

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00560 vom 31. August 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-08-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00560](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00560)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00560 du 31 août 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00560 del 31 agosto 2016

## **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 Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie 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**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.3**

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

Ein sprachentscheid, 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).

#### **E. 1.4**

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 ausgleichender 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 2. 2. 1

##### 2.1.1

Streitgegenstand bildet die verfügte Herabsetzung der Dreiviertelsrente auf eine Viertelsrente (Urk. 2). Zu prüfen ist zunächst, ob aufgrund der getroffenen Abklärungen eine revisionsrechtlich bedeutsame Änderung in den medizinischen Verhältnissen angenommen werden kann, welche eine Rentenherabsetzung

rechtfertigt. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer einschneidenden Differenz in den Tatsachen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2010, E. 4.2 mit weiteren Hinweisen). Zeitliche Vergleichsbasis ist die erstmalige Rentenzusprache, über welche das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 18. März 2010 über die Verhältnisse, wie sie bis Sommer 2007 vorlagen, entschieden hat (Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2008.00472 vom 18. März 2010

Erw. 2.4; Urk. 7/132). 2.1.2

In der angefochtenen Verfügung wurde in den Erwägungen Bezug genommen auf die in einem Schreiben vom 24.

Mai 2013 auferlegte Schadenminderungspflicht, an der man festhalte. In diesem Schreiben war festgehalten worden, es werde erwartet, dass die Versicherte sich weiterhin der Schmerztherapie unterziehe, man werde dies anlässlich der Revision im Juni 2015 überprüfen (Urk. 7/191).

Anfechtbar ist grundsätzlich nur das Dispositiv, nicht aber die Begründung eines Entscheids (BGE 113 V 159). Diese nur in den Erwägungen der Verfügung gemachten Ausführungen sind im vorliegenden Verfahren nicht anfechtbar, weshalb auf die Beschwerde in diesem Punkt nicht einzutreten ist. 2. 2

Für die Rentenreduktion nahm die Beschwerdeführerin gestützt auf die interdisziplinäre medizinische Abklärung vom 28. Februar 2013 eine Verbesserung des

Gesundheitszustandes sowohl aus somatisch-rheumatologischer Sicht als auch aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht an . Ab Februar 2013 sei der Beschwerdeführerin die Ausübung ihrer angestammten Tätigkeit wie auch eine angepasste Tätigkeit zu 60 % zumutbar (Urk. 2). 2. 3

Demgegenüber lässt die Beschwerdeführerin zur Hauptsache einwenden, es liege keine Verbesserung des Gesundheitszustandes

und somit kein Revisionsgrund vor. Der begutachtende Rheumatologe Dr. C.\_\_\_\_ habe sich über die eigentliche Fragestellung, nämlich ob sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprechung verändert habe, hinweg gesetzt . Er beziehe auch die Situation vor der Rentenzusprechung mit ein und kritisiere das Z.\_\_\_\_ -Gutachten, obwohl sich bereits das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich damit auseinandergesetzt habe und die Frage, ob die Rente seinerzeit zu Recht gesprochen worden sei, von ihm nicht zu beantworten sei. Die Beweglichkeit der rechten Schulter habe nicht zu - , sondern abgenommen . Aufgrund der degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule mit einer Diskushernie L5/S1 und einer Skoliose thorakal und lumbal mit einer Dekompensation von 2 cm nach rechts sei sogar von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen , die nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 30 % für eine angepasste Tätigkeit zulasse (Urk. 1 ). 3.

### **E. 3**

). Sie holte ärztliche Berichte (Urk. 7/157, Urk. 7/158, Urk. 7/162, Urk. 7/163, Urk. 7/164, Urk. 7/180 ) und

einen Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug) ein (Urk. 7/ 154 ) und liess die Versicherte interdisziplinär untersuchen ( Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. C.\_\_\_\_ , Fach arzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, vom 28. Februar 2013; Urk. 7/183 ).

Mit Vorbescheid vom 24. Mai 2013 stellte die IV-Stelle die Herabsetzung der Dreiviertelsrente auf eine Viertelsrente in Aussicht (Urk. 7/193) .

Die Versicherte liess Einwände dagegen erheben und reichte von ihr eingeholte ärztliche Stellungnahmen zum Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ von Dr. med. D.\_\_\_\_ , Fach arzt für Orthopädische Chirurgie vom 4. April 2013 ( Urk. 7/200/1) und von Dr. med. E.\_\_\_\_ , Oberärztin an der Rheumaklinik des A.\_\_\_\_ vom 29. August 2013 ( Urk. 7/200/6) , ein. Weiter gab sie einen Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ , Chefarzt Orthopädie der G.\_\_\_\_ , vom 21. Juni 2013 zu den Akten ( Urk. 7/200/4). Daraufhin

nahm Dr. C.\_\_\_\_ am 8. Oktober 2013 ergänzend Stellung zu den Ausführungen im Einwand und in den Arztberichten ( Urk. 7/204, vgl. Urk. 7/200). Wiederum äusserten sich Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ zu den Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 7/210/1-3) und dieser nahm am 17. Dezember 2013 zu den weiteren Vorbringen Stellung (Urk. 7/213) , wozu sich Dr. E.\_\_\_\_ nochmals am 3. Februar 2014 äusserte (Urk. 7/220) .

Mit Verfügung vom 10. April 2014 setzte die IV-Stelle – wie angekündigt -

die Dreiviertelsrente auf den Beginn des zweiten der Zustellung folgenden Monats auf eine Viertelsrente herab ( vgl. Urk. 7/225, Urk. 7/231 = Urk. 2 ) . 2.

Gegen die Verfügung vom 10. April 2014 liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Gwerder, am 26. Mai 2014 Beschwerde erheben und beantragen, es sei die Verfügung aufzuheben und es sei ihr eine ganze, eventuell mindestens aber eine halbe Invalidenrente auszurichten. Auch sei ihr keine Schadenminderungs- und Abweiserpflicht aufzuerlegen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte in der Beschwerdeantwort die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Schreiben vom 4. Juli 2014 wurde der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Mit Schreiben vom 24. März 2015 (Urk. 9) und vom 31. März 2015 (Urk. 11) liess die Beschwerdeführerin weitere Arztberichte einreichen (Urk. 10/1-4, Urk. 12).

Diese wurden der IV-Stelle mit Schreiben vom 2. April 2015 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 13). Mit Schreiben vom 12. Oktober 2015 reichte Rechtsanwältin Gwerder ihre Honorarnote ein (Urk. 14).

Mit Verfügung vom 4. März 2016 wurde die Pensionskasse der Stadt Zürich zum Prozess beigeladen (Urk. 1).

### **E. 3.1**

Die erstmalige Rentenzusprache beruhte einerseits auf der polydisziplinären Begutachtung im

Z.\_\_\_\_ (Gutachten vom 19. September 2009; Urk. 7/72) und andererseits auf dem Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 26. April 2007 sowie dem darin enthaltenen

Bericht über

die Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten, EFL (Urk. 7/78).

### **E. 3.2**

Die Gutachter des Z.\_\_\_\_, die aus den Fachdisziplinen der Inneren Medizin, der Rheumatologie und der Psychiatrie stammten, stellten als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische, mechanisch bedingte schmerzhafte Schultergelenksfunktionsstörung rechts mit/bei einem Status nach offener vorderer Schulterstabilisierung am 22. Dezember 1999 wegen inferiorer Gelenkinstabilität, bei einem Status nach einer Schulterarthroskopie mit einer modifizierten Bankartoperation, einem Intervallverschluss, einer Acromioplastik und einer AC-Resektion rechts am 1. März 2002 wegen einer Restinstabilität, bei einem Status nach wiederholter antibiotischer Behandlung eines biotisch verifizierten Low-grade-Infektes der rechten Schulter 2003 und 2004 und bei einer ausgeprägten muskulären

Dysbalance sowie einer reflektorischen

Schmerzausbreitung fest (Urk. 7/72/24). Die Gutachter kamen übereinstimmend zum Schluss, dass die Versicherte durch die Funktionsstörung der rechten Schulter in der Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Für eine angepasste Tätigkeit bestehe theoretisch eine 30-50%ige Restarbeitsfähigkeit, wobei das genaue Belastungsprofil durch eine funktionelle Leistungsfähigkeitsprüfung geschätzt werden solle (Urk.

7/72/26).

Das A.\_\_\_\_

fürhte im Gutachten vom 26. April 2007 dieselben Diagnosen wie das

Z.\_\_\_\_ auf , wobei es statt einer reflektorischen Schmerzausbreitung den Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungss törung äusserte (Urk. 7/78/10). Daneben konstatierten die dortigen Ärzte ein cervikospondylogenes Syndrom bei insuffizienten HWS-Stabilisatoren und zunehmende Schulterschmerzen links bei konstitutioneller Bandlaxität ( Urk. 7/78/10). Die Gutachter des A.\_\_\_\_ erachteten nach der Durchführung der EFL eine Arbeitsfähigkeit von 40

% in der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin als gegeben, in einer angepassten Arbeit, bei der die rechte dominante Hand nur Hilfshand wäre, wäre eine Arbeitsfähigkeit von 60

% gegeben (Urk.

7/78/11). In einem zusätzlichen Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ , Oberärztin am A.\_\_\_\_ , wurden diese Aussagen dahingehend relativiert, als die Oberärztin eine 30 - 40%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit für zumutbar hielt (Urk. 7/99). 3. 3

Das hiesige Gericht ging aufgrund dieser Begutachtungen durch das Z.\_\_\_\_ und das A.\_\_\_\_ und der Darlegung von Dr. E.\_\_\_\_ von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von maximal 40 % aus. Der Ansicht der Oberärztin des A.\_\_\_\_ folgend, wurde die angestammte Tätigkeit als kaufmännische Sachbear beiterin dabei als angepasste Tätigkeit erachtet . Davon ausgehend wurde ein Invaliditätsgrad von gerundet 67 % errechnet, was zu einem Anspruch auf eine Dreiviertelsrente auch ab 31. Juli 2007 führte (Urk. 7/ 132/8-11, Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV. 2 008.00472 vom 18. März 2010 ). 4. 4.1

Die gesundheitliche Situation im Revisionsverfahren schilderten die behandelnden Ärzte der G.\_\_\_\_ . Dr. F.\_\_\_\_ , Chefarzt Orthopädie, berichtete am 7. Juni 2012, die Beschwerden von Seiten der rechten Schulter seien anhaltend und

hätten sich seit den letzten Konsultationen vom 2. Juli 2009 respektive 8. Oktober 2009 nicht mehr verändert. Seit einigen Monaten nähmen die Schmerzen links zu. Längere Tätigkeiten seien auch unbelastet mit den Armen nicht mehr möglich. Eine aktive Flexion/Elevation sei rechts praktisch nicht mehr über die Horizontale hinaus möglich und gelinge lediglich mit einer ausgeprägten Ausweichbewegung. Der Nackengriff sei möglich und

der Schürzen griff könne bis knapp lumbosakral

ausgeführt werden . Links bestehe eine deutliche Hyperlaxität . Die Schulterbeweglichkeit sei frei . Betreffend die rechte Schulter sei auch langfristig keine Verbesserung zu erwarten. Links bestehe eine ausgeprägte Hypermobilität mit belastungsabhängigen Schmerzen. Beidseits falle eine erhebliche koordinative Zentrierschwäche auf. Aufgrund der Befunde erscheine eine Arbeitsfähigkeit von über 30 % als nicht mehr möglich (Urk. 7/153/4).

4. 2

Im Arztbericht des A.\_\_\_\_ , Rheumaklinik, Dr. E.\_\_\_\_ , vom 3. Oktober 2012 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 7/163/5): 1. Beginnende Omarthrose bei Instabilität rechts 2. Schulterschmerzen links bei konstitutioneller Bandlaxität -

AC-Gelenksarthrose und Reizung der langen Bicepssehne 3. Intermittierendes Panvertebralsyndrom -

Status nach sensiblem lumboradikulärem Syndrom S1 links August 2012.

Im Verlauf sei eine beginnende Omarthrose rechts bei Instabilität aufgetreten. Es sei anzunehmen, dass diese im Verlauf weiter fortschreite. Eine Verbesserung der aktuellen Symptomatik werde nicht eintreten. Der ärztliche Befund ergab eine

Flexion - /Abduktion der rechten Schulter von 90°. Die passive

Flexion betrage 120° und die passive Abduktion 100°. Die Aussenrotation betrage 20°, wobei Endphasenschmerzen auftreten würden. Die Innenrotation betrage 1/3 und sei schmerzhaft eingeschränkt. Die Schulter sei nach vorne unten sub - luxiert. Die Resistiv - Test s seien schmerzhaft. Es bestehe ein deutlicher muskulärer Hartspann im Schultergürtel. Die linke Schulter sei in der Elevation und der Abduktion eingeschränkt (160°). Im August 2012 sei der Lasègue bei 60° links positiv gewesen .

Die Kraft sei erhalten und die Reflexe seien symmetrisch und es habe eine Gefühlsstörung über dem lateralen Unterschenkel und dem lateralen Fussrand links bestanden. Die Beweglichkeit der Lenden - wirbelsäule

sei in der

Lateroflexion beidseits zu 1/3 schmerzhaft eingeschränkt gewesen .

Es habe sich eine Druckdolenz über den Dornfortsätzen L5/S1 und linksparavertebral davon finden lassen.

Die Versicherte sei in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Arbeiten über der Horizontalen zu maximal 30 % arbeitsfähig. Wegen der Rückenbeschwerden sollten langes Stehen oder langes Sitzen vermieden werden (Urk. 7/163/6). 4. 3

Die Hausärztin Dr. med. H. \_\_\_ berichtete am 12. November 2012 von chronischen Schulterschmerzen rechts ,

der Zustand sei in den letzten Jahren stationär geblieben (Urk. 7/164/1). Die rechte Schulter sei in der Abduktion bei der Innen- und Aussenrotation eingeschränkt und es trete ein Endphasenschmerz auf. Links sei die Elevation eingeschränkt. Rechts sei eine Omarthrose dazugekommen. Daher werde sich die Symptomatik in Zukunft eher verschlechtern. Die Beschwerdeführerin sei höchstens zu 30 % in einer ganz leichten Tätigkeit arbeitsfähig. Sie könne nur kurze Zeit aneinander arbeiten, da sie starke Schmerzen bei Belastung habe (Urk. 7/164/2). Dies bedeute, dass sie in einer behinderungsangepassten Tätigkeit während einer bis zwei Stunden pro Tag arbeitsfähig sei (Urk. 7/164/3). 4. 4

Im interdisziplinären Gutachten vom 28. Februar 2013 führte der Rheumatologe Dr. C. \_\_\_ als Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Hypermobilitätssyndrom mit einer Schulterpathologie beidseits auf (Urk. 7/183/49), währendem der psychiatrische Gutachter Dr. B. \_\_\_ festhielt, es lasse sich keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (Urk. 7/183/28).

Dr. C. \_\_\_ berichtete, in der Dokumentation werde auf ein Hypermobilitätssyndrom hingewiesen. Anlässlich der aktuellen Begutachtung könne dieses bestätigt werden.

Gut dokumentiert sei eine habituelle Schulterluxation rechts, die der Grund für operative Eingriffe gewesen sei. Nach dem zweiten Eingriff vom 1. März 2002 habe die Beschwerdeführerin einen Low-grade-Infekt entwickelt. Wiederholt sei eine antibiotische Behandlung durchgeführt worden und im Juni 2005 hätte kein Hinweis mehr auf einen Infekt objektiviert werden können. Die Funktionalität der rechten Schulter sei gestört. Auch derzeit bestünden Hinweise auf eine Instabilität, die die Beschwerdeführerin während der klinischen Untersuchung demonstriert habe. Grundsätzlich sei, aus rein somatischer Sicht beurteilt, nachvollziehbar, dass schmerzbedingt, zumindest phasenweise, eine Kraftabschwächung der Schulterrotatoren und der Oberarm - muskulatur , jeweils rechtsseitig, resultieren könnte. Die von der Beschwerdeführerin anlässlich der aktuellen Begutachtung demonstrierte nicht- myotom - bezogene Kraftabschwächung des ganzen rechten Armes, die auch die Unterarmmuskulatur und die rechte Handmuskulatur umfasse, könne hingegen nicht mit dieser Schulterpathologie rechts begründet werden. Das von der Beschwerdeführerin demonstrierte aktive Bewegungsausmass der rechten Schulter sei ausreichend, um im Haushalt weitgehend vollständig leistungsfähig zu sein und um in einer anpassenden Verweistätigkeit und für die zuletzt im Jahr 2008 sowie zuvor bis 2003 ausgeübten beruflichen Tätigkeiten partiell Leistungen erbringen zu können (Urk. 7/183/52).

Die linke Schulter werde – aktiv und passiv geprüft – frei bewegt. Auch an der linken Schulter sei, klinisch geprüft – eine multidirektional vermehrte Beweglichkeit glenohumeral objektivierbar, welche, wie auch rechtsseitig mit einem Sulcus -Zeichen einhergehe. Hinweise auf eine Läsion der Rotatorenmanschette könnten klinisch beurteilt nicht objektiviert werden. Die ergänzend durchgeführten Röntgenaufnahmen der Schultern dokumentierten zudem beidseits keinen Hinweis auf einen Humeruskopfhochstand , der als ein sekundäres Zeichen für eine relevante Läsion der Rotatorenmanschette gelte. Im rheumatologischen Teilgutachten der Z.\_\_\_\_ -Begutachtungsstelle vom 19. September 2006 seien im Schulterbereich beidseits Pathologien beschrieben worden, die unter dessen nicht mehr vollumfänglich bestätigt werden könnten. So habe die aktive Beweglichkeit der rechten und auch der linken Schulter zugenommen. Die Palpation der AC-Gelenke sei wieder möglich, was damals, wegen der „Schmerzabwehr“ nicht möglich gewesen sei (Urk. 7/ 183/ 52 ) .

Bei der Gegenüberstellung der Befunde im Bereich der oberen Extremitäten mit denjenigen, die im somatisch-orientierten Teilgutachten vom 19. September 2006 beschrieben worden seien , könne eine diskrete Verbesserung des Gesundheitszustandes bestätigt werden (Urk. 7/183/53-54).

Im Bereich der Wirbelsäule schildere die Beschwerdeführerin die Bewegungen aller axialen Bewegungssegmente in allen Ebenen als schmerzlos. In der klinischen Untersuchung habe in keinem axialen Bewegungssegment eine Fehllagerung oder eine Bewegungseinschränkung objektiviert werden können (Urk. 7/183/54) . Anamnestisch und klinisch bestünden keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal oder auf einen Nervendehnungsschmerz (Urk. 7/183/54).

In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtige, könne für die bisher ausgeübten Tätigkeiten

vollumfänglich auf die Einschätzung aus somatisch-rheumatologischer Sicht abgestützt werden ( Urk. 7/183/58, Urk. 7/183/61) . Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt sei die Beschwerdeführerin in der zuletzt aus geübte n berufliche n Tätigkeit im administrativen Bereich respektive

als Sachbearbeiterin zu maximal 40 bis 45 % eingeschränkt. Diese Einschätzung treffe möglicherweise seit dem orthopädischen Konsiliumsbericht vom 2. Juli 2009 und spätestens seit der aktuellen Begutachtung zu.

Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch , mit vermindertem Tempo, über den Tag verteilt geleistet werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit lägen die gleichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vor , wie sie hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit im administrativen Bereich respektive für die Tätigkeit als Sachbearbeiterin formuliert worden seien (Urk. 7/183/58).

Eine angepasste Verweistätigkeit bedürfe eines

temperierten Raums , beschränke sich auf leicht gradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln , zu. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Nicht mehr zumutbar sei der repetitive Handeinsatz beidseits oberhalb der Kopfhöhe, sofern die Ellbogen nicht aufgestützt werden könnten (Urk. 7/183/59). 4. 5

#### 4. 5 .1

Der die Versicherte seit 2004 behandelnde Dr. D.\_\_\_\_

berichtete am 4. April 2013, er habe bei der Untersuchung des rechten Schultergelenks einen offensichtlich schmerzhaften Schulterstand rechts festgestellt . Bei der Inspektion sei die ventrale Subluxationsstellung des rechten Schultergelenkes gegenüber dem gesunden linken Schultergelenk eindeutig aufgefallen. Es bestehe eine diffuse Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der ventralen Kapsel des operierten AC-Gelenkes und der dorsalen Muskulatur. Das aktive Bewegungsausmass des rechten Schultergelenkes betrage bei der Flexion knapp 90° (links: 170°). Die aktive Abduktion

rechts betrage knapp 90° (links: 150°). Die Aussen-/Innenrotation bei hängendem Arm rechts betrage 5°/80° (links: 80°/0/80°). Der Schürzengriff rechts sei nicht möglich. Der Nackengriff könne knapp durchgeführt werden . Mit Ausweichbewegungen und Körperhaltungskorrekturen könne ein Schürzengriff rechts äusserst knapp durchgeführt werden. Peripher bestünden keine sensiblen somatorischen Störungen. Die Trochik sei gut. Auf den Röntgenbildern sehe man die Mitek -Anker im Bereich des Glenoids als Zeichen der stattgehabten Stabilisierungsoperation. Es bestehe eine deutliche Omarthrose mit einem deutlichen Osteophyten am kaudalen Humeruskopf . Im Gegensatz dazu zeige sich am linken Schultergelenk ein normales Glenohumeralgelenk . Im Ultraschall des rechten Schultergelenkes zeige sich einerseits

die Tendinitis calcarea mit Verkalkungen im Bereich der Rotatorenmanschette und andererseits

eine

unregelmässige Form des Humeruskopfes

sowie eine recht ausgedünnte Rotatorenmanschette (Urk. 7/200/1-2).

Bei der klinischen Untersuchung der Wirbelsäule bestehe im Stehen ein eindeutiger Überhang der Wirbelsäule nach rechts. Zudem sei eine deutliche Hyposensibilität im Oberschenkel und Unterschenkel mehr auf der Aussenseite als auf der Innenseite des rechten Beines feststellbar gewesen. Dies entspreche einer Pathologie der unteren Lendenwirbelsäule -

wie sie radiologisch im MRI dokumentiert worden sei - mit einer Diskushernie L5/S1 beidseits und formaler Stenose (Urk. 7/200/2).

Die Untersuchungsbefunde an der Wirbelsäule seien neu. Bis vor kurzem sei in den orthopädischen Akten nicht von einer Diskushernie gesprochen worden. Diese Diskushernie, die mit einer linksseitigen Problematik losgegangen sei, sei bisher zweimal mit Kortison behandelt worden. Die Pathologie der linken Seite habe sich deutlich verbessert, heute bestehe eine rechtsseitige Restproblematik (Urk. 7/200/3).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit könne festgehalten werden, dass sich diese im Laufe der zehnjährigen Leidensgeschichte nie geändert oder gebessert habe, denn die massive Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes vermindere eine körperliche Tätigkeit sitzend oder stehend. Die gesamte Arbeit über Tischhöhe sei nicht möglich. Dementsprechend sei auch eine sitzende Tätigkeit am Computer oder eine ähnliche Tätigkeit nicht durchführbar (Urk. 7/200/3). 4. 5. 2

In der Stellungnahme vom 29. August 2013 ging Dr. E. \_\_\_ vom

A. \_\_\_ unter anderem auf die Rückensymptomatik ein (Urk. 7/200/6-8).

Am 2. August 2012 habe eine Hypästhesie im Dermatom S1 links (lateraler distaler Unterschenkel und lateraler linker Fussrand) mit positivem Lasègue bei 60° bestanden. Diese Symptomatik habe sich dann unter der Physiotherapie bis zum 14. September 2012 deutlich gebessert, wobei dann der Lasègue negativ gewesen sei und nur noch eine leichte Hypästhesie im lateralen Unterschenkel links bestanden habe. Die Motorik sei immer normal und auch die Reflexe seien symmetrisch gewesen. Es müsse klinisch

von einem sensiblen lumboradikulären Syndrom ausgegangen werden, wozu auch der MRI-Befund mit Verlagerung der S1-Wurzel links passe. Es sei auch bekannt, dass radikuläre Symptome im Verlauf mit einer konservativen Therapie bessern könnten. Auch sei bekannt, dass gerade hyperlaxe Patienten gehäuft Diskushernien hätten. Hyperlaxe Patienten könnten auch ISG-Hypomobilitäten haben. Die aktuelle lumbale Symptomatik sei aber nicht in diesem Rahmen, da die Hyperlaxizität schon seit langem bestehe und die radikuläre Ausfallsymptomatik sich erst Ende letzten Jahres gezeigt habe. Somit habe sicherlich ein sensibles lumboradikuläres

Ausfallssyndrom bestanden. Es sei weiterhin der wesentliche Grund für die Beschwerden. Die Instabilität des Iliosakralgelenkes sei bei der hyperlaxen Beschwerdeführerin als Begleiterscheinung zu interpretieren.

Zur Rückenproblematik sei anzumerken, dass es sich hier um ein Beschwerdebild handle, das nun zusätzlich aufgetreten sei, und nicht der ursprüngliche Grund für die aktuelle Begutachtung gewesen sei. Somit sei es insgesamt zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes gekommen. Diese neuen Beschwerden führten aktuell zu einer zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, indem langes Sitzen, langes Stehen und mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten nicht günstig seien (Urk. 7/200/

## **E. 5**

). Innert Frist teilte sie mit Schreiben vom 29. März 201

### **E. 5.1**

Die IV-Stelle stützte ihre Ansicht, dass eine Verbesserung des Gesundheits - zustan des eingetreten sei, auf das interdisziplinäre Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ vom 28. Februar 2013 (Urk. 7/183, vgl. Urk. 7/190/5). Darin stellte Dr. C.\_\_\_\_ eine Besserung des somatischen Gesundheitszustandes fest . Als Verbesserung würdigte er , dass er nur noch ein Hypermobilitätssyndrom mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen konnte (Urk. 7/183/49, Urk. 7/183/51-52) und die aktive Beweglichkeit der rechten und auch der linken Schulter zugenommen hätten (vgl. Urk. 7/183/52).

Die im Schulterbereich früher beidseits beschriebenen Pathologien konnte er nicht mehr vollumfänglich bestätigen (Urk. 7/183/52 ). Ebenfalls konnte er den Schultertiefstand rechts und den

Beckentiefstand links nicht mehr erheben (Urk. 7/183/56 ). Sodann befunde er die Brustwirbelsäule (BWS) als uneingeschränkt beweglich (Urk. 7/183/56), fand keinen Hinweis für einen Humeruskopfhochstand und konnte eine Läsion der Rotatorenmanschette nicht objektivieren (Urk. 7/183/52).

### **E. 5.2**

Dieser von Dr. C.\_\_\_\_ geäußerten Ansicht einer Verbesserung des somatischen gesundheitlichen Zustandes traten die behandelnden Ärzte entschieden entgegen. Ihre Darstellung der Untersuchungen und der Befunde weichen in entscheidenden Punkten relevant von derjenigen von Dr. C.\_\_\_\_ ab .

Indem Dr. C.\_\_\_\_ als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lediglich ein „Hypermobilitätssyndrom“ (Urk. 7/183/51-52) aufführte , trug er gemäss Dr. E.\_\_\_\_ dem Umstand, dass klar eine rechte relevante Schulterproblematik vorliegt, die keiner Verbesserung zugänglich ist ,

zu wenig Rechnung. Zudem führte sie aus, dass Dr. C.\_\_\_\_

zu wenig Wert darauf lege , dass ein Status nach einer Operation und einer Infektion bestehe, was klar eine mechanische Ursache der Beschwerden aufzeige (Urk. 7/220/ 2 ). Die Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ überzeugen , weil bereits das Z.\_\_\_\_

eine „chronische, mechanisch bedingte schmerzhaftige Schultergelenksfunktionsstörung rechts“ diagnostiziert hatte

(Urk. 7/72/24) , welche zu einem praktisch nicht durchführbarem Schürzengriff und nur noch mit gesenktem Ellbogen möglichen Nackengriff führte (Urk. 7/72/25 ) . Dr. C.\_\_\_\_

befundete rechtsseitig ebenfalls einen Nackengriff mit gesenktem Ellbogen und einen Abstand von 46 cm beim Schürzengriff (Urk. 7/183/44). Somit liegt nach wie vor eine mechanische Komponente vor , und die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lässt sich nicht alleine auf das Hypermobilitätssyndrom reduzieren.

Dr. C.\_\_\_\_ gab am 8. Oktober 2013 - nachdem Dr. E.\_\_\_\_ im ambulanten Bericht vom 29. August 2013 auffiel, dass die gemessene passive Abduktion und auch die Aussenrotation der rechten Schulter deutlich aus dem Rahmen der anderen Untersuchungen falle (Urk. 7/200/7) – zu,

dass ihm in seinem Gutachten vom 28. Februar 2013 ein Fehler unterlaufen war, weil er die Messwerte für die maximale Aussen- und Innenrotation der rechten Schulter vertauscht hatte. Er führte aus, korrekt müsse es heissen: Maximale Schulteraussen/- innenrotation rechts von 30/0/70°. Die im Gutachten vom 28. Februar 2013 unter „Beurteilung“ geführte Diskussion habe sich auf die von ihm gemessene maximale Schulteraussen/- innenrotation rechts von 30/0/70° bezogen (Urk. 7/204/1). Wird von der von ihm gemessenen

Schulteraussenrotation rechts von 30° ausgegangen (Urk. 7/183/44, Urk. 7/204/1, Urk. 7/213/2), so ist sie

mit dem bei der erstmaligen Rentenzusprache vorgelegenen Bewegungsausmass von 40° (Urk. 7/78/5) vergleichbar.

Sodann wurde von Dr. E.\_\_\_\_ eine Tabelle eingereicht, die die diversen Messungen der Schulteruntersuchungen verschiedener Ärzte über die fragliche Zeit miteinander vergleicht (Urk. 7/200/9). Diese weist

keine Verbesserung der Beweglichkeit aus, sie zeigt allerdings auf, dass die von Dr. C.\_\_\_\_ dargelegten Werte erheblich von den anderen abweichen.

Alleine aufgrund der von Dr. C.\_\_\_\_

gemessenen

Schulterinnenrotation von 70° (Urk. 7/183/44, Urk. 7/204/1, Urk. 7/213/2),

welche im Vergleich zur Messung des

Z.\_\_\_\_ vom 19. September 2006 von 30° (vgl. Urk. 7/72/15) höher ausfiel, ist noch keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes

ausgewiesen.

Dies stimmt zudem damit überein, dass Dr. C.\_\_\_\_ die gegenüber dem somatisch-orientierten Teilgutachten vom 19. September 2006 beschriebene Verbesserung des Gesundheitszustandes lediglich als diskret bezeichnete (Urk. 7/183/54).

Dr. C.\_\_\_\_ konnte

den Schultertiefstand rechts, welcher im Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 19. September 2006 als „leicht“ bezeichnet wurde (Urk. 7/72/15), und im Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 26. April 2007 mit „ventraler Fehlstellung“ beschrieben wurde (Urk. 7/78/5), nicht mehr feststellen

(Urk. 7/183/56).

Dies steht im Gegensatz zu den Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ vom 4.

April 2013, welcher weiterhin einen Schultertiefstand rechts feststellte, den er auf die ventrale Subluxationsstellung des rechten Schultergelenkes stützte (Urk. 7/200/1). Die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ stimmen mit den Befunden von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ überein.

Letztere berichtete sogar von einer zunehmenden Ventralisation der rechten Schulter (Urk. 7/200/4, Urk. 7/200/7). Hinzu kommt, dass die bildgebende Diagnostik, insbesondere die dynamische Ultraschalluntersuchung der G.\_\_\_\_ vom 6. Mai 2013

als Diagnose der rechten Schulter eine PASTA-Läsion der ventro-distalen Supraspinatussehne mit einer darunterliegenden ossären Läsion ergab (Urk. 7/220/3).

Somit ist der Schulter tiefstand rechts sowohl anhand der konsistenten Befunde der Ärzte Dr. D.\_\_\_\_, Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ ausgewiesen und er wird durch die Ultraschall untersuchung vom 6. Mai 2013 gestützt. In somatischer Hinsicht ist damit fest zustellen, dass die Angaben des Gutachters Dr. C.\_\_\_\_ in für die Fragen der Ren tenrevision entscheidenden Punkten erheblich von den übrigen Fachärzten abweichen, obwohl diese die Versicherte zeitnahe zur Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ gesehen haben und ohne dass Dr. C.\_\_\_\_ überzeugend seine abweichenden Befunde und Einschätzungen begründet hätte. Von einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation in somatischer Hinsicht kann damit nicht ausgegan gen werden.

In psychiatrische r Hinsicht ist sodann auszuführen, dass weder die Begutach tung des Z.\_\_\_\_ vom 2. August 2006 (vgl. Urk. 7/72/20-23), noch jene von Dr. B.\_\_\_\_ am 25. Februar 2013 (vgl. Urk. 7/183/3-39) zu Diagnosen mit Aus wirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten (Urk. 7/72/ 23- 24, Urk. 7/183/28). Somit ist die psychiatrische Seite nach wie vor invalidenversicherungsrechtlich nicht entscheidend .

Auf das interdisziplinäre Gutachten vom 28. Februar 2013

ist infolge der diver sen aufgezeigten Inkonsistenzen im rheumatologischen Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_

nicht ab zustellen .

## **E. 6**

.2

Bei der letztmaligen Rentenzusprache wurde die bisherige Tätigkeit als kaufmän nische Sachbearbeiterin als angepasste Tätigkeit erachtet, wobei die Beschwerdeführerin Pausen einlegen können sollte. Zudem wurde eine wechsel belastende Tätigkeit empfohlen und festgehalten, dass Arbeiten über der Hori zontalen vermieden werden müssten ( Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2008.00472 vom 18. März 2010 E. 2.5 ).

Dieses Belastungsprofil ist auch weiterhin zutreffend, wie Dr. E.\_\_\_\_ in ihrem Arztbericht vom 29. August 2013 ausführte (Urk. 7/200/7).

### **E. 6.1**

Der gesundheitliche Zustand, wie er im Urteil des hiesigen Gerichts vom 18. März 2010 festgehalten wurde,

zeigte eine schwere Funktionseinschränkung der rechten Schulter (vgl. E. 2.2) .

In der klinischen Untersuchung des A.\_\_\_\_ war die aktive Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes deutlich beeinträchtigt (vgl. E. 2.3) . Das Z.\_\_\_\_ berichtete zudem, dass

die paracervikale Muskulatur ebenfalls diffus druckdolent mit einer schmerzhaft eingeschränkten Beweglich keit der Halswirbelsäule sei . Zudem war auch die linke Schulter in ihrer Funk tion leicht eingeschränkt ( vgl. E. 2. 2 ). Gestützt auf die vorhandenen gesundheit lichen Einschränkungen wurde eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätig keit von maximal 40 % angenommen (E. 2.4) .

Gegenüber der damaligen Situation berichtete Dr. E.\_\_\_\_ vom A.\_\_\_\_

in ihren Arztberichten vom 29. August und vom 25. Oktober 2013 von einer Ver schlechterung des Allgemeinzustandes aufgrund der Rückenproblematik, welche auf

degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule mit einer Diskushernie L5/S1 sowie auf eine Skoliose zurückzuführen sei (Urk. 7/200/7-8 , vgl. Urk. 7/210/1) . Diese Verschlechterung führt zu zusätzlichen Einschränkungen

der Arbeitsfähigkeit, indem langes Sitzen, langes Stehen und mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten nicht günstig seien (Urk. 7/200/6-7, vgl. Urk. 7/210/1).

Auch Dr. D.\_\_\_\_

berichtete von einem eindeutigen Überhang der Wirbelsäule nach rechts. Zudem fand er eine deutliche Hyposensibilität im Ober- und Unterschenkel mehr auf der Aussenseite als auf der Innenseite des rechten Beines und führte aus, dass dies einer Pathologie der unteren LWS wie sie radiologisch im MRI dokumentiert sei , mit einer Diskushernie bei L5/S1, entspreche ( Urk. 7/200/2) .

Ebenfalls wurde neu von einer beginnenden Omarthrose im Schultergelenk rechts berichtet (Urk. 7/162/1, Urk. 7/163/5) , und

das A.\_\_\_\_ beschrieb

eine zunehmende Ventralisation des rechten Schultergelenkes (Urk. 7/200/7) .

Aufgrund der neuen zusätzlichen Beschwerden, ist von einer leichten Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin auszugehen . Oberärztin Dr. E.\_\_\_\_ betreut die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren . Ihre Arztberichte beruhen auf Befunderhebungen, Diagnosen und bildgebenden Dokumenten und setzen sich mit anderen Arztberichten, insbesondere denjenigen von Dr. C.\_\_\_\_ auseinander (vgl.

Urk. 7/46, Urk. 7/64, Urk. 7/65, Urk. 7/67, Urk. 7/70, Urk. 7/75, Urk. 7/99, Urk. 7/153, Urk. 7/163 , Urk. 7/180, Urk. 7/200, Urk. 7/210, Urk. 7/220 ) . Zudem berücksichtigen sie auch den Verlauf (Urk. 7/200/6).

Durch die festgestellten zusätzlichen Einschränkungen erachtete Dr. E.\_\_\_\_

die Beschwerdeführerin weiterhin für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Arbeiten über der Horizontalen zu 30 % arbeitsfähig (Urk. 7/200/7) .

Bei der erstmaligen Rentenzusprache

hielt sie eine 30 - 40%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit für zumutbar (Urk. 7/99 /1-2 ) und das hiesige Gericht ging von einer maximalen 40%igen Arbeitsfähigkeit aus (E.

2.4).

In Anbetracht der neu hinzugetretenen Beschwerden

ist eine leichte Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 30

% nachvollziehbar. Die weiteren eingehenden Arztberichte widersprechen dem nicht: Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, dass die neu aufgetretene Problematik der Diskushernie sicher keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mit sich bringen könne (Urk. 7/200/3) , und Dr. F.\_\_\_\_ ging bereits aufgrund der Schulterproblematik von einer Restarbeitsfähigkeit von 30 % aus (Urk. 7/200/5) .

### **E. 6.3**

Die im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte (Urk. 10/1-4, Urk. 12) führen überdies zu keinem anderen Resultat : Darin werden keine neuen Diagnosen vorgebracht und im Übrigen ergingen sie erst nach der Verfügung vom 10. April 2014, weshalb sie im vorliegenden Verfahren nicht zu beachten sind.

#### **E. 6.4**

Zusammenfassend ist

festzustellen, dass sich der Gesundheitszustand seit den Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 19. September 2006 (Urk. 7/72) und des A.\_\_\_\_ vom 26.

April 2007 (Urk. 7/78) aufgrund der neu hinzugetretenen Rückenproblematik, der Omarthrose im rechten Schultergelenk und einer zunehmenden

Ventralisation desselben

bei einer 30%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit verschlechtert hat

.

#### **E. 7**

.3.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Berechnung des Invalideneinkommens auf die Lohnstrukturerhebungen des BFS (vgl. Urk. 2 S. 3) . Da die Beschwerdeführerin nicht arbeitstätig ist (Urk. 7/153/2, Urk. 7/154) , kann dieser Vorgehensweise gefolgt werden und zur Bestimmung des Invalideneinkommens ist auf die statistischen Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung des BFS abzustellen (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b).

Die IV-Stelle errechnete das Invalideneinkommen

wie es bereits im Gerichts urteil geschehen war, gestützt auf die LSE TA7, Ziffer 23,

kaufmännisch-administrative Tätigkeiten, Anforderungsniveau 3 , Berufskennnisse, zitiert aus LSE 20

#### **E. 10**

:

#### **E. 12**

7.4, 2014 : 132.1 ) und eines 30 %igen Arbeitspensums resultiert ein Betrag von Fr. 22'500.40. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 80'412.10 und einem Invalideneinkommen von Fr. 22'500.40 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 72 % und damit eine ganze Rente. Die Frage der Reduktion des Invalideneinkommens aufgrund eines zusätzlichen leidensbedingten Abzuges stellt sich somit nicht mehr. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen. 8 .

8.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen der gesetzlichen Vorgabe (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) auf Fr. 800.-- anzusetzen. Die Kosten sind der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 8.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Partei kosten . Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer ).

In der eingereichten Kostennote vom 9 . Oktober 2015 (Urk.

#### **E. 14**

) machte Rechtsan wältin Gwerder für das vorliegende Verfahren einen Aufwand von 23 Stunden à Fr. 2 5 0. -- und Barauslagen von Fr. 122.90

geltend . In Würdigung des Aktenumfangs mit vielen Arztberichten, der Beschwerdeschrift sowie mit Blick auf den mittel schweren Sachverhalt ist ein Stundenaufwand von 23 Stunden an der oberen Grenze. Der gerichtsbliche Stundenansatz betrug jedoch bis Ende 2014 Fr. 200. -- .

Damit ist

eine Prozessentschädigung von Fr. 5 ' 100 . -- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) von der Beschwerde - gegnerin zu bezah len. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde – soweit darauf eingetreten wird - wird die angefoch tene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 10. April 2014 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rech nung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechts kraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessent - schä digung von Fr. 5 ' 1 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Gabriela Gwerder - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Pensionskasse Stadt Zürich - 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 Bundes gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismit tel 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 Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigEymann

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