

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00602 vom 31. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00602](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00602)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00602 du 31 mai 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00602 del 31 maggio 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 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 kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2. Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.4. Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die



Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wÄ¼rdigen und die GrÄ¼nde anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser GrundsÄ¼tze entscheidend, ob es fÄ¼r die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berÄ¼cksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nÄ¼tig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen ZustÄ¼nde und ZusammenhÄ¼nge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begrÄ¼ndet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prÄ¼fend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszurÄ¼mende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmÄ¼glichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

## E. 2

2.1Ä Ä Ä Ä Streitig und zu prÄ¼fen ist, ob die Beschwerdegegnerin die ganze Rente der BeschwerdefÄ¼hrerin zu Recht aufgehoben hat. Dabei bildet die VerfÄ¼gung vom 4. Juli 2001 (Urk. 8/17) zeitliche Vergleichsbasis fÄ¼r die Beurteilung einer anspruchserheblichen Ä¼nderung des InvaliditÄ¼tsgrades.

2.2Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin machte zusammengefasst geltend, der Gesundheitszustand der BeschwerdefÄ¼hrerin habe sich gemÄ¼ss Gutachten des A.\_\_\_\_ nach einer kardiologischen Rehabilitation im Juni 2009 verbessert. Aus diesem Grund sei ihr ab dem 1. Juli 2009 wieder die AusÄ¼bung einer leidensangepassten, d.h. kÄ¼rperlich leichten, Ä¼berwiegend sitzenden TÄ¼tigkeit in einem Pensum von 50 % und ab Januar 2011 in einem solchen von 70 % zumutbar. Bei einem zuletzt ausgeÄ¼bten Pensum von 77 % und gestÄ¼tzt auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes fÄ¼r Statistik (LSE) ergebe sich eine Erwerbseinbusse von 10.84 %, woraus sich ein TeilinvaliditÄ¼tsgrad von 8.35 % errechne. Im Haushaltbereich sei die BeschwerdefÄ¼hrerin nicht eingeschrÄ¼nkt, weshalb der GesamtinvaliditÄ¼tsgrad 8.35 % betrage und damit kein Rentenanspruch mehr bestehe (Urk. 2 S. 2 f.). ErgÄ¼nzend sei festzustellen, dass die Zusprache der Rente gestÄ¼tzt auf die damals vorliegenden Unterlagen nicht hÄ¼tte erfolgen dÄ¼rfen, da der medizinische Sachverhalt aufgrund der widersprÄ¼chlichen medizinischen Unterlagen nicht rechtsgenÄ¼gig erstellt gewesen sei. Damit wÄ¼re die angefochtene VerfÄ¼gung auch mit der substituierten BegrÄ¼ndung der WiedererwÄ¼gung zu schÄ¼tzen (Urk. 7 S. 4).

2.3Ä Ä Ä Ä Dem hielt die BeschwerdefÄ¼hrerin im Wesentlichen entgegen, die Rente sei nicht aufgrund der kardialen Problematik, sondern wegen der invalidisierenden Depression zugesprochen worden. In psychiatrischer Hinsicht kÄ¼nne nicht von einer Verbesserung ausgegangen werden, bloss weil sie sich nicht mehr in psychiatrischer Behandlung befinde (Urk. 1 S. 5). Auf das A.\_\_\_\_-Gutachten kÄ¼nne nicht abgestellt werden, da die attestierten ArbeitsunfÄ¼higkeiten nicht nachvollziehbar dargelegt wÄ¼rden (Urk. 1 S. 7). Zudem mÄ¼sse ihr ein leidensbedingter Abzug gewÄ¼hrt werden, seien ihr doch nur noch



stabil aktuell bei anhaltendem aber asymptomatischem Vorhofflattern mit guter Rhythmuskontrolle. Klinisch zeigten sich keine Hinweise für eine Verschlechterung der Mitralklappe. Eine Echokardiographie sei vor vier Monaten mit stationärem Befund durchgeführt worden (Urk. 8/40/10). Angaben zur Arbeitsfähigkeit enthält der Bericht keine.

3.2.2.2. Im Bericht vom 28. August 2008 (Urk. 8/40/1-8) beurteilte Dr. G. die Depression als mittelschwer bis schwer und attestierte der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, welche bereits vor seiner Behandlung am 31. Dezember 2003 begonnen habe. Der Gesundheitszustand sei stationär bis sich verschlechternd. Wegen kardialer und psychischer Probleme sei die Erwerbstätigkeit nur für ca. zwei Stunden pro Tag für ganz leichte körperliche Arbeiten mit der Möglichkeit zu Positionswechseln gegeben. Bezüglich bisheriger therapeutischer Massnahmen vermerkte er Psychotherapie bei Dr. Z. sowie Dr. med. H. (Urk. 8/40/7-8).

3.2.3. Dem Schreiben von Dr. Z. vom 12. September 2008 ist zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem 11. September 2006 nicht mehr in ihrer Behandlung befindet (Urk. 8/42/3).

3.2.4. Am 29. Oktober 2008 berichtete Dr. G. (Urk. 8/44/1-9) über eine stationäre Behandlung vom 12. März 2007 bis 11. April 2007 in der Klinik I. (Urk. 8/44/7). Die Prognose sei eher günstig bei regelmässigen Kontrollen bezüglich Herz. Eventuell sei in Zukunft eine erneute Intervention erforderlich. Schwieriger sei die Behandlung der Depression (Urk. 8/44/8). Betreffend Zusatzinformationen verwies er auf das F. sowie den behandelnden Psychiater Dr. H. (Urk. 8/44/9).

3.2.5. Gemäss Bericht des F. vom 30. April 2009 (Urk. 8/49) beträgt die Arbeitsunfähigkeit 100 % seit mindestens November 2007 bis auf Weiteres. Eine Verbesserung sei nicht zu erwarten. Als zukünftige Therapie werde allenfalls eine kardiale Rehabilitation zur Optimierung der Konditionierung empfohlen. Aktuell sei keine Tätigkeit zumutbar (Urk. 8/49/3-4).

3.2.6. Die behandelnden Ärzte des Spitals J. vermerkten im Bericht vom 22. Juni 2009 zuhanden von Dr. G. (Urk. 8/52/12-13), die Beschwerdeführerin habe sich nach dreimonatiger kardialer Rehabilitation zur Verlaufskontrolle in ihrem Funktionslabor vorgestellt. Sie berichte insgesamt von einer Zustandsbesserung (Urk. 8/52/12). Die behandelnden Ärzte erwählten weiter, die Beschwerdeführerin habe nach Rehabilitation und mit erhöhter Betablockertherapie deutlich weniger Beschwerden. Während der aktuellen Belastung zeige sie einen langsameren Anstieg des Pulses. In Absprache mit der Beschwerdeführerin hätten sie die Einnahme der betablockierenden Therapie auf eine einmalige Einnahme am Morgen verändert. Ein Gesuch zur Übernahme der Kosten für weitere drei Monate ambulante Rehabilitation sei gestellt worden (Urk. 8/52/13). Der Bericht enthält keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit.

Im Bericht vom 11. November 2009 führten die behandelnden Ärzte des Spitals Uster an (Urk. 8/52/14-16), die Beschwerdeführerin habe sich aufgrund von plötzlichem Unwohlsein während der Physiotherapie vorgestellt. Die klinische Untersuchung habe bis auf eine Druckdolenz epigastrisch und im rechten Oberbauch keine Auffälligkeiten gezeigt. Das EKG (Echokardiografie/-gramm) sei unverändert zum Vorbefund und die Herzenzyme seien negativ gewesen. Sie interpretierten die Symptomatik am ehesten als vasovagale Präsynkope im Rahmen einer

Dehydratation und dyspeptischer Beschwerden. Die Symptomatik sei nach Primperan- und Pantozolabgabe regredient gewesen. Die Beschwerdeführerin habe in stabilem Zustand nach Hause entlassen werden können (Urk. 8/52/15).

3.2.7.8.1.1. Dr. G. ging im Bericht vom 8. Februar 2010 (Urk. 8/52/1-11) von einem im Vergleich zu Dezember 2003 ca. identischen, seit der kardiologischen Rehabilitation eher wenig besserem Gesundheitszustand ab 1. Juli 2009 aus. Die Beschwerdeführerin sei ein wenig aktiver geworden (Urk. 8/52/10). Die Prognose sei unklar, problematisch sei vor allem die Depression. Als Hausfrau sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig, da sie sich die Arbeit selber einteilen könne. Nach dem kardiologischen Rehabilitationsprogramm sei seit Juli 2009 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichtere Arbeiten zumutbar (Urk. 8/52/9).

3.2.8.1.1. Im Gutachten des A. vom 9. Februar 2011 (Urk. 8/77) sind unter Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0, F33.1) und (2) eine valvuläre und rheumatische Herzkrankheit (ICD-10 I05.5) bei/mit Mitralstenose ED 1972, Status nach Mitral-Valvuloplastie 1990 und 2003 bei Rezidiv (F.), Status nach dekompensierter Herzinsuffizienz mit Präzungen dem bei tachykardem Vorhofflimmern 2003, Status nach EKV (Elektrokonversion) März 2007 (Spital J.), permanentem Vorhofflimmern seit 2007/2008 mit/bei Dauerantikoagulation mit Marcoumar, aktuell leichter Mitralstenose, leichte Mitralinsuffizienz, aktueller Echokardiographie und Ergometrie vom 11. Januar 2011 mit/bei erhaltener LV-Pumpfunktion, biatriale Dilatation, eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit, in der Fahrrad-Ergometrie maximal 60 Watt bei HF 139/min möglich, sowie unter Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein metabolisches Syndrom mit/bei Adipositas (BMI 34 kg/m<sup>2</sup>) (ICD-10 E66.0), arterieller Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10), Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10 E78.2), aktuell erhöhtem HbA1C-Wert mit 7.0 % (Norm < 6.3) mit/bei Verdacht auf beginnende Diabetes mellitus (ICD-10 E11.9), (2) eine leichte, enzymatische Hepatopathie mit/bei wahrscheinlich Steatohepatitis bei Diagnose (1), (3) einen fortgesetzten Nikotinkonsum (ca. 40 bis 50 packyears) (ICD-10 F17.1), (4) eine Inhalationsbehandlung mit Symbicort ohne subjektive Beschwerden, keine Aktenangaben von Asthma bronchiale und (5) rezidivierende gastritische Beschwerden (ICD-10 K29.7) bei Dauerbehandlung mit PPI festgehalten (Urk. 8/77/17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus kardiologischer Sicht seien aufgrund der Herzklappenerkrankung und der Rhythmusstörung keine körperlich belastenden Tätigkeiten mehr zumutbar. Für eine körperlich leichte, überwiegend sitzend durchgeführte Tätigkeit bestehe hingegen grundsätzlich eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. Es könne in diesem Rahmen eine geringe Leistungseinbuße nachvollzogen werden mit einem etwas erhöhten Pausenbedarf und gelegentlichen Ausfällen. Aus internistischer und anderweitiger somatischer Sicht stehe die Adipositas mit dem metabolischen Syndrom im Vordergrund. Eine Gewichtsreduktion wäre sicher sinnvoll, um die eigene Fitness zu erhalten und auch das Herz weniger zu belasten. Aus internistischer Sicht bestehe für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Antikoagulation sollten keine verletzungsgefährdenden Tätigkeiten durchgeführt werden. Aus psychiatrischer Sicht könne bei der Beschwerdeführerin eine affektive Störung festgestellt werden. Aufgrund der vorliegenden Befunde handle es sich um eine

leichte bis allenfalls mittelgradige Depression im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit sei dadurch um 30 % vermindert. Zusammenfassend resultiere aus polydisziplinärer Sicht, dass bei der Beschwerdeführerin körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten ungeeignet seien. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, vollschichtig realisierbar mit erhöhtem Pausenbedarf und daneben noch leicht reduziertem Rendement. Die Einschränkung aus kardiologischer Sicht ergäbe sich zur vorgegebenen Einschränkung aus psychiatrischer Sicht und wirke sich nicht additiv aus. Die kardiale Limitierung im erwähnten Ausmass könne wahrscheinlich seit 2003, sicher seit November 2007 nachvollzogen werden. Längerfristig höhergradig sei die Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht retrospektiv jedoch nicht eingeschränkt gewesen (Urk. 8/77/18). Aus psychiatrischer Sicht habe sich eine Verbesserung eingestellt. Die Beschwerdeführerin sei im Jahr 2000 noch als schwer depressiv eingeschätzt worden mit praktisch aufgehobener Arbeitsfähigkeit. Diese Situation habe sich seither wesentlich verändert bzw. verbessert. Ab Juli 2007 könne noch eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nachvollzogen werden, spätestens ab Januar 2011 bestehe eine maximal 30%ige Einschränkung. Im Haushalt sei von einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Bei freier Zeiteinteilung und in vertrauter Umgebung wirkten sich die Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht nur geringgradig aus (Urk. 8/77/19).

#### **E. 4**

4.1.1 Das Gutachten des A. \_\_\_ basiert auf internistischen, kardiologischen und psychiatrischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 1.6).

#### **E. 4.2**

4.2.1 Gutachter Dr. med. K. \_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, legte nachvollziehbar dar, dass und weshalb sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht verbessert hat. So stellte er fest, bei der psychiatrischen Untersuchung sei sie leicht- bis mittelgradig depressiv. Sie habe die Tendenz, ihre Beschwerden zu dramatisieren. Sie möchte die Umgebung davon überzeugen, dass sie schwer krank sei und nicht arbeiten könne. Dieses Dramatisieren sei mit einer schweren depressiven Störung nicht vereinbar. Sie leide auch nicht unter Suizidgedanken oder Suizidimpulsen, die ebenfalls mit einer schweren depressiven Störung zwingend vorhanden sein müssten. Sie werde in ihrer Passivität und ihren Regressionsneigungen durch die fürsorgliche Unterstützung seitens der Familienangehörigen bestärkt. Die passiven Verhaltensweisen seit Jahren trügen wesentlich zur physischen und psychischen Dekonditionierung bei. Mit ihren Beschwerden habe sie vor sich und der Umgebung die Rechtfertigung dafür, keiner Arbeit nachgehen zu müssen und Unterstützung der Familie zu erhalten. Die Beschwerden führten also auch zu einem gewissen sekundären Krankheitsgewinn. Die Beschwerdeführerin sei

aber in der Lage, längere Spaziergänge alleine zu unternehmen, mehrmals pro Jahr in ihre Heimat zu fliegen und pflege, wenn auch reduziert, regelmässig soziale Kontakte (Urk. 8/77/12).

4.2.2.1 Was die Beschwerdeführerin hiegegen vorbringt, ist nicht stichhaltig. Insofern sie auf die Einschätzung des nun neu behandelnden Psychiaters Dr. med. L. \_\_\_ verweist, welcher anlässlich eines Telefonats mit Dr. K. \_\_\_ ausführte, der Zustand der Beschwerdeführerin sei chronifiziert und es bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr, ist vorab festzuhalten, dass bei der Würdigung von Berichten behandelnder Ärzte rechtsprechungsgemäss berücksichtigt werden darf und soll, dass deren Beurteilung mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten der Patienten ausfällt. Berichte behandelnder Ärzte können ein Gutachten zwar dann in Frage stellen und zumindest Anlass für weitere Abklärungen geben, wenn darin nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind und bei deren Berücksichtigung sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt (Urteil des Bundesgerichtes 9C\_276/2009 vom 24. Juni 2009, E. 4.2.3 mit Hinweisen). Wenn nun Dr. K. \_\_\_ aufgrund des Telefonats vom Einholen eines Berichtes des behandelnden Psychiaters mangels weiterem relevantem Erkenntnisgewinn abgesehen hatte, so ist diese Entscheidung im Rahmen seines fachärztlichen Ermessens zu respektieren. Mithin vermag die Tatsache, dass kein Bericht des behandelnden Psychiaters vorliegt, die Beweiskraft des Gutachtens entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht zu erschüttern (Urk. 8/79/2-3 Ziff. 2). Dies umso weniger, als gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die unterschiedliche Wertung der depressiven Störung und die daraus abgeleitete Arbeitsfähigkeit aus der Verschiedenheit von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits resultieren (Urteil des Bundesgerichts 9C\_842/2009 vom 17. November E. 2.2 mit Hinweisen). So ist zu vermuten, dass die telefonische Beurteilung von Dr. H. \_\_\_t auf dem in der praktischen medizinischen Behandlung massgebenden bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell basiert. Dieses ist jedoch weiter gefasst als der für die invaliditätsrechtliche Beurteilung heranzuziehende Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_246/2010 vom 11. Mai 2010 E. 2.2.1 mit Hinweis). Im Übrigen kann die genaue Qualifikation der Depression offen bleiben, weil kein Ausnahmefall vorliegt von der grundsätzlich zumutbaren Willensanstrengung zu deren Überwindung, wie Dr. K. \_\_\_ aufgrund positiv präfbarer Frühstärkerkriterien festhielt (Urk. 8/77/19).

4.2.3.1 Insofern die Beschwerdeführerin kritisiert, Dr. K. \_\_\_ habe zur Begründung der Verbesserung des depressiven Leidens auf die hausärztliche Einschätzung von Dr. G. \_\_\_ abgestellt, welcher nicht Facharzt der Psychiatrie sei und die IV-Stelle nie alleine auf Berichte von Allgemeinmedizinern abstelle (Urk. 8/79/3), ist ihr entgegen zu halten, dass in diesem Falle selbst der Hausarzt, obwohl Hausärzte erfahrungsgemäss eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, eine verbesserte Arbeitsfähigkeit attestierte. Im Übrigen kann jedoch offen bleiben, ob gestützt auf die Beurteilung von Dr. G. \_\_\_ tatsächlich ab 1. Juli 2007 von einem auch in psychiatrischer Hinsicht verbesserten Zustand ausgegangen werden kann, schloss Dr. K. \_\_\_ anhand der von ihm am 10. Januar 2011 erhobenen Befunde eine schwere depressive Erkrankung aus, weshalb spätestens ab diesem Zeitpunkt eine revisionsrelevante Verbesserung ausgewiesen ist.



Entwicklung wurde in der Beurteilung des A.\_\_\_\_ insofern Rechnung getragen, als die Beschwerdeführerin aufgrund der kardialen Erkrankung für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig ist und auch in körperlich leichter, überwiegend sitzender Tätigkeit zwar grundsätzlich eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit besteht, jedoch mit einer geringen Leistungseinbusse und mit einem etwas erhöhtem Pausenbedarf sowie gelegentlichen Ausfällen. In psychischer Hinsicht ist eine 70%ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Wie die Gutachter zu Recht bemerkten (Urk. 8/77/18) sind die kardiologischen und psychiatrischen Einschränkungen nicht zu addieren. Denn beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen überschneiden sich deren erwerbliche Auswirkungen in der Regel, so dass jedenfalls eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsfähigkeitsgrade nicht zulässig ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes I 904/05 vom 30. Juni 2006 E. 3.4 mit Hinweis). Mithin ist davon auszugehen, dass die gesundheitliche Verbesserung in psychischer Hinsicht die Auswirkungen der gesundheitlichen Verschlechterung aus somatischer Sicht auf das Anforderungsprofil mehr als zu kompensieren vermag und daher insgesamt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist. Aufgrund der vorliegenden Akten ist jedenfalls eine massgebliche Änderung des medizinischen Sachverhalts ausgewiesen.

4.5 Aufgrund des Gesagten kann gestützt auf die überzeugenden Feststellungen im Gutachten davon ausgegangen werden, dass es der Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht zuzumuten ist, zu mindestens 70 % einer ihren psychischen und somatischen Beschwerden angepassten Erwerbstätigkeit nachzugehen und zu 80 % Haushaltarbeiten zu verrichten. Weitere Beweiserhebungen erscheinen daher unnötig (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E. 5.2.2, mit Hinweisen).

## **E. 5**

5.1 Strittig und zu präzisieren ist weiter, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin bei voller Gesundheit erwerbstätig wäre. Die Beschwerdegegnerin ging von einer Erwerbstätigkeit von 77 % aus (Urk. 2 S. 3) und wandte für die Invaliditätsbemessung entsprechend die gemischte Methode (vgl. Erwägung 1.4) an. Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass sie heute ohne gesundheitliche Beeinträchtigung klarerweise im Ausmass von 100 % erwerbstätig wäre, bedürften ihre Kinder doch keiner Betreuung mehr.

5.2 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 3 ter IVG) in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode. Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist - was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt -, ergibt sich - auch nach Inkraft-Treten des ATSG (vgl. SVR 2005 IV Nr. 21 S. 83 Erw. 4.2 mit Hinweis [I 249/04]) - aus der Prüfung, was die Person bei im übrigen unveränderten

Umstände, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestände. Das Kriterium der Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit bezieht sich nicht auf den Gesundheits-, sondern auf den Invaliditätsfall. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis IVV; BGE 131 V 51 Erw. 5.1.2 S. 53 und Erw. 5.2 S. 54; SVR 2006 IV Nr. 42 S. 151, Erw. 5.1.2, I 156/04; vgl. auch BGE 125 V 146 Erw. 5c/bb S. 157). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades. Sie findet auch Anwendung, wenn der versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben würde (BGE 133 V 504 Erw. 3.3 in fine; vgl. auch BGE 133 V 477 Erw. 6.3 S. 486). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu wärdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 125 V 150 Erw. 2c, 117 V 194 Erw. 3b, je mit Hinweisen, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen K. vom 11. April 2006, I 266/05, Erw. 4.2, vgl. auch BGE 133 V 504 Erw. 3.3).

5.3 Vorliegend ist aufgrund der finanziellen Verhältnisse der Beschwerdeführerin nicht zwingend, dass sie im Gesundheitsfalle einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Umfange von 100 % nachginge. Nach eigenen Angaben kommen sie finanziell einigermassen über die Runden (Urk. 8/77/10). Gegen die Darstellung der Beschwerdeführerin spricht auch, dass das bei der Y. nach eigenen Angaben ausgeübte Pensum nicht mit dem Betreuungsaufwand für ihre Kinder korrelierte. So arbeitete sie ab März 1990, als die 1985 und 1987 geborenen Kinder fünf bzw. drei Jahre alt waren, zu 100 %, reduzierte jedoch dieses Pensum ab 1999 auf 77 %. In diesem Zeitpunkt waren die älteren zwei Geschwister aber bereits 14 und 12 Jahre sowie das 1993 geborene Kind 6 Jahre alt (Urk. 8/77/8). Allerdings widersprechen diese Zahlen dem Auszug aus dem individuellen Konto vom 27. März 2001 (Urk. 8/2), welcher von September 1990 bis Dezember 1999 ein zwischen Fr. 29'148.-- und Fr. 30'723.-- variierendes Einkommen ausweist, mit Ausnahme der Jahre 1994 bis 1996. In diesem Zeitraum, wohl nach der Geburt des dritten Kindes im Oktober 1993, deuten die generierten Einkommen zwischen Fr. 25'691.-- und Fr. 27'230.-- auf eine leicht reduzierte Tätigkeit hin. Gemessen am Stundenlohn von Fr. 18.05 zuzüglich 11.5 % Ferienentschädigung entsprechen die Einkommen mehr oder weniger einem Pensum von durchgehend rund 70 %. Dem Arbeitgeberfragebogen wiederum ist eine Teilzeittätigkeit von 77 % seit 1999 zu entnehmen. Angaben zum zuvor ausgeübten Pensum sind keine ersichtlich.

Obwohl die Aktenlage bezüglich Pensum widersprüchlich und unklar ist, kann insgesamt der Schluss gezogen werden, dass sich das verrichtete Pensum

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht nach dem Alter und damit dem Betreuungsaufwand der Kinder richtete und maximal bei 77 % verharrete. Mithin ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auch bei guter Gesundheit kein höheres Pensum ausübte, obwohl die Kinder nun volljährig sind. Die Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 77 % erwerbs- und zu 23 % als im Haushalt tätig und die angewendete gemischte Methode sind daher im Ergebnis nicht zu beanstanden.

## E. 6

6.1 Bei der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität grundsätzlich dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Haushaltbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird (vgl. Erwägung 1.4), wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (vgl. BGE 130 V 396 Erw. 3.3).

6.2 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 Erw. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen). Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 125 V 146 Erw. 5c/bb S. 157 mit Hinweisen). Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigten sind (BGE 129 V 222 Erw. 4.4 S. 225). Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte (vgl. SVR 2008 IV Nr. 2 S. 3, I 697/05 und Urteil I 750/04 vom 5. April 2006, Erw. 5.5) oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes (vgl. Urteil U 454/05 vom 6. September 2006, Erw. 6.3.3 mit Hinweisen) erfolgen (BGE 134 V 322 Erw. 4.1 mit Hinweisen).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die

Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttoflöhe (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41,9 Stunden, seit 2008 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

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 Erw. 5.2).

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall nach wie vor mit einem Beschäftigungsumfang von 77 % bei der Werner Forrer AG als Montagemitarbeiterin angestellt wäre. Da diese Erwerbstätigkeit jedoch zeitlich sehr weit zurückliegt und eher leicht unterdurchschnittlich ausgefallen ist, stellte sie für die Bemessung des Invalideneinkommens auf die LSE 2008 (TA1, Ziff. 10-45, Sektor 2, Produktion, Anforderungsniveau 4, Frauen) ab und errechnete für ein 77%-Pensum ein Jahreseinkommen von Fr. 42'204.-- für das Jahr 2010 (Urk. 2 S. 2). Auch für die Bestimmung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die LSE 2008 (TA 1, Ziff. 50-93, Sektor Dienstleistungen, Anforderungsstufe 4) und evaluierte für das der Beschwerdeführerin noch zumutbare 70%-Pensum ein Jahreseinkommen von Fr. 37'628.16 für das Jahr 2010 (Urk. 2 S. 2 f.). Diese Vorgehensweise blieb von der Beschwerdeführerin unbestritten und ist, da in Einklang mit der Aktenlage, nicht zu beanstanden.

Wie die Beschwerdeführerin jedoch zu Recht geltend machte, ist sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz

mit einer gesunden Mitbewerberin benachteiligt, was sich erfahrungsgemäss auf das Lohnniveau auswirkt. Nicht gegeben sind die Abzugskriterien des Alters (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes I 37/06 vom 18. Mai 2006 E. 4.2.2, mit Hinweisen) sowie der Nationalität bzw. Aufenthaltskategorie (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes I 174/05 vom 25. Juli 2005 E. 2.7, mit Hinweisen), ebenso wenig dasjenige der Teilzeitbeschäftigung; vielmehr wirkt sich die Teilzeitbeschäftigung bei Frauen im Vergleich zu einer Vollzeitbeschäftigung proportional eher lohnerehöhend aus (LSE 2006 Seiten 15 und 16). Es rechtfertigt sich somit zusätzlich ein leidensbedingter Abzug von 10 %. Das zumutbare hypothetische Invalideneinkommen 2010 ist demgemäss auf Fr. 33'865.34 (Fr. 37'628.16 x 0.9) festzusetzen. Ausgehend vom ermittelten hypothetischen Valideneinkommen 2010 von Fr. 42'204.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 8'338.66 resp. eine Einschränkung von aufgerundet 20 %.

6. Bei einem Anteil der Erwerbstätigkeit von 77 % ergibt sich im Erwerbzbereich eine gewichtete Teilinvalidität von 15.4 % (0,77 x 20 %). Im Haushaltbereich ist gemäss Einschätzung des A. von einer Einschränkung von 20 % auszugehen. Bei einem Anteil dieses Bereiches von 23 % resultiert eine gewichtete Teilinvalidität von 4.6 % (= 0,23 x 20 %). Gestützt auf eine gewichtete Teilinvalidität im Erwerbzbereich von 15.4 % und eine gewichtete Teilinvalidität im Haushaltbereich von 4.6 % beträgt die Gesamtinvalidität 20 %. Weil die Beschwerdegegnerin auf eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt verzichtete, ist an dieser Stelle festzuhalten, dass selbst unter Annahme einer 100%igen Einschränkung im Haushaltbereich ein rentenausschliessender Gesamtinvaliditätsgrad von 38.4 % (15.4 % + 23 %) resultierte. Da auch der Aufhebungszeitpunkt zu keiner Korrektur Anlass gibt, ist die Aufhebung der ganzen Rente per 31. Mai 2011 zu beständigen und die Beschwerde abzuweisen.

7. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis 4 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

8. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 1'000.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Martin Mannhart

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

