

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00991 vom 5. Januar 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-01-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00991

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00991 du 5 janvier 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00991 del 5 gennaio 2015

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). 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

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).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich im Vergleich zu 2003 verbessert, womit ein Revisionsgrund gegeben sei (S. 2 f.), und in einer angepassten Tätigkeit sei sie zu 100 % arbeitsfähig, womit ein Invaliditätsgrad von 29 % resultiere (S. 3 oben). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), das von der Beschwerdegegnerin eingesetzte Invalideneinkommen sei falsch (S. 3 Ziff. 1). Das 2014 erstattete Gutachten komme in etwa zu den gleichen medizinischen Resultaten wie das 2009 eingeholte Gutachten (S. 4 Ziff. 4); die Gutachterin sei voreingenommen (S. 4 Ziff. 4.1). Es sei merkwürdig, dass aus psychiatrischer Sicht 2014 eine um 10 % höhere Arbeitsfähigkeit angenommen werde als 2009 (S. 4 Ziff. 5.1), und das psychiatrische Gutachten weise weitere, näher ausgeführte Mängel auf (S. 5 ff.). Analog der Invaliditätsbemessung im Jahr 2009 sei ein Leidensabzug von 10 % einzusetzen (S. 6 f. Ziff. 7.1). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob seit der auf einer materiellen Prüfung beruhenden Rentenzusprache eine revisionsrelevante Veränderung eingetreten ist und bejahendenfalls, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit, dem Invaliditätsgrad und dem Rentenanspruch verhält. 2.4

Die Rentenzusprache im März 2010 erfolgte gestützt auf das 2009 erstattete Gutachten und weitere Abklärungen (vgl. Urk. 6/60). Sie bildet demnach den Referenzzeitpunkt für die Prüfung der revisionsrelevanten Veränderung (vorstehend E. 1.2). 3.

Am 11. August 2009 erstatteten die Ärzte des O.____ (O.____) ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/58).

Sie nannten folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit (S. 15 lit. E Ziff. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 15 lit. E . Ziff. 2): - chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) - Status nach operativer Revision einer Nabelhernie ohne Folgen, Status nach operativer Behandlung eines Ganglions rechtes Handgelenk mit blandem Rezidiv und ohne funktionelle Auswirkung

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, die Versicherte habe bisher als angestellte Hilfspflegerin bei der Spitex gearbeitet. Diese Tätigkeit entspreche sowohl dem orthopädischen (sofern das beschriebene Leistungsprofil Berücksichtigung finde) als auch dem psychiatrischen Profil. Aus rein orthopädischer Sicht wäre die Tätigkeit auf einem

Niveau von 100 % zumutbar. Mit Hinweis auf die hier führenden psychiatrischen Beeinträchtigungen sei die bisherige Tätigkeit nur noch auf einem Niveau von 50 % auszuüben, dies bei einem Zeitpensum von 50 % und ohne Minderung der Leistungsfähigkeit (S. 18 oben).

Die Angaben zur angestammten Tätigkeit hätten auch Gültigkeit für eine alternative Verweistätigkeit (S. 18 Mitte). 4. 4.1

Dr. med. Y.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem Bericht vom 29. März 2011 (6/85) aus, sie behandle die Patientin seit Februar 2005 und nannte folgende Diagnose (S. 1 Mitte): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F33.1)

Sie berichtete von einer stabilen affektiven Erkrankung bei weiterhin chronisch persistierender Symptomatik, welche die Arbeitsfähigkeit dauerhaft um 50 % eingeschränkt habe (S. 1 unten), und führte unter anderem aus, die Patientin sei aus familiären Gründen vermehrt in ihrem Heimatland gewesen, weshalb die psychiatrischen Termine in grösserem Zeitabstand erfolgt seien; der letzte sei am 4. Februar 2011, der vorletzte am 15. April 2010 gewesen (S. 1 f.). In dieser Zeit habe die Patientin mindestens einmal im Rahmen eines schweren Suizidversuchs hospitalisiert werden müssen (S. 2 oben).

Am 30. August 2011 beantwortete Dr. Y.____ Ergänzungsfragen (Urk. 6/93). 4.2

Nach Untersuchungen im November und Dezember 2011 nannten die Ärzte der Klinik für Rheumatologie, Stadtspital Z.____, folgende, hier leicht gekürzt angeführte Diagnosen (Urk. 6/100, Urk. 6/102): - seronegative Spondylarthropathie, A.____ - cervicospodylogenes Syndrom - depressives Zustandsbild

Gemäss Bericht vom 14. August 2012 (Urk. 6/128) handelte es sich um eine seronegative Spondylarthropathie mit axialem und peripherem Gelenkbefall, die sich klinisch in lumbalen/ glutealen Rückenschmerzen und einer peripheren Manifestation mit Synovitiden des Handskeletts äusserte und seit März 2012 behandelt wurde. 4.3

Dr. Y.____ (vorstehend E. 4.1) führte in ihrem Bericht vom 8. Mai 2013 (Urk. 6/150) aus, die letzte Kontrolle habe am 19. März 2013 stattgefunden (Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierend depressive Störung, anhaltend leichte bis mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F33.0/1) - histrionische Persönlichkeitsstruktur - A.____, diagnostiziert 2012

Anamnestisch führte sie unter anderem aus, bei der Konsultation am 4. Februar 2011 sei eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes festzustellen gewesen. Seit September 2011 sei die Patientin wieder regelmässig in die psychiatrische Therapie gekommen; die Exazerbation der depressiven Symptomatik habe daraufhin teilweise remittiert. Nach wie vor bestehe trotz dieser Teilremission eine dauernde 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.4).

Zur Prognose führte sie aus, es habe immer wieder eine Teilremission der depressiven Störung erreicht werden können (Ziff. 1.4).

E. 1.4

am Schluss). Aus psychiatrischer Sicht bestehe nach wie vor seit Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % infolge der depressiven Symptomatik (Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei zu höchstens 50 % zumutbar, und nur, wenn keine

schwer bis mittelgradig depressive Episode bestehe, da die Patientin dann zu 100 % arbeitsunfähig sei (Ziff. 1.7). 4.4

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, Stadtspital Z.____, nannten im Bericht vom 5. Juni 2013 (Urk. 6/153/6-9) als Zeitraum der ambulanten Behandlung 25. November 2011 bis 25. April 2013 (Ziff. 1.2).

Bezüglich Arbeitsfähigkeit führten sie aus, die Patientin sei nicht mehr im Arbeitsprozess integriert; ihrerseits seien keine Arbeitsunfähigkeits-Zeugnisse ausgestellt worden. Infolge der chronischen Rückenschmerzen und den immer wiederkehrenden Daktylitiden beider Hände sei die Patientin im Alltag/ bei den Alltagsverrichtungen eingeschränkt; Haushaltarbeiten seien nur mit Mühe zu bewältigen (Ziff. 1.6). 4.5

Am 6. Februar 2014 erstattete Prof. Dr. med. habil. B.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 6/195), dies gestützt auf die ihm überlassenen Akten sowie Untersuchungen am 17. und 24. Januar 2014 (S. 3 Mitte) mit Unterstützung eines Dolmetschers (S. 5 oben).

Der Gutachter nannte folgende psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 26 lit. E Ziff. 1): - rezidivierend depressive Störung, chronifiziert anhaltend leichte Episode und schwankender Verlauf mit im Querschnittsverlauf leicht- bis mittelgradigen Fähigkeitsstörungen; multifaktoriell bedingt; überwiegend primär und nicht dominierend reaktiv zur Schmerzverarbeitungsstörung bestehend; ICD-10 F33.0 - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und emotional-in stabilen Anteilen; ICD-10 F61.0

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4 (S. 26 lit. E Ziff. 2).

Der Gutachter führte weiter aus, die Arbeitsunfähigkeit werde aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht kontinuierlich auf zirka 40 % , bezogen auf ein Pensum von 100 % , eingeschätzt, wobei phasenweise Verschlechterungen eintreten könnten (S. 27 oben).

Zum Verlauf der Störung sei davon auszugehen, dass beim Termin vom 4. Februar 2011 schwere Fähigkeitsstörungen mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vorgelegen und bis etwa Herbst 2011 angehalten hätten; dann sei das vorgenannte Arbeitsfähigkeitsniveau wieder erreicht worden. Im Herbst 2013 sei es zu einem Suizidversuch mit kurzfristiger 100%iger Arbeitsunfähigkeit gekommen (S. 27).

Zum 2009 erstatteten psychiatrischen Teilgutachten - in welchem eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert worden war - merkte der Gutachter kritisch an, eine psychiatrische Schmerzanamnese sei nicht erhoben und die früher diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung nicht diskutiert worden (S. 20 Mitte). Im aktuellen Untersuchungsbericht habe die Diagnose der behandelnden Psychiatrin einer rezidivierenden leichtgradigen Depression (F33.0) bestätigt werden können (S. 21 unten). Auch die Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung sei nachvollziehbar (S. 21 f.).

Für das Vorliegen einer ‚neurotisch-bedingten‘ Depression spreche unter anderem das gute Auffangen der Symptomatik durch eine kontinuierliche psychotherapeutische Betreuung. Mit einer regelmässigen psychotherapeutischen Behandlung liessen sich der psychische Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit nachweislich verbessern; gegebenenfalls stünde der Auferlegung einer entsprechenden Schadenminderungspflicht nichts im Wege

(S. 22 unten).

Es könne vom Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ausgegangen werden (S. 23 Mitte). Allerdings habe sich die Explorandin daran weitgehend adaptiert, die psychischen Fähigkeiten würden durch den Schmerz nicht oder kaum eingeengt (S. 23 unten).

Die Wertung anhand des Mini-ICF-App ergab keine Einschränkung in zwei Aspekten, eine leichte Einschränkung in fünf Aspekten, eine mittelgradige Einschränkung in fünf Aspekten und eine schwere Einschränkung in einem Aspekt (S. 25 f.). 4.6

Am 22. März 2014 erstattet e

Dr. med. C.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 6/193/1-86).

Als rheumatologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte die Gutachterin eine seronegative Spondylarthropathie mit Erstdiagnose im August 2003, aktuell ohne erhöhte Entzündungszeichen, mit Basistherapien, aktuell mit minimaler oder sogar fehlender Krankheitsaktivität und ohne Nachweis von aktiven oder durchgemachten Entzündungen der Hände (S. 79 Ziff. 9.1).

Bei der seronegativen Spondylarthropathie handle es sich um eine äusserst milde Verlaufsform, die in den zehn Jahren nach der Erstdiagnose zu keinen fortschrittenen klinischen oder bildgebenden Befunden geführt habe. Die Beschwerdeführerin könne daher eine angepasste Tätigkeit zu 100 % bezogen auf ein Pensum von 100 % ausüben (S. 80 unten).

Ferner führte die Gutachterin unter anderem aus, der spontan eingenommene Langsitz sei diskrepant zur bei 60° und 30° positiven Lasègue-Prüfung; mit der bei der Messung gezeigten maximalen Handkraft wäre die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, ein Auto zu lenken. Das Schmerzmittel, von dem sie angebe, sie habe es am Morgen eingenommen, sei im Blut nicht nachweisbar gewesen; angesichts von dessen langer Halbwertszeit habe sie es mindestens auch am Vortag nicht eingenommen (S. 81).

Als angepasst bezeichnete die Gutachterin eine Tätigkeit mit Heben oder Tragen von Lasten bis zu 10 kg (S. 82 unten). In einer solchen angepassten Tätigkeit habe nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden; eine nicht-angepasste Tätigkeit habe die Beschwerdeführerin ab 10. September 2003 nicht mehr ausüben können (S. 83 Ziff. 11.2).

Die Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit durch den rheumatologischen Gutachter im Jahr 2003 habe im Wesentlichen auf IV-fremden Faktoren wie etwa psychosozialer Überforderung beruht; aus rein rheumatologischer Sicht habe in angepasster Tätigkeit nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 85 Ziff. 13). Die gemessene Muskelmasse übertreffe den Normwert deutlich, was zeige, dass keine lang andauernde körperliche Schonung stattgefunden habe (S. 85 Mitte). Auf die Frage nach medizinischen Massnahmen antwortete die Gutachterin, in der Regel werde der Gesundheitszustand besser, wenn die Betroffene nicht rauche; die Explorandin sei entsprechend informiert. Ein Rauchverbot wäre zumutbar (S. 85 unten). 4.7

Am 22. März 2014 erstatteten Dr. C.____ und Prof. B.____ eine interdisziplinäre Zusammenfassung (Urk. 6/194). Die genannten Diagnosen entsprachen den in den Teilgutachten genannten (S. 1).

Aus interdisziplinärer Sicht besteht in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % bezogen auf ein Pensum von 100 % . Es sei zu erwarten, dass durch eine regelmässige psychotherapeutische Behandlung eine Besserung des psychischen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit in innerhalb von sechs bis zwölf Monaten eintreten werde, so dass eine Arbeitsunfähigkeit von nicht mehr als 20 % innerhalb eines Jahres erreicht werden könnte (S. 2 oben).

Aus rheumatologischer Sicht habe in einer angepassten Tätigkeit nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aus psychiatrischer und interdisziplinärer Sicht habe am 4. Februar 2011 bis etwa Herbst 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden; danach sei das genannte Arbeitsfähigkeitsniveau wieder erreicht worden (S. 2). 5. 5. 1

In somatischer Hinsicht ist keine relevante Veränderung auszumachen. Bereits 2009 wurde der somatische Befund als nahezu unauffällig angenommen und die Rentenzusprache basierte ausschliesslich auf der aufgrund der psychischen Störung angenommenen Einschränkung (Urk. 6/60 S. 4 unten).

Dementsprechend erübrigen sich Weiterungen bezüglich des 2014 erstatteten rheumatologischen Gutachtens, in welchem weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten postuliert wurde (vorstehend E. 4.6). 5.2

Im Gutachten von 2009 wurde aus psychiatrischer Sicht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) , diagnostiziert und es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert (vorstehend E. 3).

Im Gutachten von 2014 wurde

eine rezidivierend depressive Störung, chronifiziert anhaltend leichte Episode und schwankender Verlauf mit im Querschnittsverlauf leicht- bis mittelgradigen Fähigkeitsstörungen (ICD-10 F33.0) diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % attestiert (vorstehend E. 4.5). 5.3

Mit der gestellten Diagnose hat der Gutachter 2014 dem von der Beschwerdeführerin angeführten Umstand, dass ihr Zustandsbild schwankend sei (Urk. 1 S. 5 Mitte), ausdrücklich und differenziert Rechnung getragen. Auch hat er anamnestisch eine volle Arbeitsunfähigkeit von Februar bis Herbst 2011 postuliert, dies ausgehend von den Berichten der behandelnden Psychiaterin. Ferner hat er anamnestisch wie prognostisch-therapeutisch in nachvollziehbarer Weise angemerkt, dass Therapien, wenn sie in genügender Frequenz tatsächlich stattgefunden haben, die depressive Problematik günstig beeinflussen haben und anzunehmen ist, dass in dieser Richtung noch nachhaltigere Erfolge erzielt werden könnten.

Entgegen den Einwänden der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 4 ff. Ziff. 5) sind die Darlegungen und Schlussfolgerungen im psychiatrischen Gutachten allesamt gut begründet, plausibel und nachvollziehbar, so dass es die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.3) vollumfänglich erfüllt. 5.4

Somit ist bezüglich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das 2014 erstattete Gutachten abzustellen und der Sachverhalt dahingehend erstellt, dass für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % und damit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % besteht.

Dementsprechend ist - angesichts der 2009 / 2010 angenommenen Arbeitsfähigkeit von 50 % - eine revisionsrelevante Veränderung (vorstehend E. 1.2) ausgewiesen, zumal Prof.

Dr. B.____ ausdrücklich festhielt, im Vergleich zum psychischen Gesundheitszustand im Jahr 2009 (Gutachten O.____) sei von einem leicht gebesserten psychopathologischen Bild auszugehen (Urk. 6/195 S. 25). 6.

E. 6

/139) auf Antrag der IV-Stelle in dem Sinne gutgeheissen, dass die Sache zu ergänzender Abklärung an die IV-Stelle zu rückgewiesen wurde.

E. 6.1

Die Beschwerdegegnerin führte im Feststellungsblatt vom 6. Juni 2014 (Urk. 6/197) am 28. März 2014 aus, „Überwindbarkeit ist gegeben“. Eine Depression leichten Grades lasse die dokumentierte (wohl: attestierte) Arbeitsunfähigkeit von 40 % eventuell in Frage stellen und als überwindbar gelten (S. 5 Mitte). Sodann wurde im Rahmen einer Besprechung vom 3. April 2014 festgehalten, die leichte Depression sei nicht invalidisierend, viele psychosoziale und soziokulturelle Faktoren spielten hier mit, welche nicht IV-relevant seien, die psychosomatische Störung habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Einkommensvergleich solle mit einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit erstellt werden (S. 5 unten). 6 .2

Die Argumentation der Beschwerdegegnerin - wie sie im Feststellungsblatt dokumentiert ist und offensichtlich für den Entscheid weit ausschlaggebender war als das in der angefochtenen Verfügung als „Begründung“ Angeführte - entbehrt jeglicher Nachvollziehbarkeit .

Es ist schon medizinisch falsch, die diagnostizierte rezidivierende Depression umstandslos als „psychosomatische Störung“ zu etikettieren.

Es widerspricht sodann der konstanten und bei der Beschwerdegegnerin als bekannt vorauszusetzenden (und deshalb hier nicht wiederholungsbedürftigen) Rechtsprechung, im Zusammenhang mit einer als eigenständige Problematik diagnostizierten Depression (wie hier) mit der Figur der Überwindbarkeit zu operieren, die im Zusammenhang mit der sogenannten Schmerzrechtsprechung bei unklaren Beschwerdebildern entwickelt wurde.

Schliesslich ist die Behauptung, es spielten „viele psychosoziale und soziokulturelle Faktoren“ eine Rolle (bei der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit), klar aktenwidrig und wäre durch die einfache, aber immerhin auf merksame Lektüre des Gutachtens vermeidbar gewesen.

Wenn - wie hier - die Beschwerdegegnerin

Gutachten am von ihr selber ausgewählten Ort einholt, in der Folge aber mittels faktisch, rechtlich und medizinisch unzutreffender Feststellungen deren Schlussfolgerungen zu negieren versucht, ist dies nur schwerlich mit ihrer von Amtes wegen bestehenden Pflicht zur allseitigen, unvoreingenommenen Sachverhaltsabklärung zu vereinbaren . 6. 3

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass es keinen nachvollziehbaren Grund gibt, von der gutachterlichen Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % abzuweichen und sie mit 0 % einzusetzen. Das hypothetische Invalideneinkommen ist somit ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % zu ermitteln.

6. 4

Im Zusammenhang mit dem Einkommensvergleich (Urk. 6/196) führte die Beschwerdegegnerin aus, seit 2003 sei das Valideneinkommen immer auf das aktuellste Jahr hochgerechnet worden, „weshalb nun ein neues VE evaluiert wird“. Die Beschwerdeführerin habe bei guter Gesundheit verschiedene Hilfstätigkeiten ausgeübt und keine abgeschlossene Ausbildung. Deshalb werde das Valideneinkommen gestützt auf die Daten der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik gerechnet (S. 1 Mitte). 6. 5

Das Valideneinkommen ist konzeptgemäss eine hypothetische Grösse, basiert also auf gewissen Annahmen. Die Beschwerdegegnerin ist vorliegend sowohl bei der erstmaligen Rentenzusprache als auch bei der 2010 verfügbaren Herabsetzung grundsätzlich von der Annahme ausgegangen, die Beschwerdeführerin würde ohne Gesundheitsschaden das Einkommen erzielen, das sie vor Eintritt des Gesundheitsschaden erzielt hat, und hat dieses auf den jeweils massgeblichen Zeitpunkt hochgerechnet. Im Hinblick auf die hier zu beurteilende Verfügung hat sie nun aber völlig andere Annahmen getroffen.

Damit hat sie das ihr möglicherweise zustehende Ermessen in einem Mass überschritten, das als willkürlich bezeichnet werden muss.

Dies macht die Begründung der Beschwerdegegnerin für ihr Rückkommen auf die Art der Ermittlung des Valideneinkommens augenfällig. Denn dass die Beschwerdeführerin „bei guter Gesundheit verschiedene Hilfstätigkeiten ausgeübt und keine abgeschlossene Ausbildung“ habe, ist nichts Neues. Wären dies hinreichende Gründe, um zur Bestimmung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne der LSE abzustellen (sie sind es nicht), so wäre dem schon früher Rechnung zu tragen gewesen. 6. 6

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass es keinen stichhaltigen Grund gibt, das Valideneinkommen im aktuellen Zeitpunkt anders zu bestimmen als bei früheren Invaliditätsbemessungen. Mithin ist vom Valideneinkommen auszugehen, welches der Verfügung von 2010 zugrunde gelegt wurde, nämlich rund Fr. 69'722.-- (Urk. 6/66 S. 1 unten). 6. 7

Im Sinne einer Vereinfachung kann angenommen werden, dass sich das Valideneinkommen wie das Invalideneinkommen seit 2010 gleich entwickelt haben, was ein Aufrechnen auf den Stand von 2014 entbehrlich macht.

Somit beträgt das Valideneinkommen Fr. 69'722.-- (vorstehend E. 6.7). Das Invalideneinkommen beträgt bei einer Arbeitsfähigkeit von neu 60 % (statt 50 %) nunmehr Fr. 31'188.-- (Fr. 25'990.-- : 50 x 60), was eine Einkommenseinbusse von Fr. 38'534.-- und damit einen Invaliditätsgrad von rund 55 % ergibt.

Somit hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine halbe Rente. 6.

E. 8

Die Beschwerde ist somit in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung mit der Feststellung aufgehoben wird, dass die Beschwerdeführerin ab 1. November 2014

Anspruch auf eine halbe Rente hat. 7. 7.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Der obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin steht eine Prozessentschädigung zu, ermessensweise auf Fr. 3'000.-- (inklusive

Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 8. September

2014 mit der Feststellung aufgehoben wird, dass die Beschwerdeführerin ab 1. November 2014 Anspruch auf eine halbe Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Bischoff - 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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

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