

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00924 vom 1. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00924

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00924 du 1 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00924 del 1 settembre 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

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

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Besondere das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können.

nen (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

Die Versicherte erhob am 10. September 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. Juli 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei das Verfahren an die IV-Stelle zur ergänzenden Abklärung betreffend Arbeitsfähigkeit und beruflichen Massnahmen zurückzuweisen (Urk. 1 S. 1 Ziff. 1-2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2015 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 30. November 2015 wurde bei der Gutachterstelle Z.____ eine ergänzende Stellungnahme zu einem von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Arztbericht eingeholt (Urk. 10), welche am 11. Januar 2016 einging (Urk. 12). In der Folge wurde ein zweiter Schriftwechsel angeordnet (Urk. 14), in dessen Rahmen am 12. Februar 2016 die Replik eingereicht wurde (Urk. 15), wohingegen die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 23. März 2016 ausdrücklich auf das Einreichen einer Duplik verzichtete (Urk. 20). Dies wurde der Beschwerdeführer in am 31. März 2016 mitgeteilt (Urk. 21). Die von der Beschwerdeführerin am 20. April 2016 eingereichten Unterlagen (Urk. 22, Urk. 23/1-3) wurden der Beschwerdegegnerin am 25. April 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 24). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung aus, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich wesentlich verbessert. In den bisherigen Tätigkeiten als Coiffeuse, A.____-Angestellte und Jugendarbeiterin sei sie seit Januar 2013 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und seit April 2014 eine volle Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Die bisherige Tätigkeit entspreche auch einer angepassten Tätigkeit. Der Invaliditätsgrad liege damit ab Januar 2013 bei 50 % sowie ab April 2014 bei 0 %. Ab April 2014 bestehe damit kein Rentenanspruch mehr. Der nachträglich eingereichte Arztbericht von Dr. B.____ vom 15. Juni 2015 weise offenbar kurativ erforderliche Gesundheitsstörungen aus, ohne absehbar dauerhaft relevanten Charakter der Arbeitsunfähigkeit (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, sie habe nach der Rentenzusprache im Jahre 2009 stetig wieder versucht, in der Arbeitswelt Fuss zu fassen. Sie habe als Jugendarbeiterin gearbeitet und das Ziel gehabt, in diesem Bereich eine berufsbegleitende Ausbildung zu absolvieren, was ihr aufgrund der zu hohen Belastungen nicht gelungen sei. Im Zuge dessen sei es zum psychischen Zusammenbruch gekommen und sie habe sich in stationäre psychiatrische Behandlung begeben müssen. Seither stehe sie in regelmässiger ambulanter psychiatrischer Behandlung. Aus Schreck über das Gutachten sowie die Aufhebung der Rente per August 2015 habe sie per Juni 2015 eine ihre Gesundheit schädigende Anstellung in einem Tankstellen-Shop (60 %-Pensum im Stundenlohn) angenommen. Sie sei im Hinblick auf die Rentenaufhebung ausserordentlich

bemüht, ein existenzsicherndes Einkommen zu erwirtschaften. Aufgrund der hohen körperlichen Belastung nehme sie bereits vor Schichtbeginn Schmerzmedikamente ein, um die geforderte Arbeitsleistung erbringen zu können - dies, obwohl sie seit Stellenantritt noch nicht einmal ein 60 %-Pensum habe erbringen können. Trotzdem sei es ihr nicht möglich, ein ausreichendes Einkommen zu erwirtschaften und sie sei auf ergänzende wirtschaftliche Sozialhilfe angewiesen (Urk. 1 S. 2).

Die Beurteilung im Gutachten der Z.____ vom 5. Dezember 2014 sei nicht mehr zutreffend. Wie sich aus dem Bericht von Dr. med. C.____ vom 14.

August 2015 ergebe, bestehe im Bereich L5/S1 eine aktivierte Spondylarthrose sowie aktivierte Degenerationen im Schultergürtel beidseits, in beiden Kniegelenken medial betont und retropatellär sowie an den Füßen. Die aktuellen Befunde dokumentierten eine Verschlechterung des Zustandes im Vergleich zum Begutachtungszeitpunkt. Tätigkeiten mit grösseren Belastungen für die Hände oder Tätigkeiten, die längeres Gehen und Stehen bedingen würden, seien nicht mehr möglich. Weiter sei die im Gutachten genannte Gewichtslimite von 15 kg nicht realistisch. Vor diesem Hintergrund sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand in relevanter Art verschlechtert habe und darum die angefochtene Verfügung auf einer ungenügenden Sachverhaltsabklärung basiere (S. 3).

In ihrer Replik vom 12. Februar 2016 wies die Beschwerdeführerin darauf hin, dass die behandelnde Fachärztin an ihrer Beurteilung vom August 2011

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt genügend abgeklärt hat und dementsprechend die Rente zu Recht aufgehoben wurde. 3. 3.1

Am 18., 21. sowie 28. Februar 2011 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch die Ärzte der Z.____ polydisziplinär begutachtet. Für das am 15. April 2011 erstattete Gutachten stützten sich die Ärzte auf die vorhandenen Akten sowie orthopädische, psychiatrische und neurologische Beurteilungen (Urk. 9/53 S. 1 -2). Insgesamt nannten die Ärzte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17 lit . E.1): - lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach operativer Behandlung bisegmentaler Rezidiv-Diskushernien L4/5 und L5/S1 bei vorbestehender L5-- Radiculopathie und leichter Arachnopathie . Erste Diskektomie L4/5 und L5/S1 am 23. August 2010 und Rezidiv-Diskektomie einschliesslich dorsaler Spondylodese am 7. Januar 2011 - Dekonditionierung und rumpfmuskuläres Globaldefizit infolge der vorbeschriebenen Bandscheibenpathologie mit den assoziierten umfangreichen operativen Behandlungsmassnahmen, noch nicht abgeschlossene medizinische Rehabilitation

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie im Wesentlichen folgende (S. 17 lit . E.2): - leicht- bis mässiggradig depressiv überlagerte Anpassungs- und Schmerzverarbeitungsstörung mit mutmasslich komplementär vorliegender Entwicklung körperlicher Symptome aus psychologischen Gründen - beidseitige Chondroпатия patellae - beidseitige blande

Rhizarthrose

Bei den führenden orthopädischen/neurochirurgischen Befunden und Diagnosen der Wirbelsäule sei Anfang April 2011 eine Verlaufskontrolle durch den operierenden

Neurochirurgen vorgesehen. In diesem Rahmen werde über die Durchführung beziehungsweise Durchführbarkeit einer mehrmonatigen ambulanten Rehabilitationsmassnahme entschieden. Aktuell erscheine der postoperative Verlauf der Spondylodese ungestört und die Prognose sei orthopädisch so mässig günstig. Mit einem endgültigen Abschluss der orthopädisch/neurochirurgisch

indikativ begründeten postoperativen Rehabilitations- und Eingewöhnungsmassnahmen sei mit Ende August 2011 zu rechnen (S. 18 lit. F).

Als bisherige Tätigkeit werde die Tätigkeit in einem Kinder- und Jugendheim bewertet. Unter dem Aspekt der noch nicht hinreichend beendeten medizinischen Rehabilitation nach der am 7. Januar 2011 durchgeführten dorsalen Spondylodese könne beim derzeit ungestörten und günstigen postoperativen Verlauf prognostiziert werden, dass nach abgeschlossener medizinischer Rehabilitation per 1. September 2011 in der vorbeschriebenen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vorliegen werde. In den früher ausgeübten Tätigkeiten als A.____-Beamtin im Innen- und Aussendienst bestehe sowohl aus orthopädisch somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht keine hinreichende Arbeitsfähigkeit auf Dauer (S. 20).

Der Beschwerdeführerin seien leichte bis mittelschwere, wechselbelastende und somit rückenadaptierte Tätigkeiten zumutbar. Arbeiten mit Zwangshaltungen für die Wirbelsäule wie längerfristig (Limit 30 Minuten) nur sitzend oder nur stehend seien zu vermeiden, ebenso wie Arbeiten vornüber gebeugt stehend und solche mit repetitiven Bewegungsanforderungen an den Rumpf. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 15 kg limitiert (S. 18 unten). Aus psychiatrischer Sicht seien Tätigkeiten, welche mit erheblichen psychischen und emotionalen Belastungen einhergehen würden sowie Tätigkeiten mit erheblichem Zeitdruck zu meiden. Qualitativ angepassten Tätigkeiten könnten - einen weiteren ungestörten postoperativen Heilverlauf vorausgesetzt - prognostisch ab dem 1. September 2011 auf einem Niveau von 100 % zugemutet werden (S. 19). 3. 2

Im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens wurde die Beschwerdeführerin erneut durch die Ärzte der Z.____ orthopädisch, internistisch, neurologisch sowie psychiatrisch begutachtet, wobei sich die Ärzte auf die vorhandenen Akten so wie eigene persönliche Befragungen und klinischen Untersuchungen sowie Beurteilungen stützten. In ihrem Gutachten vom 5. Dezember 2014 (Urk. 9/101) führten sie keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 11 lit. F.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte sodann folgende (S. 11 lit. F.2): - lumbovertebrales und lumbospondylogenes Syndrom ohne radikuläre Ausfälle mit/bei - Status nach Diskushernien-Operation L4/5 und L5/S1 August 2010 - Status nach Rezidiv-Diskektomie und Spondylodese L4/S1 Januar 2011 - im aktuellen Verlaufs-MRT der LWS vom 3. März 2014 beschriebene fokale Diskushernie L3/4 rezessal rechts ohne klinisches Korrelat - kleine fokale Diskushernie L5/S1 median, ebenfalls ohne klinisches Korrelat - rumpfmuskuläre Dysbalance bei Trainingsmangel der Bauchmuskulatur, Dekonditionierung - klinisch incipiente

Rhizarthrose an beiden Händen, unauffälliger Röntgenbefund - klinisch incipiente Hüftarthrose beidseits, unauffälliger Röntgenbefund - incipiente Gonarthrose beidseits, Status nach operativer Revision des linken Kniegelenkes 2011, aktuell röntgenologisch Chondrocalzinosis der Innenmenischi beidseits - Nadelhernienrezidiv, mit Orthese

versorgt, operative Behandlung vorgesehen - Dysthymia - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - Cannabismisbrauch - Übergewicht

Bei der aktuell im Vordergrund der Beschwerden stehenden lumbalen Wirbelsäulenpathien hätten die 2010 und 2011 durchgeführten operativen Revisionen eine zirka 50%ige Beschwerdenregredienz bewirken können. Nach wie vor handle es sich um eine klinisch auffällige rumpfmuskuläre Dysbalance zu Lasten der deutlich defizitären Bauchmuskulatur. Aus orthopädischer Optik sei davon auszugehen, dass bei einer suffizienten zirka dreimonatigen medizinischen Trainingstherapie die Wirbelsäule und auch der Rumpf insgesamt eine ausreichende Stabilisierung erfahren werde, so dass eine zusätzliche Beschwerdenregredienz eintreten werde. Die im aktuellen Verlaufs-MRI der LWS beschriebenen Diskopathien L3/4 und L5/S1 würden auf der Symptomebene nicht in Erscheinung treten. Die darüber hinaus beschriebenen initialen degenerativen Aufbrauchbefunde in den Daumensattelgelenken beider Hände, in den Hüftgelenken und in den Kniegelenken würden die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigen. Die röntgenologisch beschriebene Kniegelenkchondrocalzinose gelte derzeit als lediglich bildgebend pathologischer Befund ebenfalls ohne klinisch funktionelle Relevanz. Im Rahmen der internistischen, neurologischen und psychiatrischen Abklärung seien keine weitergehenden beeinträchtigenden Befunde und Diagnosen festgestellt worden (S. 20 lit. G).

Die im Vorgutachten gemachte Prognose einer Verbesserung habe sich bewahrt, so dass angepasste Tätigkeiten seit spätestens 1. April 2014 auf einem 100 %-Niveau zumutbar seien. Auch die

derzeitige Tätigkeit in der Jugendarbeit zähle als hinreichend angepasst und könne von der derzeitigen 30%igen Arbeitsfähigkeit auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gesteigert werden (S. 12 lit. G).

Rückenadaptierte, wechselbelastende leichte und mittelschwere Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin zumutbar. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 15 kg limitiert. Zu meiden seien Tätigkeiten mit längerfristigen rückenbelastenden Zwangshaltungen wie vornüber gebeugt stehend, kniend, hockend, kauend und einhergehend mit repetitiven Bewegungsanforderungen an den Rumpf (S. 12 unten). Das orthopädisch-somatische Belastungsprofil werde neurologisch -somatisch weitestgehend bestätigt. Psychiatrisch sei erklärt worden, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, leichte bis mittelschwere Arbeiten zu bewältigen, sofern aussergewöhnliche nervliche Belastungen in Form von Nachtschichtbedingungen, einem besonderen Verantwortungsbereich oder Tätigkeiten mit einem erheblichen Zeitdruck (beispielsweise Akkordbedingungen) vermieden würden (S. 13 oben). Die bisherige Tätigkeit in der Jugendarbeit gelte als hinreichend angepasst und sei spätestens ab dem 1. April 2014 auf ein 100%-Niveau steigerungsfähig. Alternative Verweistätigkeiten seien ebenfalls ab dem 1. April 2014 möglich (S. 13).

Das Z. ___ -Gutachten vom 15. April 2011 sei kurz nach der Rückenoperation vom 7. Januar 2011 abgefasst worden. Prognostisch sei von einer Arbeitsfähigkeit innert sechs bis zwölf Monaten ausgegangen worden. Der Verlauf habe sich jetzt prolongierter dargestellt als damals angenommen, die Beschwerdeführerin arbeite seit zirka zwei Jahren in der Kinder- und Jugendbetreuung auf einem 30%-Niveau. Die Beschwerdeführerin sei in einer Stellungnahme vom 26. Januar 2012 zutreffend von einem gebesserten Gesundheitszustand ausgegangen und habe die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ab dem

1. Januar 2013 als auf einem 50%-Niveau ausübbar bewertet. Die Anfang 2014 im MRI beschriebene zusätzliche lumbale Diskushernie L3/4 und L5/S1 trete klinisch symptomatisch nicht in Erscheinung. Inzwischen bestehe eine weitergehende Besserung, so dass die bisherige Tätigkeit und auch anderweitige angepasste Tätigkeiten ab dem 1. April 2014 uneingeschränkt auf einem 100%-Niveau zumutbar seien. Auch die zusätzlich beschriebenen diversen incipienten

arthrotischen Befunde änderten an der beschriebenen Arbeitsfähigkeit nichts (S. 13 f.). Neurologisch bleibe die Prognose offen, es sei eine weitere Besserung der klinischen Symptomatik allenfalls in geringen Grenzen denkbar, aber auch eine Verschlechterung sei durchaus denkbar (S. 14). 3. 3

Der behandelnde Psychiater Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte am 26. Februar 2015 zum Z.____-Gutachten aus, er stimme mit den genannten Diagnosen nur teilweise überein, er gehe von folgenden aus (Urk. 9/110/1 -2 Ziff. 2): - rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode - kombinierte Persönlichkeitsstörung - Cannabisabusus

Die Beschwerdeführerin sei aktuell aufgrund der mittelgradig depressiven Symptomatik mit zusätzlichen Angstattacken und somatischem Syndrom maximal 30 % arbeitsfähig. In stabileren Intervallen sei sie 50 % arbeitsfähig, da bei wirksamer Behandlung unter anderem die hohe Selbstunsicherheit mit eingeschränkter Fähigkeit der Konfliktbewältigung, eine generelle Vermeidungstendenz, Ängstlichkeit sowie verminderte Belastbarkeit limitierend (Ziff. 3). Dasselbe gelte auch für angepasste Verweistätigkeiten (Ziff. 4). 3. 4

Die Ärzte des F.____, Klinik für Neurochirurgie, nahmen am 4. März 2015 Stellung zum Gutachten der Z.____ (Urk. 9/110/3-4) und führten aus, die genannten neurochirurgischen Diagnosen seien korrekt. Allerdings sei die Beschwerdeführerin wegen der Diskushernie L3/4 rechts in Behandlung gewesen, wobei sich eine deutliche Segmentdegeneration gezeigt habe, insbesondere im Vergleich mit den Voraufnahmen aus dem Jahre 2010. Die anfangs 2014 bestandene radikuläre Symptomatik habe sich zwar wieder gut zurückgebildet, als Schmerzursache für die beschriebenen Rückenschmerzen sei dieses deutlich degenerierte epifusionelle Segment jedoch nicht von vorn herein auszuschliessen (S. 1 Ziff. 2).

Die bisher ausgeübte Tätigkeit als Jugendarbeiterin in Teilzeit (30 %) komme in der von der Beschwerdeführerin ausgeübten Art und Weise einer angepassten, rückenadaptierten wechselbelastenden Tätigkeit gleich. Ein Versuch von Herbst 2013 bis Februar 2014, diese Tätigkeit auf 50 % auszudehnen,

habe mit der zunehmenden neuen Rückensymptomatik und rechtsseitiger Schmerzausstrahlung jedoch wieder abgebrochen werden müssen. Aktuell sei eine Aufstockung auf 50 %, wie es sich die Beschwerdeführerin vorstellen könne, nicht möglich. Eine vollzeitige Tätigkeit, auch in dieser angepassten Tätigkeit, halte er aktuell für nicht plausibel. Die Beschwerdeführerin gebe plausible, wechselnde, starke, belastungsabhängige Rückenschmerzen an ohne eine sichere radikuläre Ausstrahlung. Längeres Sitzen und Stehen sei bei mehr als ein bis zwei Stunden Dauer aufgrund der Rückenschmerzen nicht möglich. Auch das Laufen sei auf etwa maximal eine Stunde begrenzt. Als ursächlich könne man hier eine fortschreitende Segmentdegeneration L3/4 im Sinne einer Anschlussdegeneration eines epifusionellen Segmentes sehen (S. 1 f. Ziff. 3-4).

Die im orthopädischen Gutachten als günstig beurteilte Prognose sei zumindest fraglich, da eine fortschreitende Degeneration mit passendem Beschwerdebild vorliege und nicht zu erwarten sei, dass es hier in absehbarer Zeit zu einer wesentlichen Änderung der Situation komme. Unter Gesamtberücksichtigung des jetzt knapp fünfjährigen Verlaufes, der bildgebenden Diagnostik und der klinischen Symptomatik halte er eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer rückenadaptierten angepassten Tätigkeit für angemessen (S. 2 Ziff. 5). 3.

E. 5

In ihrem Bericht vom 5. Mai 2015 (Urk. 9/115) hielten die Ärzte der Z.____ an ihrer Beurteilung fest. Die Anschluss-Diskushernie L3/4 sei im Rahmen der polydisziplinären Abklärung sowohl orthopädisch somatisch als auch neurologisch somatisch festgestellt, beschrieben und versicherungsmedizinisch bewertet worden. Aus rein orthopädisch-somatischer Sicht seien für die Beschwerden und die funktionellen Auswirkungen der Rückenpathologie mehr die orthopädisch ausgemachte und dezidiert beschriebene rumpfmuskuläre Dysbalance bei einer deutlich defizitären Bauchmuskulatur verantwortlich, welche wiederum das Ergebnis einer längerfristigen Dekonditionierung beziehungsweise eines Trainingsmangels sei (S. 1). Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage gewesen, sich mit einer hinreichenden bauchmuskulären Kraftreserve aus der Rückenlage aufzurichten oder einen Langsitz vorzuführen. Es handle sich um eine etwa abweichende Bewertung ein und desselben Sachverhaltes. Die bisher ausgeübte Tätigkeit in der Kinder- und Jugendbetreuung sollte von einem 30 %-Niveau auf ein 50 %-Niveau steigerbar und auf ein 100 %-Niveau weitergehend steigerungsfähig sein. Naturgemäss sei eine Befundverschlechterung langfristig nicht auszuschliessen. In diesem Fall wären adäquate Behandlungsmassnahmen und notfalls auch eine Verlängerungsspondylodese zumindest bis L3 gegebenfalls auch bis L2 indiziert. In dem Zustand, in welchem sich die Beschwerdeführerin am 4. November 2014 orthopädisch-somatisch präsentiert habe, sei eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wie gutachterlich beschrieben angemessen gewesen (S. 2).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung nicht nachvollziehbar. Die aktuell dominierende Selbstunsicherheit und die beschriebenen Versagensängste seien in ganz überwiegender Masse an die begrenzte körperliche Leistungsfähigkeit gekoppelt und würden ansonsten im Hinblick auf die vor dem Beginn der körperlichen Erkrankung dokumentierte Lebensgestaltung der Versicherten keine Rolle spielen. Die vom behandelnden Psychiater diagnostizierte Persönlichkeitsstörung lasse sich nicht begründen und die daraus abgeleitete Arbeitsunfähigkeit sei ebenso nicht zu rechtfertigen (S. 3). 3.

E. 5.1

Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der bestehenden Einschränkungen mittels Einkommensvergleich.

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).

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Valideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 8C_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen).

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin hat eine Ausbildung als Coiffeuse absolviert, arbeitete einige Jahre als A.-Mitarbeiterin im Innen- und Aussendienst und war ab dem Jahre 2010 als Jugendbetreuerin tätig (vgl. Urk. 9/101 S. 47 Ziff. 2.5). Von Juni 2015 bis Ende Februar 2016 arbeitete sie sodann als Mitarbeiterin in einem Tankstellenshop (Urk. 9/121/3, Urk. 23/3), wobei diese Tätigkeit dem empfohlenen Belastungsprofil unbestrittenermassen nicht entsprach. Nachdem die ausgeübte Tätigkeit als Jugendarbeiterin auch als rückenadaptierte und wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeit gilt (vgl. vorstehend E. 4.6), errechnen sich das Validen- und das hypothetische Invalideneinkommen auf gleicher lohnmässiger Grundlage, womit der Invaliditätsgrad mittels Prozentvergleich bestimmt werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_364/2015 vom 18. Dezember 2015, E. 3.2). Die Anwendung dieser Methode ist vorliegend insbesondere deshalb möglich, da keine weiteren anerkannten Faktoren erkennbar sind, welche der Beschwerdeführerin die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit erschweren würden.

Vorliegend betragen damit sowohl die Arbeitsunfähigkeit als auch der Invaliditätsgrad ab Januar 2013 50 %. Ab April 2014 liegt sodann keine Arbeitsunfähigkeit und dementsprechend auch kein Invaliditätsgrad mehr vor (vgl. vorstehend E. 4.6).

E. 5.3

Die angefochtene Verfügung vom 27. Juli 2015, mit welcher die bisher aussergerichtete Rente auf Ende des folgenden Monats

aufgehoben wurde, ist da mit nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin MosimannKübler-Zillig

E. 5.5

wies es in Bestätigung dieser Rechtsprechung sogar explizit darauf hin, dass selbst wenn der Gutachter zum Begutachtungszeitpunkt über keine kantonale Berufsausübungsbewilligung verfügt hätte, d.h. im Jahre 2014 als 90-Tage Dienstleister gemeldet gewesen sei, würde dies nicht zu einem Beweisverwertungsverbot führen. Wie in BGE 137 V 2010 E.

3.3.2 erneut bestätigt, wird lediglich eine Fachausbildung verlangt, welche auch im Ausland erworben sein kann. 4.6

Insgesamt ist damit der medizinische Sachverhalt gestützt auf die überzeugenden den medizinischen Abklärungen als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der

Beschwerdegegnerin sowohl die frühere Tätigkeit als Jugendarbeiterin als auch jede andere rückenadaptierte, wechselbelastende leichte und mittelschwere Tätigkeit seit Januar 2013 in einem 50 %-Pensum und seit dem 1. April 2014 wie der in einem 100 %-Pensum zumutbar sind. 5.

E. 6

Am 15. Juni 2015 diagnostizierte Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, eine mögliche laterale kleine Meniskusläsion bei Chondrokalzinose links. Die teilweise intensiveren belastungs abhängigen Schmerzen beim Bergaufgehen (Bergabgehen sei offenbar kein Problem) seien sicher auf die Chondrokalzinose zurückzuführen, mit möglicherweise geringer anterolateraler Meniskusläsion. Eine Arthroskopie wolle die Patientin nicht (Urk. 9/121 S. 1). Bei zunehmenden Beschwerden könnte jederzeit eine Cortisoninfiltration durchgeführt werden (S. 2). 3.

E. 7

Dr. med. C.____, Fachärztin Chirurgie und Handchirurgie, liess am 19. Juni 2015 ergänzende bildgeberische Verfahren durchführen und hielt in ihrem Bericht vom 14. August 2015 fest, die Untersuchung zeige eine deutliche Anreicherung L5/S1 im Sinne einer aktivierten Spondylarthrose, zusätzlich fanden sich aktivierte Degenerationen im Schultergürtel beidseits, in beiden Kniegelenken medial betont und retropatellär sowie an den Füßen. Die Beschwerden vor allem an der Hand rechts basierten auf ebenfalls aktiven Degenerationen im Bereich des Os trapezoidum, daneben fanden sich weitere aktivierte Degenerationen im Bereich der distalen Ulna sowie eine Chondrokalzinose im Handgelenk. Ihres Erachtens müssten diese Befunde bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aktuell und im Weiteren mitberücksichtigt werden. Sie dokumentierten eine Verschlechterung des Zustandes im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung vom 4. November 2014. Es sei offensichtlich, dass die Patientin nicht nur keine Tätigkeiten ausüben könne, die ein längeres Stehen oder Gehen bedingen würden, sondern dass ihr auch Tätigkeiten, bei denen grössere Belastungen der Hände nötig seien, aktuell und auf Dauer nicht mehr möglich sein würden. In diesem Rahmen sehe sie auch die im Gutachten erwähnte Gewichtslimite von 10 bis 15 kg als nicht realistisch (Urk. 3 S. 1). Ihres Erachtens seien fortan im Wesentlichen nur noch administrative Tätigkeiten möglich (S. 2). 3.

E. 8

Am 11. Januar 2016 wiesen die Ärzte der Z.____ darauf hin, dass die Ergebnisse bildgebender Abklärungen aus versicherungsmedizinischer Optik immer nur dann als verwertbar gelten würden, wenn diese mit klinisch-funktionellen pathologischen Befunden einhergehen würden. Es entspreche der orthopädisch-traumatologischen und der allgemeinen gutachterlichen Erfahrung, dass zahlreiche bildgebend beschriebene vom Gesunden abweichende Befunde durchaus klinisch-funktionell nicht in Erscheinung treten und somit auch versicherungsmedizinisch keine relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten (Urk. 12 S. 2 Ziff. 3). Dr. C.____ ziehe aus den Ergebnissen des bildgebenden Verfahrens die Schlussfolgerung, dass qualitative Beeinträchtigungen vorliegen würden, welche gutachterlich nicht wahrgenommen worden seien (S. 2 Ziff. 4). Die Ausführungen von Dr. C.____ seien aus gutachterlicher Sicht bei fehlenden klinischen Untersuchungsbefunden und alleiniger Abstützung der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung auf bildgebende Befunde versicherungsmedizinisch nicht nachvollziehbar. Es würden rein bildgebende Ergebnisse ohne Korrelation zu adäquaten

funktionsrelevanten Einbussen bewertet. Letztere könnten nur durch eine klinische Untersuchung nachgewiesen werden (S. 2 Ziff. 5). Im Übrigen seien die beschriebenen leichten bis mässigen Anreicherungen der degenerativen Veränderungen epidemiologisch gehäuft bei einem altersgleichen Patienten entgeltlich vorzufinden und somit ohne überdurchschnittlichen Krankheitswert einzustufen (S. 2 Ziff. 6). Die von Dr. C.____ zitierten Ergebnisse hätten bei fehlenden nachgewiesenen funktionseinschränkenden Befunden keine versicherungsmedizinische Aussagekraft zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (S. 2 f). 3.9

Dr. C.____ wies am 10. Februar 2016 ergänzend

darauf hin, dass die Beschwerdeführerin von den Gutachtern klinisch insuffizient untersucht worden sei, dies wenigstens die Hände betreffend. Die vor der bildgebenden Untersuchung durchgeführte Lokalisation der Beschwerden stimme exakt mit der festgestellten Anreicherung überein (Urk. 16/1 S. 1). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung insbesondere auf das Gutachten der Z.____ und ging von der darin festgestellten Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie einer Arbeitsfähigkeit von 100 % ab 1. April 2014 sowohl in der angestammten Tätigkeit in der Jugendarbeit als auch in jeder anderen leidensangepassten Tätigkeit aus.

Die Ausführungen und Schlussfolgerungen der Gutachter sowohl im Gutachten selber (E. 3.2) als auch in den beiden ergänzenden Stellungnahmen vom 5. Mai 2015 (E. 3.5) sowie 11. Januar 2016 (E. 3.8) sind nachvollziehbar und überzeugend begründet und erfüllen vollumfänglich die praxisgemässen Kriterien, so dass darauf abgestellt werden kann. 4.2

An dieser Einschätzung vermögen auch die anderslautenden Beurteilungen durch den behandelnden Psychiater Dr. E.____ nichts zu ändern. Bezüglich der von ihm diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, (E. 3.3) ist auf die ständige Rechtsprechung des Bundesgerichts zu verweisen, wonach psychische Störungen grundsätzlich nur als in validisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis, wie sie bei der Beschwerdeführerin vorliegen, gelten nach konstanter Rechtsprechung des Bundesgerichts in der Regel als therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. statt vieler Urteil 9C_863/2015 vom 7. Januar 2016 E. 1).

Ebenfalls nicht zu überzeugen vermag die Beurteilung durch die Ärzte des F.____, welche eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer rückenadaptierten Tätigkeit für angemessen hielten (E. 3.4). Dabei stützten sie sich jedoch insbesondere auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und gingen auf die von den Z.____-Gutachtern festgestellte deutlich defizitäre Bauchmuskulatur nach längerfristiger Dekonditionierung und Trainingsmangel nicht ein (vgl. E. 3.2 und 3.5).

Auch die Beurteilung durch Dr. C.____ aufgrund der von ihr durchgeführten neuen bildgebenden Verfahren (E. 3.7, E. 3.9) vermag an den überzeugenden Schlussfolgerungen des Z.____-Gutachtens nichts zu ändern. Wie die Z.____-Gutachter zutreffend ausführten, können Ergebnisse bildgebender Abklärungen aus versicherungsmedizinischer Optik nur

dann als verwertbar gelten, wenn diese mit klinisch-funktionellen pathologischen Befunden einhergehen. Die von Dr. C.____ bei der Beschwerdeführerin beschriebenen Anreicherungen sind zudem als altersentsprechende Degenerationen ohne überdurchschnittlichen Krankheitswert einzustufen (vgl. E. 3.8) . Im Übrigen ist der Vorwurf von Dr. C.____ , die Hände der Beschwerdeführerin seien durch die Gutachter nicht suffizient untersucht worden (E. 3.9) , nicht zutreffend. Aus dem orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten vom 4. November 2014 ist ersichtlich, dass Dr. med. D.____ , Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, die Konturen der Hand- und Fingergelenke, beide Daumensattelgelenke und die Beweglichkeit in den Hand- und Fingergelenken untersucht, den Daumenkuppen-Langfinger spitzgriff wie auch den Faustschluss und Handbreitgriff überprüft sowie die Hohlhandbeschwellung kontrolliert hat (vgl. Urk. 9/101 S. 22 unten).

Im Übrigen kann die Beschwerdeführerin auch aus der Tatsache, dass sie die Anstellung im Tankstellen-Shop aus gesundheitlichen Gründen aufgeben musste (vgl. Urk. 22, Urk. 23/3), nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die Arbeit im Tankstellen-Shop ist unbestrittenermassen mit häufigem Stehen verbunden und kann dementsprechend nicht als rückenadaptierte Tätigkeit qualifiziert werden. Dass die Beschwerdeführerin diese Tätigkeit, welche sie bereits von Beginn an als eine ihre Gesundheit schädigende Arbeit bezeichnet hat (vgl. Urk. 1 S. 2), aufgeben musste, überrascht daher nicht. 4. 4

Soweit die Beschwerdeführerin in ihrer Eingabe vom 20. April 2016 auf weitere medizinische Abklärungen und die erneut bestätigte Arbeitsunfähigkeit von 50 % hin wies (Urk. 22) , ist zu beachten, dass gemäss der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichts der angefochtene Entscheid die Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 130 V 445 E. 1.2 mit weiteren Hinweisen). Eine allfällige Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes der Beschwerdeführerin nach Erlass der Verfügung vom 27. Juli 2015 ist für die Beurteilung des vorliegenden Falles somit unerheblich. Eine Veränderung des Sachverhaltes nach Erlass des strittigen Entscheides kann grundsätzlich nur im Rahmen eines neuen Verfahrens überprüft werden. Deshalb hat sich das Gericht auf diejenigen Tatsachen zu stützen, welche im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheides vorhanden waren. Für die im späteren Zeitraum vorgebrachten neuen Tatsachen (vgl. Urk. 23/1-2) hat die Beschwerdeführerin ein neues Gesuch bei der Invalidenversicherung einzureichen. 4. 5

In ihrer Replik machte die Beschwerdeführerin schliesslich geltend, es sei unklar, ob Dr. med. D.____ , Gutachter der Z.____ , überhaupt als IV-Gutachter zugelassen sei und verwies auf einen entsprechenden Artikel des G.____ vom 3. Juni 2011 (Urk. 15 mit Hinweis auf Urk. 16/2).

Dabei ist jedoch zu beachten, dass die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung keine Berufstätigkeit des Gutachters mit bisherigem Schwerpunkt in der Schweiz als „qualitative Rahmenbedingung“ für die Auftragserteilung verlangt . Zunächst führte das Bundesgericht in seinem Urteil 8C_ 436/2012 vom 3. Dezember 2012 E.

3.4 aus, auch wenn der Gutachter durch die im Zeitpunkt der Begutachtung fehlende Berufsausübungsbewilligung formell gesetzwidrig seine Gutachtertätigkeit ausgeübt habe, seien die materiellen Voraussetzungen zur Erteilung der die öffentliche Gesundheit schützenden Polizeibewilligung unstrittig bereits dannzumal erfüllt gewesen, wobei regelmässig bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen ein Rechtsanspruch auf

Erteilung der Bewilligung bestehe. Die fehlende Polizeierlaubnis führe daher nicht zu einem Beweisverwertungsverbot. Im nachfolgenden Urteil 9C_526/2014 vom 3. Dezember 2014 E.

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