hörgeräte beidseits ) -

Persönlichkeitsakzentuierung Z73.1 (Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen von Belastungsreaktionen) -

Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen

Die Experten hielten fest, die Beschwerdeführerin sei in der Lage, leichte, teilweise auch mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu 12

kg in rückenschulgerechter Haltung, im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen zu verrichten. Vermieden werden sollten mittelschwere und schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten oberhalb von 12 kg, ausserhalb des Körperlotes, Vibrationen sowie Erschütterungen, ständiges Heben des linken Armes über Schulter- und Kopfhöhe sowie ruckartige Bewegungsmuster. Die Beschwerdeführerin sollte keiner Kälte, Nässe und Zugluft ausgesetzt werden. Die Experten führten sodann aus, die Angaben der Beschwerdeführerin zum aktuellen psychischen Aktivitätensniveau seien nicht real und fänden kein Korrelat im Zustandsbild, welches in der klinisch-psychiatrischen Untersuchung im psychischen Befund vorliege (S. 7).

In der angestammten Tätigkeit gingen die Gutachter von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % aus orthopädischen Gründen aus, in einer angepassten Tätigkeit attestierten sie ab 1. Juli 2020 eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die Einschränkungen begründeten sie vorwiegend aus orthopädischer Sicht unter Hinweis auf die verminderte Rücken- und Schulter-Arm-Belastbarkeit (S. 9).

#### **E. 4.2**

Die behandelnden Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Prof. Dr. phil. D.\_\_\_\_, Psychotherapeut ASP, diagnostizierten mit Bericht vom 6. Mai 2021 (Urk. 8/393) eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom, eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren.

Die Fachleute verwiesen auf seit August 2019 durchgeführte Gespräche, in denen eine starke Verminderung von Antrieb und Aktivität, eine gedrückte Stimmung, Schlaflosigkeit, Konzentrationsprobleme, Hoffnungslosigkeit (bei andauernden Schmerzen) sowie Trauer- und Schuldgefühle nach dem Tod ihres (Stief-)Sohnes im November 2018 festgestellt worden seien. Weiter bestünden eine Migrations- und Integrationsproblematik, ein sozialer Rückzug sowie ein Werteverlust durch Arbeitsverlust. Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 80 bis 100 % . 5.

#### **E. 5**

Occipital betonte Kopfschmerzen von drückendem Charakter, vereinbar mit cervikogenen Kopfschmerzen

#### **E. 5.1**

Die Beschwerdegegnerin thematisierte in ihrer renteneinstellenden Verfügung vom 17. September 2021 (Urk. 2) die Veränderung des Gesundheitszustandes nicht. Dies, obwohl vorliegend die Frage nach dem aktuellen Gesundheitszustand lediglich einen Teilaspekt darstellt und die Frage im Vordergrund steht, ob und falls ja, welche Veränderungen sich

ergeben haben.

### **E. 5.2**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich vorweg auf das neu eingeholte Gutachten ab. Die Experten verwiesen zur relevanten Frage der Veränderung des Gesundheitszustandes auf den operativen Eingriff an der LWS im Jahr 2013 und die operativen Eingriffe am Schultergelenk ( 2006, 2007, 20

### **E. 5.3**

Angesichts dieser Angaben ist augenfällig, dass sich seit dem Referenzzeitpunkt am 15. Juni 2016 jedenfalls bis 30. Juni 2020 keine Veränderung in somatischer Hinsicht ergeben hat. Die Gutachter schlossen aus der (aus ihrer Sicht) geglückten Rückenoperation auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepasster Tätigkeit nach der Nachbehandlung per 1. Februar 2014. Die dargelegte Verbesserung bezieht sich indes auf die letzte Begutachtung im A.\_\_\_\_ (Expertise vom 15. August 2013), welche vor der fraglichen Rückenoperation stattgefunden hatte. Dass die Beschwerdegegnerin hernach fast drei Jahre mit ihrem Verfügungserlass zuwartete und die medizinischen Abklärungen allenfalls nicht mehr ganz aktuell waren, ändert an den rechtlichen Grundsätzen zum Referenzzeitpunkt nichts. Seit 15. Juni 2016 ist (bis 30. Juni 2020) nach der expliziten Aussage der B.\_\_\_\_-Gutachter keine Verbesserung eingetreten.

Zudem ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdegegnerin seinerzeit aus der LWS-Operation gar nicht auf eine Verbesserung schloss, passte sie doch die Rentenhöhe per 2011 an auf eine Viertelsrente. Angesichts der damaligen Aktenlage mit zuletzt Attestierung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit mit 20%iger Leistungsminderung (Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Assistenzarzt, G.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, vom 1. August 2014,

Urk. 8/179/6-9 S. 4) ist die Annahme einer 60%igen Arbeitsfähigkeit - wie es die Beschwerdeführerin bei der Zusprache der unbefristeten Viertelsrente tat - (Urk. 8/185/14) wohl mathematisch nicht

ganz korrekt, indessen ging die Beschwerdegegnerin bei der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahr 2016 von einem seit 2011 unveränderten Zustand aus und erkannte gar nicht auf eine Verbesserung durch die LWS-Operation.

### **E. 5.4.1**

Die von den Gutachtern der B.\_\_\_\_ thematisierte Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 80 % auf 100 % in einer angepassten Tätigkeit per 1. Juli 2020 wurde nicht begründet. Der Orthopäde verwies vorweg auf das MRI der LWS vom 8. Juli 2020 und schilderte die Resultate wie folgt (Urk. 8/343/88): « Im Vergleich mit dem lumbalen MRI vom 10. Oktober 2019 ähnliches Ausmass der degenerativen Veränderungen der LWS bei anlagebedingt engem Spinalkanal. Hierbei gleichbleibend Spinalkanalstenose der Höhe LWS 2/3 mit aufgebrauchtem zentralen wie rezessalen Subarachnoidalraum. Bei breitbasiger Bandscheibenvorwölbung der Höhen LWK 3/4 u. LWK 4/5 ist der Subarachnoidalraum zentral wie rezessal

eingengt, jedoch nicht aufgebraucht. In beiden Höhen Kontakt von Bandscheibengewebe auf diskalem Niveau zum Verlust der L3 und L4 im Intervertebralkanal. In der Höhe LWK 5/1 rezessal Kontakt zur S1 bei Bandscheiben vorwölbung, keine Inpression. Multisegmentale Facettarthrose, betont links der Höhe LWK 5/1, aktiviert., ISG ohne

wesentliche arthrotische Apposition oder Belastungsödem.»

Der Gutachter kommentierte, die radiologische Untersuchung bestätige die degenerativen und anlagebedingten Veränderungen mit möglichem Kontakt zu den Nervenwurzeln ohne Kompression. Ein Teil der funktionellen Einschränkungen und Minderungen der Belastbarkeit sei nachvollziehbar. Durch den operativen Eingriff mit Entlastung der Nervenwurzeln und der Spinalkanalstenose sei ein besserer Befund objektivierbar.

#### **E. 5.4.2**

Aus dieser Befundschilderung samt Kommentierung lässt sich kein verbesserter Gesundheitszustand seit 2016 herleiten und schon gar nicht seit der ersten Hälfte des Jahres 2020 (bei geschilderter Steigerung der Arbeitsfähigkeit ab 1. Juli 2020). Bereits auf den MRI-Bildern der LWS vom 15. Januar 2014 hatte sich ein regelrechter und ordentlich dekomprimierter Zustand auf Höhe L4/5 gezeigt. Es gab keine neuen Pathologien im Sinne von Diskusherniationen, Nachblutungen oder stärkerer Vernarbung (Urk. 8/177/2).

Die neuen Bilder aus dem Jahr 2020 zeigen keine Verbesserung und der Gutachter beschrieb dies denn auch gar nicht. Im Gegenteil ging er von einer verbesserten Situation im Nachgang zur LWS-Operation aus, was vorliegend

aber wie dargelegt nicht genügt.

#### **E. 5.5.1**

Auch in Bezug auf die Schulterproblematik zeigt sich keine Verbesserung und die Gutachter schilderten Solches auch gar nicht.

Die damalige Befunderhebung durch den untersuchenden Arzt der A.\_\_\_\_ ergab eine deutlich herabgesetzte aktive und passive Beweglichkeit der linken Schulter mit Werten von 80-0-20° (Abduktion/Adduktion), 100-0-80° respektive 40-0-30° (Innen-Aussenrotation passiv respektive aktiv), 70-0-30° respektive 50-0-10° (Vorwärtselevation-Extension passiv respektive aktiv), wobei die Beschwerdeführerin bei der Funktionsprüfung oftmals laut geschrien habe (Urk. 8/156/55). Der Gutachter schilderte sodann ein auffallendes Ausmass der Schmerzangaben im Sinne eines generalisierten Schmerzsyndroms. Als objektivierbare klinische sowie bildgebende Veränderungen schilderte er eine schmerzhaft eingeschränkte passive und aktive Beweglichkeit der linken Schulter mit einer beginnenden Atrophie der Deltoideus-Muskulatur und einer diffusen Druckempfindlichkeit der linken Schulter. Beim Aus- und Ankleiden sei die linke obere Extremität nicht eingesetzt worden (Urk. 8/156/57-58).

Anlässlich der neusten Begutachtung durch die B.\_\_\_\_ wurden keine Beweglichkeitsmessungen durchgeführt. Der Experte führte zur Befunderhebung der Schulter

links aus, die Operationsnarbe von ca. 10 cm Länge sei reizlos und auf der Unterlage relativ gut verschieblich. Aktiv zeige die Beschwerdeführerin unter erheblichen Schmerzangaben und Stöhnen eine deutliche Einschränkung der Seitbewegung, eine relativ deutliche Einschränkung in der Aussendrehung und Rückwärtsführung. Sie sei nicht in der Lage, den Arm über die Horizontale zu heben. Das Gelenkspiel sei nur minimal reduziert. Es zeige sich kein Springen, passiv könne bei Ablenkung und mit vorsichtiger Ausübung eine weitgehend freie Funktion im

linken Schultergelenk ohne harten Anschlag erreicht werden. Hierbei würden teilweise gar keine Beschwerden geäußert. Beide Eckgelenke seien druckunempfindlich. Das Relief im linken Gelenk sei ganz gering vermindert. Das Spiel sei reduziert. Beide Sternoclavikulargelenke seien schmerzfrei, sie zeigten keine Stufe oder Entzündungszeichen (Urk. 8/343/86).

### **E. 5.5.2**

Der Vergleich dieser Schilderungen lässt höchstens auf minimale Veränderungen schließen. Der Beschwerdeführerin war es im Jahr 2013 noch möglich, den Arm nach aussen bis 80° zu heben, nach vorne nur bis 50° (aktiv) respektive 70° (passiv). Neu wurde nun ein Heben über die Horizontale und damit über 90° als nicht möglich beschrieben, wobei unklar bleibt, ob die Bewegung nach aussen oder nach vorne untersucht wurde. Ob mit «Horizontalen» tatsächlich der exakte Winkel von 90° gemeint war oder dies nicht vielmehr einer approximativen Schätzung entsprach, ist fraglich und damit auch, ob diesbezüglich überhaupt eine Veränderung eingetreten ist.

Die übrigen Angaben zur Schulterbeweglichkeit ergeben auch keine eindrucksvollen Veränderungen: Das Gelenkspiel ist aktuell minimal reduziert; dass dieses früher stärker eingeschränkt war, ergibt sich nicht aus den Akten. Aus dem Umstand, dass früher eine schmerzhaft eingeschränkte passive und aktive Beweglichkeit der linken Schulter vorlag, kann jedenfalls nicht auf eine Verbesserung des Gelenkspiels geschlossen werden. Denn auch aktuell klagte die Beschwerdeführerin über Bewegungsschmerzen und eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit.

### **E. 5.5.3**

In Bezug auf die bildgebenden Untersuchungsergebnisse ergibt sich, dass die aktuellen MR-Bilder der linken Schulter weitgehend regelrechte postoperative Verhältnisse mit leicht alterierter ansatznaher Supraspinatussehne ohne Hinweise auf eine relevante Läsion der Rotatorenmanschette, weitgehend regelrechte Verhältnisse nach AC-Gelenk-Resektion ohne Hinweise auf eine retraktile Kapsulitis (Urk. 8/343/88)

zeigten. Dies unterscheidet sich nicht wesentlich von den älteren Bildern. Im Gutachten vom Jahr 2013 wurde auf Bilder aus dem Jahr 2011 verwiesen, auf welchen ein Fadenanker und eine Schraubenosteosynthese zu sehen waren (welches Material 2012 entfernt wurde), die Strukturen waren sonst unauffällig (Urk. 8/156/56). Damit ist eine Verbesserung nicht rechtsgenügend erstellt.

### **E. 5.6.1**

In psychiatrischer Hinsicht ergibt sich Folgendes: Im Vergleichszeitpunkt 2016 ergab sich die Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes aufgrund der Begutachtung der A.\_\_\_\_, in der eine mittelgradig depressive Episode ohne psychiatrische Symptome diagnostiziert und auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % geschlossen wurde (E. 3.1). Hierauf stellte die Beschwerdeführerin indes nicht ab, da sie nicht von einem langdauernden Gesundheitsschaden ausging (E. 3.3).

Aktuell verneinte der zuständige Psychiater im Gutachten der B.\_\_\_\_ einen Gesundheitsschaden. Er führte aus (Urk. 8/343/5), im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine ungewöhnlich ausgeweitete und zum Teil auch widersprüchliche Symptomkonstellation beschrieben.

Auf psychiatrischem Gebiet seien nicht zusammengehörige Krankheitszeichen berichtet worden, welche am

meisten einer fehlgeleiteten Vorstellung der Beschwerdeführerin von einem gültigen psychiatrischen Zustandsbild

entsprechen dürften.

Bei der Beschwerdeführerin seien jedoch zusätzlich soziokulturell geprägte und überrationalistisch orientierte

Erklärungs- und Handlungsmuster anzunehmen, aber auch kulturell geprägte Vorstellungen und

Reaktionen auf bestimmte Lebenslagen, in denen der eigene Körper das wichtigste Reaktionsmittel

darstelle.

Bei der Beschwerdeführerin sei von einem Vermeidungsverhalten, von einem Wunsch nach Entlastung,

möglicherweise auch von materieller Entschädigung auszugehen.

Das seit vielen Jahren konsequent durchgehaltene Verhalten, welches die Beschwerdeführerin auf verschiedene

Ursachen zurückgeführt und die Begründungen dafür teilweise auch gewechselt habe, habe sich erst später auch

auf das psychische Gebiet verlagert. Dies bezeugten die sehr spärlichen psychiatrischen Berichte der Aktenlage, die sich auch noch überwiegend mit somatischen Beschwerden beschäftigten.

Speziell aber die Angaben in der Aktenlage zu einem psychotischen Zustandsbild, wegen dem die Beschwerdeführerin ein Antipsychotikum erhalten (in ihrem Fall nicht lege artis verordnet), von ihr selbst

anamnestisch aber nicht bestätigt werden können; bei der gezielten und strukturierten Anamnese diesbezüglich sei die Beschwerdeführerin auf allgemeine Aussagen und unspezifische Beschwerden ausgewichen.

Bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin nicht depressiv gewirkt. Sie habe einen

selbstbewussten, durchsetzungsfähigen und zielbewussten Eindruck gemacht. Kognitive Defizite hätten nicht vorgelegen. Die geschilderten Phänomene der wahnhaft-halluzinatorischen Erlebnisse ließen sich diagnostisch nicht

einordnen.

Bei der Beschwerdeführerin bestehe kein Hinweis für das Vorliegen einer psychotischen Erkrankung. Dieser

gründlicherweise auf psychopathologische Symptome.

Auch die Intention der Beschwerdeführerin, eine komplette Inaktivität im Alltagsleben darzustellen, könne psychiatrisch nicht nachvollzogen werden, da diese mit keinem

psychiatrisch definierten Zustands bild

korrelier e , welches einerseits keinerlei Aktivit ä ten mehr erlaube, andererseits aber erkl ä rende

pathologische Auff ä lligkeiten vollst ä ndig vermissen la sse.

Auch die Pers ö nlichkeit der Beschwerdeführerin und der Eindruck, den sie in der psy chiatrischen Untersuchung

insgesamt hinterl a ss en habe , k ö nn e keine Erkl ä rung f ü r ein en derart dysfunktionale n Zustand liefern, welche r trotz

einer weitgehend intakten Pers ö nlichkeit die Beschwerdeführerin zu einer v ö llig Inaktivität

habe zwingen können.

### **E. 5.6.2**

Aufgrund dieser Darlegungen des psychiatrischen Gutachters ergibt sich keine Veränderung des Gesundheitszustandes. Im Vergleichszeitpunkt gingen die damaligen Gutachter wohl noch von einer mittelgradigen depressiven Episode ohne psychotische Symptome aus und attestierten eine 50%ige Arbeitsunfähig keit aus psychischen Gründen. Die Beschwerdegegnerin ging in der Folge aber nicht von einem langdauernden Gesundheitsschaden aus und legte ihrer Renten verfügung keine psychisch bedingte Einschränkung zu Grunde. Damit ist diesbe züglich keine rententangierende Änderung erkennbar.

### **E. 5.6.3**

Vergleicht man die abweichende n

Äusserungen der seit August 2019 behandelnden Fachleute Dr. C.\_\_\_\_ und Prof. Dr. phil. D.\_\_\_\_ mit den früheren Befunden , ergibt sich Folgendes:

Ursprünglich wurde die Beschwerdeführerin als freudlos, antriebsvermindert und stark affektlabil geschildert . Die Gutachter führten aus, s ie sei übersensibel , lärmempfindlich , ziehe sich mehrheitlich zurück, trau e sich nicht mehr einen

adäqua ten Lebensvollzug zu führen, unter anderem wegen den chronifizierten

Schmer zen, die sich unterdessen auch deutlich ausweite te n. Die Beschwerde - führerin leide

nicht nur unter den Schulterschmerzen links, sondern auch

unter Rückenschmer zen, unterdessen ausstrahlend in beide Beine. Nach einem

Schleudertrauma-Un fall im Dezember 2012 sei es auch zu Nacken- und Kopfschmerzen gekommen und linksseitenbetonten Schmerzen, wobei sich unterdessen die

Schmerzen auch in die rechte Seite, auch in die rechte Schulter ausgeweitet hätten .

Eine gewisse Somatisierungsneigung im Sinne von sonstigen somatoformen Störungen sei zusätzlich anzunehmen, die durchaus auch Ausdruck der schwierigen

psychoso zialen Umstände sein dürften. Eine eigentliche somatoforme Schmerzstörung

könne jedoch nicht angenommen werden, da ein Grossteil der Beschwerden der Beschwerdeführerin einen gewichtigen organischen Kern hätte und nicht nur psychosomatisch

überlagert sei ( Urk. 8/156/62) .

Aktuell zeigt sich keine wesentlich veränderte Befundlage, wurde jedoch identische oder jedenfalls ähnliche Feststellung getätigt. Die Fachleute berichteten ebenfalls von einer Verminderung von Antrieb und Aktivität, einer gedrückten Stimmung, dazu von Schlaflosigkeit, Konzentrationsproblemen, Hoffnungslosigkeit angesichts der Schmerzen. Neu hinzu kam die Thematik rund um den Tod ihres Stiefsohnes; sie machte sich Gedanken, ob/wie sie dieses Unglück hätte verhindern können. Die Fachleute verwiesen sodann auf die bekannte Migrations- und Integrationsproblematik ( Urk. 8/393/1). Damit zeigt sich in etwa der gleiche psychopathologische Befund wie anlässlich der ursprünglichen Renten zusprache .

Soweit Dr. C.\_\_\_\_ und Prof. Dr. phil. D.\_\_\_\_ ohne Herleitung und ohne Auseinandersetzung mit den Diagnosekriterien eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostizierten, entkräftete RAD- Ärztin

Dr. H.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, dies einleuchtend ( fehlendes Eingangskriterium, Urk. 8/400/5). Weiterungen hierzu erübrigen sich.

#### **E. 5.7**

Zusammenfassend ergibt sich, dass sich seit der Rentenzusprache am 15. Juni 2016 bis zum Erlass der nun strittigen Verfügung am 17. September 2021 keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ergeben hat. Die linke Schulter ist nach wie vor pathologisch, die LWS-Beschwerden sind im Wesentlichen unverändert und auch die psychischen Verhaltensweisen sind gleichgeblieben. Das veränderte Attest der Arbeitsfähigkeit ist als abweichende Einschätzung des gleichgebliebenen Sachverhaltes zu taxieren, was revisionsrechtlich ohne Belang bleibt. Dass der Beschwerdeführerin bereits bei ursprünglichem Verfügungserlass 2016 allenfalls ein höheres Arbeitspensum zumutbar gewesen wäre, bleibt ohne Relevanz.

Damit besteht für eine Rentenrevision keine Grundlage, weshalb die rentenaufhebende Verfügung vom 17. September 2021 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben ist mit der Feststellung, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat. 6.

Die Gerichtskosten gemäss

Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen .

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche in Anwendung von § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) auf Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist.

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird dadurch gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 17. September 2021 aufgehoben und es wird festgelegt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

## **E. 6**

Cervicocephales Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsion ( 2. Dezember 2011) -

HWS klinisch unauffällig

## **E. 7**

Status nach zweimaliger Ganglionoperation linkes Handgelenk

## **E. 8**

Status nach Teilstrumectomie

## **E. 09**

nebst Osteosynthese materialentfernung 2012), wodurch sich eine Veränderung ergeben habe durch die Freilegung des Spinalkanals und das jetzt nachgewiesene optimale postoperative Ergebnis im Schultergelenk. Die Bewertung der Arbeitsfähigkeit werde vorrangig durch die orthopädischen Gesundheitsstörungen bestimmt ( Urk. 8/343/10). Der zuständige Orthopäde ergänzte seinerseits die Arbeitsfähigkeitsgrade im zeitlichen Verlauf in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit wie folgt: 80 % Arbeitsunfähigkeit ab 1. September bis 30. August 2010, 100 % Arbeitsunfähigkeit vom 1. September 2013 bis 31. Januar 2014 (Wirbelsäulen-Operation mit Nachbehandlung), 80 % Arbeitsfähigkeit ab 1. Februar 2014

bis 30. Juni 2020, ab 1. Juli 2020 100 % Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urk. 8/343/95-96).

## **E. 9**

### Arterielle Hypertonie

Die Experten kamen gesamtmedizinisch zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit seit Februar 2004 eine 100% - ige Arbeitsunfähigkeit besteht. In einer adaptierten Tätigkeit gingen sie ab September 2010 - unter Verweis auf ein von der Suva eingeholtes Gutachten - von einer 80%igen und ab dem 24. Mai 2011 (MRI-Befund der LWS) von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit aus. Aus psychischen Gründen bestehe ab März 2013 nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 64).

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