

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00917 vom 23. Februar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00917](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00917)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00917 du 23 février 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00917 del 23 febbraio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1967, bezog ab 1. Juli 2004 eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Urk. 6/25, Urk. 6/37). Die Rente wurde am 10. Juli 2007 bei unverändertem Invaliditätsgrad von 100 % revisionsweise bestätigt (Urk. 6/46). Im August 2012 leitete die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, eine erneute Rentenrevision ein (Urk. 6/56). Nach Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse forderte sie die Versicherte am 4. Dezember 2013 unter Hinweis auf ihre Schadenminderungspflicht auf, die fachpsychiatrische Behandlung weiterzuführen (Urk. 6/69). Da rauffhin nahm die Versicherte die zwei Jahre zuvor sistierte psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung am 11. Dezember 2013 wieder auf (Urk. 6/84).

Mit Verfügung vom 27. Januar 2014 setzte die IV-Stelle die bisherige ganze Rente auf eine Viertelsrente herab (Urk. 6/77, Urk. 6/80). Sodann sprach sie der Versicherten mit zwei Verfügungen vom 13. Februar 2014 für den noch in Ausbildung stehenden, volljährigen Sohn, Y.\_\_\_\_, vom 1. Dezember

2013 bis 28. Februar

2014 eine Kinderrente zur ganzen Rente zu und reduzierte diese ab 1. März 2014 entsprechend der Herabsetzung der Hauptrente (Urk. 6/87, Urk. 6/91). Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs (Urk. 6/102 S. 3) hob das hiesige Gericht mit Urteil vom 30. September 2014 diese drei Verfügungen auf und wies die Sache an die IV-Stelle zur Ergänzung der Abklärungen und neuer Entscheidung zurück (IV.2014.00292, damit vereinigt IV.2014.00293; Urk. 6/102).

Darauffhin holte die Verwaltung aktuelle Auskünfte der behandelnden Ärzte ein und beauftragte die über SuisseMED@P zugeteilte MEDAS Z.\_\_\_\_ (Urk. 6/122) mit einer polydisziplinären Abklärung (Urk. 6/121). Nach Eingang des MEDAS-Gutachtens vom 29. Oktober

2015 (Urk. 6/128 /1-54) führte sie das Vorbescheidverfahren durch (Urk. 6/131 ff.) und hob die Rente mit Verfügung vom 12. Juli 2016 auf; gleichzeitig entzog sie einer Beschwerde gegen diese Verfügung die aufschiebende Wirkung (Urk. 2).

### **E. 1.1**

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

## **E. 1.2**

und I 212/03 vom 28. August

2003 E. 2.2.3 ). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkung 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**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

## **E. 1.4**

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. 1.5**

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 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).

## **E. 2**

Die Beschwerdeführerin begründet die Rentenaufhebung im Wesentlichen damit, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich verbessert habe und dieser nun die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % zumutbar sei. Beim neu

ermittelten Invaliditätsgrad von 19 % bestehe kein Rentenanspruch mehr (Urk. 2 S. 2) .

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf dem Standpunkt, dass auf dem MEDAS-Gutachten vom 29. Oktober 201

### **E. 2.1**

Der ursprünglichen Rentenzusprache vom 15. September 2005 (Urk. 6/37) lag die folgende medizinische Aktenlage zu Grunde: - der behandelnde Dr. med. A.\_\_\_\_ , Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte am 7. und 13. Januar 2005 (Urk. 6/9/5, Urk. 6/10/8) eine Dysthymie , sicher seit Sommer, mithin seit der Kündigung des Arbeitsverhältnisses wegen Betriebsschliessung, und bescheinigte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dabei hielt er fest, dass keine Veranlassung bestanden habe, den Bewegungsapparat, namentlich die Wirbelsäule, zu untersuchen (Urk. 6/10/54); - im März 2005 diagnostizierten die behandelnden Fachärzte aus psychiatrischer Sicht eine mittelgradige depressive Episode mit Erschöpfungssyndrom (Urk. 6/17/1, Urk. 6/18/8) und attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/17/4-5); - der von der Beschwerdegegnerin beauftragte Dr. med. B.\_\_\_\_ , Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Gutachten vom 28. April 2005 als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Spannungskopfschmerz und nicht näher bezeichnete Rückenschmerzen und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 6/22/7), auch in einer leidensangepassten Tätigkeit (Urk. 6/22/9). Dieser Beurteilung der Arbeitsfähigkeit pflichtete der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes trotz Vorbehalten betreffend die gutachterliche Gewichtung der sozialen Problematik bei (Urk. 6/24/4), worauf die Beschwerdegegnerin die ganze Invalidenrente zusprach (Urk. 6/25).

### **E. 2.2**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer allfälligen anspruchserheblichen Änderung bildet vorliegend die das erste Revisionsverfahren abschliessende Mitteilung (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2) vom 10. Juli 2007 (Urk. 6/46). Die Bestätigung der ganzen Rente beruhte einerseits auf der Angabe des Hausarztes im Bericht vom 7. Juni 2007, dass der Gesundheitszustand stationär und ausser zusätzlichen Rückenschmerzen keine neuen Faktoren aufgetreten seien (Urk. 6/43) und andererseits auf den Ausführungen des die Beschwerdeführerin damals behandelnden Arztes und Psychoanalytikers med. pract. C.\_\_\_\_ im Bericht vom 14. Juni 2007, welcher die Diagnosen einer neurotischen

Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8), einer anhaltenden, mittelgradigen depressiven Episode (früher schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen; ICD-10 F32.1) sowie einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) stellte und eine weiterhin andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Urk. 6/43; vgl. auch Urk. 6/45).

Diese Beurteilung ist auch dem vorliegenden Entscheid zu Grunde zu legen (§ 26 Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [ GSVGer ]). Im Folgenden ist daher zu prüfen, ob sich seit dem Erlass der Mitteilung vom 10. Juli 2007 eine wesentliche Änderung der Verhältnisse ergeben hat. 4. 4.1

Die bereits im Verfahren IV.2016.00917 aufliegenden medizinischen Akten wurden im Urteil vom 30. September 2014 (Urk. 6/102) eingehend dargestellt (E. 4.1-4.4). Darauf wird verwiesen.

Gestützt darauf erwog das Gericht, die Invaliditätsbemessung habe anlässlich der ursprünglichen Rentenzusprache wie auch der Mitteilung vom 10. Juli 2007 ausschliesslich auf psychiatrischen Gesundheitsbeschwerden gefusst. Die Einschätzung, der somatische Gesundheitszustand habe sich verbessert und die Arbeitsfähigkeit erhöht, erscheine in Anbetracht dieser Aktenlage weder als nachvollziehbar noch trägt sie dem Verlauf der für die Begründung des Rentenanspruchs seinerzeit massgeblichen psychischen Beschwerden Rechnung. Viel mehr sei zu schliessen, dass sich die Rückenbeschwerden seit Jahren und wenigstens seit der ursprünglichen Rentenzusprache nicht wesentlich verändert haben (E.

5.1). Ebenso wenig sei ausgewiesen, dass die psychiatrischen Diagnosen seit der Revision im Jahre 2007 eine wesentliche Verbesserung erfahren hätten. Jedoch scheine die der Beschwerdeführerin bisher attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit nicht mehr zu gelten. Es lasse sich nicht abschliessend beurteilen, ob eine minimale Erwerbstätigkeit im geschützten Rahmen bloss aus therapeutischen Zwecken indiziert sei, während auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, oder ob die Beschwerdeführerin in leidensangepasster Tätigkeit auch aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig wäre, die Wiedereingliederung jedoch angesichts der längeren Absenz vom Arbeitsmarkt schrittweise erfolgen soll. Bei Annahme der Zumutbarkeit einer Arbeitsleistung fehle darüber hinaus eine nachvollziehbare Begründung für die wiederlangte Arbeitsfähigkeit trotz eher verschlechtertem Gesundheitszustand (E. 5.2).

Das Gericht wies die Sache daher für ergänzende Abklärungen des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurück unter dem ergänzenden Hinweis, der Rentenanspruch sei auch unter dem Blickwinkel von lit. a der Schlussbestimmungen der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderung des IVG zu prüfen (E. 5.4). 4.2

Im anschliessenden Verwaltungsverfahren erstattete der Hausarzt Dr. A. \_\_\_ im Januar 2015 einen Verlaufsbericht (Urk. 6/109). Darin erwähnte er wiederum die seit vielen Jahren bestehende Dysthymie und chronische Rückenschmerzen. Seit August 2012 (vgl. Urk. 6/56) sei keine Veränderung eingetreten. Ob eine angepasste Tätigkeit möglich wäre, müsse abgeklärt werden (Urk. 6/109).

Der behandelnde Psychiater med. pract. D. \_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 23. Februar 2015 (Urk. 6/111) wie bereits im März 2005 (vgl. E. 3 hievore) und im September 2013 (Urk. 6/62/5-10) eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode mit Erschöpfungssyndrom sowie eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung. Den Zustand beschrieb er als stationär. Er erachtete eine Abklärung der Zumutbarkeit einer Tätigkeit mit geringem Pensum im geschützten Arbeitsmarkt als indiziert.

Dr. med. E. \_\_\_ , FMH Rheumatologie, nannte am 21.

März

2015 einen weiterhin chronifizierten Schmerzzustand. Für leichtere Arbeiten bescheinigte er eine Arbeitsfähigkeit von zumindest 70 % (Urk. 6/114). 4. 3

Im MEDAS-Gutachten vom 29. Oktober 2015 (Urk. 6/128 /1-54) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 42): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert - Lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei - mässiger Diskopathie L4/L5 und L5/S1 beidseits und - rechtskonvexer Skoliose - ohne radikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom an den unteren

## Extremitäten

Folgenden weiteren Diagnosen massen die Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 42): - Chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp - Arterielle Hypertonie

Weiter führten sie aus , etwa im Jahre 2004 habe sich eine zunehmende Antriebslosigkeit manifestiert, welche in einen Erschöpfungszustand gemündet habe. Diese Antriebslosigkeit und Leistungsintoleranz habe eine Wiederaufnahme der damaligen beruflichen Tätigkeiten behindert. Seither habe sich die Situation bezüglich der chronischen Müdigkeit und Antriebslosigkeit nicht geändert. Zusätzlich habe sich ein panvertebrales Schmerzsyndrom mit Punktum maximum über der Lendenwirbelsäule etabliert, welches auf degenerative Veränderungen der Wirbelsäule zurückgeführt werden könne (S. 14). Im Vorfeld der Erkrankung sei erwähnenswert, dass die Versicherte durch drei Tätigkeiten belastet gewesen sei. Sie sei 42 Stunden pro Woche im Flughafen, 33 Stunden pro Woche als Reinigungsfachfrau und zusätzlich als Hausfrau und Mutter tätig gewesen. Der Ehemann habe eine Vollzeitstelle inne gehabt (S. 42 f.).

Aus psychiatrischer Sicht könne eine spezifische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F6) nicht nachgewiesen werden (S. 44 f.) . So seien z.B. die Eingangskriterien für das Stellen einer spezifischen Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt. Es zeigten sich keine ausgeprägteren Unausgeglichheiten in den Einstellungen und im Verhalten. Nicht nachgewiesen werden könne ein gleichförmiges, andauerndes und tiefgreifendes auffälliges Verhaltensmuster. Störungen liessen sich auch nicht in die Kindheit und Jugend zurückverfolgen. Auf dem Hintergrund eines in den Akten dokumentierten Schmerzprozess es bei Nachweis deutlicher psychosozialer Faktoren und emotionaler Konflikte habe sich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung entwickelt (S.

45) . In den Akten würden Depressionen beschrieben. Bei Nichtnachweisbarkeit einer depressiven Störung anlässlich der Exploration werde eine rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig remittiert , codiert . Die Depression habe sich im Zusammenhang mit den oben erwähnten erheblichen psychosozialen Faktoren und emotionalen Konflikten entwickelt. Hauptsächlich dürfte die depressive Störung unter der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu subsumieren sein. Die Versicherte befinde sich in gebessertem Zustand im Vergleich zur Begutachtung durch Dr. B.\_\_\_\_

am 28. April 2005

( S. 4

### **E. 5**

nicht abgestellt werden könne, und rügt verschiedene Mängel des Gutachtens (Urk. 1 S. 6 ff.). 3.

Mit Bezug auf den zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer allfälligen anspruchserheblichen Änderung erwog das hiesige Gericht im Urteil vom 30. September 2014 (Urk. 6/102) Folgendes: 2.

### **E. 5.2**

Aus somatischer Sicht anerkannten die Gutachter die Objektivierbarkeit der geklagten lumbosakralen Beschwerden. Dabei verwiesen sie auf die bildgebend festgestellten degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule und legten dar, dass die

erhobenen, leichtgradigen Befunde zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 25 % führen. In einer angepassten, rückschonenden Tätigkeit attestierten die Gutachter eine ausschliesslich mit den psychischen Beschwerden begründete Einschränkung . Von einer hohen Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus somatischer Sicht ging selbst der behandelnde Rheumatologe Dr. med. E.\_\_\_\_

aus. Im Bericht vom 21. März 2015 (Urk. 6/114) schätzte er sie auf mindestens 70 %. In einem früheren Bericht vom 27. Januar 2013 (Urk. 6/58) erachtete er sogar eine Arbeitsfähigkeit von acht Stunden pro Tag für zumutbar . Angesichts der Tatsache, dass der Arbeitsfähigkeitseinschätzung einen gewissen Ermessensspielraum inhärent ist, besteht entgegen der Meinung der Beschwerdeführer in (Urk. 1 S. 7 Ziff. 11) keine Veranlassung, die Einschätzung der MEDAS-Gutachter in Zweifel zu ziehen.

### **E. 5.3**

Aus psychiatrischer Sicht legen die Ausführungen der Gutachter zur dreifachen Belastung der Beschwerdeführerin und zum Auftreten des Rückenleidens die Zusammenhänge zu Beginn der invalidisierenden psychischen Erkrankung und deren Entwicklung nachvollziehbar dar. Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 8 Ziff. 13 )

lassen sich in der Formulierung des Gutachtens keinerlei Vorwürfe an die damalige überfordernde Lebensgestaltung der Beschwerdeführerin erblicken .

Mit den Gutachtern ist davon auszugehen, dass die depressive Störung in Zusammenhang mit einer Erschöpfung infolge der damaligen Überlastung entstand . Mit der Invalidisierung und der Aufgabe der Erwerbstätigkeit fiel ein Teil der Belastung weg. Im Verlauf der Jahre reduzierte sich auch der Betreuungsaufwand gegenüber den nunmehr erwachsenen Kindern. Dass die depressive Symptomatik seit der Rentenzusprechung objektiv eine Verbesserung erfahren hat, verwundert unter diesen veränderten Umständen nicht. Aufgrund der Resultate der durchgeführten Laboruntersuchungen

stellten die Gutachter die Medikamenten-Compliance der Beschwerdeführerin in Frage. Diese Malcompliance

weist auf einen geringeren Leidensdruck hin , was wiederum mit der gutachterlich festgestellten Remission der depressiven Symptomatik im Einklang steht .

Dass der behandelnde Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie , von einer mittelgradigen Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung und damit auch von einer höheren Arbeitsunfähigkeit ausgeht (Berichte vom 5. September 2012 [Urk. 6/62], vom 1. Oktober 2013 [Urk. 6/64] sowie vom 23. Februar 2015 [Urk. 6/111]), vermag entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 6 Ziff. 8 )

die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens vom 29. Oktober 2015 nicht in Frage zu stellen. Vielmehr scheint hier

die unterschiedliche Beurteilung von einer stärkeren Gewichtung der von der Beschwerdeführerin präsentierten Symptomatik her zu rühren. Dass es der Behandler unterliess , sich mit den bestehenden Inkonsistenzen , insbesondere der Frage der zumutbaren Kooperation auseinander zu setzen , lässt sich mit der unterschiedlichen Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag erklären (vgl. dazu BGE 124 I 170 und

Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2).

Bei Vorliegen einer nunmehr remittierten rezidivierenden depressiven Störung kann damit aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine relevante Leistungsminderung mehr begründet werden.

#### **E. 5.4**

Med. pract. C. \_\_\_\_

diagnostizierte im Bericht vom 14. Juni 2007

eine neurotische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8). Eine Begründung für diese damals neu gestellte Diagnose führte er allerdings nicht an (Urk. 6/43). Sein Nachfolger Dr. D. \_\_\_\_ stellte im Bericht vom 5. September 2013 (Urk. 6/62) unter anderem die Diagnose einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6). Diese Diagnose wiederholte er im Bericht vom 23. Februar

2015 (Urk. 6/111). Zur Begründung gab er an, die Beschwerdeführerin habe Mühe eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und Veränderungen ihrer Alltagsstruktur umzusetzen.

Während der Schulzeit der Kinder habe sich dies

laut Dr. D. \_\_\_\_ in Kämpfen mit Lehrern und der Schulbehörde geäußert, die von der Beschwerdeführerin beschuldigt worden seien, ihre Kinder ungerecht zu behandeln. Mit dem Schulabschluss des jüngeren Kindes sei die Behandlung Anfang 2012 bei stationärer Entwicklung eingestellt worden (Urk. 6/62 S. 6). Die von den behandelnden Psychiatern beschriebene Symptomatik wurde weder von den Gutachtern der MEDAS noch offenbar vom Hausarzt Dr. A. \_\_\_\_ festgestellt. Letzterer behandelte die Beschwerdeführerin seit 2003 (vgl. Bericht vom 13. Januar 2005, Urk. 6/9), weshalb anzunehmen ist, dass er Symptome einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung bemerkt und in geeigneter Form dokumentiert hätte.

Dies gilt umso mehr, als entsprechende Störungen meist bereits in der Kindheit oder der Jugend beginnen, wofür jedoch - trotz der schwierigen Lebensumständen in der Jugend (vgl. Urk.

1 S.

#### **E. 5.5**

.5

Im Rahmen des sozialen Kontextes ist ein Rückzug von sozialen Aktivitäten nicht auszumachen. Die Beschwerdeführerin lebt in tragfähiger Ehe

mit ihrem Mann und

den beiden Kindern zusammen (Urk. 6/128/1-54 S. 29, S. 32). Alle zwei Wochen telefoniert sie mit der ältesten, in Portugal wohnhaften Schwester. Etwas seltener sind die Telefonate mit einer weiteren, in Basel wohnhaften Schwester (Urk. 6/128/1-54 S. 31). Die Beziehungen innerhalb der Herkunftsfamilien beschreibt sie als gut (Urk. 6/128/1-54 S. 38).

Weiter

erledigt die Beschwerdeführerin selbständig kleinere Einkäufe in nahegelegenen Läden und führt den Haushalt (Urk. 6/128/1-54 S. 37). Dabei kann sie auf die Hilfe ihres Mannes zählen (Urk. 6/128/1-54 S. 18). Gemeinsam erledigen die Eheleute Grosseinkäufe. Sodann gab die Beschwerdeführerin an, einen guten Kontakt zu einer im Altersheim wohnhaften Frau zu haben, die für die Kinder wie eine Grossmutter gewesen sei (Urk. 6/128/1-54 S. 37). Neben einer Freundin besteht ihr soziales Netz aus ihrer Familie und den Freunden des Ehemannes und die Beschwerdeführerin

nimmt an gewissen Festivitäten teil (Urk. 6/128/1-54 S. 14).

Aus diesen von der Beschwerdeführerin den MEDAS-Gutachtern gegenüber gemachten Angaben entsteht das Bild einer zwar etwas zurückgezogen lebenden, jedoch in keiner Weise sozial abgeschotteten Frau. Von ihrem sozialen Umfeld erhält sie

vielmehr viel Unterstützung, was als Ressource zu werten ist.

### **E. 5.5.1**

Mit der Remission der depressiven Symptomatik seit der letzten Rentenprüfung im Jahre 2007 (E. 3) ist eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und damit ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG

gegeben (E. 1.2). Dies erlaubt eine Überprüfung der Rente ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen (Bundesgerichtsurteil 9C\_508/2016 vom 21. November 2016 E. 4)

Bei Vorliegen der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist die Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zum Zeitpunkt der verfügbaren Rentenaufhebung am 12. Juli 2016 anhand des in BGE 141 V 281 aufgestellten Katalogs von Indikatoren vorzunehmen.

### **E. 5.5.2**

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert (BGE 141 V 574 E. 3.4). Es erfolgte damit nicht eine Änderung der Voraussetzungen für den Leistungsanspruch, sondern die Schaffung neuer Standardindikatoren für dessen Beurteilung und eines strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahrens (BGE 141 V 281 E. 3.6 und E. 6; BGE 141 V 585 E. 5.3). Unverändert ist auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge der objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der die materielle Beweislast tragenden versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 unter Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 8.1; BGE 141 V 585 E. 5.3).

Zwar hatten die Ärztinnen und Ärzte bereits vor der Praxisänderung gemäss BGE 141 V 281 ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substantiell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist (BGE 140 V 193 E. 3.2; BGE 139 V 547 E. 9.2.1). Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr in BGE 141 V 281 konkretisiert. Aus den medizinischen Unterlagen muss genauer als bisher ersichtlich sein, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten

Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und  
in der Folge

Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektiver Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dar getan werden kann, trägt weiterhin die materiell beweislastbelastete versicherte Person die Folgen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität begründen, sofern funktionelle Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchslage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 574 E. 4.2) .

### **E. 5.5.3**

Hinsichtlich des Komplexes Gesundheitsschädigung legten die Gutachter der MEDAS nachvollziehbar dar, dass sich die anhaltende somatoforme

Schmerzstörung

vor dem Hintergrund des dokumentierten Schmerzprozesses bei Vorliegen deutlicher psychosozialer Faktoren und emotionaler Konflikte entwickelte. Dabei besteht eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und den diagnoserelevanten, objektiven

Befunden. Die Beschwerdeführer in

sieht sich wegen ihrer Müdigkeit nicht in der Lage, erwerbstätig zu sein (Urk. 6/128/1/54 S. 48). Dies steht im Gegensatz zum Fehlen einer schweren somatischen Erkrankung oder eines schweren psychischen Leidens und ist daher im Rahmen von Verdeutlichungstendenzen zu interpretieren. Bei dieser Aktenlage ist ein erheblicher funktioneller Schweregrad des Leidens zu verneinen.

Eine psychiatrische Komorbidität liegt nicht vor. Insbesondere stellt die Diagnose einer nunmehr remittierten depressiven Störung keine solche dar. Aus somatischer Sicht besteht in der Ausübung einer rückenadaptierten Tätigkeit keine zeitliche Einschränkung, weshalb der somatischen Komorbidität keine übermässige Ausprägung zukommt.

### **E. 5.5.4**

Zum Komplex Persönlichkeit führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin habe sich persönlich, schulisch/beruflich, sozial und partnerschaftlich adäquat entwickeln können. Sie verneinten eine relevantere Persönlichkeitsakzentuierung und stellten fest, dass die Persönlichkeit gut integriert sei. Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbststeuerung, emotionale Kommunikation, innere Bindung und äussere Beziehung seien erhalten (Urk. 6/128/1-54 S. 44). Es ist somit anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin weiterhin über persönlichen Ressourcen verfügt, die sie bei Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit aktivieren könnte.

### **E. 5.5.6**

Bei der Konsistenzprüfung wiesen die Gutachter auf eine fehlende gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen hin (Urk. 6/128/1-54 S. 37). Dies kommt insbesondere darin zum Ausdruck, dass die Beschwerdeführerin bei der Pflege von sozialen Kontakten sowie in der Führung des Vier-Personen-Haushalts weitgehend selbständig ist, was nicht vereinbar ist mit einer massgeblichen Einschränkung im Erwerbsbereich.

Sodann ist eine fragliche Behandlungsmotivation darin zu erblicken, dass ein der Beschwerdeführer in verschriebenes Antidepressivum bei einer Laboruntersuchung in der MEDAS nicht nachweisbar war (Urk. 6/128/1-54 S. 38).

Die von der Beschwerdeführerin erhobene Rüge der mangelnden Überprüfbarkeit der Untersuchungsmethoden (Urk. 1 S. 9 Ziff. 15) dringt nicht durch, denn es liegen keinerlei Anhaltspunkte für Fehler in der Untersuchung vor. Es ist vielmehr

da von auszugehen, dass ein etabliertes medizinisches Labor wie vorliegend die F.\_\_\_\_ (Urk. 6/128/55) die Resultate der Analysen korrekt wiedergibt.

Des Weiteren lässt der Abbruch der Psychotherapie im Januar 2012 (Urk. 6/62 S. 6) auf einen nurmehr geringen Leidensdruck schliessen; denn es ist nicht einzusehen, weshalb die Beschwerdeführerin und ihr Therapeut einem anhaltenden hohem Leidensdruck nicht mit anderen therapeutischen Ansätzen begegnet wären. Die von den MEDAS-Gutachtern angegebene „Inkonsistenz“ mit Bezug auf das Arbeitspensum der Beschwerdeführerin bei Eintritt des Gesundheitsschadens (Urk. 6/128/1-54 S. 35) sagen nichts über die Verhältnisse im Zeitpunkt der Renteneinstellung aus und bleiben ohne Belang, weshalb darauf sowie auf die entsprechende Rüge der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 7 Ziff. 13) nicht weiter einzugehen ist.

Insgesamt ergibt sich aus den Akten das Bild einer in passiver Erwartungshaltung verharrenden Frau, die bisher trotz Besserung der depressiven Symptomatik und Wegfall von erheblichen Belastungsfaktoren keine Anstalten für eine Wiedereingliederung in eine Erwerbstätigkeit unternommen hat. Unter diesen Umständen erscheint die gutachterliche Schlussfolgerung von relativ geringen Auswirkungen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auf die Leistungsfähigkeit als schlüssig und widerspruchsfrei.

#### **E. 5.6**

Zusammenfassend stellt die anhaltende somatoforme Schmerzstörung in Übereinstimmung mit den Schlussfolgerungen im MEDAS-Gutachten vom 29. Oktober 2015 (Urk. 6/128/1-54)

unter Berücksichtigung des nicht ausgeprägten funktionellen Schweregrades und der Ressourcen der Beschwerdeführerin keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar, weshalb die aus psychiatrischer Sicht attestierte Rendementverminderung ausser Acht zu bleiben hat.

Nach dem Gesagten ist

davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer rückschonenden Tätigkeit vollzeitlich arbeitsfähig ist. 6. 6 .1 6.1.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

Das Valideneinkommen wird bei Eintritt der Invalidität hypothetisch festgesetzt, und spätere Änderungen desselben sind im Grundsatz nicht mehr vorzunehmen. Davon ist abzuweichen, wenn eine Erfahrungsregel dies nahe legt oder wenn die Entwicklung der Invalidenkarriere Rückschlüsse auf das Valideneinkommen zulässt (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Rz 31 zu Art. 17 mit Hinweisen).

Bezüglich der das Valideneinkommen erhöhenden Anrechenbarkeit von Nebenverdiensten und Entgelten aus Doppel- oder Mehrfachbeschäftigungen ist die Rechtsprechung bis heute uneinheitlich (wobei sich die divergierenden Begründungslinien in keinem Fall ergebnisrelevant ausgewirkt haben). Einerseits geht das Bundesgericht davon aus, dass die IV nach der gesetzgeberischen Konzeption nur Versicherungsschutz im Rahmen eines normalen Einsatzpensums von 100

% gewährt, weshalb ein Nebeneinkommen bloss dann als Validenlohn berücksichtigt werden kann, falls ein solches bereits im Gesundheitsfall erzielt worden ist und weiter erzielt worden wäre (SZS 2008 569 = Urteil des Bundesgerichts 9C\_45/2008 vom 3. Juli 2008 E. 4.2 mit Hinweisen). Deshalb wurde das hypothetische Valideneinkommen eines Versicherten, der vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung zwei wirtschaftlich gleichbedeutende Beschäftigungen ausgeübt hatte, auf der Grundlage eines Arbeitszeitpensums von 100

% bemessen (Urteil des Bundesgerichts I 637/03 vom 16. Juni 2004 E. 3.2-4). Andererseits werden bisweilen sämtliche Einkünfte aus Haupt- und Nebentätigkeit(en) zum Valideneinkommen geschlagen, ohne Berücksichtigung der damit allenfalls einhergehenden Überschreitung eines üblichen Arbeitspensums von 100

% (RKUV 2003 U 476 107 = Urteil des Bundesgerichts U 130/02 vom 29. November 2002, Urteile des Bundesgerichts 9C\_766/2011 vom 30. Dezember 2011 sowie 8C\_676/2007 vom 11. März 2008 E. 3.3). Der (vorläufig) letzte Stand der Rechtsprechung in dieser Frage lautet: Ein vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt (hohes) Einkommen, welches mit einem überdurchschnittlichen zeitlichen Aufwand erarbeitet worden ist, muss im Rahmen des sozialversicherungsrechtlichen Einkommensvergleichs nicht systematisch auf ein 100%-Pensum reduziert werden (SVR 2011 IV Nr. 55 = Urteil des Bundesgerichts 8C\_671/2010 vom 25. Februar

2011 E. 4.5). Die IV bietet als Erwerbsunfähigkeitsversicherung grundsätzlich nur Versicherungsschutz für eine übliche, normalerweise werbliche Tätigkeit (a.a.O., E. 4.5.2); in diesem Rahmen sind aber auch sehr hohe bisherige Einkommen zu berücksichtigen (a.a.O., E. 4.5.5; Meyer /

Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Auflage, Zürich/

Basel/ Genf 2014, N 69 f. zu Art.

28a; vgl. dazu auch Urteil des Bundes gerichts

## **E. 6**

-47 , vgl. auch S. 33-35 ) .

Die Versicherte zeige einerseits eine Somatisierung, andererseits mache sie eine Ermüdbarkeit geltend. Diese habe anlässlich der zweistündigen Exploration nicht objektiviert werden können. Anlässlich der Exploration habe sich die Ver si cher te in situationsadäquater, modulations- und resonanzfähiger Stim mung befunden. Die zu Beginn etwas zurückhaltende Psychomotorik habe sich im Verlauf der Exploration flüssiger entwickelt mit auch reaktivem Lächeln beim Testen der Kognition oder beim Gespräch über die Kinder. Der zu Beginn etwas zurück haltende Antrieb sei durchaus spontan . Eine depressive Störung, eine Angst- oder Zwangs störung könnten nicht nachgewiesen werden. Es be stehe eine gewisse Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und den diagnose relevanten Befunden. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivi tätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen könne nicht festgestellt werden. Es habe kein psychotisches oder psychosenahes Verhalten nachgewie sen werden können . Das Bewusstsein und die Orientierung seien erhalten gewesen (S. 49) . An lässlich der psychiatrischen Exploration habe die Versicherte angegeben, unter anderem Trimin , Citalopram und Imovane täglich einzunehmen. Bei der La borunter su chung hätten Imovane und Trimin nicht nachgewiesen werden kön nen (S. 50 , vgl. auch S. 37 f. ).

Im orthopädischen Fachbereich bestünden degenerative Veränderungen leichten Grades im Bereich L4/L5 und L5/S1, mit einer mässigen Diskopathie , ohne nachweisbare Kompromittierung der Nervenwurzeln. Die degenerativen Verän derungen im Bereich der Lendenwirbelsäule hätten seit der letzten magnetreso nanztomographischen Untersuchung vom 14. März

2011 nicht zugenommen (S. 50 , vgl. auch S. 18-22 ).

Im neurologischen Fachbereich ergäben sich klinisch keine objektiv fassbaren Befunde im Sinne einer zentralnervösen, einer radikulären beziehungsweise pe ri pher-neurogenen Läsion. Insbesondere seien radikuläre Reiz- und Ausfalls symptome an den unteren Extremitäten nicht nachweisbar. Während frühere Kopfschmerzen, welche bereits in der Pubertät aufgetreten seien, aufgrund ihrer Schilderung sowie der Abhängigkeit von hormonellen Faktoren auf eine vasomotorische Grundlage verdächtig seien, seien die aktuellen Beschwerden phä no menologisch mit Kopfschmerzen vom Spannungstyp vereinbar (S. 50 f. , S. 22-28 ).

Aus allgemeininternistischer Sicht sei einzig eine arterielle Hypertonie zu erwäh nen, die anlässlich dieser Untersuchung dokumentiert worden sei. Als be gleitende Komorbidität sei auch ein Übergewicht bei einem BMI von 29 kg/m<sup>2</sup> festzuhalten (S. 51 , vgl. auch S. 16 f. ).

Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter eine Besserung der De pression fest und attestierten aus psychiatrischer Sicht eine Rendementvermin derung von 20 % in jeglicher Tätigkeit infolge der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der rezidivierenden depressiven Störung. Diese Einschät zung datierten sie infolge differenter Beurteilung seitens des behandelnden Psy chiaters ab dem Gutachtendatum. Trotz der degenerativen Veränderungen in der Lendenwirbelsäule und der mässigen Diskopathie sei

eine rückenadaptierte Tätigkeit möglich. In der angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe oder Reinigungskraft sei demnach eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit von 25 % vorhanden. Seit dem Entscheid vom 10. Juli 2007 sei im somatischen Bereich keine wesentliche Veränderung eingetreten (S. 51). 5 . 5 . 1

Vorwegzuschicken ist, dass das MEDAS- Gutachten vom 29. Oktober 2015 (E. 4 . 3 ) insbesondere mit Bezug auf den aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (E. 1.5) vollumfänglich entspricht. So ist das Gutachten für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen , der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und insbesondere der Veränderung des Gesundheitszustandes . Es beruht sodann auf den notwendigen allseitigen Untersuchungen in internistischer, orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Die Gutachter schilderten ausführlich die von der Beschwerdeführerin erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzen sich detailliert damit sowie mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin und den verschiedenen Inkonsistenzen auseinander. Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben und sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. In diesem Sinne erscheinen die Schlussfolgerungen als begründet.

## **E. 6.2**

Mangels Ausübung einer angepassten Erwerbstätigkeit ist rechtsprechungsgemäss wiederum auf die lohnstatistischen Angaben der LSE 2012 abzustellen. Dabei ging die Beschwerdegegnerin zu Recht wiederum

vom Tabellenlohn TA1 „Total“ des Kompetenzniveaus 1/ Frauen von Fr. 4'112 . aus (Urk. 2 S. 2). Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41.7 Stunden sowie bereinigt um die Nominallohnentwicklung für Frauen ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen für das Jahr 2015 von Fr. 52'537 . -- .

Rechtsprechungsgemäss ist ein möglicher Abzug vom Tabellenlohn auf 25 % begrenzt (BGE 126 V 75). Selbst bei Gewährung eines - in diesem Umfang zweifels ohne nicht gerechtfertigten - leidensbedingten Abzuges von 25 % dafür, dass die Beschwerdeführerin auf eine rückschonende Tätigkeit angewiesen ist, ergibt sich höchstens ein entsprechender Erwerbsausfall, mithin ein rentenaus schliessende r Invaliditätsgrad von 25 %.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1'000. festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Rolf Zwahlen - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - die Beigeladene - 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, zuzu stellen.

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 Gräub Meier-Wiesner

## **E. 8**

Ziff.

14), die für sich genommen noch nicht auf eine gesundheitliche Beeinträchtigung hindeuten - in Anbetracht der bis zur erstmaligen Anmeldung zum Leistungsbezug nicht ungewöhnlich verlaufenen Erwerbsbiografie (Urk. 6/7, vgl. auch Urk. 6/62/6 oben) keine Anhaltspunkte bestehen. Selbst der frühere psychiatrische Gutachter Dr. B. \_\_\_ erhob keine entsprechende Befunde (Gutachten vom 28. April 2005

[ Urk. 6/22 ] ). Unter diesen Umständen ist der diagnostischen Einschätzung im MEDAS- Gutachten vom 29. Oktober 2015 mehr Gewicht beizumessen, als derjenigen der behandelnden Psychiater C. \_\_\_ und Dr. D. \_\_\_ , weshalb das Vorliegen einer sich auf die Arbeitsfähigkeit allenfalls einschränkend auswirkenden

Persönlichkeitsstörung nicht ausgewiesen ist.

Dem Einwand der Beschwerdeführerin, dass zur psychiatrischen Exploration eine Begutachtung in mehreren Sitzungen und über einen längeren Zeitraum nötig gewesen wäre (Urk. 1 S. 9 Ziff. 14) , ist zu entgegnen, dass es Wesensmerkmal einer jeden Begutachtung ist, dass sie nicht auf einem derart langen Beobachtungszeitraum beruhen kann wie beispielsweise die Berichte behandeln der Ärzte . Rechtsprechungsgemäss ist dies allein ihrem Beweiswert nicht abträglich (Bundesgerichtsurteil 9C\_866/2012 vom 21. November 2012 E. 3.2.1).

## **E. 9**

C\_243/2015 vom 15. Juli 2015 E. 2 mit Hinweisen). 6.1.2

Vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Juli 2003 verfügte die Beschwerdeführerin über zwei Erwerbseinkommen . Im Haupterwerb war sie zu einem vollen Arbeitspensum als Mitarbeiterin bei der Sandwichproduktion für die G. \_\_\_ AG am Flughafen tätig. Diese Stelle verlor sie infolge Betriebschliessung ( Arbeitgeberfragebogen vom 14. Januar 2005

[ Urk. 6/8 ] ). Sodann soll die Beschwerdeführerin seit Oktober 2001 (Urk. 6/7/2) eine Nebenerwerbstätigkeit zu einem Pensum von zirka 80 % (zirka 33 Stunden beziehungsweise vier Tage pro Woche) als Reinigungsangestellte bei der H. \_\_\_ AG gehabt

und dabei

im Jahr 2005 Fr. 3'330. -- monatlich verdient haben

(Arbeitsfragebogen vom 17. Januar 2005

[ Urk. 6/11 ]).

Da der Verlust der Anstellung bei G.\_\_\_\_ AG nicht aus gesundheitlichen Gründen erfolgte, ist das Valideneinkommen für die Hauptbeschäftigung entsprechend dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin in der renten aufhebenden Verfügung vom 12. Juli 2016

anhand der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012

zu ermitteln (Urk. 2 S. 2, Urk. 6/130, Urk. 6/135 S. 5).

Dabei ging die Beschwerdegegnerin vom Einkommen von monatlich Fr. 4'044. im Bereich des Gastgewerbes im Kompetenzniveau 2 aus, ohne dies zu begründen (Urk. 6/130). Die Beschwerdeführerin arbeitete zwar seit 1989 in der Sandwichproduktion (Urk. 6/8/1), doch verfügt sie über keine Fachausbildung (Urk. 6/2/4), die ihr im allgemeinen Gastronomiebereich den Zugang zu qualifizierten Tätigkeiten eröffnen könnte. Für sie kommt eher eine Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 in Frage, welches sich auf einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art bezieht. Allerdings würde ihr im Gesundheitsfall nicht nur der Gastronomiebereich offen stehen, weshalb es gerechtfertigt erscheint, auf das Total des Tabellenlohns im Kompetenzniveau 1 abzustellen. Der entsprechende Lohn von Frauen beträgt gemäss LSE 2012, Tabelle TA1, Fr. 4'112.-- monatlich. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. dazu die Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T03.02.03.01.04.01) sowie bereinigt um die Nominallohnentwicklung

von Frauen löhnen

(vgl. dazu die Tabelle

T39 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2015, des Bundesamtes für Statistik) ergibt dies ein hypothetisches Einkommen für das mangels aktuelleren statistischen Daten Jahr 2015 von Fr. 5 2 ' 537 . -- ( Fr. 4'112.-- x 12 : 40 x 41.7 : 2'630 x 2' 686 ).

Auch wenn die Beschwerdeführerin die Tätigkeit bei der G.\_\_\_\_ AG Anfang 2005 verlor, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sie im Gesundheitsfall zusätzlich zu ihrer Tätigkeit bei der H.\_\_\_\_ AG wieder eine weitere Vollzeitstelle angetreten hätte. Zudem ist nicht schlüssig erstellt, ob die Tätigkeit bei der H.\_\_\_\_ AG tatsächlich durch die Beschwerdeführerin erledigt wurde. Angesichts ihres Pensums von 100 % bei der G.\_\_\_\_ AG und den Aufgaben im aus vier Personen bestehenden Haushalt (Kinder geboren 1991 und 1995; Urk. 6/2/1 2) ist dies nicht glaubhaft. Als überwiegend wahrscheinlich erscheint vielmehr, dass der Ehemann der Beschwerdeführerin die fragliche Reinigungstätigkeit ausübte. Das geht zumindest für die Zeit seit Eintritt der Krankheit aus dem entsprechenden Schreiben der H.\_\_\_\_ AG hervor, die nunmehr den Ehemann als Arbeitnehmer bezeichnet (Urk. 6/11/6). Sodann fällt ins Gewicht, dass die Beschwerdeführerin bei den berufsbezogenen Angaben im Anmeldeformular keine Nebenbeschäftigung vermerkte (Urk. 6/2/5). Im Weiteren erwähnten weder die behandelnden Ärzte (Urk. 6/17/5) noch der

begutachtende Psychiater (Urk. 6/22/2) in der Berufsanamnese eine Nebenbeschäftigung.

In Anbetracht dieser Unsicherheiten in Bezug auf die Nebenerwerbstätigkeit muss es beim Valideneinkommen für ein 100 % Pensum sein Bewenden haben.

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