

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00914 vom 4. Februar 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-02-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00914](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00914)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00914 du 4 février 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00914 del 4 febbraio 2019

## **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 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zuspre chung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Ände rung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kon text unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

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 psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei 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 unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2017).

#### **E. 1.5**

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

#### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 7. September 2017 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine ganze Rente der Invalidenversicherung auszurichten. Eventualiter sei erneut eine medizinische Abklärung vorzunehmen ( Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 6. Oktober 2017 ( Urk. 6) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Die Versicherte hielt mit Replik vom 10. November 2017 an ihren Anträgen fest ( Urk. 10) , worauf die IV-Stelle mit Schreiben vom 1. Dezember 2017 auf das Einreichen einer Duplik verzichtete ( Urk. 12). Darüber wurde die Versicherte mit Verfügung vom 5. Dezember 2017 in Kenntnis gesetzt ( Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin zog in der angefochtenen Verfügung vom 5. Juli 2017 ( Urk. 2) zusammengefasst in Erwägung, die medizinischen Abklärungen würden eine Besserung des Gesundheitszustands der Versicherten ausweisen. Insbesondere sei die psychische Störung weitgehend remittiert. Darüber hinaus zeige die Versicherte ein hohes Aktivitätsniveau, welches mit einer anhaltenden schweren depressiven Störung nicht vereinbar sei. Für eine leidensangepasste Tätigkeit sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ausgehend von einem Valideneinkommen

in der Höhe von Fr. 59'359.95 sowie einem Invalideneinkommen von Fr. 54'33

### **E. 2.2**

In ihrer Beschwerdeschrift vom 7. September 2017 machte die Versicherte insbesondere geltend, auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, könne nicht abgestellt werden. Ohnehin handle es sich dabei bloss um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts, weshalb kein Revisionsgrund vorliege. Auch die behandelnden Ärzte hätten bestätigt, dass aufgrund der depressiven Störung weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliege.

Im Weiteren hätte die Beschwerdegegnerin zumindest von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgehen müssen. Stattdessen sei sie in willkürlicher Weise mit einer kurzen Indikatorenprüfung von der medizinischen Beurteilung abgewichen. Im Übrigen habe die IV-Stelle vor Aufhebung der Rente zu Unrecht keine beruflichen Massnahmen in Aussicht gestellt, obwohl sie - die Versicherte - im Zeitpunkt der Rentenaufhebung bereits über 55 Jahre alt gewesen sei (zum Ganzen Urk. 1 S. 4 ff.).

### **E. 2.3**

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Oktober 2017 wies die Beschwerdegegnerin namentlich darauf hin, dass der Rechtsanwender von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abweichen könne, ohne dass die medizinische Beurteilung ihren Beweiswert verliere. Eine Erwerbsunfähigkeit liege nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar sei. Hinsichtlich der (remittierten) depressiven Störung sei diese Voraussetzung nicht erfüllt; ein Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes sei nicht mehr ausgewiesen ( Urk. 6 S. 2 ff.).

### **E. 2.4**

In ihrer Replik vom 10. November 2017 ( Urk. 10) blieb die Versicherte bei ihrem Standpunkt, dass die Beschwerdegegnerin ohne stichhaltige Begründung von der ärztlichen Einschätzung der Leistungsfähigkeit abgewichen sei. Unabhängig davon hätte sie zunächst eine Schadenminderungspflicht auferlegen müssen statt direkt die Aufhebung der Rente zu

### verfügen. 3. 3.1

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE 143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152). Dabei kann auch Basis eine Mitteilung sein nach Art. 74 ter

lit. f und Art. 74 quater

Abs. 1 IVV, mit der eine Revision von Amtes wegen abgeschlossen wurde mit der Feststellung, es sei keine Änderung der Verhältnisse eingetreten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 3.1).

Diese Voraussetzungen erfüllt im konkreten Fall einzig die Verfügung vom 3. Oktober 2003, mit welcher der Beschwerdeführerin erstmals rechtskräftig eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wurde (Urk. 7/33).

Im ersten Revisionsverfahren im Jahr 2006 holte die Beschwerdegegnerin lediglich einen von der Versicherten ausgefüllten Fragebogen sowie einen Arztbericht ein, ohne den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) um eine Stellungnahme zu ersuchen (vgl. Urk. 7/38). Dies entspricht keiner rechtskonformen Sachverhaltsabklärung im Sinne der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_52/2016 vom 23. März 2016 E. 3.2). Gleiches gilt im Ergebnis in Bezug auf das im Jahr 2010 durchgeführte Rentenrevisionsverfahren, das mit einer Mitteilung endete. Zwar unterbreitete die Beschwerdegegnerin die damals eingeholten Berichte der behandelnden Ärzte dem RAD zur Stellungnahme (Urk. 7/49/2 f.). Nicht nachvollziehbar ist jedoch, weshalb der RAD weitere medizinische Abklärung nicht für nötig erachtete und von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausging. So war dem Bericht der Klinik

A.\_\_\_\_ vom 10. Juni 2009 zu entnehmen, dass die depressiven Symptome der Versicherten im Verlauf der einmonatigen stationären Behandlung beinahe vollständig remittiert seien (Urk. 7/48/22). Im Gegensatz dazu hielt Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, in ihrem Bericht vom 25. August 2010 fest, dass die depressive Symptomatik seit 2006 zugenommen habe (Urk. 7/48/9). Doch auch in somatischer Hinsicht wären weitere Abklärungen angezeigt gewesen, zumal den Arztberichten in diesem Zusammenhang insbesondere nicht zu entnehmen war, wie sich etwa die neu hinzugetretene Diskushernie (vgl. Urk. 7/48/16) auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auswirkt. Zur relevanten Frage der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit hatte sich darüber hinaus auch Dr. B.\_\_\_\_ nicht geäußert (Urk. 7/48/7 ff.). Insgesamt lag somit auch der rentenbestätigenden Mitteilung vom 15. September 2010 (Urk. 7/51) keine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung zu Grunde. 3.2 3.2.1

Der erstmaligen Rentenzusprechung lagen verschiedene Arztberichte zu Grunde. Vom 5. bis 15. Dezember 2001 war die Beschwerdeführerin im Kantonsspital C.\_\_\_\_ hospitalisiert, wobei ein Mammakarzinom entfernt wurde. Der postoperative Verlauf sei in somatischer Hinsicht problemlos gewesen. Die Situation sei für die Versicherte jedoch psychisch als

sehr belastend empfunden worden, weshalb seitens des beigezogenen Psychiaters eine ambulante Therapie empfohlen worden sei. Darüber hinaus sei eine Anmeldung zur Chemotherapie erfolgt ( Urk. 7/5/5 f.). 3.2.2

Dr. med. D.\_\_\_\_

stellte in ihrem Bericht vom 6. Februar 2002 folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 7/5/1): - Diabetes mellitus Typ II bei Status nach Gestationsdiabetes 1994, - Hyperlipidämie , unklar seit wann bestehend, - Mammakarzinom (Diagnose und Operation Dezember 2001), - psychosomatische Beschwerden (vgl. C.\_\_\_\_-Bericht).

Die Versicherte habe berichtet, dass es ihr nicht gut gehe, wobei sie den ersten Chemotherapie-Zyklus jedoch gut ertragen habe. Sie sei müde, lustlos und beschäftige sich mit der Krebsdiagnose. Im Weiteren könne sie sich nicht an die Ernährungsrichtlinien in Zusammenhang mit der Diabetes- und

Hyperlipidämie -Therapie halten ( Urk. 7/5/2). Aus ärztlicher Sicht sei zurzeit das Konzentrationsvermögen wegen der Verarbeitung der Krebsdiagnose eingeschränkt. Subjektiv fühle sich die Versicherte nicht belastbar, wofür es objektiv allerdings keine Ursache gebe. Sobald die Chemotherapie abgeschlossen sei, liege eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vor (Urk. 7/5/4). 3.2.3

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 6. Februar 2003 fest, dass die Beschwerdeführerin unter einer pathologischen Krankheitsverarbeitung infolge des Mammakarzinoms mit ängstlich-depressiven Zügen leide. Seit der Diagnose habe sie viele Probleme bekommen; sie könne nicht mehr gut schlafen und denke immer zu an den Tod. Sie hadere, weshalb es sie getroffen habe und fürchte oft, dass sie an einer anderen Körperstelle wieder an Krebs erkrankte. Sie vermöge nicht mehr alles zu leisten, was sie sich vornehme, ermüde rasch, könne nicht mehr arbeiten und halte die Lage für aussichtslos. Auch ihre Interessen hätten drastisch abgenommen. Im klinischen Gespräch sei das Denken der Beschwerdeführerin sehr von all den Ängsten absorbiert gewesen. Sie fühle sich existenziell in ihrer gesundheitlichen Integrität beeinträchtigt. Ihre Stimmung sei deutlich getrübt. Ferner seien vegetative Störungen etwa in Form von gestörtem Nachtschlaf, häufiger Müdigkeit, Erschöpfbarkeit sowie Misserempfindungen infolge eines vermehrten Schwindels vorhanden. Die Versicherte könne sich nicht mehr unbelastet auf die Arbeit einstellen und sei auch im Alltag vielfach zerstreut. Infolge der Schlafstörungen und des Gedankendrehens sei die Konzentration und Auffassungsgabe eingeschränkt. Die Behandlung - welche auch Antidepressiva beinhalte - habe bisher nur in geringem Masse Wirkung gezeigt. Die Versicherte verfüge nur über wenige Ressourcen, welche sich günstig auf den Verlauf auswirken könnten. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit daher wohl anhaltend zu 70 % eingeschränkt (zum Ganzen Urk. 7/21/5 f.). 3.2.4

Vom 13. Januar bis 10. März 2003 stand die Versicherte bei Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in Behandlung, welcher ab dem Datum der ersten Konsultation eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich attestierte. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ab Februar 2003 für 2.5 Stunden pro Woche zumutbar. Nebst einer Schwellung des rechten Oberarms (Lymphödem) seien eine periartikuläre

Druckdolenz der rechten Schulter sowie Schmerzen bei passiver Abduktion des Oberarms vorhanden ( Urk. 7/22). 3.2.5

In ihrem Bericht vom 26. Mai 2003 hielt

Dr. B. \_\_\_\_

im Wesentlichen fest, dass seit November 2001 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege. Während der Chemotherapie und der adjuvanten Bestrahlung sie dies durch die Nebenwirkungen begründet gewesen. In Bezug auf das Mammakarzinom bestünden zwar keine Anhaltspunkte für ein Lokalrezidiv oder eine Metastasierung. Seit der Krebserkrankung liege jedoch eine ausgeprägte depressive Symptomatik vor, wobei sich diese durch psychotherapeutische Behandlung mildern lassen sollte. Zudem verursache ein Lymphödem am rechten Arm trotz Kompressionsbehandlung und Lymphdrainage Schmerzen. Diese Symptomatik werde wahrscheinlich persistieren und die Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin als auch für andere mit körperlicher Aktivität verbundene Arbeiten einschränken ( Urk. 7/28/5 f.). 3.2.6

Unter der Annahme einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit November 2001 und einer gänzlichen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall, sprach die IV-Stelle eine ganze Rente ab 1. November 2002 zu. 3.3 3.3.1

Im Rahmen des aktuellen Rentenrevisionsverfahrens äusserte sich Dr. B. \_\_\_\_ mit Bericht vom 2. April 2015 dahingehend, dass der Gesundheitszustand der Versicherten seit August 2010 stationär sei. Im damaligen Bericht vom 25. August 2010 hatte die Ärztin als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, neben dem bekannten Status nach Mammakarzinom, ein Lymphödem im rechten Arm, eine chronische mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom seit 2001, Schulterschmerzen rechts seit 2007, ein rezidivierendes lumboradikuläres Reizsyndrom seit 2008, eine paramediane linksseitige Diskushernie L4/L5, einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus und eine Belastungsinkontinenz, die 2009 mittels einer TVT Einlage operativ behandelt worden sei, festgehalten ( Urk. 7/48/7). Neu hinzugetreten sei unter anderem eine chronische Periarthritis humeroscapularis rechts. Im Haushaltsbereich liege eine Einschränkung von 30 % vor. Die Tätigkeit als Raumpflegerin sei nicht mehr zumutbar. Dies gelte aufgrund der chronischen Depression mit Antriebsminderung, Gedankenkreisen und deutlich verminderter Belastbarkeit mit Konzentrationsstörungen auch für leidensangepasste Tätigkeiten (Urk. 7/69/6 f.). 3.3.2

Dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 16. August 2016 sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 7/100/35): -

Periarthropathie

humeroscapularis rechts mit Bewegungseinschränkung bei ansatznaher perforierender/transmuraler Partialruptur der Supraspinatussehne, - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.8).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber im Wesentlichen folgende Diagnosen ( Urk. 7/100/35 f.): - lumbovertebrales Syndrom ohne grosse Funktionseinschränkung bei Diskushernie L4/5 links ohne Neurokompression und ohne neurologische Ausfallerscheinungen sowie Status nach periradikulärer Infiltration L4/5, - zirkuläre Hypästhesie am rechten Arm, - Status nach Ringbandspaltung am kleinen Finger rechts vom 8. Mai 2015, - Diabetes mellitus, insulinpflichtig seit 2001, - Dyslipidämie, -

invasiv duktales Mammakarzinom rechts mit Status nach Tumorektomie und Axillastaging sowie Chemo- und Radiotherapie, Lymphödem am rechten Arm, - rezidivierendes lumboradikuläres Reiz syndrom seit 2008, - Belastungsinkontinenz, Status nach Einlage eines TVT 2009.

Gegenüber Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, habe die Beschwerdeführerin zum einen von chronischen Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in die Beine berichtet. Zum anderen seien auch an der rechten Schulter chronische Schmerzen, eine verringerte Kraft und eine eingeschränkte Beweglichkeit vorhanden. Hinzu komme ein schnellender kleiner Finger rechts, welcher trotz Operation im Mai 2015 weiterhin Schmerzen und Schwellungen an der Hand verursache ( Urk. 7/100/14). Die klinische Untersuchung habe bis auf die Problematik an der rechten Schulter einen unauffälligen orthopädischen Status ergeben. Im Schulterbereich seien insbesondere lokale Druckdolenz über dem AC-Gelenk und dem Schulterpunkt eruiert gewesen. Die Bewegungsprüfung sei rechts leicht eingeschränkt und endständig dolent gewesen. Zudem habe sich eine leichte Kraftreduktion in allen Ebenen feststellen lassen. Insgesamt seien die Beschwerden an der rechten Schulter überwiegend nachvollziehbar. Im Bereich der Ringbandsplattung hätten sich keine abnormen Befunde und reizlose Verhältnisse ergeben. An der Lendenwirbelsäule habe eine ordentliche Beweglichkeit mit einer lokalen Druckdolenz bestanden ( Urk. 7/100/25).

Vor diesem Hintergrund seien der Versicherten Arbeiten mit Heben und Tragen von schweren Lasten über zehn Kilogramm links und über fünf Kilogramm rechts nicht mehr zumutbar. Gleiches gelte für ständige Überkopfarbeiten rechts sowie das Hantieren mit stossenden, vibrierenden und schlagenden Maschinen. Für die angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft bestehe daher eine vollumfängliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sei indes aus rein orthopädischer Sicht zu 100 % zumutbar ( Urk. 7/100/26 f.).

Der Teilexpertise von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, ist zu entnehmen, dass die Versicherte über Rückenbeschwerden, Schmerzen am rechten Arm, Vergesslichkeit und die Angst, Verantwortung zu übernehmen, geklagt habe ( Urk. 7/100/56). Anlässlich der Untersuchung habe sich bis auf eine zirkuläre Hypästhesie am rechten Arm ein normaler Neurostatus gezeigt. Insbesondere habe sich keine Pathologie betreffend die anamnestisch durchgemachten lumboradikulären Reizsyndrome L4/5 feststellen lassen. Im Zusammenhang mit der früheren Behandlung des Mammakarzinoms seien Bestrahlungen in der Nähe des Armplexus vorgenommen worden, was zu Störungen des Nervengeflechts im Arm führen könne. Vor diesem Hintergrund wäre eine Sensibilitätsstörung des rechten Arms grundsätzlich denkbar. Schwierig nachzuvollziehen sei jedoch, weshalb nur die eine Modalität (Berührung) gestört sein soll und eine andere Oberflächensensibilitätsstörung (Temperatur) demgegenüber nicht. Dies sei nicht als Simulation respektive Aggravation seitens der Versicherten zu werten, sondern als Verdeutlichungstendenz. Insgesamt fehle es an signifikanten neurologischen Defiziten, aus welchen sich eine Arbeitsunfähigkeit ableiten lasse ( Urk. 7/100/60 f f.).

Anlässlich der psychiatrischen Exploration durch Dr. Z.\_\_\_\_, die mittels einer Dolmetscherin erfolgte, hätten zunächst sehr erregte Vorwürfe gegen die Invalidenversicherung dominiert. Mit der Zeit sei der Dialog sachlicher geworden. Die Versicherte habe über eine sehr schlechte seelische Verfassung geklagt. Seit der

Chemotherapie habe sie alles vergessen und könne nicht mehr gut denken. Nochmals befragt zur aktuellen Situation betreffend Kognition, Affekt, Emotion, Körperwahrnehmung und Ängsten seien trotz mehrfachen Nachfragens keine differenzierten Antworten erhältlich gewesen. Schliesslich habe die Explorandin verzweifelt gerufen, dass ihre Psychotherapeutin letztes Jahr und ihre Mutter vor zwei Wochen verstorben seien, weshalb sie nun ihre an Schizophrenie leidende Schwester bei sich aufnehme. Aktuell versuche man, sie in den Haushalt zu integrieren.

Am Ende des Gesprächs sei die Versicherte noch mals wütend geworden. Sie wolle nicht mehr in dieser Schweiz leben und sich dafür rechtfertigen müssen, dass sie eine Invalidenrente beziehe. Im Bericht der Hausärztin sei bereits alles aufgeführt (Urk. 7/100/74). Die Untersuchung habe weder Hinweise auf Bewusstseins- noch auf Orientierungsstörungen ergeben. Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien im klinischen Gespräch nicht relevant beeinträchtigt gewesen. Auffällig gewesen sei die Behauptung der Versicherten, wonach sie selbst die Rechnung 100 - 1 nicht mehr lösen könne, wobei die letzte Chemotherapie dafür ursächlich sei. Das formale Denken sei geordnet gewesen. Anhaltspunkte für Zwänge, Phobien mit Krankheitswert, Wahnerleben, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen hätten sich ebenfalls nicht ergeben. Affektiv sei die Versicherte initial gereizt gewesen. Hinweise auf Affektarmut, Hoffnungs- oder Ratlosigkeit, Ängstlichkeit, Parathymie oder Affektlabilität hätten sich nicht eruieren lassen. Die Explorandin sei immer wieder klagsam gewesen. Zudem hätten leichte Insuffizienzgefühle und Hinweise auf Störungen der Vitalgefühle festgestellt werden können. Circadiane Besonderheiten hätten ebenso wenig vorgelegen wie Störungen des Antriebs oder der Appetenz (Urk. 7/100/78 ff.).

Im Vergleich zu früheren ärztlichen Beurteilungen seien die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode nicht mehr erfüllt. Die Versicherte sei sehr vital, agil und initial auch sehr laut und aggressiv gewesen. Nach einer Viertelstunde habe sie sich jedoch umgänglich gezeigt, ohne depressiven Habitus und ohne dauerhafte Absenkung von Interessen, Stimmung oder Antrieb. Es sei zumindest seit einem Jahr von einer unvollständig remittierten depressiven Störung auszugehen. Der aktuelle Befund sei deutlich besser als beispielsweise derjenige, welcher von Dr. E.\_\_\_\_ im Jahr 2003 erhoben worden sei (Urk. 7/100/83).

Für eine einfache und routinierte Tätigkeit ohne ständigen Kontakt zu anderen Personen, ohne Bedienung gefährlicher Maschinen, ohne ständige Störung durch besondere Lärm- und Lichtverhältnisse bestehe bei erhöhtem Pausenbedarf eine Arbeitsunfähigkeit von nicht mehr als 50%. Unter konsequenter Therapie sollte die Einschränkung der Leistungsfähigkeit nicht mehr als 33% betragen (Urk. 7/100/85 ff.).

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, äusserte sich in seinem Teilgutachten dahingehend, dass die Versicherte vor allem über Schmerzen im Bereich des rechten Arms, der rechten Schulter und der lumbalen Wirbelsäule geklagt habe. Zudem leide sie unter einer Belastungsinkontinenz und einer depressiven Stimmungslage. In der körperlichen Untersuchung habe sich ein Lymphödem im Bereich des rechten Arms gezeigt, welches die Versicherte jedoch kaum einschränke. Ausserdem seien diffuse Schmerzen im gesamten rechten Schultergürtel mit schmerzbedingter Einschränkung der Beweglichkeit im rechten Schultergelenk vorhanden. Des Weiteren habe sich eine leichte epigastrische

Druckdolenz ergeben. Die Inkontinenzbeschwerden hätten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Gesamthaft seien derzeit keine internistischen Erkrankungen vorhanden, die eine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich rechtfertige. Voraussetzung für die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit seien allerdings eine Einschränkung der Tragelast auf höchstens zehn Kilogramm und regelmässige Pausen für entstauende Massnahmen (Urk. 7/100/93 f.).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Sachverständigen zur Auffassung, die angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft beziehungsweise Zimmermädchen sei aus orthopädischen Gründen nicht mehr zumutbar. Für dem Belastungsprofil angepasste Tätigkeiten bestehe aus psychischen Gründen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Bei zumutbarer Optimierung der Therapie betrage die Einschränkung nicht mehr als 33 % (Urk. 7/100/36 f., 7/100/46 f.). 4. 4.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die der Versicherten erst mals mit Verfügung vom 3. Oktober 2003 (Urk. 7/33) zugesprochene ganze Rente der Invalidenversicherung zu Recht aufgehoben hat. In diesem Zusammenhang ist zunächst zu prüfen, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt. Die Beschwerdegegnerin erachtete einen solchen gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 16. August 2016 (Urk. 7/100) als gegeben, da sich der Gesundheitszustand der Versicherten gebessert habe (vgl. Urk. 2).

Die Expertise beruht auf umfassenden orthopädischen, neurologischen, psychiatrischen sowie internistischen Abklärungen und wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 7/100/5 ff., 7/100/52 ff.). Die Versicherte konnte gegenüber den einzelnen Gutachtern ihre aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt. Sie konnte sich insbesondere auch zu verschiedenen Themenbereichen wie dem beruflichen Werdegang und dem gewöhnlichen Tagesablauf äussern (Urk. 7/100/14 ff., 7/100/55 ff., 7/100/74 ff. und 7/100/89 ff.). Die geklagten Leiden fanden darüber hinaus im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und erläutert wurden (Urk. 7/100/21 ff., 7/100/35 ff., 7/100/60 f., 7/100/82 ff. und 7/100/93 f.). Soweit möglich erfolgte ausserdem eine Auseinandersetzung mit vorangegangenen

ärztlichen Beurteilungen (Urk. 7/100/23 f., 7/100/82 f.). Gesamthaft erfüllt das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten somit die formellen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.5). 4.2

Dr. Z.\_\_\_\_ führte im psychiatrischen Teilgutachten aus, dass die rezidivierende depressive Störung zumindest seit einem Jahr unvollständig remittiert sei. Entgegen der Argumentation der Versicherten (Urk. 1 S. 5) liess er nicht offen, ob es zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen sei. Vielmehr wies er explizit darauf hin, dass sich der aktuelle Befund deutlich besser darstellt, als beispielsweise derjenige, welcher von Dr. E.\_\_\_\_ im Jahr 2003 erhoben worden sei (Urk. 7/100/83). In der Tat ergab die Exploration durch Dr. Z.\_\_\_\_ einen weitgehend unauffälligen Psychostatus (vgl. Urk. 7/100/78 ff.), wobei insbesondere ein typischer depressiver Habitus mit gedrückter Stimmung, Interessensverlust und Antriebsstörungen nicht festgestellt werden konnte (Urk. 7/100/83; vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, 2015, S.

169). Entsprechend ging Dr. Z.\_\_\_\_

im Unterschied zu Dr. E.\_\_\_\_, welcher eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert hatte (Urk. 7/21/6), auch von einer höheren Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % aus (Urk. 7/100/85 ff.). 4. 3

Nach dem Gesagten liegt ein Revisionsgrund vor, da sich der psychische Gesundheitszustand seit Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 3. Oktober 2003 wesentlich gebessert hat. Es handelt sich nicht um eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass insbesondere mit Blick auf die im Vorbescheidverfahren eingereichten ärztlichen Berichte nicht auf die Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ abgestellt werden könne (vgl. Urk. 1 S. 6 ff.), kann ihr nicht beigespflichtet werden. Zum einen ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten ist denn auch nicht stets in Frage zu stellen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen.

Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

Eben solche Gesichtspunkte sind weder dem Bericht des Zentrums J.\_\_\_\_ vom 21. November 2016, noch demjenigen der Integrierten Psychiatrie K.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2016 zu entnehmen (Urk. 7/113/4 ff.). Man gets entsprechend er objektiver Befunde lassen sich insbesondere die Diagnose einer gegenwärtig schweren depressiven Episode sowie die seitens des K.\_\_\_\_ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehen. Darüber hinaus geht aus dem Bericht der J.\_\_\_\_ hervor, dass die Verschlechterung der psychischen Situation in direktem Zusammenhang mit einem ablehnenden Entscheid der IV-Stelle stehe (Urk. 7/113/4), womit wohl der Vorbescheid vom 29. September 2016 gemeint ist (Urk. 7/105). Das Beschwerdebild wird folglich massgeblich durch einen psychosozialen - invaliditätsfremden - Faktor geprägt, wobei die behandelnden Ärzte nicht dazu Stellungnahmen, inwiefern eine von dieser Belastungssituation verselbständigte psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vorliegt. In diesem Kontext ist zudem anzumerken, dass die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen nur solange auf den tatsächlichen Leidensdruck hinweist, als das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Gesamthaft vermögen die beiden erwähnten Berichte jedenfalls die Beweiskraft des psychiatrischen Teilgutachtens nicht in Frage zu stellen. 5. 5.1

Nach dem Gesagten hat sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der erstmaligen Rentenzusprechung wesentlich gebessert, weshalb ein Revisionsgrund vorliegt und der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen ist. Dabei besteht keine Bindung an frühere Beurteilungen (vgl. E. 1.3). 5.2

In rein somatischer Hinsicht kann ohne Weiteres auf die überzeugende Schlussfolgerung der MEDAS-Gutachter abgestellt werden, wonach die Versicherte ihre angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft respektive Zimmermädchen namentlich aufgrund der Einschränkungen am rechten Arm beziehungsweise an der rechten Schulter nicht mehr ausüben kann. Als ebenso schlüssig erweist sich in Anbetracht der erhobenen Befunde sowie der gestellten Diagnosen die Einschätzung, dass eine leidensadaptierte Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm links und über fünf Kilogramm rechts, ohne ständige Überkopparbeiten rechts sowie ohne Hantieren mit stossenden, vibrierenden oder schlagenden Maschinen zu 100 % zumutbar ist (Urk. 7/100/36 f., 7/100/46 f.). Die Parteien zweifeln diese Beurteilung - soweit ersichtlich - ebenfalls nicht an, weshalb sich Weiterungen diesbezüglich erübrigen. 5.3 5.3.1

Uneinigkeit besteht demgegenüber bezüglich der Frage, ob auf die von Dr.

Z. \_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von höchstens 50 % - respektive 33 %

bei Optimierung der Therapie - für leidensadaptierte Tätigkeiten abgestellt werden kann, welche auch Eingang in die Konsensbeurteilung fand (vgl. Urk. 7/100/36 f., 7/100/46 f. und 7/100/86 f.). 5.3.2

Nach der Rechtsprechung ist es entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 5 und 11 sowie

Urk.

#### **E. 2.25**

resultiere ein Invaliditätsgrad von 8 %, weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

#### **E. 8**

E. 7.4).

#### **E. 10**

) in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, selbst abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinische festgestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bestimmter Höhe und Ausprägung führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall das Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 f.). Von einer medizinischen Einschätzung

der Arbeitsunfähigkeit kann aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein - wie vorliegen d grundsätzlich beweiskräftiges - Gutachten dadurch seinen Beweiswert verlore. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist die notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungs rechtlichen Begriffe von Arbeits-, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (Urteil des Bundesgerichts 9C\_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3 mit Hinweis). 5.3.3

Ob die von Dr. Z.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit überzeugt, ist anhand des vom Bundesgericht prinzipiell für sämtliche psychischen Leiden für anwendbar erklärten strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen (vgl. oben E. 1.4). In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist dabei sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio).

Zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist zunächst festzuhalten, dass Dr. Z.\_\_\_\_ die depressive Symptomatik als weitgehend remittiert eingestuft hat (Urk. 7/100/86), was in Anbetracht der Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde schlüssig erscheint (vgl. bereits E. 4.2). In Bezug auf den Indikator «Behandlungs- und Eingliederungsresistenz» ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass keine Therapieresistenz der depressiven Störung vorliegt. Solches geht weder aus den Berichten der behandelnden Ärzte (Urk. 7/113/4 ff.) noch aus dem psychiatrischen Teilgutachten hervor. Dr. Z.\_\_\_\_ kam vielmehr zum Schluss, dass die Behandlung bisher nicht lege artis durchgeführt worden und optimierbar sei (Urk. 7/100/87). Hinsichtlich des Indikators «Komorbiditäten» ist anzumerken, dass keine psychische Begleiterkrankung vorliegt. Gemäss bundesgerichtlicher Praxis können indes auch körperliche Begleiterkrankungen als potentiell ressourcenhemmende Faktoren auftreten. Im konkreten Fall sind Wechselwirkungen zwischen der weitgehend remittierten depressiven Symptomatik und den körperlichen Leiden jedoch nicht naheliegend, zumal insbesondere mit Blick auf die Krebserkrankung im Jahr 2001

- welche in engem Zusammenhang mit der zur selben Zeit auftretenden depressiven Symptomatik stand (vgl. E. 3.2.3 und 3.2.5) - bis anhin weder ein Tumor rezidiv noch Metastasen festgestellt werden konnten (vgl. Urk. 7/48/12, 7/69/12). Was die Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin anbelangt, gilt es zu berücksichtigen, dass keine Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne vorliegt. Dr. Z.\_\_\_\_ ging von einer differenzierten Persönlichkeit aus (Urk. 7/100/80). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die von den behandelnden Ärzten festgestellte Persönlichkeitsakzentuierung (vgl. Urk. 7/113/4, 7/113/7) eine Abweichung von der Norm und keine Krankheit im eigentlichen Sinne darstellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Zum Komplex «Sozialer Kontext» ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin über ein intaktes soziales Umfeld verfügt und in dieser Hinsicht auf entsprechende Ressourcen zurückgreifen kann. Unter anderem lebt sie mit ihrem langjährigen Ehemann und den beiden mittlerweile erwachsenen Kindern zusammen, welche sie bei Bedarf auch

im Haushalt unterstützen . Mit Freunden steht sie ebenfalls in Kontakt (Urk. 7/100/16 f., 7/100/71 f. ). Ein erheblicher krankheitsbedingter sozialer Rückzug ist nicht ausgewiesen.

Zum beweisrechtlich entscheidenden Aspekt der «Konsistenz» ist festzuhalten, dass ein Leidensdruck behandlungsanamnestisch kaum

ausgewiesen ist. Gegenüber dem Gutachter gab die Versicherte an, dass sie sich einmal pro Monat bei lic . phil. L.\_\_\_\_

in therapeutische Behandlung begeben habe (Urk. 7/100/75 , 7/100/77 ). Ob dies zutrifft, ist in Anbetracht der Aktenlage jedoch zweifelhaft. So finden sich keine Angaben zu behandelnden Psychiatern oder Psychologen in den von der Beschwerdeführerin ausgefüllten Revisionsfragebogen (vgl. Urk. 7/35/1, 7/44/2 und 7/61/2). Für den Zeitraum von Februar 2003 (vgl. Urk. 7/21) bis November 2016 (vgl. Urk. 7/113/4 ff.) liegen denn auch keine entsprechenden Berichte vor. Als die Beschwerdegegnerin von lic . phil. L.\_\_\_\_

im April 2015 einen psychologischen Bericht einholen wollte (vgl. Urk. 7/72), wurde ihr telefonisch mitgeteilt, dass die Versicherte seit zwei Jahren keine Behandlung mehr in Anspruch genommen habe (Urk. 7/73).

Selbst wenn therapeutische Sitzungen tatsächlich im Monatsintervall durchgeführt wurden, zeugt dies jedenfalls nicht von einem hohen Leidensdruck. Gegenteiliges legen auch die Ergebnisse der von den Gutachtern in Auftrag gegebenen Blutanalyse nicht nahe. Sämtliche Werte in Bezug auf Antidepressiva lagen unter dem Referenzbereich (Urk. 7/100/70).

Im Zusammenhang mit dem Indikator der Konsistenz ist im Weiteren zu berücksichtigen, dass Dr. Z.\_\_\_\_ auf diverse Diskrepanzen hingewiesen hat. Teilweise hätten sich beispielsweise auffällige Antworttendenzen ergeben. Es seien umso mehr Beschwerden genannt worden, je mehr danach gefragt worden sei. Auch eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen verneinte der Sachverständige (Urk. 7/100/81). Dem ist beizupflichten, zumal die Beschwerdeführerin in der Lage ist, den Haushalt weitgehend selbständig zu erledigen. Im Weiteren führt sie regelmässig den Hund spazieren, liest gerne, kauft gerne ein, betreibt (Kranken-)Gymnastik, geht regelmässig schwimmen sowie ab und zu in den Ausgang. Ausserdem versucht sie ihre geistig behinderte Schwester in den Haushalt zu integrieren und fliegt einmal jährlich in ihre Heimat (Urk. 7/100/16 f., 7/100/77).

Gesamthaft ergibt sich aus der Prüfung der Standardindikatoren und deren Gesamtwürdigung, dass auf die von Dr. Z.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht abgestellt werden kann. Die Beschwerdeführerin ist bei Ausschöpfung ihrer vorhandenen Ressourcen aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht in der Lage, eine den körperlichen Leiden angepasste Tätigkeit zu verrichten. Dafür sprechen nebst den weitgehend unauffälligen objektiven Befunden insbesondere das hohe Aktivitätsniveau, das intakte soziale Umfeld sowie der fehlende Leidensdruck. Ein rechtsgenügender Bezug zwischen den gestellten Diagnosen und deren funktionellen Auswirkungen im Sinne einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ist insgesamt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht ausgewiesen, weshalb die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen zu tragen hat (vgl. BGE 141 V 281 E. 6) . 6 .

Nach dem Gesagten ist die Beschwerdeführerin aus somatischen Gründen nicht mehr in der Lage, ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft nachzugehen. Eine

leidensadaptierte Tätigkeit ist ihr jedoch in einem 100%-Pensum zumutbar. Sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen sind ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, da die Versicherte - welche über keine berufliche Ausbildung verfügt - vor der Krebserkrankung im Jahr 2001 nur stundenweise als Reinigungskraft tätig war und seither keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat (vgl. Urk. 7/1, 7/11 ff.).

Vor diesem Hintergrund erübrigt sich die genaue Ermittlung der Vergleichseinkommen rechtsprechungsgemäss (Urteil des Bundesgerichts 8C\_365/2012 vom 30. Juli 2012 E. 7 mit Hinweis), da der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entspricht (0 %). Selbst unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs vom Invalideneinkommen in maximaler Höhe von 25 % (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2) ergäbe sich somit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 % (vgl. E. 1.2). 7.7.1

Abschliessend bleibt auf den Einwand einzugehen, wonach die Beschwerdegegnerin die Rente aufgrund des fortgeschrittenen Alters der Beschwerdeführerin zu Unrecht aufgehoben habe, ohne zuvor Eingliederungsmassnahmen in Aussicht zu stellen (Urk. 1 S. 4). 7.2

Im Regelfall ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Diese Rechtsprechung ist grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die (revisions- oder wiedererwägungsweise) Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil des Bundesgerichts 8C\_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.4 und 9C\_412/2014 vom 20. Oktober 2014 E. 3.1). 7.3

Im Zeitpunkt der Renteneinstellung war die im Januar 1962 geborene Beschwerdeführerin bereits über 55 Jahre alt. Eine revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Rente ist da mit gemäss zitierter bundesgerichtlicher Praxis grundsätzlich nur zulässig, wenn die Beschwerdegegnerin zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat.

Die Beschwerdeführerin hat allerdings nicht nur in den von ihr ausgefüllten Revisionsfragebogen

jeweils klar zum Ausdruck gebracht, dass sie sich die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht vorstellen könne (Urk. 7/44/6, 7/61/1 f.). Auch gegenüber den einzelnen Gutachtern äusserte sie sich dahingehend, dass sie die weitere Ausrichtung einer Invalidenrente erwarte und sich als nicht arbeitsfähig erachte. Selbst die Diskussion über eine Verweistätigkeit war nicht möglich (Urk. 7/100/18, 7/100/45, 7/100/58 und 7/100/74). Hinzu kommt, dass die Versicherte noch im Vorbescheidverfahren einzig die Bestätigung des Rentenanspruchs verlangt hat, ohne die fehlende Durchführung von Eingliederungsmassnahmen zu rügen (vgl. Urk. 7/114).

Vor diesem Hintergrund ist bei der Beschwerdeführerin weder der Wille noch die Motivation zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu erkennen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fehlt es infolge der subjektiven Krankheitsüberzeugung an einem Eingliederungswillen, welcher indes für die Durchführung von beruflichen Massnahmen unabdingbar ist. Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen verneint und direkt die Rentenaufhebung verfügt hat (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.2, 8C\_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.2 und 9C\_491/2017 vom 26. September 2017 E. 4.3 mit Hinweisen). 8.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin die Rente der Versicherten zu Recht revisionsweise auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben (vgl. Art. 88 bis

Abs. 2 lit. a IVV), da kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad mehr vorliegt. Entgegen dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin besteht in Anbetracht der beweiskräftigen Aktenlage auch kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3).

Die angefochtene Verfügung vom 5. Juli 2017 (Urk. 2) ist somit nicht zu beanstanden, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 9.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - TCL Treuhand & Versicherungen 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Würsch

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