

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00597 vom 6. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00597

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00597 du 6 novembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00597 del 6 novembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3

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

2009 E.

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebe nenfalls 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 arbeits unfähig 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 no ch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

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 Vor akten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet 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

Dagegen erhob die Versicherte am 23. Mai 2016 Beschwerde (Urk. 1) und be antragte, die Verfügung vom 21. April 2016 sei aufzuheben und es sei weiterhin eine Teil-Rente auszurichten. Zudem beantragte sie weitere Abklärungen. Am 24. Juni 2016 (Urk. 5) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 24. Januar 2017 (Urk. 7) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 21. April 2016 (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. In einer angepassten Tätigkeit bestehe indes eine voll schichtige Arbeitsfähigkeit mit einem erhöhten Pausenbedarf im Sinne einer 20%igen Leistungsreduktion. Es werde weiterhin von einer Qualifikation von 50 % im Erwerbs- und 50 % im Haushaltsbereich ausgegangen. Sie stützten sich auf die letzte Abklärung vom Jahr 2012, bei welcher die Beschwerdeführerin eine Einschränkung im Haushalt von 33.9 % gehabt habe. Es sei davon aus zugehen, dass im Haushaltsbereich ebenfalls eine kleinere Einschränkung be stehe. Da es aber keine Auswirkungen auf die Rentenstufe habe, werde auf die Einschränkung aus dem Jahr 2012 abgestellt (S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), aufgrund der veränderten Haushaltverhältnisse hätte nochmals eine detaillierte Haushaltabklärung durchgeführt werden müssen (S. 4). Beim Invalidenein kom men sei ein leidensbedingter Abzug zu gewähren (S. 4 f.). Die bisherigen Abklärungen der Beschwerdegegnerin seien ungenügend, da diese widersprüch lich und in sich nicht konsistent seien (S. 7).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. 3.

Im Rahmen der erstmaligen Rentenzusprache mit Verfügung vom 27. November 2008 (Urk. 6/32-33) ging die Beschwerdegegnerin hinsichtlich der Statusfrage dannzumal davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 100 % im Haushalt tätig wäre. Gestützt auf die Haushaltsabklärung vom 19. Dezember 2006 resultierte eine Invalidität von 45.6 % (vgl. Urk. 6/27 S. 6), was zur Zusprache der Viertelsrente führte. In medizinischer Hinsicht stützte sich die ursprüngliche Rentenzusprache auf das asim -Gutachten vom 6. Juni 2008 (Urk. 6/24).

Der Bestätigung der Viertelsrente mit Mitteilung vom 17. Juni 2009 (Urk. 6/42) lagen lediglich die Einschätzungen der Uniklinik A.____ und Dr. B.____ zu grunde (vgl. Urk. 6/41).

In der darauffolgenden Rentenrevision wurde eine Haushaltsabklärung vorgenommen, wobei nunmehr davon ausgegangen wurde, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 50 % erwerblich und zu 50 % im Haushalt tätig wäre. Gestützt auf die Haushaltsabklärung vom 1. März 2012 resultierte für den Haushaltsbereich ein Teilinvaliditätsgrad von 16.95 % (Urk. 6/60), was zusammen mit dem Teilinvaliditätsgrad von 50 % im Erwerb zur Zusprache der Dreiviertelsrente führte (Urk. 6/67-68). In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin auf zahlreiche Berichte der Uniklinik A.____ (vgl. Urk. 6/63).

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet vorliegend die Verfügung vom 4. Dezember 2012 (Urk. 6/67-68), da damals zuletzt eine umfassende materielle Prüfung des Rentenanspruchs erfolgte.

4. 4.1

Der Rentenerhöhung vom 4. Dezember 2012 (Urk. 6/67-68) lagen zahlreiche Berichte der Uniklinik A.____

zugrunde, zur Hauptsache wurde auf den folgenden, damals aktuellsten Arztbericht abgestellt (vgl. Urk. 6/63/4). 4.2

Die Ärzte der Uniklinik A.____ nannten mit Bericht vom 17. August 2012 (Urk. 6/59) die folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnose (S. 1): - persistierende Beschwerden Fuss links bei - Status nach kompletter Osteosynthesematerialentfernung (OSME) Rückfuss links bei störendem Schraubenmaterial (Differentialdiagnose Morbus Sudeck) am 28. Dezember 2011

Zudem nannten die Ärzte als Nebendiagnosen ein chronisches Schmerzsyndrom der linken Schulter unter Methadon, gastrooesophagealer Reflux, sowie Allergie auf Pflaster, Morphin und Tramal-Unverträglichkeit (S. 1 f.). Da ein hoher Leidensdruck von Seiten der Patientin bestehe, sei der Entscheidung für eine Revisions-Operation gefallen. Geplant sei eine erneute pantalare

Arthrodesen (S. 2). 4.3

Dr. med. C.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 10. Oktober 2012 (Urk. 6/63/4) aus, mit der Diagnose von persistierenden Beschwerden des linken Fusses liege seit dem 31. Mai 2010 ein relevanter Gesundheitsschaden vor, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die Arztberichte seien schlüssig und weitgehend deckungsgleich beziehungsweise sich ergänzend, sodass darauf abgestellt werden könne. Es könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass seit

31. Mai 2010 0 % Arbeitsfähigkeit vorliege. Das gelte auch für eine angepasste Tätigkeit. Die nächste Operation sei für Dezember 2012 geplant. Die Versicherte befinde sich in der medizinischen Phase, der Gesundheitszustand sei instabil. 5. 5.1

Im Rahmen der nachfolgenden Rentenrevision holte die Beschwerdeführerin die folgenden medizinischen Berichte ein: 5.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte mit Bericht vom 25. November 2013 (Urk. 6/74/6-9) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit 1997 (S. 1 Ziff. 1.2), und nannte die folgenden Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - chronisches Schmerzsyndrom linke Seite - Status nach Trimalleolarfraktur links 2005

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hausfrau und Bäuerin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 30. Januar 2002 bis auf weiteres (S. 2 Ziff. 1.6). Die Beschwerdeführerin könne keine körperlich belastenden Arbeiten mehr ausführen. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei eine Stunde pro Tag möglich (S. 2 f. Ziff. 1.7). 5.3

Am 6. Dezember 2014 erstatteten die Ärzte der Gutachtensstelle Z.____ ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 6/87/2-30). Es wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 25 Ziff. 5.1): - chronische Schulterbeschwerden der dominanten linken Seite - Status nach diagnostischer Schulterarthroskopie am 13. Juni 2005 (Spital D.____) - Status nach Schulterarthroskopie, subakromialer Dekompression, Akromioplastik, AC-Gelenkresektion und Kalkentfernung am 30. November 2007 (Uniklinik A.____) - Status nach Schulterarthroskopie und intraartikulärem Débridement am 16. April 2009 (Uniklinik A.____) - im postoperativen Verlauf frozen

shoulder - radiologisch regelrechter Befund (Röntgen 18. November 2014) - klinisch bis auf Hinweise für subakromiales

Impingement weitgehend unauffälliger Befund - chronische Fussbeschwerden links - Status nach offener Reposition, Platten- und Schraubenosteosynthese sowie Naht der vorderen Syndesmose am 20. Oktober 2005 bei Trimalleolarluxationsfraktur (Spital D.____) - Status nach Entfernung des Osteosynthesematerials am 3. März 2006 (Spital D.____) - Status nach Arthroskopie des oberen Sprunggelenks (OSG), Arthrotomie, Synovektomie, Kapsel- und Gelenkmobilisation in Narkose am 26. Januar 2007 (Dr. E.____) - Status nach OSG-Arthrodesenach Zwipp am 11. Juni 2010 bei posttraumatischer Arthrose (Uniklinik A.____) - Status nach Double-Arthrodesenach am 23. Mai 2011 (Uniklinik A.____) - Status nach Entfernung des Osteosynthesematerials an Fibula und OSG am 23. November 2011 (Uniklinik A.____) - Status nach vollständiger Entfernung des Osteosynthesematerials am 28. Dezember 2011 (Uniklinik A.____) - Status nach Revisionsarthrodesenach

subtalar und taionavikulär am 5. Dezember 2012 (Uniklinik A.____) - radiologisch regelrechter Befund (Röntgen 6. Juni 2013) - klinisch regelrechter Befund

Die Explorandin klagte vor allem über Beschwerden am Bewegungsapparat, weshalb diese Untersuchung im Vordergrund stehe. Es sei primär orthopädisch untersucht worden, ergänzend neurologisch. Die neurologische Untersuchung habe vollständig unauffällige Befunde ergeben, es hätte keine neurologische Diagnose gestellt werden können, ein CRPS sei nicht nachweisbar, das Schmerzsyndrom sei nicht neuropathischer Natur, eine Nervenläsion sei nicht dokumentierbar. Aus orthopädischer Sicht seien im Vordergrund die chronischen Schulterbeschwerden der dominanten linken Seite zu erwähnen bei Status

nach verschiedenen Voroperationen, zudem die chronischen Fussbeschwerden links mit ebenfalls verschiedenen Voroperationen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei das chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom zu erwähnen. Die klinischen und radiologischen Befunde könnten die subjektiv beklagten Beschwerden nicht ausreichend erklären. Nachvollziehbar sei die Symptomatik an der linken Schulter (S. 26 f. Ziff. 6.2).

Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit resultiere eine verminderte Belastbarkeit der oberen, dominanten Extremität und der unteren Extremitäten, sodass keine körperlich schweren oder auch mittelschweren und nicht adaptierten Tätigkeiten zumutbar seien, was auch auf die angestammte Tätigkeit im bäuerlichen Betrieb zutreffe. Für körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten unter Wechselbelastung, ohne Treppensteigen, Gehen auf unebenem Grund, ohne Einnahme von knienden und hockenden Positionen und ohne Einsatz der linken oberen Extremität oberhalb des Schulterniveaus bestehe eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einem erhöhten Pausenbedarf im Sinne einer 20%igen Leistungsreduktion.

Aus allgemeininternistischer Sicht bestünden keine zusätzlichen Befunde und Diagnosen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten.

Aus psychiatrischer Sicht seien die somatisch nicht ausreichend erklärbaren Befunde für die subjektiv angegebenen Beschwerden und die vor allem subjektiven Limitierungen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zuzuordnen. Eine Komorbidität, insbesondere eine affektive Störung, liege aus psychiatrischer Sicht nicht vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe bei Überwindbarkeit der subjektiven Schmerzsymptomatik, gemäss geprüften Kriterien, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Zusammenfassend resultiere aus polydisziplinärer Sicht, dass bei der Exploration in der angestammten Tätigkeit, allgemein in mittelschweren, schweren und nicht adaptierten Arbeiten bleibend keine Arbeitsfähigkeit bestehe. In körperlich leichten, überwiegend sitzenden, adaptierten Tätigkeiten bestehe hingegen gegen eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf (S. 27 Ziff. 6.2).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, ihrer Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten könne in der angestammten Tätigkeit, allgemein in nicht adaptierten Tätigkeiten ab Mai 2011 eine bleibende, volle Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden. Im weiteren Verlauf sei es ab jenem Zeitpunkt zu Revisionsoperationen gekommen. Retrospektiv lasse sich im Jahr 2012 vor der letzten Revisionsoperation der Verlauf nicht nachzeichnen, sodass über die Zeit gemittelt arbiträr eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit ab Mai 2011 bis Juni 2013 auch in Verweistätigkeiten angenommen werden könne. Wahrscheinlich ab jenem Zeitpunkt, was mit Sicherheit ab November 2014 zu bestätigen sei, bestehe die von ihnen festgestellte 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in leichten, gut adaptierten Tätigkeiten. Ab diesem Zeitpunkt, also ab Mitte 2013, sei auch die aktuelle Arbeitsfähigkeit im Haushalt zu bestätigen (S. 27 Ziff. 6.3).

Übereinstimmend mit der klinischen Untersuchung und den eigenen Angaben zur Arbeitsfähigkeit in ihrem Haushalt könne noch von einer maximal 25%igen Einschränkung im Haushalt ausgegangen werden für schwerere Tätigkeiten, die von anderen

Familienmitgliedern übernommen würden. Die meisten Arbeiten über die Explorandin, wie sie selber angebe, jedoch selber aus. Eine adaptierte Erwerbstätigkeit sei der Explorandin medizinisch-theoretisch im oben erwähnten Ausmass neben dem Haushalt zumutbar (S. 27 Ziff. 6.4).

Die Explorandin gebe keine klaren Angaben, inwieweit sie sich arbeitsfähig halte. Sie halte sich überwiegend arbeitsunfähig, verweise auf ihre hochgradigen Beschwerden und Schmerzen. Dies kontrastiere einerseits zur objektiven Untersuchung aus somatischer und psychiatrischer Sicht, andererseits auch zu den Alltagsaktivitäten mit der überwiegenden Erledigung des Haushaltes und den verschiedenen Beschäftigungen, denen sie den ganzen Tag nachgehe. Insbesondere aus psychiatrischer Sicht sei ihr die Willensanstrengung zumutbar, einer somatisch adaptierten Tätigkeit vollschichtig nachzugehen.

Bei der Explorandin zeigen sich einerseits bei der klinischen Untersuchung gewisse Inkonsistenzen. Andererseits zeigen sich erhebliche Inkonsistenzen bezüglich Medikamenteneinnahme. Sie hätten drei Serumspiegel überprüft. Weder das in hoher und regelmässiger Dosierung angegebene Haldol noch das in regelmässiger, hoher Dosierung als eingenommen angegebene Dafalgan seien in Spuren nachweisbar gewesen. Subtherapeutisch sei das Novalgin nachweisbar gewesen. Ganz offensichtlich bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem, was die Explorandin insbesondere hinsichtlich ihrer eigenen Schmerz- und Beschwerdebehandlung angebe und dem, was sie effektiv ausübe. Die Nichteinnahme der Medikamente widerspiegeln die objektive Befundsituation, die nicht derart gravierend sei, als dass man so viele Medikamente dagegen einnehmen müsste (S. 28 Ziff. 6.5).

Aus interdisziplinärer, vor allem somatischer Sicht habe sich der Zustand der Beschwerdeführerin seit 2012, anhaltend nach der letzten durchgeführten Fussoperation von Ende 2012 beziehungsweise nach Abschluss der postoperativen Rekonvaleszenz, nachhaltig verbessert (Urk. 6/87/2-30 S. 29 Ziff. 7.1). 5.4

Dr. C.____, RAD, führte mit Stellungnahme vom 16. Dezember 2014 (Urk. 6/89/4-6) aus, das Z.____-Gutachten beantworte die gestellten Fragen umfassend, berücksichtige die beklagten Beschwerden, sei in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend. Ebenso seien die gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise hergeleitet worden (S. 4 f.). In der bisherigen Tätigkeit bestehe seit Mai 2011 auf Dauer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil habe von Mai 2011 bis November 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit Dezember 2014 bestehe noch eine Arbeitsunfähigkeit von 20%. Damit hätten sich der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsfähigkeit nach der letzten Fussoperation gebessert (S. 6). 5.5

Mit ergänzender Stellungnahme vom 17. Juli 2015 (Urk. 6/100) führten die Z.____-Gutachter aus, es stelle sich immer wieder die Frage bei Gutachten mit verschiedenen Operationen, wie mit diesen postoperativen Verläufen umzu gehen sei. Grundsätzlich sei bei Operationen von einem postoperativen Krankenstand auszugehen, von einigen Wochen bis allfällig Monaten, nach welchem die Einschränkung wieder aufgehoben sei und in der Regel sogar ein besserer Zustand als vor der Operation erreicht werden sollte, mindestens der gleiche oder eben einer, wie er bezüglich Verweistätigkeit formuliert worden sei.

Im Rahmen der Konsensbeurteilung hätten sie erkannt, dass ab Mai 2011 Operationen stattgefunden hätten, die letzte Folgeoperation im Dezember 2012 durchgeführt worden sei und somit durchgehend ab dem Zeitpunkt der ersten Operation bis sechs Monate nach der letzten Operation eine andauernde Arbeitsunfähigkeit über die Zeit gemittelt plausibel attestiert werden könne (S. 1). Selbstverständlich sei zum postoperativen Zeitpunkt Ende 2012 die Arbeitsunfähigkeit gänzlich aufgehoben gewesen (S. 2). 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Der Rentenerhöhung von 2012 lagen zahlreiche Berichte der Uniklinik A.____ zugrunde. Die Ärzte der Uniklinik A.____ diagnostizierten persistierende Beschwerden im linken Fuss und attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (vorstehend E. 4).

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. April 2016 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Z.____ -Gutachten vom Dezember 2014 (vorstehend E. 5.3), welches die praxisgemässen Kriterien an beweiskräftige Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich erfüllt. So erfolgte eine allgemeininternistische, psychiatrische, orthopädische und eine neurologische Beurteilung, womit das Gutachten auf für die strittigen Belange umfassenden Untersuchungen beruht. Zudem berücksichtigte es die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 6/87/2-30 S. 8 f. Ziff. 3.1, S. 12 f. Ziff. 4.1, S. 16 f. Ziff. 4.2, S. 22 f. Ziff. 4.3) in angemessener Weise, wurde in Kenntnis der sowie in Auseinandersetzung mit den

Vorakten

(vgl. Urk. 6/87/2-30 S. 4 ff., S. 11 Ziff. 3.6, S. 16 Ziff. 4.1.8, S. 21 Ziff. 4.2.8, S. 25 Ziff. 4.3.7)

erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. In der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge leuchtet es ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Für die Entscheidungsfindung kann daher darauf abgestellt werden. Zur selben Einschätzung gelangte überdies auch RAD- Arzt Dr. C.____ (vgl. vorstehend E. 5.4).

E. 6.2

Nach ausführlicher orthopädischer Befundnahme (Urk. 6/87/2-30 S. 17 ff. Ziff. 4.2.2) konnten chronische Schulterbeschwerden der dominanten linken Seite und chronische Fussbeschwerden links als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden liessen sich jedoch durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollständig begründen. Zwar wurde die Symptomatik an der linken Schulter bei möglichem Impingement als durchaus nachvollziehbar erachtet, doch liess die etwas inconstante klinische Präsentation bezüglich Fuss- und Rückenschmerzen an eine gewisse nicht-organische Beschwerdekompone

denken (Urk. 6/2-30 S. 21). Des Weiteren wurden erhebliche Inkonsistenzen bezüglich der Medikamenteneinnahme festgestellt (vorstehend E. 5.3).

E. 6.3

Die Gutachter stellten insgesamt fest, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin seit 2012, nach der letzten durchgeführten Fussoperation von Ende 2012 beziehungsweise nach Abschluss der postoperativen Rekonvaleszenz, nachhaltig verbessert hat (vorstehend E. 5.3). Sie kamen daher nachvollziehbar zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit, allgemein in mittelschweren, schweren und nicht adaptierten Arbeiten bleibend keine Arbeitsfähigkeit bestehe. In körperlich leichten, überwiegend sitzenden, adaptierten Tätigkeiten bestehe hingegen eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands ist damit ausgewiesen. 7. 7.1

Hinsichtlich der sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation der Beschwerdeführerin stützte sich die Beschwerdegegnerin auf den Haushaltsabklärungsbericht vom 1. März 2012 (Urk. 6/60), worin die Beschwerdeführerin als zu 50 % Erwerbstätige und zu 50 % im Haushalt Tätige qualifiziert wurde (vgl. Urk. 6/60 S. 3 f. Ziff. 2.5). Dies blieb von der Beschwerdeführerin unbestritten. Angesichts dessen, dass nunmehr beide Kinder ausgezogen sind, ist indes fraglich, ob die Beschwerdeführerin überhaupt noch als teilweise im Haushalt Tätige zu qualifizieren ist. 7.2

Soweit die Beschwerdeführerin eine neue Haushaltsabklärung fordert (vorstehend E. 2.2), kann ihr nicht gefolgt werden. Wenn die Beschwerdeführerin nach dem Auszug der Kinder überhaupt noch als teilweise im Haushalt Tätige zu qualifizieren ist, so ist offenkundig, dass sich der Aufwand durch die Reduktion auf einen Zweipersonenhaushalt erheblich vermindert hat. Entsprechend wird der Wegfall der von den Kindern zu erbringenden Mithilfe (vgl. Haushaltsbericht März 2012, Urk. 6/60) kompensiert. Das von der Beschwerdeführerin geschil derte Ausmass an häuslic hen Pflichten (bauernhofähnlich; Urk. 1 S. 6) kann ohnehin auch nicht mehr als versicherter Aufgabenbereich gelten, sondern muss als Hobby betrachtet werden. Aus diesen Gründen erübrigt sich e ine erneute Haushaltsabklärung. 7.3

Wie die Beschwerdegegnerin jedoch in der Begründung zur angefochtenen Ver fügung korrekt aufgezeigt hat, ergibt sich auch dann kein rentenbegründender Inva liditätsgrad, wenn man von einer unveränderten Einschränkung im Haushaltsbereich ausgehen wollte (vgl. Urk. 2 S. 2) . 7.4

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 Auf ga ben bereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tät igkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der un entgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addie rung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

Die Beschwerdegegnerin ist beim Einkommensvergleich von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen und ermittelte die beiden Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn. Dadurch resultierte eine Einschränkung von 20 %. Dagegen erhob die Beschwerdeführerin zu Recht keine Einwände. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass dieser Prozentvergleich seitens der Invalidenversicherung zugunsten der Beschwerdeführerin bereits nach der modifizierten Anwendungsweise der gemischten Methode (voraussichtlich in Kraft ab 1. Januar 2018, vgl. Urteil des hiesigen Gerichts IV.2016.00548 vom 19. Mai 2017 E. 8) vorgenommen wurde, bei welcher das Valideneinkommen bezogen auf ein volles Pensum ermittelt werden wird. Die Beschwerdeführerin machte einzig geltend, dass beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug zu gewähren sei (vorstehend E. 2.2).

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).

Selbst wenn vorliegend angenommen werden würde, dass die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen ihre Haushaltsarbeit über den ganzen Tag hin verteilen müsse und dabei das von ihr zitierte Urteil des Bundesgerichts 9C_609/2012 vom 20. November 2012 Berücksichtigung fände, verminderte sich das zumutbare Invalideneinkommen um höchstens 15 %. So hat BGE 134 V 9 die Berücksichtigung der Wechselwirkungen auf diesen Wert beschränkt (vgl. Urteil des Bundesgericht 9C_609/2012 vom 20. November 2012 E. 4.3). Im Ergebnis ändert es sich jedoch nichts, weil auch eine Reduktion des Invalideneinkommens von Fr. 43'739.70 um 15 % auf Fr. 37'178.75 im Rahmen der gemischten Methode nicht zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad von mindestens 40 %

führte. So resultierte eine Erwerbseinbusse von Fr. 17'495.85 (Fr. 54'674.60 - Fr. 37'178.75), was eine Einschränkung von rund 32 % ergeben würde (Fr. 17'495.85 x 100 : Fr. 54'674.60). Bei einer Gewichtung von 50 % entspräche dies einem Teilinvaliditätsgrad

von rund 16 % (32 % x 0.5). Die Einschränkung im Haushaltsbereich beträgt 33.9 % (Urk. 6/60 S. 8 Ziff. 6.8) , was bei einer Gewichtung von 50 % einem Teilinvaliditätsgrad von 16.95 % (33.9 % x 0.5) entspräche .

Nach Addition der Teilinvaliditätsgrade im Erwerbs- und im Haushaltsbereich resultiert e schliesslich ein nicht rentenbegründender Gesamt in validitätsgrad von gerundet 33 % . Weitere Merkmale, die einen Abzug recht fertigen würden, sind nicht ersichtlich und wurden auch nicht geltend gemacht. 7.5

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechters, was zur Abwei sung der Beschwerde führt.

E. 8

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ent sprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwer deführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes gesetzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannKeller

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