

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01185 vom 28. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01185

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01185 du 28 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01185 del 28 giugno 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).

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungs gemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015

vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichtes 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend

objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

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 Bundesgerichtes 9C_261/2009 vom 1. 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 unveränderten 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 Bundesgerichtes 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.4

Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE 119 V 98 E. 4a, Urteil des Bundesgerichtes I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3).

E. 1.5

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs.

E. 1.6

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 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 noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen fest, dass seit zirka April 2014 (Ende der Rekonvaleszenz) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei. Es könne überwiegend wahrscheinlich davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin auch bei guter Gesundheit keiner 100%igen Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Die Beschwerdeführerin sei daher als zu 80 % Erwerbstätige und zu 20 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren. Die Einschränkung im Haushalt betrage 11.75 %. Nach Vornahme des Einkommensvergleichs resultiere ein nicht mehr rentenbegründender Gesamtinvaliditätsgrad von 21 % (S. 1 ff.).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 12) und der darauffolgenden Stellungnahme (Urk. 14) führte sie ergänzend aus, dass lediglich der Sachverhalt bis zum Verfügungszeitpunkt massgebend sei, weshalb die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung unbeachtlich sei (jeweils S. 1 f.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, die psychische Störung habe entgegen den gutachterlichen Feststellungen nicht remittiert. Die erneute Verschlechterung sei bereits vor Erhalt der Verfügung eingetreten. Sie sei weiterhin psychisch schwer krank und zu 100 % arbeits unfähig. Bei guter Gesundheit wäre sie in einem Pensum von 100 % als Primarlehrerin tätig. Es sei ihr daher eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 6 ff.; Urk. 16 S. 2).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der rentenzusprechenden Verfügung vom 27. November 2012 (Urk. 13/22; Urk. 13/24) erheblich verbessert hat, und gestützt darauf die Frage, ob die verfügte Aufhebung der Rente rechtmässig ist. Umstritten sind ausser dem die Statusfrage sowie der vorgenommene Einkommensvergleich. 3.

E. 3

IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode.

Ob eine versicherte Person als ganzjährig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis IVV). Die gemischte Methode bezweckt damit eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades (BGE 133 V 504 E).

E. 3.1

Der rentenzusprechenden Verfügung vom 27. November 2012 (Urk. 13/22; Urk. 13/24) lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte zugrunde:

E. 3.2

Die Ärzte des Y.____ gaben mit Bericht vom 18. Januar 2012 (Urk. 13/7) an, dass sie die Beschwerdeführerin seit dem 22. Oktober 2007 behandeln würden (S.

1 Ziff. 1.2). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie eine seit mindestens dem Jahr 2007 bestehende bipolar-affektive Störung vom Typ II, gegenwärtig schwere depressive Episode (ICD-10 F31.4), sowie einen schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10 F13.10) auf (S. 1 Ziff. 1.1). Seit Juli 2007 sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Primar- und Tennislehrerin vollständig arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 1.6). Die Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit sei stark eingeschränkt. Aufgrund des labilen psychischen Zustandsbildes würden berufliche Anforderungen rasch zu einer depressiven Dekompensation führen (S. 3 f. Ziff. 1.7).

E. 3.3

Dr. med. Z.____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), empfahl mit Stellungnahme vom 16. Februar 2012 sowohl bezüglich der Diagnosen als auch der verbliebenen Arbeitsfähigkeit auf den ärztlichen Bericht des Y.____ abzustellen. Die Prognose sei überwiegend wahrscheinlich schlecht. Die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht im Sinne einer Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung erscheine sinnvoll und erfolgsversprechend (Urk. 13/17 S. 2).

E. 3.4

Am 12. Juli 2012 erfolgte eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt, über welche am 1. September 2012 berichtet wurde (vgl. Abklärungsbericht vom 1. September 2012, Urk. 13/15). Die Beschwerdeführerin gab dabei an, dass sie bei guter Gesundheit als Tennislehrerin in einem Pensum von 30 % arbeiten würde. Dies sei bei der jetzigen finanziellen Situation ausreichend. Sie würde gerne arbeiten, um nach draussen und unter die Leute zu kommen. Die Kinder seien bereits 14 und 16

Jahre alt. Die Abklärungsperson legte dementsprechend die Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 30 % Erwerbstätige und zu 70 % im Haushalt Tätige fest (S. 3 Ziff. 2.5). Die Einschränkung im Haushaltsbereich bestimmte die Abklärungsperson anhand von drei Phasen. Die erste Phase sei während der Hospitalisation der Beschwerdeführerin im Y. ___ vom 22. September bis 20. Dezember 2011 gewesen. Für diese Zeit betrage die Einschränkung im Haushaltsbereich 88.05 %. Die zweite Phase habe vom 21. Dezember 2011 bis 14. Mai

2012 gedauert. In dieser Zeit habe die Beschwerdeführerin die Wäsche- und Kleiderpflege noch nicht selber ausführen können. Die Einschränkung während dieser Zeit betrage 58.45 %. Die dritte Phase dauere seit dem 15. Mai 2012, wobei die Einschränkung im Haushaltsbereich auf 42.70 % festzulegen sei (S. 5 ff. Ziff. 6, S. 9 Ziff. 8-9).

E. 3.5

Gestützt darauf sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 27. November 2012 (Urk. 13/22 ;

Urk. 13/24) bei einem Gesamtschwergrad von gerundet 60 % eine Dreiviertelrente mit Wirkung ab dem 1. Juni 2012 zu. 4. 4.1

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung vom 4. Oktober 2016 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die nachfolgenden Berichte. 4.2

Vom 26. bis 28. Februar 2013 war die Beschwerdeführerin infolge einer psychischen Dekompensation und einem fraglichen Suizidversuch im A. ___ hospitalisiert (vgl. Austrittsbericht vom 28. Februar 2013, Urk. 13/27/8 -10). Die Ärzte konnten dabei die folgenden -

gekürzt aufgeführten - Diagnosen stellen (S. 1): - Paracetamol Intoxikation in fraglich suizidaler Absicht - Depression - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, infantilen und histrionischen Zügen (ICD-10 F61.0)

Die Beschwerdeführerin habe eine erneute stationäre psychiatrische Therapie verweigert. Da sie sich glaubhaft von einer akuten Suizidalität distanziert habe, sei keine Verlegung mittels fürsorgerischer Unterbringung (FU) notwendig gewesen. Am 28. Februar 2013 habe sie in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (S. 1 f.). 4.3

Mit Austrittsbericht vom 10. April 2013 (Urk. 13/27/4-7) informierten die Ärzte der B. ___ über die seit dem 7. März 2013 durchgeführte ambulante Behandlung mittels einer Elektrokampftherapie (EKT) bei diagnostizierter bipolarer affektiver Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F31.4). Die starke Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit sowie das ausgeprägte Morgentief hätten dadurch positiv verändert werden können. Die Beschwerdeführerin habe sich aufgehellter, wacher

und gelöst gezeigt. Ihre starke Nervosität, welche sich im Aufkratzen der Haut geäußert habe, sei am Ende der Serie in deutlich geringerem Ausmass beobachtbar gewesen. Sie habe über ihre Zukunftspläne berichtet, wonach sie vermehrt Tennis spielen möchte. Auch habe sie über eine Teilzeitstelle phantasiert, für die sie sich derzeit aber noch nicht stark genug fühle (S. 1 ff.). 4.4

Med. pract. C.____, praktische Ärztin, gab mit Bericht vom 19. Februar 2014 (Urk. 13/27/1-3) an, dass sie die Beschwerdeführerin seit Dezember 2012 behandle (S. 1 Ziff. 1.2) und eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert (IC D-10 F31.7), als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren könne (S. 1 Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit als Tennislehrerin von Dezember 2012 bis April 2014 vollständig arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6). Nach den im März 2013 erfolgten ambulanten EKT-Behandlungen habe sich ihre Stimmung deutlich aufgehellt. Die Verbesserung des psychischen Zustandsbildes sei bis heute anhaltend. Die

Beschwerdeführerin leide seit der Jugendzeit an einer bipolaren Störung mit wiederkehrenden depressiven Episoden im Wechsel mit submanischen Phasen. Daher sei eine Prognose schwierig. Eine Teilzeitarbeit als Tennislehrerin sei durchaus vorstellbar, falls das aktuell gute psychische Befinden anhalte (S. 2 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin plane die stundenweise Wiederaufnahme der Tätigkeit als Tennislehrerin ab Frühjahr 2014 (S. 3 Ziff. 1.7). Aktuell fänden nur noch alle zwei Wochen therapeutische Gespräche statt (S. 2 Ziff. 1.5). 4.5

Mit Verlaufsbericht vom 5. September 2014 (Urk. 13/31) berichtete med. pract.

C.____ darüber, dass der psychische Zustand der Beschwerdeführerin anhaltend gut sei. Es seien keine depressiven Einbrüche mehr erfolgt und die manischen Symptome hätten sich weiter abgeschwächt. Die Beschwerdeführerin fühle sich derzeit psychisch gesund und ausgeglichen, weshalb auch keine EKT-Behandlungen mehr notwendig gewesen seien (S. 1). Seit Mitte Mai 2014 arbeite sie stundenweise als Tennislehrerin. Allerdings sei Ende Dezember 2013 ein Ganglion am rechten Fuss entfernt worden, wobei die Rehabilitation nicht erfolgreich gewesen sei. Der Fuss schmerze bei geringster Belastung, wodurch die Tätigkeit als Tennislehrerin limitiert sei. Die anhaltende psychische Stabilität sei in Anbetracht der sehr langen Krankheitsgeschichte ausserordentlich und unerwartet. Eine Prognose sei allerdings nach wie vor schwierig. In der bisherigen Tätigkeit als Tennislehrerin könne sie derzeit sicherlich in einem Pensum von 30 % arbeiten, sofern die Fussproblematik nicht bestehen würde. Eine langsame Steigerung auf ein Pensum von 50 % bei anhaltender psychischer Stabilität und Genesung des Fusses sei durchaus vorstellbar. Eine Rückkehr in die frühere Tätigkeit als Primarlehrerin sei nach einer Abwesenheit von mehr als 20 Jahren nicht vorstellbar, zumal die depressiven Einbrüche auch aufgrund der Belastung im Schulalltag erfolgt seien (S. 2). 4.6

Dr. med. D.____, praktische Ärztin, RAD, kam mit Stellungnahme vom 20. Januar 2015 zum Schluss, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes seit zirka Mai 2014 ausgegangen werden könne. Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit als Tennislehrerin zu 30% arbeitsfähig (Urk. 13/43 S. 3). 4.7

Den durch Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und

Traumatologie des Bewegungsapparates, am 24. März 2015 visierten Sprechstundenberichten (Urk. 13/36/5-10) ist Folgendes zu entnehmen: Am 30. Oktober 2013 diagnostizierte er ein symptomatisches Ganglion anterolateral am oberen Sprunggelenk (OSG) rechts sowie eine chronische leichte laterale OSG-Instabilität (S. 1). Das Ganglion sei am 19. Dezember 2013 operativ entfernt worden. Die Beschwerdeführerin sei vom 19. Dezember 2013 bis 3. Januar 2014 zu 100% arbeitsunfähig gewesen (S. 2). Da die Entwicklung nicht zufriedenstellend gewesen sei, sei im Juni 2014 eine Magnetresonanztomographie (MRI) erfolgt, welche eine laterale osteochondrale Läsion OSG rechts mit Bone bruise distale Tibia anterior und Malleolus medialis sowie subchondral am Talus lateral gezeigt habe. Die Arbeitsfähigkeit als Tennislehrerin sei sicherlich eingeschränkt (S. 3 ff.). Am 18. März 2015 hielt Dr. E.____ als Diagnosen eine symptomatische osteochondrale Läsion am Talus lateral mit subchondraler Zystenbildung, eine restosteophytäre Reizung an der Tibia anterior sowie einen Status nach Ganglionentfernung anterolateral am rechten OSG fest. Die Entscheidung für ein operatives Vorgehen sei gefällt worden (S. 6). 4.8

Mit Verlaufsbericht vom 10. April 2015 (Urk. 13/37) diagnostizierte med. pract. C.____ weiterhin eine gegenwärtig remittierte bipolare affektive Störung (ICD-10 F31.7). Der psychische Zustand der Beschwerdeführerin habe sich seit dem letzten Bericht nicht verändert. Es hätten sich im Verlauf weder depressive noch manische Episoden gezeigt. Das Befinden sei weiterhin gut (S. 1 Ziff. 1.2-1.3). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 30 bis 50%. Die Fussproblematik könne sie nicht beurteilen (S. 3 Ziff. 4.1). 4.9

Prof. Dr. med. Dr. h.c. F.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte mit Bericht vom 2. Juli 2015 (Urk. 13/52/6-7) die folgenden - gekürzt aufgeführten - Diagnosen (S. 1): - Prozess Mittelfalanx II Zehe rechts, pathologisch interpretiert als chronische Osteomyelitis mit osteoarthrotischen Veränderungen - arthrotische Veränderung oberes Sprunggelenk

(OSG) mit Taluszyste und Osteophyten rechts seit Frühjahr 2013 - Ganglion im Bereich Syndesmose rechtes Sprunggelenk, Status nach Exzision - thorakolumbale Rückenschmerzen rechts - Unterschenkelfraktur rechts im 1978 - schwere Depressionen, Status nach wiederholter EKT

Am 26. Juni 2015 sei eine Endgelenksarthrodese des zweiten Zehes des rechten Fußes und Fixation mit Trim-It Arthrex erfolgt. Der Verlauf sei problemfrei und es lägen keine Hinweise für Infekte vor (S. 1 f.). 4.10

Am 15. September 2015 erfolgte eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt (vgl. Abklärungsbericht vom 6. Oktober 2015,

Urk. 13/42). Die Beschwerdeführerin habe dabei erzählt, dass sie derzeit eine psychisch stabile Phase erlebe. Die Fussbeschwerden würden allerdings weiterhin Probleme verursachen (S. 2). Weiter habe sie angegeben, dass sie bei guter Gesundheit schon aufgrund der aktuellen familiären Situation in einem höheren Pensum als Tennislehrerin arbeiten müsste. Die beiden Kinder seien bereits 18 und 19 Jahre alt und bedürften keiner Betreuung mehr. Sie müsste entsprechend mehr Stunden als Tennislehrerin arbeiten, das heiße sie müsste zwischen 26 und 30 Unterrichtsstunden pro Woche geben. Als Primarlehrerin sei sie nicht lange tätig gewesen. Sie habe schnell gemerkt, dass dies nicht ihr

„Ding“ sei und sie könne sich entsprechend auch keine Anstellung als Lehrerin mehr vorstellen (S.

4 Ziff. 2.5). Die Abklärungsperson legte dem entsprechend die Qualifikation als zu 80 % Erwerbstätige und zu 20 % im Haushalt Tätige fest (S. 5 Ziff. 2.6). Weiter hielt sie fest, dass die Beschwerdeführerin aktuell mit der Tochter zusammenlebe. Der Sohn wohne beim Vater und sei nur wochen- beziehungsweise tageweise bei der Beschwerdeführerin (S. 6 Ziff. 6). Die Beschwerdeführerin sei lediglich noch in den Bereichen Ernährung sowie Wohnungspflege

eingeschränkt. Die Einschränkung im Haushaltsbereich betrage insgesamt 11.75 % (S. 7 ff. Ziff.

E. 5

Abs. 1 IVG tätig zu sein, ist die Invalidität ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige, somit nach Art. 16 ATSG zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 e contrario). Die gemischte Methode gelangt hier ebenso wenig zur Anwendung wie bei ohne Gesundheitsschaden voll Erwerbstätigen (Art. 27 bis IVV). Das Valideneinkommen ist nach Massgabe der ohne Gesundheitsschaden ausgeübten Teilerwerbstätigkeit festzulegen. Entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Wäre sie gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber das Arbeitspensum aus freien Stücken, insbesondere um mehr Freizeit zu haben, oder ist die Ausübung einer Ganztagestätigkeit aus Gründen des Arbeitsmarktes nicht möglich, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen (BGE 125 V 157 E. 5c/bb mit Hinweisen; ZAK 1992 S. 92 E. 4a).

E. 5.1

Zur Beurteilung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erheblich verändert hat und somit ein Revisionsgrund vorliegt, findet sich in den Akten insbesondere das interdisziplinäre Gutachten des H.____ (vorstehend E. 4.12), welches die praxisgemässen Kriterien an beweiskräftige Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.7) vollumfänglich erfüllt. So erfolgte eine orthopädische sowie eine psychiatrische Beurteilung, womit das Gutachten auf für die strittigen Belange umfassenden Untersuchungen beruht. Zu dem berücksichtigte es die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 13/60 S. 21, S. 33) in angemessener Weise, wurde in Kenntnis sowie in Auseinandersetzung der Vorakten (vgl. Urk. 13/60 S. 3 ff., S. 29, S. 38) 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 Entscheidung kann daher darauf abgestellt werden. Dies empfahl über dies auch RAD-Ärztin Dr. D.____ (vgl. Urk. 13/67 S. 3 f.).

E. 5.2

Aus somatischer Sicht konnte nach ausführlicher orthopädischer sowie kurso-rischer neurologischer Befundaufnahme (vgl. Urk. 13/60 S. 35 ff.) eine akute OSG-Arthrose rechts bei Status nach im Dezember 2013 erfolgter Ganglionentfernung als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Anlässlich der klinischen Untersuchung zeigte sich insbesondere eine fortbestehende Schwellung des rechten OSG, wobei die

Beweglichkeit des Sprunggelenkes zirka hälftig eingeschränkt war. Das Gangbild war nur leicht diskret hinkend. Die tiefe Hockposition konnte demgegenüber von der Beschwerdeführerin nicht mehr eingenommen werden (vgl. Urk. 13/60 S. 38). Die Gutachter kamen daher nachvollziehbar zum Schluss, dass das Anforderungsprofil in der bisherigen Tätigkeit als Tennislehrerin das derzeitige Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin übersteige, sie allerdings seit April 2014 in einer behinderungsangepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit, überwiegend im Sitzen, zeitweilig im Stehen und Gehen mit der Möglichkeit zum Haltungswechsel, vollständig arbeitsfähig sei. Dabei sollten Tätigkeiten auf unebenem Gelände, auf Treppen oder Leitern sowie Tätigkeiten, die einen erhöhten Anspruch an Standsicherheit erfordern, vermieden werden (vgl. Urk. 13/60 S. 10 f., S. 38). Da im Rahmen der ursprünglichen Rentenzusprache noch keine körperlichen Beschwerden nachweisbar waren, hat sich der somatische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seither eindeutig verschlechtert (vgl. auch Urk. 13/60 S. 17).

E. 5.3

Demgegenüber wird bereits seit April 2013 von sämtlichen behandelnden Ärzten von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes durch die erfolgten EKT-Behandlungen berichtet. Die behandelnde Psychiaterin med. pract. C.____ erwähnte seit Februar 2014 eine Remission der bipolaren affektiven Störung; dies zuletzt auch im April 2015. Im Mai 2014 nahm die Beschwerdeführerin zudem stundenweise wieder ihre Tätigkeit als Tennislehrerin auf. Anlässlich der im September 2015 erfolgten Haushaltsabklärung berichtete diese sodann selbst über eine stabile psychische Phase (vgl. Urk. 13/27/1-3 S. 1 Ziff. 1.1; Urk. 13/27/4-7 S. 3; Urk. 13/31 S. 1 f.; Urk. 13/33; Urk. 13/37 S. 1 Ziff. 1.2-1.3; Urk. 13/42 S. 2; Urk. 13/43 S. 3).

Auch im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch die Ärzte des H.____ war die psychopathologische Befundaufnahme weiterhin unauffällig (vgl. Urk. 13/60 S. 25 f.). Gestützt darauf und in Kenntnis der Vorakten hielten die Gutachter daher nachvollziehbar fest, dass die depressive Symptomatik seit der im Jahr 2013 durchgeführten EKT-Behandlung vollständig remittiert und auch keinerlei hypomanische oder gar manische Symptomatik aufgetreten sei. Die diagnostizierte bipolare Störung Typ II wurde daher nachvollziehbar als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachtet (vgl. Urk. 13/60 S. 27). Daran ändert die entgegenstehende Einschätzung von med. pract. C.____ im Hinblick auf Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag und die Erfahrungstatsache, wonach behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. statt vieler Urteile des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1 und I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2), nichts; zumal die von ihr im Jahr 2015 attestierte sehr niedrige Arbeitsfähigkeit von 30 bis 50 % bei einer seit drei Jahren vollständigen Remission der affektiven Störung nicht nachvollzogen werden kann, was die Gutachter des H.____ ebenfalls erkannten (vgl. Urk. 13/37 S. 3 Ziff. 4.1; Urk. 13/60 S. 29). Sodann erklärten die Gutachter glaubhaft, weshalb die aktuellen Affekte der Beschwerdeführerin wie Bedrücktheit, Zukunftsängste und Besorgtheit kein Rezidiv darstellen würden, sondern als normale psychologische Reaktion auf die psychosoziale Belastung durch die schwierige finanzielle Situation und die Probleme des Sohnes anzusehen seien (vgl. Urk. 13/60 S. 27). Die Beschwerdeführerin schilderte entsprechend auch einen sehr regen Tagesablauf und berichtete über viele soziale Kontakte, wobei Einschränkungen des Aktivitätsniveaus nicht erkennbar waren (vgl. Urk. 13/60 S. 21 f., S. 29, S. 33 f.). Schliesslich nimmt sie seit Ende

2013 auch keine Psychopharmaka mehr ein (vgl. Urk. 13/60 S. 23). Hinsichtlich der ebenfalls beklagten Gedächtnisstörungen der Beschwerdeführerin war sodann anlässlich der Befundaufnahme keine starke Ausprägung ersichtlich, weshalb diesen mangels erkennbarer Alltagsrelevanz nachvollziehbar keine relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde (vgl. Urk. 13/60 S. 27 f.). Seit der ursprünglichen Rentenzusprache hat sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin somit eindeutig verbessert. Aufgrund der beweiskräftigen gutachterlichen Beurteilung durch die Ärzte des H.____ liegt demnach keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr vor und die Beschwerdeführerin ist aus psychiatrischer Sicht in jeglicher Tätigkeit vollständig arbeitsfähig. In qualitativer Hinsicht sollten einzig emotional belastende Tätigkeiten und sehr unregelmässige Arbeitszeiten sowie Tätigkeiten, die besonders hohe Anforderungen an durchgehend gute Gedächtnisleistungen stellen würden, vermieden werden (vgl. Urk. 13/60 S. 9 f., S. 28, S. 30).

E. 5.4

Aufgrund der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten medizinischen Berichte (Urk. 3/2 und Urk. 10) stellt sich allerdings die Frage, ob sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach der Begutachtung durch die Ärzte des H.____ und vor Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 4. Oktober 2016 (Urk. 2) wiederum verschlechtert hat. Die Beschwerdeführerin war vom 9. bis 13. Oktober 2016 im A.____ sowie vom 1. bis 4. November 2016 im Y.____ hospitalisiert (vgl. Urk. 3/2 S. 1; Urk. 10 S. 1). Die stationären Aufenthalte erfolgten demnach erst nach Verfügungserlass. Nachdem die Beschwerdeführerin zunächst selbst angegeben hatte, dass sie erst kurz nach Zustellung der Verfügung wieder in eine schwere Depression gefallen sei (vgl. Urk. 1 S. 5 Ziff. 15), berichtete sie später von einer bereits vor Erhalt der Verfügung eingetretenen Verschlechterung (vgl. Urk. 16 S. 2). Der Anamneseerhebung des Austrittsberichts des Y.____ ist diesbezüglich lediglich zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin angegeben habe, dass sich ihr Zustand vor eineinhalb Monaten wieder verschlechtert habe. Ausserdem habe sie darüber berichtet, dass der Rückfall im Zusammenhang mit finanziellen Problemen und bei noch nicht abgeschlossener Scheidung erfolgt sei (vgl. Urk. 10 S. 1). Eine medizinische objektive Befunderhebung für die Zeit vor Verfügungserlass, welche auf eine Verschlechterung hindeuten würde, ist demgegenüber nicht aktenkundig. Da im Verfügungszeitpunkt noch keine dauerhafte Verschlechterung erkennbar war, bestand auch keine Veranlassung zu weiteren Abklärungen. Eine allfällige Verschlechterung wäre demnach Gegenstand einer neuen Verfügung (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 5.5

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der aktivierten OSG-Arthrose rechts in der bisherigen Tätigkeit als Tennislehrerin nicht mehr arbeitsfähig ist und sich der somatische Gesundheitszustand demnach verschlechtert hat. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bei Beachtung des Belastungsprofils ist sie dagegen seit April 2014 vollständig arbeitsfähig. Die diagnostizierte bipolare Störung Typ II ist gegenwärtig remittiert und zeitigt keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr, womit von einer wesentlichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes auszugehen ist. Damit besteht in jedem Fall Anlass zur Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (vorstehend E. 1.3-1.4).

E. 6

.1-6.8). 4.11

Dem am 6. Januar 2016 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht (Urk. 13/52/1-5) von Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S. 1 Ziff. 1.1): - Osteomyelitis mit osteoarthrotischen Veränderungen mit Endgelenksarthrodese II Zehe rechts und Fixation - arthrotische Veränderungen OSG rechts mit

Taluszyste und Osteophyten rechts, Erstdiagnose (ED) Frühjahr 2013 - Ganglion im Bereich der rechten Syndesmose, Status nach Exzision

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine im Jahr 1978 erlittene Unterschenkelfraktur rechts, eine schwere Depression mit EKT sowie thorakolumbale Rückenschmerzen (S.

1 Ziff. 1.1). Eine geringe Geh- und Stehbelastung sei möglich. Dagegen seien länger andauernde Belastungen im Wechselschritt nicht mehr möglich. Die bisherige Tätigkeit als Tennislehrerin sei ihr zu 20 bis 50 % zumutbar. Eine 100%ige Tätigkeit als Tennislehrerin sei wahrscheinlich nicht möglich. Eine sitzende Tätigkeit mit gelegentlicher Gang- und Standbelastung sei ihr dagegen zu 100 % zumutbar (S. 2 f. Ziff. 1.4, Ziff. 1.7). Mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne ab Mai 2016 zu 30 % gerechnet werden (S. 3 Ziff. 1.9). 4.12

Am 26. Mai 2016 erstatteten die Gutachter des H.____ ihr interdisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 13/60). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie eine aktivierte OSG-Arthrose rechts bei Status nach am 19. Dezember 2013 erfolgter Ganglionentfernung auf. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachteten sie eine bipolare Störung Typ II, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F31.8), einen Verdacht auf eine leicht ausgeprägte kognitive Störung (Zeitgitterstörung) nach EKT (ICD-10 F06.9) sowie Restbeschwerden am zweiten Zehe rechts nach Endgelenksarthrodese am 11. Mai 2015 (S. 9 lit. D).

Aus psychiatrischer Sicht leide die Beschwerdeführerin an einer bipolaren Störung Typ II. Seit der im Jahr 2013 durchgeführten ambulanten EKT-Serie sei die depressive Symptomatik vollständig remittiert und es sei auch keinerlei hypomanische oder gar manische Symptomatik aufgetreten. Aktuell sei die Beschwerdeführerin durch ihre schwierige finanzielle und soziale Situation sowie durch die Probleme des Sohnes belastet. Die damit zusammenhängenden Affekte wie Bedrücktheit, Zukunftsängste und Besorgtheit seien allerdings als normale psychologische Reaktionen auf psychosoziale Belastungen anzusehen. Ein Rezidiv der bipolaren Störung liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin berichte ausserdem über Gedächtnisstörungen im Sinne von Zeitgitterstörungen, welche seit der durchgeführten EKT-Behandlung vorlägen. Stärker ausgeprägte Gedächtnisstörungen, welche die Arbeitsfähigkeit in quantitativer Hinsicht beeinträchtigen würden, lägen allerdings eindeutig nicht vor. Dennoch seien in qualitativer Hinsicht berufliche Tätigkeiten nicht geeignet, die besonders hohe Anforderungen an durchgehend sehr gute Gedächtnisleistungen stellen würden. Eine psychiatrisch bedingte quantitative Verminderung der Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (S. 9 f.).

In orthopädischer Hinsicht liege eine aktivierte OSG-Arthrose rechts bei Status nach Ganglionentfernung vor. Darüber hinaus bestünden Restbeschwerden am zweiten Zehe rechts nach Endgelenksarthrodese. Das MRI zeige eine erhebliche und weiter aktivierte OSG-Arthrose. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich weiterhin eine fortbestehende Schwellung des rechten OSG. Die Beweglichkeit des Sprunggelenks sei zirka hälftig eingeschränkt. Das Gangbild sei nur leicht diskret hinkend. Die Einnahme der tiefen Hockposition sei aufgrund der Schmerzhaftigkeit, der Schwellung und der eingeschränkten Beweglichkeit nicht durchführbar. Das Anforderungsprofil der bisherigen Tätigkeit als Tennislehrerin übersteige das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin, weshalb die Arbeitsfähigkeit in dieser Tätigkeit aufgehoben sei. Dagegen seien leidensangepasste Tätigkeiten ohne Einschränkungen durchführbar (S. 10 f., S. 38).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Tennislehrerin seit der im Februar 2016 nachgewiesenen aktivierten OSG-Arthrose nicht mehr arbeitsfähig sei. Hingegen sei ihr eine behinderungsangepasste Tätigkeit nach einer Rekonvaleszenzzeit von vier Monaten und somit seit April 2014 zu 100 % zumutbar. Nicht geeignet seien emotional belastende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten, die besonders hohe Anforderungen an durchgehend gute Gedächtnisleistungen stellen würden. Sehr unregelmässige Arbeitszeiten sollten vermieden werden. Der Beschwerdeführerin sei eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit, überwiegend im Sitzen, zeitweilig im Stehen und Gehen mit der Möglichkeit zum Haltungswechsel zumutbar. Tätigkeiten auf unebenem Gelände, auf Treppen oder Leitern sowie Tätigkeiten, die einen erhöhten Anspruch an Standsicherheit erfordern würden, sollten nicht mehr durchgeführt werden (S. 10 f.). Mit einer Verbesserung der Sprunggelenksdegeneration sei nicht zu rechnen (S. 11 unten). Es seien keine Therapieoptionen erkennbar, welche zu einer relevanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen könnten (S.

15 oben). Im Zusammenhang mit der im März/April 2013 durchgeführten EKT sei es in psychiatrischer Hinsicht eindeutig zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen. Allerdings habe sich der orthopädische Zustand verschlechtert (S. 17 Mitte). Der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsfähigkeit könnten durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden (S. 17 unten). 4.13

Die RAD-Ärztin Dr. D.____ empfahl mit Stellungnahme vom 6. Juni 2016 für die Beurteilung vollumfänglich auf das Gutachten abzustellen. Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit als Tennislehrerin seit zirka April 2014 vollständig arbeitsunfähig. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihr seither allerdings zu 100 % zumutbar (Urk. 13/67 S. 3 f.). 4.14

Dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht des A.____ vom 13. Oktober 2016 (Urk. 3/2) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bei diagnostizierter Depression mit bipolaren Tendenzen, aktuell depressive Episode, vom 9. bis 13. Oktober 2016 hospitalisiert gewesen sei. 4.15

Die Ärzte des Y.____ informierten mit Austrittsbericht vom 4. November 2016 (Urk. 10) über die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin vom 1. bis 4. November 2016. Als Diagnosen führten sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), sowie differentialdiagnostisch eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F31.3), auf. Die Hospitalisation sei zur stationären Krisenintervention und Überbrückung bis zur

nächsten geplanten EKT erfolgt. Die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sich ihr Zustand vor eineinhalb Monaten wieder verschlechtert habe, wobei der Rückfall im Zusammenhang mit finanziellen Problemen und noch nicht abgeschlossener Scheidung erfolgt sei. Ausserdem leide ihr Sohn unter einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Schulproblemen (S. 1). 5.

E. 6.1

Hinsichtlich der sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 1.5) stützte sich die Beschwerdeführerin auf den Haushaltsabklärungsbericht vom 6. Oktober 2015 (Urk. 13/42), worin die Beschwerdeführerin neuerdings als zu 80 % Erwerbstätige und zu 20 % im Haushalt Tätige qualifiziert wurde (vgl. Urk. 13/42 S. 5 Ziff. 2.6). Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, dass sie bei guter Gesundheit zu 100 % erwerbstätig wäre (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 3).

Aus den Akten geht hervor, dass die von der Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltsabklärung getätigte Aussage, wonach sie bei guter Gesundheit zwischen 26 und 30 Unterrichtsstunden pro Woche geben würde, bereits in Kenntnis der schlechteren finanziellen Situation erfolgte (vgl. Urk. 13/42 S. 3 Ziff. 2.3.1, S. 4 Ziff. 2.4-2.5). Soweit die Beschwerdeführerin nun geltend macht, sie wäre bei guter Gesundheit zu 100 % erwerbstätig, wie sie dies vor der Geburt der Kinder gewesen sei (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 3), erscheint dies demgegenüber nicht überwiegend wahrscheinlich. Insbesondere liegen keine Anhaltspunkte vor, dass sich seit der vor Ort erfolgten Abklärung etwas verändert hätte. Ob die Beschwerdeführerin vor der Geburt der beiden Kinder in den Jahren 1996 und 1997 tatsächlich eine Vollzeittätigkeit ausgeübt hat, kann nach Lage der Akten nicht abschliessend beurteilt werden. Allerdings gab sie anlässlich der Anmeldung zum Leistungsbezug selbst an, dass sie von 1990 bis 2007 Teilzeittennislehrerin bei sportaktiv gewesen sei (vgl. Urk. 13/3 S. 4 Ziff. 5.5). Auch die ehemalige Arbeitgeberin erwähnte anlässlich einer telefonischen Nachfrage lediglich eine Teilzeitanstellung (vgl. Urk. 13/11). Weiter ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der im Jahr 2012 erfolgten Haushaltsabklärung bei guter Gesundheit lediglich eine Erwerbstätigkeit von 30 % in Erwägung gezogen hat, obwohl sie zu diesem Zeitpunkt schon von ihrem Ehemann getrennt war und die Kinder bereits 14 und 16 Jahre alt waren. Aufgrund der damals ausgerichteten Unterhaltszahlungen von zirka Fr. 10'000.-- pro Monat hätte sie auch im Gesundheitsfall keiner höheren Erwerbstätigkeit nachgehen müssen (vgl. Urk. 13/15 S. 2 f. Ziff. 2.3, Ziff. 2.5). Dass die Beschwerdeführerin aufgrund der derzeitigen finanziellen Situation die Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall hätte erhöhen müssen, wurde bereits wohlwollend berücksichtigt, entsprächen doch die von ihr maximal angegebenen 30 Unterrichtsstunden bei einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, herausgegeben vom Bundesamt für Statistik, T03.02) einem Pensum von lediglich 72 %.

E. 6.2

In Bezug auf die Einschränkung im Haushaltsbereich hielt die Abklärungsperson sodann fest, dass die Beschwerdeführerin die Haushaltsführung wieder selber erledigen könne und gelernt habe, sich zu organisieren. Auch koche sie mehrheitlich wieder selber, wobei die Mithilfe der Eltern nicht mehr regelmässig notwendig sei. Die oberflächliche und gründliche Wohnungspflege sei der Beschwerdeführerin gesundheitsbedingt wieder selber

möglich. Die Putz hilfe komme nur noch einmal pro Monat für zwei Stunden. Sodann gehe die Beschwerdeführerin in der Regel täglich aus dem Haus. Den Einkauf und die Wäsche erledige sie wieder selber. Die beiden Kinder seien bereits in der Ausbildung. Eine intensive Betreuung finde nicht mehr statt (vgl. Urk. 13/42 S. 6 ff. Ziff. 6). Die ab diesem Zeitpunkt von der Abklärungsperson ermittel ten Einschränkungen bei der Ernährung und der Wohnungspflege im Um fang von insgesamt 11.75 % (vgl. Urk. 13/42 S. 9 Ziff. 6.8) erscheinen in Anbe tracht der gutachterlich festgestellten gesundheitlichen Einschrän kungen und der geltenden Schadenminderungspflicht von im Haushalt tätigen Ver sicherten (BGE 133 V 504 E. 4.2) als plausibel und nachvollziehbar. Die Erhebung erfolgte detailliert und in Kenntnis der örtli chen und räumlichen Verhältnisse. Der Abklärungsbericht ist somit auch hinsichtlich der ermittel ten Einschränkung voll beweiskräftig, weshalb darauf abzustellen ist (BGE 128 V 93 E. 4).

E. 6.3

Nach dem Gesagten ist die Beschwerdeführerin somit mit dem im Sozial ver sicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrschein lich keit als zu 80 % Erwerbstätige und zu 20 % im Haushalt Tätige zu quali fizieren. Die Einschränkung im Haushaltsbereich beträgt 11.75 %.

Das Urteil der zweiten Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschen rechte (EGMR) in Sachen Di Trizio gegen die Schweiz vom 2. Februar 2016 (Nr. 7186/09) steht der vorliegenden Anwendung der gemischten Methode nicht entgegen (vgl. BGE 143 V 50 E. 4.1-4.4 und IV-Rundschreiben Nr. 355 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 31. Oktober 2016).

E. 7.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen. Da die Beschwerdeführerin – wie zuvor ausgeführt (vorstehend E. 6) – als zu 80 % Erwerbstätige und zu 20 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren ist, gelangt die gemischte Methode nach Art. 28a Abs. 3 IVG zur Anwendung.

Dabei wird bei nur teilweise erwerbstätigen Versicherten die Invalidität für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Auf gabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invalidi tätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen . Die Gesamtinvalidität ergibt sich aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten (Art. 28a Abs. 3 IVG; BGE 130 V 393 E. 3.3).

E. 7.2

Bei der Ermittlung des Valideneinkommens (vgl. BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1) stützte sich die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 3; Urk. 13/66 S. 1) auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundes amt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE), wobei sie auf den standardisierten Durchschnittslohn für nicht akademische juristische, sozialpflegerische, kulturelle oder verwandte Fachkräfte abstellte, welcher bei Frauen im Jahr 2014 Fr. 6'490.-- betrug (vgl. LSE 2014, T17, Ziff. 34, Total). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden angepasst, ergibt dies ein hypothetisches Valideneinkommen von rund Fr. 81'190.-- im Jahr 2014 (Fr. 6'490.-- : 40 x 41.7 x 12) bei vollem Pensum und Fr.

64'952.-- bei einem Pensum von 80 %. Dies ist angesichts der Erwerbsbiographie der Beschwerdeführerin nicht zu beanstanden. Da eine regelmässige Erwerbstätigkeit als Tennislehrerin bereits sehr lange zurück liegt, erscheint das Abstellen auf die Tabellenlöhne und dabei auf die konkrete Branche gerechtfertigt.

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, sie wäre bei guter Gesundheit als Primarlehrerin tätig (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 2), ergeben sich hierfür keine Anhaltspunkte. Zwar hat sie im Juni 1986 das Primarlehrerpatent erworben (Urk. 13/2/1) und nach Lage der Akten auch kurzzeitig in diesem Beruf gearbeitet. Bereits seit dem Jahr 1990 war sie indessen als Tennislehrerin angestellt (vgl. Urk. 13/2/3-4; Urk. 13/12). Es sind keine medizinischen Berichte aktenkundig, wonach der Berufswechsel aus einer psychischen Überforderung heraus erfolgt wäre. Die retrospektive Beurteilung der die Beschwerdeführerin erst seit Dezember 2012 behandelnden Psychiaterin med. pract. C.____, wonach die depressiven Einbrüche auch aufgrund der Belastung im Schulalltag erfolgt seien (vgl. Urk. 13/31 S. 2), wird durch keine hierfür aktenkundigen Belege gestützt. Anlässlich der Begutachtung durch die Ärzte des H.____ gab die Beschwerdeführerin zwar an, dass sie die Ausbildung als Primarlehrerin nur auf Druck ihres Vaters absolviert habe und der Lehrerberuf eigentlich nicht der richtige Beruf für sie gewesen sei. Sie habe angefangen in diesem Beruf zu arbeiten, wobei sie wohl überfordert gewesen sei. Nach einem Jahr sei sie in eine schwere Depression geraten, welche mehrere Monate angehalten habe. Seither sei sie nicht mehr als Primarlehrerin tätig gewesen (vgl. Urk. 13/60 S. 22 unten). In der Anmeldung zum Leistungsbezug wies sie ebenfalls darauf hin, dass sie bereits vor September 2011 dreimal eine Depression erlitten habe (vgl. Urk. 13/3 S. 4 Ziff. 6.2-6.3). Demgegenüber führte sie anlässlich beider erfolgten Haushaltsabklärungen selbst aus, dass sie bei guter Gesundheit als Tennislehrerin arbeiten würde und sie schnell gemerkt habe, dass die Anstellung als Primarlehrerin nicht „ihr Ding“ sei. Sie könne sich keine Anstellung als Lehrerin mehr vorstellen (vgl. Urk. 13/15 S. 3; Urk. 13/42 S. 4). Da sich den vorliegenden Akten keine medizinischen oder anderweitigen stichhaltigen Anhaltspunkte entnehmen lassen, wonach sie den Lehrerberuf aufgrund gesundheitlicher Probleme nicht mehr hätte ausführen können, ist dies nicht über wiegend wahrscheinlich.

E. 7.3

Auch das Invalideneinkommen ermittelte die Beschwerdegegnerin – in Beachtung der Rechtsprechung (BGE 142 V 178 E. 2.5.7; 139 V 592 E. 2.3 ; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b) – gestützt auf die Tabellenlöhne, wobei sie auf das für Frauen geltende standardisierte monatliche Einkommen für Dienstleistungen im privaten Sektor in der Höhe von Fr. 4'762.-- (LSE 2014, TA1_tirage_skill_level, Ziff. 45-96, Kompetenzniveau 2) abstellte (vgl. Urk. 2 S. 3; Urk. 13/66 S. 1). Dies ist angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin zwar stundenweise Tennisunterricht gibt, ihr diese Tätigkeit allerdings aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar wäre, sie in dessen in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bei Beachtung des Belastungsprofils als vollständig arbeitsfähig gilt, nicht zu beanstanden und wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten. Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2014 von 41.7 Stunden angepasst, ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 59'573.-- bei der verbliebenen 100%igen Arbeitsfähigkeit (Fr. 4'762.-- : 40 x 41.7 x 12). Gründe für einen allfälligen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75) sind nicht ersichtlich und wurden auch nicht geltend gemacht.

E. 7.4

Wird das Valideneinkommen von Fr. 64'952.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 59'573.-- gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 5'379.--. Dies kommt einer Einschränkung von 8.28 % gleich. Bei der vorliegend massgebenden Gewichtung des Erwerbsbereichs mit 80 % ergibt dies somit einen Teilinvaliditätsgrad von 6.62 % (8.28 % x 0.80).

Die Einschränkung im Haushaltsbereich beträgt 11.75 % (vorstehend E. 6.2-6.3), was bei einer Gewichtung von 20 % einem Teilinvaliditätsgrad von 2.35 % (11.75 % x 0.20) entspricht.

E. 7.5

Würde die gemischte Methode in der nach Suter/Leuzinger modifizierten Handhabung angewendet (vgl. - nicht rechtskräftiges - Urteil des hiesigen Gerichts IV.2016.00548 vom 19. Mai 2017), so wäre das Valideneinkommen mit Fr. 81'190.-- einzusetzen, womit die Einkommenseinbusse Fr. 21'617.-- und die Einschränkung 26.63 betrüge, was einen Teilinvaliditätsgrad von 21.30 % (26.63 % x 0.8) ergäbe.

E. 7.6

Nach Addition der Teilinvaliditätsgrade im Erwerbs- und im Haushaltsbereich resultiert schliesslich ein nicht mehr rentenbegründender Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 9 % oder – im Fall der modifizierten Handhabung (vorstehend E. 7.5) - 24 % (vorstehend E. 1.1). Die Selbsteingliederung ist der Beschwerdeführerin zumutbar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3 und E. 3.5 sowie 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2). Die Beschwerdegegnerin hob den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin – in Beachtung von Art. 88a Abs. 1 IVV (vorstehend E. 1.4) – daher zu Recht auf.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Mit dieser Entscheidung wird das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde (vgl. Urk. 1 S. 2) gegenstandslos.

E. 8.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

E. 8.2

Mit Honorarnote vom 13. April 2017 (Urk. 20) machte der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Aufwand von 8 Stunden 45 Minuten sowie Barauslagen von Fr. 14.-- geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 GSVGer) als angemessen, weshalb Rechtsanwalt Dr. Diego Cavegn, Zürich, beim für Rechtsanwälte gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 220.-- mit insgesamt Fr. 2'094.10 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss

§ 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Diego Cavegn, Zürich, wird mit Fr. 2'094.10 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Diego Cavegn - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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
Meierhans

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