

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00465 vom 5. April 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-04-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00465](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00465)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00465 du 5 avril 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00465 del 5 aprile 2012

## Erwägungen

### E. 4

4.1 Die ursprüngliche Rentenzusprache vom 28. August 2000 (Urk. 8/16/1) stützte sich in rheumatologischer Hinsicht auf die folgenden medizinischen Unterlagen:

In ihrem Bericht vom 11. Januar 2000 stellten Dr. med. E.\_\_\_\_, Chefarzt Rheumatologie, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Assistenzarzt, O.\_\_\_\_ Klinik, folgende Diagnosen (Urk. 8/9/15 oben):

- chronisches zervikospondylogenes und intermittierend zervikozephalisches Schmerzsyndrom beidseits sowie Schmerzsyndrom am zervikothorakalen Übergang
- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 1. März 1998 (Heckkollision)
- kleine mediolaterale Diskushernie C6/7 rechts ohne Myelonkompression, leichte Spondylarthrose C7/Th1 (MRI der HWS vom 10. August 1998); konventionell-radiologisch beginnende Spondylarthrose auch C3/4
- segmentale Dysfunktion C2/3 beidseits, Dysbalance von Nacken- und Schultergürtelmuskulatur
- Rehaklinik Rheinfelden 15. Juni bis 17. Juli 1999: Zustandsverbesserung, 50 % Arbeitsunfähigkeit weiterhin bei eventueller Möglichkeit der Steigerung
- vertrauensärztliche Untersuchung Dr. P.\_\_\_\_, 7. Juni 1999: Vorschlag zu wirbelsulenthopdischem Konsil (Dr. Q.\_\_\_\_, 17. November 1999: keine Operationsindikation)

Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 8/9/16 oben). In ihrem Bericht vom 14. Januar 2000 wiederholten sie im Wesentlichen die Ausführungen des Berichts vom 11. Januar 2000 (vgl. Urk. 8/5/4-8).

### E. 4.2.1

Anlässlich der im September 2002 eingeleiteten Rentenrevision (Urk. 8/24), welche mit rechtskräftig gewordenem Einspracheentscheid vom 3. September 2003 endete, lag in rheumatologischer Hinsicht das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_, Leitender Arzt, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberassistent, I.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 27. Dezember 2001 (Urk. 8/30/15-31) und der Arztbericht von Prof. Dr. J.\_\_\_\_, Klinikdirektor, und Dr. med. K.\_\_\_\_, Assistenzarzt, I.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin (Urk. 8/32/5-8), vor.

4.2.2 In ihrem Gutachten vom 27. Dezember 2001 stellten Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_, I.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, folgende Diagnosen (Urk.

8/30/26):

- cervicovertebrales Syndrom mit intermittierend spondylogener Ausstrahlung bei
- degenerativen Veränderungen (leichte Osteochondrose C5/6, kleine mediolaterale Diskushernie C6/7 rechts ohne Myelonkompression [MRI 1998], Spondylarthrose C3/4, C7/Th1 beidseits)
- Fehlform thorakal (leichte rechtskonvexe Torsionsskoliose, Hyperkyphose der oberen Brustwirbelsäule [BWS] bei Status nach Morbus Scheuermann)
- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 28. Februar / 1. März 1998

Dr. G. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ führten weiter aus, dass aufgrund ihrer Befunde Limitierungen im Heben und Tragen von mittelschweren bis schweren Gewichten sowie Einschränkungen bei monotonstatischen Belastungen wie längeren vorbergeneigten Haltungen sowie Tätigkeiten mit längeren sitzenden Positionen resultierten. Eine leichte Tätigkeit mit Möglichkeit der Wechselbelastung und Wechselpositionierung sei der Beschwerdeführerin zu 50 % zumutbar. Allerdings sei aufgrund der bisher noch nie durchgeführten konsequenten aktiven Physiotherapie mit muskulärer Kräftigung der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur noch nicht ein Endzustand erreicht; daher würden Dr. G. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ eine aktive Physiotherapie entweder im ambulanten Rahmen, dreimal pro Woche über zwei bis drei Monate mit anschliessender Trainingstherapie über weitere drei bis sechs Monate, oder eine stationäre Therapie in einer Rehaklinik für drei bis vier Wochen empfehlen; ferner sei nach durchgeführter Therapie eine weitere gutachterliche Reevaluation durchzuführen (Urk. 8/30/27 Mitte).

4.2.3. Mit Bericht vom 3. Oktober 2002 hielten Prof. Dr. J. \_\_\_ und Dr. K. \_\_\_, I. \_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, wo die Beschwerdeführerin vom 10 bis 27. September 2002 behandelt wurde, bei unveränderter Diagnose fest, die objektiven Befunde hätten sich gegen Ende der Hospitalisation verbessert (praktisch uneingeschränkte HWS-Rotation rechts, um 1/3 eingeschränkte Rotation links, deutlich reduzierter Muskeltonus). Auf Wunsch der Beschwerdeführerin sei die stationäre Physiotherapie am 27. September 2002 abgeschlossen worden (Urk. 8/32/5 unten). Das CT der HWS vom 23. September 2002 habe ausgeprägte degenerative Veränderungen der HWS mit Osteochondrose C5/6 und eine ausgeprägte Spondylarthrose C3/4 und C6/7, weniger C5/6 und C7/Th1, links grösser als rechts, gezeigt (Urk. 8/32/8 oben). Dr. J. \_\_\_ und Dr. K. \_\_\_ attestierten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit (Urk. 8/32/6 oben).

## E. 5

5.1. In Nachachtung des Urteils des hiesigen Gerichts vom 26. Mai 2009 holte die Beschwerdegegnerin ein rheumatologisches Gutachten bei Dr. A. \_\_\_ ein.

5.2. Am 27. April 2010 erstattete Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH A. \_\_\_, Innere Medizin FMH spez. Rheumaerkrankungen, ihr Gutachten (Urk. 8/116) und nannte lediglich folgende rheumatologischen Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 48 Ziff. 7):

- Nikotinabusus
- Fibromyalgie-Syndrom

- cervikalbetont mit mÄssiger Osteochondrose im Segment C5/C6 mit mÄssigen ventralen Spondylophyten auf dieser HÄlle ohne wesentliche neurale Kompressionen
- angedeutete Bandscheibenprotrusionen der Segmente L4/L5 und L5/S1 ohne wesentliche neurale Kompressionen
- Status nach HWS-Distorsionstrauma
- leichte, vorwiegend sensible symmetrische Polyneuropathie unklarer Aetiologie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachterin fÄhrte aus, wegen verbaler Abwehr und Gegenspannung der krÄftigen Nackenmuskulatur der BeschwerdefÄhrerin sei eine Äbliche Untersuchung der Beweglichkeit nicht mÄglich gewesen. Unter Ablenkung habe die Beschwerdegegnerin eine normale HWS-Beweglichkeit gezeigt. Ihr Muskeltonus sei palpatorisch Äberall normal. In der CT-Untersuchung der HWS vom 11. MÄrz 2010 finde sich eine mÄssige Osteochondrose im Segment C5/C6 mit mÄssigen ventralen Spondylophyten auf dieser HÄlle. Dieser Befund stimme weitgehend mit den Befunden der MRI-Untersuchung der HWS vom 10. August 1998 Äberein. VÄllig diskrepanz zu diesen beiden Untersuchungen sei die CT-Untersuchung der HWS vom 23. September 2002, die ausgeprÄgte degenerative VerÄnderungen im Sinne einer Osteochondrosis intervertebralis, einer Spondylosis deformans von C5/C6 und degenerativen VerÄnderungen der kleinen Zwischenwirbelgelenke mit punctum maximum auf HÄlle C3/C4 und C6/7 zeige. Da im normalen klinischen Verlauf eine weitgehende Resorption fortgeschrittener degenerativer VerÄnderungen der WirbelsÄule kaum vorkomme, kÄnnte es sich bei der CT-Untersuchung vom 23. September 2002 um eine Verwechslung mit einem anderen Patienten handeln (S. 49 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachterin attestierte der BeschwerdefÄhrerin in ihrer angestammten TÄtigkeit als Koordinatorin sowie auch in einer adaptierten TÄtigkeit eine 100%ige ArbeitsfÄhigkeit und hielt fest, dass aus rheumatologischer Sicht die BeschwerdefÄhrerin nie langandauernd arbeitsunfÄhig gewesen sei (S. 50 Ziff. 9). Zu der frÄheren medizinischen EinschÄtzung von Dr. G. \_\_\_ vom 11. November 2002 Äusserte die Gutachterin sich dahingehend, dass unter BerÄcksichtigung der aktuell gÄltigen Richtlinien die BeschwerdefÄhrerin nie langandauernd arbeitsunfÄhig gewesen sei und ihre Beurteilung im Wesentlichen mit der EinschÄtzung des Z. \_\_\_ vom 7. Januar 2008 Äbereinstimme (S. 51 Ziff. 10.5).

5.3 Ä Ä Ä Ä Vom 21. bis 22. April 2010 fÄhrte das L. \_\_\_ Zentrum auf Zuweisung von Dr. A. \_\_\_ eine Evaluation der funktionellen LeistungsfÄhigkeit (EFL) durch und erstattete am 28. April 2010 ihren Bericht (Urk. 8/117).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Darin stellten Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt Rheumatologie, und R. \_\_\_, Therapeutin Ergonomie, fest, die beobachtete LeistungsfÄhigkeit der BeschwerdefÄhrerin entspreche einer leichten Arbeit und die Anforderungen fÄr die TÄtigkeit als Datenbankkoordinatorin und Projektleiterin wÄrden von der BeschwerdefÄhrerin erfÄllt, weshalb diese TÄtigkeit zumutbar sei. Gewichte bis maximal 10 kg seien ihr insgesamt bis zirka eine halbe Stunde zumutbar, fÄr lÄngere Dauer (3-6 Stunden) lÄngen die Gewichte bei 2.5-5 kg. Es bestehe ein spezielles Leistungsdefizit bezÄglich vorgeneigt stehen und Arbeiten Äber SchulterhÄlle (S. 1 unten). Insgesamt sei der BeschwerdefÄhrerin eine ganztÄgige Arbeit (8.4 h pro Tag) fÄr die angestammte TÄtigkeit wie auch fÄr andere berufliche TÄtigkeiten mit

Einschränkungen möglich. Die Beschwerdeführerin sei mit den genannten Beurteilungen teilweise einverstanden und es werde empfohlen, eine Arbeitsstelle zu suchen (S. 2 oben).

## E. 6

6.1 Die ursprüngliche Rentenzusprache (Verfügung vom 28. August 2000, Urk. 8/16/1), welcher mit Einspracheentscheid vom 3. September 2003 (Urk. 8/51) seine Bestätigung fand, erfolgte aufgrund der rheumatologischen Berichte von Dr. E. und Dr. F. (vorstehend E. 4.1) sowie gestützt auf das Gutachten von Dr. G. und Dr. H. (vorstehend E. 4.2.2) sowie auf den Bericht von Prof. Dr. J. und Dr. K. (vorstehend E. 4.2.3). Damals wurde ein chronisches zervikospondylogenes und zervikozepales Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 1. März 1998 diagnostiziert. Dabei wurde die Arbeitsfähigkeit auf maximal 50 % beziffert.

6.2 Das von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens eingeholte Gutachten von Dr. A. (vorstehend E. 5.2) ist für die streitigen Belange umfassend, nimmt es doch differenziert Stellung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Sodann beruht es auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, so dass darauf abzustellen ist (vgl. E. 1.5).

6.3 Dr. A. erhob gestützt auf ihre klinischen Befunde und auf eine - in Nachachtung des Rückweisungsurteils des hiesigen Gerichts vom 26. Mai 2009 (Urk. 8/101 E. 6.5) - veranlasste aktuelle bildgebende Untersuchung (CT der LWS vom 26. März 2010 und CT der HWS vom 11. März 2010, Urk. 8/116/59-60) sowie aufgrund der veranlassten EFL keine rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die nicht restlos erklärbare Diskrepanz des aktuellen CT-Ergebnisses zur CT-Untersuchung vom 23. September 2002 schadet hierbei nicht, da sich Dr. A. in ihrer fachärztlichen Beurteilung auf das aktuelle und relevante CT vom 11. März 2010 und ihre erhobenen klinischen Befunde stützte. Die Richtigkeit der aktuellen Bildgebung zeigt sich zudem auch darin, dass die Ergebnisse mit dem MRI vom August 1998 übereinstimmen. Aus diesen Gründen ergibt sich auch das Einholen eines Obergutachtens, wie das die Beschwerdeführerin eventualiter beantragt hatte (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 2).

Da die Beschwerdeführerin in der Untersuchungssituation mit verbaler Abwehr und Gegenspannung der kräftigen Nackenmuskulatur eine übliche Untersuchung der Beweglichkeit der HWS blockierte, bei Ablenkung jedoch eine normale HWS-Beweglichkeit zeigte, schloss die Gutachterin zu Recht auf eine funktionsfähige Halswirbelsäule und damit auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes (vgl. vorn E. 5.2). Zwar hielten bereits Prof. Dr. J. und Dr. K. am 3. Oktober 2002 anlässlich der ersten Rentenrevision fest, dass sich bei unveränderter Diagnose die objektiven Befunde (praktisch uneingeschränkte HWS-Rotation rechts, um 1/3 eingeschränkte Rotation links) verbessert hätten (vgl. vorn E. 4.2.3), belassen aber die attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit, was zwar fraglich, aber nicht zweifellos falsch gewesen war. Mit der neuerlichen Begutachtung durch Dr. A. ist jedoch erstellt, dass sich bei der Beschwerdeführerin nunmehr eine normale HWS-Beweglichkeit eingestellt hat, weshalb

von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin auszugehen ist.

6.4. Darüber hinaus ist neben einer gesundheitlichen Verbesserung die Rente auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Zudem ist invalidenversicherungsrechtlich einzig erheblich, ob und in welchem Mass eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit - und zwar unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie - ausgewiesen ist (Urteil des Bundesgerichts I 817/05 vom 5. Februar 2007 E. 7.2.2 mit Hinweisen). Sowohl das Gutachten von Dr. A. \_\_\_ wie auch die durchgeführte EFL gehen übereinstimmend davon aus, dass die Beschwerdeführerin sowohl in angestammter wie auch in einer adaptierten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist, was gegenüber der ursprünglich attestierten 50%igen Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 4.1 und E. 4.2.3) zweifellos eine Verbesserung darstellt.

6.5. Soweit Dr. A. \_\_\_ ein Fibromyalgie-Syndrom diagnostizierte (Urk. 8/116 S. 48 Ziff. 7.2), gilt festzuhalten, dass diese Diagnose erstmals gestellt wurde und zwar ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, weshalb es auch nicht nötig ist, dass sich Dr. A. \_\_\_ zur Überwindbarkeit äussert. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 12 Ziff. 5) erübrigen sich hierzu weitere Abklärungen.

6.6. Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aufgrund der aus rheumatologischer Sicht eingetretenen gesundheitlichen Verbesserung seit der letzten Rentenrevision respektive seit Zusprache der halben Invalidenrente in erheblicher Weise verbessert hat und nunmehr eine vollständige Arbeitsfähigkeit vorliegt.

## E. 7

7.1. Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich (Urk. 2 S. 3 unten) wird von der Beschwerdeführerin betreffend Höhe des Valideneinkommens und des Leidensabzugs beanstandet (Urk. 1 S. 10 Ziff. 4).

### E. 7.2

7.2.1. Ausgehend von den Angaben des ehemaligen Arbeitgebers der Beschwerdeführerin errechnete die Beschwerdegegnerin im Jahr 2000 ein Einkommen von Fr. 85'930.-- und ermittelte unter Anpassung an die Nominallohnentwicklung ein für das Jahr 2008 massgebendes Valideneinkommen von Fr. 98'037.-- (Urk. 2 S. 3 unten, Urk. 8/132).

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, es sei die Berufskarriere und die hier ausserordentliche Lohnentwicklung bis zum Jahr 2000, welche einen weiteren Karriere- und Lohnsprung ohne gesundheitliche Beeinträchtigung als höchstwahrscheinlich erscheinen lassen würden, zu berücksichtigen, weshalb das seinerzeitige Jahreseinkommen von Fr. 85'930.-- nicht nur um die Teuerung, sondern zudem um eine jährliche Lohnzunahme von zusätzlich 2 % zu erhöhen sei, was ein im IT-Bereich marktübliches Valideneinkommen von Fr. 105'000.-- ergebe (Urk. 1 S. 11 oben).

7.2.2. Bei der Festsetzung des Valideneinkommens ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auch ein beruflicher Aufstieg im Gesundheitsfall zu berücksichtigen, den eine versicherte Person normalerweise vollzogen hätte; dazu ist allerdings

erforderlich, dass konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ein beruflicher Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert worden wären. Die Absicht, beruflich weiterzukommen, muss durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Ablegung von Prüfungen etc. kundgetan worden sein. Die theoretisch vorhandenen beruflichen Entwicklungs- oder Aufstiegsmöglichkeiten sind nur dann zu berücksichtigen, wenn sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten wären (BGE 96 V 29; AHI 1998 S. 166 E. 5a, I 287/95; RKUV 1993 Nr. U 168 S. 97 E. 3b, U 110/92; Urteil des Bundesgerichts 9C\_787/2010 vom 24. November 2010 E. 4.2 mit Hinweisen).

Die Argumentation der Beschwerdeführerin baut auf der These auf, sie hätte im Gesundheitsfall kontinuierlich einen höheren Lohn erzielt, wobei eine gerechtfertigte jährliche Lohnzunahme von zusätzlich 2 % zur Teuerung anzurechnen sei (Urk. 1 S. 11 oben). Von konkreten Anhaltspunkten für einen zu berücksichtigenden beruflichen Aufstieg kann etwa dann gesprochen werden, wenn seitens des Arbeitgebers eine Beförderung bereits geplant oder gar beschlossen ist, dann aber aus gesundheitlichen Gründen nicht realisiert werden kann. Aus den vorliegenden Akten kann jedoch auf eine solche Entwicklung nicht geschlossen werden. Die verfügbaren Zahlen gemäss IK-Auszug (Urk. 8/15) belegen zwar ausserordentliche Lohnsprünge in den Jahren 1982, 1986 und im Jahre 1987 (Fr. 75'413.--), danach erfolgte jedoch während vier Jahren eine Reduktion der Lohnsumme, bis im Jahre 1992 Fr. 78'455.-- erreicht wurden. Seit 1994 stieg der Jahreslohn der Beschwerdeführerin nicht mehr besonders an. Dies bestätigen auch die Angaben des früheren Arbeitgebers der Beschwerdeführerin vom 28. Oktober 1999 (Urk. 8/4). Aus diesen lässt sich ermitteln, dass die Beschwerdeführerin als Datenbank-Koordinatorin ab Januar 1998 im Gesundheitsfalle bei einem Arbeitspensum von 100 % Fr. 85'280.-- verdienen würde (S. 2 Ziff. 12 und Ziff. 16). Ferner ist ersichtlich, dass der Jahresverdienst 1997 Fr. 84'240.--, 1998 Fr. 85'340.-- und 1999 Fr. 91'424.-- betragen, wobei in letzterem ein Bonus von Fr. 849.-- sowie ein Dienstaltersgeschenk von Fr. 4'920.-- enthalten waren, was in Abzug dieser Zusatzzahlungen eine Jahreslohnsumme von Fr. 85'655.-- ergab (S. 2 Ziff. 20). Dies lässt folglich den Plausibilitätsschluss zu, dass seit 1997 im Grossen und Ganzen lediglich eine Nominallohnanpassung erfolgte (vgl. BFS Lohnentwicklung 2008, Tabelle T 1.39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne 1976-2008, Berechnung: 1997 AHV-pflichtiger Lohn Fr. 84'240.-- : Index Frauen 2130 x Index Frauen 1998 2142 = Fr. 84'715).

Dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall einen höheren Verdienst erzielt hätte, ist lediglich möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich, zumal auch schon nach 1987 eine leichte Rückläufigkeit der Lohnsumme eingetreten war (Urk. 8/15). Vor diesem Hintergrund kann der von der Beschwerdeführerin behauptete lohnmassige Aufstieg im Gesundheitsfall nicht als überwiegend wahrscheinlich eingestuft werden und ist somit für die Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens nicht massgebend.

7.2.3 Richtigerweise ist daher auf das von der Beschwerdeführerin erzielte Einkommen im Jahre 1998 von Fr. 85'340.-- abzustellen, unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung hochgerechnet auf das Jahr 2008 (gemäss Tabelle T 1.39), was ein Valideneinkommen von gerundet Fr. 99'564.-- ergibt (Fr. 85'340.-- : 2142 x 2499).

7.3.1.1 Da die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung keiner Arbeit mehr nachging, stellte die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Invalideneinkommens zu Recht auf die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) ab (BGE 136 V 76 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 E. 4.2.1). Sie berücksichtigte den Zentralwert der Datenbank- und andere kaufmännische Tätigkeiten (Tabelle TA 7 Ziff. 23 und 29) und ermittelte für das Jahr 2008 ein vorläufiges Invalideneinkommen von Fr. 75'267.-- (Urk. 2 S. 3). Dies ist nicht zu beanstanden, da die Beschwerdeführerin sowohl in angestammter Tätigkeit wie auch in angepasster Tätigkeit voll einsetzbar ist und es zudem wahrscheinlich erscheint, dass sie wieder in ihre angestammte oder verwandte Tätigkeit zurückkehrt oder aber dann eher eine Arbeit im kaufmännischen Bereich suchen wird. Dies bestärkt auch die Beschwerdeführerin, indem sie zwar die Frage aufwirft, ob nicht auf den Zentralwert tiefere Funktionsstufen mit entsprechend tieferem statistischen Lohn abzustellen sei, schliesslich aber vom gleichen vorläufigen Invalideneinkommen ausgeht, jedoch den Abzug vom Tabellenlohn beanstandet (Urk. 1 S. 12 Mitte). Folglich ist gestützt auf die Tabellenlöhne und ausgehend von der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2008 von 41.6 Stunden von einem Invalideneinkommen von Fr. 75'267.-- auszugehen ( $[\text{Fr. } 5'633.-- + \text{Fr. } 6'429.--] : 2 : 40 \times 41.6 \times 12$ ).

#### **E. 7.4**

7.4.1.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

7.4.2.1 Die Beschwerdegegnerin gewährte einen behinderungsbedingten Abzug von 10 %, da Arbeiten über Schulterhöhe und vorgeneigtes Stehen vermieden werden sollten und die längere Abwesenheit vom Arbeitsmarkt zu berücksichtigt sei (vgl. Urk. 2 S. 3

unten). Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, aufgrund der langen Arbeitsabwesenheit und des damit verbundenen Neueinstiegs auf dem untersten Lohnniveau, ihres Alters sowie den gesundheitlichen Beschwerden sei ein leidensbedingter Abzug von 20 % angemessen (Urk. 1 S. 12 oben).

Es steht fest, dass die Beschwerdeführerin dahingehend eingeschränkt ist, dass sie in angestammter wie auch in adaptierter Tätigkeit nur selten Arbeiten über Schulterhöhe ausüben sowie vorgeneigt stehen kann (vorstehend E. 5.3). Zusätzlich hat die Beschwerdegegnerin die Umstände, dass die Beschwerdeführerin seit über zehn Jahren nicht mehr erwerbstätig und aufgrund ihres Alters der Wiedereinstieg ins Berufsleben erschwert ist, mit einem Leidensabzug von 10 % gewürdigt. Dies ist nicht zu beanstanden. Weitere Abzüge sind nicht zu rechtfertigen, zumal die von der Beschwerdeführerin aufgezählten Beschwerden gemäss Gutachten von Dr. A. \_\_\_ ausdrücklich keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben und dementsprechend nicht zu berücksichtigen sind (vgl. Urk. 8/116 S. 48 f.). Darüber hinaus stand die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Rentenaufhebung im 58. Altersjahr, mithin sieben Jahre vor der Pensionierung, weshalb es nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht unwahrscheinlich ist, dass sie auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine vollzeitige Beschäftigung finden kann und somit die infolge des fortgeschrittenen Alters vom Bundesgericht im Urteil 9C\_145/2011 vom 30. Mai 2011 E. 3.4 ausgeführte Feststellung, wonach bei einem 64-jährigen Versicherten die ermittelte medizinisch-theoretische Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wirtschaftlich nicht verwertbar sei, nicht heranziehbar ist. Ausserdem bezog die Beschwerdeführerin seit März 1999 eine halbe Invalidenrente und hat über all die Jahre unterlassen, ihre rund 50%ige Restarbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt zu verwerten, weshalb dieser Umstand keine Berücksichtigung in einem zusätzlichen Abzug vom Tabellenlohn finden kann. Die gleiche Begründung ist zudem auch den Ausführungen der Beschwerdeführerin, wonach sich mit Blick auf die Publikation von Prof. Dr. Thomas Gächter im Newsletter vom 29. November 2010 und der bevorstehenden 6. IVG-Revision die Frage stelle, ob ein revisionsrechtlicher Eingriff in die bereits lange Zeit laufenden Dauerleistungen überhaupt gerechtfertigt und somit der Beschwerdeführerin der Entzug der Rente und die Wiedereingliederung ins Wirtschaftsleben überhaupt zumutbar sei, entgegenzuhalten (vgl. Urk. 1 S. 13 Ziff. 6). Diese Frage wurde zudem vom Bundesgericht in dem Sinne beantwortet, dass einer Rentenherabsetzung oder - aufhebung von Bezügen ganzer Renten, welche über 55 Jahre alt sind oder während 15 Jahren eine ganze Rente bezogen haben, Eingliederungsmassnahmen vorausgehen müssen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3). Dass bei längerem Rentenbezug keine Revision mehr möglich sein sollte, entspricht demnach nicht der herrschenden Rechtsprechung.

7.5 Unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn von 10 % resultiert ein Invalideneinkommen von gerundet Fr. 67'740.-- (Fr. 75'267.-- x 0.9).

Aus dem Vergleich des Valideneinkommens mit dem Invalideneinkommen errechnet sich eine Lohneinbusse von Fr. 31'824.-- und demnach ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 32 %. Selbst wenn man von dem von der Beschwerdeführerin beantragten Valideneinkommen von Fr. 105'000.-- ausgehen würde, ergäbe dies einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von rund 35 %, womit letztendlich auch die Diskussion über die effektive Lohnentwicklung betreffend

das Valideneinkommen offen gelassen werden kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend erweist sich die angefochtene, rentenaufhebende Verfügung vom 30. März 2011 (Urk. 2) als rechtsens. Die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen.

8.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Martin Kuhn
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

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

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

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