

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00003 vom 28. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00003

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00003 du 28 juin 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00003 del 28 giugno 2016

Erwägungen

E. 1.1

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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen). Dieses Gebot der Selbsteingliederung ist Ausdruck des in der ganzen Sozialversicherung geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht (vgl. BGE 120 V 368 E. 6b, 117 V 275 E. 2b), wobei jedoch von der versicherten Person nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht die Pflicht, die notwendigen Schritte zur Selbsteingliederung zu unternehmen, nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (Urteil des Bundesgerichts 9C_356/2014 vom 14. November

2014 E. 3.1 mit Hinweisen auf Urteile I 116/03 vom 10. November 2003 E. 3.1 und I 145/01 vom 12. September 2001 E. 2b).

E. 1.3

Im Regelfall ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann. Nach langjährigem Rentenbezug können ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Diese Rechtsprechung ist grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die (revisions- oder wiedererwägungsweise) Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien (vgl. lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011, 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket) bedeutet nicht, dass die darunter fallenden Rentnerinnen und Rentner im jeweiligen revisions- (Art. 17 Abs. 1 ATSG) beziehungsweise gegebenenfalls wiedererwägungsrechtlichen (Art. 53 Abs. 2 ATSG) Kontext einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten; es wird ihnen lediglich zugestanden, dass – von Ausnahmen abgesehen – aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteile Bundesgerichts 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.4 und 9C_412/2014 vom 20. Oktober 2014 E. 3.1).

E. 2

S. 2 f.).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass die Beschwerdeführerin neu als zu 70 % erwerbs- und zu 30 % im Haushalt tätig zu qualifizieren sei. Aufgrund der medizinischen Beurteilung sei ihr eine angepasste körperlich leichte Tätigkeit in Wechselbelastung ohne hohe Anforderungen an die Kondition zu 60 % zumutbar. Im Haushaltbereich resultiere eine Einschränkung von 37 %. In Anwendung der gemischten Methode resultiere ein Invaliditätsgrad von 24 %. Es sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustands erkennbar, und es sei bei der Berechnung des Invaliditätsgrades kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen. Es sei der Beschwerdeführerin zumutbar, mit dem festgelegten Belastungsprofil eine Stelle zu finden (Urk.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, es sei ihr rechtliches Gehör verletzt worden, da die Beschwerdegegnerin nicht auf alle ihre Einwände eingegangen sei. Eine blosserhöhung des hypothetischen Erwerbsanteils stelle hier keinen Revisionsgrund dar, weshalb sie Anspruch auf mindestens die bisher ausgerichtete Rente habe. Ihr

Gesundheitszustand habe sich jedoch verschlechtert, denn sie sei nun auch als Pedicure nicht mehr arbeitsfähig. Auf die medizinischen Beurteilungen könne aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden. Eine allfällig verbleibende Restarbeitsfähigkeit sei aufgrund ihres Alters nicht mehr verwertbar. Auch könne nicht auf den aktuellen Haushaltbericht abgestellt werden. Schliesslich seien auch keine genügenden Eingliederungsmassnahmen getroffen worden, obwohl sie zum geschützten Bezügerkreis gehöre (Urk. 1 S. 4 f.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der letzten materiellen Überprüfung im September 2009 in einem Ausmass verbessert haben, das eine Rentenherabsetzung oder eine Renteneinstellung rechtfertigt.

E. 3

.2

Es trifft zu, dass die Beschwerdegegnerin die Frage der Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im angefochtenen Entscheid nur mit einem Satz behandelt hat (vgl. Urk. 2 S. 3 oben). Nachdem das hiesige Gericht jedoch sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann und die Beschwerdeführerin mit der Heilung einer Gehörsverletzung im Beschwerdeverfahren einverstanden ist (vgl. Urk. 1 S. 5), erübrigen sich weitere Ausführungen dazu.

E. 3.1

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung kann eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweis).

E. 4.1

Dr. med. Y.____, Facharzt für Rheumatologie, sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte mit Bericht vom 19. März 2009 (Urk. 6/49/6-7) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - sensomotorische Störung linke Körperhälfte seit vielen Jahren, mindestens 2004 - lumbo-radikuläres Syndrom links bei

einer Foraminalstenose L3/4, L4/5 mit Irritation L5/S1 diskogen und arthrogen seit mindestens Mai 2008 - Status nach Fussfraktur links ca. 2003 In der angestammten Tätigkeit bestehe seit dem 19. November 2008, dem Datum der ersten Konsultation, jedoch möglicherweise schon früher, eine Arbeitsunfähigkeit von etwa 40 % bis auf weiteres. Auch im Haushalt sei die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben zu 70- 80 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Sie könne nach Einschätzung von Dr. Y.____ nicht lange stehen und nicht lange sitzen und keine schweren Gegenstände heben. Sie brauche Wechseltätigkeiten und intermittierende Ausruhmöglichkeiten, so dass sie auch bei der Fusspflege von zu Hause aus gearbeitet habe. Die bisherige Tätigkeit sei noch zu 40 % möglich, mit Pausen und Bewegungswechsel (Ziff. 1.7). Eine rein sitzende Tätigkeit sei seit 19. November 2008 zu 60 % zumutbar und die Gewichtslimite für Heben und Tragen liege bei 3 kg (Urk. 6/49/5).

E. 4.2

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine

Innere Medizin, stellte mit Bericht vom 22. März 2009 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/50/7-9): - hereditäre motorische und sensible Neuropathie nach Charcot-Marie-Tooth Typ I, molekular genetisch bestätigt - Status nach Halluxoperation, Hallux

valgus links bei Spreizvorderfuss - Status nach Supinationstrauma mit nichtdislozierter Fraktur des Volkmannschen Dreiecks - Eisenmangelanämie Es sei mit einer Progression der Krankheit zu rechnen (Ziff. 1.5). In der angestammten Tätigkeit bestehe seit 12. September 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 66.6 % (Ziff. 1.6). Rein sitzende Tätigkeiten seien noch im Umfang von 10-15 % zumutbar, ebenso vorwiegend im Gehen ausgeführte Tätigkeiten. Die Gewichtslimite betrage 5 kg (Urk. 6/50/5).

E. 4.3

Anlässlich der am 10. Juni 2009 durchgeführten Haushaltabklärung (Urk. 6/52) hielt die Beschwerdeführerin fest, im Gesundheitsfall zu 60 % erwerbstätig zu sein, da der jüngste Sohn (geboren 1992) nun den ganzen Tag ausser Haus sei und es finanzielle Gründe für eine Erhöhung des Pensums gäbe (vgl. S. 3 Ziff. 2.5).

E. 4.4

Dr. med. A.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst

(RAD), hielt am 3. Mai 2009 unter Wiederholung der Angaben von Dr. Y.____ und Dr. Z.____ fest, es ergebe sich seit der letzten Beurteilung keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes in Bezug auf dessen Auswirkung auf die vorhandene Restarbeitsfähigkeit.

E. 4.5

Gestützt auf diese Aktenlage ermittelte die Beschwerdegegnerin im Erwerbsbereich mit einem Anteil von 60 % und einer Einschränkung von 76 %

einen Teilinvaliditätsgrad von 45.6 %

und im Aufgabenbereich bei einem Anteil von 40 % und einer Einschränkung von 50.2 % einen Teilinvaliditätsgrad von 20.08 % und somit einen Gesamtinvaliditätsgrad von 66 % (Urk. 6/58/2).

E. 5.1

Dem Revisionsgesuch vom 5. August 2013 (Urk. 6/62) lagen folgende Arztbe richt zugrunde: Dr. med. B.____ , Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 6. August 2013 (Urk. 6/61) eine Charcot-Marie- Tooth -Neuropathie Typ IA, welche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin habe. Die zusätzlich bestehenden Diagnosen (lumbospondylogene s Syndrom und inter mittierende Wurzelclaudicatio L5 links bei Diskopathie L5/S2 mit Kontakt zur Wurzel L5 links , Depression) hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1). Zur Anamnese hielt Dr. B.____

fest, dass als Folge der Charcot-Ma rie- Tooth -Neuropathie , welche seit den 80er Jahren bestehe und molekularge netisch gesichert sei, eine langsam zunehmende Muskelschwäche bestehe. Die Beschwerdeführerin sei zwischenzeitlich unfähig, auf den Zehen zu gehen, und der Fersengang sei eingeschränkt. Die Kraft in den Händen sei vermindert und es bestehe Taubheit in Händen und Füßen. Hinzu komme eine chronische Müdigkeit und verminderte Belastbarkeit trotz kompensierter psychischer Ver fassung bei Status nach Erschöpfungsdepression (Ziff. 1.4). Der Verlauf sei progredient (Ziff. 1.4). Als Fusspflegerin und Hausfrau sei die Beschwerdeführerin seit 2010 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig, dies infolge Fatigue , Muskelschwäche in Händen und Beinen, Taubheit der Finger und Füße (Ziff. 1.6-1.7). Die Kraft zur Bedienung von Instrumenten, die Zielge nauigkeit und die Geschwindigkeit seien erheblich eingeschränkt, es seien aber auch andere Tätigkeiten, die Kraft, Schnelligkeit und Koordination der Hände und Füße voraussetzten, davon betroffen (Urk. 6/64/3 Ziff. 1.7).

E. 5.2

Eine Elektroneuromyographie vom 5. Juni 2013 ergab eine fortgeschrittene sen somotorische distal- und beinbetonte homogen demyelinisierende sekundär axonale Polyneuropathie mit ausgefallenen sensiblen Reizantworten an Händen und Füßen (Urk. 6/70/2).

E. 5.3

Dr. B.____ wiederholte in ihrem Bericht vom 2 2. Oktober 2014 (Urk. 6/84; bei der Beschwerdeführerin eingegangen am 4. Mai 2015) die bereits gestellten Di agnosen und Feststellungen (vgl. vorstehend E. 5.1).

E. 5.4

Anlässlich der Haushaltabklärung vom 24. Oktober 2014 (Bericht vom 4. Mai 2015; Urk. 6/83) ermittelte die Abklärungsperson eine Qualifikation von neu 70 % Erwerbs- und 30 % Haushaltstätigkeit (S. 4). Als Hauptdiagnose wurde eine sensomotorische Störung der linken Körperhälfte vom hereditären Typ nach Charcot Marie Tooth Typ 1a genannt (S. 1). Die ermittelte Einschränkung im Haushaltbereich betrage 37 % (S. 11).

E. 5.5

Dr. med. C.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 29. Dezember 2014 (Urk. 6/80/6-8) und stellte folgende Diagnosen mit Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit . A): - rezidivierende depressive Störung, Status nach mittelgradiger Episode, ge genwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) mit weiter bestehender ausge prägter Erschöpfung und deutlich eingeschränkter Belastbarkeit, erstmals 1983 - Panikstörung (F41.0), gegenwärtig leichte bis mässige Angstsymptoma tik , jedoch keine Panikattacken,

bestehend seit 2007 - Persönlichkeit mit erhöhter Vulnerabilität und Kränkbarkeit - somatisch: hereditäre Charcot-Marie-Tooth-Neuropathie - lumboradikuläres Schmerzsyndrom links bei foraminale Stenose L3/4, L4/5 links Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit als Fusspflegerin seit mindestens Anfang 2010 bis heute zu 100 % arbeitsunfähig (lit. B). Die Befunde umfassten unter anderem eine gewisse inhaltliche Einengung auf die als unbefriedigend empfundene Wohn- und Ehesituation, keine Panikattacken mehr, eine Tendenz zu Vermeidungsverhalten und ein leichtes bis mässiges Angstverhalten, eine ausgeprägte psychophysische Erschöpfung, verminderte psychische und körperliche Belastbarkeit, deutlich reduzierte Stresstoleranz, damit verbunden eine deutlich eingeschränkte Durchhaltefähigkeit und eine deutliche Einschränkung der Spontan-Aktivitäten im täglichen Leben. Das Beck-Depressionsinventar habe mit 8 Punkten keine Depression ergeben (S. 2 f.). Von Juni 2010 bis März 2013 sei ein zweiwöchentliches, seither ein etwa vierwöchentliches Therapieintervall erfolgt. Im April 2013 sei es nochmals zu einem depressiven Einbruch gekommen, dies nach Reduktion der Medikation. Diese sei in der Folge erhöht worden, und es habe eine stabilere Phase auch nach Ausschleichen der Medikation bestanden. Allerdings sei die Beschwerdeführerin wieder „dünnhäutiger“ geworden, zudem seien die Ängste und die Tendenz zu einem gewissen Vermeidungsverhalten geblieben. Nachdem sie zusätzlich zum bestehenden Dauerstress mit den Lärmemissionen in der Wohnung Konflikten und Kränkungserfahrungen in der Eigentümergemeinschaft, Ehe- und weiteren zwischenmenschlichen Konflikten ausgesetzt war und sich neurologisch bestätigt ihr körperlicher Zustand verschlechtert habe, sei sie körperlich und nervlich erneut ans Limit gekommen. Deshalb seien wieder Antidepressiva eingesetzt worden, was zu einer nervlichen Beruhigung geführt habe. Am ausgeprägtesten und weitgehend unverändert seien jedoch nach wie vor Erschöpfung, rasche Ermüdbarkeit, verminderte Stresstoleranz und erhöhte Vulnerabilität. Der Umgang mit der progredient verlaufenden neurologischen Störung und den damit verbundenen körperlichen Einschränkungen stellten eine Dauerbelastung dar. Es sei in diesem Zusammenhang schwer einzuschätzen, inwieweit die beschriebenen psychischen Einschränkungen auch als Folge der progredienten neurodegenerativen Erkrankung einzuordnen seien. Am ehesten sei von einer Komorbidität auszugehen, bei der sich beide Störungen gegenseitig beeinflussten. Insgesamt sei die Prognose ungünstig, da die Beschwerdeführerin an einer progredienten neurologischen Erkrankung leide, deren Bewältigung für sie vor dem Hintergrund ihrer frühen Trennungserlebnisse im Sinne einer Bindungstraumatisierung, Mobbing-Erfahrungen in der Schule und deren Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung deutlich erschwert sei. Hinzu kämen die rezidivierende depressive Störung und die Angstproblematik, was zu einer komplexen Komorbidität führe (S. 3).

E. 5.6

Med. pract. D.____, Facharzt für Neurologie, RAD, führte am 29. Juni 2015 (Urk. 6/87/5) aus, Dr. B.____ beschreibe eine volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin seit 2010 aufgrund der Neuropathie mit allgemeiner Kraftminderung und Taubheit. Im Befund würden Kraftgrade zwischen vier bis fünf ausgewiesen, was einer eher leichtgradigen Krafteinschränkung entspreche. Die Oberflächensensibilität und der Vibrationssinn seien weitgehend erhalten. Führend sei die allgemein reduzierte Belastbarkeit im Sinne eines Fatigue-Syndroms, welches vor dem Hintergrund der Erkrankung plausibel sei. Anhand des Abklärungsberichts werde deutlich, dass eine Burnout-Symptomatik und Panikattacken das Beschwerdebild in den letzten Jahren überlagert hätten. Ausser dem seien äussere

Faktoren vorhanden, wie die Beschaffenheit der neuen Wohnung und die Probleme des Ehemannes. Aufgrund des sehr ausführlichen Tätigkeitsprofils werde deutlich, dass in der angestammten Tätigkeit eine hochgradige Beeinträchtigung von 88 % bestehe. Dies decke sich im Wesentlichen mit der Einschätzung von Dr. B. ___ zur Arbeitsunfähigkeit seit 2010. Im Haus haltbereich betrage die Einschränkung 37 % . Für eine angepasste Tätigkeit, die eine ähnliche Belastung wie die Verrichtung einiger Haushaltsaufgaben darstelle (leichte körperliche Tätigkeit in Wechselbelastung ohne hohe Anforderungen an die Kognition) sei von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % seit 2010 auszugehen. Derzeit sei keine Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit durch die genannten Komorbiditäten und psychosozialen Probleme zu erwarten. Weitere medizinische Massnahmen seien nicht erforderlich. Eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes sei nicht absehbar.

E. 6.1

Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV ; vgl. auch Rz . 3084 ff. des Kreisschreibens des BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehrung zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_201/2011 vom 5. September 2011 E. 2, in: SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86). Einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind – analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis) – verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2 [in BGE 129 V 67 nicht veröffentlichte Erwägung]; Urteil des Bundesgerichts I 733/03 vom 6. April 2004 E. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 61 E. 6.2 und 128 V 93 E. 4 betreffend Abklärungsberichte im Zusammenhang mit der Hauspflege und Hilflosigkeit). Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Der Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn

die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Grundsätzlich jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, das heisst wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht (AHI 2004 S. 137 E. 5.3). Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteile des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1, 9C_986/2009 vom 11. November 2010 E. 7.2 und 9C_631/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 5.1.2, je mit Hinweisen).

E. 6.2

Der Abklärungsbericht vom 4. Mai 2015

(Urk. 6/83) basierte auf den Erhebungen vor Ort vom 24. Oktober 2014. Die Beschwerdeführerin wurde ausführlich befragt und hielt fest, dass ihre schlechte psychische Situation mit der Verschlechterung ihrer Krankheit, aber auch mit dem Umzug in die neue Wohnung zu tun habe. Diese sei sehr hellhörig und sie könne deswegen kaum schlafen. Sie berichtete von nachlassenden Kräften in den Händen und Füßen, Gefühlsstörungen und unsicherer Balance. Die Abklärungsperson hielt dazu fest, dass der Beschwerdeführerin das Gehen sichtlich schwer falle. Diese habe weiter von starker Ermüdbarkeit und der Notwendigkeit der Ressourceneinteilung berichtet. Weiter habe sie Schmerzen in der Lendenwirbelsäule beschrieben. Psychisch hingegen habe sie sich wieder ein wenig erholt und sie sei nicht mehr depressiv; sie habe auch die Panikattacken relativ gut im Griff (S. 2). Weiter fragte die Abklärungsperson ausführlich nach den für die Qualifikation notwendigen Aufgaben und nach der privaten Situation (S. 3 f.) sowie nach den Aufgaben, die zur Ausübung der bislang selbständigen Tätigkeit als Fusspflegerin anfallen (S. 5 unten). Dieser Abklärungsbericht vermag den praxismässigen Beweisanforderungen zu genügen; insbesondere liegen keine unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person vor, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stünden. Die Abklärungsperson hat die Beeinträchtigungen im Haushaltbereich aufgrund genauer und schlüssiger Angaben der Beschwerdeführerin in nachvollziehbarer Weise ermittelt. Wesentliche Abweichungen zum Vorbericht ergeben sich - nebst der unbestrittenen neuen Qualifikation von 70/30 - insbesondere deshalb, weil nun lediglich eine Wohnung mit 4.5 Zimmern und nicht mehr ein Haus mit 6.5 Zimmern sowie einem Garten mit sechs Gemüsebeeten zu pflegen sind und die beiden Söhne der Beschwerdeführerin mittlerweile nicht mehr zu Hause wohnen. Auch Haustiere habe man nun nicht mehr (vgl. Urk. 6/21 S. 3 ff. und Urk. 6/83 S. 1 ff.). All dies bewirkt eine Verminderung der Aufgaben und eine geringere Belastung bei deren Erfüllung. Weiter berichtete die Beschwerdeführerin, es gehe ihr psychisch besser und sie sei nicht mehr depressiv, was sich mit der fachärztlichen Einschätzung deckt: Dr. C.____ diagnostizierte im Dezember 2014 im Wesentlichen eine gegenwärtig remittierte depressive Episode und eine gegenwärtig leichte bis mittelgradige Angstsymptomatik, jedoch keine Panikattacken (vgl. vorstehend E. 5.5). Die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, widersprachen sich somit nicht. Dass, wie auch Dr. C.____ feststellte (vgl. Urk. 6/80/8 unten), im Haushalt Einschränkungen bestehen, ergibt sich denn ebenfalls widerspruchsfrei aus der Haushaltsabklärung, wurde doch auch dort eine Einschränkung

festgestellt . Somit kommt dem Haushaltabklärungsbericht vom 4. Mai 2015 voller Beweiswert zu und es ist

bei einer Tätigkeit anteil von 30 % von einer Einschränkung von 37 % auszugehen, was für diesen Bereich einen Teil-Invaliditätsgrad von 11.10 % ergibt. Diesbezüglich ist somit von einer Verbesserung auszugehen.

E. 7.1

Es stellt sich die Frage nach einer Veränderung im Erwerbsbereich.

Im Vorfeld der Verfügung vom

E. 7.2

Im Vergleich dazu erachtete Dr. B.____ (vorstehend E. 5.1) in der Folge die Beschwerdeführerin als Fusspflegerin und Hausfrau seit 2010 als bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig, dies infolge Fatigue , Muskelschwäche in Händen und Beinen, Taubheit der Finger und Füsse . Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit machte Dr. B.____ nicht (vgl. Urk. 6/61 Ziff. 1.4; Urk. 6/84 Ziff. 1.7). RAD-Arzt med. pract . D.____ (vorstehend E. 5.6) ging dagegen zwar im Wesentlichen in Übereinstimmung mit Dr. B.____ von einer hohen Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Fusspflegerin aus, erachtete aber eine angepasste Tätigkeit, die eine ähnliche Belastung wie im Haushalt beinhaltet, als zu 60 % zumutbar. Dies vermag aus folgenden Gründen nicht zu überzeugen: Zum einen basierte die Einschätzung durch med. pract . D.____ nicht auf einer lege artis

erfolgten Erhebung von Anamnese und Befund, so dass seiner Einschätzung praxisgemäss bereits aus diesem Grund wenig Beweiswert zukommt. Weiter erachtete er die allgemein reduzierte Belastbarkeit im Sinne eines Fatigue -Syndroms als im Rahmen der Erkrankung plausibel und für die hohe Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit - gemäss med. pract . D.____ 88 % - verantwortlich, ging aber dennoch davon aus, dass der Beschwerdeführerin eine angepasste leichte Tätigkeit in einem doch substantiellen Pensum von 60 % zumutbar sei. Dabei begründete er nicht, warum die bislang als gut behinderungsangepasst geltende Tätigkeit als Fusspflegerin nun nicht mehr behinderungsangepasst ist - wäre dem weiterhin so, so wäre sie gemäss med. pract

D.____ bei einer Arbeitsunfähigkeit von 88 % noch im Umfang von 12 % statt bislang 15 % zumutbar (vgl. vorstehend E. 7.1), was eine Verschlechterung bedeutete. Es ist somit nicht nachvollziehbar, wie aus einer Rest-Arbeitsfähigkeit von 15 % eine solche von 60 % wurde, zumal die Krankheit der Beschwerdeführerin als fortschreitend gilt und seitens der Beschwerdegegnerin im Jahr 2007 davon ausgegangen wurde, dass in einer anderen Verweistätigkeit als derjenigen als Pedicure keine höhere Restarbeitsfähigkeit besteht (vgl. Urk. 6/38 S. 1) . Bei seiner Annahme einer 60%igen Restarbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich stützte sich med. pract . D.____ soweit ersichtlich im Wesentlichen einzig auf dem Umstand, dass die Einschränkung im Haushaltbereich „nur“ 37 % beträgt und vergleichbare Tätigkeiten zu 60 % zumutbar seien. Dies ist nicht schlüssig, denn dabei wird übersehen, dass die Beschwerdeführerin im eigenen Haushalt nach Bedarf pausieren und die Hilfe ihres Ehemannes in Anspruch nehmen kann, was in einer Anstellung nicht möglich ist.

E. 7.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene falls 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 (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). Solche ärztlichen Auskünfte fehlen. Zusammengefasst liegen somit zur Frage der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit in somatischer Hinsicht keine genügenden medizinischen Angaben vor. Auch dem Bericht von Dr. B.____ vom 10. März 2016 (Urk. 10) können diesbezüglich keine genauen Angaben entnommen werden, weshalb ein Vergleich mit der medizinischen Situation, wie sie sich im Herbst 2009 präsentierte, nicht möglich ist. In psychischer Hinsicht ist hingegen gestützt auf den Bericht von Dr. C.____ (vorstehend E. 5.5) wie auch die eigenen Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltabklärung (vgl. vorstehend E. 5.4) nicht von einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Einschränkung auszugehen, da mehrere psychosoziale Faktoren bestehen, welche als unbeachtlich gelten, und die mittlerweile remittierte mittelgradige Depression gemäss Angaben von Dr. C.____ mit Medikamenten gut behandelbar ist. Es liegt somit in dieser Hinsicht keine langdauernde, nicht mehr beeinflussbare Erkrankung vor (vgl. dazu beispielsweise das Urteil 9C_947/2012 vom 19. Juni 2013 E. 3.2.2 mit Hinweis) .

8. 8.1

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 8.2

Es ist angezeigt, die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Fusspflegerin und einer allenfalls besser geeigneten behinderungsangepassten Tätigkeit medizinisch abkläre und hernach erneut über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verfüge. Dabei sind je nach dem auch Eingliederungsmassnahmen (vgl. vorstehend E. 1.3) beziehungsweise die Frage der Verwertbarkeit einer Restarbeitsfähigkeit in höherem Alter zu prüfen, da die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung 60 Jahre alt war. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 9.

9.1

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. 8'00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 9.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführer in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Die Prozessentschädigung ist gemäss Art. 62 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem

Mass des Obsiegens zu bemessen und vorliegend beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 1'900.-- (inkl. MWSt und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 20. November 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Silvia Bucher - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

E. 11

September 2009 ging RAD-Arzt Dr. A.____ davon aus, dass seit der letzten Beurteilung keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes in Bezug auf dessen

Auswirkung auf die vorhandene Restarbeitsfähigkeit eingetreten sei (vgl. vorstehend E. 4.4). Er bezog sich dabei auf die Prüfung der Restarbeitsfähigkeit im Nachgang zum Rückweisungsurt eil des hiesigen Gerichts vom 13. Juli 2006 , welche durch RAD-Arzt Dr. E. ___ nach Einholung weiterer Arztberichte erfolgte (vgl. Urk. 6/41 S. 2 unten f.): Dr. E. ___ ging davon aus, dass die angestammte Tätigkeit als Verkäuferin nicht mehr zumutbar und diejenige als Fusspflegerin gut leidensangepasst sei, und schätzte die verbleibende Restarbeitsfähigkeit auf 15 % . Somit nahm auch Dr. A. ___ eine Restarbeitsfähigkeit von 15 % an.

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