

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00099 vom 8. Mai 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00099](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00099)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00099 du 8 mai 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00099 del 8 maggio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Die Beschwerdegegnerin erliess zweimal die Einstellungsverfügung, erstmals am 17. Dezember 2015 (Urk. 2/1) und ein zweites Mal am 12. Januar 2016 (Urk. 2/2). Bei der erstgenannten Verfügung wurde offensichtlich die AHV-Nummer nicht richtig erfasst (mit Erreur bezeichnet). Dieser Fehler wurde mit der zweiten Verfügung behoben. Da abgesehen von diesem Fehler beide Verfügungen in der Sache identisch sind und einzig Abweichungen in der Darstellung und den Ausführungen der rechtlichen Grundlagen bestehen, rechtfertigt es sich vorliegend, auf die „korrekte“ Verfügung vom 12. Januar 2016 (Urk. 2/2) abzustellen und nur diese zu zitieren.

### **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 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die

geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E).

### **E. 1.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall 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 (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.6**

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). 2.

### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 22. Januar 2016 Beschwerde gegen die Verfügungen vom 17. Dezember 2015 (Urk. 2/1) und 12. Januar 2016 (Urk. 2/2) und beantragte, diese seien aufzuheben und es sei ihr ab dem 1. September 2011 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. In Bezug auf den Rentenanspruch ab Juni 2014 (Revisionsbegehren) sei sie bidisziplinär in den Fachbereichen Neurologie und Kardiologie zu begutachten und hernach sei über den Rentenanspruch neu zu entscheiden. Eventuell seien ihr berufliche Massnahmen zu gewähren (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. Februar 2016 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 11. Februar 2016 (Urk. 7) zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid (Urk. 2/2) damit, dass aufgrund der Qualifikationsänderung (Qualifikation als 100 % Erwerbstätige) ein Revisionsgrund ausgewiesen sei und die Sachlage in rechtlicher Hinsicht erneut umfassend beurteilt werden müsse. Gestützt auf das Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 11. Februar 2014 sei der Beschwerdeführerin sowohl in ihrer bisherigen Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin als auch in einer angepassten Tätigkeit seit jeher eine Arbeitsfähigkeit von 70 % gegeben. Nach durchgeführtem Einkommensvergleich, wobei auf den Tabellenlohn Hilfsarbeiten der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (LSE 2008) abzustellen sei,

resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 %, wo mit ab August 2010 kein Rentenanspruch mehr bestehe (S. 2 f.).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, das Z.\_\_\_\_-Gutachten sei so zu würdigen, dass eine Arbeitsfähigkeit gesamthaft in der Grössenordnung von 60 % bestehe. Erst in der Zusammenfassung des neurologischen Teilgutachtens durch den Hauptgutachter sei er wähnt worden, dass die Arbeitsunfähigkeit zu 30 % zulasten des komplexen regionalen Schmerzsyndroms und zu 10 % zulasten der Migräne gehe. Eine solche Aufspaltung der Arbeitsfähigkeit lasse sich mit den neurologischen Teilgutachten nicht begründen. Es sei eine Arbeitsunfähigkeit von gesamthaft 40 % ausgewiesen (S. 8). Ferner sei die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Putzfrau angesichts des definierten Belastungsprofils nicht nachvollziehbar (S. 9) und es sei im Rahmen des Einkommensvergleichs ein Leidensabzug von

mindestens 20 % zu gewähren, was einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente begründe (S. 10).

Hinsichtlich des Revisionsbegehrens sei festzustellen, dass die Arbeitsfähigkeit ab 1. Juni 2014 medizinisch nicht genügend abgeklärt worden sei, weshalb eine interdisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Neurologie und Kardiologie durchzuführen wäre. Ferner bestehe Anspruch auf berufliche Massnahmen, wobei in erster Linie eine Umschulung zu prüfen sei, da sie den erlernten Beruf als Coiffeuse nicht mehr ausüben könne (S. 12).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Dreiviertelrente per 31. August 2011 zu Recht eingestellt worden ist sowie ob der Sachverhalt bezüglich der geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab Juni 2014 genügend abgeklärt worden ist. 3.

Bei der ursprünglichen Rentenzusprache stützte sich die Beschwerdegegnerin gemäss Feststellungsblatt vom 14. März 2006 (Urk. 6/50) insbesondere auf das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ (Urk. 6/40). Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, speziell Handchirurgie, erstattete im Auftrag der Beschwerdeführerin am 27. Juni 2005 basierend auf den ihm zur Verfügung gestellten und eingeforderten Unterlagen sowie einer eigenen Untersuchung ein Gutachten (vgl. Urk. 6/40 S. 1-2) und nannte folgende Diagnosen (S. 15 Ziff. 4): - mittelschweres komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS Typ II) rechts - Status nach Carpal-tunnel-Spaltung rechts vom 17. August 1998, iatrogenes Neurom des Ramus palmaris N. mediani Hohlhand rechts - konsekutives Schulterhand-Syndrom rechts übergreifend auf die linke Seite mit beidseitigen Nacken- Schulterbeschwerden, Hypästhesie und Hyperästhesie im Rahmen des CRPS Typ II - klinisch Verdacht auf persistierendes Medianus-Kompressions-Syndrom beidseits und Sulcus ulnaris-Syndrom sensibel beidseits Die Beschwerdeführerin leide unter komplexen Schmerzen an mehreren peripheren Nerven, ausgeprägter am rechten Arm und seit über zwei Jahren zusätzlich auch am linken Arm, respektive am linken Schultergürtel und Brustbereich. Gemäss Diagnose liege ein mittelschweres komplexes regionales Schmerzsyndrom vor (CRPS II), ein Beschwerdebild, welches auch als neuropathischer Schmerz bezeichnet werde und im Rahmen einer Schädigung eines peripheren Nerven in Erscheinung trete (S. 15 f. unten). Ursprünglich sei ein klinisch manifestes Karpaltunnel-Syndrom rechts vorhanden gewesen, ausgelöst damals durch repetierende, belastende und monotone Druckeinwirkung auf den

Nervus medianus im Handgelenksbereich. Leider sei es bei der Karpaltunnel-Spaltung zu einer Teilschädigung eines sensiblen Hautastes am Ramus palmaris des Medianus-Nerven gekommen, welcher das besagte CRPS Typ II ausgelöst haben müsse und anfänglich als Sudeck'sche Algo dys trophie, später als Schulterarm-Syndrom gedeutet worden sei (S. 16 unten). Die Beschwerdeführerin sei praktisch in sämtlichen Haushaltarbeiten erheblich und stark eingeschränkt, sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht (S. 17 Frage 2). Für reine Haushaltarbeit attestierte der Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit von zirka 60 %, im erwerblichen Bereich bei geeigneter Tätigkeit schätzte er die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin bleibend auf minimal 50 % (S. 19 oben). Er sehe keine Möglichkeit zur Besserung der Arbeitsfähigkeit (S. 19 Frage 5). 4. 4.1

Im Rahmen der vorliegend strittigen Rentenrevision liegen folgende medizinische Einschätzungen bei den Akten: 4.2

Am 6. März 2009 berichtete Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, der Beschwerdeführerin. Er bestätigte die Beurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ (richtig: A.\_\_\_\_), welcher am 24. Juni 2005 die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bleibend auf 50 % beziffert habe, dies bei geeigneter Tätigkeit aufgrund der belastungsabhängigen, schmerzhaften Hände beidseits nach Karpaltunnelsyndrom-Operation. Hinzu komme ein Fibromyalgie-Syndrom mit Triggerpunkten in diversen Muskelpartien wie Nacken, Schultergürtel, Beckengürtel, Beckenboden und zunehmend auch in den Muskeln der Extremitäten. Weitere erschwerende und die Arbeitsfähigkeit einschränkende Krankheiten seien ein rezidivierendes Impingementsyndrom der Schulter rechts sowie neu auch links und stundenlange Migräneattacken (Urk. 6/55). 4.3

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, verwies am 18. April 2009 nach Aufforderung der Beschwerdeführerin zum Einreichen eines Arztberichtes betreffend Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf den Bericht des Hausarztes (Urk. 6/63/9 Ziff. 1.6). 4.4

Am 10. April 2010 erstatteten Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, und med. pract. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, das von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebene interdisziplinäre Gutachten (I.\_\_\_\_ - Gutachten, Urk. 6/71). Dieses stütze sich auf die zur Verfügung gestellten Akten (S. 2 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 11 ff.), eine durch med. pract. F.\_\_\_\_ erfolgte internistische (S. 15 ff.), eine durch Dr. D.\_\_\_\_ erfolgte rheumatologische (S. 18 ff.), eine durch Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, Chefarzt Neurologie, erfolgte neurologische (S. 31 ff.) sowie eine durch Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erfolgte psychiatrische (S. 35 ff.) Untersuchung. Die Gutachter nannten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (S. 41 Ziff. 6.1). Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachteten sie ein chronisches generalisiertes, rechtsseiten betontes myofasiales beziehungsweise tendomyogenes Schmerzsyndrom mit Akzentuierung eines Schulterarmsyndroms und einer Gonarthralgie rechts, einen Status nach Arthroskopie des rechten Kniegelenkes mit retropatellärer Knorpelglättung am 25. Juni 2009 sowie einen Status nach Karpaltunnelspaltung rechts 1998 (S. 41 Ziff. 6.2). In ihrer interdisziplinären Beurteilung führten sie aus, aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Verweistätigkeit (S. 45 oben). Bei der rheumatologischen Untersuchung imponiere bei der Beschwerdeführerin eine erhebliche Selbstlimitation und Inkonsistenz.

Die konventionellen Röntgendarstellungen des Haltungs- und Bewegungsapparates würden zwar initiale degenerative Veränderungen zeigen, diese seien jedoch nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehend und keinesfalls dazu geeignet, die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und insbesondere auch deren Ausmass in ausreichendem Umfang zu erklären. Durch die lange subjektive Schmerzsymptomatik sei es konsekutiv zu Schonhaltungen und teilweisen Immobilisationen mit Entwicklung einer allgemeinen Dekonditionierung und hieraus resultierenden muskulären Dysbalancen mit multiplen Insertionstendinopathien beziehungsweise Tendinosen gekommen. Ein Fibromyalgiesyndrom sei zum heutigen Begutachtungszeitpunkt nicht ausgewiesen. Aktuell könnten keinerlei Hinweise für ein CRPS objektiviert werden, weder klinisch noch radiologisch. Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde bestehe auf orthopädisch-rheumatologischem Fachgebiet kein Gesundheitsschaden, der, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungskraft, eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründen würde. Auch in allen Verweistätigkeiten sei die Beschwerdeführerin gemäss ihrem allgemeinen Leistungsspektrum uneingeschränkt arbeitsfähig (S. 45). Die durchgeführte neurologische Untersuchung ergebe keinen sicheren oder wahrscheinlichen Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem. Für den von der Beschwerdeführerin beklagten Ganzkörperschmerz sowie die zusätzliche regionale Schmerzbetonung finde sich in der neurologischen Untersuchung kein nervales Korrelat (S. 45 f.). Aus psychiatrischer Sicht wirke die Beschwerdeführerin in der Schmerzschilderung glaubhaft, es bestehe ein spürbarer Leidensdruck, die Schmerzen würden auch im Hauptfokus der Aufmerksamkeit der Beschwerdeführerin stehen. Als entscheidender ursächlicher Faktor sei bereits 2001 ein Konflikt entstanden, weil die Beschwerdeführerin im Rahmen der familiären Ziele für doppelte und dreifache Belastungen (Arbeit, Kinderbetreuung, Haushalt) habe funktionieren müssen. Aus psychiatrischer Sicht gebe es keine Hinweise, die für eine Arbeitseinschränkung in den letzten Jahren aufgrund einer psychischen Erkrankung sprechen würden (S. 46 unten). Die Gutachter hielten schliesslich fest, dass unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten als auch in jeder Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Lediglich für die Zeit nach der Karpaltunneloperation am 16. August 1998 und der Kniearthroskopie am 25. Juni 2009 sei eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Therapie gerechtfertigt gewesen (S. 47 Ziff. 7.4). 4.5

Dr. A.\_\_\_\_ erstattete am 16. September 2010 erneut ein von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenes Gutachten (Urk. 6/85). Er stütze sich auf eigene und beigezogene Akten und seine am 6. September 2010 durchgeführte Untersuchung (S. 1). Dr. A.\_\_\_\_ nannte folgende Diagnosen (S. 29 f. Ziff. 4): - schweres komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ II rechts, mit vollständigem oberem Quadrantensyndrom rechts, unvollständigem Quadrantensyndrom links, beginnendes Hemisyndrom rechts - Status nach Karpaltunnelspalnung rechts am 17. August 1998 mit iatrogenem Neurom des Ramus palmaris nervi mediani Hohlhand rechts, postoperativ CRPS - konsekutive Schultergelenkschmerzen mit Allodynie und objektivierte subakromiale Bursitis rechts (Aktendiagnose) - Status nach Kniegelenksarthroskopie rechts (25. Juni 2009) bei Chondropathia patellae I-II (Aktendiagnose) - Interkostal-Neuralgien beidseits (Aktendiagnose) - Pelvic-Floor-Pain-Syndrom (Diagnose Dr. C.\_\_\_\_) Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden hätten sich seit 2005 in vielfältiger Art verschlimmert bezüglich Sensibilitätsstörungen, Schmerzausbreitung und Schmerzintensivierung und schliesslich bezüglich Regionalisierung, insbesondere unter

Einbezug von mehr als Beschwerden der rechten Körperhälfte und der linken Schulter und des linken Armes (S. 30 oben). Die motorischen Störungen hätten sich messbar verschlechtert (S. 30 unten). Gesamthaft lasse sich das Beschwerdebild in seinen verschiedensten Auswirkungen schliesslich auch auf die übrigen Körperregionen durch ein CRPS widerspruchlos erklären. Im I.\_\_\_\_-Gutachten seien sämtliche Symptome der Beschwerdeführerin und bedauerlicherweise auch objektive Zeichen weggewischt worden, wobei hervorzuheben sei, dass die schon früher gestellte Diagnose CRPS grundsätzlich nicht bestritten, sondern einfach der Vergangenheit zugeordnet worden sei (S. 31). Die weitgehende Funktionsstörung beider oberen Extremitäten rechtsbetont sei einzig und allein Folge des CRPS und nicht weiterer Beschwerden. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei eine falsche Verlegenheits-Diagnose (S. 32).

Der Gutachter sah gegenüber seiner ersten Beurteilung vom 27. Juni 2005 eine gesundheitliche Verschlechterung für ausgewiesen an (S. 34 Ziff. 6.4) und erachtete die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungsfachkraft seit 2005 bis heute für 100 % arbeitsunfähig. Bezüglich einer leidensangepassten Tätigkeit müsse er aufgrund der festgestellten Verschlechterung und des vorliegenden Schweregrades ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren (S. 34 Ziff. 6.5). Im Haushalt sei eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % bis maximal 80 % erwiesen (S. 35 Ziff. 6.6). 4.6

Dr. Y.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 19. Mai 2012 (Urk. 6/123/5-11) die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - chronifiziertes multilokuläres myofaszielles Schmerzsyndrom - intermittierende migräniforme linksbetonte Nackenkopfschmerzen-Attacken - multiple Triggerpunkte im Schultergürtel-, Thorax-, und Beckengürtelbereich - Mobilitätseinschränkende femoropatelläre Kniearthralgien beidseits - Schulter-/Handsyndrom rechts mit mittelschwerem Schmerzsyndrom (CRPS Typ II) - mittelgradige chronische Depression mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) Als Diagnosen ohne Auswirkungen nannte er ein rezidivierendes Schulterimpingement-Syndrom rechts bei Bursitis subacromialis sowie funktionelle peptische Magenschmerzen (Ziff. 1.1 am Schluss) und gelangte zum Schluss, dass aufgrund seiner Erfahrung eine seit Mai 2009 bestehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (Ziff. 1.6). 4.7

Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem am 6. Juli 2012 bei der Beschwerde gegnerin eingegangenen Bericht (Urk. 6/126/1-4) mit Verweis auf frühere Berichte (vgl. Urk. 6/126/5-20) ein komplexes Schmerzsyndrom, einen Eisen- und Vitamin D-Mangel, einen Endometrioseverdacht und einen Verdacht auf multiple Allergien (Ziff. 1.1). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie anamnestisch eine Migräne und einen Status nach Medianusneurolyse sowie einen Status nach Knieoperationen (Ziff. 1.1 am Schluss). Sie führte aus, zur Arbeitsfähigkeit könne sie keine detaillierten Angaben machen, allerdings halte sie die Beschwerdeführerin zu mindestens 60-70 % arbeitsunfähig für den Zeitraum ihrer Untersuchungen (Ziff. 1.11). 4.8

Die Ärzte der Z.\_\_\_\_ erwähnten in ihrem polydisziplinären Gutachten vom 11. Februar 2014 (Urk. 6/176/1-38), dass sie die Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 23. Oktober bis 3. Dezember 2013 internistisch, psychiatrisch und neurologisch untersucht hätten (S. 1). Sie stellten die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 31): - CRPS der rechten oberen Extremität, Residualbefund - einfache Migräne

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nannten sie die Folgenden (S. 32): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - anhaltende lang hingezogene depressive Episode leichter Ausprägung (ICD-10 F32.0) - Eisenmangelanämie - funktionelle Oberbauchbeschwerden bei bekannter gastro-ösophagealer Refluxsymptomatik - Pelvic Floor-Syndrom bei Verdacht auf Endometriose - Nebenschluss-Varicosis - Status nach Carpaltunnelsyndrom (CTS)-OP rechts 1998 ohne objektivierbare Folgen - Status nach Arthroskopie (ASK) rechtes Knie 2009 ohne objektivierbare Folgen - Ganzkörperschmerzsyndrom ohne korrelierende organpathologische Funktionsdefizite Sie erwähnten, dass aus internistischer Sicht bei der Beschwerdeführerin keine fachspezifischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne (S. 30). Aus orthopädischer Sicht führten die Gutachter aus, dass bei der Beschwerdeführerin nach einer CTS-Operation rechts am 16. Juli 1998 ein komplizierter Verlauf mit einer CRPS-Entwicklung dokumentiert worden sei. In einem handchirurgischen Gutachten vom 16. September 2010 sei von einem schweren komplexen regionalen Schmerzsyndrom rechts mit vollständigem oberem Quadrantensyndrom und einem unvollständigen Quadrantensyndrom links und einem beginnenden Hemisyndrom rechts die Rede gewesen. Dieser handchirurgischen Interpretation eines persistierenden CRPS II im Bereich der rechten Hand beziehungsweise des rechten Armes bei vorausgegangener CTS-Revision könne orthopädischerseits aktuell nicht mehr gefolgt werden. Orthopädisch seien weder im Bereich der dominanten rechten oberen Extremität asymmetrische muskuläre Schwächen noch Veränderungen im Hautkolorit, in der Schweißsekretion und in der Hauttemperatur auszumachen. Auch der aktuelle röntgenologische Befund der rechten Hand zeige keinerlei CRPS-typische strukturelle Veränderungen. Im Übrigen beklage die Beschwerdeführerin Ganzkörperschmerzen mit einer Betonung der rechten Körperhälfte. Eine derartige subjektive Beschwerdeempfindung sei vorliegend somatisch nicht abstützbar. Zusammenfassend seien die im handchirurgischen Gutachten vom 16. September 2010 als umfangreich und gravierend beschriebenen pathologischen Veränderungen im Sinne eines schweren komplexen regionalen Schmerzsyndroms zumindest heute nicht mehr vorhanden (S. 27 ff.). Aus rein orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin für alle Tätigkeiten geeignet, welche einer 41-jährigen Versicherten zugemutet werden könnten. Hierzu zählten auch die früher ausgeübten Tätigkeiten als Coiffeuse beziehungsweise als Putzfrau (S. 29). Aus neurologischer Sicht bestehe ein Residualzustand eines CRPS des rechten Armes und eine einfache Migräne beeinträchtige zusätzlich die Arbeitsfähigkeit. Der chronische Verlauf über viele Jahre mit einer Beschwerdezunahme sei nur angesichts weiterer, von der CRPS unabhängiger Schmerzlokalisationen zu verstehen. Deren Genese oder Persistenz könne möglicherweise gut nichtsomatisch erklärt werden. Körperlich belastende, den Einsatz der/des rechten Hand/Armes erforderliche Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin nicht mehr ausüben. Hier sei für kurze Zeit eine Haltefunktion leichteren Ausmaßes möglich. Aus neurologischer Sicht bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 60 % (Minderung der Arbeitsfähigkeit 30 % zu Lasten des CRPS und 10 % zu Lasten der Migräne). Bezüglich der bisherigen Tätigkeiten als Coiffeuse und Putzfrau seien wegen der Einschränkung des Gebrauchs des rechten Armes/der rechten Hand Putzarbeiten, die diese Einschränkungen berücksichtigten, weiterhin möglich, eine Tätigkeit als Coiffeuse dagegen sei nicht mehr zumutbar (S. 30).

Aus psychiatrischer Sicht seien keine für die Arbeitsfähigkeit relevant beeinflussenden Diagnosen festgestellt worden. Zwar bestehe eine leichte depressiv gedrückte Stimmungslage. Eine mittelschwere oder gar schwere Symptomatik bestehe nicht.

Hingegen müsse die vom I.\_\_\_\_ bestätigte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestätigt werden, welche jedoch – näher ausgeführt – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleibe (S. 30 f.).

In der Gesamtbeurteilung gelangten die Gutachter zum Ergebnis, dass unter Berücksichtigung des neurologischen Belastungsprofils eine angepasste Tätigkeit auf einem 60%-Niveau zumutbar sei (Restarbeitsfähigkeit 60 %, Minderung der Arbeitsfähigkeit 30 % zu Lasten des CRPS und 10 % zu Lasten der Migräne), wobei eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit schwierig sei (S. 35 ff.). 4.9

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), erachtete in seiner Stellungnahme vom 17. Februar 2014 (Urk. 6/192/4) das Z.\_\_\_\_-Gutachten als umfassend und schlüssig. Als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Zustand nach CRPS (Sudeck-Dystrophie) des rechten Armes und Migräne. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine anhaltende leichtgradige depressive Störung. Eingeschränkt sei die Funktionalität des rechten Armes. In der angestammten Tätigkeit als Coiffeuse und Putzfrau bestehe eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem Zeitpunkt des aktuellen Gutachtens. Eine rückblickende Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund der Aktenlage nicht mehr möglich. Ebenfalls bestehe eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit folgendem Belastungsprofil: ruhige, geordnete Tätigkeit, leicht und wechselbelastend, ohne grosse Anforderungen an Kraft und Geschicklichkeit des rechten Armes.

Dass eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seit 2006 nicht rekonstruierbar sei, bestätigte Dr. J.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 27. Februar 2014 (Urk. 6/192/5). 4.10

Dem Austrittsbericht der Notfallstation des K.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2014 (Urk. 6/177/2-4) lässt sich entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin aufgrund von Schwindel, Palpitationen, einem retrosternalem Druckgefühl und allgemeiner Schwäche notfallmässig behandeln liess. Die Ärzte diagnostizierten eine intermittierende symptomatische fokale atriale Tachykardie, eine Migräne, einen Morbus Sudek, Osteoporose, anamnestisch ein stark juckendes Exanthem einen Tag nach Computertomographie mit Kontrastmittel 2003 und eine Schwellung und Rötung in der Leiste sowie ein generalisierter Pruritus seit Februar 2012 (S. 1). Im Labor hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Im EKG sowie am Monitor sei ein ektopter atrialer Rhythmus festgestellt worden. Bei der Durchführung eines Schellong-Tests sei es unter Orthostase zu einer atrialen Tachykardie mit Herzfrequenz bis 150 Schläge pro Minute und Zunahme der Beschwerden gekommen. Somit sei von einer symptomatischen atrialen Tachykardie als Ursache der Symptomatik auszugehen. Ein Therapiebeginn mit Concor sei initiiert worden (S. 2 unten). 4.11

In der Folge liess sich die Beschwerdeführerin mehrmals ambulant im L.\_\_\_\_ behandeln (vgl. Urk. 6/188). Anlässlich dieser Behandlungen wurde am 26. Juni 2014 eine elektrophysiologische Abklärung durchgeführt (Urk. 6/186). 4.12

RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 24. September 2014 (Urk. 6/192/6) aus, er nehme Kenntnis von einer erfolgreichen elektrophysiologischen Abklärung und Radiofrequenzablation im Juni 2014 wegen Herzrasens. Die weiteren Kontrollen hätten in jeder Beziehung eine befriedigende Herzfunktion und allenfalls noch einen Verdacht auf gutartige Magenschmerzen gezeigt. Damit könne keine nachhaltige Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen werden. 4.13

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete der Beschwerdegegnerin am 30. September 2014 (Urk. 6/189). Hinsichtlich der Herzrhythmusstörung sei die Ischämie diagnostisch im August 2014 abgeklärt verlaufen, sodass bezüglich Herzdurchblutung die Situation in Ordnung scheine. Die Beschwerden hätten sich noch nicht beruhigt, es träten immer wieder tachykarde Rhythmusstörungen im Sinne eines posturalen Syndroms auf. Mit dem ebenfalls bestehenden Reflux leiden mit epigastrischen Beschwerden könnten die aktuellen Symptome immer wieder zu grossen Angstreaktionen führen. 4.14

Die Ärzte des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen am K.\_\_\_\_ nannten in ihrem Bericht, welcher bei der Beschwerdegegnerin am 19. Mai 2015 einging (Urk. 6/208), als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte vestibuläre Migräne seit April 2014 und einen Morbus Sudek (Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin, welche sie vom 18. Dezember 2014 bis 17. März 2015 ambulant behandelten (Ziff. 1.2), habe berichtet, seit April 2014 an rezidivierendem und invalidisierendem Schwankschwindel zu leiden. Die Beschwerden hätten nach einer intensiven Kopfschmerzattacke begonnen (Ziff. 1.4). Die Ärzte attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 18. Dezember 2015 (richtig: 18. Dezember 2014) bis 25. Januar 2015 (Ziff. 1.6). Auf die Frage, welche körperliche oder psychische Einschränkungen bestünden, antworteten sie mit körperlichen Einschränkungen durch CRPS Typ I Hand und Knie rechts, verneinten hingegen geistige oder psychische Einschränkungen (Ziff. 1.7). Als Voraussetzungen für eine angestammte Tätigkeit nannten die Ärzte einen ruhigen Arbeitsplatz sowie eine schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/208/5). 4.15

RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 27. Mai 2015 (Urk. 6/209/3) über den nachgereichten aktuellen Bericht vom K.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.14) aus, dieser enthalte keine neuen Tatsachen und Befunde, welche aufgrund klinischer Erfahrung eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit (zum Z.\_\_\_\_-Gutachten) in optimal leidensangepasster Tätigkeit zu begründen vermöge. Weitere medizinische Abklärungen seien unnötig. 4.16

Dem nach Erlass der angefochtenen Verfügung (Urk. 2/2) eingereichten Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2016 (Urk. 3) lässt sich entnehmen, dass die kardialen Symptome bei der Beschwerdeführerin teilweise noch vorhanden und belastend seien. Laut Dr. C.\_\_\_\_ sei eine erneute neurologische Abklärung besprochen und ein Gesuch an die Krankenkasse gestellt worden, um der Beschwerdeführerin ein Implantat zur Dauerüberwachung der Herzfunktion unter die Haut operieren zu können, welches dann über Monate bis sogar Jahre die Herzfunktion monitorisiere. Erst dann werde ein abschliessendes Ergebnis möglich sein. Bis dahin könne nicht von normalen migräniformen Kopfschmerzen und/oder einfachen Herzbeschwerden ausgegangen werden (S. 1). 5. 5.1

Zur Beurteilung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache im Mai 2006 wesentlich verbessert oder gar verschlechtert hat, findet sich in den Akten insbesondere das polydisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.8). Dieses berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in angemessener Weise, es wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung durch die Gutachter der Z.\_\_\_\_ ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Das Gutachten erfüllt damit die

praxisgemässen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.6) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. 5.2.5.2.1

Aus somatischer Sicht leidet die Beschwerdeführerin demnach – mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit – an einem Residualbefund eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms und einer Migräne. Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachteten die Gutachter eine Eisenmangelanämie, funktionelle Oberbauchbeschwerden, ein Pelvic Floor-Syndrom, eine Nebenschluss-Varicosis, ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne korrelierende organopathologische Funktionsdefizite sowie je einen Status nach Carpal-Tunnel-Syndrom-Operation rechts 1998 und nach Arthroskopie des rechten Knies 2009.

Die internistischen Befunde waren unauffällig. Ebenso ergab die orthopädische Untersuchung keine nachweisbaren Pathologien. Aus neurologischer Sicht wurde ein persistierendes CRPS im Bereich der oberen Extremität im Sinne eines Residualzustandes diagnostiziert, welches zusammen mit dem Migränebefund die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gesamthaft um 40 % beeinträchtigte, wobei davon 10 % auf die Migräne entfielen. 5.2.2

Was die strittige Auswirkung der (unstreitig) diagnostizierten Migräne auf die Arbeitsfähigkeit anbelangt, ist mit der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 7 f.) einherzugehen, dass im neurologischen Teilgutachten eine Arbeitsfähigkeit gesamthaft in der Grössenordnung von 60 % attestiert und erst in der Gesamtwürdigung angegeben wurde, dass der Anteil der Migräne an der Arbeitsunfähigkeit 10 % betrage. Diese Schlussfolgerungen wurden jedoch auch vom neurologischen Gutachter im Rahmen der Konsensdiskussion gesehen und unterzeichnet, womit dies nicht als falsche Zusammenfassung dargestellt werden kann.

Strittig und zu prüfen ist jedoch, ob sich die von der Beschwerdeführerin geklagte Migräneproblematik (zusätzlich) auf ihre Arbeitsfähigkeit invalidisierend auswirkt. 5.2.3

Bei objektivierbaren wie auch bei unklaren Beschwerdebildern setzt eine Anspruchsberechtigung gleichermassen eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten können die Berücksichtigung von – allenfalls durch fremdanamnestic Angaben zu erhebenden – Lebensbereichen wie Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern. Bleiben die Auswirkungen eines objektivierbaren oder eines nicht (bildgebend) fassbaren Leidens auf die Arbeitsfähigkeit trotz sorgfältiger und umfassender Abklärungen vage und unbestimmt und können die Einschränkungen nicht anders als mit den subjektiven Angaben der versicherten Person begründet werden, ist der Beweis für die Anspruchsberechtigung nicht geleistet und nicht zu erbringen. Die entsprechende Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der versicherten Person aus (BGE 140 V 290 Regeste). 5.2.4

Ausweislich der Akten leidet die Beschwerdeführerin seit Jahren an einer Kopfschmerzproblematik. So berichtete Dr. Y.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 6. März 2009 über stundenlange Migräneattacken (vgl. vorstehend E. 4.2). Auch die mit der Beschwerdeführerin befasste Dr. J.\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 6. Juli 2012 (vgl. vorstehend E. 4.7) als Diagnose anamnestisch eine Migräne. Die Migräne-Diagnose wurde von den Z.\_\_\_\_-Gutachtern bestätigt (vgl. vorstehend E. 4.8). Der neurologische Gutachter

hielt in seinem Teilgutachten fest, die Beschwerdeführerin leide seit Kindheit mit etwa 10 Jahren unter Migräne mit einer Frequenz von ein- bis dreimal monatlich sowie einer Dauer von einem halben bis zu zwei Tagen, mit halbseitigem Beginn der pochenden Kopfschmerzen, Licht-, Geräusch- und Geschmacksempfindlichkeit. Eine durchgeführte Computertomographie habe keinen pathologischen Befund erbracht und im Vergleich zu den übrigen Schmerzen träten die Migränekopfschmerzen in den Hintergrund (Urk. 6/176/40 Mitte).

Im Gegensatz dazu erachteten die I.\_\_\_\_-Gutachter im April 2010 angesichts der sicheren Zeichen einer bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden die Ausprägung der Krankheitswertigkeit der beklagten Kopfschmerzproblematik als zweifelhaft und auch unzureichend belegt (Urk. 6/71 S. 46).

#### 5.2.5

Die Angaben der Beschwerdeführerin zur Frequenz und zur Intensität der von ihr als Migräneattacken beschriebenen Beschwerden, auf welche der Z.\_\_\_\_-Gutachter abstellte, sind subjektiv. Subjektive Angaben allein vermögen eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit nicht ohne weiteres rechtsgenügend nachzuweisen. Voraussetzung für eine Anspruchsbeurteilung ist vielmehr, dass die geltend gemachten Funktionseinschränkungen durch die medizinischen Fachpersonen plausibilisiert werden können. Die Auswirkungen der geklagten Beschwerden müssen anamnestisch plausibel erfasst und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit überzeugend dargelegt werden können (vgl. BGE 140 V 290 E. 4.2). Auffällig ist, dass die Beschwerdeführerin im Z.\_\_\_\_-Gutachten keine aus Migräneattacken resultierenden Einschränkungen im Alltag beschrieb, sondern nur allgemein von Schmerzen berichtete, womit wohl der Residualzustand des CRPS im rechten Arm gemeint sein dürfte (vgl. Urk. 6/176/40). Angesichts dessen, dass in der Vergangenheit kein Facharzt die Migräne als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnet hat, so insbesondere auch die behandelnde Dr. J.\_\_\_\_ nicht (vgl. vorstehend E. 4.7), und auch die I.\_\_\_\_-Gutachter die Migräne aufgrund der Ausführungen der Beschwerdeführerin als zweifelhaft und unzureichend belegt erachteten und von den Fachärzten keine pathologischen Befunde erhoben werden konnten, erscheinen die Auswirkungen des Leidens und damit dessen Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nicht plausibel erfassbar. 5.2.6

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Auswirkungen der von der Beschwerdeführerin in geklagten Migränesymptomatik auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit trotz umfangreicher Abklärungen gemäss den bundesgerichtlichen Vorgaben nicht plausibilisiert werden konnten und damit nicht hinreichend erstellt sind. Die diesbezügliche Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der Beschwerdeführerin aus. Damit ist das Z.\_\_\_\_-Gutachten in dem Sinne anzupassen, dass von der gutachterlich attestierten 60 %igen Arbeitsfähigkeit die unbewiesen gebliebene, die Arbeitsfähigkeit angeblich um 10 % einschränkende Migränesymptomatik nicht zu berücksichtigen ist, womit eine Restarbeitsfähigkeit von 70 % resultiert. 5.2.7

In psychischer Hinsicht konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erachteten die Z.\_\_\_\_-Gutachter eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine anhaltende depressive Episode leichter Ausprägung (ICD-10 F32.0) als gegeben.

Der psychiatrische Gutachter hat nach ausführlicher Befundaufnahme (vgl. Urk. 6/176/56-63) festgestellt, dass die in der Vergangenheit anlässlich einer Begutachtung am I.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.4) diskutierte Diagnose einer dissoziativen Störung nicht mehr gestellt werden könne. Darüber hinaus bestehe eine leichte, depressiv gedrückte Stimmungslage. Sodann wurde auf grund der beklagten Schmerzen und Beschwerden, für welche sich kein objektivierbares Korrelat habe finden können, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert, welcher nach Prüfung der bis anhin geltenden Foerster-Kriterien (vgl. BGE 130 V 352) keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde. Der psychiatrische Gutachter der Z.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin trotz der geklagten Beschwerden eine ganztägige Arbeitstätigkeit ohne Leistungseinschränkung zugemutet werden könne (vgl. vorstehend E. 4.8; Urk. 6/176/65). 5.2.8

Die Tatsache, dass das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen neu gefasst hat, ändert an der vorliegenden Beurteilung nichts. Insbesondere verlieren die gemäss altem Verfahrensstandard eingeholten Gutachten ihren Beweiswert nicht per se. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls entscheidend, ob eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich ist oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8). Dies trifft auf das vorliegende Z.\_\_\_\_-Gutachten zu. Die Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Im Rahmen der Prüfung des funktionellen Schweregrades lässt sich hinsichtlich des Komplexes der Gesundheitsschädigung dem Gutachten entnehmen, dass eine somatoforme Schmerzstörung bestätigt werden könne, hingegen keine schwere Komorbidität bestehe. Insbesondere komme der leichten Depression keine invalidisierende Wirkung zu.

Zum persönlichen Kontext ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im 15. Lebensjahr in die Schweiz gekommen und ihr die Integration nicht schwer gefallen sei. Ferner habe sie eine Ausbildung als Coiffeuse abgeschlossen (Urk. 6/176/60). Im psychiatrischen Gutachtensbefund geht weiter hervor, dass Aufmerksamkeit, Konzentration und das Gedächtnis nicht beeinträchtigt waren (Urk. 6/176/62).

Was den sozialen Kontext angeht, so verfügt die Beschwerdeführerin im Gutachtenzeitpunkt über ein funktionierendes Familienleben. Ferner pflegt sie Kontakte zu ihren Eltern und ihrem Bruder. Für Freizeitunternehmungen mangle es an finanziellen Möglichkeiten. Im Sommer 2013 habe sie die Ferien bei der Familie ihres Ehemannes im Kosovo verbracht. Angesichts dieser Umstände ist insgesamt von intakten sozialen Beziehungen auszugehen. Somit sind bei der Beschwerdeführerin persönliche und soziale Ressourcen erkennbar, welche durch ihre psychischen Probleme nicht in Frage gestellt werden.

Im Rahmen der Konsistenzprüfung ist hinsichtlich des Gesichtspunktes der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin kaum eigene Interessen hat (Urk. 6/176/58). Mangels weiterer Angaben bezüglich des Aktivitätsniveaus beziehungsweise dessen Einschränkung aufgrund der Beschwerden und angesichts der zur Familie und zur Verwandtschaft gepflegten Kontakte ist nicht von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens auszugehen.

Bezüglich Leidensdruck ist festzustellen, dass sich die Beschwerdeführerin nicht mehr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befindet und keine Psychopharmaka einnimmt, womit das Schmerzleiden nicht sehr ausgeprägt erscheint und diesbezüglich nicht von einem tatsächlichen Behandlungsbedürfnis ausgegangen werden kann.

Die Prüfung der verschiedenen Indikatoren ergibt, dass diese nicht als in ausgeprägtem Umfang gegeben erachtet werden können. Da auch kein ausgeprägter behandlungsanamnestischer Leidensdruck besteht, ist insgesamt eine Unüberwindbarkeit der Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung zu verneinen. Damit ist auch unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die somatoforme Schmerzstörung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt, was überdies auch von der Beschwerdeführerin selbst unbestritten blieb (vgl. Urk. 1). 5.3

Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin spätestens ab Gutachtenszeitpunkt, das heisst ab Ende 2013 für leidensangepasste Tätigkeiten zu 70 % arbeitsfähig ist, womit gegenüber der erstmaligen Rentenzusprache im Jahr 2006 eine gesundheitliche Verbesserung ausgemessen ist.

Da den Z. \_\_\_-Gutachtern eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit indes als schwierig erschien, ist für die Zeit ab Einstellung der Invalidenrente per Ende August 2011 auf die in den Akten befindlichen Arztberichte abzustellen respektive diese zu würdigen. Dass sich die Arbeitsfähigkeit respektive der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert hat, geht auch aus dem am 10. April 2010 erstatteten I. \_\_\_-Gutachten (vgl. vorstehend E. 4.4) hervor, gemäss welchem die Gutachter zu dieser Zeit gar von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten ausgingen. Ebenso attestierte Dr. Y. \_\_\_ der Beschwerdeführerin seit Mai 2009 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.6). Die Z. \_\_\_-Gutachter hielten in ihrer Beurteilung fest, dass aus orthopädischer Sicht in Übereinstimmung mit dem I. \_\_\_-Gutachten keine nachweisbaren Pathologien im Sinne eines CRPS gesehen werden könnten, sondern lediglich von einem Residualbefund auszugehen sei und damit das vom Handchirurgen Dr. A. \_\_\_ im September 2010 gutachterlich interpretierte CRPS Typ II sowie die Quadrantensyndrome und das rechtsseitige Hemisyndrom ausser Betracht fallen würden (Urk. 6/176/36 unten). Diese Beurteilung erscheint schlüssig und im Gesamtkontext nachvollziehbar, zumal schon das hiesige Gericht im Urteil vom 6. Dezember 2011 (Urk. 6/115, Prozess-Nr. IV.2011.00934) festgestellt hatte, dass das Gutachten von Dr. A. \_\_\_ wenig zu überzeugen vermag (vgl. E. 6.5). Aus den dargelegten Gründen ist deshalb davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der Rentenentscheidung per 31. August 2011 und entgegen der zu optimistischen und damit nicht überzeugenden Arbeitsfähigkeitseinschätzung der I. \_\_\_-Gutachter von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für leidensangepasste Tätigkeiten auszugehen ist. 5.4

An der schlüssigen und nachvollziehbaren Beurteilung der Z.\_\_\_\_-Gutachter und dem in E. 5.3 dargestellten medizinischen Sachverhalt vermögen auch die übrigen, neueren Arztberichte nichts zu ändern. Den Berichten des K.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.10 und E. 4.14) und des L.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.11) ist lediglich zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin aufgrund eines Herzrasens vorübergehend behandeln liess, wobei sie durch die Ärzte des K.\_\_\_\_ nur während dieser Zeit arbeitsunfähig geschrieben wurde (vgl. vorstehend E. 4.14). Die Ärzte des L.\_\_\_\_ nahmen keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Aus diesen Berichten lässt sich jedenfalls keine dauerhafte und damit invalidisierende Verschlechterung des Gesundheitszustandes ableiten, was auch der RAD-Arzt der Beschwerdegegnerin erkannt hat (vgl. vorstehend E. 4.12 und 4.15). Unter diesen Umständen erübrigen sich die von der Beschwerdeführerin beantragten weiteren medizinischen Abklärungen (Urk. 1 S. 12; antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d).

Sollte die von Dr. C.\_\_\_\_ nach Verfügungserlass berichtete Abklärung (vgl. vorstehend E. 4.16) eine IV-relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergeben, wäre es der Beschwerdeführerin unbenommen, eine Neuankündigung bei der Beschwerdegegnerin einzureichen. 5.5

Zusammenfassend ist somit mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass von einem seit letztmaliger Überprüfung im Mai 2006 verbesserten Gesundheitszustand seit August 2011 auszugehen ist. Die Beschwerdeführerin ist ab diesem Zeitpunkt für angepasste Tätigkeiten mit dem vom RAD festgelegtem Belastungsprofil (vgl. vorstehend E. 4.9) zu 70 % arbeitsfähig: ruhige, geordnete Tätigkeit, leicht und wechselbelastend, ohne grosse Anforderungen an Kraft und Geschicklichkeit des rechten Armes.

Ferner ergibt sich durch den Statuswechsel der Beschwerdeführerin gemäss Haushaltabklärungsbericht vom 10. Dezember 2014 (Urk. 6/190: Qualifikation ab August 2010 als 100 % Erwerbstätige) ebenfalls ein Revisionsgrund gemäss Art. 17 ATSG (vgl. BGE 134 V 131 E. 3).

Diese Revisionsgründe erlauben es gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung, den Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhaltes neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3). 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

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

### **E. 6.2**

Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen

durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29; vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 11 S. 35, Urteil des Bundesgerichts 9C\_236/2009 vom 7. Oktober 2009 E. 3 und 4).

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). Dies ist die spezifische Methode der Invaliditätsbemessung (Betätigungsvergleich).

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Absatz 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (vgl. auch BGE 137 V 334; BGE 131 V 51 E. 5.1.2).

### **E. 6.3**

Die Beschwerdeführerin absolvierte von 1989 bis 1992 eine Lehre als Coiffeuse, wobei sie gemäss ihrer bereits damals bestandenen Problematik in der rechten Hand den Beruf nie hat ausüben können. Zuletzt war sie von September 1997 bis Mitte Juli 1998 im Stundenlohn als Putzfrau angestellt und bis Ende Februar 1999 arbeitslos (Urk. 6/3 Ziff. 6). Sie ist Mutter dreier 1993, 1996 und 2001 geborener Kinder (Urk. 6/44 Ziff. 3) und lebt zusammen mit ihrem Ehemann und den Kindern in einer Mietwohnung (Urk. 6/190 S. 1).

Aufgrund dieser persönlichen, familiären und sozialen Verhältnisse wurde die Beschwerdeführerin anlässlich der ersten Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt im März 2006 (Urk. 6/49) mit 29 % im Erwerbsbereich und mit 71 % im Haushaltbereich qualifiziert und eine Einschränkung im Aufgabenbereich von 48.80 % ermittelt (Urk. 6/49 S. 8). Im Abklärungsbericht vom 10. Dezember 2014 (Erhebung vom 3. September 2012) wurde aufgrund der Aussage der Beschwerdeführerin, wonach sie bei guter Gesundheit ihre angestammte Tätigkeit als Coiffeuse mit einem Pensum von 60 % wieder aufgenommen hätte, die Qualifikation ab August 2008 auf 60 % Erwerb und 40 % Haushalt angepasst, und es wurde eine Einschränkung im Aufgabenbereich von 39.80 % ermittelt (Urk. 6/190 S. 3 und S. 8). Aufgrund der knappen finanziellen Verhältnisse der Familie sei es zudem gemäss Abklärungsperson plausibel und nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin bei Gesundheit ihr Arbeitspensum mindestens seit August 2010 auf 100 % gesteigert hätte, weshalb ab diesem Zeitpunkt die Beschwerdeführerin als 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren sei (Urk. 6/190 S. 4). Diese Qualifikationsfestlegungen blieben unbestritten und sind gestützt auf die Akten nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden kann.

### **E. 6.4**

Nach der Rechtsprechung darf ausnahmsweise von der ärztlich geschätzten Arbeitsfähigkeit ohne Weiteres auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen werden (vgl. Urteil

des Bundesgerichts 9C\_994/2010 vom 12. April 2011 E. 3.2.3). Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die beiden Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu ermitteln sind. Da die Beschwerdeführerin bei Eintritt des Gesundheitsschadens als Reinigungsan gestellte tätig war, nachdem sie zuvor eine Lehre als Coiffeuse abgeschlossen , jedoch nach Lehrabschluss aufgrund ihrer Erkrankung nie in diesem Beruf tätig und nach der Geburt der ersten beiden Kinder ab September 1997 bis Juli 1998 in einem tiefprozentigen teilzeitlichen

Anstellungsverhältnis beschäftigt und hernach arbeitslos war (Urk. 6/3 Ziff. 6) , rechtfertigt es sich mit der Beschwerdegegnerin , sowohl für die Bemessung des Validen- als auch des Invalideneinkommens auf den Lohn als Hilfsarbeiterin gemäss den Tabellenlöhnen des vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen ( vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung) . Dies blieb auch unbestritten.

### **E. 6.5**

Gestützt auf die LSE 2008, Tabelle TA1, Ziff. 01-93, und unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Wochenarbeitszeit und der Nominallohnentwicklung ermittelte die Beschwerdegegnerin ein Valideneinkommen für Hilfsarbeiten (Zentralwert) für das Jahr 2009 von Fr. 52'446.40 (respektive Fr. 31'467.85 in dem damals festgelegten 60%igen Arbeitspensum gemäss Haushaltabklärungsbericht vom 10. Dezember 2014, Urk. 6/190/4) und für das Jahr 2010 von Fr. 53'553.30 (Urk. 6/191). In Anwendung der gemischten Methode (vgl. vorstehend E. 6.2) ermittelte die Beschwerdegegnerin für das Jahr 2009 einen rentenausschliessenden Gesamtinvaliditätsgrad von rund 16 % und ab August 2010 aufgrund des – unbestrittenen - Statuswechsels auf 100 % Erwerbstätigkeit und unter Zugrundelegung des identischen Monats einkommens im Jahre 2010 gestützt auf eine 70%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechnerisch mittels Prozentvergleich einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 30 % (Urk. 2/2, Urk. 6/191, Urk. 6/192/8). Dies wurde von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet und gibt auch gestützt auf die Akten zu keinen Weiterungen Anlass.

Die Beschwerdeführerin rügt einzig, es sei zu Unrecht kein leidensbedingter Abzug gewährt worden. Als Begründung führt sie an, schon bei der damaligen Aufnahme der Tätigkeit einer Reinigungskraft habe es sich um eine angepasste Tätigkeit gehandelt. Diese sei heute nicht mehr zumutbar, was eine berufliche Neuorientierung notwendig mache, welche mit einer Lohnminderung verbunden sei. Infolge der Einschränkungen in der rechten Hand und im rechten Arm sowie infolge der regelmässig auftretenden Migräne anfallen dürfte sie Schwierigkeiten haben, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine Teilzeitstelle zu finden, weshalb sich unter diesen Umständen ein Abzug vom Invalidenlohn von mindestens 20 % rechtfertige (Urk. 1 S. 10).

### **E. 6.6**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht

erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleiche ein kommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr.

31 S. 90, 9C\_728/2009 E. 4.1.2).

### **E. 6.7**

Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin ist der Beschwerdeführerin auf grund der somatischen und psychischen Einschränkungen nur eine adaptierte Tätigkeit zumutbar. Doch ist zu beachten, dass allfällige, bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltenen gesundheitlichen Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des Leidensabzuges einfließen können, weil damit ein – und derselbe Gesichtspunkt bei der Bestimmung des Invalideneinkommens doppelt angerechnet werden würde (Urteil des Bundesgerichts 8C\_163/2015 vom 16. Juni 2015 E. 3.2.2). Wie aus dem Z.\_\_\_\_-Gutachten hervorgeht, wurden die Leiden bereits vollumfänglich im Rahmen der attestierten, ganztags verwertbaren Arbeitsfähigkeit von 70 % integriert. Somit hat ein Arbeitgeber keine nennenswerten, nicht bereits in der 30%igen Arbeitsunfähigkeit enthaltenen gesundheitlich bedingten Einschränkungen des Leistungsvermögens zu gewärtigen. Darauf, dass kein Abzug wegen Teilzeitarbeit vorzunehmen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_712/2012 vom 30. November

2012 E. 4.2.2 mit Hinweisen), hat die Beschwerdegegnerin bereits hingewiesen (Urk. 2/2 Ziff. 1.3). Demnach ist grundsätzlich kein Leidensabzug vorzunehmen. Würde angesichts der besonderen Umstände, das heisst unter Berücksichtigung der Migräne und des Belastungsprofils, gleichwohl ein Leidensabzug vorgenommen, ergäbe sich daraus dennoch nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin. Ein solcher Leidensabzug wäre mit maximal 10 % zu bemessen. Damit stünde dem Invalideneinkommen von 100 % ein Invalideneinkommen von 63 % (70 % x 90 %) gegenüber, was einen immer noch rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 37 % ergäbe.

Die von der Beschwerdegegnerin verfügte Renteneinstellung per 31. August 2011 ist folglich rechtsens.

#### **E. 6.8**

Soweit die Beschwerdeführerin im Eventualantrag einen Anspruch auf berufliche Massnahmen, namentlich eine Umschulung, geltend macht (Urk. 1 S. 12), ist festzuhalten, dass die Vorinstanz über dieses Begehren vorgängig nicht verbindlich mittels Verfügung Stellung genommen hat, weshalb es vorliegend an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteils Voraussetzung fehlt und infolgedessen nicht darauf eingetreten werden kann (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

#### **E. 6.9**

Demnach ist die Beschwerde abzuweisen, soweit auf sie eingetreten werden kann. 7.

Die Gerichtskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- und Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Gerichtskosten auf Fr. 900.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Yves Blöchliger - 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 Der Gerichtsschreiber Mosimann Brühwiler

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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