

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01071 vom 1. Juli 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-07-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01071](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01071)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01071 du 1 juillet 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01071 del 1 luglio 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 Allgemeinen 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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 Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich 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 Kontext 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). 1.

### **E. 1.5**

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen ( Art. 28a Abs. 3 IVG); dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2 mit Hinweisen).

Nach der bis 31. Dezember 2017 gültigen Gerichts- und Verwaltungspraxis zur Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode (grundlegend BGE 125 V 146; vgl. Art. 27 und 27 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] in der seit dem 1. Januar 2018 geltenden Fassung und Übergangsbestimmung zur Änderung der IVV vom 1. Dezember 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018) wird zu nächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (vgl. Art. 27 IVV) ermittelt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei im Erwerbsbereich praxisgemäss berücksichtigt wird, was die versicherte Person im Gesundheitsfall aus ihrer Teilerwerbstätigkeit erzielen würde. Die Gesamtinvalidität ergibt sich aus der Adierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten (BGE 131 V 51 E. 5.5.1, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2b und 5c). 1.

### **E. 1.7**

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

### **E. 2**

IVG).

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 5. September 2017 (Urk. 2) zusammengefasst, gestützt auf das medizinische Verlaufsgutachten vom 19. Dezember 2016 (Y. \_\_\_ -Gutachten ; Urk. 10/167) habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache verbessert. Seither sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Bei einer Qualifikation von einer 70% igen Erwerbstätigkeit und 30% igen Tätigkeit im Haushaltsbereich resultiere – unter Beachtung einer Einkommensparallelisierung –

ein Invaliditätsgrad von 0 %. Auf eine Abklärung der Einschränkungen im Haushaltsbereich könne verzichtet werden, da bei dieser Gewichtung auch mit hoher Einschränkung im Haushaltsbereich kein Rentenanspruch entstehe (S. 2).

#### **E. 2.2**

mit Hinweisen ), wovon hier nach Gesagten auszugehen ist. Eine Fremdanamnese und (schriftliche oder mündliche) Auskünfte der behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten sind häufig wünschenswert, aber entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin nicht zwingend erforderlich (Urteil des Bundesgerichts 8C\_215/2012 vom 11. Juli 2012 E. 7.4). Anfragen beim behandelnden Arzt sind praxisgemäss wertvoll, wenn sie erweiterte Auskünfte über Persönlichkeit und Compliance des Exploranden erwarten lassen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.2). Solche Umstände liegen hier nicht vor.

Sodann haben sich die Gutachter hinreichend mit den wesentlichen Vorakten

auseinandergesetzt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweisen; zum Ganzen E. 5.1 hiervor). Ein Anspruch darauf, dass die Gutachter in der Folge mit den behandelnden Ärzten zusammensitzen, um die Gutachtenergebnisse zu diskutieren, wie dies die Beschwerdeführerin fordert, besteht nicht.

Soweit die Beschwerdeführerin vorbrachte, die PTBS sei von der psychiatrischen Gutachterin ohne weitere Begründung ausgeschlossen worden (Urk. 1 S. 10), kann auf die Definition der posttraumatischen Belastungsstörung verwiesen werden. Typische Merkmale sind demnach das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, oder in Träumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtheit und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie (Unfähigkeit Freude und Lust zu empfinden) sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten (Dilling H./Mombour W./Schmidt M.H. [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V [F], 10. Überarbeitete Auflage, 2015, S. 207

F43.1). Anzeichen hierfür lassen sich den Akten nicht entnehmen.

Auch dem

Einwand der Beschwerdeführerin, eine Auseinandersetzung mit dem stark abweichenden Bericht der behandelnden Psychiaterin habe nicht stattgefunden (Urk. 1 S. 9 f.), kann nicht gefolgt werden. Einerseits stimmen die Beurteilungen in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und die gesundheitliche Verbesserung überein. Andererseits hat die Psychiaterin G.\_\_\_\_ nicht begründet, weshalb trotzdem weiterhin nur eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstatt zumutbar sein soll, während die Expertin des Y.\_\_\_\_ die veränderte Diagnosestellung sowie deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit schlüssig darlegte. Zudem darf der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass die behandelnden Ärzte 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), weshalb die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin nicht geeignet ist, das Gutachten in Zweifel zu ziehen.

5.2.4

Schliesslich erblickte die Beschwerdeführerin einen Widerspruch darin, dass die Gutachter empfahlen, im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung die freiwillige Tätigkeit im Altersheim auszubauen und gleichzeitig eine 100%ige Arbeitsfähigkeit statuierten (Urk. 1 S. 10).

Während rechtsprechungsgemäss die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte

auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten ist (Urteile des Bundesgerichts 9C\_396/2014 vom 15. April 2015

E. 5.4 und 9C\_401/2014 vom 26. November 2014 E. 4.2.2; je mit Hinweis en), ist für die Evaluation von konkreten geeigneten Tätigkeiten die Verwaltung zuständig, die dazu allenfalls Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung beizuziehen hat (Urteil des Bundesgerichts 8C\_545/2012 vom 25. Januar 2013

E. 3.2.1, nicht publiziert in BGE 139 V 28; vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2). Daraus erhellt, dass die gutachterliche Empfehlung zur Wiedereingliederung die Schlüssigkeit der Expertise nicht in Zweifel zu ziehen vermag.

Entscheidend ist mithin allein die nachvollziehbare Feststellung, die Beschwerdeführerin sei in einer leidensadaptierten, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden, optimal angepassten Tätigkeit bei einem vollen Pensum quantitativ uneingeschränkt zu 100 % arbeitsfähig (E. 4.3.6 hier vor). 5.3

Dem Ausgeführten folgend ist festzuhalten, dass das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Dezember 2016 beweiskräftig ist. Dementsprechend liegt mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin vor.

Gegenteiliges vermag die Beschwerdeführerin auch aus dem mit Stellungnahme zum Vorbescheid (29. März 2017; Urk. 10/180) eingereichten Bericht des P.\_\_\_\_ vom 23. März 2017 (Urk. 10/177) nicht abzuleiten. Namentlich waren den Gutachtern die entsprechenden medizinischen Vorakten bekannt (Urk. 10/167 S. 2-23), wobei der genannte Bericht keine veränderte Diagnosestellung ausweist (E. 4.4 hiervor). Die für die Hospitalisation verantwortlichen Beschwerden regredierten sodann innert wenigen Tagen.

Insgesamt ist somit nicht zu beanstandenen, dass die Beschwerdegegnerin – dies zugunsten der Beschwerdeführerin, zumal die Gutachter bereits ab August 2016 eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit attestierten (Urk. 10/167 S. 84) - die Zumutbarkeit einer leidensangepassten Tätigkeit ab September 2016 als ausgewiesen erachtete. 6.

### **E. 2.3**

Vergleichszeitpunkt für eine revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin bildet die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 10. September 2013 (Urk. 10/124 f.), mit welcher sie der Beschwerdeführerin in eine ganze Invalidenrente zusprach. Die Mitteilung vom 24. April 2014 (Urk.

10/133) fällt als Vergleichszeitpunkt hingegen ausser Acht, da sich die Abklärungen im Beizug von Berichten der behandelnden Ärzte erschöpften, erwerbliche Erhebungen hingegen gänzlich unterblieben (Urk. 10/132; BGE

133

V

108 E.

#### 5.4). 3. 3.1

Der am 10. September 2013 (Urk. 10/124 f.) verfügten ganzen Invalidenrente la gen im Wesentlichen nachstehende medizinische Unterlagen zugrunde: 3.2

Am 21. Dezember 2009 (Urk. 10/21) diagnostizierte die behandelnde Dr. med. A.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin, ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom und ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatoformer Beteiligung sowie eine mittelgradige depressive Episode. Seit 10. August 2009 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (S. 2). 3.3

In seinem Bericht vom 21. März 2010 (Urk. 10/27/3-6) bestätigte Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, unter Verweis auf die Berichte der C.\_\_\_\_ vom 25. September 2009 (Urk. 10/27/10-13), des D.\_\_\_\_ vom 14. November 2009 (Urk. 10/27/7-9) und der E.\_\_\_\_ vom 18. Juni 2009 (Urk. 10/27/18 f.) die von Dr. A.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen (S. 1 f.).

Während er bezüglich der Arbeitsfähigkeit zunächst auf die Beurteilung der behandelnden Spezialärzte verwies (S. 1), bescheinigte er am 15. Dezember 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 2009, die sich mittelfristig nicht verbessern lasse; im Haushalt schätzte er die Arbeitsunfähigkeit auf etwa 75 % (Bericht vom 15. Dezember 2011 ;

Urk. 10/91/1). 3.4

Nach einer entsprechenden Abklärung im F wurde am 13. April 2011 in psychiatrischer Hinsicht eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS; ICD-10 F90.0) diagnostiziert und eine medikamentöse Behandlung empfohlen (Urk. 10/103/20-21). 3.5

Laut Bericht der Orthopäden der C.\_\_\_\_ vom 16. September 2011 (Urk. 10/84/5 f.) erfolgte am 23. März 2011 eine mikrochirurgische Sequestrektomie bei Diskushernie L5/S1 mit Wurzelkompression S1 rechts.

Nach erneuter Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 7. Oktober bis 14. Oktober 2011 wegen akuter Rückenbeschwerden (vgl. Bericht vom 19. Oktober 2011; Urk. 10/92/7-9) wurde in der C.\_\_\_\_ am 17. November 2011 eine mikrochirurgische Re-sequestrektomie L5/S1 rechts durchgeführt (Urk. 10/93 S. 1).

Die Orthopäden der C.\_\_\_\_ erachteten am 11. Juni 2012 eine Wiederaufnahme der Arbeit in einem reduzierten Umfang für denkbar (Urk. 10/96). 3.6

In ihrem Bericht vom 19. November 2012 (Urk. 10/103/6-10) stellte die behandelnde Psychiaterin med. pract. G.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, unter Verweis auf den Austrittsbericht Physiotherapie der H.\_\_\_\_ vom 7. Juli 2011 (Rehabilitationsaufenthalt vom 8. Juni bis 2. Juli 2011 ;

Urk. 10/105; vgl. auch Bericht des Rehabilitationsaufenthaltes vom 21. Juni bis 17. Juli 2010; Urk. 10/36), den Austrittsbericht der I.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2012 (teilstationäre Behandlung von 8. März bis 17. Juli 2012 ; Urk. 10/103/14-16), den Bericht der J.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2012 (Urk. 10/100-102) und den Bericht der ADHS-Abklärung des F.\_\_\_\_ vom 13. April 2011 (E. 3.5 hier vor) zusammenfassend sowie eigendiagnostisch folgende Diagnosen (vgl. dazu auch Bericht vom 12. April 2010 ;

Urk. 10/29/5-9 S. 5): - Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ICD-10 F90.0), neu seit April 2011 - Status nach mehrfachem ADHS (richtig wohl: PTBS; ICD-10 F43.1, Gewalt, Bedrohung, mehrere Unfälle), neu seit 2012 - Mittelschwere depressive Episode

mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11, grenzwertig zu schwer, Beck-Depressionsinventar 48 Punkte, schwer ab 50) - Rückenschmerzen - Status nach drei Suizidversuchen (ICD-10 Z91.5), August 2009, November 2009, März 2010 - Belastung durch Betreuung von verhaltensauffälligem Kind (ICD-10 Z63.7)

Als somatische Diagnosen notierte sie: - Lumbospondylogenes Syndrom rechts betont mit/bei Spondylarthrosen L4-S1, Osteochondrosen L4/5, L5/S1, Diskushernie L5/S1 (MRI April 2009, und Discopathie L5/S1, Bericht Dr. B.\_\_\_\_) - Status nach Lendenwirbelsäulen-Kontusion (Bierfass 25 l), Oktober 1992 - Status nach zwei Treppenstürzen, Juli 2002 (Lendenwirbelsäulen-Kontusion), Juni 2003 - Status nach Autounfall mit Halswirbelsäulen-Distorsion, September 2003 - Status nach Autounfall, November 2011

Am 12. April 2010 (Urk. 10/29/5-6) hatte die Psychiaterin zur Arbeitsfähigkeit vermerkt, in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aktuell nicht arbeitsfähig. Es bestehe ein sehr schlechter psychischer und physischer Zustand. Eine weitere Hospitalisation sei notwendig und in Planung (S. 6). Am 19. November 2012 hielt sie eine Teilarbeitsfähigkeit längerfristig für erreichbar (Urk. 10/103/6-10 S. 8). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht vorläufig nicht zumutbar und es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit (S. 9). 3.7

Die Ärztin des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin gelangte am 16. Februar 2012 in Würdigung der medizinischen Akten zum Schluss, ab 2006 sei von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und ab 10. August 2009 von einer bis zu 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der freien Wirtschaft auszugehen (Urk. 10/111/10-11). Dies bestätigte sie am 23./27. November 2012 und begründete die Einschränkung mit der somatischen (Rücken mit zwei operativen Interventionen) und psychischen Problematik (Depression, ADHS, Status nach PTBS und drei Suizidversuche; Urk. 10/111/13). 3.8

Gestützt auf diese medizinischen Akten ermittelte die Beschwerdegegnerin mittels der gemischten Methode einen Invaliditätsgrad von 100 % im Erwerbsbereich (70 %) und von 26.6 % im Haushaltsbereich (30 %), was zu einem Gesamtinvaliditätsgrad von 78 % und der am 10. September 2013 zugesprochenen ganzen Rente führte (Urk. 10/124-125). 4.

#### **E. 4**

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

#### **E. 4.1**

Der am 5. September 2017 ( Urk. 2) verfügten Rentenaufhebung liegen die folgen den ärztlichen Beurteilungen zugrunde:

#### **E. 4.2**

In ihrem Bericht vom 10. September 2015 ( Urk. 10/141/5-8) nannte die behandelnde Psychiaterin G. \_\_\_ praktisch unveränderte Diagnosen (S. 1). Betreffend ADHS sei die Beschwerdeführerin unter Medikation ruhiger, weniger impulsiv, weniger gereizt. Die mittelschwere depressive Episode habe sich um einige Punkte von 39 auf 34 im Beck-Depressionsinventar gebessert. Die Rückenschmerzen beschrieb sie als deutlich gebessert beziehungsweise viel stabiler, in den letzten fünf Monaten habe die Beschwerdeführerin ihre Belastungsfähigkeit durch eine Halbtags­tätigkeit im K. \_\_\_ (geschützte Werkstätte) erprobt. Die stundenweise Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen erachtete sie als möglich (S. 6).

Hausarzt Dr. B. \_\_\_ bezeichnete den Gesundheitszustand im Formularbericht vom 4. April 2016 als verschlechtert, hielt aber seinerseits die Tätigkeit in geschütztem Rahmen, wenige Stunden pro Woche mit leichtester Arbeit, für möglich ( Urk. 10/153/1-2).

#### **E. 4.3.1**

Die an der Erstellung des interdisziplinären (allgemein-internistisch, psychiatrisch, orthopädisch, neuropsychologisch) Y. \_\_\_ -Gutachtens vom 19. Dezember 2016 ( Urk. 10/167) beteiligten Dr. med. L. \_\_\_ , Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Dr. phil. M. \_\_\_ , Neuropsychologin, med. pract. N. \_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie Dr. med. O. \_\_\_ , Facharzt für Innere Medizin FMH, stellten aus interdisziplinärer Sicht die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 75 f.): 1. Chronifiziertes

lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei: - Status nach wiederholten Lendenwirbelsäulen-Kontusionen - Status nach mikrochirurgischer Sequestro- und Nukleotomie einer mediolateralen Diskushernie L5/S1 rechts am 23. März 2011 - Status nach mikrochirurgischer Sequestrektomie L5/S1 rechts wegen Rezidiv-Diskushernie am 17. November 2011 - Status nach Spondylodese mit posterolateraler

interkorporeller Fusion L5/S1 am 5. März 2013, aktuell ohne Lockerungs-/ Lysezeichen - Kranial betonter, generalisierter Facettengelenksarthrose - Ohne Radikulopathie 2. Chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit/bei: - Status nach wiederholten Halswirbelsäulen-Distorsionen - Diskreten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule - Ohne Radikulopathie

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: 1. Beginnende medial betonte Gonarthrose beidseits mit einer Chondropathie Grad I mit Kellgren

2. Aktenkundige, beginnende Coxarthrose beidseits, gegenwärtig ohne Beschwerdevortrag sowie ohne Funktionseinschränkung 3. Diskreter Knick-Senk-Spreizfuß beidseits, gegenwärtig ohne Beschwerdevortrag sowie ohne Funktionseinschränkung 4. Verdacht auf Anteile eines ADHS (ICD-10 F90.0) 5. Kontakttänze mit Bezug auf Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61), Ereignisse die den Verlust des Selbstwertgefühls in der Kindheit zur Folge haben; persönlich angsterregende Erlebnisse in der Kindheit; Probleme mit Bezug auf vermutete körperliche Misshandlungen durch Familienmitglieder; Verlust einer nahen Bezugsperson (Tod des Vaters) in der Kindheit

#### **E. 4.3.2**

In ihrer medizinischen Beurteilung schilderten die Gutachter den internistischen Status als an sich unauffällig. Die Versicherte sei normoton, normokard und kardipulmonal kompensiert. Klinisch fänden sich keine Hinweise für eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz. Das EKG sei bis auf eine ventrikuläre Extrasystole unauffällig. Klinisch und spirometrisch fänden sich keine Anhaltspunkte für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Somit könne von einer uneingeschränkten kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Auch der Abdominal-Status sei unauffällig. Die Laboruntersuchungen ergäben bis auf einen leicht erniedrigten HDL-Wert durchwegs Normalbefunde. Aus rein internistischer Sicht könne keine Diagnose gestellt und demzufolge auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden (S. 80).

#### **E. 4.3.3**

Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht hielten sie fest, es fände sich keine massgebliche Bewegungseinschränkung der einzelnen Gelenke oder der Wirbelsäule. Die Versicherte demonstrierte hierbei ein freies, uneingeschränktes Gangbild. In Bezug auf die Wirbelsäulenfunktion zeigte sich bei der im Jahre 2013 durchgeführten Spondylodese des Segments L5/S1 ein Finger-Boden-Abstand mit einem Bewegungsausmass von 32 cm bei ansonsten freier Mobilität der Lendenwirbelsäule. In Bezug auf die Halswirbelsäule zeigte sich sowohl im Rahmen der aktiven als auch der passiven Bewegungsüberprüfung eine jeweilige Einschränkung der Rotation sowie der Seitwärtsbewegung um jeweils 1/3 bei palpatorisch nachweisbarer, vermehrter Tonisierung der paravertebralen Muskulatur sowie der Nackenstrecker, jedoch ohne Abgrenzbarkeit etwaiger Myogelosen.

In Bezug auf die beiden oberen und unteren Extremitäten weise die Versicherte im Rahmen der heutigen klinischen Untersuchung ein freies Bewegungsausmass mit allseits stabiler Bandführung auf. Die eingangs von der Versicherten beklagten Beschwerden im Bereich der Kniegelenke könnten weder klinisch noch radiologisch objektiviert werden. Auf den Röntgenaufnahmen beider Kniegelenke zeigte sich eine altersentsprechende, allenfalls beginnende medial betonte Gonarthrose mit einer Chondropathie Grad I nach Kellgren, jedoch zeigte sich kein Anhalt auf eine etwaige Kniescheibenrückflächenarthrose.

Im Rahmen der orientierenden orthopädisch-neurologischen Untersuchung zeigte sich ein allseits seitengleiches symmetrisches Reflexmuster mit uneingeschränkten Kraftgraden der Kennmuskulatur sowie einer seitengleich symmetrisch erhaltenen Sensomotorik. Gemäss den oben aufgeführten klinischen Befunden sei die Versicherte in der biomechanischen Funktion ihrer Hals- und Lendenwirbelsäule limitiert.

Gemäss vorliegendem IV-Dossier habe die Versicherte zuletzt als Serviceangestellte gearbeitet. In dieser körperlich mittelschweren Tätigkeit mit dem zeitweiligen Einnehmen von Zwangshaltungen sei die Versicherte seit dem Erstantrag zum Bezug von Leistungen vom 24. November 2009 und seither durchgehend nicht mehr arbeitsfähig. Unter Wahrung qualitativer Schonkriterien für die Halswirbelsäule und die Lendenwirbelsäule sei die Beschwerdeführerin hingegen in einer leidensadaptierten, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden, optimal angepassten Tätigkeit bei einem vollen Pensum quantitativ uneingeschränkt zu 100 % arbeitsfähig (S. 80 f.).

#### **E. 4.3.4**

Bei der neuropsychologischen Untersuchung fänden sich weit unterdurchschnittliche Leistungen im Bereich der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen,

unterdurchschnittliche Leistungen im Bereich der Lern- und Gedächtnisfunktionen wie auch ungenügende exekutive Funktionen. Die Überprüfung der weiteren höheren Hirnleistungen falle hingegen unauffällig aus. Auf eine erneute ADHS-Diagnostik sei verzichtet worden. Die Performanz in der Testung wie auch ein Vergleich erwähnter Performanz mit den Leistungen der Versicherten im täglichen Leben weisen auf Diskrepanzen hin: so sei im STROOP-Test die zweite, komplexere Tafel schneller gelöst worden als die einfachere, erste Tafel. Weiter seien die Reaktionsgeschwindigkeiten in der Alertness in einem weit unterdurchschnittlichen Bereich gelegen, was ein unfallfreies Autofahren mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit verunmöglichen würde. Zusätzlich würden die Ergebnisse der formalisierten kognitiven Beschwerdevalidierung Zweifel an der Mitwirkung der Versicherten in der Untersuchung und der Gültigkeit des erhaltenen Testprofils begründen. Aufgrund erwähnter Inkonsistenzen und Unplausibilitäten sei die Gültigkeit des erhaltenen Testprofils als eingeschränkt zu beurteilen. Auf der Grundlage der eigenen Befunderhebung könne positiv keine Aussage über krankheitsbezogene Funktionsstörungen gemacht werden; ob eine kognitive Störung dennoch vorhanden sei, entziehe sich aufgrund der sehr wahrscheinlich eingeschränkten Mitwirkung der Versicherten den Erkenntnismöglichkeiten (S. 81).

#### **E. 4.3.5**

Aus psychiatrischer Sicht wiesen die Experten darauf hin, dass im Rahmen der aktuellen Exploration die im Bericht des F.\_\_\_\_ beschriebenen Symptome eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms durchaus auffallen würden. Die Exploration habe sich sehr mühsam und verlangsamt gestaltet, die Versicherte berichte umständlich, sie habe innerlich angespannt gewirkt. Es imponiere eine Sprunghaftigkeit und Unstrukturiertheit im Denken mit einer deutlichen psychomotorischen Unruhe und Getriebenheit bei leichter Affektlabilität mit Wechsel von Lachen und Weinen, dies teilweise aber auch situationsbedingt. Über die vielen traumatischen Erlebnisse während der Kindheit und der beiden Ehen vermöge sie nicht zu sprechen, mehrfach gehe sie Details aus dem Weg.

Die Diagnose einer relevanten depressiven Episode könne aufgrund der heutigen Begutachtung nicht mehr gestellt werden. Die Versicherte gehe einem geregelten Tagesablauf nach, wenngleich sie darüber berichte, vieles anzufangen und nichts zu Ende zu bringen (am ehesten im Rahmen der ADHS-Symptomatik). Sie pflege soziale Kontakte mit verschiedenen Kolleginnen und genieße die Wochenenden mit ihrem Sohn. Sie betätige sich kreativ, könne ihren Haushalt erledigen und habe Freude an verschiedenen Dingen. Neuerdings gehe sie für zwei bis drei Stunden einer Freiwilligenarbeit (Betreuung älterer Damen) nach. Im Jahr 2015 habe sie während fünf Monaten ohne krankheitsbedingte Absenzen jeweils halbtags im K.\_\_\_\_ arbeiten können.

Die Diagnose einer PTBS könne nicht gestellt werden, die diagnostischen Leitlinien des ICD-10 seien nicht erfüllt. Die traumatischen Erlebnisse würden hier entsprechend Z-codiert. Eine ADHS-Symptomatik scheine zumindest teilweise vorhanden zu sein, jedoch sei die Versicherte (auch ohne Ritalin) stets als Ser viceangestellte arbeitsfähig gewesen. Die mangelhafte Schulbildung und fehlende Ausbildung seien der kulturellen Herkunft und den mangelnden Möglichkeiten in ihrer Familie zuzuschreiben. Aus psychiatrischer Sicht könne aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr begründet werden (S. 82).

#### **E. 4.3.6**

Zum gesundheitlichen Verlauf ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin selbst eine Verbesserung der Depression angegeben habe. Sie könne mit den depressiven Gefühlen besser umgehen und habe viel gelernt. Wenn ihr die Decke auf den Kopf falle, gehe sie spazieren. Ängste habe sie vor der Zukunft und vor Krankheiten und weiteren Schmerzen. Zwischendurch gehe es zwei bis drei Tage nicht gut (S. 67). Sie habe sich dank der psychiatrischen Behandlung stabilisieren können. Zwar leide sie immer noch unter Stimmungsschwankungen, die aber nicht mehr so schlimm seien. Auch durch die Stabilisierung der familiären Situation habe sie jetzt mehr Zeit, um sich zu regenerieren. Inzwischen habe sie auch akzeptiert, dass sie krank sei und könne damit besser umgehen. Sie habe deshalb auch wieder versucht, etwas zu arbeiten (S. 80).

Weiter erklärte die Beschwerdeführerin, dass sie zwei demente Frauen betreue und noch in einem anderen Altersheim schnuppern wolle. Sie wolle und könne nur im geschützten Rahmen arbeiten (S. 69).

Laut ihren eigenen Angaben habe die Beschwerdeführerin von der Behandlung mit Ritalin sehr profitiert (S. 73).

Der Psychiater verneinte aktuell eine depressive Störung (S. 75). Die Gutachter gingen zudem von einer Besserung der Rückenproblematik seit der Wirbelsäulenversteifung im Jahr 2013 aus (S. 76 und S. 79).

#### **E. 4.3.7**

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde hielten die Gutachter fest, sei die Versicherte nur noch aus orthopädischer Sicht aufgrund ihrer vermindert belastbaren Hals- und Lendenwirbelsäule in ihrer Arbeitsfähigkeit qualitativ eingeschränkt. Als Serviceangestellte, eine körperlich mittelschwere Tätigkeit mit dem zeitweiligen Einnehmen von Zwangshaltungen, sei die Versicherte seit dem Erstantrag zum Bezug von Leistungen vom 24. November 2009 und seither durchgehend nicht mehr arbeitsfähig.

Unter Wahrung qualitativer Schonkriterien für die Halswirbelsäule und die Lendenwirbelsäule sei die Beschwerdeführerin aktuell (S. 93) hingegen in einer leidensadaptierten, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden, optimal angepassten Tätigkeit bei einem vollen Pensum quantitativ uneingeschränkt seit der Begutachtung zu 100 % arbeitsfähig. Eine zusätzliche internistische oder psychiatrische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei nicht ausgewiesen (S. 82 f., S. 84).

#### **E. 4.4**

Vom 20. bis 23. März 2017 war die Beschwerdeführerin wegen einer akuten Exazerbation des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms im P.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 23. März 2017 (Urk. 10/177/1-4) wurde festgehalten, dass unter intensivierter Analgesie und Physiotherapie eine rasche Beschwerdebesserung eingetreten sei und die Beschwerdeführerin den Austritt gewünscht habe (S. 2). 5. 5.1

Das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Dezember 2012 (E. 4.3 hiervor) beruht auf den notwendigen allgemein-internistischen, orthopädisch-chirurgischen, neuropsychologischen sowie psychiatrischen Untersuchungen und erweist sich somit für die streitigen Belange als umfassend. Die Gutachter setzten sich ausführlich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinander, erstellten ihre Beurteilung in Kenntnis der

wesentlichen Vorakten – wobei sie insbesondere in der Darlegung der Anamnese und der Vorgeschichte gemäss Aktenlage ausführlich Bezug darauf nahmen – und die daraus unter Nennung der medizinischen Zusammenhänge gezogenen Schlussfolgerungen leuchten ein.

Die Gutachter legten anhand der allgemein-internistisch weitgehend unauffälligen Befunde sowie der orthopädisch-chirurgisch gut dokumentierten Rückenproblematik (biomechanische Limitierung der Funktion der Hals- und Lendenwirbelsäule) dar, dass sich in somatischer Hinsicht ausschliesslich letzteres einchränkend auf die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Servicekraft mit genanntem Jobprofil (mittelschwere Tätigkeit mit zeitweiligen Zwangshaltungen) auswirkt. In neuropsychologischer Hinsicht zeigten die Experten auf, dass die Beschwerdeführerin im Sinne einer Beschwerdeverdeutlichung zu unverständlichen Testergebnissen neigt. In psychiatrischer Hinsicht konnte trotz gewissener Einschränkungen angesichts ihres Aktivitätsniveaus (geregelter Tagesablauf, Haushalt, kreative Tätigkeiten, Freiwilligenarbeit) sowie ihres Sozialverhaltens (Pflege sozialer Kontakte mit Kolleginnen, Genuss der Wochenenden mit Sohn) keine Depression mehr konstatiert und die Diagnosen eines Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms unter Berücksichtigung der jahrelangen klaglosen Arbeitsfähigkeit sowie eines PTBS (Nichterfüllung ICD-10-Kriterien) nicht bestätigt werden. In diesem Sinne gelangten die Gutachter zum ausführlich begründeten und für das Gericht nachvollziehbaren Schluss, dass nunmehr eine ausschliesslich somatisch bedingte vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vorliegt, indes unter Wahrung qualitativer Schonkriterien für die Hals- und Lendenwirbelsäule eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit besteht.

Sodann ist unter Berücksichtigung der eigenen Angaben der Beschwerdeführerin dem Gutachten zu entnehmen, dass sich die gesundheitliche Situation sowohl in Bezug auf den Rücken als auch in psychiatrischer Hinsicht wesentlich verbessert hat – dies dank den operativen Eingriffen und der in Anspruch genommenen psychotherapeutischen Behandlung –, womit das Gutachten auch mit Blick auf die Revisionsgründe zu überzeugen vermag. Aufgrund der von der Beschwerdeführerin geschilderten Aktivitäten, die sie im Verlauf aufgenommen hat, ist nicht von der Hand zu weisen, dass sich eine massgebliche Verbesserung ihres Gesundheitszustandes eingestellt hat. Selbst die behandelnde Psychiaterin ging von einem Rückgang der psychiatrischen Symptomatik aus, welche sie nicht zuletzt auf die geringeren Rückenschmerzen zurückzuführen konnte (E. 4.2).

Unter diesen Umständen ist nachvollziehbar, dass die Experten auch anhand der weitgehend als bland erhobenen Befunden beziehungsweise der teilweise fehlenden Objektivierbarkeit der geklagten Beschwerden nunmehr eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit für zumutbar hielten.

Das Y. \_\_\_ - Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.4 hiervor).

Zu bemerken bleibt sodann, dass selbst bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand bereits die veränderten Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich als Revisionsgrund gelten (BGE 134 V 131 E. 3); dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_322/2018 vom 12. Dezember 2018 E. 2.2). Eine solche kann ohne Weiteres als erstellend gelten, da die Beschwerdeführerin selbst von einer entsprechenden Anpassung an ihre Krankheit sprach.

In Anbetracht des ausgewiesenen Revisionsgrundes ist im Folgenden der Rentenanspruch zu prüfen. 5.2 5.2.1

Die Beschwerdeführerin kritisierte das

Y. \_\_\_ -Gutachten in verschiedener Hinsicht (Urk. 1). Soweit sie monierte, der orthopädische Gutachter gehe bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von falschen Annahmen aus ( S. 6 ), übersieht sie, dass die gutachterliche Einschätzung auf persönlich erhobenen, objektivierbaren Befunden beruht (Urk. 10/167 S. 53 f.). Für die letztlich attestierte Arbeitsfähigkeit ist auch keine Beschwerdefreiheit in Bezug auf den Rücken erforderlich. Im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht

hat sie sich das medizinisch zumutbare an rechnen zu lassen. Gleichermassen unbehilflich ist der Verweis der Beschwerdeführerin auf die gelisteten qualitativen Einschränkungen ihrer Arbeitsfähigkeit ( Urk. 1 S. 6 ). Zwar sind diese umfangreich (Urk. 10/167 S. 87) , gleichwohl sind sämtliche Einschränkungen mit den ausgewiesenen Rückenleiden vereinbar .

Weiter wendete die Beschwerdeführerin ein, der Gutachter habe eine Gonarthrose beidseits mit einer Chondropathie Grad I und zusätzlich eine Coxarthrose diagnostiziert. Es treffe daher nicht zu, dass die Beschwerden im Kniebereich nicht hätten objektiviert werden können ( Urk. S. 7 ). Indes ergaben die bildgebenden Untersuchungen ( a.p. -Aufnahmen) lediglich diskrete Normabweichungen (Urk. 10/167 S. 51 f.) , welche zudem als altersentsprechend und eine mögliche Beeinträchtigung gerade beginnend taxiert wurden (S. 54). Angesichts dieser Befundlage leuchtet der Schluss des Gutachters, die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden (maximale Standdauer auf dem rechten Bein von zwei bis drei Stunden mit anschliessender kontinuierlicher Schmerzzunahme) im Bereich der Kniegelenke hätten nicht objektiviert werden können, durchaus ein . Darüber hinaus bleibt unklar, inwiefern die diagnostizierte beginnende Coxarthrose als Hüftleiden, gegenwärtigen ohne Beschwerdevortrag sowie Funktionseinschränkung, zur Erklärung von Kniebeschwerden geeignet sein soll. 5.2.2

Betreffend das neuropsychologische Gutachten monierte die Beschwerdeführerin, die Gutachterin habe die totale Erschöpfung der Beschwerdeführerin verkannt , es werde bestritten, dass die statistischen Rohwerte alters-, geschlechts- und bildungskorrigiert erfolgt seien und es sei davon auszugehen, dass mehrere Inkonsistenzen in dieser Testung auf das ADHS zurückzuführen seien ( Urk. 1 S. 8 ).

Hierzu

ist festzuhalten, dass gerade die Festlegung der durchzuführenden Testungen sowie deren Zumutbarkeit und schliesslich die Auswertung der Ergebnisse die gutachterliche Kernkompetenz beschlägt . In diesem Sinne sind dem Gutachten keine objektiven Anhaltspunkte zu entnehmen, welche an den gutachterlichen Schlussfolgerungen zweifeln lassen. Insbesondere erklären die beschwerdeführerischen Vorhaltungen nicht , wie sie in der Lage war, die zweite und komplexere STROOP-Tafel schneller zu lösen als die erste , und ihr trotz der dargebotenen ungenügenden Reaktionsgeschwindigkeit das Lenken eines Fahrzeuges grundsätzlich möglich ist ( E. 4.3.4 hiavor ) .

Ebenso vermag die Beschwerdeführerin aus dem Bericht des F. \_\_\_ vom 13. April 2011 (E. 3. 5 hiavor) nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Dieser Bericht war den Gutachtern bekannt und wurde berücksichtigt (Urk. 10/167 S. 56 f.). Die Gutachter trugen zu Recht

dem Umstand Rechnung, dass die Behandlung mit Ritalin eine erhebliche Beschwerdeverbesserung brachte, wie die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung selbst erklärte. Es leuchtet unter diesen Umständen ein, dass einem allfälligen ADHS jedenfalls kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (mehr) beigemessen wurde. 5.2.3

Hinsichtlich der Vorbringen der Beschwerdeführerin gegen das psychiatrische Teilgutachten ( Urk. 1 S. 8 f. ) ist darauf hinzuweisen, dass es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt . Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist ( Urteil des Bundesgerichts

9C\_170/2009 vom 6.

Mai

2009 E.

## **E. 6**

Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis (ICD-Z63), Familienzerrüttung durch Scheidung; Probleme in der Beziehung zum jeweiligen Ehepartner

### **E. 6.1**

In Bezug auf den Status der Beschwerdeführerin ging die Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 2) von einer 70%igen Erwerbstätigkeit sowie einer 30%igen Tätigkeit im Aufgabenbereich aus, was von der Beschwerdeführerin unbestritten blieb (Urk. 1 Rz 9 e contrario ). Darauf ist abzustellen.

### **E. 6.2**

Zu prüfen bleibt, wie sich das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. Bei der Einkommensermittlung (vgl. E. 1.4 hier vor) ist in Bezug auf das Valideneinkommen

regelmässig vom letzten Lohn, welchen die Versicherte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat, auszugehen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes I 446/01 vom 4. April

20 02 E. 2b mit Hinweisen).

### **E. 6.3**

Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit im August 2009 als Servicemitarbeiterin und seither nicht mehr erwerbstätig. Es ist davon auszugehen, dass sie ohne Verschlechterung ihres Zustands weiterhin als Servicemitarbeiterin bei vergleichbarem Einkommen tätig wäre . Gestützt auf die Angaben der letzten Arbeitgeberin, der Q.\_\_\_\_ (Urk. 10/24/4) , hätte sie im Zeitpunkt der Renteneinstellung im Jahre 201

## **E. 7**

bei einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 25.2 h/Woche (entspricht einem 60%-Pensum)

unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (Tabelle T39 des Bundesamtes für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne von Frauen von 2552 [2009] auf 2719 [2017]), ein Jahreseinkommen von Fr. 32 ' 012.70 (= Fr. 24.84 x 25.2 Std. [pro Woche] x 48 Wochen :

2552 x 2719) erzielt (vgl. dazu Urk. 10/24/4).

Zusätzlich war die Beschwerdeführerin seit 1. April 2008 (Urk. 10/10/55) nebenamtlich als Hauswartin tätig. In Ermangelung gegenteiliger Anhaltspunkte

und unter Berücksichtigung der Verrechnung des Entgelts mit den Mietzinsen (Urk. 10/10/57) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ebenfalls eine Weiterführung dieser Tätigkeit als Hauswartin im Umfang von 10 % bei einem Jahreseinkommen – angepasst an die Nominallohnentwicklung - von Fr. 3'580.-- ( Fr. 280.-- x

### **E. 7.1**

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuchstellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses erschöpft hat. Zu berücksichtigen ist unter anderem auch, ob die um das Armenrecht nachsuchende Partei über eigenes Vermögen verfügt.

Eine Person, die ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege stellt, hat ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse darzulegen und zu belegen (§ 28 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht in Verbindung mit Art. 119 Abs. 2 Satz 1 der Zivilprozessordnung). Im Verfahren betreffend die unentgeltliche Rechtspflege gilt ein durch die umfassende Mitwirkungsobliegenheit eingeschränkter Untersuchungsgrundsatz (vgl. Urteil des Bundesgerichts 4A\_274/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 2.3).

### **E. 7.2**

Die Beschwerdeführerin ersuchte mit Beschwerde vom 4. Oktober 2017 (Urk. 1) um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin (S. 2 Ziff. 3). Mittels dem

aufgelegten Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit des hiesigen Gerichts vom 25. September 2017 (Urk. 5 ; mit Beilagen) weist die Beschwerdeführerin ihre Bedürftigkeit in Bezug auf die Einkommensverhältnisse aus. Zwar unterliess sie es, nach Anzeige des Wohnortswechsels vom 31. Januar 2018 (Urk. 12) die aktuellen Unterlagen nach zureichen, jedoch darf von einer grundsätzlich unveränderten Einkommens- beziehungsweise Ausgabensituation ausgegangen werden.

Indes lehnte bereits die

1. Zivilkammer des Obergerichts des Kantons Zürich mit Beschluss vom 6. Oktober 2009 (Geschäfts-Nr. LQ090040/U; Urk. 10/11) betreffend vorsorgliche Massnahmen (Prozesskostenvorschuss) im Ehescheidungsverfahren den Antrag der Beschwerdeführerin auf Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie einer unentgeltlichen Rechtsbeiständin ab. Das Obergericht stellte fest, dass die Beschwerdeführerin zumindest Miteigentümerin einer Liegenschaft in Valjevo /Serbien sei (E. 5.2 b), wobei davon auszugehen sei, dass diese einen erheblichen Wert aufweise und die Gesuchstellerin nicht daran interessiert sei, ihren Anteil an der Liegenschaft zu verkaufen, da sie diesen auf ihre Tochter übertragen wolle (E. 6.2 a). Unter diesen Voraussetzungen hätte die Mitwirkungspflicht geboten beziehungsweise hätte es der Beschwerdeführerin obliegen, sich über die

Eigentumsverhältnisse an genannter Liegenschaft zu äussern und die notwendigen Unterlagen über einen Verkauf oder eine Übertragung beizubringen, weshalb angenommen werden kann, sie sei weiterhin Eigentümerin der besagten Liegenschaft.

Daraus erhellt, dass dem Gesuch mangels hinreichender Substantiierung der Prozessarmut nicht statt gegeben werden kann. Dies hat umso mehr zu gelten, als die durch ihre Rechtsbeiständin fachkundig vertretene Beschwerde füh rer in unter Ziff. 13 des beigelegten Formulars vom 25. September 2017 (Urk. 5 S. 6) aus drücklich darauf hingewiesen wurde , dass unvollständige oder unrichtige Angaben sowie fehlende Belege ohne weitere Nachfrage zur Abweisung des Ge suchs führen können (S. 6) .

### **E. 7.3**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Ver sicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrens-aufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr.

1'000.-- festgelegt. Vorliegend sind die Kosten des Verfahrens auf Fr. 8 00.-- festzusetzen und ausgangsgemäss de r Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung und unentgeltliche Prozessführung wird abgewiesen, und erkennt sodann: 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Regula Aeschlimann Wirz - 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 Bundesge setzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Beweismit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizu legen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubFrischknecht

### **E. 12**

: 2552 x 2719)

zu erwarten (Urk. 10/10/52, Urk. 10/109 S. 3). Daraus resultiert für die 70 % Erwerbstätigkeit ein gesamthaftes Valideneinkommen für das Jahr 2017 von Fr. 35'592.70 (= Fr. 32'012.70 + Fr. 3'580.--). 6.4

Laut Gutachten ist die Beschwerdeführerin in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden, optimal angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (E. 4.3.6). Rechtsprechungsgemäss ist die entsprechende Restarbeitsfähigkeit auch unter Berücksichtigung ihres Alters von 46 Jahren auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar, zumal dieser auch Nichtarbeitsplätze inkludiert (Urteile des Bundesgerichts 8C\_338/2015 vom 26. Oktober 2015 E. 4.1 und 9C\_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 5.2).

Die Beschwerdeführerin hat nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt. Das Invalideneinkommen ist daher anhand der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) zu erheben. Dabei sind die LSE 2016 heranzuziehen.

Der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) für Frauen in einfachen und repetitiven Tätigkeiten (TA1, Kompetenzniveau 1) beläuft sich auf Fr. 4'363.--. Dies ergibt unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T. 03.02.03.01.04.01) bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit und angepasst an die Nominallohnentwicklung von 0,4 % (Tabelle T39) ein Jahreseinkommen von Fr. 54'799.45

beziehungsweise Fr. 38'360.-- in einem 70 %-Pensum per 2017. 6.5

Entgegen der Beschwerdegegnerin ergibt sich aus dem ermittelten Valideneinkommen von Fr. 35'592.70 (70 %) beziehungsweise Fr.

50'846.70 (100 %) keine Notwendigkeit der Parallelisierung der Einkünfte, da ein Monatslohn von Fr. 4'237.20 (Fr.

50'846.70 : 12) mit Blick auf den durchschnittlichen Monatslohn von Fr. 4'363.-- laut LSE 2016 nicht deutlich unterdurchschnittlich im Sinne der Rechtsprechung ist (BGE 135 V 58 E. 3).

Sodann darf nach ständiger Rechtsprechung das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen). In diesem Sinne kann auf die zutreffende Feststellung der Verwaltung verwiesen werden (Urk. 10/168 S. 1), wonach lohnmindernde Faktoren nicht zu berücksichtigen seien, da es auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch unter Berücksichtigung des Anforderungs- und Belastungsprofils ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten gebe. 6.6

Der Vergleich des Valideneinkommens

von Fr. 35'592.70 mit dem Invalideneinkommen von Fr. 38'360.80 ergibt einen Teilinvaliditätsgrad von 0 % im erwerblichen Bereich. 6. 7

Hingegen machte die Beschwerdeführerin grundsätzlich zurecht geltend, sollte sich keine 100%ige Einschränkung im Erwerbsteil zeigen, müsste eine Haushaltsabklärung nachgeholt werden (Urk. 1 S. 11). Indes bezifferte die Beschwerdegegnerin vorliegend die Einschränkung im Aufgabenbereich in der rentenzusprechung den Verfügung vom 10. September 2013 (Urk. 10/124 f.) mit 26.6 %, woraus ein Invaliditätsgrad von 7.98 % resultierte, bei einem Invaliditätsgrad von 70 % im erwerblichen Bereich. Diese Feststellung blieb mit Einwand vom 28. Januar 2013 (Urk. 10/117) unwidersprochen. Entsprechend der ausgewiesenen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und der damit einhergehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit (E. 5.3 hiervor) erschliesst sich ohne Weiteres, dass mit einer Haushaltsabklärung keine zusätzlichen Einschränkungen im Haushaltsbereich zu erwarten sind, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten ist. 6. 8

Zusammenfassend besteht in der zu 70 % gewichteten Erwerbstätigkeit ein Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin von 0 %. In ihrem zu 30 % gewichteten Aufgabenbereich besteht ein Teilinvaliditätsgrad von höchstens 26.6 %. Dies führt zu einem rentenausschliessenden Gesamtinvaliditätsgrad von höchstens 8 %, weshalb die am 5. September 2017 verfügte Renteneinstellung nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen ist. 7.

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