

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01115 vom 29. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01115

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01115 du 29 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01115 del 29 maggio 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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 , E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 , E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

E. 1.4

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung gestützt auf das A.____-Gutachten vom 3. September 2013 auf den Standpunkt, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich wahrscheinlich ab Dezember 2012, sicher ab Juni 2013, erheblich verbessert. Es sei ihr nun möglich, eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, welche ohne Überkopfarbeiten, nicht in kniender und hockender Stellung sowie ohne häufiges Treppengehen und Belastungen der Hände ausgeübt werden könne, im Umfang von 80 % in einer Vollzeitstelle auszuüben. Unter Vornahme eines Leidensabzugs von 10 % ermittelte sie einen nicht mehr rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 32 %. Unter Hinweis auf die RAD-Stellungnahmen vom 9. Februar 2015 sowie vom 7. Juli 2015 verneinte sie eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands nach der Begutachtung. Ferner wies sie darauf hin, dass auch der behandelnde Psychiater von einer Verbesserung des Gesundheitszustands ausgegangen sei, und nahm zu den Einwendungen der Beschwerdeführerin gegen das A.____-Gutachten Stellung (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerdeschrift geltend, das A.____-Gutachten sei formell nicht korrekt zustande gekommen und materiell nicht schlüssig (Urk. 1 S. 3). Darin, dass die Fragen an die Gutachterstelle nicht ausformuliert worden seien, sei eine nicht heilbare Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erblicken (Urk. 1 S. 4). Ferner seien die Zusatzfragen nicht ausreichend beantwortet worden, beispielsweise die Frage nach einer Veränderung des Gesundheitszustands (Urk. 1 S. 4 f.). Hinzu komme, dass am 20. Mai 2014 eine - bereits vor der Begutachtung geplante - vierte Rückenoperation durchgeführt worden sei und dass die Degeneration rasch fortschreite (Urk. 1 S. 3 f.). Weiter brachte sie vor, die Beschwerdegegnerin habe den Untersuchungsgrundsatz sowie den Grundsatz der freien Beweiswürdigung verletzt (Urk. 1 S. 4, Urk. 1 S. 7). Am psychiatrischen Teilgutachten bemängelte sie namentlich, dass die Zusatzfragen betreffend somatoforme

Schmerzstörung beantwortet worden seien, obwohl keine Diagnose gestellt worden sei, welche unter die pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage falle. Ferner habe der Gutachter diese Fragen nicht beantwortet, sondern lediglich die Kriterien aufgeführt und verneint (Urk. 1 S. 5). Das rheumatologische Teilgutachten sei unvollständig und die Gutachterin habe die Akten unvollständig studiert. Insbesondere sei unzutreffend, dass Dr. B.____ nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Mit seiner abweichenden Beurteilung habe sie sich nicht auseinandergesetzt. Ebenso wenig habe sie begründet, weshalb trotz der gestellten Diagnosen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 1 S. 5 f.). Die Ergebnisse der neurologischen Untersuchung seien nicht eindeutig und widersprüchen jenen der rheumatologischen Untersuchung. Hinzu komme, dass das neurologische Teilgutachten nicht in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden sei und Widersprüche aufweise (Urk. 1 S. 6). Insgesamt sei das A.____-Gutachten weder umfassend noch schlüssig. Zudem sei es im Zeitpunkt der Verfügung nicht mehr aktuell gewesen (Urk. 1 S. 6 f.). Die nach der Begutachtung eingetretenen Veränderungen seien vom RAD nicht hinreichend geprüft worden (Urk. 1 S. 7). Dadurch, dass sie bezüglich der an der Uniklinik C.____ stattfindenden neurologischen Abklärungen der Halswirbelsäule keine weiteren Abklärungen vorgenommen habe, habe die IV-Stelle den Untersuchungsgrundsatz verletzt (Urk. 1 S. 7 f.). Mangels Beweiskraft des A.____-Gutachtens sei auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte oder auf die Ergebnisse einer allenfalls noch durchzuführenden neurologischen Abklärung abzustellen (Urk. 1 S. 8).

E. 3.1.1

Vergleichszeitpunkt für die revisionsrechtliche Prüfung bildet die Mitteilung vom 20. Juli 2010. Darin wurde gestützt auf ärztliche Verlaufsberichte von im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache unveränderten Verhältnissen ausgegangen (Urk. 7/75). Anlass zur Rentenzusprache gaben eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) sowie eine Lumboischialgie. Massgeblich waren laut dem Case Report der IV-Stelle Z.____ vom 7. Dezember 2009 nicht beherrschbare Rückenbeschwerden bei Lockerung des OP-Materials, Materialbruch und -infektion. Nach einer Reoperation mit Versteifung über insgesamt fünf Höhen fand ein langsamer Heilungsprozess statt. Eine erneute Belastbarkeit des Rückens war bis Ende 2009 nicht zu erwarten (Urk. 7/58/4). Aufgrund des sehr ungünstigen Verlaufs mit stets weiteren erforderlichen Massnahmen nahm der RAD eine 100%ige Erwerbsunfähigkeit an (Urk. 7/58/6).

E. 3.1.2

Anlässlich der ersten Rentenrevision beurteilte Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, die Einschränkungen der Beschwerdeführerin noch gleich wie im Jahr 2008 (Urk. 7/69/5), wobei er in seinem Bericht vom 17. Februar 2010 der mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom sowie dem chronischen postoperativen Schmerzsyndrom Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass (Urk. 7/69/6). Er attestierte der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 23. April 2008 bis auf Weiteres und führte aus, die Arbeitsfähigkeit sei total eingeschränkt und aktuell in keiner Form denkbar. Sie könne nicht eingegliedert werden (Urk. 7/69/8). Er gab an, möglicherweise werde der nächste operative Eingriff im April 2010 eine Schmerzreduktion herbeiführen (Urk. 7/69/7).

Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit gab Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, am 19. März 2010 an, eine solche sei nicht von ihnen attestiert worden. Während der Hospitalisation vom 28. Februar bis am 19. März 2008 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 7/70/2). Zudem wies er auf eine bevorstehende Material-Entfernung hin (Urk. 7/70/5).

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 19. Mai 2010 aus, durch die chronischen Schmerzen und durch die Depression seien die Anpassungsfähigkeit (Einengung des Denkens) sowie die Belastbarkeit (verminderte Vitalkraft, verminderter Antrieb, schnelle Ermüdbarkeit) der Beschwerdeführerin deutlich eingeschränkt. Dies wirke sich in einem verminderten Leistungsvermögen (Arbeitstempo) und in einer verminderten Belastbarkeit aus. Zurzeit sei auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit nicht möglich und zumutbar. Nach erneuter stationärer Rehabilitation empfehle er versuchsweise die Integration der Beschwerdeführerin an einem geschützten Arbeitsplatz mit langsamer Steigerung der Belastung auf 50 % (Urk. 7/73/10).

E. 3.2.1

Im Rahmen des im August 2012 eingeleiteten Revisionsverfahrens (Urk. 7/80 ff.), das zur angefochtenen Verfügung vom 22. September 2015 (Urk. 2) führte, wurde ein Verlaufsbericht von Dr. D.____ eingeholt. Dieser hielt fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechterte sich (Urk. 7/80/3). Es sei gar keine Tätigkeit möglich (Urk. 7/80/1). Er führte in seinem Bericht vom 1. September 2012 aus, bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine chronische Schmerzpatientin mit glaubhaft progredienter depressiver Entwicklung und konsekutiv somatischem Syndrom. Die alltäglichen Schmerzen und die körperlichen Einschränkungen seien stark störend und hinterliessen einen grossen Leidensdruck. Auch mit Morphinen und Durogesic-Pflastern habe keine Besserung erzielt werden können. Aktuell werde sie mit Targin und Antidepressiva behandelt. Die Therapien seien im ambulanten Rahmen vollkommen ausgeschöpft. Die Arthrodese der Iliosakral-Gelenke (ISG) beidseits am 4. Mai 2012 habe einen Versuch dargestellt, die Schmerzen besser zu beherrschen, was aber nicht genügend gelungen sei. Zum ganzen Desaster komme nun eine Meniskus-Läsion links dazu, welche durch die Gehstörung zusätzliche lumbale Beschwerden provoziere (Urk. 7/80/4).

E. 3.2.2

Dr. B.____ nannte in seinem Bericht vom 2. Oktober 2012 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Teillähmung L3, ein chronisches Schmerzsyndrom, ein depressives Zustandsbild sowie einen Status nach mehreren LWS-Eingriffen sowie einer ISG-Fusion (Urk. 7/83/1).

E. 3.2.3

Dr. E.____ berichtete am 21. Dezember 2012 über eine leichte Besserung der Schmerzsymptomatik sowie eine Stabilisierung der psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin. Er diagnostizierte noch eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0) und erachtete es aufgrund der erreichten Verbesserung als möglich, die Beschwerdeführerin in einem geschützten Bereich zu integrieren (Urk. 7/85/6-7), mit langsamer Steigerung der Belastung auf 50 % (Urk. 7/85/9). Dies sei indiziert zur Alltagsstrukturierung sowie zur Aktivierung der vorhandenen Ressourcen. Durch die chronischen Schmerzen und die leichte depressive Symptomatik seien die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit immer noch deutlich eingeschränkt, jedoch

weniger stark als früher (Urk. 7/85/8).

E. 3.2.4

Am 3. September 2013 erstatteten die Ärzte des A.____ ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 7/98). Das A.____-Gutachten basierte auf einer allgemeininterdisziplinären, einer psychiatrischen, einer rheumatologischen und

einer neurologischen Untersuchung (Urk. 7/98/2 und Urk. 7/98/8 ff.). Die Gutachter stützten sich auf die anlässlich der Untersuchungen erhobenen Befunde, die Ergebnisse der Anamnese, die vorhandenen Akten sowie auf die Angaben der Beschwerdeführerin. Die Konklusion des Gutachtens ist im Rahmen eines multidisziplinären Konsensus erarbeitet worden. Dabei nannten die A.____-Gutachter als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5), belastungsabhängige Gonalgien beidseits (ICD-10: M17.9), ein Belastungsdefizit beider Hände (ICD-10: M15.2) sowie ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.1). Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie der gegenwärtig remittierten rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.4), dem Verdacht auf Überlagerung durch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie dem fortgesetzten Nikotinkonsum mit schädlichem Gebrauch (ICD-10: F17.1)

zu (Urk. 7/98/24-25).

Sie führten aus, aus allgemeininterdisziplinärer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit bei der Diagnose eines fortgesetzten Nikotinkonsums, bei einem leichten Übergewicht und weitgehend unauffälligen Befunden nicht eingeschränkt (Urk. 7/98/10).

Bei der psychiatrischen Untersuchung zeigten sich laut Gutachten einwandfreie kognitive Funktionen mit während der gesamten Untersuchung erhaltener Konzentration und Aufmerksamkeit, unauffälliger Psychomotorik und ausgeglichenem Affekt. Der Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin zeige einen praktisch unauffälligen Psychostatus mit ausgeglichener gefasster und euthymer Verfassung mit guter Schwingungsfähigkeit, lebhafter Mimik und offener sowie freier Kommunikation. Zurzeit sei die depressive Störung somit als remittiert anzusehen (Urk. 7/98/12). Dass sie sich noch nicht in der Lage fühle, eine berufliche Tätigkeit aufzunehmen, begründe sie mit der reduzierten Beweglichkeit im Rücken. Da die Arbeitsunfähigkeit aber aktuell nur teilweise mit den somatischen Befunden erklärt werden könne, sei von einer zusätzlichen psychischen Überlagerung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Diese sei nur leicht ausgeprägt und eine ausnahmsweise Unüberwindbarkeit sei unter Berücksichtigung der Foerster-Kriterien nicht gegeben. Nach dem Gesagten sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht mehr eingeschränkt (Urk. 7/98/13).

Die rheumatologische Gutachterin

gab an, die Beschwerdeführerin habe über Dauerschmerzen im Lumbalbereich, Schmerzen im Zervikalbereich mit Ausstrahlung in beide Arme, über gelegentliches Einschlafen des ersten bis dritten Fingers der rechten Hand, über wiederkehrende Schmerzen und Schwellungen der PIP-Gelenke der Digi (Dig.) II-V der Hände beidseits sowie über eine Morgensteifigkeit der Hände und über belastungsabhängige Schmerzen im Bereich beider Kniegelenke geklagt (Urk. 7/98/15). Die Gutachterin hielt fest, aufgrund einer erstmalig im Jahr 2000 symptomatisch gewordenen Spondylolisthese Grad I nach Meyerding L3/4 seien im Februar 2007 eine Diskusherienoperation L3/4 und L4/5 sowie eine dorsale

Distractionsspondylodese L3-S1 durchgeführt worden. Nachdem es durch diese Operation zu einer massiven Beschwerdezunahme mit Generalisierung der Schmerzsymptomatik gekommen sei, seien zwischen Februar 2008 und Mai 2012 drei weitere Operationen im Lumbalbereich durchgeführt worden, wodurch insgesamt eine Verbesserung der Beschwerdesymptomatik erzielt werden können. Dennoch sei es zur Entwicklung eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms gekommen. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei entsprechend der Spondylodese-Operationen mit einer Versteifung zwischen L2 und S1 deutlich eingeschränkt. Die Re- und Inklinations sowie die Seitneige beidseits erfolge nahezu ausschliesslich aus der Brustwirbelsäule heraus. Klinische Hinweiszeichen für eine radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik fanden sich nicht. Der Lasègue sei beidseits negativ. Dies korreliere gut mit dem Befund der Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom Oktober 2010, bei welcher keine Diskushernie nachzuweisen gewesen sei. Es zeige sich ein regelrechter postoperativer Befund mit guter ossärer Durchbauung L2 bis S1 und regelrecht einliegenden Schrauben iliosakral rechts. Darüber hinaus bestehe ebenfalls seit etlichen Jahren ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit intermittierenden Zervikobrachalgien rechts bei Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) sei nur leichtgradig eingeschränkt. Auf den anlässlich der Begutachtung durchgeführten Röntgenaufnahmen der HWS zeige sich eine Spondylosis deformans C5/6, die sowohl für die Schmerzen als auch für die Funktionseinschränkungen mitverantwortlich sei (Urk. 7/ 98/18). Auch hier würden klinische Hinweiszeichen für eine radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik wie Reflexausfälle oder eine Abschwächung von Kennmuskeln fehlen. Im Bereich des rechten Kniegelenks finde sich nach arthroskopischer medialer und lateraler Teilmenisektomie, Knorpelglättung und Mikrofrakturierung am 29. Mai 2013 eine leichte Überwärmung sowie ein fraglicher Erguss. Beide Kniegelenke seien frei beweglich mit negativen Meniskuszeichen und ohne Bandinstabilitäten. Auf den Röntgenaufnahmen sei eine beginnende mediale Gonarthrose zweiten Grades ersichtlich. Bezüglich der angegebenen Beschwerden an den Händen führte die Gutachterin aus, die Röntgenaufnahmen zeigten noch keine arthrotischen Veränderungen. Aufgrund der Beschwerdesymptomatik wie auch des klinischen Befundes bestünden dennoch beginnende Bouchard-Arthrosen mit der entsprechenden Beschwerdesymptomatik. Hinweise für ein entzündliches rheumatisches Geschehen seien weder klinisch noch labortechnisch noch radiologisch vorhanden. Zusammengefasst fanden sich für die von der Beschwerdeführerin von Seiten des Bewegungsapparates angegebenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen zum überwiegenden Teil ein entsprechendes morphologisches Korrelat. Die rheumatologische Gutachterin gelangte zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei zu 80 % arbeitsfähig für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, ohne Überkopfarbeiten, ohne Tätigkeiten in knien der oder hockender Haltung, nicht auf unebenem Grund, ohne die Notwendigkeit des häufigen Treppensteigens sowie ohne besondere Belastungen für die Hände beidseits. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit einer Änderungsschneiderin in einem Braut- und Festmodegeschäft sei ihr nicht mehr zumutbar (Urk. 7/ 98/19). Bis August 2008 sowie nach der Operation im Jahr 2010 sowie nach jener vom 5. Mai 2012 habe während jeweils eines halben Jahres auch für angepasste Tätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 7/ 98/19).

Dem neurologischen Teilgutachten ist zu entnehmen, bei der klinischen Untersuchung sei eine tief thorakal rechtskonvexe Torsionsskoliose der Wirbelsäule aufgefallen. Im Bereich

der Beine sei einzig eine Hyposensibilität an der Medialseite des linken Unterschenkels bis oberhalb des Knöchels auffallend. Dieser Befund der residuellen radikulären sensiblen Ausfallssymptomatik der Wurzel L4 links sei funktionell bedeutungslos. Hinweise auf eine anhaltende radikuläre Reiz- respektive motorische Ausfallssymptomatik würden klinisch fehlen. Die Beschwerdeführerin habe über konstant vorhandene Nackenschmerzen mit intermittierender Ausstrahlung in den rechten Arm bis zu den Fingern I-III geklagt. Die radikulären HWS-Provokationsmanöver seien aber negativ gewesen und sensomotorische Ausfälle oder Reflexanomalien seien keine zu finden gewesen (Urk. 7/98/23-24). Abschliessend hielt der Gutachter fest, aus neurologischer Sicht im engeren Sinn ergebe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bezüglich der reduzierten Belastbarkeit des Achsenorgans verwies er auf das rheumatologische Teilgutachten. Die aktuelle Einschätzung gelte ab etwa zwei Monate nach dem letzten operativen Eingriff, also seit Anfang August 2012 (Urk. 7/98/24).

Aus interdisziplinärer Sicht gelangten die A.____-Gutachter zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei einzig aus rheumatologischer Sicht eingeschränkt. In einer entsprechend angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 80 % arbeitsfähig, wobei das Pensum vollschichtig mit erhöhtem Pausenbedarf umgesetzt werden könne. Die angestammte Tätigkeit sei seit Februar 2007 nicht mehr zumutbar. Für eine angepasste Tätigkeit habe wegen der Rückenoperationen vom Februar 2007 bis im August 2008 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Eine weitere vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit von jeweils sechs Monaten sei nach den Operationen im Jahr 2010 und vom 4. Mai 2012 anzunehmen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Verlauf der Depression und der damit zusammenhängenden Arbeitsunfähigkeit seit 2007 schwankend gewesen. Höhere depressive Episoden seien jeweils bei vermehrten Rückenschmerzen aufgetreten. Im Dezember 2012 sei vom behandelnden Psychiater noch eine leichte depressive Episode angegeben worden. Bis zur Untersuchung durchs A.____ habe sich die depressive Symptomatik vollständig zurückgebildet (Urk. 7/98/26). Die gutachterlich eruierte Arbeitsfähigkeit bestehe wahrscheinlich seit Dezember 2012, sicher aber ab dem Untersuchungszeitpunkt im Juni 2013. Arbiträr könne von einer vorangehend ab 2007 meist aufgehobenen Arbeitsfähigkeit auch in Verweistätigkeiten ausgegangen werden (Urk. 7/98/27).

Med. pract. F.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie und RAD-Ärztin, erachtete das A.____-Gutachten als beweiskräftig. Sie gab an, eine Verbesserung des Gesundheitszustands sei ausgewiesen (Stellungnahme vom 21. September 2013, Urk. 7/100/5-6).

E. 3.2.5

Dr. med. G.____, Fachärztin für Radiologie und Neuroradiologie, berichtete am 24. September 2014 über die gleichentags erfolgte Magnetresonanztomographie der Halswirbelsäule der Beschwerdeführerin. Sie führte aus, es lägen deutliche osteodiskäre Foraminalstenosen auf der Höhe C2/C3, C4/C5, C5/C6 rechts sowie C5/C6, C3/4 links, weniger ausgeprägt C3/4 rechts, mit möglicher Komprimierung der entsprechenden austretenden Nervenwurzeln durch diese deutlichen degenerativen Veränderungen vor. Hingegen sei keine Spinalkanalstenose auszumachen (Urk. 7/107/2).

E. 3.2.6

Dr. D.____ nannte in seinem Verlaufsbericht vom 14. Dezember 2014 unter anderem die Diagnose eines zervikoradikulären Reizsyndroms C6 links bei Foraminalstenosen C2-6 rechts und C3-6 links mit Kompression der Nerven (Urk. 7/ 110/5). Er gab an, seit Jahren erhalte die Beschwerdeführerin Targin und Cymbalta, ohne dass die Schmerzen oder die Depression positiv zu beeinflussen gewesen sei. Die Arthrodesen der ISG beidseits am 4. Mai 2012 habe weder eine Linderung der Schmerzen noch eine Verbesserung der Belastbarkeit bewirkt. Alle Therapien im ambulanten Rahmen seien vollkommen ausgeschöpft. Zum ganzen Desaster komme nun noch eine Meniskusläsion links dazu, welche durch die Gehstörung zusätzliche lumbale Beschwerden provoziere (Urk. 7/ 110/6).

E. 3.2.7

Am 20. sowie am 27. Mai 2014 berichtete Dr. B.____ über den operativen Eingriff vom 20. Mai 2014. Er gab an, es habe sich um eine Fusion der Nearthrosgelenke zu beiden Seiten, um eine ISG-Verschraubung auf der linken Seite und eine nochmalige Anziehung der Schrauben auf der rechten Seite gehandelt (Urk. 7/ 111/6). Ferner führte er aus, die Beschwerdeführerin beklage einzig lokale Beschwerden. Im Rahmen der Schmerzgrenze sei die Mobilisation frei respektive dürfe die Beschwerdeführerin voll belasten. Einzig ausgedehntes Treppensteigen, massive Inklination sowie forcierter Stress auf die ISG-Gelenke seien wenn möglich in den ersten sechs bis acht Wochen postoperativ zu vermeiden (Urk. 7/ 111/7, Urk. 7/ 110/8-9). Laut dem Austrittsbericht der H.____ hielt sich die Beschwerdeführerin im Anschluss an diese Operation vom 28. Mai bis am 17. Juni 2014 in genannter Klinik auf. Dem Bericht ist zu entnehmen, die Beschwerdeführerin sei unter der bei Eintritt etablierten analgetischen Therapie mit Targin und Brufen weitgehend beschwerdefrei gewesen (Urk. 7/ 110/16). Am 16. Dezember 2014 gab Dr. B.____ an, aufgrund der im Mai 2014 durchgeführten Operation sei die Beschwerdeführerin weiterhin nicht arbeitsfähig. Auf längere Sicht könne mit einer Verbesserung des Gesamtzustandes gerechnet werden (Urk. 7/ 111/8).

E. 3.2.8

RAD-Ärztin med. pract. F.____ fasste in ihrer Stellungnahme vom 9. Februar 2015 die zwischenzeitlich eingegangenen medizinischen Berichte zusammen und gelangte zum Schluss, dadurch sei keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustands gegenüber dem Status zum Zeitpunkt der Begutachtung im A.____ ausgewiesen (Urk. 7/ 121/4).

E. 3.2.9

Dr. E.____ berichtete am 10. Februar 2015, die im Dezember 2012 noch bestehende leichte depressive Episode habe sich im Laufe der ersten Jahreshälfte 2013 zurückgebildet und sei seit Juni 2013 vollständig remittiert. Seither weise die Beschwerdeführerin ein stabiles psychisches Befinden ohne Beschwerden bei unauffälligem Psychostatus auf. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Einschränkungen für die bisherige oder eine angepasste Tätigkeit mehr (Urk. 7/ 113/1).

E. 3.2.10

Dr. B.____ führte in seinem Bericht vom 22. Juni 2015 aus, aufgrund der stattgehabten Operationen sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Trotz weiterer Therapien und Bemühungen seitens der Beschwerdeführerin sei es ihr nicht gelungen, ihren körperlichen Zustand soweit zu verbessern, dass es ihr möglich wäre, wieder in ihrem Beruf zu arbeiten. Der Krankheitsbefund habe sich sowohl im Bereich der Lendenwirbelsäule als

auch im Bereich der Halswirbelsäule verschlechtert (Urk. 7/ 117/3). Es sei mit weiteren Operationen zu rechnen (Urk. 7/ 117/4). Med. pract. F.____ merkte dazu am 7. Juli 2015 an, der Bericht enthalte keine Befunde, welche eine Verschlechterung der Funktion der Wirbelsäule seit dem A.____-Gutachten belegen würden (Urk. 7/ 121/7).

E. 4.1

Das A.____ -Gutachten, auf welches die IV-Stelle abstellte, basiert auf den fachärztlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin, es wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstattet, es beantwortet die gestellten Fragen umfassend und es setzt sich mit anderslautenden Beurteilungen auseinander. Somit erfüllt es die von der Rechtsprechung gestellten formellen Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehende E. 1.4).

Anders als im in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 4 Ziff. 13) angeführten Urteil des hiesigen Gerichts IV.2013.00040 vom 28. März 2013, E. 8.2, sind vorliegend nicht gewisse medizinische Sachverhalte bereits abschliessend gerichtlich beurteilt worden (vgl. E. 8.2.3 des angeführten Entscheids), sodass der im Merkblatt der IV-Stelle enthaltene Fragenkatalog (Urk. 7/87/4) zusammen mit den gestellten Zusatzfragen (Urk. 7/87/3) passend war. Dem Merkblatt lässt sich inhaltlich entnehmen, was im Rahmen der Begutachtung abzuklären war (Urk. 7/87/4). Dass die Fragen nicht formell als Fragen formuliert wurden, wurde nach Erhalt des Merkblatts respektive vor der Begutachtung noch nicht beanstandet und die Zwischenverfügung vom 24. April 2013 betreffend die Anordnung der Begutachtung (Urk. 7/93) blieb unangefochten. Zudem wurde der Beschwerdeführerin Gelegenheit gegeben, Zusatzfragen zu stellen (Urk. 7/89/1). Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung ihrer Mitwirkungsrechte nicht möglich war, fehlen bei dieser Ausgangslage.

Dass die Begutachtung trotz bevorstehender Operation durchgeführt wurde (vgl. den Einwand in Urk. 1 S. 4 Ziff. 14), ist nicht zu beanstanden, zumal keine Verpflichtung zur Berücksichtigung allfälliger zukünftiger Veränderungen besteht. Ferner gab Dr. B.____ auch in seinem Bericht vom 22. Juni 2015 noch an, es sei mit weiteren Operationen zu rechnen (Urk. 7/ 117/4), sodass das Abwarten einer langen operationsfreien Phase ohnehin keinen Sinn gemacht und den Rentenanspruch unabhängig von der materiellen Rechtslage perpetuiert hätte.

Dass die von der IV-Stelle formulierten Zusatzfragen (vgl. Urk. 7/87/3) dem A.____ möglicherweise gar nicht zugestellt (vgl. Urk. 7/90) und von diesem auf jeden Fall nicht als solche beantwortet wurden (Urk. 7/ 98/28 Ziff. 7), stellt keinen Mangel dar, solange das Gutachten dennoch umfassend und schlüssig ist, was in nachstehenden Erwägungen geprüft wird. Dem diesbezüglichen beschwerdeweisen Einwand (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 15) ist somit im Rahmen der formellen Prüfung des A.____-Gutachtens nicht zu folgen.

E. 4.2

Obwohl die Gutachter sich nicht explizit dazu äusserten, ob im Vergleich zur Rentenbestätigung vom 20. Juli 2010 eine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, ist ersichtlich, dass sie eine solche feststellten. So hielten sie fest, mittels der Operationen im Lumbalbereich habe insgesamt eine Besserung der Beschwerdesymptomatik erzielt werden können (Urk. 7/98/18). In Übereinstimmung damit gab auch die Beschwerdeführerin selber eine Besserung ihrer Schmerzen an (Urk. 7/98/21, Urk. 7/98/23, Urk. 7/98/26). Nach der Operation vom April 2010 (vgl. Urk. 7/69/7) lag laut

den A.____-Gutachtern während eines halben Jahres eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit auch in Verweistätigkeiten vor (Urk. 7/98/19), womit sie im massgeblichen Vergleichszeitpunkt vom 20. Juli 2010 ebenfalls von einer komplett aufgehobenen Erwerbsfähigkeit ausgingen (vgl. auch Urk. 7/98/27 Ziff. 6.3). Demgegenüber sahen sie die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit ab November 2012 wieder arbeitsfähig (Urk. 7/98/26-27 Ziff. 6.3).

Währenddem im Vergleichszeitpunkt auch aus psychiatrischer Sicht keine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar war (Urk. 7/73/10), lag im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung aus psychiatrischer Sicht aufgrund einer Remission der Depression sowohl laut dem behandelnden Psychiater als auch laut dem A.____-Gutachten keine Einschränkung mehr vor (Urk. 7/98/26-27 und Urk. 7/113/1). Insgesamt ist eine relevante Verbesserung nach dem Gesagten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

Gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts prüft die Verwaltung - wenn ein Revisionsgrund gegeben ist - den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend ("allseitig"), wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (Urteil des Bundesgerichts 9C_378/2014 vom 21. Oktober 2014, E. 4.2). Daher kann - falls es sich als beweiskräftig erweist - auf das A.____-Gutachten abgestellt werden.

E. 4.3

In somatischer Hinsicht ist es nachvollziehbar, dass die A.____-Gutachter die Beschwerdeführerin mit ihrem chronischen lumbo- und zervikospondylogenen Schmerzsyndrom und dem Belastungsdefizit beider Hände (Urk. 7/98/24-25) in ihrer angestammten Tätigkeit als arbeitsunfähig erachteten. Hingegen gingen sie in einer den verschiedenen Leiden der Beschwerdeführerin angepassten Tätigkeit von einer vollschichtig umsetzbaren Arbeitsfähigkeit aus. Den Einschränkungen aufgrund der Beschwerden an der Wirbelsäule, den Knien und den Händen trugen sie dadurch, dass sie belastende Tätigkeiten vom Zumutbarkeitsprofil ausnahmen, sowie durch die Annahme eines erhöhten Pausenbedarfs Rechnung (vgl. Urk. 7/98/26 Ziff. 6.2). Weshalb die Beschwerdeführerin auch in einer sämtlichen Leiden angepassten Tätigkeit zu mehr als 20 % eingeschränkt sein sollte, ist nicht ersichtlich. Die Darlegungen im Gutachten leuchten entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ein (vgl. den Einwand der Beschwerdeführerin in Urk. 1 S. 6 Ziff. 21).

Die Beschwerdeführerin brachte vor, die rheumatologische Gutachterin habe sich nicht mit der abweichenden Beurteilung durch Dr. B.____ auseinander gesetzt und diese nur unvollständig zur Kenntnis genommen (Urk. 1 S. 5-6 Ziff. 20). Dass Dr. B.____ in seinem Bericht vom 19. November 2008 angegeben hatte, die Beschwerdeführerin werde voraussichtlich für die nächsten zwei Jahre erwerbsunfähig sein (Urk. 7/36/4), tut für die Beurteilung im Zeitpunkt der A.____-Begutachtung nichts zur Sache, weshalb nicht zwingend darauf einzugehen war. Die Ausführung der rheumatologischen Gutachterin, dass Dr. B.____ zugleich angemerkt hatte, eine Arbeitsunfähigkeit sei nie von ihnen attestiert worden (Urk. 7/98/20 Ziff. 4.2.7), ist zutreffend (Urk. 7/36/3). Weshalb sie die Auffassung von Dr. B.____, wonach die Beschwerdeführerin auch in einer adaptierten Tätigkeit kaum mehr einsetzbar sei, nicht bestätigen konnte, begründete die Gutachterin zwar nicht (Urk. 7/98/20), jedoch war dies auch nicht möglich, nachdem Dr. B.____ sei nerseits nicht begründet hatte, weswegen er auch eine angepasste Tätigkeit nicht mehr für zumutbar hielt

(Urk. 7/83/1).

Zum Vorbringen der Beschwerdeführerin, es lägen Widersprüche innerhalb des Gutachtens vor (Urk. 1 S. 6 Ziff. 22), ist anzumerken, dass eine mässige Einschränkung der Wirbelsäule insgesamt (Urk. 7/98/22 unten) einer starken Einschränkung der Lendenwirbelsäule bei jedoch erhaltener Beweglichkeit der Brustwirbelsäule und einem Finger-Boden-Abstand von maximal Knie höhe (Urk. 7/98/16) nicht widerspricht. Hinzu kommt, dass die Einschränkungen der Beweglichkeit aufgrund klinischer Untersuchungen angegeben wurden. Dabei liegt es naturgemäss nicht an den Gutachtern, sondern gegebenenfalls am möglicherweise variierenden Zustand der Explorandin, wenn die Ergebnisse unterschiedlich ausfallen. So erweckt es auch keine Zweifel am Gutachten, wenn die Fingerspitzen der Beschwerdeführerin einmal zirka in der Mitte der Unterschenkel (Urk. 7/98/22) und einmal maximal auf Knie höhe (Urk. 7/98/16) zum Stillstand kamen, wobei es sich aufgrund der Angaben „zirka“ und „maximal“ im Übrigen ungefähr um die gleiche Höhe gehandelt haben könnte. Dass die Beschwerdeführerin anlässlich der rheumatologischen Untersuchung beim Einnehmen der tiefen Hocke das rechte Knie gestreckt hielt (Urk. 7/98/16), schliesst nicht aus, dass bei der neurologischen Untersuchung das Hochstemmen aus lediglich halber Hocke ohne Befund war (Urk. 7/98/22).

Laut dem in der Beschwerde (Urk. 1 S. 6 Ziff. 23) angeführten Bericht der I.____ Klinik vom 11. Juli 2011 ergaben die Radiographien keine Hinweise auf wesentliche Pathologien (Urk. 7/80/6), weshalb der neurologische Gutachter auf eine Auseinandersetzung mit diesem - nicht abweichenden - Bericht verzichten durfte. Im Bericht von Dr. B.____ vom 2. Oktober 2012 fehlen weitere Angaben zur diagnostizierten Teillähmung L3 (Urk. 7/83/1) und zur Neuropathie (Urk. 7/83/4), was eine Auseinandersetzung mit dieser Diagnose verunmöglicht. Darin, dass der Gutachter sensible Ausfälle bejahte (Urk. 7/98/23-24), motorische hingegen verneinte (Urk. 7/98/23), sind keine Unstimmigkeiten zu erkennen. Dass sensible Ausfälle an den Beinen (vgl. Urk. 7/98/23 Ziff. 4.3.4) keine Arbeitsunfähigkeit bewirken ist sodann nachvollziehbar, zumal die allermeisten Erwerbstätigkeiten erfahrungsgemäss keine intakte sensible Wahrnehmung an den Beinen voraussetzen. Das Vorhandensein von Paresen wurde nach detaillierter Prüfung verneint (Urk. 7/98/22). Nach dem Gesagten erweist sich das A.____-Gutachten aus somatischer Sicht als überzeugend.

E. 4.4

Dass im psychiatrischen Teilgutachten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde (Urk. 7/98/12), ist vor dem Hintergrund der weitgehend unauffälligen Befunde mit praktisch unauffälligem Psycho status mit ausgeglichener gefasster und euthymer Verfassung mit guter Schwingungsfähigkeit, lebhafter Mimik sowie offener und freier Kommunikation (Urk. 7/98/12) nachvollziehbar. Zudem stimmt diese Beurteilung mit den Angaben des behandelnden Psychiaters überein (vorstehende E. 3.3.9).

Die interdisziplinäre A.____-Beurteilung steht sodann in Einklang mit den einzelnen Teilgutachten und ist daher ebenfalls schlüssig und nachvollziehbar.

E. 4.5

Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, zwischen der Begutachtung durch das A.____ und dem Erlass der angefochtenen Verfügung sei eine Verschlechterung eingetreten. Dadurch, dass die IV-Stelle keine weiteren Abklärungen vorgenommen habe, habe sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 27-30). Die IV-Stelle legte die im

weiteren Verlauf eingegangenen medizinischen Berichte RAD-Ärztin med. pract. F.____ vor, welche das Vorliegen wesentlicher neuer medizinischer Sachverhalte verneinte (Urk. 7/121/3-4, Urk. 7/121/7-8; vorstehende E. 3.3.8 und E. 3.3.10 am Ende). Dass med. pract. F.____ in der erneuten Operation keine dauerhafte Verschlechterung erkannte, begründete sie in nachvollziehbarer Weise damit, dass nach der Operation eine primäre Vollbelastung erlaubt war, dass beim Austritt nach der Operation einzig noch lokale sowie die bereits seit Jahren bekannten Beschwerden bestanden und damit, dass die Beschwerdeführerin bei ihrem Rehabilitationsaufenthalt unter Schmerzmitteln weitgehend beschwerdefrei war (Urk. 7/121/4, vgl. auch vorstehende E. 3.3.7). Der von Dr. B.____ attestierten Arbeitsunfähigkeit folgte med. pract. F.____ nicht, wobei sie zur Begründung auf das Fehlen von Befunden bezüglich des Funktionszustands der Wirbelsäule hinwies (Urk. 7/121/7-8). Dies trifft zu. So sprach Dr. B.____ zwar von einem verschlechterten Krankheitsbefund, nahm aber keinen Bezug auf Funktionseinschränkungen. Allein durch die Notwendigkeit weiterer Operationen ist ebenfalls keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Ferner bezieht sich die von Dr. B.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit auf „ihren Beruf“, mithin auf die angestammte Tätigkeit (Urk. 7/117/3), in welcher unbestrittenermassen keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht. Die von Dr. D.____ am 14. Dezember 2014 als neu angegebene Meniskusläsion links (E. 3.3.6 vorstehend) lag bereits vor der Begutachtung vor (E. 3.3.1 vorstehend). Insgesamt ist nach dem Gesagten plausibel, dass med. pract. F.____ von nicht wesentlich veränderten Verhältnissen im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung ausging. Folglich hat die IV-Stelle zu Recht auf das A.____-Gutachten abgestellt. Demnach ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung seit mehr als drei Monaten in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig war. Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin in kein weiterer Abklärungsbedarf.

E. 5.1

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. Validen einkommen). 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. 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da

es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Die IV-Stelle bezifferte das Valideneinkommen für das Jahr 2014 mit Fr. 57'854.45.-- (Urk. 2 S. 2, Urk. 7/99/1). Sie stütze sich dabei auf die Angaben des letzten Arbeitgebers, der J.____ GmbH, wonach die Beschwerdeführerin im Jahr 2007 Fr. 4'400.-- pro Monat respektive jährlich Fr. 52'800.-- verdiente (Arbeitgeberbericht vom 4. Oktober 2007, Urk. 7/6/2). Angepasst an die Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [2005 = 100; im Internet abrufbar] , Nominallohnindex Frauen [T1.2.05],

Total; 2007: 102.8; 2010: 108.1; [2010 = 100; im Internet abrufbar] , Nominallohnindex Frauen [T1.2.10],

Total; 2010: 100; 2015: 104.1) resultiert für das Jahr 2015 ein Valideneinkommen von gerundet Fr. 57'799.-- (Fr. 52'800.-- : 102.8 x 108.1 : 100 x 104.1).

E. 5.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE

139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE

126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 , E. 5.2; 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 , E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 , E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1).

Vorliegend sind deshalb – entgegen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2) – die (seit 2012 in revidierter Form durchgeführten) LSE 2014 heranzuziehen. Danach betrug der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art Fr. 4'300.-- pro Monat (LSE 2014 , Tabelle TA1 [Privater Sektor] , Total Frauen, Kompetenzniveau 1; im Internet abrufbar). Angepasst an die im Jahr 2015 betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (vgl. Tabelle T 03.02.03. 01.04.01, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Abschnitt A-S, Total) sowie an die Nominallohnentwicklung vom Jahr 2014 aufs Jahr 2015 ([2010 = 100; im Internet abrufbar] , Nominallohnindex Frauen [T1.2.10],

Total; 2014: 103.6; 2015: 104.1) ergibt sich ein jährliches Einkommen von gerundet Fr. 54'053.-- (Fr. 4'300.-- x 12 : 40 x 41,7 : 103.6 x 104.1) respektive von Fr. 43'242.-- bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 %. Nach Abzug des nicht zu beanstandenden Leidensabzugs von 10 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 38'917.--.

E. 5.4

Die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 18'882.-- (Fr. 57'799.-- minus Fr. 38'917.--) und somit einen Invaliditätsgrad von aufgerundet 33 %, womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr

besteht. Die Beschwerde erweist sich daher als unbegründet und ist abzuweisen.

E. 6

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten 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: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigWidmer

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