

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00815 vom 12. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00815

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00815 du 12 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00815 del 12 settembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (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, Bundesgesetz

über die Invalidenversicherung, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

E. 1.3

In der LSE 2012 erfolgten vielfältige Anpassungen der erhobenen Daten an die entsprechenden Reglemente der Europäischen Union (EU). Neu wird darunter nun nach Berufen (Skill Levels) differenziert statt nach den bisherigen Anforderungsniveaus 1 bis 4 der Stelle. Das Bundesgericht hat in BGE 142 V 178 E. 2.5.3 festgestellt, dass das statistische Einkommen nach TA1 Kompetenzniveau 1 der LSE 2012 bei den Männern gegenüber dem Tabellenlohn nach TA1 Anforderungsniveau 4 der LSE 2010 ein Plus von 6,3 Prozent, bei den Frauen ein Minus von 2,7 Prozent und beim Total ein Plus von 5,4 Prozent zeige, was nicht mit der Lohnentwicklung von 2010 bis 2012 übereinstimmt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_343/2016 vom 12. September 2016 E. 6). Es hat erkannt, dass die LSE 2012 im Rahmen einer erstmaligen Invaliditätsbemessung (Art. 28

ff. des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung) und im Neuanmeldungsverfahren nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung oder nach Aufhebung der Invalidenrente sowie grundsätzlich auch im Revisionsverfahren (mit Entstehung des potentiellen oder Veränderung des laufenden Rentenanspruchs im Jahr 2012 oder später) zur Festlegung der Vergleichseinkommen nach Art. 16 ATSG dennoch grundsätzlich als Beweis geeignet ist (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 und E. 2.5.8.1; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_343/2016 vom 12. September 2016 E. 6 und 9C_369/2016 vom 6. September 2016 E. 2.1). Laufende, gestützt auf die LSE 2010 rechtskräftig zugesprochene Invalidenrenten dürfen aber nicht allein aufgrund der

Tabellen -

lohnwerte gemäss LSE 2012 in Revision gezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 und 2.5.8.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_277/2016 vom 20. Juli 2016 E. 4.2).

E. 1.4

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 verwerthen 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).

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 Vorak ten (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).

E. 2

Die Versicherte erhob am 19. Juli 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. Juli 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die bishe rige Dreiviertelsrente nicht zu reduzieren, sondern es sei ihr neu eine ganze Rente zuzusprechen; eventuell sei die Sache für weitere Abklärungen, insbeson dere zur Anordnung eines polydisziplinären Gutachtens, an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 oben Ziff. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. September 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 27. September 2016 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 oben Ziff. 3) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt (Urk. 8).

Am 24. Oktober 2016 nahmen die A.____-Gutachter zu ihnen vom Gericht unterbrei teten Fragen (vgl. Urk. 8) Stellung (Urk. 12). Die Beschwerdegegnerin verzichtete darauf, dazu Stellung zu nehmen (Urk. 16), die Beschwerdeführerin nahm am 14. Dezember 2016 Stellung (Urk. 17), was der Beschwerdegegnerin am 20. Dezember 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging gemäss Vorbescheid (Urk. 7/219 S. 2 Mitte) und Begründungsteil der Verfügung (Urk. 7/224) davon aus, seit der Begutachtung von 2009 sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen und ab Dezember 2015 bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), aus näher genannten Gründen sei die Auffassung, ihr Gesundheitszustand habe sich verbessert, unzutreffend; vielmehr habe er sich verschlechtert und die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit betrage lediglich 30 % (S. 5 Ziff. 4.4). Bei der Rentenzusprache im Jahr 2013 sei ein Abzug von 10 % vom LSE-Tabellen lohn vorgenommen worden, bei der aktuellen Invaliditätsbemessung hingegen - ohne Begründung - nicht; angezeigt sei ein Abzug von mindestens 20 % (S. 5 f. Ziff. 5).

E. 2.3

Strittig ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert oder verschlechtert hat, und damit, wie es sich mit dem Invaliditätsgrad verhält.

E. 3.1

Am 8. September 2009 erstatteten Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Y.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwer degegnerin (Urk. 7/113). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2

ff.), die Angaben der Versicherten (S. 8 ff.) und die vom 6. bis 10. Juli 2009 (S. 1 unten) erhobenen internistischen (S. 12 f.), neurologischen (S. 14 ff.) und psychiatrischen (S. 19 ff.) Befunde sowie den Bericht von lic. phil. D.____ über eine ein 9. Juli 2009 erfolgte neuropsychologische Untersuchung (S. 25 ff.).

Die Gutachter nannten die folgenden, hier leicht gekürzt angeführten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 28 f. Ziff. 4.1): - Hypersomnie / leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung unklarer Ursache; Differentialdiagnose (DD): HIV-assoziiert - HIV-Infektion (CDC B2) 1999 - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen substituierten Eisenmangel, einen rezidivierenden Herpes genitalis, eine Migräne ohne Aura sowie akzentuierte neurotische Persönlichkeitszüge (S. 29 Ziff. 4.2).

Die Beurteilung im Bericht über die neuropsychologische Untersuchung wurde dahingehend erwähnt, dass sich das neuropsychologische Testprofil weitgehend mit den 2002 erhobenen Resultaten decke, als von einer von leicht bis mittelschwer reichenden Funktionsstörung mit im Vordergrund stehender mittelschwerer Störung der Vigilanz berichtet worden sei (S. 28 Mitte).

Zur Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit führten die Gutachter aus, durch die Tagesmüdigkeit im Sinne einer wahrscheinlich HIV-assoziierten Hypersomnie und aufgrund der ebenfalls durch die HIV-Infektion hervorgerufenen Konzentrationsstörung und der eingeschränkten Vigilanz sei die Versicherte in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich reduziert, vor allem wenn sie Bildschirm arbeiten verrichten müsse. Bei solchen Tätigkeiten zeige sie eine deutliche Einschlaf tendenz oder zumindest eine fehlerhafte Arbeitsweise. Aus diesem Grund sei die angestammte Tätigkeit als kaufmännische Angestellte in nur sehr beschränktem Ausmass möglich. Sie gingen hier von einer Arbeitsfähigkeit von 30 % seit Mai 2002 - dem Zeitpunkt einer früheren neuropsychologischen Untersuchung - aus (S. 30 Ziff. 5.3).

Ideal wäre eine Tätigkeit, welche aus Büroarbeit und manueller Arbeit (ohne erhöhtes Verletzungspotential) bestehe und so eine gewisse Abwechslungsmöglichkeit biete (S. 31 Ziff. 6.3). In einer solchen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % entsprechend einem Halbtageseinsatz, wobei dieser auf fünf halbe Tage pro Woche aufgeteilt werden sollte (S. 31 Ziff. 6.4).

E. 3.2

Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern führte in seinem Urteil vom 14. April 2011 (Urk. 7/123) unter anderem aus, die zentrale Frage sei, ob die diagnostizierte Hypersomnie HIV-assoziiert sei oder ob es sich um eine nichtorganische Hypersomnie handle. Diesbezüglich sei das Y.____-Gutachten nicht schlüssig, womit nicht darauf abgestellt werden könne (S. 14 unten). In der Folge wies es die Sache zu ergänzender Abklärung an die damals zuständige IV-Stelle zurück (S. 15).

E. 3.3

Die IV-Stelle holte eine Stellungnahme der Ärzte der Universitätsklinik für Infektiologie des Z.____ ein, die am 15. November 2011 erstattet wurde (Urk. 7/142). Diese führten aus, aus näher genannten Gründen erachteten sie es als höchst wahrscheinlich, dass die Symptome der Hypersomnie durch die HIV-Infektion bedingt seien (S. 2 Mitte).

In einem weiteren Bericht vom 1. November 2012 über eine letztmals am 13. Juni 2012 erfolgte Untersuchung (Urk. 7/162) nannten sie folgende (Haupt-) Diagnosen (S. 1 Mitte Ziff. 1-3): - exzessive Tagesmüdigkeit mit kognitiver Störung mit Vigilanzminderung und Konzentrationsschwäche - HIV-Infektion (CDC-Stadium B2) Erstdiagnose (ED) August 1999 - Reizhusten und Dyspnoe unklarer Ätiologie

Sodann wurde unter anderem ausgeführt, eine nicht HIV-bedingte organische Ursache des erhöhten Schlafbedarfs sei aufgrund der durchgeführten Untersuchungen sehr unwahrscheinlich (S. 3 lit. D). Aus wiederum näher dargelegten Gründen sei die HIV-Infektion die plausibelste Erklärung der Symptome und für das Ausmass des Schlafbedürfnisses (S. 3 lit. E).

E. 3.4

Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst, führte in seiner Stellungnahme vom 23. November 2012 (Urk. 7/166) aus, die HIV-Infektion sei die plausibelste Erklärung für das erhöhte Schlafbedürfnis, die Vigilanzminderung und die Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit (S. 2 oben). Betreffend Zumutbarkeitsprofil verwies er auf das Y.____-Gutachten von 2009 (S. 2 Mitte).

E. 3.5

Die IV-Stelle ging sodann von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit aus, wobei sie auf die Löhne gemäss Anforderungsniveau 4 der LSE 2002 abstellte, davon einen Abzug von 10 % vornahm und von einem Valideneinkommen von Fr. 69'013.-- im Jahr 2004 ausging, so dass ein Invaliditätsgrad von 69 % resultierte (Urk. 7/167 S. 3 Mitte).

E. 4.1

Am 1. Februar 2016 erstatteten die Ärzte des A.____ sowie der Neuropsychologe lic. phil. D.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/217/2-40). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 4 ff.), die Angaben der Versicherten (S. 13 f.) und die von ihnen am 7. und 9. Dezember 2015 erhobenen allgemeininternistischen (S. 14 f.), psychiatrischen (S. 15 ff.), rheumatologischen (S. 21 ff.), neurologischen (S. 24 ff.) Befunde sowie ein infektiologisches Teilgutachten (S. 27 ff.) und eine neuropsychologische Untersuchung (S. 31 ff.).

Die Gutachter nannten die folgenden, hier teilweise gekürzt angeführten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 35 f. Ziff. 5.1): - Fatigue-Syndrom - DD: bei HIV-Infektion - mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörungen - HIV-Infektion (CCD B2) - Erstdiagnose 1999 - ... - bisherige HIV-assoziierte Krankheiten: rezidivierende Candidastomatitis, mögliche HIV-assoziierte neurokognitive Störungen - seit 2008 antiretrovirale Therapie mit vielen Wechseln und intermittierenden Pausen

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom (Migräne- und Schmerzmittelkomponenten), intermittierende unspezifische Arthralgien im Bereiche PIP-/DIP-Gelenke II-V beidseits sowie beider Kniegelenke unklarer Ätiologie, intermittierende dyspeptische Beschwerden, ein Eisenmangel und passagerer Vitamin B12-Mangel, ein Status nach rezidivierender Herpes genitalis-Infektion und ein Status nach Dysplasie des Cervix uteri genannt (S. 36 Ziff. 5.2).

In der neuropsychologischen Beurteilung wurde ausgeführt, im Vergleich mit den vorbestehenden neuropsychologischen Untersuchungen bestehe Übereinstimmung. Das

heutige neuropsychologische Testprofil zeige jedoch eine Progredienz der Einschränkungen. Ob diese dauerhaft oder lediglich ein vorübergehendes Phänomen seien, könne nicht beurteilt werden (S. 35 Ziff. 4.5.7).

Zur Arbeitsfähigkeit (S. 37 f. Ziff. 6.2) wurde unter anderem ausgeführt, die Evaluation aus Sicht des Bewegungsapparates habe keine eigenständigen Diagnosen feststellen lassen, dementsprechend bestehe für jegliche berufliche Tätigkeiten eine normale Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die neurologische Evaluation habe primär ein Fatigue-Syndrom bei HIV-Infektion und entsprechender Medikation sowie als Nebendiagnosen ein multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom mit Migräne und Schmerzmittelkomponenten ergeben. Aus neurologischer Sicht habe keine wesentliche die Arbeitsfähigkeit einschränkende Erkrankung bestanden, es werde jedoch postuliert, dass ein organischer Kern dem subjektiven Erschöpfungsgefühl zu Grunde liege, so dass insgesamt ein leicht erhöhter Zeitbedarf angenommen werde und gesamthaft gesehen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % vorliege (S. 37 oben).

Die infektiologische Untersuchung habe die jahrelang bekannte HIV-Infektion mit Erstdiagnose 1999 und seit 2014 durchgeführter Therapie mit Truvada und Isentress bestätigt. Als Hauptproblem der Explorandin bestehe eine starke Tagesmüdigkeit mit Hypersomnie seit 2001, also 2-3 Jahre nach Beginn der HIV-Infektion. Aus infektiologischer Sicht seien neurokognitive Störungen im Rahmen einer HIV-Infektion bekannt und würden als HIV-associated neurocognitive disorders (HAND) bezeichnet. Das Auftreten des Müdigkeitssyndroms innerhalb der ersten zwei Jahre nach Infektion spreche für einen Zusammenhang zwischen der Müdigkeit und der HIV-Infektion, wobei differentialdiagnostisch der festgestellte Eisenmangel allenfalls zusätzlich einen negativen Einfluss auf die Müdigkeit haben könne, die sich allerdings unter Eisensubstitution nicht verbessert habe. Andere Ursachen aus infektiologischer Sicht, welche ebenfalls eine Müdigkeit hervorrufen würden, hätten labormässig ausgeschlossen werden können. Insgesamt sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der starken Tagesmüdigkeit aus infektiologischer Sicht eingeschränkt. Die Quantifizierung erfolge aus neuropsychologischer Sicht. Die neuropsychologische Validierung habe mittelschwere Beeinträchtigungen ergeben, die eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten (S. 37 Mitte).

Die psychiatrische Untersuchung habe keine eigenständige psychiatrische Mobilität (richtig wohl: Morbidität) objektivieren können. Es hätten sich mit reiner psychiatrischer Methodik keinerlei psychopathologische Befunde ergeben. Insbesondere bestehe derzeit keine depressive Entwicklung oder eine psychostrukturelle Beeinträchtigung. Es liege daher keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht vor. Die allgemeininternistische Evaluation habe keine zusätzlichen die Arbeits- und Leistungsfähigkeit negativ beeinflussenden Diagnosen ergeben (S. 37).

Zusammenfassend habe die ausführliche polydisziplinäre Evaluation aufgrund der Leitdiagnose eines Fatigue-Syndroms im Rahmen der jahrelangen HIV-Erkrankung, welche medikamentös adäquat behandelt werde, eine um 30 % reduzierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit für jegliche leichten bis mittel schweren, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten in der freien Wirtschaft ergeben (S. 37 unten).

Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf von 10-15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement. Die Einschränkungen aus

infektiologischer, neurologischer und neuropsychologischer Sicht betreffen die gleiche Symptomatik und wirkten sich folglich nicht additiv aus (S. 38 oben).

Zusammenfassend wurde festgehalten, es bestehe infolge einer chronischen HIV-Infektion, welche adäquat medikamentös behandelt werde, ein Fatigue-Syndrom mit neuropsychologischen Funktionseinbußen. Es bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit für leichte bis mittelschwer belastende berufliche Tätigkeiten von 70 %, vollschichtig realisierbar (S. 39 Ziff. 6.9).

E. 4.2

Auf Nachfrage des Gerichts (Urk. 8) nahmen die Gutachter am 24. Oktober 2016 ergänzend Stellung (Urk. 12). Sie führten aus, aus medizinischer Sicht sei die Verbesserung im Vergleich zu 2009 damit zu erklären, dass aus psychiatrischer Sicht keine mittelschwere depressive Störung mehr feststellbar, sondern gar keine, und dass damals die HIV-Erkrankung oft nicht oder ungenügend behandelt gewesen sei, was nun in den letzten Jahren adäquat gegeben sei. Somit stelle sich sowohl somatisch wie auch psychiatrisch eine objektiv bessere Situation dar (S. 1 Mitte).

Das Y.____-Gutachten 2009 sei nur von zwei Gutachtern ohne Konsultation der übrigen Beteiligten aufgesetzt und unterzeichnet worden. Der Neuropsychologe D.____ habe darin explizit nicht konkret zur Arbeitsfähigkeit Stellung bezogen. Er sei nicht beteiligt gewesen an Besprechungen zu Arbeitsfähigkeit und Diagnosen, die überdies - aus näher genannten Gründen - auch nicht schlüssig erschienen (S. 1). Insbesondere habe er 2009 keineswegs eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % bestätigt und sich auch nicht dazu geäußert, dass die Arbeitsfähigkeit auf 50 % leidensangepasst eingeschränkt sei. Er habe im Gegenteil bestätigt, dass zu den früheren neuropsychologischen Untersuchungen keine wesentlichen Veränderungen festzustellen gewesen seien (S. 2 oben).

Im aktuellen Gutachten werde ferner ausgeführt, dass sich faktisch an der neuropsychologischen Einschätzung nichts Wesentliches geändert habe, dass aus psychiatrischer Sicht eine deutliche Besserung eingetreten sei und dass auch aus internistisch-infektiologischer Sicht mit adäquat behandelter HIV-Erkrankung eine Besserung eingetreten sei (S. 2 Mitte).

E. 5.1

Der Hauptstandpunkt der Beschwerdeführerin basierte auf der Annahme, für die frühere Rentenzusprache sei die diagnostizierte depressive Störung nicht von zusätzlicher Bedeutung gewesen, sondern ausschlaggebend gewesen sei die Beurteilung durch den Neuropsychologen D.____, der die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf aufgrund der Hypersomnie mit 30 % und diejenige in angepasster Tätigkeit mit 50 % angegeben habe (Urk. 1 S. 4 Ziff. 4.1). Im aktuellen Gutachten habe der gleiche Neuropsychologe eine Übereinstimmung im Vergleich mit den Voruntersuchungen festgehalten, aber auch, dass das Testprofil eine Progredienz der Einschränkungen zeige. Es müsse folgerichtig davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand nach Auffassung des Neuropsychologen seit 2009 verschlechtert habe. Bei der Angabe im Gutachten, die Arbeitsfähigkeit sei aus rein neuropsychologischer Sicht zu 30 % beeinträchtigt, könne es sich nur um einen Verschieb handeln und mit 30 % müsse nicht die Arbeitsunfähigkeit, sondern die verbleibende Arbeitsfähigkeit gemeint sein (S. 4 f. Ziff. 4.2).

E. 5.2

Die Rückfrage des Gerichts bei den A.____-Gutachtern hat den genannten Punkt zu klären vermocht. Es wurde darauf hingewiesen, dass im Gutachten von 2009, das von zwei Ärzten, nicht aber weiteren Beteiligten unterzeichnet war, keine dem Neuropsychologen D.____ zuzurechnende Angaben zur Arbeitsfähigkeit zu finden seien (vorstehend E. 4.2). Dies trifft in der Tat zu: In neuropsychologischer Hinsicht findet sich im Gutachten lediglich die Feststellung, das Testprofil decke sich weitgehend mit den 2002 erhobenen Resultaten ; damals war von einer von leicht bis mittelschwer reichenden Funktionsstörung mit im Vordergrund stehender mittelschwerer Störung der Vigilanz berichtet worden . Zahlenangaben zur Arbeitsfähigkeit finden sich im neuropsychologischen Teil des Gutachtens keine, sie stammen mithin von den beiden unterzeichnenden Gutachtern (vorstehend E. 3.1).

E. 5.3

Der Neuropsychologe hat somit 2009 eine leichte bis mittelschwere Funktionsstörung festgestellt, ohne ihr eine quantifizierte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit explizit zuzuordnen. Demzufolge steht seine Einschätzung im aktuellen Gutachten, es bestünden unverändert mittelschwere Funktionsstörungen (wobei das Testprofil eine - möglicherweise nur vorübergehende - Progredienz der Einschränkung zeige), die eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten, mit seinen 2009 gemachten früheren Angaben keineswegs im Widerspruch.

Die Feststellung einer im Testprofil zum Ausdruck kommenden Progredienz der Einschränkungen dürfte ferner erklären, dass die Funktionsstörung nunmehr als mittelschwer und nicht mehr als ‚von leicht bis mittelschwer reichend‘ bezeichnet wurde. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Einteilung der Funktionsstörungen in leicht / mittelschwer / schwer ohnehin einen sehr groben Raster darstellt; erst die Prozentangabe der sich daraus ergebenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erweist die für die Rechtsanwendung erforderlichen Trennschärfe auf.

Vorliegend wurde diese neuropsychologisch begründete Einschränkung (erst mals) mit 30 % beziffert. Davon ist auszugehen.

E. 5.4

Im Y.____-Gutachten von 2009 wurden eine Hypersomnie / leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung, eine HIV-Infektion und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht bis mittelschwere Episode, diagnostiziert, und die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit wurde mit 50 % angegeben (vorstehend E. 3.1). Das Gutachten war bezüglich der für die Rechtsanwendung wichtigen Unterscheidung zwischen nichtorganischer und (hier) HIV-assoziiertes Hypersomnie nicht aussagekräftig, weshalb ergänzende Abklärungen zu tätigen waren (vorstehend E. 3.2). Diese ergaben, dass die Hypersomnie HIV-bedingt sei (vorstehend E. 3.3), worauf für das Zumutbarkeitsprofil wiederum auf das Y.____-Gutachten abgestellt wurde (vorstehend E. 3.4). Auch die Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in adaptierter Tätigkeit erfolgte gestützt auf das Y.____-Gutachten (vorstehend E. 3.5).

Im A.____-Gutachten von 2016 wurden ein Fatigue-Syndrom (mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörungen) und eine HIV-Infektion diagnostiziert und die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit wurde mit 70 % angegeben (vorstehend E. 4.1).

E. 5.5

Die Gutachter erläuterten auf entsprechende Nachfrage des Gerichts, dass sich der Gesundheitszustand im Vergleich zu 2009 gemäss ihrer Beurteilung in somatischer Sicht verbessert habe, indem die HIV-Infektion nunmehr adäquat behandelt werde, und in psychiatrischer Sicht, indem keine Depressivität mehr festzustellen sei (vorstehend E. 4.2). Diese Erklärung ist nachvollziehbar, schlüssig und überzeugend. Es sind keine Gründe ersichtlich, warum darauf nicht abgestellt werden sollte.

Insbesondere ist es nicht zutreffend, der psychiatrische Gutachter habe das Vorliegen depressiver Störungen ‚schlicht verneint‘ und die damalige Diagnose ‚in Zweifel gezogen‘ (Urk. 1 S. 5 Ziff. 4.3). Vielmehr wurde dazu im Gutachten (Urk. 7/216) ausgeführt, die Gutachter könnten anhand ihrer ‚heutigen Befunde die Diagnose einer depressiven Störung nicht bestätigen‘; es ergäben sich weder aus dem aktuellen Psychostatus noch aus der Anamnese Hinweise für erheblich depressive Episoden (S. 20 Ziff. 4.1.6).

E. 5.6

Damit ist der medizinische Sachverhalt, dem A.____-Gutachten folgend, das alle rechtsprechungsgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich erfüllt, dahingehend erstellt, dass sich der Gesundheitszustand verbessert hat und die 2009 mit 50 % bezifferte Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit nunmehr 70 % beträgt.

E. 6.1

Bei der im Jahr 2013 erfolgten Invaliditätsbemessung wurde das Valideneinkommen für das Jahr 2004 mit Fr. 69'013.-- eingesetzt, dies ausgehend von den Salärempfehlungen des KV Schweiz (Urk. 7/167 S. 3 Mitte).

Der Nominallohnindex für Frauen befand sich im Jahr 2004 auf dem Stand von 2'360 und 2015 auf dem Stand von 2'686 (Bundesamt für Statistik, Tab. T 39, Entwicklung der Nominallöhne). Dementsprechend betrug das Valideneinkommen im Jahr 2015 rund Fr. 78'546.-- (Fr. 69'013.-- : 2'360 x 2'686).

E. 6.2

Mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/217 S. 1 unten) ist davon auszugehen, dass das Invalideneinkommen gestützt auf Tabellenlöhne für weibliche Hilfskräfte zu bestimmen ist.

Zu verwenden ist mithin die LSE-Tabelle, in welcher nach Skill Levels differenziert wird (vorstehend E. 1.3). Im Jahr 2014 betrug das mittlere Einkommen der untersten Kategorie (Skill Level 1) für Frauen Fr. 4'300.-- (LSE 2014, Tab. TA1_tirage_skill_level). Auf ein Jahr umgerechnet sowie der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden und der Nominallohnentwicklung von 0.5 % angepasst resultiert 2015 für die Beschwerdeführerin zumutbare Pensum von 70 % ein Einkommen von rund Fr. 37'843.-- (Fr. 4'300.-- x 12 : 40.0 x 41.7 x 1.005 x 0.7).

E. 6.3

Die Beschwerdegegnerin nahm keinen Abzug vom Tabellenlohn vor, dies mit der ‚Begründung‘, ein solcher sei ‚nicht angezeigt‘ (Urk. 7/127 S. 2 oben).

Beschwerdeweise wurde auf die langjährigen und grösstenteils vergeblichen Bemühungen, wenigstens in kleinen Teilpensen zu arbeiten, hingewiesen sowie darauf, dass die HIV-Erkrankung in grossen Teilen der Bevölkerung immer noch mit einem Stigma behaftet sei, was im Erwerbsleben zu zusätzlichen Erschwerissen führe. Es sei deshalb ein Abzug von mindestens 20 % angezeigt (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 5).

Dem kann nur zum Teil gefolgt werden, denn es ist nicht ersichtlich, inwiefern sich erfolglose Arbeitsbemühungen in unterdurchschnittlichen Lohnperspektiven im Sinne der massgebenden Praxis (vorstehend E. 1.4) niederschlagen sollten. Hingegen dürfte der Hinweis zutreffen, dass eine HIV-Erkrankung ein zu Lohnverlusten Anlass gebendes Handicap darstellen könnte. Dies rechtfertigt einen Abzug von 10 %.

Somit beträgt das Invalideneinkommen rund Fr. 34'059.-- (Fr. 37'843.-- x 0.9), womit sich beim Valideneinkommen von Fr. 78'546.-- (vorstehend E. 6.1) eine Einkommenseinbusse von Fr. 44'487.-- ergibt, so dass der Invaliditätsgrad 56.64 %, mithin rund 57 % beträgt.

E. 6.4

Bei einem Invaliditätsgrad von 57 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

Somit ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung dahin abgeändert wird, dass die Beschwerdeführerin ab 1. August 2016 Anspruch auf eine halbe Rente hat.

E. 7.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 7.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat mit Honorarnote vom 28. Dezember 2016 (Urk. 20) einen Aufwand von 8.95 Stunden und Barauslagen von Fr. 86.65 geltend gemacht. Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ergibt dies Fr. 2'220.10 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). In diesem Umfang ist er von der Beschwerdegegnerin zu entschädigen.

E. 7.3

Den A. ___-Gutachtern waren nicht wegen ungenügender Abklärungen der Beschwerdegegnerin, sondern aufgrund der Vorbringen in der Beschwerde ergänzende Fragen zu unterbreiten. Die entsprechenden Kosten (Urk. 13) sind deshalb auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 7. Juli 2016 dahin abgeändert wird, dass die Beschwerdeführerin ab 1. August 2016 Anspruch auf eine halbe Rente hat. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Stefan Wenger, Aadorf, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'220.10 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stefan Wenger - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 20 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

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