

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00308 vom 27. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00308

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00308 du 27 mars 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00308 del 27 marzo 2013

Erwägungen

E. 4

4.1 Der Hausarzt Dr. Y. ___ hielt in seinem ärztlichen Zeugnis vom 18. Januar 2010, mit welchem er den Wunsch der Versicherten nach einer Erhöhung der Rente weiterleitete, fest, die Depression sowie die Symptome der übrigen diagnostizierten Krankheiten (Fibromyalgiesyndrom, chronisches Gesamtvertebralsyndrom, Karpaltunnelsyndrom rechts) hätten zugenommen und die Versicherte brauche entsprechend mehr Medikamente und sei weniger leistungsfähig. Er führte aus, in Anbetracht der Beschwerden wäre eine Erhöhung der Rente vertretbar (Urk. 10/57/1).

In seinem Arztbericht vom 2. Februar 2010 stellte der Hausarzt Dr. Y. ___ dieselben Diagnosen, welche er in seinem im Rahmen des ersten Revisionsverfahrens abgegebenen Arztbericht vom 30. Oktober 2006 (Urk. 10/39/3) gestellt hatte. Er hielt zudem fest, dass die diagnostizierten Krankheiten alle seit 2004 oder bereits noch früher bestehen würden, dass aber die Depression zunehmend sei (Urk. 10/59/1). Er beschrieb des Weiteren, infolge der Schmerzen könne die Versicherte keine schweren körperlichen Arbeiten durchführen. Auch leichtere Arbeiten könne sie nicht länger als ein bis zwei Stunden hintereinander erledigen. Dazu komme die therapieresistente Depression, welche die Arbeitsfähigkeit praktisch vollständig verhindere (Urk. 10/59/1). Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem Jahr 2006 80 %; die Versicherte könne höchstens eine bis zwei Stunden pro Tag leichtere Arbeiten als Raumpflegerin verrichten (Urk. 10/59/1-2).

In seinem Bericht vom 2. September 2010 führte der Hausarzt Dr. Y. ___ erneut aus, alle bisherigen Beschwerden hätten sich verschlechtert (Urk. 10/67/3).

4.2 Die behandelnde Ärztin Dr. med. H. ___, Praxis für chinesische Medizin (ASA), schätzte die Arbeitsfähigkeit der Versicherten dahingehend ein, dass höchstens leichtere Reinigungsarbeiten während maximal 2 Stunden pro Tag möglich seien. Dabei müssten die Putzmittel sehr sorgfältig ausgewählt werden, ansonsten wegen der bronchialen Überempfindlichkeit Husten und Dyspnoe auftreten würden (Urk. 10/68/6).

4.3 Der am polydisziplinären Gutachten des Z. ___ vom 22. Februar 2011 beteiligte Dr. med. I. ___, Facharzt für Allgemeinmedizin, beschrieb, dass die Versicherte nicht erläutern konnte, was für psychische Probleme sie habe beziehungsweise was denn nicht gut sei. Es seien keine klaren Symptome erudierbar gewesen (Urk. 10/72/9-10). Die Versicherte habe als Grund für ihre Arbeitsunfähigkeit Weichteilrheuma, Müdigkeit und Schmerzen angegeben (Urk. 10/72/10-11).

Dr. A. ____, Fachärztin für Rheumatologie, stellte in ihrem rheumatologischen Fachgutachten vom 12. Februar 2011 folgende Diagnose: Chronic wide spread pain mit/bei mässigen degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule (Osteochondrose LWK5/SWK1, Chondrose LWK4/LWK5, Osteochondrose HWK5/6 und HWK 6/7; Urk. 10/72/48). Da nicht nur die für eine Fibromyalgie relevanten tender points druckempfindlich seien, könne nicht mehr von einem Fibromyalgiesyndrom gesprochen werden, sondern es handle sich um ein generalisiertes Schmerzsyndrom. Die Beschwerden der Versicherten seien nicht durch die radiologisch fassbaren degenerativen Veränderungen der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule erklärbar (Urk. 10/72/14, Urk. 10/72/48). Es bestehe der Verdacht auf eine nicht unwesentliche Überlagerung. Die neurologische Untersuchung habe keinen klinischen Hinweis für das Vorliegen einer radikalen Problematik ergeben (Urk. 10/72/15). Nach der Einschätzung von Dr. A. ____, können der Versicherten angesichts der Schmerzproblematik und der degenerativen Veränderungen im Bereich des zervikalen und lumbalen Achsenskeletts aus rheumatologischer Sicht körperlich schwere Arbeiten bleibend nicht mehr zugemutet werden. Körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeiten ohne Zwangshaltung mit dem Oberkörper, ohne wiederholte Rotationsbelastungen mit dem Oberkörper sowie ohne repetitives Arbeiten mit den Armen in oder über der Horizontalen könnten der Versicherten jedoch aus rheumatologischer Sicht vollschichtig zugemutet werden. Angesichts der ausgeprägten Schmerzproblematik sei eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 30 % rechtfertigbar. In verschiedenen Berichten anderer Ärzte sei jeweils auch die psychische Komponente berücksichtigt worden, was die attestierten höheren Arbeitsunfähigkeiten erkläre. Im Bericht der E. ____, sei die Arbeitsfähigkeit allein aus rheumatologischer Sicht höher beurteilt worden. Für das Bemessen der Einschränkung aufgrund einer Schmerzproblematik existierten keine verbindlichen Richtlinien, ausser dass bei chronischen Schmerzen, unabhängig von den feststellbaren somatischen Pathologien, körperlich schwere Arbeiten nicht mehr zumutbar seien. Jede darüber hinaus attestierte Einschränkung der Leistungsfähigkeit hänge stark mit der Erfahrung der beurteilenden Person zusammen. Hiermit lasse sich die Diskrepanz der vorliegenden und der Einschätzung durch die Ärzte der E. ____, erklären (Urk. 10/72/15-16).

Die psychiatrische Evaluation wurde am 7. Februar 2011 durch Dr. B. ____, vorgenommen (Urk. 10/72/17-26, Urk. 10/72/30-39). Er stellte folgende psychiatrische Diagnosen: Die Versicherte leide an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie an einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.10; Urk. 10/72/35). Bezüglich der somatoformen Schmerzstörung hielt er fest, die psychosoziale Funktionsfähigkeit und die psychischen Ressourcen der Versicherten seien durch die Schmerzen lediglich leichtgradig eingeschränkt. Sie koche nach wie vor gerne, lese ab und zu, lasse Kreuzworträtsel und Sudokus und pflege gute Beziehungen zu ihren Schwestern, Geschwistern, Freunden und Freundinnen. Eine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität könne nicht diagnostiziert werden. Der Schweregrad der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei als eher leichtgradig zu beurteilen (Urk. 10/72/23-24). Die Depression sei als leicht- bis mittelgradig einzustufen. Insofern sei es gegenüber der Beurteilung von Dr. G. ____, vom 7. Februar 2004 zu einer Verbesserung sowohl der Beschwerden als auch der Arbeitsfähigkeit gekommen (Urk. 10/72/24). Eine

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht noch im Umfang von 30 %, was sowohl für die zuletzt ausgeübte als auch für eine alternative Tätigkeit gelte (Urk. 10/72/24).

Als Schlussfolgerung im polydisziplinären Gutachten des Z. ___ vom 22. Februar 2011 wurde festgehalten, dass es gesamtmedizinisch zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Versicherten gekommen sei. Ab der Begutachtung können der Versicherten in einer den somatischen Leiden angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von insgesamt 30 % attestiert werden (Urk. 10/72/28).

4.4 Von der J. ___, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, wurde am 31. August 2011 zusätzlich zur Diagnose der somatoformen Schmerzstörung, der Fibromyalgie und der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, noch der Verdacht auf eine organische, einschliesslich symptomatische psychische Störung (ICD-10: F0) geäussert und entsprechend eine MRI-Untersuchung sowie eine neuropsychologische Spezialuntersuchung empfohlen (Urk. 10/82/1).

Am 9. September 2011 wurde vom Kantonsspital K. ___ eine MRI-Untersuchung durchgeführt und die Bilder wurden zur weiteren Abklärung im Hinblick auf die frühe Ausprägung einer frontotemporalen Demenz extern weitergeleitet (Urk. 10/88/1). Am 16. September 2011 führte das Kantonsspital K. ___ ergänzend aus, die externe Auswertung bestätige die Verdachtsdiagnose einer möglichen frontotemporalen Demenz, indem eine signifikante Reduktion von grauer Substanz im vorderen Bereich des Frontallappens und im rechten Temporallappen vorliege. Um die Verdachtsdiagnose erhärten zu können, sei eine Verlaufskontrolle in 9 bis 12 Monaten erforderlich (Urk. 10/91/1).

Dr. med. L. ___, Leitender Arzt und stellvertretender Chefarzt des M. ___, führte eine neuropsychologische Untersuchung der Versicherten durch und stellte folgende Diagnosen (Urk. 10/98/1):

1. Mild Cognitive Impairment (ICD-10: F06.7; leichte kognitive Störung), am ehesten im Rahmen von 2.,

2. rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1),

3. Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4).

Beim im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung am 8. November 2011 durchgeführten Frontal Behavioral Inventory habe die Versicherte 7 Punkte erreicht, wobei bei 30 und mehr Punkten ein Hinweis auf eine Frontallappenstörung bestünde (Urk. 10/98/2). Aus der MRI-Untersuchung vom 9. September 2011 habe sich eine signifikante Reduktion von grauer Substanz im vorderen Bereich des Frontallappens und des rechten Temporallappens ergeben (Urk. 10/98/3). Das Mild Cognitive Impairment sei am ehesten durch die depressive Störung bedingt. Die Alltagsfunktionen seien nicht relevant eingeschränkt (Urk. 10/98/3).

5.

Die IV-Stelle stützte sich bei der Rentenaufhebung im Wesentlichen auf die im polydisziplinären Gutachten des Z. ___ vom 22. Februar 2011 (Urk. 10/72)

beschriebene Verbesserung des Gesundheitszustandes. Das Gutachten wurde von verschiedenen Fachärzten erstellt, welche die Versicherte umfassend aus psychiatrischer wie auch aus rheumatologischer Sicht untersuchten, berücksichtigte sowohl die Anamnese als auch die geklagten Beschwerden und setzte sich mit abweichenden Diagnosen auseinander.

5.2 Die Beschwerdeführerin lässt zur Hauptsache einwenden, es liege keine Verbesserung des Gesundheitszustandes vor (Urk. 1 S. 4). Bezüglich der veränderten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht durch Dr. A. ist zu beachten, dass er die Diagnose einer Fibromyalgie nicht mehr stellte, sondern nunmehr ein generalisiertes Schmerzsyndrom (Urk. 10/72/14). Dr. B. beschrieb klar eine Verbesserung der Depression (Urk. 10/72/24). Wie oft die Versicherte während der Untersuchung weinte, ist allein nicht massgebend zur Erueierung der Schwere der Depression, und die Diagnose der leicht- bis mittelgradigen Depression basiert auch nicht nur darauf. Dr. B. berücksichtigte beispielsweise, dass die Versicherte Aktivitäten nachgeht und Freude und Interesse zeigt, indem sie soziale Kontakte mit verschiedenen Freunden und Freundinnen pflegt, Kaffee trinken geht, stickt, strickt, kocht, die Wohnung einrichtet, spazieren geht, liest und Kreuzworträtsel löst (Urk. 10/72/19). Ebenso, dass sie einen mehr oder weniger geregelten Tagesablauf hat, jeweils zwischen 7.00 und 7.30 Uhr aufsteht, die Morgentoilette erledigt, frühstükt, die Katzen füttert und über Mittag ihren Sohn verpflegt (Urk. 10/72/19), also dazu in der Lage ist, für sich und andere zu sorgen. Demgegenüber fiel es der Versicherten im Jahr 2004 noch enorm schwer, überhaupt aufzustehen. Ihr Sohn musste im selben Bett wie die Versicherte schlafen, weil letztere es nicht geschafft hätte aufzustehen, um ihn zu wecken (Urk. 10/19/3). Dr. B. berücksichtigte aber bei der Diagnosestellung auch die Müdigkeit, die verminderte Energie, die wechselhafte Stimmung, die Vergesslichkeit und Konzentrationsstörung, das verminderte Selbstvertrauen sowie das manchmal auftretende Gefühl allgemeiner Sinnlosigkeit und die zeitweiligen Suizidgedanken (Urk. 10/72/24), wobei sich bei der aktuellen Untersuchung die von der Versicherten subjektiv geklagte Konzentrationsstörung sowie die verminderte Energie klinisch nicht feststellen liessen (Urk. 10/72/22). Zudem ist die Diagnose der leicht- bis mittelgradigen Depression auch unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Versicherte bis zur Begutachtung durch das Z. noch keine längerdauernde, ernsthafte Psychotherapie aufgenommen hatte, was nach Auffassung des Gutachters auf keinen allzu grossen Leidensdruck schliessen lässt (Urk. 10/72/23), gut nachvollziehbar. Im übrigen ging auch die seit Sommer 2011 behandelnde Psychotherapeutin lic. phil. N. von der J. von einer gegenwärtig sogar nur leichten Episode der Depression aus (Urk. 10/81/1). Die Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands und die daraus resultierende gesundheitliche Verbesserung aus gesamtmedizinischer Sicht aller am Gutachten des Z. beteiligten Ärzte (Urk. 10/72/28) ist demnach schlüssig begründet und es kann darauf abgestellt werden. Die im Z.-Gutachten diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung stuften die Gutachter als leichtgradig ausgeprägt ein (Urk. 10/72/37). Gemäss Bericht des M. kann lediglich die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt werden (Urk. 10/98/1). Ungeachtet der Frage, ob von einer gesicherten oder nur von einer Verdachtsdiagnose auszugehen ist, ist mit Blick auf die Feststellungen im Z.-Gutachten insbesondere hinsichtlich psychischer Komorbidität (Urk. 10/72/37) davon auszugehen, dass die Folgen der Erkrankung jedenfalls überwindbar wären und deswegen eine erwerbliche Beeinträchtigung auszuschliessen ist (vgl. dazu nachfolgende Erw. 5.5). Im

Ähnlicher ist eine Verbesserung der Schmerzproblematik naheliegend, da die Versicherte diverse Schmerzmittel abgesetzt hat (Urk. 10/72/44).

5.3. Der Hausarzt Dr. Y. ging von einer Verschlechterung der Beschwerden aus (Urk. 10/67/3), jedoch darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Hinzu kommt, dass der Hausarzt sich bei der IV-Stelle meldete, weil die Versicherte eine höhere Rente wünschte, und anfangs lediglich schrieb, die Erhaltung der Rente sei vertretbar (Urk. 10/57/1) und somit offenbar nicht davon ausging, eine Erhaltung der Rente sei zwingend angezeigt. Erst später äusserte er, die Depression verunmögliche es der Beschwerdeführerin fast vollständig, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen (Urk. 10/59/1). Zum Krankheitsbild machte er kaum Angaben, weswegen davon auszugehen ist, dass der Hausarzt stark auf die subjektiven Darstellungen der Versicherten abstellte. Ebenso verhält es sich mit der Einschätzung durch die behandelnde Ärztin Dr. H. (vgl. Urk. 10/68).

5.4. Des Weiteren liess die Beschwerdeführerin bemängeln, die Diagnose einer frontotemporalen Demenz sei zu Unrecht nicht berücksichtigt worden (Urk. 1 S. 8 f.). Dabei handelt es sich aber lediglich um eine Verdachtsdiagnose (Urk. 10/91/1). Ein Leiden mit Krankheitswert ist bei dieser Sachlage zu verneinen und es drängen sich auch keine weiteren Abklärungen auf. Dr. L. vom M. stellte trotz der signifikanten Reduktion von grauer Hirnsubstanz (Urk. 10/98/3) keine frontotemporale Demenz, sondern nur eine leichte kognitive Störung (ICD-10: F06.7; Urk. 10/98/1) ohne Einschränkung der Alltagsfunktionen fest (Urk. 10/98/3). Auch die zusätzlichen Untersuchungen im Kantonsspital K. (vgl. Urk. 10/88, Urk. 10/91) förderten keine neuen Erkenntnisse zu Tage. Eine gesicherte Diagnose konnte auch gestützt darauf nicht gestellt werden. Der Einwand der Beschwerdeführerin ändert folglich nichts daran, dass sich ihr Gesundheitszustand verbessert hat.

Der Antrag auf eine erneute Begutachtung ist bei der gegebenen Sachlage abzuweisen.

5.5. Die eingetretene gesundheitliche Verbesserung rechtfertigt eine Neubeurteilung. Die Z.-Gutachter kamen zusammenfassend zum Schluss, spätestens seit dem Zeitpunkt der Begutachtung bestehe in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit lediglich noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % (Urk. 10/72/28).

Dagegen lässt die Beschwerdeführerin anführen, es sei nicht begründet, insgesamt nur von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, zumal die beiden Fachärzte Dr. A. und Dr. B. je eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % diagnostiziert hätten (Urk. 1 S. 7). Im polydisziplinären Gutachten des Z. wird ausgeführt, die aus somatischer Sicht gemachte Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei in der 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht gebührend berücksichtigt (Urk. 10/72/28). Dass die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht und diejenige aus psychiatrischer Sicht sich einfach nicht kumulieren, ist einleuchtend, zumal aus psychiatrischer Sicht lediglich eine leichte somatoforme Schmerzstörung sowie eine leicht- bis mittelgradige Depression diagnostiziert wurden (Urk. 10/72/35). Eine

diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens oder das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77). Die somatoforme Schmerzstörung ist bei der Versicherten nur leicht ausgeprägt (Urk. 10/72/24, Urk. 10/72/35), eine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität kann nicht diagnostiziert werden (Urk. 10/72/24), es fand keine konsequente Durchführung einer Behandlung statt und die Versicherte hat sich sozial keineswegs vollständig zurückgezogen, sodass die somatoforme Schmerzstörung und ihre Folgen eigentlich mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar wären. Auch bezüglich der leicht- bis mittelgradig ausgeprägten Depression ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin bislang keine konsequente Behandlung aufgenommen hat, sie über eine geregelte Tagesstruktur und über funktionierende familiäre und gesellschaftliche Beziehungen verfügt. Aus rheumatologischer Sicht fiel für die Gutachter ins Gewicht, dass bei unveränderten degenerativen Veränderungen die für ein Fibromyalgiesyndrom erforderlichen Symptome nicht mehr gegeben waren, sondern diesbezüglich noch von einem generalisierten Schmerzsyndrom auszugehen war, wobei die geklagten Beschwerden durch die erhobenen objektiven Befunde nicht erklärbar sind (Urk. 10/72/14). Dass die Limite auch in der Gesamtwürdigung 30 % beträgt, steht nach dem Gesagten und bezugnehmend auf die gemeinsame Würdigung der Gutachter, die nachvollziehbar ist (Urk. 10/72/27 f.), hinreichend fest.

Demgemäss ist mit dem Gutachten des Z.____ vom 22. Februar 2011 davon auszugehen, dass die Versicherte in einer den somatischen Leiden angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 30 %, also mit einer Leistungsfähigkeit von 70 %, arbeitsfähig ist (Urk. 10/72/28).

E. 6

6.1 Der von der IV-Stelle im Rahmen des aktuellen Revisionsverfahrens vorgenommene Einkommensvergleich (Urk. 10/73/1) basiert auf demselben Valideneinkommen wie der ursprüngliche Einkommensvergleich im Feststellungsblatt vom 17. Mai 2004 (Urk. 10/22/4).

Gemäss Arbeitgeberbericht von O.____ vom 4. Oktober 2003 verdiente die Beschwerdeführerin seinerzeit Fr. 26.30 pro Stunde (Urk. 10/16/2).

Die IV-Stelle qualifizierte die Beschwerdeführerin gestützt auf eine im April 2004 durchgeführte Abklärung der Erwerbssituation als vollzeitlich Erwerbstätige (Urk. 10/21), berechnete aber in der Folge das Valideneinkommen entgegen dieser Qualifikation ausgehend vom erwähnten Stundenlohn von Fr. 26.30 auf der Basis eines Pensums von lediglich 80 % (Urk. 10/22/4). Hinzu kommt, dass das bei O. geleistete Pensum lediglich drei Stunden pro Woche umfasste (Urk. 10/16/2). Ferner steht nicht fest, ob gesundheitliche Gründe zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch die Beschwerdeführerin geführt haben. O. merkte im Arbeitgeberbericht jedenfalls an, es sei ihm kein Gesundheitsschaden bekannt gewesen. Die Beschwerdeführerin sei während der gesamten Anstellungszeit nicht krank gewesen (Urk. 10/16/1, Urk. 10/16/3).

Mit Blick auf die zahlreichen anderen Stellen der Beschwerdeführerin (vgl. die Auszüge aus dem Individuellen Konto der Beschwerdeführerin: Urk. 10/8, Urk. 10/53, Urk. 10/54, Urk. 10/61), was auf regelmässige Stellenwechsel hindeutet, steht ebenso wenig fest, dass sie an einer dieser Stellen länger erwerbstätig gewesen ist und demnach für die Ermittlung des Valideneinkommens darauf abgestellt werden konnte.

6.2 Kann zur Bestimmung des Valideneinkommens nicht auf den zuletzt vor Invaliditätseintritt erzielten Lohn abgestellt werden, so ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen (Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2. Auflage 2010, S. 302, mit Hinweis). Im Gesundheitsfall würde die Beschwerdeführerin vollzeitlich als Reinigerin arbeiten oder eine vergleichbare ungelernte Tätigkeit ausüben. Es rechtfertigt sich daher, auf das Total der Löhne in der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) abzustellen. Gemäss der Tabelle A1 der LSE 2008 erzielten Frauen in einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Total der Löhne, Kolonne 4) im Jahr 2008 durchschnittlich einen monatlichen Verdienst von Fr. 4'116.--. Angepasst an die seit 2011 gültige betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden (vgl. die Volkswirtschaft 3-2013, S. 90, Tab. B 9.2) und an die Lohnentwicklung (Nominallohnindex 2008: 2'219 und 2011: 2'306, Basis 1939: 100; vgl. Die Volkswirtschaft 3-2013, S. 91, Tab. B 10.3) ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 4'459.-- monatlich (Fr. 4'116.-- : 40 x 41.7 : 2'219 x 2'306) respektive von Fr. 53'508.-- pro Jahr.

6.3 Bezüglich des Invalideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf die medizinischen Abklärungen richtigerweise davon aus, dass der Beschwerdeführerin trotz des Gesundheitsschadens weiterhin eine Tätigkeit im Reinigungsbereich oder eine andere, funktionell gleich oder weniger belastende Tätigkeit ohne Berufs- oder Fachkenntnisse zumutbar sei (Urk. 10/73/1). Es rechtfertigt sich somit auch für die Feststellung des Invalideneinkommens auf die nämlichen Lohnansätze gemäss LSE abzustellen. Da somit bei der Ermittlung des Validen- und des Invalideneinkommens auf denselben Tabellenlohn abzustellen ist, ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Prozentvergleichs zu ermitteln (vgl. BGE 114 V 310 E. 3a, Urteile des Bundesgerichts I 850/05 vom 21. August 2006, E. 4.2 und I 375/05 vom 2. Dezember 2005 E. 3.2). Die 30%ige gesundheitsbedingte Einschränkung führt dabei auch zu einer 30%igen Einbusse beim ermittelten Valideneinkommen und damit zu einem Invaliditätsgrad von 30 %. Auch bei korrekter Berechnung ergibt sich demnach kein anderer Invaliditätsgrad.

Die von der IV-Stelle mit Wirkung auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats verhängte Aufhebung der Invalidenrente erweist sich somit als richtig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

7.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder die Verweigerung von Invaliditätsleistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Die Kosten für das vorliegende Verfahren sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzulegen und der Beschwerdeführerin als unterliegender Partei aufzuerlegen, zufolge der ihr gewährten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

7.2 Nach § 34 Abs. 3 GSVGer bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert.

Mit Kostennote vom 7. März 2013 macht die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin einen Aufwand von 8,28 Stunden sowie pauschal Fr. 49.70 für Barauslagen geltend (Urk. 16/1). Der geltend gemachte Aufwand ist insgesamt angemessen. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin ist demgemäss für ihre Bemühungen und Barauslagen mit Fr. 1'842.15 (Mehrwertsteuer inbegriffen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Dr. Tanja Gehrig Arbenz, Winterthur, wird mit Fr. 1'842.15 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Tanja Gehrig Arbenz
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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