

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00901 vom 6. Januar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00901](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00901)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00901 du 6 janvier 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00901 del 6 gennaio 2017

## **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**

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. 2.1 mit Hinweisen).

### **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.

#### **E. 1.4**

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 Vorakten (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.

#### **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 7. Juli

2015 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 8. September 2015 Beschwerde mit dem Antrag auf deren Aufhebung und Weiterausrichtung der gesetzlichen Leistungen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2015 (Urk. 5) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 26. Oktober 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Es sei aufgrund des beweiswertigen Z.\_\_\_\_-Gutachtens davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert habe. Ab dem 14. April 2014 sei ihr die angestammte Bürotätigkeit wie auch jede andere körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit wieder zu 70 % zumutbar. Im Bericht des behandelnden Psychiaters würden keine neuen Diagnosen genannt. Die depressive Symptomatik werde zwar als mittelschwer eingestuft, die hierfür erforderlichen Diagnosekriterien würden aber im Bericht nicht genannt. Bei einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % und keiner längeren Abwesenheit vom Arbeitsmarkt seien keine Eingliederungsmassnahmen nötig, zumal im Vorbescheidverfahren Arbeitsvermittlung angeboten worden sei (S. 2 ff.; Urk. 5).

#### **E. 2.2**

Dem hielt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen entgegen, auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten könne nicht abgestellt werden. So hätten sich die Gutachter nicht bemüht, aktuelle fachärztliche psychiatrische Berichte einzuholen, obwohl sie die ganze Zeit in psychiatrischer Behandlung gewesen sei. Zudem sei die Einschätzung der Gutachter zu wenig begründet. Demgegenüber gehe der behandelnde Facharzt von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und zudem von einer Panikstörung aus. Im Gutachten werde nicht begründet, weshalb eine Besserung eingetreten sein solle. Es handle sich um eine andere Beurteilung eines unveränderten Sachverhaltes. Weiter habe sich die Beschwerdegegnerin nicht genügend um ihre Wiedereingliederung bemüht, obwohl sie als über 55-Jährige in den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezügerkreis gehöre (Urk. 1 S. 4 ff.).

#### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob eine rentenanspruchrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist und bejahenden falls, wie es sich mit der Wiedereingliederung verhält. Zeitliche Vergleichsbasis (vgl. vorstehend E.

1.3) bilden das Urteil des hiesigen Gerichts vom 12. November 2012

beziehungsweise die mit diesem bestätigte

Verfügung

vom 27. Juni 2011 und die angefochtene Verfügung vom 7. Juli 2015. 3. 3.1

Der

Rentenzusprache vom 27. Juni 2011 ( Urk. 6/59 ) lagen die folgenden medizinischen Berichte zugrunde .

Mit zuhanden der Taggeldversicherung erstattetem Bericht vom 20. Juli 2009 (Urk. 6/27 /18-19) diagnostizierte Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.22) sowie einen Status nach rezidivierender depressiver Störung. Die Beschwerdeführerin stehe seit 15. Juni 2009 in psychiatrischer Behandlung und sei gemäss ihrem Hausarzt seit 20. Mai 2009 zu 100 % arbeitsunfähig. Die bisherige Tätigkeit sei voraussichtlich noch zumutbar, jedoch könne der Zeitpunkt der Wiederaufnahme noch nicht beurteilt werden (S. 1-2). 3.2

Dr. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, stellte in seinem am 14. November 2009 zuhanden der Taggeldversicherung erstatteten Bericht (Urk. 9/11/13-14) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - bilaterale Impingement -Symptomatik bei beidseitigen degenerativen Supraspinatussehnenläsionen - chronisch-rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen LWS-Veränderungen - anamnestisch depressive Verstimmung Ob die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen könne, könne nicht bestimmt werden. Dr. B.\_\_\_\_ hielt fest, dass er der Beschwerdeführerin nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Dies heisse aber nicht, dass eine solche für belastende Tätigkeiten (wohl: nicht) gegeben sein könne. Grundsätzlich werde die körperliche Belastbarkeit der Beschwerdeführerin durch die Schulterproblematik eingeschränkt, indem sämtliche belastenden Tätigkeiten und insbesondere Überkopftätigkeiten nicht zumutbar seien (S. 1). Hinsichtlich der Schulterbeschwerden seien alle therapeutischen und diagnostischen Massnahmen ausgeschöpft (S. 2). 3.3

Am 18. Dezember 2009 unterzog sich die Beschwerdeführerin einer Schulterarthroskopie links mit Tenodesen der langen Bizepssehne, subakromialer

Bursektomie, Akromioplastik und Rekonstruktion der Supraspinatussehne (Urk. 6/31/7). Dr. med. C.\_\_\_\_, D.\_\_\_\_ Klinik, diagnostizierte mit Bericht vom 25. Januar 2010 (Urk. 6/30 /5-6) eine transmurale

Supraspinatussehnenruptur links mit instabiler langer Bizepssehne. Diese Diagnose wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus, nicht hingegen diejenige einer Depression. Postoperativ sei der Verlauf auf der linken Seite zeitgerecht; es sei mit einer vollständigen Wiederherstellung zu rechnen. Auf der rechten Seite bestehe ebenfalls ein ausgeprägtes subakromiales

Impingement -Syndrom bei transmuraler

Supraspinatussehnenruptur. Hier sei der weitere Spontanverlauf abzuwarten, bis die Rehabilitation auf der Gegenseite abgeschlossen sei. Möglicherweise werde auch hier eine operative Intervention notwendig sein (S. 1). Die Beschwerdeführerin sei vom 18. Dezember 2009 bis 2. März 2010 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die bisherige Tätigkeit als Büroangestellte sei grundsätzlich nach abgeschlossener Rehabilitation wieder

zu 100 % zumutbar. Es könne ab 3. März 2010 mit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit im Umfang von 50 % gerechnet werden (S. 2). 3.4

Mit Bericht vom 29. April 2010 (Urk. 6/37 /1-4) stellte Dr. A.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F32.1) - Agoraphobie (ICD-10 F40.0) - akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen, C-Typ (ICD-10 Z73.1) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein Status nach Schulteroperation links. Die Beschwerdeführerin habe im Mai 2009 völlig unerwartet die Kündigung erhalten und in der Folge unter Schlafstörungen, Ängsten, Verwirrtheit, Alpträumen und zunehmender Depressivität gelitten. Die psychotherapeutische Behandlung bewirke nur eine langsame Verbesserung von Sicherheitsgefühl und Coping -Strategien bei belastenden Situationen. Aus psychischen Gründen sei die Arbeitsfähigkeit langsam zu steigern und betrage ab Mitte Mai 2010 50 %. Sie bleibe aber vorerst durch den verzögerten Heilungsverlauf nach der Schulteroperation bestimmt, weshalb die Beschwerdeführerin momentan zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 2). Bei der depressiven Störung sei mit einer Remission zu rechnen. Die begleitende Angststörung und vor allem die akzentuierte Persönlichkeit liessen aber einen stark verzögerten Heilungsverlauf erwarten. Es müsse also mit einer länger dauernden Teil-Arbeitsunfähigkeit von etwa 50 % gerechnet werden. Als Sachbearbeiterin sei die Beschwerdeführerin vom 20. Mai 2009 bis 18. April 2010 zu 100 %, vom 19. April 2010 bis Ende Mai 2010 zu 75 % und ab diesem Zeitpunkt zu 50 % arbeitsunfähig (S. 2). Es sei keine behinderungsangepasste Tätigkeit erforderlich (S. 3). 3.5

Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 15. Juni 2010 (Urk. 6/50 /23-24) einen Status nach Schulterarthroskopie links sowie eine mediale Gonarthrose links. Als Nebendiagnosen wurden die folgenden genannt (S. 1): - subakromiales

Impingement -Syndrom Schulter rechts bei sonographisch nachgewiesener transmuraler Ruptur der Supraspinatussehne - Handgelenksschmerzen rechts - Depression Hinsichtlich des Verlaufs führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, die Schmerzen in der linken Schulter seien deutlich zurückgegangen. Problematisch sei momentan eine dekompensierte, medial betonte Gonarthrose links, so dass die Beschwerdeführerin praktisch gehunfähig sei (S. 1). Die Rotatorenmanschettenruptur rechts sei derzeit nur wenig symptomatisch. Die Arbeitsunfähigkeit bezüglich der linken Schulter könne per 30. Juni 2010 auf 0 % festgelegt werden. Aufgrund der akuten Kniegelenksbeschwerden sei jedoch derzeit eine Reintegration nicht möglich. Die Voraussetzungen für die Zusprache einer Invalidenrente seien erfüllt (S. 2). 3.6

Dr. B.\_\_\_\_ stellte mit Bericht vom 5. September

2010 (Urk. 6/45 /5) folgende Diagnose: - fortgeschrittene mediale Gonarthrose mit Osteonekrose - chronische Schulterschmerzen links - Status nach Schulterarthroskopie, Burssektomie und Akromioplastik 2009 - Impingement -Syndrom rechts - anamnestisch Depression Die Beschwerdeführerin leide an einer eingeschränkten Belastbarkeit des linken Kniegelenks. Die momentan konservative Behandlung müsse abgewartet werden. Es sei eine Knie totalendoprothese in Betracht zu ziehen; möglicherweise sei dann wieder eine Teilarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zumutbar. 3.7

Dr. C.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 16. Dezember 2010 (Urk. 6/50 /21-22) bei gleicher Diagnose (vgl. vorstehend E. 3.5) aus, die Beschwerdeführerin berichte über zunehmende Beschwerden in der rechten Schulter. Diese stünden in Zusammenhang mit der

Sehnenruptur. Da die Kniebeschwerden links zentral seien, sei eine weitere Abklärung vorzunehmen. Die Beschwerdeführerin werde sich im Be darfs fall für eine weiterführende Abklärung der rechten Schulter melden (S. 1-2). 3.8

Hinsichtlich der Kniebeschwerden diagnostizierten die Ärzte der D. \_\_\_ Klinik mit Bericht vom 1. Februar 2011 (Urk. 6/50 /19-20) eine mediale Gon arth rose links mehr als rechts sowie eine Adipositas (BMI 34; S. 1). Der Befund habe ein deutlich hinkendes Gangbild mit einer Beweglichkeitseinschränkung des linken Kniegelenks ergeben. Nach Diskussion der verschiedenen Möglich keiten wolle die Beschwerdeführerin konservative Massnahmen wie Infiltration, Physi otherapie und Gewichtsreduktion ergreifen (S. 2). 3.9

Dr. med. E. \_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheu ma tologie , stellte in seinem am 29. März 2011 unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung eigener Untersuchungen erstatteten Gutach ten (Urk. 6/50 /1-18) keine Diagnosen m it Auswirkung auf die Arbeits fä higkeit (S. 8). Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die fol genden Diagnosen (S. 8): - chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - primäres Fibromyalgie-Syndrom - betont im Bereich der unteren Körperhälfte - Panalgie - diffuse Druckschmerzangabe - nicht dermatombezogene

Hyosensibilität ganzes linkes Bein für aus schliesslich taktile Reize bei allseits normalem Lage- und Vibrations sinn - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit, Schmerzen im Brustkorb und Bauch - Gonarthrosen - Periarthropathia

humeroskapularis rechts - sonographisch Ruptur der Supraspinatussehne - Adipositas mit BMI von 33.4 - Nikotinkonsum von ca. 15 pack years - anamnestisch Reizmagen-Syndrom - 2002 binaurale Hörgeräteversorgung - aus somatischer Sicht nicht beurteilt: anamnestisch „traurige Verstimmung, Ängste“ (Zitat) Der Untersuchungsbefund habe hinsichtlich der Knie ein zumeist normales Gangbild ergeben. Phasenweise erfolge ein unspezifisches Schonhinken des lin ken Beines, das den Charakter sofort ändere, wenn die Beschwerdeführerin von einer Vorwärts- in eine Rückwärtsbewegung wechsele (S. 4). Beide Kniegelenke seien in einer Flexion/Extension von 120/0/0° beweglich, und es fänden sich keine Meniskuszeichen, Gelenksergüsse oder Hinweise auf eine Instabilität (S. 5 ). In der klinischen Untersuchung imponierten eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, diffuse Druckschmerzen, nicht dermatombezogene Sensibilitätsstö rungen des ganzen linken Beines, eine Adipositas und darüber hinaus, abge stützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus. Es seien drei von fünf Waddell -Zeichen objektivierbar (S. 8). Die Beschwerdeführerin schil dere sämtliche Bewegungen aller axialen und peripheren Gelenke, betont in der unteren Körperhälfte, in allen Ebenen als etwa gleich schmerzhaft, unab hängig davon, ob ein jeweils untersuchtes Gelenk in belasteter oder entlasteter Körperhaltung untersucht werde. Dies weise auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin, ansonsten zu erwarten sei, dass die eine Bewe gungsrichtung als eindeutig schmerzhafter geschildert werde als die andere (S. 9). Insgesamt seien die geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensi tät teilweise auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde ab stütz bar . Hinsichtlich der linken Schulter habe sich der im Januar 2010 be schriebene postoperativ erfreuliche Verlauf unterdessen nochmals verbessert. Die Beweglichkeit der Kniegelenke sei unterdessen symmetrisch und frei. Ein Erguss im linken Knie könne nicht mehr bestätigt werden. Die Einschätzung, wonach mittels einer Knieprothese eine teilweise Arbeitsfähigkeit erreichbar

sei, konnte Dr. E.\_\_\_\_ nicht unterstützen (S. 14 ff.). Die bezüglich der rechten Schulter beschriebenen Bewegungseinschränkungen könnten nicht mehr bestätigt werden. Jedoch sei auch mit den in früheren Berichten erwähnten Befunden aus rein somatischer Sicht die von der Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübte Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar (S. 16). Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei aus somatisch-rheumatologischer Sicht für ihre bisherigen Tätigkeiten nicht eingeschränkt, auch nicht für Haushaltarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig belastenden Arbeitsprofil. Die Beschwerden könnten mittels zumutbarer medikamentöser, gewichtsreduzierender und bewegungsaktivierender Massnahmen möglicherweise günstig beeinflusst werden (S. 17). 3.10

Die rentenzusprechende Verfügung vom 27. Juni 2011 erging im Wesentlichen infolge psychischer Beschwerden. So hielt Dr. med. F.\_\_\_\_, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), am 7. Mai 2010 fest, es sei aus psychiatrischer Sicht bezüglich der depressiven Störung mit einer Remission zu rechnen. Allerdings sei aufgrund der begleitenden Angststörung und vor allem der akzentuierten Persönlichkeit mit einem stark verzögerten Heilverlauf zu rechnen. Es müsse mit einer länger dauernden Arbeitsunfähigkeit von etwa 50 % gerechnet werden. Die genannten Zeiten der Arbeitsunfähigkeit seien plausibel und träfen auf die bisherige und auf behinderungsangepasste Tätigkeiten zu, wobei die angestammte Tätigkeit einer behinderungsangepassten entspreche (Urk. 6/38/4).

Die Beurteilung durch Dr. E.\_\_\_\_ erfolgte aufgrund der ab Juni 2010 eingetretenen somatischen Verschlechterung im linken Knie (vgl. vorstehend E. 3.5). Im Beschwerdeverfahren vor dem hiesigen Gericht war unbestritten, dass ab Juni 2010 in der angestammten Tätigkeit aus psychischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestand (vgl. E. 4.1 des Urteils vom 12. November 2012; Urk. 6/69). 3.11

Das hiesige Gericht erachtet das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ als beweiswertig (vgl. E. 4.4 des genannten Urteils; Urk. 6/69), weshalb in Bestätigung der angefochtenen Verfügung bis zum Zeitpunkt des Erlasses derselben von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen ausgegangen wurde. Das Gericht hielt Folgendes fest (E. 4.5.3- 4.7):

„Damit steht fest, dass bis Ende Juni 2011 keine relevante Arbeitsunfähigkeit wegen den Kniebeschwerden in der angestammten Tätigkeit bestand. Inwieweit die einsetzende Verschlechterung - welche zur Totalendoprothesen -Operation führte - eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit mit sich brachte, ist vorliegend nicht von Bedeutung, wäre sie doch erst nach drei Monaten Dauer zu berücksichtigen (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) und damit nach Erlass der angefochtenen Verfügung.

Da zusammenfassend Hinweise bestehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ab Juni 2011 verschlechtert hat, rechtfertigt es sich, die Sache an die Beschwerdegegnerin zu überweisen zur Prüfung des Sachverhalts ab Juni 2011 und der ab September 2011 in Frage stehenden Ansprüche der Beschwerdeführerin.

Zu bedenken ist jedoch, dass eine Arbeitsunfähigkeit - angesichts der Einschränkungen aus psychischen Gründen - erst ab einem 50 % übersteigenden Ausmass überhaupt relevant wäre. Dass dies ab Juni 2011 der Fall war, bedürfte bei einer angestammten Tätigkeit im Büro einer schlüssigen Begründung.

Damit besteht einzig in psychischer Hinsicht gestützt auf die Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 50 %. Diesbezüglich ist sodann anzumerken, dass Dr. A.\_\_\_\_ - wie auch die Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S.

12) - mit einer Remission der depressiven Störung rechnet (vgl. vorstehend E. 3.4). Dies ist ebenfalls im anstehenden Revisionsverfahren zu überprüfen, ebenso wie die Diagnose einer Agoraphobie, die gemäss Dr. A.\_\_\_\_ den Heilverlauf verzögere, sich aber nach Lage der Akten offenbar in der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin nicht ausgewirkt hat. Auch die Auswirkungen der von Dr. A.\_\_\_\_ gestellten Diagnose einer akzentuierten Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen (ICD-10 Z73.1) sind fraglich: Diese gehört zu der Kategorie „Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ und damit zu den Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (ICD

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und

c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

### **E. 6.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei 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).

### **E. 6.2**

Da der Beschwerdeführerin ab April 2014 auch die angestammte Tätigkeit wie der zu 70 % zumutbar war, ermittelte die Beschwerdegegnerin gestützt auf den früher bei dieser Tätigkeit erzielten Lohn einen Invaliditätsgrad von 30 % (vgl. Urk. 6/94 sowie S. 2 des angefochtenen Entscheides). Dies wurde von der Beschwerdeführerin nicht bestritten und ist nicht zu beanstanden.

### **E. 6.3**

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist vor einer Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Rente abzuklären, ob ein Eingliederungsbedarf besteht. Dabei ist vom Grundsatz der erwerblichen Verwertbarkeit einer verbesserten oder wieder gewonnenen Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung auszugehen. In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder beruflich-erwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die

Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2).

#### **E. 6.4**

Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 dahin gehend präzisiert, dass die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben, nur zulässig ist, wenn die Beschwerdegegnerin zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat (E. 3.3). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass solche versicherte Personen aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selber wieder einzugliedern. Dies führt zwar für die Betroffenen nicht zu einer Art Besitzstandsgarantie. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (vgl. erwähntes Urteil 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5).

#### **E. 6.5**

Die am 20. Juni 1955 geborene Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 7. Juli 2015 (Urk. 2) 60-jährig. Damit fällt sie unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezückerkreis. Nachdem die Begutachtung durch das Z.\_\_\_\_ erfolgt war, bot die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin im Vorbescheid vom 9. September 2014 (Urk. 6/97) an, sich für Unterstützung bei der Stellensuche zu melden. Die Beschwerdeführerin reagierte nach Lage der Akten nicht darauf. Sie sieht sich selbst als nicht arbeitsfähig (vgl. S. 23 des Z.\_\_\_\_-Gutachtens). Es ist somit von fehlendem Eingliederungswillen auszugehen. Fehlt es am Eingliederungswillen und an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (Urteil des Bundesgerichts 8C\_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_19/2016 vom 4. April 2016 E. 5.2.3). Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin ihre bislang bestehende 50%ige Arbeitsfähigkeit bereits vor der vorliegend strittigen Rentenaufhebung nie verwertete, obwohl ihr dies zumutbar gewesen wäre. Mit anderen Worten bildete die lange Absenz vom Arbeitsmarkt keinen Umstand, den die Beschwerdegegnerin zu vertreten hat.

Sie war demnach nicht gehalten,

aktiv Eingliederungsmassnahmen zu treffen. Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach auch unter diesem Gesichtspunkt als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 9 00.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christos Antoniadis - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

## **E. 8**

ATSG) sind.

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. 10**

Z.00-/99 ), denen jedoch kein versicherungsmedizinischer Krankheitswert zu kommt (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_663/2010 vom 15. November 2010, E. 5.2.4 ).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin ab 20. Mai 2009 bis 31. Mai 2010 mindestens zu 75 % und ab 1. Juni 2010 zu 50 % arbeitsunfähig war. Diese Verbesserung der Arbeitsfähigkeit war ab 1. September 2010 (Art. 88a Abs. 1 IVV) zu berücksichtigen.“ 4. 4.1

Im Nachgang zu diesem Urteil ergingen die folgenden Arztberichte. Dr. B.\_\_\_\_ stellte mit Bericht vom 1 2. März 2013 ( Urk. 6/73/5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Gonarthrose beidseits: - Status nach Knie-Total- Endoprothese rechts März 2012 - fortgeschrittene Gonarthrose links - chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei degenerativen LWS-Veränderungen und Adipositas - anamnestisch Depression - Status nach Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion links 2009 Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, dass er zu den Einschränkungen der Beschwerdeführerin keine Angaben machen könne, da er sie seit einem Jahr nicht mehr gesehen habe. 4.2

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Oberarzt Orthopädie D.\_\_\_\_ Klinik, diagnostizierte mit einem undatierten Bericht ( Urk. 6/74) einen Status nach Knie-Total endoprothese rechts und eine Gonarthrose links sowie, was von einem Psychiater zu beurteilen sei, eine Depression,

Panikattacken und Angstzustände ( Ziff. 1.1). Die Behandlung erfolge seit 20. März 2013 ( Ziff. 1.2). Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit seit 2009 vollständig arbeitsunfähig und es sei auch eine teilweise Tätigkeit nicht zumutbar ( Ziff. 1.6-1.7). 4.3

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem ihm am 18. April

2013 zugestellten (vgl. Urk.6/77/5), undatierten Bericht folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - Gonarthrose beidseits, rechts Status nach Knie- Total endoprothese im März 2012, links mit progredienten Schmerzen - chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom und lumbales Schmerzsyndrom, intermittierend lumboradikuläres Reizsyndrom, bei degenerativen LWS-Veränderungen - rezidivierende depressive Störung und Angsterkrankung mit Panikstörung und Agoraphobie Die Beschwerdeführerin sei auch für Haushaltarbeiten deutlich eingeschränkt. Längere körperliche Betätigungen seien ihr nicht möglich, sie könne nicht in die Knie gehen, eine gebückte Haltung führe zu verstärkten Rückenschmerzen, langes Sitzen sei auch nicht gut. Lasten heben sei nicht möglich, ebenso schwerere Putzarbeiten ( Ziff. 1.5). Seit Mai 2009 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, dies infolge der ausserordentlich schwerwiegenden und schwer zu behandelnden rheumatologisch-orthopädischen Problematik in Kombination mit der langdauernden psychiatrischen Erkrankung ( Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar ( Ziff. 1.7). 4.4

Dr. A.\_\_\_\_ berichtete am 7. Juni 2013 ( Urk. 6/78) und stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F32.1) - vorübergehende Anpassungsstörung (F43.2) nach zwei Einbrüchen in ihr Haus 2012 - akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich vermeidenden und abhängigen Zügen, C-Typ (Z73.1) Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführerin sei eine tägliche Tätigkeit ausser Haus im Umfang von etwa 10 bis 20 % als unbezahlte Aushilfe im Restaurant des Sohnes ohne zeitliche oder inhaltliche Verpflichtung zumutbar. Die in seinem letzten Bericht aus dem Jahr 2010 per Ende Mai 2010 in Aussicht gestellte Teil-Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % habe nie erreicht werden können. Zwei orthopädische Eingriffe hätten den Heilungsverlauf verzögert und zu einer zusätzlichen psychischen Verunsicherung beigetragen. Weiter hätten die häufig auftretenden Schmerzen sowie die akzentuierten ängstlichen und selbstunsicheren Persönlichkeitszüge einen Zustand der Mutlosigkeit und des fehlenden Selbstvertrauens gefördert. Die aktuell mögliche zeitliche Arbeitsfähigkeit betrage höchstens 20 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit mit einer Leistung von etwa 60 % . Erst nach einem Einsatz in diesem Umfang könne abgeschätzt werden, ob und in welchem Umfang eine allfällige Pensumssteigerung möglich sei. Eine Leistungsminderung bestehe auch in der Haushaltsbewältigung. Die Patientin sei auf die Mithilfe ihres Ehemannes und ihres Sohnes angewiesen ( Ziff. 1.4). In der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin sei die Beschwerdeführerin zu 80 % arbeitsunfähig ( Ziff. 1.6). Eine angepasste Tätigkeit erfordere eine sitzende Arbeit mit häufigen Pausen und geringen kognitiven Anforderungen ( Ziff. 1.7). 4.5

Die Gutachter des Z.\_\_\_\_ erstatteten ihr Gutachten vom 18. August

2014 ( Urk. 6/93 ) nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, psychiatrischen und orthopädischen Untersuchung. Sie

stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 21): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - Panikstörung (F41.0) - symptomatische medial betonte Gonarthrose links - radiologisch deutliche Degeneration medial und weniger auch femoro patellär (Röntgen vom 6. April 2014) Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie : - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - Status nach Implantation einer Knie-Totalprothese rechts am 23. März 2012 - klinisch unauffälliger Befund - radiologisch unauffälliger Befund (Röntgen vom 20. März 2013) - chronische Schulterbeschwerden rechts - bis auf mögliches subakromiales

Impingement unauffälliger klinischer Befund - Status nach Schulterarthroskopie, Tenotomie der langen Bizepssehne, subakromialer

Bursektomie, Akromioplastik und Rekonstruktion der Supraspinatussehne links am 18. Dezember 2009 - chronische Hüft- und Gesässschmerzen beidseits - klinisch unauffälliger Befund der Hüftgelenke - metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ II, bisher keine medikamentöse Behandlung - Adipositas mit BMI 34 - Dyslipidämie, bisher keine medikamentöse Behandlung - arterielle Hypertonie möglich - Schwerhörigkeit - Hörgeräteversorgung seit 2002 - fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ca. 25 pack years) In der psychiatrischen Teiluntersuchung habe die Beschwerdeführerin berichtet, dass sie bei Dr. A. \_\_\_ in psychiatrischer Behandlung gewesen und nun zu Dr. I. \_\_\_ überwiesen worden sei, da Dr. A. \_\_\_ mit ihr nicht weiterkommen sei. Sie sei einmal pro Woche oder alle zwei Wochen in Behandlung und nehme Cymbalta, Trittico sowie nach Bedarf Temesta ein (S. 10). Der Gutachter stellte fest, dass der affektive Kontakt sehr gut herstellbar gewesen sei. Die Stimmung sei depressiv gewesen. Die Beschwerdeführerin habe erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und Morgentiefs angegeben, ebenso anfallsartige Angst mit vegetativen Symptomen wie Atemnot bis mehrmals in der Woche und unabhängig von der Situation. Hinweise auf Zwänge hätten nicht bestanden, die Vigilanz sei nicht gestört gewesen. Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und allseitig orientiert gewesen. Es hätten leichte Konzentrationsstörungen bestanden. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt gewesen. Das Denken sei formal geordnet gewesen und es seien keine Wahnideen, Halluzinationen und Ich-Störungen vorhanden, ebenso keine Hinweise auf Suizidalität. Weiter führte der Gutachter aus, dass die Urteilsbildung nicht gestört sei. Die Beschwerdeführerin gebe ausserhalb der Familie keine Kontakte an. Die Beziehungsfähigkeit sei erhalten. Es habe vielleicht eine etwas verminderte Affektsteuerung mit raschem Weinen ohne Hinweise auf Impulskontrollstörungen bestanden. Der Antrieb sei herabgesetzt mit erhöhter Ermüdbarkeit bei erhaltener Intentionalität. Die Selbstwertregulation sei ebenfalls erhalten und die Abwehrmechanismen seien nicht deutlich auffällig (S. 12). Es bestehe eine leichte depressive Episode gekennzeichnet durch die Kriterien der verminderten Freudempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, leichte Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und Morgentiefs. Zudem lägen eine Panikstörung mit anfallsartigen Ängsten und vegetativen Symptomen sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei ausgedehnten Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass sich durch die somatischen Befunde nicht erklären lasse, vor. Es bestünden psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren mit Todesfällen, Einbrüchen zuhause und vor allem der Kündigung ihrer früheren Arbeitsstelle, aber auch einem Ehemann, der ebenfalls krank sei und eine Rente beziehe,

sowie den finanziellen Aspekten ihrer eigenen Berentung. Sonst bestünden keine lebensgeschichtlichen Belastungen, die eine deutliche Relevanz hätten, um sich negativ auf die Gesundheitsentwicklung auszuwirken. Die differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehende Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne nicht gestellt werden, da deutlich schwere psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren als ursächliche Faktoren fehlten (S. 12). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %, was durch die depressive Störung und die Panikstörung bedingt sei. Die Schmerzstörung wirke sich nicht arbeitsfähigkeitseinschränkend aus. Der Explorandin könne aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten und ihren Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit zu 70 % nachzugehen. Im idealen Fall könnte es sich dabei um ein ganztägiges Pensum mit der Möglichkeit vermehrter Pausen, aufgrund der durch die Depression und die Panikstörung bedingten erhöhten Ermüdbarkeit, handeln. Von dieser Einschätzung könne mit Sicherheit mindestens seit der aktuellen Untersuchung ausgegangen werden. Zuvor könne nicht genau angegeben werden, ab wann es zu einer Besserung gekommen sei, da neuere fachärztliche Befunde, auf die mit Sicherheit abgestellt werden kann, fehlten (S.

13). Zur Beurteilung durch Dr. A. \_\_\_ hielt der psychiatrische Gutachter fest, dass bei einer Episode nach ICD nicht gleichzeitig eine Anpassungsstörung diagnostiziert werden könne. Zudem habe Dr. A. \_\_\_ eine 10-20%ige Arbeitsfähigkeit bei 60%iger Leistungsfähigkeit attestiert, was bei der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode doch zu gering eingeschätzt sei. Die frühere Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit könne heute medizinisch-theoretisch nicht mehr aufrechterhalten werden (S. 14). Der orthopädische Gutachter stellte fest, dass die Explorandin ein inkonstantes linksseitiges Hinken demonstriere, aber die Gangarten durchaus durchführen könne. Beim Treppabgehen stelle sie nicht die schmerzhafte linke untere Extremität, sondern den rechten Fuss voran. Bei der Prüfung der Wirbelsäule zeige sich eine freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte, indem der initial etwas vermehrte Finger-Boden-Abstand später durch eine freie Auslenkung im Langsitz

relativiert werden könne. Auch an den oberen und unteren Extremitäten bestehe eine weitgehend freie Beweglichkeit. Bei der Anamneseerhebung, insbesondere aber während der klinischen Untersuchung, welche bei guter Kooperation im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen problemlos durchgeführt werden könne, er folgten sehr unklare Schmerzangaben. So beklage die Explorandin sehr diffuse, keinesfalls reproduzierbare

Druckdolenzen an Stamm und Extremitäten und beziehe schliesslich von einem zeitweise generalisiert auftretenden Leiden. Einzig am linken Knie erfolge eine relativ konstante Beschwerdeangabe. Fünf von fünf Waddell-Zeichen seien positiv. Auf neurologischer Ebene zeigten sich keine klaren Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems. Auf radiologischer Ebene zeigten sich an den Kniegelenken rechts (richtig wohl : links) deutliche degenerative Veränderungen und links (richtig wohl : rechts) unauffällige Verhältnisse nach Gelenkersatz. Zusammenfassend könne gesagt werden, dass sich die von der Beschwerdeführerin äusserst diffus und wechselhaft beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen liessen. Nachvollziehbar seien sie einzig im Bereich des linken Knies, kaum aber in den übrigen Abschnitten des Bewegungsapparates. Nicht zuletzt die deutlichen Inkonsistenzen, die anamnestisch erfolgte Beschwerdezunahme unter konservativer Therapie sowie die Verschlechterung trotz langjähriger Schonung könnten als

klare Hinweise für eine im Vordergrund stehende nicht-organische Beschwerdekomponente angesehen werden (S. 19 f.). Für die angestammte Bürotätigkeit sowie für jede andere körperlich leichte Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 90 % bei ganztäglichem Pensum mit um 10 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Das wie derholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sowie das häufige Überwinden von Treppen und unebenem Grund sollte dabei vermieden werden. Es könne für solche Tätigkeiten keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung attestiert werden (S. 20). Der Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_, wonach seit 2009 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe, könne aufgrund der heutigen Untersuchung keinesfalls gefolgt werden. Sollte tatsächlich ein derart invalidisierender Leidensdruck bestanden haben, bleibe es überdies unverständlich, weshalb angesichts des positiven postoperativen Verlaufs die Prozedur nicht auf der Gegenseite längst wiederholt worden sei (S. 21 oben). Die Konsensbeurteilung ergab, dass objektiv das psychische Leiden im Vordergrund stehe, welches die Arbeitsfähigkeit um 30 % einschränke. Weiter vermindere die symptomatische, medial betonte Gonarthrose links die Arbeitsfähigkeit um 10 %. Aus allgemeininternistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Die Schwerhörigkeit sei seit 2002 mit Hörgeräten versorgt und die Explorandin sei dadurch in der bisherigen Tätigkeit nicht eingeschränkt gewesen (S. 22). Zusammengefasst sei die Beschwerdeführerin aus polydisziplinärer Sicht für die angestammte Tätigkeit im Bürobereich wie auch für jede andere körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit zu 70 % arbeits- und leistungsfähig, was in einem ganz täglichen Pensum mit vermehrten Pausen verwertbar sei. Die Arbeitsunfähigkeiten aus psychiatrischer und orthopädischer Sicht könnten nicht kumuliert werden, da dieselben Zeitabschnitte für vermehrt notwendige Pausen genutzt werden könnten. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie früher attestierter Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die Explorandin seit Mai 2009 aufgrund des psychischen Leidens in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Der genaue Verlauf dieser Arbeitsunfähigkeit könne nicht angegeben werden. Seit der Rentenzusprache sei es zu einer Besserung des psychischen Leidens gekommen. Anlässlich der Untersuchung habe noch eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, welche ab dem Untersuchungsdatum im April 2014 gelte. Aus somatischer Sicht, insbesondere von Seiten des Bewegungsapparates, hätten immer Arbeitsunfähigkeiten von einigen Wochen bestanden, welche durch die Operationen verursacht worden seien. Eine länger dauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit könne aus somatischer Sicht nicht bestätigt werden (S.

23 oben). Bei einer Haushaltstätigkeit würden sich vor allem die somatischen Probleme mit Gonarthrosen bemerkbar machen, wodurch die Explorandin bei körperlich schweren und mittelschweren Arbeiten eingeschränkt sei. In Kombination mit dem psychischen Leiden könne im Haushalt eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % bestätigt werden, dies unter der Annahme, dass die Arbeiten individuell über den Tag verteilt mit Pausen verrichtet werden könnten (S. 23 Mitte). Die Explorandin selbst fühle sich nicht mehr arbeitsfähig. Diese Einschätzung könne medizinisch nicht vollständig erklärt werden. Die körperlichen Probleme sollten bei einer körperlich leichten Tätigkeit, wie sie die Explorandin früher ausgeübt habe, nicht zu einer wesentlichen Beschwerdeverstärkung gegenüber Alltagsaktivitäten führen. Sie sei dabei auch psychisch nicht höhergradig eingeschränkt, insbesondere sei es ihr aus psychiatrischer Sicht zumutbar, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um mit 70%iger Leistungsfähigkeit erwerbstätig zu sein (S. 23 unten). Zur Einschätzung durch Dr. A.\_\_\_\_ hielten die Gutachter fest, dass bei der

von ihm gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode und den von ihm festgestellten Befunden eine höhere als 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden könne. Anlässlich der aktuellen Begutachtung sei nur noch eine leichte depressive Episode festgestellt worden (S. 23). In somatischer Hinsicht habe Dr. E.\_\_\_\_ nur einen Teil der Beschwerden objektivieren können und habe für die frühere Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert, was zu bestätigen sei (S. 24 oben). 4.6

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (vgl. Urk. 6/104 Ziff. 8) reichte die Beschwerdeführerin den Bericht ihres behandelnden Therapeuten Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Oktober 2014 ein. Dr. I.\_\_\_\_ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie eine Panikstörung (S. 4). Die bestehenden, näher genannten Einschränkungen infolge psychischer und körperlicher Symptome hätten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Voreinschätzung durch Dr. A.\_\_\_\_ habe im Juni 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 20 % ergeben. Seit der Übernahme der Therapie seien keine Hinweise gefunden worden, dass sich an dieser Einschätzung etwas geändert hätte (S. 5). 5. 5.1

Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.1) konnte zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin keine Stellung nehmen, da er sie längere Zeit nicht gesehen hatte. Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.2) ging in somatischer Hinsicht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit 2009 aus, und vertrat die Auffassung auch eine Teiltätigkeit sei nicht zumutbar. Dabei verkannte er

jedoch, dass Dr. E.\_\_\_\_ bereits 2011 nicht mehr von einer somatisch begründeten Arbeitsunfähigkeit ausging. Dies war Dr. G.\_\_\_\_ möglicherweise nicht bekannt; dennoch wird nicht erklärt, weshalb aufgrund der somatischen Diagnosen - Status nach Knie-Endtotalprothese rechts und Gonarthrose links - keinerlei Arbeitsfähigkeit mehr bestehen sollte. Auch Dr. H.\_\_\_\_ (vorstehend E.

4.3) ging in der angestammten Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 75 % seit Mai 2009 aus, begründet durch somatische und psychische Erkrankung ohne diese nicht nachvollziehbare Abweichung von der Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ zu begründen. Hinzu kommt, dass Dr. H.\_\_\_\_ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin bezüglich eines psychiatrischen und orthopädisch/rheumatologischen Sachverhaltes grundsätzlich nicht genügend befähigt ist, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einzuschätzen. Dies setzt den Beweiswert seines Berichts entscheidend herab. 5.2

Dr. A.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.4) stützte seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode, einer vorübergehenden Anpassungsstörung und einer akzentuierten Persönlichkeit mit ängstlich vermeidenden und abhängigen Zügen. Letzteres ist unter ICD-10 Z.73.0 und damit in der Kategorie „Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ aufgeführt und gehört zu den Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (ICD-10 Z.00-/99), denen jedoch kein versicherungsmedizinischer Krankheitswert zukommt (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_663/2010 vom 15. November

2010, E.

5.2.4).

Zudem ist eine Anpassungsstörung rechtsprechungsgemäss grundsätzlich kein invalidisierendes Leiden (vgl. beispielsweise das Urteil des Bundesgerichts 9C\_4/2013 vom 19. Dezember 2013 oder 8C\_1055/2010 vom 17. Febr. 2011). Diese beiden Diagnosen vermögen also aus rechtlicher Sicht keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Dies gilt jedoch auch für die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode: Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C\_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1). Vorliegend ist nicht anzunehmen, dass die therapeutischen Optionen ausgeschöpft sind, hat die Beschwerdeführerin doch einen Therapeutenwechsel (vgl. vorstehend E.

4.6) vorgenommen und wurde bis lang nach Lage der Akten noch keine stationäre Therapie absolviert. Dass die Beschwerdeführerin gemäss Dr. A. \_\_\_ angepasst und angestammt höchstens zu 20 % arbeitsfähig sein soll (vgl. vorstehend E. 4.4), entbehrt angesichts der gestellten Diagnosen und des Gesagten jeglicher Grundlage und kann nur auf die vom Gericht zu berücksichtigende Erfahrungstatsache zurückgeführt werden, dass Spezialärzte - wie Hausärzte - im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc mit Hinweisen). 5.3

Das Gutachten des Z. \_\_\_ (vorstehend E. 4.5) entspricht den Anforderungen an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts (vgl. vorstehend E. 1.4) und vermag insbesondere deshalb zu überzeugen, weil es im Gegensatz zu den bisherigen Berichten eine Gesamtbeurteilung aller gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin erlaubt. Die Gutachter kamen nach genauer Abklärung und Untersuchung zum Schluss, dass die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, einer Panikstörung und einer symptomatischen Gonarthrose links die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einschränken. Dass nun von einer leichtgradigen Depression auszugehen ist, wurde vom psychiatrischen Gutachter anhand der von ihm erhobenen Befunde

nachvollziehbar hergeleitet und ausführlich begründet (vgl. S. 12 des Gutachtens). Er ging davon aus, dass diese zusammen mit der Panikstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bewirkt. Dazu ist festzuhalten, dass gemäss dem oben Gesagten eine leichtgradige depressive Episode aus rechtlicher Sicht grundsätzlich keine invalidisierende Wirkung hat, und zudem nicht auszuschliessen ist, dass psychosoziale Gründe im Vordergrund des Beschwerdebildes stehen könnten. Der psychiatrische Gutachter hielt jedoch fest, dass auch die Panikstörung Einfluss habe und zusammen mit der Depression eine erhöhte Ermüdbarkeit bewirke. Dem wird mit der Einschätzung einer

30%igen Arbeitsunfähigkeit in vertretbarer Weise Rechnung getragen. Hervorzuheben gilt es mit Blick auf die Schadenminderungspflicht, dass es der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zumutbar ist, in einem Umfang von 70 % erwerbstätig zu sein, auch wenn sie sich selbst nicht als arbeitsfähig sieht. 5.4

In somatischer Hinsicht ergab die Begutachtung, dass die klinische Untersuchung im Stehen, Gehen und Liegen bei guter Kooperation problemlos durchgeführt werden konnte. Die Beschwerdeführerin habe sehr diffuse, keinesfalls reproduzierbare

Druckdolenzen beklagt; einzig am linken Knie seien die Beschwerden relativ konstant angegeben worden. Der Gutachter erkannte fünf von fünf Waddell-Zeichen als positiv und wies darauf hin, dass die deutlichen Inkonsistenzen, die anamnestiche Beschwerdezunahme unter konservativer Therapie sowie die Verschlechterung trotz langjähriger Schonung klare Hinweise für eine im Vordergrund stehende nicht-organische Komponente darstellten. Dies vermag zu überzeugen, ebenso wie der Umstand, dass der orthopädische Gutachter die kniebedingte Beeinträchtigung mit einer Verringerung der Arbeitsfähigkeit von 10 % berücksichtigte. Die Gutachter nahmen zudem in differenzierter Weise Stellung zu den bisherigen Einschätzungen und kamen in der Konsensbeurteilung zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Bürotätigkeit sowie in jeder anderen körperlich leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit ab April 2014 zu 70 % arbeits- und leistungsfähig sei. Die Arbeitsunfähigkeiten aus psychiatrischer und orthopädischer Sicht seien nicht zu addieren, da dieselben Zeitabschnitte für Pausen nutzbar seien. 5.5

Während also vor Erlass der Verfügung vom 27. Juni 2011 noch eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus psychischen Gründen bestand, hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seither so verbessert, dass seit April 2014 aus psychischen und somatischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von

nur mehr 30 % besteht. Damit wurde der verbleibenden Beeinträchtigung angemessen Rechnung getragen. Die im Urteil vom 12. November 2012 erwähnte mögliche Verschlechterung infolge der Kniebeschwerden und der Operation des rechten Kniegelenks war vorübergehend, was im Z. \_\_\_ -Gutachten bestätigt wurde (vgl. 20 des Gutachtens). An dieser Einschätzung vermag der Bericht von Dr. I. \_\_\_ (vorstehend E. 4.6) nichts zu ändern: Es gilt das oben (E. 5.2) zur invalidisierenden Wirkung von mittelgradigen depressiven Episoden

Gesagte. Zudem nahm Dr. I. \_\_\_ keine eigene, begründete Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor, sondern wies lediglich darauf hin, dass sich seit der Einschätzung durch Dr. A. \_\_\_ nichts geändert habe. Ebenfalls fehlt eine begründete Auseinandersetzung mit dem Z. \_\_\_ -Gutachten. 5.6

Zusammenfassend ist gestützt auf das Z. \_\_\_ -Gutachten somit von einer Verbesserung ab April 2014 auszugehen, indem die Beschwerdeführerin ab diesem Datum als zu 70 % arbeitsfähig gilt. Diese Verbesserung ist gemäss

Art. 88a Abs. 1 IVV spätestens ab 1. September 2014 zu berücksichtigen. 6.

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