

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01096 vom 2. Dezember 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.01096](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01096)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01096 du 2 décembre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01096 del 2 dicembre 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen 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).

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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 ihrer 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).

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.

#### **E. 1.4**

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 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003

E. 2.2.3). 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; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 f. und 133 V 108 E. 5.4 S. 114 mit Hinweis). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter

lit. f IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_771/2009 vom 10. September 2010 und 9C\_586/2010 vom 15. Oktober 2010, je E. 2.2, mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und ge ge benenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu neh men, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Ar beitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.6**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen 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 Vorlie gen einander widersprechender medizinischer Be richte den Prozess nicht erledi gen, ohne das gesamte Beweisma terial zu würdigen und die Gründe anzugeben, wa rum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S.

188 E.

2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gut achtens is t im Lichte dieser Grundsätze ent scheidend, ob es für die Beantwor tung der ge stellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Un tersuchun gen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinander setzt was vor allem bei psy chi schen Fehlent wicklungen nö tig ist , in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinander setzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Dar le gung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein leuchtet, ob die Schluss folgerungen der medizinischen Exper ten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Ex per t e oder die Expertin nicht auszu räumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Be antwortung der Fragen erschweren oder ver unmöglichen, gegebe nenfalls 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 Sozialversi cherung, BJM 1989, S.

30 f.; derselbe in H. Fredenhagen , Das ärztliche Gutach ten, 3.

Aufl. 1994, S.

24 f.). 2.

### **E. 2**

Gegen die se

V erfügung erhob X.\_\_\_\_ – vertreten durch Rechtsanwältin Lotti Sigg Bonazzi – mit Eingabe vom 10. Oktober 2012 Be schwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei ihr weiterhin eine Invalidenrente auszu richten . Zudem ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und um Be stellung von Rechtsanwältin Lotti Sigg Bonazzi zur

unentgeltliche n

Rechts bei ständin .

Die Beschwerdegegnerin ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 6. November 2012 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten Urk. 7/1-194). Mit Verfügung vom 27. November 2012 (Urk. 14) be w il l i g t e das hiesige Gericht der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozess f ü h r u n g und bestellte Rechtsanwältin Sigg Bonazzi

für das vorliegende Verfah ren

zur unentgeltliche n Rechtsvertreterin. Zudem wurde ein zweiter Schriften wech sel angeordnet. Mit Eingabe vom 18. März 2013 erstatte te die Beschwerde f ü h r e r i n innert erstreckter Frist Replik und stellte zusätzlich den Antrag , es seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen (Urk. 18 ). Die Beschwerde geg nerin ver z i c h t e t e am 9.

April 2013 auf Duplik (Urk. 22).

### **E. 2.1**

Zu prüfen ist, ob sich der massgebliche Sachverhalt seit der Verfügung vom 12. März 2007 (Urk. 7/77), welche mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 7. Au g u s t 20

### **E. 3**

IVG; ge misch t e Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Er werbs tätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter ande rem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Per son 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 Erwerbzbereich ein Einkommens- und im Auf g abenbereich 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).

### **E. 3.2**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Aufhebung des Rentenanspruchs

ge stützt auf das rheumatologische Gutachten des E.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2010 (Urk. 7/165) im Wesentlichen damit, dass der Beschwerdeführerin die ange stamm t e mittelschwere bis schwere Tätigkeit in der Alterspflege nicht mehr mö g lich, ihr hingegen eine behinderungsangepasste (leichte bis mittelschwere rücken adaptierte wechselbelastende Tätigkeit mit einer Gewichtslimite von 10 bis 15 Kilo gramm) zu 100 % zumutbar sei . Der Einkommensvergleich – bei ei ner 100%igen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall – ergebe unter Berücksichti gung eines Leidensabzuges von 10 % einen Invaliditätsgrad von 13 % . Dabei berech tige der Revisionsgrund der Statusänderung zu einer umfassenden Neu über prü fung . Es bestehe deshalb kein Rentenanspruch mehr (Urk. 2).

### **E. 3.3**

Die Beschwerdeführerin ist demgegenüber der Ansicht, weder auf das rheumatologische E.\_\_\_\_-Gutachten noch auf das psychiatrische Gutachten der Klinik G.\_\_\_\_ sei abzustellen. Das rheumatologische Gutachten vom 1. Dezember 2010 beruhe nicht auf allseitigen Untersuchungen, da keine neuen Röntgenbilder angefertigt und konsultiert worden seien. Der neuste Röntgenbefund vom 12. September 2012 (Urk. 19/1, von der Beschwerdeführerin eingereicht) zeige dagegen Höhenminderungen der Bandscheiben L2/3, L3/4 und L4/5, welche wahrscheinlich bereits im Begutachtungszeitpunkt im Jahre 2010 vorgelegen hätten und von den E.\_\_\_\_-Ärzten jedoch mangels aktueller Röntgenbilder nicht berücksichtigt worden seien, weshalb die Beurteilung nicht korrekt erfolgt sei. Ansonsten sei gestützt auf den neuen Röntgenbefund der Schluss zu ziehen, dass sich seit der Begutachtung im September 2010 der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin massiv verschlechtert habe. Auf das psychiatrische Gutachten dürfe nicht abgestellt werden, da es sich bei der „Klinik“ G.\_\_\_\_ um eine normale Arztpraxis handle und dabei die Verwendung des Begriffes „Klinik“ als unlauter gelte

und gegen das Täuschungsverbot verstosse. Indem sich Dr. F.\_\_\_\_ überdies als „Chefarzt“ bezeichne, erwecke er einen falschen Anschein, weshalb Zweifel an seiner Eignung als Gutachter angebracht seien. Da Dr. F.\_\_\_\_ überdies von der E.\_\_\_\_ und nicht von der Beschwerdeführerin beauftragt worden sei, seien die formellen Voraussetzungen für eine fachgerechte Beurteilung nicht eingehalten worden.

Den Gutachten sei aus all diesen Gründen der Beweiswert abzusprechen. Es seien deshalb weitere (medizinische) Abklärungen vorzunehmen. Ausserdem dürfe auch bei einer freien Überprüfung des Rentenanspruchs (im Rahmen eines Methodenwechsels, der zur Revision berechtigt) nicht ohne Notwendigkeit von den der ursprünglichen Invaliditätsschätzung zugrunde gelegten Kriterien abgewichen werden, das heisst einfach ein neues Gutachten an die Stelle früherer Gutachten gestellt werden, ohne die früheren Gutachten zu berücksichtigen (Urk. 1 und Urk. 18). 4. 4.1

Zu prüfen ist deshalb der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. 4.2

In medizinischer Hinsicht massgebend für die ursprüngliche

Rentenzusprache war das Gutachten von Dr.

Y.\_\_\_\_ vom 9. November 2002 (Urk. 7/22), worin folgende Diagnosen gestellt wurden:

L2/3:

Osteochondrose, Diskushernie

L3/4:

Osteochondrose, Diskusprotusion

L4/5:

Osteochondrose, Diskushernie

L4 bis S1:

Spondylarthrosen.

Es beständen Schmerzen und eine Veränderung der Statik der Wirbelsäule sowie eine verminderte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule. Zudem bestehe ein abgeschwächter Patellarsehnenreflex rechts. Ansonsten fänden sich keine klinischen Hinweise auf eine

Kompression der Nervenwurzel lumbal. Im Röntgen zeigten sich leichtgradige degenerative Veränderungen und im MRI schwerwiegende degenerative Veränderungen auf diversen Niveaus der Lendenwirbelsäule. Im Szintigramm lasse sich eine leichtgradige pathologische Anreicherung an der Lendenwirbelsäule erkennen. Da keine neurologischen Ausfälle vorlägen und in den bildgebenden Verfahren keine Kompression der Nervenwurzeln sichtbar sei, sei von einer Operation abzuraten. Konservative Massnahmen dürften keinen richtungweisenden Einfluss auf das Gebrechen haben. Die Beschwerdenangaben seien glaubhaft. Die Beschwerden seien mittels der aktuellen bildgebenden Verfahren klar objektivierbar. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aus orthopädisch-chirurgischer Sicht für immer höchstens zu 25 % arbeitsfähig. Zumutbar sei eine körperlich leichte Erwerbstätigkeit von 2 bis 3 Stunden pro Tag. Nicht zumutbar seien das Heben von Gewichten und eine

vornübergeneigte Haltung. Günstig sei eine wechselbelastende Tätigkeit, problematisch eine rein sitzende Tätigkeit. 4.3

Im Bericht vom 20. September 2007 über den Klinikaufenthalt vom 30. Juli bis 22. August 2007 in der Klinik I. (Urk. 7/97) diagnostizierten die behandelnden Ärzte

eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) sowie ein chronisch rezidivierendes

Dorsolumbovertebralsyndrom bei Flachrücken und sekundär degenerativen Veränderungen nach Morbus Scheuermann. Die Beschwerdeführerin leide aus psychologisch-ärztlicher Sicht an einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion auf dem Boden jahrelanger Rückenbeschwerden. Darüber hinaus kämen eine traumatisierende familiäre Belastungssituation mit fraglichem Missbrauch durch den Grossvater sowie ein konfliktreiches, angstgefülltes Verhältnis zum Vater als weitere Einflussfaktoren hinzu. Im Rahmen der körperlichen Aufbauprogramme begleitenden psychotherapeutischen Gespräche hätten neben dem chronischen Schmerzzustand diverse Belastungsfaktoren familiärer und persönlicher Art transparent gemacht werden können. Der Fokus sei hierbei vor allem auf Körperwahrnehmung, Förderung der Abgrenzungsfähigkeit sowie Auswege aus der Regression gelegt worden. Die Beschwerdeführerin sei dem integrierten psychosomatischen Programm mit körperlichen, die Selbstwahrnehmung fördernden Tätigkeiten, mit Förderung der Entspannungskompetenz, psychoedukativen Vorträgen, Physio- und Atemtherapie sowie Sozialberatung unterzogen worden. Sie habe das körperliche Aktivierungsprogramm mit Wandern, Kraft- und Ausdauertraining, Ergometertraining, Gymnastik/Wassergymnastik und Schwimmen in einer altersentsprechend schwachen Belastungsgruppe durchlaufen, habe jedoch während des Aufenthaltes ihre Leistungsfähigkeit, insbesondere beim Gehen, steigern und in die nächst stärkere Gruppe aufsteigen können. Besonders habe sie von diversen Entspannungsübungen, welche sich analgetisch auswirkten, profitiert. Sie verlasse die Klinik in psychophysisch gestärktem und stabilisiertem Zustand mit der Einsicht, künftig in ihrer Tagesstruktur mehr Raum für Bewegung und Entspannung einzuräumen. Sie habe sich ausserdem motiviert gezeigt, eine medikamentöse antidepressive Therapie mit Venlafaxin (Efexor) zu beginnen. Die Arbeitsunfähigkeit habe im Zeitpunkt des Klinikaustritts bis einschliesslich 31. August 2007 100 % betragen, danach sei eine Neubeurteilung notwendig. 4.4

Der Gutachter Dr. B.\_\_\_\_ hielt in seinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 15. Februar 2008 ( Urk. 7/107) fest, dass bei der Beschwerde führerin zurzeit keine Störung gemäss ICD 10 (Kapitel V [F, psychische und Verhaltensstörungen], WHO 1994) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor liege . Bezüglich der körperlichen Erkrankungen verwies er auf die Angaben in den beiden Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 9. November 2002 ( Urk. 7/22) und von Dr. A.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2007 ( Urk. 7/66). Als weitere Diagnosen erwähnte er (1) einen Status nach Anpassungsstörung mit (a) Angst und depressiver Reaktion gemischt (F.43.22) und (b) bei Ehekonflikt und Ende einer IV-Leistung, (2) einen Status nach Autounfall 1984 mit chronisch rezidivierendem Dorsolumbovertebralsyndrom bei Flachrücken und sekundär degenerativen Veränderungen bei Morbus Scheuermann. Die im Arztbericht der Klinik I.\_\_\_\_ vom 20.

September

2007 genannte Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt sei objektiv nicht mehr feststellbar. Der Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD 10 (F 45.4) könne aktuell nicht bestätigt werden, da die Schmerzen ausreichend durch körperliche Erkrankungen erklärbar seien und eine eindeutige Verstärkung der Schmerzen durch die aktuell belastenden Lebensereignisse (unter anderem Ehekonflikt, finanzielle Sorgen) auf Nachfrage verneint werde. Die Präsentation der Störung könne auch nicht als Simulation oder Aggravation beurteilt werden. Prognostisch sei bei ange messener Fortführung der Behandlung von einer vollständigen Remission der depressiven Verstimmung auszugehen. Gegenwärtig bestehe aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die bisherige und für eine angepasste Tätigkeit. Für Tätigkeiten im Haushalt bestehe ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, da die Beschwerde führerin über eine freie Zeiteinteilung in einem gewohnten Umfeld verfüge. Berufliche Massnahmen könnten und sollten per sofort eingeleitet werden. 4 . 5

Im RAD-Untersuchungsbericht vom 9. Dezember 2008 ( Urk. 7/126) stellte Dr. C.\_\_\_\_ , welche die Beschwerdeführerin am 29. August 2008 untersuchte, die Hauptdiagnose eines chronisch rezidivierenden Dorsolumbalsyndroms mit/bei Flachrücken und sekundären degenerativen Veränderungen bei Status nach Morbus Scheuermann und als Nebendiagnose Status nach Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10: F 43.22). Die Wirbelsäule der Beschwerdeführerin sei abgeflacht und die Beweglichkeit eingeschränkt. Im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule verspüre sie bei Bewegungen Schmerzen. Die Muskulatur sei im Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäulenbereich verhärtet und druckempfindlich. Die Beschwerdeführerin habe sich vorsichtig und verhalten fortbewegt, Gangunregelmässigkeiten seien während der Untersuchung nicht zu beobachten gewesen. Beim Lasègue im Liegen habe sie bei 80° ein Ziehen ange geben, links bei 90°. Der Lasègue im Sitzen habe vor der vollständigen Streckung des Knies zu Schmerzen geführt. Für jedwede rückenbelastende Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine angepasste Tätigkeit (leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 Kilogramm und ohne Verharren in Zwangshaltungen ) sei der Beschwerde führerin dagegen zu 100 % zumutbar. 4.6

Grundlage für die rentenaufhebende Verfügung vom 12. September 2012 bilden das rheumatologische Gutachten des E.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2010 ( Urk. 7/165) sowie das psychiatrische Gutachten der Klinik G.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2010 ( Urk. 7/164). 4.6.1

Im rheumatologischen Gutachten des E. \_\_\_ vom 1. Dezember 2010 ( Urk. 7/165) wurden folgende Diagnosen genannt:

Thorakovertebral , lumbospondylogenes Syndrom beidseitig mit/bei:

-

in multisegmentalen, dehydrierten Bandscheiben auf Höhe Th9/10, Th11/12 , Th12/L1, L2/3, L3/4, L4/5 mit mediolateral gelegener, kleiner Diskushernie L2/3 rechts (MRI vom 29. Oktober 2002) ohne eindeutige Höhenverminderung oder Modic -Zeichen, noch Neurokompressionen (MRI vom 7. Juli 2006)

-

leicht regredienter

Protusion L2/3 2006 im Vergleich zu 2002

-

thorakolumbalem Flachrücken

-

geringfügig veränderten Wirbeln der Brustwirbelsäule (BWS), bei Verdacht nach durchgemachtem Morbus Scheuermann (MRI der BWS vom 18. März 2005)

-

in muskulärer Insuffizienz

-

klinisch dringendem Verdacht von Symptomausweitung mit ausgeprägtem Angstvermeidungs- und Schonverhalten.

Die Leistungsbereitschaft sei fraglich und die Beobachtungen bei den Tests wie sen auf eine Selbstlimitierung hin, so sei die Konsistenz bei den Tests mässig gewesen. Im Vergleich zu den beiden Gutachten in den Jahren 2002 und 2006 fänden sich derzeit objektiv somatisch keine wesentlichen Befundunterschiede beidseitig. So hätten sich klinisch nur wenig pathologische Befunde gefunden: nämlich ein Schulter- und Beckengeradstand, eine minime rechtskonvexe LWS-Skoliose, ein thorakolumbaler Flachrücken. Die Beschwerdeführerin habe lediglich eine Bewegungseinschränkung der LWS von einem Drittel des normalen Bewegungsumfanges gezeigt. Bei der Bewegungsprüfung der Wirbelsäule sei eine vollumfängliche, gute Entfaltung der Wirbelsäule im BWS- und HWS-Bereich ersichtlich gewesen. Die LWS sei dagegen steif gehalten worden. Die Rotation der LWS, BWS und des ganzen Oberkörpers habe in der LWS gar keine Schmerzen ausgelöst! Ausfälle der Patellarsehnenreflexe fänden sich keine, doch

habe die Beschwerdeführerin auffälligerweise darauf bestanden, zumindest rechts einen Patellarsehnenreflexausfall zu haben. Die Beschwerdeführerin weise ein ausgesprochenes Schmerz-, Angst- und Vermeidungsverhalten auf. Mit Wahrscheinlichkeit sei die

Bewegungseinschränkung im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) nicht somatischer Genese sondern auf dieses Schmerz-, Angst- und Vermeidungsverhalten zurückzuführen. Die wiederholten bildgebenden Abklärungen ergaben keine medizinisch wirklich plausiblen nachvollziehbaren strukturellen Veränderungen, die eine derartige Schmerzhaftigkeit und Bewegungseinschränkung der LWS erklärten. Die Beschwerdeführerin wirke auf Schmerzen in der LWS und in der unteren BWS stark fixiert. Seit der ersten Beurteilung im Jahre 2002 sei jedenfalls keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin verifizierbar. Aufgrund der klinisch wenig pathologischen Befunde seien die Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die Gutachter Dr. Y.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ – gestützt auf die damals vorhandenen Bildgebungen der Wirbelsäule – nicht nachvollziehbar. Es bestehe dagegen der Verdacht, dass sich diese Beurteilungen (25 % arbeitsfähig gemäss Dr. Y.\_\_\_\_ und 50 % arbeitsfähig nach Dr. A.\_\_\_\_) überwiegend auf die subjektive, wahrscheinlich intensive Schmerz- und Beschwerdeangabe der Beschwerdeführerin, stützen.

Die bisherige Tätigkeit in der Alterspflege, welche als mittelschwer bis schwer zu taxieren sei, sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. Eine leichte rücken adaptierte wechselbelastende Tätigkeit (mit der speziellen Einschränkung: Heben Boden zu Taillenhöhe bis mindestens 10 Kilogramm, Heben Taillen zu Kopfhöhe bis maximal 10 Kilogramm, Heben horizontal bis maximal 17.5 Kilogramm, Tragen rechte Hand bis mindestens 12.5 Kilogramm und Tragen linke Hand bis mindestens 10 Kilogramm möglich) sei der Beschwerdeführerin ganztags zumutbar. 4.6.2

Dr. F.\_\_\_\_ von der Klinik G.\_\_\_\_ legte im psychiatrischen Gutachten vom 29. Oktober 2010 (Urk. 7/164) dar, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden könne. Der Status nach Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt, das sich im Verlauf 2007 schleichend entwickelt habe und spätestens im Februar 2008 abgeklungen sei (gemäss psychiatrisch-psychotherapeutischem Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_, Urk. 7/107), wirke sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Gemäss anamnestischen Angaben habe die Beschwerdeführerin schmerzbedingt immer wieder unter Stimmungseinbrüchen, Ängstlichkeit und Nervosität gelitten, was aber sehr häufig bei chronischen Schmerzen auftrete und isoliert betrachtet die Kriterien einer psychiatrischen Erkrankung nach ICD-10 nicht erfülle. Die wichtigsten psychokognitiven Funktionen (Gedächtnis, Gedankenfluss, Konzentrationsfähigkeit, Auffassungsvermögen, Merkfähigkeit, psychische Belastbarkeit, geistige Flexibilität, Antrieb, Psychomotorik) seien intakt. In der bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig; aus psychiatrischer Sicht sei sie nie über längere Zeit arbeitsunfähig gewesen. Deshalb bestehe auch kein Bedarf nach angepassten Tätigkeiten. Die berufliche Eingliederung könne jederzeit und ohne Einschränkung erfolgen. 5.

## 5.1

Das rheumatologische Gutachten des E.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2010 (Urk. 7/165) basiert auf einer umfassenden rheumatologischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die begutachtenden Ärzte haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Dem E.\_\_\_\_-Gutachten kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 1.6).

Die E.\_\_\_\_ -Gutachter stellten schlüssig

fest, dass klinisch wenig pathologische Befunde vorliegen und diese die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen und Bewegungseinschränkungen nicht erklärten, da die wiederholten bildgebenden Abklärungen keine derartige Beschwerden verursachenden strukturellen Veränderungen zeigten. So ergaben

auch die durchgeführten Bewegungstests

grundsätzlich eine gute Beweglichkeit der Wirbelsäule .

Die Rotation der LWS, BWS

sowie des ganzen Oberkörpers löste keine Schmerzen in der LWS aus. Es war hingegen die Beschwerdeführerin selbst, welche die LWS steif hielt und auf Schmerzen in diesem Bereich fixiert wirkte . Ausserdem beharrte sie auf dem Vorliegen eines Patellarsehnenreflexausfalls rechts, obwohl kein solcher beobachtet werden konnte.

Angesichts der Beobachtung der E.\_\_\_\_ -Gutachter, wonach die Beschwerdeführerin mit fraglicher Leistungsbereitschaft und mässiger Testkonstanz sowie selbstlimitierend an der Evaluation mitwirkte, erscheint ihre Schlussfolgerung, dass die Schmerzen und Bewegungseinschränkungen auf ein ausgeprägtes Angst-, Schmerz- und Vermeidungsverhalten zurückzuführen sind, nachvollziehbar .

Bereits im Jahre 2002 stellte Dr. Y.\_\_\_\_ degenerative Veränderungen auf diversen Niveaus der LWS fest, doch lagen keine neurologischen Ausfälle oder Kompressionen der Nervenwurzel vor. Wenn die E.\_\_\_\_ -Ärzte nun objektiv somatisch keine eigentlichen Befundunterschiede zu den Gutachten aus den Jahren 2002 und 2006 finden und keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes verifizierbar ist, ist der geäusserte Verdacht, dass sich die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 25 % durch Dr. Y.\_\_\_\_

überwiegend auf die subjektive Schmerz- und Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin stützt ,

einleuchtend. Somit stellt das aktuelle rheumatologische Gutachten des E.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2010 (Urk. 7/165) unter Einbezug der früheren ärztlichen Beurteilungen überzeugend dar, dass aus somatischer Sicht keine derartigen strukturellen Veränderungen der Wirbelsäule vorliegen, die eine solche Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen. 5.2

Die Beschwerdeführerin bringt vor , das Gutachten beruhe nicht auf allseitigen Untersuchungen, da keine neuen Röntgenbilder angefertigt worden seien (Urk. 18 S. 4 f.) Es liegt nun aber im Ermessen der Ärzte, welche Untersuchungen sie für notwendig halten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_153/2013 vom 10. Mai 2013 E .

3.2.1). Das MRI der LWS vom 7. Juli 2006 in der J.\_\_\_\_ , welches den Gutachtern zur Verfügung stand (Urk. 7/165/8), zeigte sogar eine Regression der im Jahre 2002 ersichtlichen Bandscheibenprotusion auf Höhe L2/3, weshalb das E.\_\_\_\_ keinerlei Veranlassung hatte, neue Röntgenbilder herzustellen . Im von der Beschwerdeführerin eingereichten neusten Röntgenbefund des K.\_\_\_\_ vom 12. September 2012 (Urk. 19/1) wurden zwar Höhenminderungen der Bandscheiben L2/3, L3/4 und L4/5 festgehalten . Gleichzeitig konnte jedoch eine Diskushernie, ein Wirbelgleiten und eine spinale oder neuroforaminale Enge ausgeschlossen werden. Vielmehr wurde die Ursache der Exazerbation in einer mechanischen Überbelastung durch muskuläre Inbalance vermutet. So wurde denn auch lediglich eine medizinische Trainingstherapie (MTT) empfohlen.

Diese Umstände führen nicht dazu, dass die Beurteilung durch das

E.\_\_\_\_, welches auf das Erstellen neuer Röntgenbilder verzichtete, nicht korrekt erfolgte, nachdem

bei der E.\_\_\_\_-Begutachtung auf fiel, dass die Beschwerdeführerin bei der Rotation der LWS, BWS und des ganzen Oberkörpers keine Schmerzen in der LWS hatte, was bei den relevanten Rückenbeschwerden aber zu erwarten gewesen wäre.

### 5.3

Im Übrigen stimmt die Beurteilung der E.\_\_\_\_-Gutachter im Wesentlichen mit jener des RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_ überein, welche schon im Dezember 2008 eine angepasste Tätigkeit für 100 % zumutbar erachtet hatte (RAD-Untersuchungsbericht vom 9. Dezember 2008, Urk. 7/126).

### 5.4

Demnach ist auf das überzeugende rheumatologische Gutachten des E.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2010 (Urk. 7/165) abzustellen. 6.

### 6.1

Auch das psychiatrische Gutachten der Klinik G.\_\_\_\_ (Urk. 7/164) entspricht den erforderlichen Kriterien (vgl. Erwägung 1.6).

Der Gutachter Dr. F.\_\_\_\_ ging übereinstimmend mit dem Gutachter Dr. B.\_\_\_\_, welcher die Beschwerdeführerin im Jahre 2008 begutachtet hatte (Urk. 7/107), davon aus, dass sich die im Bericht der Klinik I.\_\_\_\_ vom 20. September 2007 (E. 4.3) diagnostizierte Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) vor allem im Zusammenhang mit persönlichen Stresssituationen (Zuspitzung der Eheprobleme und Auseinandersetzung mit traumatischen Kindheitsereignissen) entwickelt hatte und bereits im Jahre 2008 abgeklungen war.

Aus dem Bericht der Ärzte der Klinik I.\_\_\_\_

geht im Übrigen hervor, dass die Beschwerdeführerin die Klinik in psychophysisch gestärktem und stabilisiertem Zustand verlassen habe und die Arbeitsfähigkeit anschliessend neu beurteilt werden müsse.

Eine psychiatrische Erkrankung, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, liegt demnach nicht – oder jedenfalls zum Zeitpunkt der Rentenherabsetzung nicht mehr – vor.

### 6.2

Die Beschwerdeführerin rügt, bei der „Klinik“

G.\_\_\_\_ handle es sich um eine normale Arztpraxis, was als unlauter gelte und gegen das Täuschungsverbot verstosse. Indem sich Dr. F.\_\_\_\_ als Inhaber der Praxis als „Chefarzt“ bezeichne, obwohl er nebst dem „Chefarzt-Stellvertreter“ der einzige Arzt der Praxis sei, erwecke er einen falschen Anschein. Deshalb seien Zweifel an der Eignung von Dr. F.\_\_\_\_ als Psychiater für eine Begutachtung angebracht (Urk. 18 S. 5).

Das Bundesgericht hat es zwar als zulässig erachtet, dass ein Kanton privaten Arztpraxen ohne stationäre Einrichtungen die Verwendung der Bezeichnung „Klinik“ untersage. Allerdings hat es im selben Urteil auch darauf hingewiesen, dass die Bezeichnung „Klinik“ in anderen Kantonen durchaus zugelassen werde, weshalb nicht abgeleitet werden

könne, dass die Verwendung der Bezeichnung „Klinik“ im Namen einer Arztpraxis generell irreführend sei (Urteil des Bundesgerichts 2C\_367/2008 vom 20. November 2008 E. 4). Da die Beschwerdeführerin nicht darlegen konnte, inwiefern die Verwendung der Begriffe „Klinik“ und „Chef arzt“ zu einer mangelnden Verwertbarkeit der im Rahmen der Begutachtung gewonnen Erkenntnisse führen soll, erweist sich die Rüge als unbegründet. 6.3

Die Beschwerdeführerin bemängelt überdies die Nicht-Einhaltung der formellen Voraussetzungen für eine fachgerechte Begutachtung, da Dr. F.\_\_\_\_ offen sichtlich vom E.\_\_\_\_ und nicht von der Beschwerdegegnerin beauftragt worden sei. Ein solches Vorgehen sei rechtswidrig und widerspreche im Übrigen auch den vom Bundesgericht aufgestellten Leitlinien im BGE 137 V 210 (Urk. 18 S. 6).

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist es zulässig und üblich, dass ein von der Beschwerdegegnerin beauftragter Gutachter weitere Gutachter beizieht, vor allem, wenn ein polydisziplinäres Gutachten zu erstellen ist. Auch die bundesgerichtlichen Vorgaben wurden vorliegend eingehalten: indem der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 9. August 2010 seitens der E.\_\_\_\_ der Termin für die Begutachtungen mitgeteilt wurde, woraus sich der Beizug von Dr. F.\_\_\_\_ für die separate psychiatrische Untersuchung ergibt (Urk. 7/162/3), wurden die Mitwirkungsrechte der Beschwerdeführerin als Partei, vor allem in Bezug auf die allfällige Geltendmachung von Ausstandsgründen in der Person des Gutachters, gewahrt. 7.

Zusammenfassend entspricht das bidisziplinäre

Gutachten den erforderlichen Kriterien und es ist seit Dezember 2010 (Begutachtungszeitpunkt) von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in leichten rückenadaptierten wechselbelastenden Tätigkeiten (mit der speziellen Einschränkung: Heben Boden zu Taillenhöhe bis mindestens 10 Kilogramm, Heben Taillen zu Kopfhöhe bis maximal 10 Kilogramm, Heben horizontal bis maximal 17.5 Kilogramm, Tragen rechte Hand bis mindestens 12.5 Kilogramm und Tragen linke Hand bis mindestens 10 Kilogramm möglich)

auszugehen. Wenn die Beschwerdeführerin diese medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist sie trotzdem nach dieser, mit hin nach dem ihr objektiv zumutbaren Arbeitsausmass, zu beurteilen (BGE 127 V 294 E. 4c mit Hinweisen und AHI 2001 S. 228 E. 2b).

## **E. 08**

(Urk. 7/122) materiell geprüft und

worin festgestellt wurde, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 49 % über den 30. April 2007 hinaus Anspruch auf eine Viertelsrente

hat, bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. September 2012 (Urk. 2) in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat. Auch eine Qualifikationsänderung

(so genannte Statusänderung) und damit ein Wechsel der Bemessungsmethode stellt einen Revisionsgrund dar.

Die Beschwerdeführerin selbst machte mit Schreiben vom 18. November 2009 (Urk. 7/148) geltend, aufgrund der bevorstehenden Ehescheidung würde sie ohne Gesundheitsschaden zu 100 % einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen. Laut Haushaltsabklärungsbericht vom 10. Februar 2011 (Urk. 7/169) er scheint die 100%ige ausserhäusliche Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin durchaus nachvollziehbar und plausibel. Auch die Beschwerdegegnerin geht richtigerweise von dieser veränderten Qualifikation aus (Urk. 2 S. 3), weshalb ein Revisionsgrund vorliegt. 3.3.1

Bei der Durchführung von Revisionen sind die Vollzugsorgane der Invalidenversicherung verpflichtet, den Untersuchungsgrundsatz zu wahren (Art. 43 Abs. 1 ATSG) beziehungsweise die versicherungsrelevanten Sachverhaltselemente abzuklären. Liegt ein Revisionsgrund (hier: Statusänderung) vor, so hat eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen, mithin auch eine neue ärztliche Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit (BGE 130

V 343 E. 3.5, Urteil des Bundesgerichts 8C\_864/2011 vom 1. Februar 2012

E. 5.1 mit Hinweisen).

### **E. 8.1**

Die Beschwerdeführerin wendet – unter Berufung auf das bundesgerichtliche Urteil 8C\_882/2010 vom 15. April 2011 E. 4.2 – ein, dass trotz Rentenrevision aufgrund eines Methodenwechsels bei der Invaliditätsbemessung nicht ohne Notwendigkeit von den ursprünglichen Invaliditätsschätzung zugrunde gelegten Kriterien abgewichen werden dürfe. Auch wenn bei Vorliegen eines Revisionsgrundes alle Sachverhaltselemente überprüft werden könnten, bedeute dies nicht,

dass die früheren im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstellten Gutachten überhaupt nicht mehr beachtet werden müssten, so dürfe nicht einfach ein neues Gutachten an die Stelle früherer Gutachten gestellt werden, ohne die früheren Gutachten zu berücksichtigen (Urk. 18 S. 6 f.).

### **E. 8.2**

Die Beschwerdeführerin verkennt dabei, dass sich diese Einschränkung, dass auch bei einer umfassenden Prüfung des Rentenanspruchs nicht ohne begründete Notwendigkeit von den ursprünglichen Bemessungskriterien abgewichen werden soll, nur auf den eigentlichen Methodenwechsel als Revisionsgrund bezieht. So konkretisiert das zitierte Urteil 8C\_882/2010 vom 15. April 2011 in Erwägung 4.2 weiter: „Das Bundesgericht hat wiederholt entschieden, dass die in einem bestimmten Zeitpunkt massgebende Methode der Invaliditätsschätzung die künftige Rechtsstellung der Versicherten nicht präjudiziert, sondern dass die Kriterien der Erwerbsunfähigkeit einerseits und der Unmöglichkeit der Betätigung im nichterwerblichen Aufgabenbereich andererseits (Art. 16 ATSG und Art. 28 Abs. 2bis IVG) im Einzelfall einander ablösen können (BGE 113 V 273 E. 1a).“ Demnach soll eben nicht ohne begründete Notwendigkeit ein Wechsel von der gemischten Methode zum Einkommens- oder Betätigungsvergleich vorgenommen werden (Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2. Auflage, Ziff. III 1c. S. 376 zu Art. 30/31 IVG [Art. 17 ATSG]).

Vorliegend ist eine Qualifikationsänderung (Statusänderung) sowie folglich das Vorliegen eines Revisionsgrundes nach Art. 17 ATSG jedoch unbestritten (vgl. Erwägung 2). Deshalb

ist auch eine freie Überprüfung aller Sachverhaltselemente, somit auch des Gesundheitszustandes, zulässig. Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei bei der Neu-Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf das E.\_\_\_\_-Gutachten.

### **E. 8.3**

Das aktuelle E.\_\_\_\_-Gutachten vom 1. Dezember 2010 (Urk. 7/165) vermag – wie unter Erwägung 5 dargelegt –

zu überzeugen und es ist auf die darin gemachten Feststellungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abzustellen. Die geklagten Beschwerden lassen sich aus rheumatologischer beziehungsweise somatischer Sicht nicht vollständig erklären: So ergaben die wiederholten bildgebenden Abklärungen keine strukturellen Veränderungen, die eine derartige Schmerzhaftigkeit und Bewegungseinschränkung der LWS plausibel erklären. Diese sind vielmehr auf ein ausgesprochenes Schmerz-, Angst- und Vermeidungsverhalten der Beschwerdeführerin zurückzuführen (vgl. Erwägung 4.6.1 und 5.1).

### **E. 8.4**

Weil das geklagte Beschwerdebild der Beschwerdeführerin zumindest nicht vollständig erklärbar ist, sei ergänzend darauf hingewiesen, dass eine Neubeurteilung auch im Lichte von lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmepaket) – womit bei

pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage der Gesetzgeber die Möglichkeit gewährt, Renten innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung (1. Januar 2012) zu überprüfen und, sofern die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt sind, herabzusetzen oder aufzuheben, auch wenn kein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt – umso mehr als geboten erscheint, als ja ein Revisionsgrund vorliegt.

### **E. 8.5**

Zusammengefasst dringen die Einwände der Beschwerdeführerin nicht durch, weshalb ohne Weiteres auf die Einschätzung im E.\_\_\_\_-Gutachten vom 1. Dezember 2010 (Urk. 7/165) abzustellen ist, wonach die Beschwerdeführerin seit Dezember 2010 in leichten rückenadaptierten, wechselbelastenden Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig ist.

### **E. 9**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung prüft das hiesige Gericht als Beschwerdeinstanz den Streitgegenstand bestimmende, aber nicht beanstandete Elemente nur, wenn hierzu aufgrund der Vorbringen der Parteien oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 125 V 413 E. 2c mit Hinweisen).

Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Bestimmung des Invaliditätsgrades ist von der Beschwerdeführerin nicht gerügt worden und gibt nach Lage der Akten zu keinen Beanstandungen Anlass. Da bei einem Invaliditätsgrad von 13 % kein Rentenanspruch besteht (vgl. Erwägung 1.2), hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente somit zu Recht per Ende Oktober 2012 (vgl. Art. 88 bis Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung) aufgehoben,

weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

### **E. 10.1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis 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 un abhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 700.-- anzusetzen und der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

### **E. 10.2**

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin machte mit Honorarnote vom 16. April 2013 (Urk. 25) einen Aufwand von 14 Stunden und 10 Minuten sowie Barauslagen von Fr. 89.70 geltend. In Anbetracht der zu berücksichtigenden Akten und der zu behandelnden Rechtsfragen erscheint der geltend gemachte zeitliche Aufwand als angemessen. Bei einem gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- ist die unentgeltliche Rechtsvertreterin des halb inklusive Mehrwertsteuer und Auslagenersatz mit Fr. 3'156.70 aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

### **E. 10.3**

Die Beschwerdeführerin ist darauf hinzuweisen, dass sie zur Nachzahlung der Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist ( § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer ). 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 Lotti Sigg Bonazzi, Winterthur, wird mit Fr. 3'156.70 (inklusive Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

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

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

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