

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00339 vom 29. August 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-08-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00339

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00339 du 29 août 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00339 del 29 agosto 2013

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 26. März 2010, 9C_438/2009, E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

Dieser Revisionsordnung geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zurückzukommen, wenn sie zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 ATSG gestützte Revisionsverfügung mit dieser substituierten Begründung schützen (BGE 125 V

368 E. 2 S. 369).

Bei Renten der Invalidenversicherung im Besonderen ist zu beachten, dass die Ermittlung des Invaliditätsgrades verschiedene Ermessenszüge aufweisende Elemente und Schritte umfasst. Zu denken ist namentlich an die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder

Unfall bedingte Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 6 ATSG). Hier bedarf es für die Annahme zweifellos der Unrichtigkeit einer qualifiziert rechtsfehlerhaften Ermessensbetätigung. Scheint die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Rentenzurechnung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 9C_438/2009, vom 26. März 2010, E. 2.2 und 9C_562/2008, vom 3. November 2008, E. 2.2 mit Hinweisen; ferner BGE 129 V 433 Erw. 3, 125 V 368 E. 2 und 3). 1.

E. 2

Dagegen liess die Versicherte mit Eingabe vom 21. März 2012 (Urk. 1) Beschwerde erheben. Sie beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine

Viertelsrente auszurichten. Die Beschwerdegegnerin stellte in ihrer Vernehmlassung vom 9. Mai 2012 Antrag auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 10. Mai 2012 angezeigt wurde (Urk. 8).

E. 3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 3.1

. 6

Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin gestützt auf die genannten Abklärungen bei einem IV-Grad von 50 % (Haushaltanteil von 20 % x Einschränkung von 9 % = Teil-IV-Grad 2 % ; Anteil Erwerbstätigkeit von 80 % x Einschränkung von 60 % = 48 % Teil-IV-Grad) mit Verfügung vom 20. April 2000 eine halbe Rente zu (Urk. 7/24-25).

E. 3.1.1

Dr. med. B.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, führte in seinem Arztbericht vom 1. Mai 1999 aus, die Beschwerdeführerin sei in allen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt, welche insbesondere den Rücken belasteten. In ihrer angestammten Tätigkeit als Coiffeuse sei sie zu 60 % eingeschränkt, als Hausfrau zu 20 %. Der Gesundheitsschaden bestehe seit mindestens März 1998 (Urk. 7/5/1-3).

E. 3.1.2

Dr. med. C.____,

Spezialarzt für Innere Medizin, spez. Rheumatologie, stellte am 25. April 1998 die Diagnose dringender Verdacht auf seronegative

Spondylarthropathie, bei bilateraler Sacroileitis und Wirbelsäulenbefall, möglicher Arthritis im Schultergelenk rechts und in den sternocostalen bzw. sternoclaviculären Gelenken, anamnestisch palmoplantarer

Pustulose, DD: SAPHO (Arthrositis)

pustulosa) (Urk. 7/5/5).

E. 3.1.5

Gemäss dem Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 20. Oktober 1999 ist die Versicherte seit 1986 in selbständiger Tätigkeit als Coiffeuse tätig gewesen. Per Ende 1998 habe sie den Betrieb aufgegeben. Der Abklärungsbericht Haushalt selbigen Datums ging davon aus, dass die Versicherte ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu 80 % im Erwerbsbereich und zu 20 % im Haushalt tätig wäre. Im Haushalt betrage die Einschränkung 9 % (Urk. 9/14).

E. 3.2

Dem Verlaufsbericht von Dr. Y. ___ vom 3. Juni 2002

ist zu entnehmen, bei der Beschwerdeführerin sei bei bekanntem SAPHO-Syndrom eine Therapie mit einem TNF-Alpha-Blocker durchgeführt worden, wobei die Beschwerdeführerin bezüglich Beschwerden und Entzündungsaktivität gut angesprochen habe. Vorderhand könne aber bezüglich weiteren Verlaufs keine abschliessende Beurteilung abgegeben werden, da dieser Therapieansatz sehr neu sei und über das weitere Ansprechen beziehungsweise die Häufigkeit allenfalls weiterer Infusionsbehandlungen zum jetzigen Zeitpunkt noch wenig bekannt sei (Urk. 7/33). Gestützt auf diesen Bericht wurde die der Beschwerdeführerin ausgerichtete Rente im Rahmen des im Februar 2002 eröffneten Rentenrevisionsverfahrens bestätigt (Urk. 7/36).

E. 3.3

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 versehen 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 Vergleichsein kommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Vorliegend gewährte die Beschwerdegegnerin einen Leidensabzug von 15 %. Sie legte dar, es sei als lohnmindernd zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführerin nur noch leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten zumutbar seien, sie zudem auf einen temperierten Raum angewiesen sei und des Weiteren auch die Möglichkeit haben müsse,

zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Ebenso sei als lohnsenkender Faktor die bereits lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt zu qualifizieren. Vorliegend erscheint der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug in der Höhe von 15 % angemessen. Im Ergebnis vermindert sich das Invalideneinkommen auf

Fr. 45'253.--. Bezogen auf ein Arbeitspensum von 80 % beläuft sich der Betrag auf Fr. 36'202.--.

6.

6.1

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 42'008.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 36'202.-- resultiert im Erwerbsbereich eine Einbusse von Fr. 5'806.--, was einer Einschränkung von 13,82 % und einem gewichteten Teilinvaliditätsgrad von 11 %

(0.8×13.82) entspricht.

6.2

Was die Einschränkung der Beschwerdeführerin im Haushaltsbereich betrifft, stellte die Beschwerdegegnerin auf die Angaben gemäss dem Haushaltabklärungsbericht aus dem Jahr 2007 ab, wonach sich bei der Beschwerdeführerin in diesem Bereich bei einem Anteil von 20 % und einer Einschränkung von 8 % ein Invaliditätsgrad von 2 %

ergebe. Diesbezüglich ist indes festzuhalten, dass die Beurteilung aus dem Jahr 2007 nicht mehr als gültig angesehen werden kann, nachdem der Gutachter Dr. A. ___ im Haushaltsbereich für leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten

keinerlei Einschränkung mehr ausmachen konnte (Urk. 7/75/15).

Aus diesem Grund ist im Haushaltsbereich von einer Einschränkung von 0 % auszugehen bzw. das Vorliegen einer Invalidität zu verneinen. 6.3

Gesamthaft resultiert aufgrund der Einschränkung im Erwerbsbereich ein Invaliditätsgrad von gerundet 11 %

(zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2). Die Aufhebung der Invalidenrente durch die Beschwerdegegnerin ist somit nicht zu beanstanden. 7.

7.1

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Bestätigung der angefochtenen Verfügung abzuweisen. 7.2

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Integration Handicap - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für

Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Hurst Giger VC/GI/MT versandt

E. 3.4

Dr. Y. _____

berichtete am 20. Juli 2006, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stabil sei. Unter der aktuellen Anti-TNF-alpha-Therapie sei es gesamtthaft zu einer Reduktion der artikulären und humoralen Entzündungsaktivität gekommen. Trotzdem bestünden intermittierende Entzündungsaktivitäten, welche eine systemische Steroidbehandlung notwendig machen würden. Medizinisch dürfte eine körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit zu 50 % zumutbar sein. Die Einschränkungen begründeten sich mit den entzündlichen Veränderungen und Aktivitätsexazerbationen (Urk. 7/46). Die Beschwerdeführerin

nahm in der Folge an, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert habe, errechnete einen Invaliditätsgrad von 46 % und setzte die bisherige halbe Rente mit Verfügung vom 9. August 2007 per 1. Oktober 2007 auf eine Viertelsrente herab (Urk. 7/66-67). 3. 5

3. 5 .1

Im rheumatologischen Gutachten vom 4. Mai 2011

werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Seronegative Spondylarthropathie mit axialem und mit peripherem Gelenksbefall (Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke). Unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden genannt: Hypermobilität-Syndrom (Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke) ; Adipositas mit Body-Mass-Index 35.5 kg/m² ; Gonarthrosen ; Nikotinkonsum von ca. 25 pack years (Urk. 7/75/7) . 3. 5 .2

In seiner Beurteilung führt der Gutachter aus, in der klinischen Untersuchung würden eine Adipositas, ein hypermobiler Gelenkscharakter, leichtgradige

Bewegungseinschränkungen der Brust- und der Lendenwirbelsäule, und darüber hinaus, abgestützt auf objektive Befunde, ein weitgehend normaler Habitus imponieren.

Ende der 90er-Jahre sei bei der Beschwerdeführerin eine seronegative

Spondyloarthropathie diagnostiziert worden. Gemäss dem Skelettszintigraphie befund vom 27. April 1998 habe dannzumal eine beträchtliche entzündliche Aktivität bestanden. Nach Aufnahme der antiphlogistischen Behandlung habe sich die Entzündungsaktivität, sowohl anamnestisch als auch klinisch beurteilt, deutlich zurückgebildet. Die Beschwerdeführerin habe bestätigt, dass sie damals auch Phasen der Beschwerdefreiheit gekannt habe. Nach dem Eintausch des TNF-alpha-Hemmers in Enbrel® sei im Arztbericht vom 20. Juli 2006 die Reduktion der

artikulären und der humoralen Entzündungsaktivität beschrieben worden. In den letzten Jahren seien gemäss Angaben der Beschwerdeführerin ca. zweimal jährlich grössere Entzündungsschübe aufgetreten, die jeweils den vorübergehenden Einsatz von Kortison notwendig gemacht hätten. Die mitgebrachten Laborwerte

hätten seit März 2008 eine geringgradige humorale Aktivität dokumentiert. Abgesehen von den Entzündungsschüben beschreibe die Beschwerdeführerin zumeist mechanisch abstützbare Beschwerden, die in den letzten Jahren vorwiegend den Rücken und die Kniegelenke betroffen hätten. Die Kniegelenke hätten in den Entzündungsschüben Gelenksergüsse aufgewiesen, die in den MRI-Abklärungen des rechten Kniegelenkes vom 27. Dezember 2007 und vom 8. Juli 2010 zur Darstellung gelangt seien. Die Gelenkspunktionen des rechten Kniegelenkes vom 6. Mai 2009 und vom 4. Januar 2011 hätten jeweils leichtgradig entzündliche Gelenkspunktate dokumentiert. Konkret heisse das, dass auch unter der derzeit bestehenden analgetisch-antiphlogistischen Medikation keine vollständige Suppression der entzündlichen Systemaffektion vorliege. Die Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule hätten langsam progrediente Syndesmophyten gezeigt, insbesondere im Bereich der Brustwirbelsäule, sowie postentzündliche Veränderungen der Iliosakralgelenke. Diese entzündlich bedingten Veränderungen hätten zu einer geringgradigen Bewegungseinschränkung der Brust- und der Lendenwirbelsäule geführt. Eine relevante Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule könne aktuell indes nicht bestätigt werden. Es liege somit eine langsam progredient verlaufende entzündliche Systemaffektion vom Typus der seronegativen

Spondyloarthropathie vor (Urk. 7/75/7-9).

Neben der entzündlichen Systemaffektion, die sicherlich axiale und periphere Arthralgien begründen könne, bestehe zudem eine weitere Systemproblematik mit dem Hypermobilitätssyndrom. Sodann werde im rheumatologischen Konsiliumsbericht vom 25. April 1998 und im IV-Arztbericht vom 2. Juni 1999 bezüglich der Differentialdiagnose der seronegativen

Spondyloarthropathie ein SAPHO-Syndrom diskutiert. Bezüglich dieser Diagnose respektive Differentialdiagnose würden sich keine therapeutischen Konsequenzen ergeben. Was die

palmoplantare

Pustulose betreffe, die Ende der 90er-Jahre bestanden habe, habe sich diese unter der damals eingeleiteten antiphlogistischen Medikation zurückgebildet (Urk. 7/75/9).

An den oberen Extremitäten seien, abgesehen von dem hypermobilen Gelenkscharakter sowie von leichtgradigen, altersentsprechenden DIP-Arthrosen der Zeige- und der Mittelfinger kein klinisch-pathologischer Befund und kein Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung zu objektivieren. Insbesondere bestünden keine Hinweise für eine

subakromiale

Sehneneinklemmungsproblematik, auf eine Läsion der Rotatorenmanschette oder auf eine periphere Nerven einklemmungsproblematik. Die Röntgenaufnahmen der Hände (21.01.2009) hätten, entsprechend des klinischen Eindrucks, leichtgradige DIP-Arthrosen der Zeige- und der Mittelfinger dokumentiert und keinen Hinweis auf entzündlich bedingte Veränderungen. Die im April 2011 neu erstellten Röntgenaufnahmen hätten gemäss Angaben des Hausarztes keinen krankhaften Befund gezeigt (Urk. 7/75/9-10).

Im Bereich der Wirbelsäule schildere die Beschwerdeführerin die Bewegungen aller axialen Bewegungssegmente in allen Ebenen als schmerzlos. Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule beständen phasenweise, wobei obere und untere Rückenschmerzen gegenüber den mittleren Rückenschmerzen im Vordergrund stünden. Phänomenologisch beurteilt beständen spondylogene Beschwerden. Anlässlich der klinischen Untersuchung sei die Halswirbelsäule allseits frei beweglich gewesen. Im Bereich der Brust- und der Lendenwirbelsäule seien allseits zu einem Drittel eingeschränkte Bewegungsamplituden zu objektivieren. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der ganzen Wirbelsäule werde als schmerzlos beschrieben. Ein klinisch-pathologischer Weichteilbefund, wie ein Muskelhypertonus oder eine Myogelose, sei nicht zu objektivieren. Anamnestisch und klinisch beständen keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder eine Irritation/Kompression des Gefäss-Nervenbündels, zum Beispiel im Sinne einer Thoracic-Outlet-Komponente. Die Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule hätten im Bereich der Halswirbelsäule zu keinem Zeitpunkt einen pathologischen Befund dokumentiert. Im Bereich der Brustwirbelsäule beständen langsam progredient verlaufende Syndesmophyten, welche eine leichtgradige Bewegungseinschränkung begründeten. Im Bereich der Lendenwirbelsäule kämen seit dem 2. Februar 2005 stationär ausgeprägte postentzündliche Veränderungen der Iliosakralgelenke und eine leichtgradige

Osteochondrose von LWK4/5, welche als altersentsprechender Befund einzustufen sei, zur Darstellung. Diese Veränderungen begründeten ebenfalls eine leichtgradige Bewegungseinschränkung, die sich auch klinisch feststellen lasse. Eine relevante Arthrose komme radiologisch in keinem axialen Bewegungssegment zur Darstellung (Urk. 7/75/10).

An den unteren Extremitäten seien die aktive und die passive Beweglichkeit der Hüftgelenke beidseits frei. Die Kniegelenke würden beidseits eine leichtgradige

Genu

valgum-Komponente und ansonsten altersentsprechend normale Befunde aufweisen. Die Kniegelenksbeweglichkeit sei beidseits frei mit einer Flexion/Extension von je 130-0-5°. Hinweise auf eine Gelenkinstabilität, auf einen Gelenkerguss, auf ein Meniskuszeichen oder eine die Altersnorm überschreitende retropatelläre Krepitation seien klinisch nicht zu objektivieren. Die ergänzend durchgeführten Röntgenaufnahmen der Kniegelenke hätten beidseits eine leichtgradige Arthrose des medialen Gelenkskompartimentes ergeben. Diesbezüglich sei auf die epidemiologische Datenlage zu verweisen. Bei einer Adipositas sei das Risiko für die Entwicklung einer Gonarthrose

respektive für die Progredienz einer bereits etablierten Gonarthrose erhöht. Auch deshalb seien gewichtsreduzierende Massnahmen dringend indiziert. In Bezug auf die mitge

brachten MRI-Abklärungen des rechten Kniegelenks sei festzuhalten, dass diese weder im Dezember 2007 noch im Juli 2010 eine relevante Schädigung der Knieinnenstrukturen gezeigt hätten. Was weiter die Senk- und Spreizfusskomponente betreffe, würden keine typischen Beschwerden beschrieben. Die Spreizfusskomponente komme, entsprechend des klinischen Eindrucks, auch in den mitgebrachten Röntgenaufnahmen der Füße zur Darstellung. Die im April 2011 aktualisierten Röntgenaufnahmen der Füße hätten indes keine weiteren pathologischen Befunde gezeigt (Urk. 7/75/10-11).

Allgemein internistisch seien, abgesehen von der Adipositas, keine relevanten klinisch-pathologischen Befunde zu objektivieren (Urk. 7/75/11).

In den ergänzend durchgeführten Untersuchungen seien zudem keine Hinweise auf eine metabolische Störung, auf ein radiokläres Reiz- oder Ausfallsyndrom oder auf eine paraneoplastische Komponente zu objektivieren gewesen. Insgesamt seien die von der Versicherten geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität als weitgehend, aber nicht vollumfänglich, auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar (Urk. 7/75/11-12).

Bezugnehmend auf frühere ärztliche Einschätzungen führte Dr. A. ___ aus, die im Konsiliumsbericht vom 25. April 1998 beschriebenen Befunde könne er unter dessen nicht mehr vollumfänglich bestätigen. So sei die Halswirbelsäule wieder allseits beweglich frei. Die sternocostalen und sternoklavikulären Gelenke seien nicht mehr druckdolent. Insofern habe sich seither der Gesundheitszustand verbessert. Im rheumatologischen Konsiliumsbericht vom 7. Mai 1998 seien keine Angaben zu den Befunden gemacht worden. Damals sei aufgrund der Skelettszintigraphiebefunde eine beträchtliche humorale Aktivität angenommen worden. Diese habe sich unterdessen zurückgebildet. Im Arztbericht vom 2. Juni 1999 seien ebenfalls Befunde beschrieben worden, die inzwischen nicht mehr vollumfänglich bestätigt werden könnten. So bestehe heute, klinisch und radiologisch beurteilt, keine Hyperkyphose mehr. Die Halswirbelsäule sei in ihrer Beweglichkeit nicht mehr eingeschränkt. Es bestehe keine Druckdolenz und keine leichte Schwellung im Bereich des Sternums und Sternoklavikulargelenks links mehr. Insofern habe sich der Gesundheitszustand seither verbessert, wobei im Anschluss an diesen IV-Arztbericht die analgetisch-antiphlogistische Medikation wie zuvor beschrieben, intensiviert worden sei. Im IV-Arztbericht vom 13. Mai 2003 würden keine Angaben zu den Befunden gemacht. Hingegen sei erwähnt, dass es unter dem TNF-alpha-Hemmer Remicade zu einer deutlichen Suppression der Entzündungsaktivität gekommen sei. Auch im Arztbericht vom 20. Juli 2006 seien keine Angaben zu den Befunden gemacht worden. Hingegen werde ebenfalls beschrieben, unter der Behandlung mit dem TNF-alpha-Hemmer sei eine Reduktion der artikulären und der humoralen Entzündungsaktivität eingetreten.

Weil in keinem der IV-Arztberichte, die nach der Mitteilung des Berichts vom 17. Januar 2000 datiert seien, Angaben zu den Befunden gemacht worden seien, sei der Zeitpunkt der Verbesserung des Gesundheitszustands nicht zu definieren. Es sei anzunehmen, dass die Verbesserung des Gesundheitszustands bis zum Zeitpunkt der Erstattung des IV-Arztberichts vom 28. Juni 2010, jedenfalls spätestens bis

zum Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung eingetreten sei (Urk. 7/75/12-14, 16).

Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, habe, nachdem wie zuvor beschrieben eine Verbesserung des Gesundheitszustands zu verzeichnen sei, das Ausmass der Einschränkung abgenommen. Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht

beurteilt, in der angestammten Tätigkeit als Coiffeuse bereits seit Juni 2010 bzw. spätestens seit dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung zu max. 20 – 25 % eingeschränkt. Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch – mit vermindertem Arbeitstempo - über den Tag verteilt geleistet werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit sei aus somatisch-rheumatologischer Sicht spätestens seit dem Jahr 2002 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr festzustellen. Bezüglich Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu formulieren, zumal derartige Tätigkeiten in idealer Weise mit reduziertem Tempo über den Tag verteilt ausgeführt werden könnten

(Urk. 7/75/15).

Abschliessend weist der Gutachter darauf hin, dass von einer Entzündungskrankung betroffene Personen vielfach vollumfänglich einer Arbeit nachgehen würden, dies auch wenn sie mit analgetisch und entzündungshemmend wirkenden Medikamenten behandelt würden. Entzündungsschübe hätten nicht zwingend eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge (Urk. 7/75/16) . 3. 5 .3

Nachdem die Beschwerdeführerin in ihrem Einwand vom 27. Oktober 2011 (Urk. 7/98) geltend gemacht hatte, dass Dr. A.____ in seinem Gutachten neu hinzugekommene Gonarthriden nicht berücksichtigt bzw. die von Dr. Y.____ im Arztbericht vom 28. Juni 2010 dargelegte Verschlechterung des Gesundheitszustands ausser Acht gelassen habe, nahm der Gutachter mit Schreiben vom 15. November 2011 dazu Stellung. Dr. A.____ führte aus, die Auffassung der Beschwerdeführerin sei nicht zutreffend. In dem Gutachten werde sowohl auf die Beschwerden wie auch auf die klinischen und radiologischen Befunde hinsichtlich der Kniegelenke eingegangen. Die entzündliche Systemaffektion sei in der Beurteilung diskutiert worden. Die passager bestehenden entzündlichen Befunde der Kniegelenke seien summarisch in der Diagnose erwähnt (Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke in Bezug auf eine seronegative

Spondyloarthropathie mit axialem und peripherem Gelenkbefall). Im Rahmen der entzündlichen Systemaffektion gelte es nicht nur entzündliche Veränderungen an den Kniegelenken, sondern auch an den übrigen peripheren und axialen Gelenken zu berücksichtigen. Diesen Aspekten sei im Gutachten Rechnung getragen worden. Der IV-Arztbericht vom 28. Juni 2010 sei im Gutachten ebenfalls diskutiert worden (Urk. 7/100). 4.

4.1

Es stellt sich die Frage, inwieweit vorliegend auf das rheumatologische Gutachten abgestellt werden kann und ob damit eine Verbesserung des Gesundheitszustands ausgewiesen ist.

Dr. A.____ gelangte

zum Ergebnis, ein Vergleich der Befunde, wie sie in den Berichten vom 25. April 1998, vom 7. Mai 1998, vom 2. Juni 1999 und vom 14. Dezember 1999 erwähnt worden seien, mit den heute zu erhebenden Befunden ergebe eine Verbesserung des Gesundheitszustands (vgl. E. 3. 5 .2) . 4.2

Die Beschwerdeführerin ist der Auffassung, eine Verbesserung des Gesundheitszustands seit der letzten Revision sei nicht ausgewiesen. Sie lässt vortragen,

dass ihre Erkrankung in schubförmigen Entzündungsaktivitäten verlaufe. Diese würden insbesondere dann auftreten, wenn sie an ihre körperlichen Grenzen gehe. Ferner sei dem Arztbericht vom 12. November 2011 zu entnehmen, dass sie zuletzt wieder vermehrt unter Beschwerden im Sternumsbereich gelitten habe. Im Übrigen habe auch Dr. A. ___ im Rahmen der Begutachtung eine Bewegungseinschränkung der Brust- und Lendenwirbelsäule festgestellt.

Der Auffassung der Beschwerdeführerin kann nicht gefolgt werden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, wie sie von Dr. Y. ___ in seinen Berichten vom 28. Juni 2010 (Urk. 7/73) bzw. vom 12. November 2011 (Urk. 7/101) beschrieben worden ist, erscheint nicht schlüssig. Dr. A. ___ setzte sich in seinem Gutachten mit der Krankheit der Beschwerdeführerin sorgfältig auseinander. Die Entzündungsschübe, die bei der Beschwerdeführerin bereits in der Vergangenheit aufgetreten seien, werden in dem Gutachten mehrfach erwähnt (vgl. Urk. 7/75/8), die gutachterliche Beurteilung ist mit anderen Worten in Kenntnis derselben erfolgt. Explizit wird gar darauf hingewiesen, dass Entzündungsschübe nicht zwingend eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten (Urk. 7/75/16). Sodann ist eine Bewegungseinschränkung der Brust- und Lendenwirbelsäule in dem Gutachten zwar in der Tat erwähnt, indes wird sie als nicht relevant eingestuft (Urk. 7/75/9). Was die Beschwerden im Sternumsbereich betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass im Zeitpunkt der letzten Revision gemäss dem Arztbericht von Dr. Y. ___ vom 20. Juli 2007 nebst Schmerzen im Lendenbereich gerade solche Beschwerden im Sternumsbereich (Brustbereich) im Vordergrund standen. Gemäss dem neuesten Bericht von Dr. Y. ___ vom 12. November 2011 spielen derartige Beschwerden offenbar nach wie vor eine Rolle (Urk. 7/101). Nachdem der Gutachter im Sternumsbereich und im Bereich des Sternoklavikulargelenks links zwischenzeitlich indes keine Reibungsschwellung bzw. keine Reibung

Druckdolenz mehr objektivieren konnte, ist hier

von einer Verbesserung

auszugehen. 4. 3

In zeitlicher Hinsicht ist wie erwähnt zu beachten, dass Dr. A. ___ den genauen Zeitpunkt der Verbesserung nicht genau bestimmen konnte.

Aufgrund der Akten ist jedoch erstellt, dass sich seit der letzten Revision eine weitere Verbesserung ergeben hat.

Diesbezüglich sei nochmals auf die Ausführungen von Dr. A. ___ hingewiesen, wonach sich die in den Jahren 1998/99 beschriebenen Befunde (Bewegungseinschränkungen an der Wirbelsäule, Hyperkyphose, Druckdolenz an Sternum und Sternoklavikulargelenk) unterdessen nicht mehr vollumfänglich bestätigen liessen. Der im Rahmen des letzten Revisionsverfahrens eingeholte Verlaufsbericht von Dr. Y. ___ hatte nichts von solchen Verbesserungen erwähnt. Wesentlich erscheint sodann ebenfalls, dass seit der letzten Revision auch eine erhebliche Reduktion der Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist.

Während Dr. Y. ___

am 20. Juli 2006 die Arbeitsfähigkeit auf 50 % schätzte,

ging

Dr. A. ___ von einer Arbeitsunfähigkeit von

nur noch 20 – 25 % in der angestammten Tätigkeit aus. 4. 4

Gesamthaft ist festzustellen, dass das Gutachten umfassend, schlüssig und gut nachvollziehbar erscheint. Es darf gestützt auf die Gutachterergebnisse davon ausgegangen werden, dass zwischen der letzten und der aktuellen Revision eine (weitere) massgebende Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten ist. Im Erwerbsbereich ist damit von einer 20 – 25%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinsichtlich der angestammten Tätigkeit auszugehen. Bezüglich einer angepassten Tätigkeit ist hingegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen.

Bei der vorliegenden Sachlage kann im Übrigen offen bleiben, ob die rentenzusprechende Verfügung nicht als zweifellos und richtig zu betrachten wäre, was bei Annahme eines unveränderten Gesundheitszustandes allenfalls hätte geprüft werden müssen. 5.

Nach der medizinisch-theoretischen 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidens adaptierten Tätigkeit richtet sich nachstehend die Bemessung des Invaliditätsgrads. 5.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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). 5.2

5.2.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen 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 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen). 5.2. 2

Die Beschwerdeführerin stellte zur Berechnung des Valideneinkommens nicht auf das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen ab, sondern zog die Daten der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik heran. Entgegen der von ihr vertretenen Auffassung ist jedoch nicht erstellt, dass der ab 1996 bei der Beschwerdeführerin eingetretene Gewinnrückgang auf gesundheitliche Gründe zurückzuführen ist. Es ist vorliegend deshalb kein Grund ersichtlich, von den tatsächlich erzielten Einkommen abzuweichen. Gemäss IK-Auszug (Urk. 7/2) waren der Beschwerdeführerin in den letzten fünf Jahren vor der Aufgabe ihres Geschäfts folgende Einkünfte zugeflossen: Fr. 38'800.-- (1994); Fr. 38'800.-- (1995); Fr. 47'600.-- (1996); Fr. 47'600.-- (1997); Fr. 28'330.-- (1998; nur Monate Januar – Oktober; entspricht auf zwölf Monate hochgerechnet Fr. 33'996.--).

Angesichts der ausgewiesenen Schwankungen erscheint es sachgerecht, zur Bestimmung des Validen Einkommens auf einen Durchschnittswert abzustellen. Der Durchschnitt der letzten fünf Jahre (1994 - 1998) dürfte ein zureichend ausgewogenes Resultat ergeben. Auf diese Weise errechnet sich ein Einkommen von Fr. 41'359.--. Zu berücksichtigen ist sodann die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2011 (Index Frauen 1994: 2051; Index Frauen 2011:

2604; ent spricht einer Steigerung von 27 % ; vgl. die auf der Website des Bundesamtes für Statistik [www.bfs.admin.ch] unter der Rubrik "03 - Arbeit und Erwerb" und der Unterrubrik "Löhne, Erwerbseinkommen" publizierten Lohnentwicklungsdaten).

Diesbezüglich ergibt sich ein Betrag von Fr. 52'510.--. Bei einer Erwerbstätigkeit im Umfang eines Pensums von 80 % resultiert so ein Valides Einkommen von Fr. 42'008.--.

5.3

5.3.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes 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 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 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, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

5.3.2
Vorliegend ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht bzw. sie ihr noch vorhandenes Restarbeitsfähigkeitspotential nicht ausschöpft. Aufgrund dessen ist das Invalideneinkommen anhand der Tabellenlöhne der LSE zu ermitteln. Anwendbar ist die LSE-Tabelle TA1, Privater Sektor, Total Anforderungsniveau 4. Im Jahr 2010 lag der Zentralwert der weiblichen Arbeitskräfte bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden bei Fr. 4'225.--. Umgerechnet auf ein Jahr und unter Berücksichtigung der im Jahr 2

E. 8

ATSG) sind.

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. 5

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9). 1. 6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1. 7

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe 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 Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 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.).

2.

Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob eine anspruchsbeflussende Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist.

Die IV-Stelle hielt gestützt auf das Gutachten von Dr. A. ___ dafür, es sei seit der letzten Rentenrevision zu einer weiteren wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustands gekommen, da in der angestammten Tätigkeit als Coiffeuse nur noch eine Arbeitsunfähigkeit von 20

–

25 % bestehe (Urk. 7/88-89). Demgegenüber wird von der Beschwerdeführerin vorgebracht, Dr. A. ___ vermöge nicht darzutun, inwiefern sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ab August 2007 gebessert haben soll. Zuzugleich sei die Rentenaufhebung nicht zulässig (Urk. 1). 3.

E. 010

betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden pro Woche ergibt dies einen Betrag von Fr. 52'728.--.

Wiederum zu berücksichtigen ist die Nominallohnentwicklung im Jahr 2011 (Index Frauen 2010: 2579; Index Frauen 2011: 2604), so dass im Ergebnis ein Invalideneinkommen von Fr. 53'239.-- resultiert. 5.

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