

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00510 vom 16. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00510

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00510 du 16 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00510 del 16 maggio 2018

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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann unter anderem Folge von Krankheit sein

(Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invaliden ver siche rung, IVG).

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

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychi schen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krank heitswert 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).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fach ärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objekti vier ten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychoso ma tische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tat sächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktio nellen Schweregrad

bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grund sätzlich sämt liche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisver fahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichba ren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidens druck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hin dern der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensations potenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungs vermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten be gründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswir kungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweisbe lastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

E. 1.3

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

E. 1.4

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. 1.5

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezü gerin oder eines Renten bezü gers 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 tatsäch lichen 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 revidier bar, wenn sich die erwerblichen

Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E).

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 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. 1.7

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

IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Rentenaufhebung damit (Urk. 2), die medizinische Beurteilung habe ergeben, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Sommer 2015 verbessert habe. Seither sei sie in ihrem ursprünglichen 80%-Pensum als Reinigungsmitarbeiterin und in jeder anderen angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Die Einschränkung im Haushalt sei nicht genauer abgeklärt worden, da dies nicht rententängierend sei (S. 1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin wandte sich zusammengefasst gegen das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten, das als Entscheidungsgrundlage diene, und brachte vor, dass sie, nachdem die Kinder erwachsen seien, zu 100 % einer Erwerbstätigkeit nachgehen würde, und bemängelte den fehlenden Einkommensvergleich (Urk. 2).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist einerseits die Statusfrage und andererseits ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin derart verbessert hat, dass kein Rentenanspruch mehr besteht. Die letzte materielle Prüfung fand mit der Mitteilung vom 21. Mai 2010, wonach ein unveränderter Rentenanspruch bestand (Urk. 7/59), ihren Abschluss. Die Mitteilung vom 21. Mai 2010 bildet somit zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades (vgl. vorstehende E. 1.3).

E. 3

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

Ob eine versicherte Person als ganztägig 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 Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 137 V 334 E. 3.2, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

Bei der Bestimmung der im konkreten Fall anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode und damit der Beantwortung der entscheidenden Statusfrage handelt es sich um eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person berücksichtigen muss. Dies gilt auch für die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre. Diese inneren Tatsachen sind indessen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden. Die Beurteilung hypothetischer Geschehensabläufe ist eine Tatfrage, soweit sie auf Beweiswürdigung beruht, selbst wenn darin auch Schlussfolgerungen aus der allgemeinen Lebenserfahrung mitberücksichtigt werden. Rechtsfragen sind hingegen Folgerungen, die ausschliesslich – losgelöst vom konkreten Sachverhalt – auf die allgemeine Lebenserfahrung gestützt werden oder die Frage, ob aus festgestellten Indizien mit Recht auf bestimmte Rechtsfolgen geschlossen worden ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_287/2013 vom 8. November 2013 E.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin machte geltend, sie würde im Gesundheitsfall einer 100%igen Erwerbstätigkeit nachgehen, da ihre Kinder mittlerweile erwachsen seien (Urk. 1 Ziff. 36).

E. 3.2

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden im ursprünglich Pensum von 80 % erwerbstätig gewesen wäre (Urk. 2). Welchen Zeitpunkt sie mit ursprünglich bezeichnet, geht weder aus der Verfügung noch dem Feststellungsblatt vom 8. November 2016 (Urk. 7/89) hervor. Die Beschwerdeführerin wurde jedenfalls nach Lage der Akten zu ihrem aktuellen Status nicht befragt, weder schriftlich noch im Rahmen einer Haushaltsabklärung

Dem Bericht über die Haushaltsabklärung vom 27. November 2003 (Urk. 7/13) kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin mit ihrem 50%igen Erwerb, dem Haushalt und der Erziehung zweier hörgeschädigter Kinder überfordert gewesen sei, und

es wurde angenommen, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden einer 50%igen ausserhäuslicher Tätigkeit nachginge. Auch dem Fragebogen für die Arbeitgeberin vom 18. Dezember 2002 (Urk. 7/4) kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Eintritts des Gesundheitsschadens einem Erwerb im Umfang von 50 % nachging.

Die Beschwerdeführerin war seit 1989 bei der gleichen Arbeitgeberin im Reinigungsdienst beschäftigt (Urk. 7/4 S. 1). Laut IK-Auszug vom 23. Mai 2003 (Urk. 7/7-9) erzielte sie dort im Jahr 1993, vor der Geburt des ersten Kindes, ein Salär von Fr. 47'224.--. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2'024 Punkten für Frauen im Jahr 1993 und 2'245 Punkten im Jahr 2001 (Bundesamt für Statistik, BFS, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2016, T39) ergibt dies ein Jahressalär von Fr. 52'383.--. Bei einem 50%-Pensum erzielte die Beschwerdeführerin im Jahr 2001 ein Jahressalär von Fr. 27'972.--, was gut der Hälfte entspricht. Hieraus kann geschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin vor der Geburt des ersten Kindes einer 100%igen Erwerbstätigkeit nachging. Mit dem Wegfall der Kinderbetreuung ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer 100%igen ausserhäuslichen Tätigkeit nachginge.

E. 3.3

Allein schon der mutmassliche Statuswechsel stellt einen Revisionsgrund dar und rechtfertigte es, den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin umfassend und ohne Bindung an frühere Einschätzungen zu überprüfen. Wie im Folgenden zu zeigen sein wird, stellt aber auch der veränderte Gesundheitszustand einen Revisionsgrund dar.

E. 3.5

mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 4.1

Die Dreiviertelrente wurde am 21. Mai 2010 gestützt auf folgende Arztberichte bestätigt (vgl. Feststellungsblatt vom 21. Mai 2010, Urk. 7/58):

E. 4.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Facharzt für Rheumatologie, stellte im Bericht vom 4. September 2008 (Urk. 7/54/7-8) folgende Diagnosen: - chronisches lumbospondylogenes bis fraglich radikuläres Reizsyndrom L5/S1

rechts mit/bei - mässig ausgeprägter Wirbelsäulenfehlhaltung bei allgemeiner Dekonditionierung - leichtgradigen degenerativen Veränderungen lumbal - Zeichen von Bandlaxität - depressives Syndrom

Bei der Untersuchung seien eindeutige Hinweise auf eine lumbovertbrale Schmerzproblematik bei ausgeprägten segmentalen Provokationsschmerzen auf Höhe L4/5 und L5/S1 zu finden. Zudem sprächen die in das rechte Bein ausstrahlenden Ischialgien für eine zusätzliche radikuläre Schmerzkomponente. Klinisch liessen sich allerdings keine weiteren und für eine Wurzelsymptomatik charakteristische Zusatzbefunde erheben. Erschwerend komme zweifellos die psychische Dimension hinzu, welche die Intensität der empfundenen Schmerzen verstärken dürfte. Die Weiterführung der ambulanten psychotherapeutischen Unterstützung unter Einsatz von zentral schmerzmodulierenden Substanzen sei deshalb weiter zu unterstützen.

Nachdem am 5. September 2008 ein MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) angefertigt worden war (vgl. Urk. 7/54/10), berichtete Dr. A. ___ am 15. September 2008 (Urk. 7/54/9), die Untersuchung zeige lediglich auf Höhe L4/5 und L5/S1 leichte, zirkuläre Bandscheibenprotrusionen ohne raumfordernden Effekt auf die benachbarten Nervenwurzeln. In struktureller Hinsicht ergäbe sich somit keine Konsequenz für eine invasive Therapie. Das weitere Vorgehen müsse weiter hin aktiv gestaltet werden, damit die Beschwerdeführerin wieder Vertrauen in ihre eigenen körperlichen Ressourcen finde.

Am 17. Juli 2009 berichtete Dr. A. ___ (Urk. 7/54/11), es sei am 22. Juni 2009 das rechte ISG infiltriert worden. Da Schmerzverlaufsprotokoll zeige auf, dass die Schmerzen nach etwa einer halben Stunde auf ungefähr 30-40 % des ursprünglichen Niveaus zurückgegangen seien. Eine Stunde später hätten noch 50 % Restschmerzen bestanden und ab der zweiten Stunde seien die Schmerzen sogar stärker gewesen als vor der Injektion. Der Effekt der Infiltration müsse somit als negativ und eine relevante Mitbeteiligung des rechten Iliosakralgelenks (ISG) am Schmerzgeschehen kritisch beurteilt werden.

Am 24. August 2009 (Urk. 7/54/12) stellte Dr. A. ___ fest, die Beschwerdeführerin klagte über die bekannten, rechtsseitigen Lumboischialgien. Bei der klinischen Untersuchung habe er einen segmentalen Provokationsschmerz auf Höhe L4/5 und L5/S1 gefunden. Obwohl die Bildgebung vom 5. September 2006 keine Wurzelkompression zeige, könne die auf Höhe L5/S1 dokumentierte Chondrose durch Chemoirritation ein solches radikuläres Zustandsbild hervorgerufen haben. Deshalb sei die Hypothese einer radikulären Reizsymptomatik noch lange nicht vom Tisch. Andererseits berichte die Beschwerdeführerin von dauerndem Stress zu Hause und erwähne erstmals auch Schmerzen im Schultergürtelbereich, was in dieser Hinsicht auch an die üblichen zentralen Mechanismen mit konsekutiver Schmerzausweitung denken lasse.

E. 4.3

Dr. med. B. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 9. Februar 2010 (Urk. 7/55) folgende Diagnosen (S. 5): - chronisches lumbospondylogenes Syndrom - Differentialdiagnose (DD): radikuläres Reizsyndrom L5/S1 rechts - mässig ausgeprägte Wirbelsäulenfehlhaltung - allgemeine Dekonditionierung - degenerative Veränderungen lumbal, leichtgradig - Zeichen der Bandlaxität - chronische Fusschmerzen - chronische Gastritis - Depression

Für die Beschwerdeführerin seien die täglichen Schmerzen im gesamten Skelettsystem sowie die Verspannungen im Bereich der Nackenmuskulatur, die bis in den Kopf

ausstrahlen, sehr belastend. Wegen der Fussbeschwerden müsse sie immer wieder die Beine hochlagern. Alle bisherigen Massnahmen hätten zu keiner Besserung der Gesamtsituation geführt (S. 6). Eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei nicht wahrscheinlich (S. 6).

E. 4.4

Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 8. April 2010 (Urk. 7/57) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.11; S. 1). Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und allseitig orientiert. Sie sei meist angespannt und agitiert mit depressiver Stimmung und breche immer wieder in Tränen aus. Sie kreise gedanklich stets um schmerzliche Erinnerungen, meist an den früher gewalttätigen Mann. Es lägen keine Wahrnehmungsstörungen oder wahnhaftes Denken vor (S. 2). Die Arbeitsunfähigkeit betrage für alle Tätigkeiten 70 %. Es beständen kognitive Einschränkungen (Konzentration, Gedächtnis, Denkfähigkeit), eine hochgradige Daueranspannung und eine Erschöpfbarkeit. Die Arbeiten seien fehlerhaft und die Beschwerdeführerin vermindert durchhaltefähig (S. 2).

E. 5.1

Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus den folgenden Arztberichten:

E. 5.2

Dr. med. C.____ wiederholte im Bericht vom 6. August 2015 (Urk. 7/68) die psychiatrische Diagnose. Seit dem letzten Bericht vom 8. April 2010 sei die Verfassung schwankend gewesen: üblicherweise sei die Beschwerdeführerin psychisch und physisch stark angespannt, stark reizbar und hoch empfindlich. Sie erleide bei auch nur geringen Belastungen einen schweren depressiven Stimmungswertfall. Die stark hörbehinderte Tochter habe vor zirka zwei Jahren erhebliche Unruhe in der Familie verursacht, als sie diese verlassen, die Arbeit aufgegeben und monatelang bei einer Familie in Biel gelebt habe. Die Beschwerdeführerin habe mit Verzweiflung und Suizidgedanken reagiert und habe ihren häuslichen Pflichten überhaupt nicht mehr nachgehen können (S. 1 f.). Seit Jahren bestehe ein unverändertes Zustandsbild (S. 2). Die Arbeitsunfähigkeit betrage unverändert 70 % (S. 2).

E. 5.3

Dr. A.____ berichtete am 8. November 2012 dem Hausarzt (Urk. 7/70), die Beschwerdeführerin leide an belastungsabhängigen Schmerzen entlang der Fusssohlen beidseits (S. 1). Bei bilateraler Knicksenk- und Spreizfüssigkeit zeige die Beschwerdeführerin klinisch die charakteristischen Befunde einer chronischen Vorfussüberlastung mit bilateralem leichtem bis mässig ausgeprägtem Hallux valgus und beginnender Bunions-Fehlstellung der Kleinzehen. Zusätzlich bestehe eine ausgeprägte Metatarsalgie II sowie eine ausgeprägte Druckschmerzhaftigkeit der gesamten Plantarfaszie beidseits. Erschwerend komme klinisch/sographisch ein fragliches Morton'sches Interdigitalneurom II/III auf der rechten Seite hinzu (S. 2).

E. 5.4

Dr. B.____ nannte am 12. Januar 2016 (Urk. 7/77) folgende Diagnosen (S. 5): - cervico-brachiales Schmerzsyndrom beidseits, wahrscheinlich tendomyogen - chronische Müdigkeit, Kraftlosigkeit - Verdacht auf Morton Neurom Dig II/IV beidseits - chronische

Depression, Erschöpfungszustand

Der Zustand verschlechtere sich, die Beschwerdeführerin könne sich nicht selber betreuen. Sie stehe erst um 11 Uhr auf und könne am Mittag etwas Weniges aufräumen, aber nur langsam. Am Abend koche sie etwas für Kinder und Mann. Es bestehe eine deutliche Verminderung der Leistungsfähigkeit (S. 5). Die Prognose sei ungünstig, da der Verlauf chronifiziert und die depressive Komponente sehr stark seien (S. 6).

E. 5.5.1

Im psychiatrischen Teilgutachten stellte Dr. Y.____ folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8): - rezidivierende depressive Störung, seit Sommer 2015 leichtgradige Episode (F33.0)

Überdies nannte er folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8): - Probleme mit dem Ehemann (Z63.0) - gesundheitliche Schwierigkeiten der Kinder (Z63)

Die Beschwerdeführerin leide an einem Schmerzsyndrom, welches sich vor allem im Nacken-Armbereich zeige. Sie leide aber auch an Rücken- und seit einigen Jahren an beidseitigen Fusschmerzen. Sie zeige die Symptomatik einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht eindeutig: Sie sei nicht auf die Schmerzen fixiert, äussere keine hypochondrischen Befürchtungen und die Schmerzschilderung sei nicht diffus. Die Schmerzen seien auch nicht immer quälend oder von Lebensproblemen abhängig. Vielmehr spielten körperliche Belastungen eine ausschlaggebende Rolle. Im Weiteren könne beobachtet werden, dass die Beschwerdeführerin bei der Untersuchung eine gewisse Diskrepanz zeige, indem sie doch über phasenweise starke Schmerzen klage, ohne dabei stimmungsmässig zu reagieren (S. 9).

Bei der aktuellen Untersuchung könne die Symptomatik einer leichtgradigen depressiven Episode festgestellt werden: Die Beschwerdeführerin sei insbesondere zu Beginn des Gesprächs euthym beziehungsweise guter Dinge. Sie reagiere erst subdepressiv, wenn von belastenden Angelegenheiten gesprochen werde. Die Konzentration sei in Ordnung und der affektive Rapport gut herstellbar. Sie interessiere sich für politische Geschehnisse und pflege Kontakte. Die Tagesgestaltung sei regelmässig und sie sei fähig, Ferienreisen ins Heimatland zu unternehmen. Sie könne auch das Haus selber verlassen und ein Restaurant besuchen. Der Appetit sei gut und der Schlaf mit Unterstützung ordentlich. Die Beschwerdeführerin zeige gewisse Selbstwertprobleme und sei eher angespannt und nervös (S. 10).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit könne den Akten entnommen werden, dass die depressive Episode in der Regel mittelgradig ausgeprägt gewesen sei, was aus heutiger Sicht nachvollziehbar sei. Beachtet werden müsse, dass es immer wieder ungünstige krankheitsfremde Umstände gegeben habe, welche zu Krisen geführt hätten, was als krankheitsfremdes Geschehen zu werden sei. Die Beschwerdeführerin suche ihre Psychiaterin nur alle drei Monate auf, was kaum mit einer relevanten Depressivität in Übereinstimmung gebracht werden könne. Die depressive Episode sei seit Sommer 2015 leichtgradig. Berücksichtige man die etwas eingeschränkte Belastbarkeit und eine gewisse Rückfallgefahr, könne insgesamt von einer zirka 20%igen verminderten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

E. 5.5.2

Im rheumatologischen Gutachten diagnostizierte Dr. Z.____ (Urk. 7/68/26-44) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12): - doppelseitige Tarsalgie -

Senk-Spreiz-Plattfüsse - aktenanamnestisch Morton-Neuralgie II/III rechts

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 12): -
Fibromyalgiesyndrom - chronisches lumbales Schmerzsyndrom - im Rahmen des
Fibromyalgiesyndroms - remittiertes lumboradikuläres Schmerzsyndrom bei Diskushernie
L3/4 (DD: lumbospondylogenes Syndrom) - altersnormale Klinik - mässiggradige
Spondylarthrosen distale Lendenwirbelsäule (LWS) - chronisches zervikales
Schmerzsyndrom - im Rahmen des Fibromyalgiesyndroms - altersnormale Klinik -
mässiggradige Osteochondrosen mit Spondylosen C4/5 und C5/6

Klinisch bestünden erhebliche statische Veränderungen an beiden Füßen. Eine genauere
Untersuchung sei wegen massiven Schmerzangaben nicht möglich, seien doch alle
Zehengrundgelenke und die metatarsalen Interdigitalräume beid seitig massiv druckdolent.
Die Diagnose einer Mortonneuralgie müsse deshalb aus den Akten übernommen werden,
wobei allerdings erstaune, dass fast gleichzeitig beide Füße betroffen seien und die
Schmerzen jeweils den ganzen Vorfuss betreffen (S. 13).

Rheumatologisch falle vor allem die geäusserte Panalgie auf, die fast keine Kör perstelle
auslasse. Klinisch liesse sich keine organische Pathologie objektivieren, da alle Stationen
frei beweglich seien. 18/18 tender points seien positiv, was zusammen mit der Anamnese
die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms zulasse (S. 13).

Nach der Klinik müssten die geäusserten Nacken- und Kreuzschmerzen in erster Linie dem
Fibromyalgiesyndrom zugeordnet werden, da sich die Klinik von Halswirbelsäule (HWS)
und LWS altersnormal präsentiere. Hinweise auf ein radikuläres Syndrom bestünden nicht,
und die gefundenen degenerativen Veränderungen an HWS und LWS änderten an der
diagnostischen Einschätzung nichts. Der Beginn des Fibromyalgiesyndroms lasse sich nicht
genau festlegen. Hinweise gäben die Angaben von Dr. A. ___ in seinem Bericht von August
2009 (Schmerz ausweitung) und die Angaben von Dr. B. ___ von Februar 2010 (tägliche
Schmerzen im gesamten Skelettsystem; S. 13).

Das von der Beschwerdeführerin geäusserte Schmerzausmass in Relation zu den objektiven
Befunden und die geäusserte massive Einschränkung für alle Belange des täglichen Lebens
liessen eine Aggravationstendenz annehmen (S. 13).

Angesichts der geäusserten Einschränkung der Gehfähigkeit müsse die Beschwer-
deführerin als für die Arbeit als Putzfrau arbeitsunfähig betrachtet werden. Für eine sitzende
Tätigkeit mit reduzierten Geh- und Stehanteilen sei sie aus somatischer Sicht arbeitsfähig
(S. 13 f.).

E. 5.5.3

In der interdisziplinären Beurteilung (Urk. 7/86/18-19) kamen Dr. Y. ___ und Dr. Z. ___
zum Schluss, aus rheumatologischer Sicht müsse auf die eingeschränkte Gehfähigkeit
Rücksicht genommen werden, so dass eine Arbeit als Putzfrau nicht möglich sein dürfte.
Für eine vorwiegend sitzende Tätigkeit bestehe jedoch eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 1). In
psychiatrischer Hinsicht liege die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit Sommer 2015 bei
20 %. Für eine den rheumatologischen Befunden angepasste berufliche Tätigkeit sei der
psychiatrisch-psycho somatische Gesichtspunkt massgeblich (S. 2).

E. 6.1

Die Beschwerdeführerin rügt, auf das Gutachten Y.____/Z.____ (E. 5.5) könne schon aus formellen Gründen nicht abgestellt werden. So bemängelt sie, dass ihr der Fragekatalog an die Gutachter - mit Ausnahme der Zusatzfragen - nicht unterbreitet worden sei und sie daher dazu nie habe Stellung nehmen können.

Aufgrund der Akten ist tatsächlich davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin neben der ergänzenden Fragestellung (Urk. 7/80/3) lediglich das Merkblatt für mono- und bidisziplinäre Gutachten (Urk. 7/81) zukommen liess, womit die Beschwerdegegnerin deren Mitwirkungsrechte verletzt hat. Allerdings führt dies allein nicht zur Beweisuntauglichkeit des Gutachtens, denn spätestens im Einwandverfahren, in welchem die Beschwerdeführerin sich rechtskundig vertreten liess, hatte sie Kenntnis von den den Gutachtern gestellten Fragen, ohne dass sie die Gelegenheit benutzte, Ergänzungsfragen zu stellen. Auch im Beschwerdeverfahren legte sie nicht dar, welche Fragen sie zusätzlich hätte beantwortet haben wollen, woraus zu schliessen ist, dass sich ihr solche gar nicht stellten und sie solche auch nicht gestellt hätte, wäre ihr der Fragekatalog mit der Mitteilung, dass eine Begutachtung notwendig sei, zugestellt worden.

E. 6.2

Was die Beschwerdeführerin gegen das rheumatologische (Teil-)Gutachten einwendet, vermag dieses nicht in Zweifel zu ziehen. Zwar hat das Bundesgericht in BGE 143 V 409 erwogen, dass es bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen nicht zuletzt im Sinne der Einzelfallgerechtigkeit sach- und systemgerecht ist, solche Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (vgl. vorstehende E. 1.2). Das strukturierte Beweisverfahren dient indessen entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht zur Plausibilisierung der Arbeitsfähigkeit aufgrund somatischer Störungen. Da nur der begutachtende Rheumatologe die Fibromyalgie erwähnte (vorstehend E. 5.5.2), ist nicht zu beanstanden, dass er von einer Diskussion der Standardindikatoren absah. Die diesbezügliche Kritik am rheumatologischen Gutachten zielt daher ins Leere.

E. 6.3

In somatischer Hinsicht ist wohl davon auszugehen, dass es sich bei den Einschätzungen durch Dr. Z.____ um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustandes handelt. Indessen wurde der Beschwerdeführerin die Rente aufgrund der psychischen Einschränkungen zugesprochen und wurde die durch Dr. D.____ seit jeher attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nie berücksichtigt. Ob in somatischer Hinsicht eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, kann - wie im Folgenden zu zeigen sein wird - jedoch offenbleiben.

E. 6.4

Dr. Y.____ (E. 5.5.1) stellte im psychiatrischen Gutachten eine Verbesserung des Gesundheitszustandes fest, und begründete dies - auch - damit, dass vor allem Wechselwirkungen zwischen den Lebensproblemen und den Verstimmungen vorlägen und sich auch die Schmerzen phasenweise negativ ausgewirkt hätten (S. 14). Die familiären Probleme hätten sich etwas gelegt, seit der Ehemann wieder voll arbeite (S. 16 i.V.m. S. 8). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin schliesst Dr. Y.____ nicht allein daraus, dass die Beschwerdeführerin zu Beginn des Gesprächs guter Dinge war, sich für politische Geschehnisse interessiert, soziale Kontakte pflegt und einen geregelten Tagesablauf hat (vgl. Urk. 1 Ziff. 33), auf einen verbesserten Gesundheitszustand, sondern er erhob einen

verbesserten Psychostatus. Die Beschwerdeführerin war anlässlich der Begutachtung in der Lage, das Gespräch aufmerksam und mit ausreichender Konzentration zu verfolgen, ihr Denken war weder gehemmt noch umständlich, sie zeigte keine hypochondrischen Befürchtungen, war fröhlich, lachte oft und erschien aufgeschlossen. Nur wenn das Gespräch auf heikle Themen kam, reagierte sie subdepressiv, war aber nicht stark bedrückt (S. 6 f.). Überdies gab die Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter selber an, dass die Depressionen seit Sommer 2015 gebessert hätten (S. 6).

Dass die Beschwerdeführerin auf familiäre Probleme reagiert, kann auch dem Bericht der behandelnden Psychiaterin (E. 5.2) entnommen werden, berichtete diese doch darüber, dass die Beschwerdeführerin zwei Jahre zuvor, als die Tochter das Elternhaus verliess, mit Verzweiflung reagiert habe. Überdies beschrieb sie sie als psychisch und physisch stark angespannt, stark reizbar und hoch empfindlich mit starkem Stimmungsabfall bei nur geringen Belastungen. Der Bericht datiert vom August 2015, die letzte Kontrolle vor der Berichterstattung hatte Anfang Juni 2015 stattgefunden, so dass die von Dr. Y. ___ festgestellte Verbesserung des Gesundheitszustandes, die er mit einer Beruhigung der häuslichen Situation seit Sommer 2015 in Zusammenhang brachte, durchaus in den Krankheitsverlauf passt. Jedenfalls aber sagt der Bericht von Dr. C. ___ nichts über den Zeitraum ab dem Sommer 2015 aus, weshalb er das Gutachten von Dr. Y. ___ nicht in Zweifel zu ziehen vermag.

E. 6.5

Nach dem Dargelegten ergibt sich schlüssig, dass sich der psychiatrische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im massgeblichen Vergleichszeitraum in revisionsrechtlich erheblicher Weise verbessert hat. Damit ist ein Revisionsgrund ausgewiesen und der medizinische Sachverhalt und die Arbeitsfähigkeit ist ohne Bindung an frühere - vorliegend insbesondere somatische - Einschätzungen zu prüfen. Mit den Gutachtern Y. ___ und Z. ___ ist somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Putzfrau nicht mehr, in jeder körperlich leichten Tätigkeit indessen zu 80 % arbeitsfähig ist. Da die Einschränkung allein im psychischen Gesundheitszustand begründet ist, ist nunmehr anhand der Standardindikatoren (vorstehend E. 1.2) zu prüfen, ob der diagnostizierten leichten Depression überhaupt eine invalideisierende Bedeutung zukommt.

E. 7.1

In Bezug auf den funktionellen Schweregrad erweist sich der Komplex Gesundheitschädigung als nicht ausgeprägt. So kann dem psychiatrischen Gutachten entnommen werden (E. 5.5.1), dass die Beschwerdeführerin euthym gewesen sei und nur bei heiklen Themen subdepressiv reagiert hätte, ohne dass sie dabei stark bedrückt gewirkt habe. Die Konzentration sei in Ordnung und der affektive Rapport gut herstellbar. Sie leide unter leichten Einschränkungen des Selbstwertgefühls und mache sich Sorgen in Bezug auf die derzeitigen politischen Verhältnisse in der Türkei und um die Zukunft der Kinder (S. 6 f.). Aus somatischer Sicht fehlten Hinweise auf ein radikales Syndrom und die gefundenen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule präsentierten sich altersnormal. Eine gesundheitliche Einschränkung ergibt sich lediglich aus der doppelseitigen Tarsalgie, indem die Beschwerdeführerin in ihrer Gehfähigkeit eingeschränkt ist (E. 5.4.3).

Die Beschwerdeführerin unterzieht sich einer medikamentösen und psychotherapeutischen Therapie mit Konsultationen alle drei Monate. Angesichts des Umstandes, dass sich die

psychische Störung verbessert hat, ist von einem Behandlungserfolg auszugehen.

Psychiatrischerseits liegen keine Komorbiditäten vor, das Vorliegen einer Schmerzstörung wurde vom psychiatrischen Gutachter (E. 5.5.1) ausdrücklich verneint, da sie nicht auf die Schmerzen fixiert sei, keine hypochondrischen Befürchtungen äussere und die Schmerzschilderung nicht diffus sei (S. 9). In somatischer Hinsicht besteht lediglich eine Einschränkung der Gehfähigkeit (E. 5.5.2).

Bezüglich Persönlichkeit sind keine Auffälligkeiten dokumentiert. Die Beschwerdeführerin zeige in der Selbst- und Fremdwahrnehmung keine Einschränkung. Die Realität werde korrekt geprüft, was auch für die Urteilsbildung gelte. Die Affekte seien gesteuert, bei belastenden Themen gerate sie manchmal ins Weinen (E. 5.3.1).

Gemäss Dr. Y.____ (E. 5.5.1) kann im sozialen Kontext festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin neben den innerfamiliären Kontakten gute Kontakte zur Nachbarschaft pflegt und ihren Bruder regelmässig trifft. Gerne besuche sie auch ein Café (S. 6). Gemäss Dr. Z.____ (E. 5.5.2) war sie sogar kurz vor der Begutachtung in der Lage, zusammen mit ihrem Bruder im Zusammenhang mit einer Wohnungsauflösung für drei Wochen in die Türkei zu reisen (S. 7). Damit zeigt sich eine ungebrochene Fähigkeit, verlässliche soziale Beziehungen zu pflegen, was auf erhaltene Ressourcen schliessen lässt. Andererseits stellte Dr. Y.____ (E. 5.5.1) fest, dass die Beschwerdeführerin immer wieder auf ungünstige krankheitsfremde Umstände reagierte und diese zu Krisen führten (S. 10). Auch die behandelnde Psychiaterin (E. 5.2) wies auf Unruhen innerhalb der Familie hin, die dazu geführt hätten, dass die Beschwerdeführerin ihren häuslichen Pflichten nicht mehr nachgehen können.

E. 7.2

Laut psychiatrischem Gutachter (E. 5.5.1) glaubt die Beschwerdeführerin, nicht arbeiten mehr zu können (S. 7), zeige aber in den Funktionen nur wenig Einschränkungen (regelmässige Tagesgestaltung, Ferienreisen; S. 17). Sie sucht die Psychiaterin eher selten auf (S. 14) und bezüglich berufliche Eingliederung blieb sie indessen untätig (S. 15).

E. 7.3

Zusammenfassend erscheint die Beschwerdeführerin funktionell nicht schwer eingeschränkt und das Verhalten scheint nicht in allen Teilen konsistent. Dies führt zum Schluss, dass der gutachterlichen Beurteilung, wonach das diagnostizierte psychische Leiden eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20 % bewirkt, nicht gefolgt werden kann und bei der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine invalidisierende psychische Gesundheitsstörung vorliegt und die Beschwerdeführerin in einer behinderungsangepassten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist.

E. 8.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen 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 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Laut Arbeitgeberbericht vom 18. Dezember 2002 (Urk. 7/4) erzielte die Beschwerdeführerin im Jahr 2001, dem Jahr vor Eintritt des Gesundheitsschadens, ein Jahreseinkommen von F. 27'972.-- bei einem Arbeitspensum von 50 %. Aufge rechnet auf ein 100%-Pensum und unter Berücksichtigung des Nominal lohnin dexes für Frauen von 2'245 Punkten im Jahr 2001 und 2'709 im Jahr 2016 (BSF, a.a.O.) ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 67'507.-- im Jahr 2016, dem letzten Jahr, für welches statistische Werte erhältlich sind.

E. 8.2

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die ver sicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbs tätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; BGE

135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b/aa).

Der Zentralwert für mit einfachen Tätigkeiten (skill-level 1) beschäftigte Frauen betrug im Jahre 2014 im privaten Sektor Fr. 4'300.-- (LSE, Tabelle TA 1), was unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2'673 Punkten im Jahr 2014 und 2'709

Punkten im Jahr 2016 (BFS, a.a.O.) sowie einer im Jahr 2016 geltenden betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (BSF, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen T 03.02.03.01.04.01) ein hypothetisches Einkommen von Fr. 54'517.-- pro Jahr ergibt. Verglichen mit dem Valideneinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 12'990.-- (Fr. 67'507.-- - Fr. 54'517.--), was einem Invaliditätsgrad von 19.2 % (Fr. 12'990.-- x 100 : Fr. 67'507.--) entspricht.

E. 9

Zusammenfassend hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin derart verbessert, dass kein Anspruch mehr besteht auf eine Rente. Die Beschwerdegegnerin hat die Rente somit zu Recht eingestellt, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 10

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand fest zulegen und vorliegend auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

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

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

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

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