

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00888 vom 12. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00888

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00888 du 12 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00888 del 12 giugno 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 All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 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 ausgegli chenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbe zügers 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 tat sächlichen 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.

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 Bundes gerichts 9C_261/2009 vom 1 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 Auswir kungen 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 Invaliditätsbe messung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3

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).

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

E. 2

Die Versicherte erhob am 30. August 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. Juni 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine ganze Rente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 6. Oktober 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), worauf mit Verfügung vom 13. Oktober 2017 ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet wurde (Urk. 7). Am 1. Februar 2018 erstattete die Beschwerdeführerin die Replik (Urk. 10), wohingegen die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 22. Februar 2018 ausdrücklich auf das Einreichen einer Duplik verzichtete (Urk. 13). Dies wurde der Beschwerdeführerin am 4. April 2018 mitgeteilt (Urk. 14).

Das Gericht hat sodann von Amtes wegen Auszüge aus dem Verzeichnis der FMH und aus dem Medizinalberuferegister als Urk. 15/1-2 zu den Akten genommen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung vom 27. Juni 2017 (Urk. 2) aus, aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung habe die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2012 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Nach wie vor sei sie als zu 50 % im Erwerbsbereich und zu 50 % im Haushaltsbereich tätig zu qualifizieren (S. 1). Laut Begutachtung habe sich der Gesundheitszustand verbessert, bereits seit Mai 2015 könne ihr im Erwerbsbereich eine angepasste Tätigkeit zugemutet werden. Im Aufgabenbereich sei eine Einschränkung von 34 % festgestellt worden, woraus ein rentenausschliessender Gesamtinvaliditätsgrad von 35 % resultiere. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei massiven gesundheitlichen Einschränkungen den Behandlungsrhythmus beim Facharzt seit dem Jahr 2016 hätte erhöhen müssen, was jedoch nicht der Fall gewesen sei. Aus psychiatrischer Sicht würden Leiden vorliegen, die nicht erheblich und mittels entsprechenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen gut therapierbar seien. Diese seien allerdings noch nicht ausgeschöpft. Die körperlichen Leiden seien alle berücksichtigt worden, dennoch könne die Beschwerdeführerin einer Tätigkeit, die körperlich leicht sei und eine Toilette in unmittelbarer Nähe habe, in einem Pensum von 50 % nachgehen (S. 2).

Das Gutachten der Y. ___ sei insgesamt schlüssig und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden könne (S. 3).

Im Rahmen der Beschwerdeantwort (Urk. 5) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, die gemischte Methode sei vorliegend nach wie vor anwendbar. In Bezug auf das Invalideneinkommen sei der Berechnung richtigerweise der geschlechtsspezifische Tabellenwert für Löhne von Frauen zugrunde zu legen. Angesichts des Ausbildungsniveaus und der beruflichen Erfahrung der Beschwerdeführerin sei mindestens vom Kompetenzniveau 2 auszugehen. Gemäss LSE 2014, Tabelle T17, betrage der statistische Bruttolohn für Frauen in der Berufshauptgruppe 4, Bürokräfte und verwandte Berufe, welche für die Beschwerdeführerin realistisch in Frage kommen würden, Fr. 5'685.-- bei einer 40-Stunden-Woche (S. 1). Abzugsgründe würden nicht vorliegen (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend (Urk. 1), die im Gutachtenauftrag gestellten Fragen seien insgesamt nicht beantwortet worden (S. 6 f. Ziff. 11). Nachdem eine der gesundheitlichen Hauptproblematiken im Bereich des Darms liege, also im Fachbereich der Gastroenterologie, hätte die Beschwerdeführerin zudem zwingend durch einen Facharzt für Gastroenterologie begutachtet werden müssen. Dr. Z. ___ sei Praktische Ärztin und verfüge nicht einmal über den Facharztstitel «Innere Medizin». In der Regel gelte der Titel «Praktischer Arzt/Praktische Ärztin» als Basisweiterbildung für den späteren Erwerb des Facharztstitels «Allgemeine Innere Medizin». Dr. Z. ___ verfüge damit nicht über eine genügende Fachausbildung, um die Beschwerdeführerin rechts genügend zu beurteilen (S. 8 f. Ziff. 15). Soweit die Beschwerdegegnerin davon ausgehe, dass die Beschwerdeführerin bei massiven gesundheitlichen Einschränkungen den Behandlungsrhythmus seit dem Jahr 2016 beim Facharzt hätte erhöhen müssen, sei dies reine Spekulation und sage gar nichts über die Schwere der gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin aus (S. 10 Ziff. 17). Der psychiatrische Teilgutachter Dr. A. ___ sodann besitze lediglich in den Kantonen Bern und Tessin eine Berufsausübungsbewilligung. Die im Kanton Zürich durchgeführte Begutachtung hätte demnach gar nicht vorgenommen werden dürfen. Bei der psychiatrischen Teilbegutachtung handle es sich lediglich um eine andere Würdigung eines unveränderten Sachverhaltes. Der psychiatrische Gutachter habe sich zudem mit der Beurteilung durch die behandelnde Psychiaterin Dr. B. ___ nicht auseinandergesetzt und sei von aktenwidrigen Feststellungen ausgegangen. Weiter beantworte er weder die gestellten Zusatzfragen noch begründe er die von ihm neu gestellte Diagnose. Auch die Befunderhebung sei mangelhaft (S. 10 ff. Ziff. 18). Insgesamt sei das Gutachten der Y. ___ nicht rechtsgenügend (S. 13 Ziff. 20). Weiter sei die Anwendung der gemischten Methode zur Ermittlung des Invaliditätsgrades gemäss der Feststellung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte diskriminierend und nicht mehr zulässig (S. 14 Ziff. 22). Bei der Berechnung des Invalideneinkommens sei sodann vom Wert gemäss LSE 2014 für Frauen auszugehen, mithin Fr. 4'300.-- monatlich, sowie ein Leidensabzug von 15 % vorzunehmen. Insgesamt liege das Invalideneinkommen bei einer Restarbeitsfähigkeit von 40 % bei Fr. 18'289.60 (S. 15 Ziff. 23). Aufgrund der schweren Inkontinenz sei die Restarbeitsfähigkeit von 40 % jedoch nicht verwertbar (S. 16 Ziff. 24). Sofern die Beschwerdeführerin tatsächlich keinen Anspruch mehr auf eine Rente haben würde, würde ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen bestehen, da sie mehr als 55 Jahre alt sei (S. 17 Ziff. 25).

Im Rahmen der Replik (Urk. 10) führte die Beschwerdeführerin weiter aus, bei der Berechnung des Invalideneinkommens sei trotz des Ausbildungsniveaus und der beruflichen Erfahrung vom Kompetenzniveau 1 auszugehen sowie ein Leidens abzug von 15 % vorzunehmen (S. 2 Ziff. 1). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin habe sie sich aufgrund ihres Leidens in engmaschiger fachärztlicher Behandlung befunden (S. 3 Ziff. 2). Gemäss den Angaben von Dr. C.____ leide sie an zunehmenden Beckenboden-Beschwerden und müsse Schmerzmittel einnehmen. Diese seien teilweise Morphin-Derivate, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden. Dr. C.____ habe eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % attestiert. Damit liege eindeutig eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor (S. 3 f. Ziff. 3).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache per Juli 2012 verbessert haben und die Renteneinstellung demnach zu Recht erfolgt ist. Strittig ist zudem die Anwendbarkeit der gemischten Methode.

E. 3.1

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbeurteilung (Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 117 V 198 E. 3b; vgl. BGE 144 I 28 E. 2.2).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b; vgl. BGE 144 I 28 E. 2.3).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. statt vieler: BGE 144 I 28

E. 2.4).

E. 3.2

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Anwendung der gemischten Methode zur Ermittlung des Invaliditätsgrades sei gemäss der Feststellung des Europäischen

Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) diskriminierend und nicht mehr zulässig (E. 2.2), ist darauf hinzuweisen, dass das von der Beschwerdeführerin erwähnte EGMR-Urteil Di-Trizio vom 2. Februar 2016 wie auch die Folgerechtsprechung des Bundesgerichts allein die wegen eines Statuswechsels zu Teilerwerbstätigkeit (mit Aufgabenbereich) anwendbare Methode der Invaliditätsbemessung betreffen. Eine Wirkung darüber hinaus kann verneint werden (BGE 144 I 28 E. 4.5).

Im vorliegenden Fall wurde die Beschwerdeführerin im Rahmen der erstmaligen Rentenzusprache als Teilerwerbstätige qualifiziert, nachdem sie sich gemäss ihren eigenen Angaben im Jahre 2008 zusammen mit ihrem Ehemann gezielt dafür entschieden hatte, eine Teilzeitstelle im Rahmen von 50 % anzunehmen und sich daneben um den Haushalt, den Garten sowie ihre betagte Mutter zu kümmern (vgl. Urk. 6/50 Ziff. 2.4-5). An dieser Situation hat sich grundsätzlich nichts verändert, was von der Beschwerdeführerin im Übrigen auch nicht geltend gemacht wurde (vgl. Urk. 6/107 S. 3, Urk. 1 S. 14 Ziff. 22). Die unveränderte Anwendung der gemischten Methode ist deshalb nicht zu beanstanden.

E. 4.1

Bei der erstmaligen Rentenzusprache stützte sich die Beschwerdegegnerin insbesondere auf die Beurteilung durch die Psychiaterin PD Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Feststellungsblatt vom 23. Januar 2014, Urk. 6/52 S. 6 unten). In ihrem Bericht vom 22. Oktober 2013 (Urk. 6/41) nannte PD Dr. D.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende mittelschwere depressive Störung (ICD-10 F33.11) - Rektumkarzinom (ED Juni 2011), kombinierte neoadjuvante Chemo-Radiotherapie, verzögerte postoperative Erholung mit erstmaliger depressiver Symptomatik, adjuvante Chemotherapie mit Oxaliplatin und Xeloda - Remission der depressiven Symptomatik und erneute Exacerbation der Depression unter Belastungssteigerung Mai 2012 - Polyneuropathie

Die Beschwerdeführerin habe die Chemotherapie relativ gut bewältigt und die depressive Symptomatik sei zunehmend in den Hintergrund getreten, so dass eine Belastbarkeit von 50 % als realistisch einzuschätzen gewesen sei. Diese reduzierte Belastbarkeit sei primär durch die Tumorerkrankung, die therapiebedingten Nebenwirkungen sowie die therapiebedingte Diarrhoe, welche auch diätetisch nicht zu beherrschen gewesen sei, bedingt gewesen. Trotz der Einschränkungen habe die Beschwerdeführerin versucht, an einem Weiterbildungsprogramm des Arbeitsamtes teilzunehmen. Zeitgleich hätten unerwarteterweise schmerzhafteste Dysästhesien an Händen und Füßen beidseits und eine Hyposensibilität in den Fingerspitzen beider Hände sowie eine akral betonte Muskelschwäche eingesetzt. Trotz umfangreicher Therapie habe keine Verbesserung der somatischen Symptome erreicht werden können. Die Beschwerdeführerin leide täglich unter Durchfällen, die Entleerung sei schmerzhaft, die Stuhlgänge würden zwei bis vier Stunden Zeit pro Tag einnehmen. Sie sei weiterhin inkontinent und könne den Stuhl nicht halten (Ziff. 1.4 erster Abschnitt).

Seit Mai 2012 bestehe eine anhaltende ausgeprägte depressive Symptomatik mit Konzentrationsstörungen, vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühlen, ihren Mann durch ihre Erkrankung zu sehr zu belasten, teilweise Gefühlen von Wertlosigkeit und dem Eindruck den Anforderungen nicht gewachsen zu sein, auch ausgeprägte Zukunftsängste, Schlafstörungen, verminderter Appetit, Affektdurchlässigkeit, niedergeschlagener Stimmung, Gefühlen von Hoffnungslosigkeit, phasenweise auch

dysphorischer Gereiztheit, eingeschränkter Belastbarkeit, Insuffizienzgefühlen, zunehmenden sozialen Rückzugstendenzen auch aus Beschämungsgefühlen bezüglich der Inkontinenz (Ziff. 1.4 zweiter Abschnitt).

Prognostisch sei davon auszugehen, dass erst bei einer langfristig stabilen Verbesserung der körperlichen Symptomatik eine sukzessive Verbesserung auch der psychiatrisch bedingten Einschränkung der Belastbarkeit zu erreichen sei (S. 4 oben). Die Beschwerdeführerin sei vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Ihre Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit seien eingeschränkt und sie sei schnell erschöpft. Aufgrund der Inkontinenz und der langen Defäkationszeiten seien keine regelmässigen Arbeitszeiten zumutbar, aufgrund der Polyneuropathie bestünden zudem Einschränkungen der Gehfähigkeit und in Bezug auf das Händeln von Materialien. Aufgrund der weiterhin bestehenden Diarrhöen sei es der Beschwerdeführerin zudem nicht zumutbar, weite Distanzen bis zum Arbeitsweg zurückzulegen, es sei denn, sie könne jederzeit eine Toilette aufsuchen (Ziff. 1.7). Sobald sich die somatische Symptomatik verbessert habe, könne eine berufliche Tätigkeit im Umfang von 50 % wieder aufgenommen werden (Ziff. 1.9).

E. 4.2

Dr. med. E.____, Fachärztin Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, hielt am 16. Dezember 2013 fest, gesamthaft sei die Beschwerdeführerin bei Status nach Therapie eines Rektumkarzinoms weiter hin zu 100 % arbeitsunfähig für jegliche Erwerbstätigkeiten. Die Arbeitsunfähigkeit begründe sich bei aktueller Tumor- und Rezidivfreiheit überwiegend durch den psychischen Gesundheitszustand mit einer rezidivierenden mittelschweren depressiven Störung sowie die persistierende Polyneuropathie als Nebenwirkung der Chemotherapie. Die Polyneuropathie habe sich glaubhaft belegen lassen und sei eine bekannte Nebenwirkung des Chemotherapeutikums Oxaliplatin (Urk. 6/52 S. 7 oben).

E. 5.1

Im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens holte die Beschwerdeführerin die folgenden medizinischen Berichte ein.

E. 5.2

Nach einem Sturz beim Tennisspielen am 3. August 2014, bei welchem sich die Beschwerdeführerin eine dislozierte distale intraartikuläre Radiusfraktur links mit basalem Abriss des Processus styloideus ulnae zugezogen hatte, wurde sie gleichentags im F.____ operiert. In ihrem Bericht vom 4. August 2014 beschrieben die Ärzte einen komplikationslosen postoperativen Verlauf, die Beschwerdeführerin habe in gutem Allgemeinzustand auf eigenen Wunsch schon am ersten postoperativen Tag nach Hause entlassen werden können (Urk. 6/73/20-21 S. 1).

Nach der zweiten postoperativen Nachkontrolle äusserte Dr. med. G.____, Co-Chefarzt Chirurgie, F.____, in seinem Bericht vom 17. Oktober 2014 (Urk. 6/73/25-26) den Verdacht auf ein CRPS (S. 1). Die oberflächliche Lage der Zuggurtung am Ulnarstyloid mit der deutlichen Druckdolenz könne ein Auslöser der Sudeck-Dystrophie sein, weshalb die Zuggurtung möglichst früh zu entfernen sei (S. 2).

Am 5. November 2014 wurden im F.____ sowohl die Zuggurtung als auch die Platten operativ entfernt (vgl. Bericht vom 10. November 2014, Urk. 6/73/32-33).

E. 5.3

In seinem Bericht vom 15. April 2015 (Urk. 6/73/40-41) führte Dr. med. H.____, Chefarzt Orthopädie/Handchirurgie, I.____, aus, es müsse davon ausgegangen werden, dass einerseits das Trauma und die damit verbundene Versorgung und andererseits vor allem auch das CRPS für die funktionelle Einschränkung verantwortlich seien. Die Beschwerdeführerin sei sehr motiviert und habe auch wieder einiges erreicht. Es könne davon ausgegangen werden, dass mechanisch kein Hindernis bestehe und sich diese Supination unter der Therapie noch verbessere. Er empfehle deshalb unbedingt die Weiterführung der konservativen Therapie (S. 1).

E. 5.4

Med. pract. B.____, J.____, nannte in ihrem Bericht vom 27. Mai 2015 (Urk. 6/74) folgende Diagnosen (Ziff. 1.2): - anhaltende mittelschwere depressive Störung (ICD-10 F33.11) - Status nach Rektumkarzinom ED 10/2011 - Status nach kombinierter neoadjuvanter Chemotherapie - Status nach totaler mesorektaler Rektosigmoid-Resektion mit Lympha-denektomie, termino-terminaler Descendo-Rektostomie - verzögerte postoperative Erholung mit erstmaliger mittelschwerer depressiver Symptomatik - unter Belastungssteigerung erneute depressive Dekompensation - Polyneuropathie - postoperativ anhaltende invalidisierende Stuhlinkontinenz - Status nach Handgelenksfraktur (2014) rechts mit Sudeck-Symptomatik

Die psychiatrische Situation habe sich zum Vorbefund nicht verändert, die Beschwerdeführerin sei nachhaltig psychisch beeinträchtigt durch die wiederholten Inkontinenzerebnisse, die sie jeweils als traumatisierend und sozial stigmatisierend erlebe. Auch die Polyneuropathie beeinträchtige sie weiter sehr und habe im Jahre 2014 zu einem Sturz mit Handgelenksfraktur rechts geführt, die operativ behandelt werden müssen. In der Folge habe sich ein Morbus Sudeck entwickelt, so dass die Beschwerdeführerin neben der schon zuvor an den Händen geklagten Gefühlsstörung und der Unsicherheit beim Greifen zusätzlich durch die Symptome des Sudecks beeinträchtigt sei. Daraus resultiere eine erneute Verschlechterung der Gestimmtheit und weitere Chronifizierung der depressiven Symptome (Ziff. 1.3). Alle drei bis sechs Wochen würden stützende psychotherapeutische Gespräche stattfinden, situativ nehme die Beschwerdeführerin antidepressive Medikamente ein (Ziff. 3.1). Prognostisch sei davon auszugehen, dass erst bei langfristiger stabiler Verbesserung der körperlichen Symptomatik eine sukzessive Verbesserung auch der psychiatrisch bedingten Einschränkung der Belastbarkeit zu erreichen sei (Ziff. 4.1). Derzeit bestehe keine Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung (Ziff. 4.2).

E. 5.5

Im Rahmen des Revisionsverfahrens nannte der Hausarzt Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, in seinem im Mai 2015 bei der Beschwerde gegnerin eingegangenen Bericht (Urk. 6/73/1-4) neben den bekannten folgende neuen Diagnosen (Ziff. 1.2): - Autoimmunthyreopathie Typ Hashimoto (ED März 2014) seither unter Substitution - Status nach dislozierter, distaler intraartikulärer Radiusfraktur links und Abriss des Processus styloideus ulnae mit Platten-Osteosynthese am 3. August 2014 mit nachfolgender Entwicklung eines CRPS I links mit weiterhin stark eingeschränkter Prolation und Supination sowie eingeschränkter Funktion des Handgelenks im Sinne eines Flexions- und Extensionsdefizits

Die Beschwerdeführerin leide weiterhin an Inkontinenzerscheinungen und habe grosse Mühe mit der Defäkation, was sie stark einschränke. Zudem liege neu die Radiusfraktur linksseitig vor, welche postoperativ ein CRPS I entwickelt habe und nun weiterhin die Bewegung stark einschränke (Ziff. 1.3).

E. 5.6

In seinem Bericht vom 25. August 2015 (Urk. 6/91/6-7) führte Dr. med. C.____, L.____, Gastroenterologie, bei bekannter Diag nose sowie nach einer endosonographischen Kontrolle aus, es zeige sich immer noch eine für die Beschwerdeführerin mühsame Stuhlentleerungsstörung. Es bestünden starke Verwachsungen und der rektoanale Winkel könne schlecht verändert werden. Dadurch sei die Entleerung erschwert (S. 1).

E. 5.7

In seinem Bericht vom 9. September 2015 führte Dr. H.____, I.____, aus, die Beschwerdeführerin habe grundsätzlich trotz der schwierigen Situation viel erreicht, weshalb die Therapie nun sistiert werde. Die Hand werde schon länger für sämtliche Aktivitäten normal eingesetzt. Die Behandlung werde damit abgeschlossen (Urk. 6/91/5).

E. 5.8

Mit Schreiben vom 14. September 2015 hielt Dr. C.____ auf entsprechende Nach frage durch die Y.____-Gutachterin Dr. med. Z.____ fest, aufgrund der Inkontinenz sei er der Ansicht, die Beschwerdeführerin sei zu 60 % arbeitsfähig. Allerdings seien spezielle Bedingungen notwendig, es müsse eine Toilette in unmittelbarer Nähe zur Verfügung stehen (Urk. 6/117/8).

E. 5.9

In seinem Bericht vom 23. Februar 2016 (Urk. 6/98/7-8) führte Dr. C.____ aus, die Koloskopie vom Vortag habe drei Polypen ergeben, welche problemlos hätten abgetragen werden können. Die Beschwerdeführerin leide unter zunehmenden Beckenboden-Schmerzen, vor allem bei der Entleerung, welche immer noch schwierig sei. Falls die Beschwerden persistieren sollten, sei er der Meinung, dass gegebenenfalls Botox oder ein Konsilium bei einem Beckenboden-Schmerz spezialisten zu empfehlen sei (S. 1).

E. 5.10

Im Februar 2016 ging ein undatierter Bericht des Hausarztes Dr. K.____ ein (Urk. 6/91/1-4), in welchem er den Gesundheitszustand bei unveränderten Diag nosen (Ziff. 1.2) als stationär bezeichnete (Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin leide nach wie vor an Defäkationsschwierigkeiten sowie der eingeschränkten Handfunktion beziehungsweise Handgelenksfunktion links (Ziff. 1.3).

E. 5.11

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin wurde die Beschwerdeführerin am 10. und 11. September sowie 2. und 16. November 2015 durch Fachärzte der Y.____, orthopädisch, neurologisch, internistisch sowie psychiatrisch begut acht et. In ihrem polydisziplinären Gutachten vom 22. April 2016 (Urk. 6/102/1-4 6) nannten Dr. med. M.____, Fachärztin für Orthopädie, Dr. med. N.____, Fachärztin für Neurologie, Dr. med. Z.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, sowie Dr. med. A.____, Facharzt für Psychia trie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits fähigkeit (S. 37 Ziff. 4.6.1): - Inkontinenz bei Analsphinkterinsuffizienz bei Status nach Rektum karzi nom

11/2006 (richtig wohl: 6/2011) - Stuhlentleerungsstörung bei starken Verwachsungen im Bereich der rektalen Narbe und ungünstigem rektoanalem Winkel

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte sodann folgende (S. 37 f. Ziff. 4.6.2): - Status nach Rektumkarzinom 6/2011 - Hypothyreose - Migräne - Dysthymie (ICD-10 F34.1) - sensible, elektrophysiologisch axonale Polyneuropathie, klinischer Verlauf positiv mit Regression der Schmerzsymptomatik bei stabilen neurophysiologischen Parametern - residuelle Beschwerden Handgelenk links bei Status nach intraartikulärer Radiusfraktur vom 3. August 2014 mit ORIF und postoperativem CRPS - klinisch nicht aktives Lumbovertebralsyndrom ohne radikuläre Zeichen

Dazu legten die Gutachter dar, im Juni 2011 sei bei der Beschwerdeführerin die Diagnose eines Rektumkarzinoms gestellt worden, welches operativ sowie radio /

chemotherapeutisch habe behandelt werden müssen. Nachdem sich seitens der Krebserkrankung keine Hinweise auf ein Tumorrezidiv oder eine Metastasierung finden würden sowie die bisherigen Kontrollen unauffällig gewesen seien und die Hypothyreose mit Euthyros substituiert werde, wäre die Beschwerdeführerin rein aufgrund der internistischen/onkologischen Erkrankungen als 100 % arbeitsfähig einzustufen (S. 31 f. Ziff. 4.3.1). Aus gastroenterologischer Sicht bestehe jedoch eine 40%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, sofern sich in unmittelbarer Nähe des Arbeitsplatzes eine Toilette befinde. Aufgrund der starken Verwachsungen im Bereich der rektalen Narbe und dem ungünstigen rektoanal Winkel zeige sich eine Stuhlentleerungsstörung sowie eine Analsphinkterinsuffizienz mit Inkontinenz. Die Versicherte sei demnach in ihrer angestammten (zuletzt ausgeübten) Tätigkeit vorwiegend im Aussendienst (Baustellenabnahme, Wohnungsbesichtigungen), ohne Möglichkeit jederzeit eine Toilette aufsuchen zu können, nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit (Bürotätigkeit) mit der Möglichkeit, jederzeit eine Toilette in unmittelbarer Nähe (10m) vorzufinden, bestehe eine 60%ige Arbeitsfähigkeit (S. 32 Ziff. 4.3.2).

Aus orthopädischer Sicht seien die Beschwerden im Bereich des linken Handgelenks durch die klinischen und radiologischen Befunde sowie den protrahierten Verlauf mit einem CRPS erklärbar. Wie die Beschwerdeführerin jedoch selber mitteile, seien die Beschwerden seit einigen Monaten deutlich verbessert. Dies entspreche auch dem radiologischen Befund und der Beurteilung durch die I. ____. Das Lumbovertebralsyndrom sei momentan nicht ausgeprägt. Insgesamt seien Arbeiten mit Heben und Tragen von schweren Lasten über 5 kg links, Arbeiten mit Hebelarmwirkungen sowie das Hantieren mit schlagenden, stossenden und vibrierenden Maschinen links nicht zumutbar. Zur angestammten Tätigkeit als Sekretärin in einer Immobilienfirma gebe es jedoch keine Inkongruenzen aus rein orthopädischer Sicht, die Arbeitsfähigkeit betrage sicherlich seit April 2015 100 %. Auch in einer Verweistätigkeit im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils bestehe ab April 2015 eine vollständige Arbeitsfähigkeit (S. 33 Ziff. 4.3.3).

Aus psychiatrischer Sicht würden die Art, Dosis und Intensität der Pharmakotherapie nicht für das Vorliegen einer aktuell schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung sprechen, gleiches gelte für die Teilnahme an rehabilitativen Massnahmen. Die Beschwerdeführerin nehme nur noch alle ein bis zwei Monate Termine bei der Psychoonkologin wahr, es gebe keine stationären, teilstationären oder darüber hinausgehenden spezifischen ambulanten Massnahmen und auch keine psychiatrische Spitex. Der Ausprägungsgrad der

psychosozialen Restriktion und Desintegration scheine eher durch die Absenz von Arbeit oder durch die Darmdysfunktion vorgegeben und auch nach Erleben der Beschwerdeführerin nicht durch eine psychiatrische Krankheit. Im Gegenteil, auch die Versicherte gehe davon aus, dass bei einer Normalisierung der Darmfunktion die ursprüngliche Leistungs- und Funktionsfähigkeit wieder vollständig gegeben wäre. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Anpassung an Regeln und Routinen gegeben, wenn auch vermutlich nicht aus gastroenterologischer Sicht. Arbeitsplatz bezogene Ressourcen würden nicht bestehen, wobei man feststellen müsse, dass die Beschwerdeführerin sich in bereits durchaus verschiedenen Gebieten bewährt habe und grundsätzlich als flexibel zu gelten habe. Schwierig sei es aber angesichts der somatischen Erkrankung, der damit eingeschränkten Funktion und des Alters. Das Bild einer depressiven Störung könne nicht bestätigt werden, es sei davon auszugehen, dass spätestens ab der Revision ein auf psychiatrischem Gebiet deutlich verbesserter Zustand zu gelten habe, welcher allenfalls einer Dysthymie entspreche. Aus dieser Situation sei keine qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit abzuleiten (S. 34 f. Ziff. 4.3.4).

Aus neurologischer Sicht sei eine Anpassung der Arbeitsbedingungen notwendig mit Vermeidung von rein sitzenden/rein stehenden Tätigkeiten, Vermeidung von Tätigkeiten auf Leitern/Gerüsten, Vermeidung von Über-Kopf-Arbeiten, Vermeidung von vorwiegend im Gehen ausgeübten Tätigkeiten, vor allem auf unebenem Gelände, Vermeidung von Treppensteigen sowie Vermeidung von Heben/Tragen sowohl körpernah als auch -fern mit einem Gewichtslimit von maximal 3 kg sowie Vermeidung von Bücken, Kauern und Knien, welche ebenfalls mit einer Instabilität verbunden sein könnten. Insgesamt ergebe sich aktuell keine signifikante Reduktion der Arbeitsfähigkeit bezüglich der zuletzt ausgeübten administrativen Tätigkeit als Sekretärin bei Anpassung der Arbeitsbedingungen wie oben beschrieben (S. 35 f. Ziff. 4.3.5).

Bezüglich des zeitlichen Verlaufes der Arbeitsfähigkeit könne angenommen werden, dass vom Zeitpunkt des Kolonkarzinoms im Juni 2011 bis sicherlich zum Abschluss der Chemotherapie im März 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Ab diesem Zeitpunkt könne die vorstehend postulierte Arbeitsfähigkeit angewendet werden. Diese werde unterbrochen durch die Handgelenksfraktur links, welche zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit von August 2014 bis Mai 2015 geführt habe. Ab Mai 2015 sei wieder die postulierte Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer angepassten Tätigkeit gegeben. Seit der Kolonkarzinom-Erkrankung bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin in einer Immobiliengesellschaft (S. 45 Ziff. 5.6.1).

E. 5.12

Dr. med. O.____, Fachärztin für Endokrinologie und Diabetologie sowie Allgemeine Innere Medizin, P.____, Q.____, nannte in ihrem Bericht vom 30. Juni 2016 folgende Diagnosen (Urk. 6/105/4-5 S. 1): - Struma duonodosa, ED 3/2014 - Rektum-Karzinom, ED 6/2011 - Status nach Rektum-Resektion 2011 - Status nach neoadjuvanter Chemo-Radiotherapie - in Remission - unklare periphere Polyneuropathie - chronische Beschwerden kleines Becken

Im Alltag würden unverändert die Beschwerden im kleinen Becken im Vordergrund stehen. Durch die chronischen Beschwerden bei der Defäkation sei die Lebensqualität deutlich eingeschränkt. Nach einer Botox-Injektion rektal sei temporär für drei Wochen eine Beschwerdebesserung eingetreten, diesbezüglich sei die Beschwerdeführerin weiterhin in

Behandlung. In Bezug auf die Schilddrüse finde sich erfreulicherweise unter konsequenter Einnahme von Thyroxin eine Regredienz der intrathyreoidalen Knoten (S. 1). Bei der klinischen Untersuchung sei ein Beckenschiefstand rechts aufgefallen. Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie im Tagesverlauf nach längerem Sitzen mehr Beschwerden gluteal habe. Aufgrund dieser Konstellation sei ihr eine manuelle Therapie zur Verbesserung der skelettalen Symptome empfohlen worden. Diese könnten einen zusätzlich verschlechternden Einfluss auf die chronischen rektalen Beschwerden im kleinen Becken haben (S. 2).

E. 5.13

Am 23. März 2017 hielt Dr. C.____ fest, seine Beurteilung aus dem Jahre 2015 sei aktuell überholt. Die Beschwerdeführerin leide an zunehmenden Beckenboden-Beschwerden und müsse Schmerzmittel einnehmen. Diese seien teilweise Morphin-Derivate, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten. Für die Bestimmung der aktuellen Arbeitsfähigkeit sei ein entsprechendes Gespräch mit der Beschwerdeführerin notwendig, welches leider erst im Mai 2017 möglich sein werde. Zum aktuellen Zeitpunkt sei sicherlich keine 60%ige Arbeitsfähigkeit möglich, sie werde unter 50 % liegen (Urk. 6/124).

Mit Schreiben vom 15. Mai 2017 teilte Dr. C.____ mit, er habe die Beschwerdeführerin untersucht und schätze die Arbeitsfähigkeit auf 40 %. Falls mehr Details gewünscht seien, empfehle er die Durchführung einer entsprechenden Begutachtung (Urk. 6/125).

E. 5.14

Die übrigen bei den Akten liegenden Arztberichte (Urk. 6/73/10-11, 6/73/13, 6/73/18-19, Urk. 6/73/23-24, Urk. 6/73/27-29, Urk. 6/73/34-35, Urk. 6/73/36-39, Urk. 6/73/42-43, Urk. 6/73/44, Urk. 6/91/10-13, Urk. 6/91/14-15, Urk. 6/91/16-17 , Urk. 6/99, Urk. 6/105/6, Urk. 6/105/9-12, Urk. 6/117/10) enthalten keine für die Beurteilung der vorliegend strittigen Fragen relevanten Angaben und insbesondere keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, so dass auf deren detaillierte Wiedergabe verzichtet werden kann.

E. 6.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Renteneinstellung damit, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert habe und ihr im Erwerbsbereich bereits seit Mai 2015 wieder eine angepasste Tätigkeit zuge mutet werden könne (E. 2.1). Dabei stützte sie sich insbesondere auf die Beur teilung durch die Gutachter der Y.____, welche in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % für zumutbar hielten (E. 5.11).

Bezüglich des Gutachtens der Y.____ brachte die Beschwerdeführerin unter anderem vor, die beigezogene Gutachterin Dr. med. Z.____ sei Praktische Ärztin und verfüge nicht einmal über den Facharztstitel «Innere Medizin» FMH. Der Titel «Praktischer Arzt/Praktische Ärztin» diene in der Regel als Basisweiter bildung für den späteren Erwerb des Facharztstitels «Allgemeine Innere Medizin». Dr. Z.____ verfüge damit nicht über eine genügende Fachausbildung, um die Beschwerdeführerin rechtsgenügend zu beurteilen (E. 2.2).

E. 6.2

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Der Beweiswert einer spezial-ärztlichen Expertise hängt davon ab, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Ihre fachliche Qualifikation spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse der Expertin oder des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachtensperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson vorausgesetzt. Hingegen ist der FMH-Titel nicht Bedingung. Die Titelanmassung stellt den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens erheblich in Frage (Urteil des Bundesgerichts 8C_66/2010 vom 6. September 2010, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

Mit Urteil I 65/2007 vom 31. August 2007 hat das Bundesgericht entschieden, dass der Beweiswert eines RAD-Berichtes, den eine Ärztin mit «Psychiaterin FMH» unterzeichnete, ohne über die entsprechende Berechtigung zur Führung des Facharzttitels nach dem damaligen Bundesgesetz vom 19. Dezember 1877 betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft zu verfügen, entscheidend geschwächt ist und daher nicht als einzige medizinische Basis der gerichtlichen Beurteilung dienen kann (E. 3).

Ebenso erachtete das Bundesgericht den Beweiswert eines Berichtes, welcher von einem Arzt als «Dr. med.» unterzeichnet wurde, obwohl er zwar über ein (deutsches) Staatsexamen in Medizin verfügte, nicht jedoch über die Berechtigung zur Führung eines Dokortitels, als durch die Titelanmassung so erheblich in Frage gestellt, dass für die Beurteilung des Leistungsanspruches nicht hauptsächlich darauf abgestützt werden konnte (Urteil des Bundesgerichts I 142/2007 vom 20. November 2007 E. 4.2 und 5).

E. 6.3

Sowohl aus dem offiziellen, täglich aktualisierten Verzeichnis der FMH der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz (www.doctorfmh.ch)

; Urk. 15/2) als auch aus dem Medizinalberuferegister der Schweizerischen Eidgenossenschaft (www.medregom.admin.ch)

; Urk. 15/1) ist ersichtlich, dass Dr. med. Z.____ seit dem Jahre 2002 über den Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt/Praktische Ärztin» verfügt und sich in einer Weiterbildung «Allgemeine Innere Medizin» befindet, diese jedoch im Zeitpunkt der Begutachtung im September 2015 offensichtlich noch nicht abgeschlossen hat. Über den Facharzttitel «Allgemeine Innere Medizin» verfügt Dr. Z.____ nicht. Das Gutachten der Y.____ vom 22. April 2016 unterzeichnete sie dennoch als «Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin» (Urk. 6/102/46). Damit liegt eine Titelanmassung vor, durch welche der Beweiswert sowohl des internistischen Gutachtens als auch der Konsensbeurteilung unter Einbezug aller Fachrichtungen erheblich in Frage gestellt und ein Abstützen darauf für die Beurteilung der vorliegend strittigen Fragen verunmöglicht wird.

Im Übrigen ist von einer ärztlichen Begutachtungsstelle nach IVG zu erwarten, dass sie vollständige und wahre Angaben über den Stand der Ausbildung ihrer Mitarbeitenden macht (Urteil des Bundesgerichts 8C_66/2010 vom 6. September 2010 E. 3.2). Dass sich die Beschwerdegegnerin trotz der beschwerdeweise erhobenen Rüge (Urk. 1 S. 9 Ziff. 15)

zur Titelanmassung der Ärztin im Verfahren mit keinem Wort geäußert hat (Urk. 5), erscheint im Lichte der dargelegten Rechtsprechung doch zumindest als erstaunlich.

E. 6.4

Nachdem damit keine beweisrechtlich verwertbare und unabhängige Beurteilung bei den Akten liegt, lässt sich über die verbliebene Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin kein schlüssiges Bild machen. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine den Anforderungen genügende polydisziplinäre Abklärung vornehmen lasse und anschliessend über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.

Diese Beurteilung drängt sich im Übrigen auch auf, nachdem die Beschwerdeführerin einerseits insbesondere an gastroenterologischen Beeinträchtigungen leidet, sie jedoch im Rahmen der Y.____-Begutachtung diesbezüglich nicht fachärztlich untersucht wurde. Andererseits ergeben sich aus den Akten Hinweise darauf, dass sich die gesundheitliche Situation nach den Begutachtungen durch die Ärzte der Y.____, jedoch noch vor Verfassung des Gutachtens und Erlass der angefochtenen Verfügung, weitere Beschwerden aufgetreten sind. So hielt Dr. C.____ am 23. Februar 2016 fest, die Beschwerdeführerin leide unter zunehmenden Beckenbodenschmerzen, insbesondere bei der immer noch schwierigen Entleerung (E. 5.9). Im Juni 2016 erklärte Dr. O.____ weiter, die Beschwerden im kleinen Becken würden im Alltag im Vordergrund stehen, es sei zudem ein Beckenschiefstand aufgefallen. Dr. O.____ empfahl eine manuelle Therapie der skelettalen Symptome, da diese einen zusätzlich verschlechternden Einfluss auf die chronischen rektalen Beschwerden im kleinen Becken haben könnten (E. 5.12).

Unter Hinweis auf die geklagten Beckenbodenbeschwerden hielt Dr. C.____ im März 2017 ausdrücklich fest, seine Beurteilung aus dem Jahre 2015 sei überholt, zum aktuellen Zeitpunkt liege die Arbeitsfähigkeit sicher unter 40 %. Die Arbeitsfähigkeit werde zusätzlich durch die Einnahme der Morphin-Derivate, welche die Beschwerdeführerin aufgrund der Beckenbodenschmerzen teilweise einnehmen müsse, beeinträchtigt. Nach einer weiteren Untersuchung der Beschwerdeführerin setzte Dr. C.____ am 15. Mai 2017 die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf 40 % fest und empfahl für weitere Details die Durchführung einer entsprechenden Begutachtung (E. 5.13).

E. 6.5

Zusammenfassend kann über die vorliegend strittigen Fragen nicht entschieden werden, nachdem das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten der Y.____ aufgrund der Titelanmassung von Dr. Z.____ beweisrechtlich nicht verwertbar ist und sich aus den Akten Hinweise für eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin vor Erlass der angefochtenen Verfügung ergeben. Dementsprechend ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, welche gestützt auf die zu tätigen Abklärungen über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu zu verfügen haben wird.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 7.1

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. 700.-- anzusetzen.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung einer Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

E. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 2'900.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) als angemessen. Das Gericht erkennt:

- 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 27. Juni 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.

- 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

- 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

- 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Adrian Zogg - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Helvetia Versicherungen, Helvetia Leben, St. Alban-Anlage 26, 4052 Basel sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

- 5.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

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