

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01198 vom 17. Dezember 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01198

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01198 du 17 décembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01198 del 17 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den 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 ausgeglichene n 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. 2 IVG).

E. 1.3

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 ausgeglichener 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 gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditäts grad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herab gesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprenkung 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 unbedeutend (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas, mit Eingabe vom 1. November 2017 Beschwerde und beantragte, es sei ihr weiterhin die bisherige ganze Invalidenrente auszurichten; eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen, subeventualiter sei ihr mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 5. Dezember 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Eingabe vom 8. März 2018 (Urk. 9) reichte die Beschwerdeführerin den Einspracheentscheid ihrer Pensionskasse vom 6. März 2018 zu den Akten, wonach die laufende volle Invalidenpension trotz der Rentenherabsetzung seitens der IV-Stelle vorerst weiterhin ausgerichtet werde (Urk. 10). Die IV-Stelle verzichtete auf eine Stellungnahme zu diesem Entscheid (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die IV-Stelle begründete die Herabsetzung der laufenden ganzen Rente auf eine Viertelsrente in der angefochtenen Verfügung damit, laut dem Gutachten des C.____ vom 15. Januar 2016 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gebessert, so dass ihr seit einiger Zeit eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Der behandelnde Arzt Dr. D.____, Facharzt für Rheumatologie, bestätigte in seinem Bericht vom 19. August 2016 die von den Gutachtern gestellten Diagnosen, werte deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit jedoch anders und gehe bei wiederkehrenden Beschwerden im exazerbierten Stadium von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Bei seinem Bericht handle es sich folglich bloss um eine andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts. Die im Einwandverfahren eingeleiteten beruflichen Eingliederungsmassnahmen hätten wegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes wieder abgebrochen werden müssen. Im neusten Arztbericht von Dr. D.____ vom 23. Februar 2017 werde zum einen über einen Bruch des Endglieds der linken Kleinzeh wegen einer am 24. Dezember 2016 erlittenen Prellung berichtet. Ein solcher Bruch heile in der Regel innert sechs Wochen aus. Zum anderen habe sich die Beschwerdeführerin laut dem Bericht eine Prellung des linken Kniegelenks zugezogen, als sie am 28. Januar 2017 auf Eis gestürzt sei. Auch eine solche Verletzung sollte spätestens nach sechs Wochen abgeheilt sein. Insgesamt könnten die beiden Ereignisse folglich nur eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit begründen und änderten nichts daran, dass sie heute wieder zu 100 % arbeitsfähig sei in

einer leidensangepassten Tätigkeit. Der Einkommensvergleich führe zu einem Invaliditätsgrad von 45 %, welcher nur noch zum Bezug einer Viertelsrente berechtige (Urk. 2; vgl. auch Urk. 6 und 13).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, sie habe weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente, da sich ihr Gesundheitszustand nicht verbessert habe. Der Vergleich ihrer gesundheitlichen Situation im Zeitpunkt der Renten zusprechung mit derjenigen bei Erlass der angefochtenen Verfügung ergebe vielmehr, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe. In dem von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Gutachten des C.____ vom 15. Januar 2016 werde keine Verbesserung der Beschwerdesituation aufgezeigt. Hingegen werde darin eine Neu Beurteilung des gleich gebliebenen Gesundheitszustandes vorge nommen : Auf Seite 66 führten die Gutachter nämlich aus, die auch durch die Versiche rungsmediziner attestierte Arbeitsunfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten sei nicht nachvollziehbar. Eine solche Neu beurteilung sei gemäss bundesge richt licher Rechtsprechung nicht zulässig. Gestützt darauf könne die Invalidenrente folglich nicht herabgesetzt werden. Zu beachten sei, dass sich ihr Zustand seit der Begutachtung im C.____ durch drei Unfälle wesentlich verschlechtert habe. Das zervikospondylogene Schmerzsyndrom rechts sei nach dem Unfall vom 10. Febru ar 2016 exazerbiert, wie sich aus dem Bericht der Klinik E.____ vom 8. April 2016 ergebe. Den Berichten des behandelnden Arztes Dr. D.____ vom 19. August 2016 sowie vom 23. Februar 2017 könne entnommen werden, dass sie nicht nur an Schulterbeschwerden, sondern auch an Beschwerden in der Len den wirbelsäule leide und deswegen auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Laut dem zweiten Bericht habe sie am 24. Dezember 2016 eine Fraktur am Endglied der

Fusszehe V links erlitten, und ein Sturz am 26. Januar 2017 habe zu einer wesentlichen Verschlechterung der Lendenwirbel säulenbeschwerden geführt. Entgegen der Ansicht der IV-Stelle werde durch diese Berichte durchaus eine gesundheitliche Verschlechterung belegt, welche nach der Begutachtung vom 15. Januar 2016 eingetreten sei. Wenn dennoch gestützt auf das C.____-Gutachten von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ausge gangen werde, sei die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit diese ein neues Verlaufsgutachten in Auftrag gebe, in welchem die Folgen der drei neuen Unfälle berücksichtigt würden und konkret aufgezeigt werde, inwiefern sich der Gesundheitszustand verändert habe. Falls das Gericht trotz allem eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes annehme, müsse beim Invalidenein kommen ein leidensbedingter Abzug von mindestens 20 % berücksichtigt werden. Sie könne nämlich auch laut den Gutachtern des C.____ bloss noch sehr leichte Arbeiten ausüben. Ausserdem seien der nach der Begutachtung eingetretenen Verschlechterung der somatischen Beeinträchtigungen sowie weiteren persönli chen und beruflichen Merkmalen wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität etc. Rechnung zu tragen, soweit sich diese auf die Entlöhnung aus wirkten. Im Rahmen der von der IV-Stelle durchgeführten Wiedereingliederungs massnahmen habe sich gezeigt, dass sie auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr be stehen könne. Damit sei der Anspruch auf mindestens eine halbe Rente zweifels frei ausgewiesen (Urk. 1 S. 2 ff.).

E. 3.1

Zeitliche Vergleichsbasis zur Beurteilung der Frage, ob eine relevante Veränderung des Sachverhalts ausgewiesen ist, bildet die letzte materielle Beurteilung des Rentenanspruchs und Zuspreehung einer ganzen Rente mit Verfügung vom 15. April 2014 (Urk. 7/71, Urk. 7/76, Urk. 7/81).

E. 3.2

Der Verfügung vom 15. April 2014 lag in medizinischer Hinsicht der Abklärungsbericht des RAD-Orthopäden Dr. A.____ vom 18. März 2013 (Urk. 7/58) sowie der Bericht der Vertrauensärztin der Pensionskasse und Internistin Dr. B.____ vom 21. August 2013 (Urk. 7/62/2-12) zugrunde (Urk. 7/67/6).

E. 3.2.1

Dr. A.____ untersuchte die Beschwerdeführerin am 12. Februar 2013 orthopädisch-rheumatologisch. Sie gab ihm an, ihr Hauptproblem sei die rechte Schulter im Zustand nach zwei Operationen in den Jahren 2008 und 2009. Sie habe Schmerzen bei allen Bewegungen über Brusthöhe. Ab Juli 2010 habe sie zu 60 % als Buschauffeuse gearbeitet, bis sie im August 2011 Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm bekommen habe. Zunächst sei ihre zervikale Diskushernie konservativ behandelt worden, am 3. Februar 2012 sei dann die HWS-Operation erfolgt. Nach der Operation sei es ihr deutlich besser gegangen. Nach wie vor leide sie unter Schwindel und Kopfschmerzen bei endgradigen Bewegungen der Halswirbelsäule. Statische Haltungen mit dem Kopf könne sie für 20 bis 30 Minuten einnehmen, dann bekomme sie Schmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm. Seit der Operation bekomme sie auch Kreuzschmerzen, wenn sie länger als eine halbe bis eine Dreiviertelstunde gehe. Von Juli bis zum

20. November 2012 habe sie wieder im Rahmen eines 30%-Pensums als Buschauffeuse gearbeitet, danach sei sie wieder

vollständig arbeitsunfähig geworden. Seit Oktober 2012 habe sie nämlich wegen ihrer fortgeschrittenen Hepatitis C mit einer Interferon-Therapie angefangen. Deswegen leide sie mehrmals täglich unter Übelkeit, konstanten Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, Antriebsschwäche und Gleichgewichtsstörungen. Wegen allgemeiner körperlicher Schwäche könne sie zurzeit mit Mühe etwa eine halbe Stunde gehen; stehen könne sie nur ganz kurzzeitig. Sitzen mit vielen Positionswechseln sei relativ gut möglich. Wegen der Schmerzen im Nacken und in der Schulter habe sie Einschlaf- und Durchschlafstörungen. Aufgrund ihrer derzeitig desolaten gesundheitlichen Situation könne sie nicht arbeiten. Sie plane eine Wiederaufnahme der Arbeit ab Mai 2013 nach Beendigung der Interferon-Therapie (Urk. 7/58/1-3).

Dr. A.____ erhob Druckschmerzen über den Dornfortsätzen C4/5 und C6/7 sowie in den Facettengelenken der unteren Halswirbelsäule beidseits und einen muskulären Hartspann auf beiden Seiten. Rotation und Seitneigung nach rechts und links waren im Umfang von 30°-0-30° möglich. Im Bereich von Brust- und Lendenwirbelsäule stellte Dr. A.____ eine schwach ausgebildete Paravertebralmuskulatur und einen muskulären Hartspann im zervikothorakalen Übergang fest. Die Beweglichkeitsprüfung der Schultergelenke ergab folgende Werte: Ante-/Retroversion rechts 140°-0-20°, links 170°-0-30°; Ab-/Adduktion rechts 85°-0-20°, links 100°-0-30°; Innen-/Aussenrotation rechts 90°-0-40°, links 90°-0-60°. Hinsichtlich des rechten Schultergelenks erhob Dr. A.____ Druckschmerzen im Bereich des Acromioclaviculargelenks, des Sulcus Musculus bicipitis, des Fornix humeri und des Musculus levator scapulae (Urk. 7/58/3-4). Die Prüfung des neurologischen Status ergab

eine Hyposensibilität am linken Unterarm lateral bis hin zu Finger V sowie im Bereich des ganzen linken Beines (Urk. 7/58/6).

Dr. A.____ nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung des rechten Schultergelenkes bei Status nach zweimaliger Schultergelenksrevision 2008 und 2009, einer fraglichen muskulären Schwäche im linken Arm und linken Bein ohne Kenn muskel-Bezug sowie einer fraglichen Hypästhesie im Bereich des linken Arms und Beins ohne Dermatome-Bezug. Ferner diagnostizierte er eine schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Halswirbelsäule bei Status nach Diskektomie C6/7 und Implantation einer Bandscheibenprothese am 3. Februar 2012 mit radikulärem Reiz- und intermittierendem sensiblem Ausfallsyndrom C7/8 rechts sowie eine Hepatitis C, welche derzeit mit Interferon therapiert werde. Er hielt fest, in den ärztlichen Vorberichten würden die von der Hepatitis C unter gegenwärtiger Behandlung mit Interferon herrührenden Beeinträchtigungen nicht berücksichtigt . Deshalb werde auf die plausiblen Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt. Aufgrund der Untersuchungsergebnisse sei von folgenden Arbeitsfähigkeiten in der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Buschauffeuse auszugehen: von Juli 2010 bis 7. August 2011 60 %, danach bis Juni 2012 0 %, von Juli 2012 bis November 2012 30 % und ab 20. November 2012 bis voraussichtlich im Mai 2013 wieder 0 %. Die Beschwerdeführerin befinde sich in der medizinischen Behandlungsphase, weshalb nicht abschliessend zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen werden könne. Bis einschliesslich April 2013 könne von einer kompletten Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten ausgegangen werden. Falls die Beschwerdeführerin in einem halben Jahr nicht wieder eine Arbeitsfähigkeit von 60 % in der Tätigkeit als Buschauffeuse erreicht habe, empfehle sich die medizinische Reevaluation (Urk. 7/58/6-7).

E. 3.2.2

Im Rahmen einer Verlaufskontrolle sah die Internistin und Vertrauensärztin der Pensionskasse Dr. B.____ die Beschwerdeführerin am 12. August 2013. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte sie in ihrem Bericht vom 21. August 2013 ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom bei Status nach Diskektomie C6/7 und Implantation einer Bandscheibenprothese am 3. Februar 2012, eine chronische Periarthropathia humeroscapularis (PHS) bei Status nach Arthroskopien im Januar 2008 und im Juni 2009 nach Schultertrauma im August 2007 sowie eine chronische Hepatitis C, welche vom 15. Oktober 2012 bis 10. April 2013

mit einer Interferontherapie behandelt worden sei. Dr. B.____ legte dar, die Beschwerdeführerin habe sich mit ihrem Arbeitspensum von 30 % vom 1. Juni bis Mitte Oktober 2012 angesichts der von der Halswirbelsäule und der rechten Schulter herrührenden Beeinträchtigungen am obersten Limit ihrer Leistungsfähigkeit bewegt. Der Operateur der Halswirbelsäule habe im Juni 2012 eine mindestens 6-monatige Eingewöhnungsphase mit einem Beschäftigungspensum von 30 % empfohlen. Aufgrund der vom Hausarzt erhobenen Laborwerte sei Mitte Oktober 2012 die Indikation zur raschen Einleitung einer immunsuppressiven Therapie der chronischen Hepatitis C mit Interferon gestellt worden. Während der Dauer dieser Therapie habe die Beschwerdeführerin an multiplen schweren Nebenwirkungen gelitten und nicht arbeiten können. Deshalb habe sie auch die Physio- und Kräftigungstherapie zur Förderung der Schulter- und der Rückenrehabilitation unterbrechen müssen. Nach dem erfolgreichen Abschluss der

Interferontherapie habe sie die Arbeit am 24. April 2013 wieder zu 30 % aufgenommen. Anlässlich der aktuellen Untersuchung habe sie über Belastungs - schmerzen und eine Funktionseinschränkung im rechten Schultergelenk berichtet mit Schmerzausstrahlungen in den rechten Arm, verbunden mit Taubheitsgefühl. Zusätzlich leide sie unter Nackenschmerzen und gelegentlich Schmerzen im ganzen Rücken. Bei Belastungen über der Schmerzgrenze und häufigen Nacken bewegungen komme es zu Migräne. Die Vertrauensärztin gelangte aufgrund ihrer Untersuchungsbefunde zur Beurteilung, die HWS- und Schulterrehabilitation stehe noch auf dem Niveau vom vergangenen Oktober. Da die postoperative mindestens 6-monatige Eingewöhnungsphase mit dem 30%igen Beschäftigungs pen sum wegen der Folgen der Interferontherapie unterbrochen worden sei, betrage das zumutbare Arbeitspensum für eine optimale Rehabilitation ab jetzt für mindestens vier weitere Monate, also bis Ende 2013, 30 % . Je nach weiterem Krankheitsverlauf sei dann eine Steigerung auf 50 % möglich (Urk. 7/62/2-8).

E. 3.2.3

In der internen Stellungnahme zu Händen der IV-Stelle vom 16. September 2013 hielt Dr. A.____ fest, die Beurteilung von Dr. B.____ liege noch im Bereich seiner eigenen Einschätzung. Aufgrund der Therapienebenwirkungen könne mit über wiegender Wahrscheinlichkeit noch davon ausgegangen werden, dass auch für angepasste Tätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit von mehr als 30 % bestehe (Urk. 7/67/6).

E. 3.3

Im Rahmen der im Mai 2014 eingeleiteten Überprüfung des Renten anspruchs holte die IV-Stelle das interdisziplinäre internistische, rheumatologische, neuro lo gische und psychiatrische Gutachten des C.____ vom 15. Januar 2016 ein, wel ches auf Untersuchungen vom 14. und 22. September 2015 beruht (Urk. 7/118/1). Die Versicherte gab den Gutachtern in anamnestischer Hinsicht an, wegen einer Zunahme der Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung in den rechten Arm sei sie ab Mitte September 2014 wieder zu 100 % krankgeschrieben gewesen; zuvor habe sie noch zu 30 % als Bus-Chauffeuse gearbeitet. Aktuell habe sie Schmerzen in der ganzen Wirbelsäule, unabhängig davon, ob sie etwas mache oder nicht. Die Beschwerden seien stark wetter- und mondabhängig. Auf einer Skala von 0-10 betrage die Schmerzintensität zwischen 4 und 7, gelegentlich komme es zu Schmerzspitzen bis 10. Seit einem Sturz vom Hometrainer am 8. August 2015 habe sie zusätzlich Schmerzen im geprellten Rippenbereich. Aufgrund ihrer starken Schmerzen könne sie nur zwei Stunden am Stück schlafen und fühle sich ständig müde und ausgelaugt. Die Beweglichkeit ihrer rechten Schulter sei immer noch stark eingeschränkt, sie komme damit knapp bis zur Horizontale. Zudem komme es zu schmerzhaften Ausstrahlungen in den ganzen rechten Arm. Wegen einer depressiven Verstimmung erhalte sie vom Hausarzt nebst den Analgetika neu auch noch Antidepressiva (Urk. 7/118/32-34, Urk. 7/118/36, Urk. 7/118/62).

Der internistische Teilgutachter konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Hinsichtlich der vom 15. Oktober 2012 bis zum 10. April 2013 behandelten Hepatitis C ergab die von ihm veranlasste Laboruntersuchung, dass alle Leberwerte im Normbereich lagen (Urk. 7/118/37-39, Urk. 7/118/63, Urk. 7/118/57). Der rheumatologische Teilgutachter erhob eine um einen Drittel eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule in der Seitneigung und Rota tion nach rechts. Die Lendenwirbelsäule war frei,

aber mit Schmerzen beweglich. Die Rückenmuskulatur war suprascapulär rechts druckdolent. Im Kreuz bestanden eine Klopfdolenz und ein Bewegungsschmerz. Das rechte Schultergelenk war extrem druckdolent. Vorwärts- und Seitwärtselevation waren nur im Umfang von 90° möglich. Die Rotation der rechten Schulter nach innen und aussen war um einen bis zwei Drittel schmerzhaft eingeschränkt. Der rheumatologische Sachverständige würdigte zudem die radiologischen Vorbefunde (Arthro-MRI des rechten Schultergelenks vom 6. Mai 2012, MRI der Halswirbelsäule vom 15. Januar 2014) und liess am 14. September 2015 Röntgenbilder der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie des Beckens erstellen (Urk. 7/118/41-43). Gestützt auf diese Abklärungen diagnostizierte er ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach Diskushernienoperation mit einer muskulären Insuffizienz der Ge samtwirbelsäule und eine Periarthropathia humeroscapularis tendinotica partim ankylosans rechts. Ferner hielt er fest, trotz der MR-mässig festgestellten intakten Rotatorenmanschette bestehe eine frozen shoulder, welche die Beschwerde führerin einschränke. Die Kreuzschmerzen seien muskulär bedingt. Wegen der eingeschränkten Funktion der rechten Schulter und der Halswirbelsäule sei die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Bus-Chauffeuse nicht mehr arbeitsfähig. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht hingegen eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/118/43-44, Urk. 7/118/63).

In der klinisch-neurologischen Untersuchung gab die Beschwerdeführerin ein gemindertes oberflächiges Berührungsempfinden vom rechten Schulterblatt bis zur Clavicula sowie am gesamten rechten Arm mit Ausnahme der Innenseite an. Die Hypästhesie war am ulnaren Unterarm, der Handkante und am 5. Finger rechts betont. Weiter gab sie an, es komme derzeit zu weniger Migräneattacken, da sie nicht mehr arbeite und die Physiotherapie nicht fortgeführt habe. Früher habe sie viermal pro Woche während einem bis zwei Tagen Kopfschmerzen ge habt, wobei die Einnahme des Medikaments Maxalt jeweils zu einer langsamen Rückbildung der Kopfschmerzen geführt habe. Eine spezifische Migräne prophylaxe-Medikation sei nicht erfolgt. Unter Berücksichtigung der MRT-Bilder der Halswirbelsäule vom 3. November 2014 gelangte der neurologische Gutachter zur Beurteilung, dass die hochgradigen degenerativen Veränderungen der Halswirbel säule (anlagebedingt enger Spinalkanal C4 bis C6, schwere Foramenstenosen C5/6 bilateral und C6/7 rechtsbetont, Kompression der C6-Wurzel intraforaminal beidseits sowie der C7-Wurzel rechts intraforaminal) nicht von objektivierbaren höhergradigen neurologischen Ausfällen begleitet

waren. Die Hypästhesie im Bereich der rechten Schulterpartie und des rechten Armes lasse sich nicht sicher einem Dermatome oder einem nervalen Versorgungsgebiet zuordnen. Die Fühlstörungen im Schulterbereich seien am ehesten funktionell im Rahmen der Schulter schmerzsymptomatik einzuordnen. Dennoch sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer für den multifaktoriellen Schulter-Arm-Schmerz mitverantwortlichen zervikoradikulären Schmerzkomponente auszugehen. Dies führe aber nicht zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten leichten Tätigkeit. Die Migräne sei wegen der niedrigen Attackenfrequenz derzeit nicht relevant für die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/118/45-48, Urk. 7/118/63-64).

Die psychiatrische Teilgutachterin konnte aufgrund ihrer Untersuchungsbefunde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die Beschwerdeführerin nehme momentan jeden Abend ein vom Hausarzt verordnetes Antidepressivum ein, fühle sich

aber psychisch stabil. Die von ihr beschriebenen, reaktiv bedingten depressiven Phasen seien überwiegend medikamentös bedingt gewesen (durch die Interferon-Therapie und das abrupte Absetzen von Schmerzmedikamenten). Die schwierige Alltagssituation mit anhaltenden Schmerzen könne anhand der somatischen Beeinträchtigungen erklärt werden. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könne eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) genannt werden. Die im Vordergrund stehenden Schmerzen in der Halswirbelsäule und im Schulter-Bereich hätten somatische Ursachen, wobei psychischen Faktoren eine wichtige Rolle hinsichtlich des Schweregrads beziehungsweise der Aufrechterhaltung der Schmerzen zukämen. Die Schmerzen würden nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht und stünden auch nicht im Zusammenhang mit einer affektiven Störung, Angststörung, Somatisierungsstörung oder anderen psychischen Beeinträchtigung. Insbesondere fehlten angesichts der schwach ausgebildeten psychopathologischen Befunde und der guten Tagesstruktur ohne sozialen Rückzug – die Beschwerdeführerin sei angesichts ihrer Schmerzen relativ aktiv, habe mehrere Hobbys und einen grossen Bekanntenkreis - Anhaltspunkte für eine affektive Problematik. Auch könnten weder ein innerpsychischer Konflikt noch persönlichkeitsbedingte Hemmnisse, welche einen adäquaten Umgang mit den Schmerzen behinderten, identifiziert werden. Die Diagnose habe lediglich deskriptiven Charakter. Aus psychiatrischer Sicht bestehe weder in der angestammten Tätigkeit noch in einer angepassten Tätigkeit, etwa in einem Büro, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/118/48-56, Urk. 7/118/62, Urk. 7/118/70).

Aus interdisziplinärer Sicht resümierten die Gutachter, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei wegen der schmerzhaft eingeschränkten Belastbarkeit ihrer rechten Schulter und der Halswirbelsäule qualitativ eingeschränkt. Körperlich anstrengende Tätigkeiten in Zwangshaltungen oder mit repetitiver Belastung des rechten Armes seien ihr nicht mehr zumutbar, weshalb die angestammte Tätigkeit als Bus-Chauffeurin nicht mehr geeignet sei. In einer behinderungsangepassten, wechselbelastend sitzend, stehend und gehend ausübbarer Tätigkeit ohne Arbeiten über der 90°-Ebene mit dem rechten Arm, ohne Zwangshaltungen und ohne Heben oder Verschieben von Lasten über 5 kg sei eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben. Die im zeitlichen Verlauf seit dem Jahr 2007 ärztlich attestierten Phasen gänzlicher oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit seien aufgrund der Akten und angesichts der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar und plausibel, bezögen sich allerdings nur auf den Beruf als Bus-Chauffeurin. Seit dem 17. September 2014 sei sie in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei sie ab sofort zu 100 % arbeitsfähig. Diese Einschätzung stimme mit derjenigen des Versicherungsmediziners des Unfallversicherer, welcher die Beschwerdeführerin im Juli 2015 untersucht habe, überein (Urk. 7/118/65-66, Urk. 7/118/73).

Dr. A.____ vom RAD, dem das C.____-Gutachten zur versicherungsmedizinischen Würdigung vorgelegt worden war, hielt in seiner Stellungnahme vom 1. Februar 2016 fest, das Gutachten leuchte in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und enthalte überzeugende Schlussfolgerungen. Gestützt darauf sei erstellt, dass die Beschwerdeführerin ab 15. Januar 2016 in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 7/137/4-6).

E. 3.4

Am 25. Februar 2016 erfolgte das Erstgespräch der Eingliederungsberatung der IV-Stelle mit der Beschwerdeführerin. Dabei erfuhr sie erstmals von der Beurteilung der

C.____-Gutachter, dass sie in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Sie teilte der Eingliederungsfachperson mit, nicht mit einer solchen Beurteilung gerechnet zu haben; mit ihren Einschränkungen und Schmerzen könne sie keiner Arbeit nachgehen. Am 26. April 2016 bestätigte sie der Eingliederungsberaterin, dass sie sich wegen der sehr starken Schmerzen und der bei Anstrengung auftretenden Migräne als vollständig arbeitsunfähig be trachte; auch an Eingliederungsmassnahmen könne sie nicht teilnehmen (Urk. 7/133/4-6). Daraufhin schloss die IV-Stelle die Eingliederungsberatung ab und teilte dies der Beschwerdeführerin am 2. Mai 2016 mit (Urk. 7/132).

Am 8. April 2016 berichtete der Rheumatologe Dr. D.____ über seine Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 31. März 2016. Er hielt fest, das zerviko spondylogene Schmerzsyndrom rechts mit möglicher Reizung der Nervenwurzel C6 sei nach einer Kontusion der Halswirbelsäule am 10. Februar 2016 exazerbiert. Auch die chronisch rezidivierende Migräne sei zwischenzeitlich exazerbiert , und es bestehe eine depressive Störung (Urk. 3/3 = Urk. 7/130).

In seinem Verlaufsbericht vom 17. Mai 2016 erwähnte Dr. D.____ bei den Diagnosen neu ein akutes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links bei segmentaler Instabilität vor allem im Segment L4/5 linksbetont mit ausgeprägten sekundären myofaszialen Befunden. Dem Bericht ist weiter zu entnehmen, dass Dr. D.____ die Beschwerdeführerin anwies, sich beim Hausarzt zu melden, falls diese Beeinträchtigungen unter der angeordneten Therapie nicht innert 3-4 Tagen abklingen (Urk. 7/134).

Am 19. August 2016 berichtete Dr. D.____ über den weiteren Verlauf. Anfang Juni sei es zu einer akuten, anhaltenden Schmerzexazerbation in der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule sowie im Schultergürtel gekommen. Ein klarer Auslöser sei nicht eruierbar. Die Beschwerdeführerin sei zurzeit sicher auch in einer leichten Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, da das Schultergelenk nicht und die Wirbelsäule kaum belastbar seien. Sitzen, Stehen und Gehen sei nicht länger als 15 Minuten möglich. Zudem bestehe sicher eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, zu der er als Rheumatologe nicht Stellung nehmen könne (Urk. 3/4 = Urk. 7/145).

In einem weiteren Bericht vom 23. Februar 2017 hielt Dr. D.____ fest, die Beschwerdeführerin habe sich am 24. Dezember 2016 eine starke Kontusion des Digitus V am linken Fuss zugezogen. Sonografisch ergebe sich der Verdacht auf eine nicht dislozierte Fraktur des Endglieds des Digitus V. Am 26. Januar 2017 sei sie auf Eis ausgerutscht und auf das linke Knie gestürzt. Seither habe sie vermehrte Schmerzen lumbal, im linken Kniegelenk und auch wieder in der rechten Schulter. Die radiologische Untersuchung habe eine beginnende Osteochondrose L5/S1 und eine Fazettengelenksarthrose L4/5 und L5/S1 ergeben. In den Kniegelenken seien eine beginnende Retropatellararthrose und zusätzlich Verkalkungen der Meniskus sichtbar geworden. Diese sprächen für das Vorliegen einer Chondrokalzinose (Pseudogicht). Zudem bestehe eine beginnende Coxarthrose. Insgesamt habe sich die gesundheitliche Situation im letzten Jahr eher verschlechtert. Auch für leichte wechselbelastende Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin aktuell aus traumatologischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Sie werde zwecks Erörterung weiterer Schritte melden, ob die Beschwerden insbesondere auch des linken Kniegelenkes abgeklungen seien (Urk. 3/5 = Urk. 7/153).

Die IV-Stelle bot die Beschwerdeführerin nach ihrem Einwand vom 9. September 2016 (Urk. 7/147/2) gegen den Vorbescheid vom 26. Juli 2016 (Urk. 7/138) erneut zur

Eingliederungsberatung auf. Nachdem sie mehrere Termine unter Hinweis auf gesundheitliche Probleme (einen Virus, Zahnschmerzen, eine starke Erkältung, einen gebrochenen Zeh, Migräne) aufgeschoben hatte, machte sie die IV-Stelle auf ihre Mitwirkungspflicht aufmerksam (Urk. 7/162/1-4). Am 7. August 2017 begann das von der IV-Stelle organisierte Belastbarkeitstraining zur Wiedereingliederung ins Berufsleben (vgl. Urk. 7/155-158). Die Beschwerdeführerin hielt die für den ersten Monat vereinbarte Präsenzzeit von täglich zwei Stunden bereits nach kurzer Zeit nicht mehr ein. Sie gab der Eingliederungsfachperson an, dass sie wenig belastbar sei und seit dem Entscheid der IV (Vorbescheid vom 26. Juli 2016; Urk. 7/138) wieder vermehrt unter Schmerzen leide. Sie habe starke Schlafstörungen, da sie in der Nacht kaum eine schmerzfreie Position finde; zusätzlich leide sie unter einer Mittelohrentzündung und starken Migränen. Dem Abschlussbericht des Belastbarkeitstrainings ist zu entnehmen, dass sie ihren behandelnden Rheumatologen Dr. D.____ am 17. August 2017 um Ausstellung des für die Dispensation vom Belastbarkeitstraining erforderlichen Arztzeugnisses ersuchte; Dr. D.____ weigerte sich allerdings, eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren, und empfahl der Beschwerdeführerin die Wiederaufnahme des Belastbarkeitstrainings. Die Eingliederungsfachperson teilte der fallführenden Sachbearbeiterin der IV-Stelle mit, die Beschwerdeführerin habe sehr schmerzgezeichnet gewirkt, manchmal aber auch übertrübungen (Urk. 7/160/2, Urk. 7/162/5-6). Da sich die Beschwerdeführerin in der Folge regelmässig abmeldete und die Schmerzproblematik laut ihren Angaben von Tag zu Tag zunahm, wurde das Belastbarkeitstraining am 25. August 2017 abgebrochen (Urk. 7/160/6).

E. 3.5

Am 11. November 2016 sowie am 12. September 2017 nahm der RAD-Orthopäde Dr. A.____ zu den Verlaufsberichten von Dr. D.____ Stellung. Zunächst äusserte er die Einschätzung, dass Dr. D.____ in seinem Arztbericht vom 19. August 2016 die Auswirkung der im Gutachten des C.____ vom 15. Januar 2016 gestellten Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit anders werte, indem er bei rezidivierenden Beschwerden von einer Arbeitsfähigkeit von 0 % im exazerbierten Stadium ausginge. Eine Auseinandersetzung mit dem Gutachten sei aber nicht erfolgt. Hinsichtlich der im Verlaufsbericht von Dr. D.____ vom 12. September 2017 erwähnten Fraktur des Endgliedes der linken Kleinzeh am 24. Dezember 2016 sei von einer Abheilung innerhalb sechs Wochen auszugehen. Das gleiche gelte für die am 28. Januar 2017 erlittene Prellung des linken Kniegelenks. Aufgrund dieser beiden Ereignisse sei eine Arbeitsunfähigkeit vom 24. Dezember 2016 bis Mitte März 2017 denkbar (Urk. 7/163/2, Urk. 7/163/4).

E. 4.1

Zu prüfen ist, ob sich der medizinische Sachverhalt seit Erlass der Verfügung vom 15. April 2014 (Urk. 7/71, Urk. 7/76, Urk. 7/81) wesentlich verändert hat.

E. 4.2

Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, das C.____-Gutachten vom 15. Januar 2016 vermöge keine wesentliche Veränderung des Sachverhalts zu belegen.

Das Gutachten des C.____ vom 15. Januar 2016 ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen

Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein

und enthält begründete Schlussfolgerungen. Es ist daher grundsätzlich beweiskräftig (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Hinsichtlich der im psychiatrischen Teilgutachten diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wurde eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in nachvollziehbarer Weise verneint (vgl. E. 3.3). Deshalb kann eine Prüfung der Standardindikatoren unterbleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C_309/2018 vom 2. August 2018, E. 3.2 und 5.2.2 mit weiteren Hinweisen).

Zwar ergeben sich aus den Akten Anhaltspunkte für eine gewisse Verschlechterung des Gesundheitszustands: Die Gutachter erwähnten die kurz zuvor getroffene Einschätzung des Versicherungsmediziners des Unfallversicherers, wonach sich die Schulterbeweglichkeit im Verlauf allenfalls leicht verschlechtert habe (Urk. 7/118/24-25). Eine qualitative Verschlechterung der Nacken-Schulter-Beschwerden spiegelt sich auch in der Beurteilung der Gutachter, dass die Beschwerdeführerin ab dem 17. September 2014 in der angestammten Tätigkeit als Buschauffeurin zu 100 % arbeitsunfähig war, wogegen ihr Dr. A. ___ und Dr. B. ___ vor Erlass der Verfügung vom 15. April 2014 in dieser Tätigkeit noch eine 30%ige Arbeitsfähigkeit attestierten (Urk. 7/62/2-9, 7/67/6).

Allerdings war für die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. A. ___ vom 16. September 2013, dass die Beschwerdeführerin damals auch in leidensangepassten Tätigkeiten zu 70 % arbeitsunfähig war, entscheidend, dass die Therapie und die Rehabilitation nach der Implantation der Bandscheibenprothese am 3. Februar 2012 noch nicht abgeschlossen war. Diese hatte sich durch die von Mitte Oktober 2012 bis Ende April 2013 notwendig gewordene Interferontherapie der chronischen Hepatitis C mit multiplen schweren Nebenwirkungen verzögert. Er stimmte der Schlussfolgerung der Vertrauensärztin der Pensionskasse Dr. B. ___ zu, dass die Arbeitsfähigkeit entsprechend der Einschätzung des Operateurs zur Eingewöhnung während mindestens sechs Monaten nur auf 30 % veranschlagt werden dürfe (Urk. 7/67/6). Nach Abschluss der Therapie beziehungsweise der Eingewöhnungsphase rechnete er, ebenso wie die Vertrauensärztin der Pensionskasse, mit einer deutlichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/58/7, Urk. 7/62/8, Urk. 7/67/6). Anlässlich der Begutachtung im September 2015 war die Therapie der Hepatitis C seit längerem vorbei und die beeinträchtigenden Nebenwirkungen waren wieder abgeklungen, wie sich aus dem internistischen Teilgutachten ergibt (Urk. 7/118/37-39). Ebenfalls abgelaufen war die vom Operateur empfohlene 6-monatige Eingewöhnungszeit mit einem Beschäftigungspensum von 30 %. Im September 2014 stand dann auch fest, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeiten können. Es bestand folglich kein Grund mehr, die Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten aus therapeutischen Gründen einzuschränken. Darin liegt die relevante Sachverhaltsänderung.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin wird im Gutachten auf Seite 66 keine Neubeurteilung des gleich gebliebenen Gesundheitszustandes vorgenommen: Die Gutachter führten an dieser Stelle keineswegs aus, die durch die Versicherungsmediziner attestierte Arbeitsunfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten sei nicht nachvollziehbar. Sie hielten lediglich fest, die in der Vergangenheit attestierten Phasen ganzer und teilweiser Arbeitsunfähigkeit bezogen auf den Beruf als Buschauffeurin seien plausibel. Zur Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten nahmen sie dagegen nicht rückwirkend Stellung, sondern bloss ab dem Begutachtungszeitpunkt (Urk. 7/118/66). Zudem stimmte

Dr. A.____, auf dessen Einschätzung die rechtskräftige Verfügung vom 15. April 2014 beruht, in seiner Stellungnahme vom 1. Februar 2016 den gutachterlichen Schlussfolgerungen zu und ging neu von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten aus. Dies spricht ebenfalls gegen eine andere Beurteilung des gleich gebliebenen Gesundheitszustandes durch die Gutachter und für eine wesentliche Sachverhaltsänderung.

Zwar fehlt im Gutachten eine klare Stellungnahme zur Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten seit April 2014. Da eine relevante Sachverhaltsänderung in gesamthafter Betrachtung der medizinischen Akten nach dem Gesagten evident ist, besteht kein Grund zu weiteren Abklärungen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 E. 6.1.2 mit Hinweisen). Gestützt auf das im Übrigen uneingeschränkt beweiskräftige Gutachten des C.____ vom 15. Januar 2016 steht zudem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin ab dem 15. Januar 2016 in behinderungsangepassten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig ist.

E. 4.3

Die Beschwerdeführerin stellt sich weiter auf den Standpunkt, ihr Zustand habe sich seit der Begutachtung im C.____ wesentlich verschlechtert. Dabei beruft sie sich auf die in den Berichten des behandelnden Rheumatologen Dr. D.____ vom 8. April und 19. August 2016 sowie 23. Februar 2017 erwähnten neuen respektive akzentuierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Indessen legte Dr. A.____ vom RAD in seinen Würdigungen dieser Verlaufsberichte vom 11. November 2016 sowie vom 12. September 2017 überzeugend dar, dass sich Dr. D.____ nicht mit dem C.____-Gutachten auseinandergesetzt hatte und er die bereits von den Gutachtern erhobenen rezidivierenden Beschwerden anders wertete, indem er im exazerbierten Stadium von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausging (Urk. 7/163/2). Die Beschwerdeführerin gab bereits den Gutachtern an, unter Schmerzen in der ganzen Wirbelsäule zu leiden, welche in der Intensität zwischen 4-7 pendelten mit gelegentlichen Schmerzspitzen von 10 auf einer Skala von 0-10. Damals klagte sie auch über zusätzliche Schmerzen seit einem Sturz vom Hometrainer am 8. August 2015 (Urk. 7/118/32-34). Es fällt mit Blick auf die Verlaufsberichte vom 8. April, 17. Mai und 19. August 2016 sowie 23. Februar 2017 auf, dass Dr. D.____ die Beschwerdeführerin jeweils nach Schmerzexazerbationen in verschiedenen Körperbereichen, welche teils unfallbedingt und teilweise ohne klaren Auslöser waren, behandelte. Dabei wechselten die im Vordergrund stehenden Beschwerden: Im Bericht vom 8. April 2016 wird eine Exazerbation des zervikospodylogenen Schmerzsyndroms rechts und der Schulterbeschwerden erwähnt (Urk. 7/130), im Verlaufsbericht vom 17. Mai ein akutes lumbospodylogenes Schmerzsyndrom links (Urk. 7/134), im Bericht vom 19. August 2016 ist wieder von verstärkten Beschwerden in der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (Urk. 7/145) sowie in der Schulter seit Juni 2016 die Rede. Im Bericht vom 23. Februar 2017 schliesslich stehen die Folgen der Fussverletzung vom 24. Dezember 2016 und der Knieverletzung vom 26. Januar 2017 im Vordergrund (Urk. 7/153). Mithin ist davon auszugehen, dass etwa die am 10. Februar 2016 akzentuierten Beschwerden in der Halswirbelsäule zwischenzeitlich wieder zurückgingen, bis sie im Juni 2016 wieder verstärkt auftraten. Der Verlauf der Beeinträchtigungen in der Wirbelsäule und der rechten Schulter war nach der Begutachtung wechselhaft und schloss auch Phasen mit geringerer Beschwerdebildung ein, wie dies bereits zuvor der Fall war. Von Bedeutung ist ferner, dass sich die Beschwerdeführerin

anlässlich des Erstgesprächs der Eingliederungsberatung vom 25. Februar 2016 überrascht und nicht einverstanden mit dem Ergebnis der Begutachtung zeigte und angab, vollständig arbeitsunfähig zu sein (Urk. 7/133/4-6). Diese Diskrepanz zur Einschätzung der Gutachter kann mit der von der psychiatrischen Teilgutachterin gestellten, lediglich deskriptiven Diagnose einer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Urk. 7/118/64-65) erklärt werden. Auch Dr. D.____ weigerte sich am 17. August 2017, der Beschwerdeführerin für die gewünschte Dispens vom laufenden Belastbarkeitstraining eine Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen (Urk. 7/160/2, Urk. 7/162/5-6); dies zeigt, dass auch dieser Arzt mit der Zeit von einer erheblichen Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin und dem ihr objektiv Zumutbaren ausging. Hinsichtlich des Wirbelsäulenleidens und der Beschwerden in der rechten Schulter ist folglich davon auszugehen, dass sowohl das subjektive Krankheitsempfinden der Beschwerdeführerin als auch die objektive Befundlage seit der Begutachtung keine wesentliche Veränderung erfahren haben. Die vorübergehenden Schmerzexazerbationen nach den diversen Unfällen vermögen daran nichts zu ändern. In den Verlaufsberichten von Dr. D.____ vom 8. April 2016 bis 23. Februar 2017 werden die Beeinträchtigungen lediglich anders gewürdigt als im Gutachten. Gleiches gilt hinsichtlich der von Dr. D.____ diagnostizierten Depression; diese hatte die Beschwerdeführerin auch gegenüber den Gutachtern erwähnt (Urk. 7/118/36, Urk. 7/118/62), ohne dass die psychiatrische Gutachterin aber eine erhebliche depressive Symptomatik erheben konnte.

Hinsichtlich der Migräne ist dem Bericht von Dr. B.____ vom 21. August 2013 und dem C.____-Gutachten zu entnehmen, dass die Attacken jeweils bei Belastungen über der Schmerzgrenze und häufigen Nackenbewegungen auftreten und durch die Einnahme des Medikaments Maxalt langsam zurückgehen (Urk. 7/62/5, Urk. 7/118/45). Die Gutachter berücksichtigten die schmerzhaft eingeschränkte Belastbarkeit der rechten Schulter und der Halswirbelsäule bei der Definition des Profils zumutbarer Tätigkeiten (Urk. 7/118/65). Es ist deshalb nicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer solchen Tätigkeit überlastet und durch Migräneattacken beeinträchtigt wird. Eine eher niedrige Attackenfrequenz wirkt sich im Übrigen nicht in relevanter Weise auf die Arbeitsfähigkeit aus, wie der neurologische Teilgutachter des C.____ überzeugend darlegte (Urk. 7/118/64). Ferner erwähnte Dr. D.____ die Migräne in seinen Berichten vom 19. August 2016 sowie vom 23. Februar 2017 nicht bei den die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beeinträchtigungen (Urk. 7/145, Urk. 7/153). Es ist auch diesbezüglich keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes anzunehmen, zumal die Beschwerdeführerin die Migräne in ihrer Beschwerdeschrift nicht mehr erwähnt (Urk. 1 S. 4 f.).

Dr. A.____ hat dargelegt, dass die von Dr. D.____ erwähnten Unfälle vom 24. Dezember 2016 mit Fraktur der linken Kleinzehne und die am 26. Januar 2017 erlittene Prellung des linken Kniegelenks höchstens eine kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit erklären können (Urk. 7/163/4; vgl. auch Urk. 10/133/4). Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den Berichten von Dr. D.____.

Insgesamt bestehen damit keine genügenden Anhaltspunkte für eine wesentliche gesundheitliche Verschlechterung im Zeitraum zwischen der Begutachtung und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Oktober 2017.

E. 5

Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades ermittelte die IV-Stelle für das Jahr 2016 ein Valideneinkommen in der angestammten Tätigkeit als Buschauffeurin von Fr. 86'547.10. Das Invalideneinkommen setzte sie fest, indem sie auf den Lohn für Hilfsarbeiten (Kompetenzniveau 1) im Jahr 2016 gemäss Erhebung des Bundesamtes für Statistik abstellte (Fr. 53'212.30 ; LSE 2012 nominallohnbereinigt), wo bei sie wegen des gesundheitlich bedingt eingeschränkten Belastbarkeitsprofils sowie der langen Betriebszugehörigkeit einen Abzug von 10 % gewährte und so ein Einkommen in Höhe von Fr. 48'024.10 ermittelte (Urk. 2 S. 3, Urk. 7/136, Urk. 7/163/3).

Die Beschwerdeführerin fordert wegen des eingeschränkten Tätigkeitsspektrums sowie pauschal wegen weiterer lohnmindernder persönlicher und beruflicher Merkmale die Anerkennung eines leidensbedingten Abzugs von 20 % (Urk. 1 S. 6). Hierzu ist festzuhalten, dass das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen darf und diesfalls Gegebenheiten darlegen muss, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 126 V 75 E. 6 mit Hinweisen). Ein Abweichen ist grundsätzlich nur bei Unangemessenheit möglich (BGE

137

V 71 E. 5.1).

Zwar wäre die Berücksichtigung der langen Betriebszugehörigkeit nicht zwingend nötig gewesen, da dieser im Rahmen der zugemuteten einfachen Tätigkeiten im

Kompetenzniveau 1 keine relevante Bedeutung zukommt (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich 2014, Art. 28a Rz 108). Gesamthaft betrachtet erscheint der anerkannte Abzug von 10 % unter Berücksichtigung der gesundheitlich bedingt eingeschränkten Belastbarkeitsprofils im Ergebnis aber nicht als unangemessen, zumal weitere lohnmindernde Faktoren nicht ersichtlich sind. Insbesondere werden die der Beschwerdeführerin zugemuteten Hilfsarbeiten altersunabhängig nachgefragt (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 28a Rz 109). Folglich ist der ermittelte Invaliditätsgrad von 45 %, welcher zum Anspruch auf eine Viertelsrente führt, nicht zu beanstanden.

E. 6.1

Im Regelfall ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Bei Versicherungen, die bei der revisions- oder wiedererwägungsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente das 55. Altersjahr vollendet haben oder eine Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren aufweisen, ist - von Ausnahmen abgesehen - eine Selbsteingliederung indessen nicht mehr zumutbar. Massgebend ist der Zeitpunkt des Erlasses der rentenaufhebenden Verfügung (BGE 141 V 5).

Die Verwaltung hat jedoch auch bei solchen Versicherten vorab zu prüfen, ob eine Selbsteingliederung ausnahmsweise zumutbar ist (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 9C_191/2017 vom 15. Februar 2018, E 8.2.1 und 8.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014, E. 3.4 und 8C_39/2012 vom 24. April 2012, E. 5.2).

E. 6.2

Bei Erlass der rentenherabsetzenden Verfügung vom 3. Oktober 2017 war die Beschwerdeführerin rund 60 Jahre alt. Sie fällt damit unter die erwähnte Rechtsprechung. Die IV-Stelle ging davon aus, dass ihr die Selbsteingliederung nicht zumutbar sei, und führte ab dem 25. Februar 2016 (Urk. 7/133/4-6) sowie erneut ab dem 31. Januar 2017 (Urk. 7/162) Eingliederungsmassnahmen durch. Allerdings fragt sich, ob die Beschwerdeführerin die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Hilfsarbeiten nicht auf dem Weg der Selbsteingliederung hätte verwerten können. Immerhin bezog sie die ganze Rente wegen ihrer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab August 2007 nicht besonders lange (ab dem 1. August 2008 befristet bis zum 31. Juli 2010 [Urk. 7/31] und erneut ab dem 1. Mai 2012 [Urk. 7/71] aufgrund der vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab August 2011). Davor und dazwischen (von Juli 2010 bis August 2011, Juli bis November 2012 und ab April 2013 sowie bis Mitte September 2014 [Urk. 7/58/1-2, Urk. 7/62/5, Urk. 7/118/33]) war sie zumindest teilweise erwerbstätig. Zudem verfügt sie über Ressourcen: Nach abgeschlossener Lehre als Telefonistin hat sie zeitweilig auch als Office Managerin und Direktionsassistentin gearbeitet und sich dann zur Buschauffeuse umschulen lassen (Urk. 7/58/3). Sie hat Fremdsprachenkenntnisse und ist sozial gut integriert (Urk. 7/118/32-33, Urk. 7/118/49-50, Urk. 7/118/70). Eine nähere Prüfung dieser Frage kann indessen unterbleiben.

E. 6.3

Aus den Verlaufsprotokollen der Eingliederungsfachpersonen geht hervor, dass die Beschwerdeführerin überzeugt war, nicht mehr arbeiten zu können (Urk. 7/133/4-6). Im zweiten Anlauf mussten die Eingliederungsmassnahmen aufgrund ihres Verhaltens letztlich vorzeitig abgebrochen werden, obwohl sich der behandelnde Arzt Dr. D. ___ geweigert hatte, der Beschwerdeführerin eine Dispens auszustellen (Urk. 7/162/6 und Urk. 7/160/2). Damit ist aber die subjektive Eingliederungsfähigkeit, die Eingliederungsbereitschaft, als nicht gegeben zu betrachten. Folglich mangelte es an einer grundsätzlichen Voraussetzung zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen, und die IV-Stelle durfte die Rente auch ohne den Abschluss vorgängiger befähigender Eingliederungsmassnahmen herabsetzen (Urteil des Bundesgerichts 9C_474/2013 vom 20. Februar 2014, E. 6.3).

E. 6.4

Zu ergänzen bleibt, dass keine Anhaltspunkte bestehen, wonach der Beschwerdeführerin wegen ihres vorgerückten Alters die Verwertung der verbliebenen medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr möglich ist. Bei Fertigstellung des C. ___ -Gutachtens am 15. Januar 2016 (Urk. 7/118) stand fest, dass ihr noch leichte behinderungsangepasste Tätigkeiten zumutbar waren (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., 3. Auflage, Zürich 2014, Art. 28 Rz 15). Damals war sie 58 Jahre alt, bei Erlass der rentenherabsetzenden Verfügung knapp 60. Von Bedeutung ist, dass sie über eine gute Ausbildung, gute Sprachkenntnisse, einen breitgefächerten beruflichen Erfahrungsschatz, Agilität und Sozialkompetenz verfügt. Angesichts dieser Ressourcen steht das Alter der Beschwerdeführerin einer beruflichen Eingliederung nicht entgegen.

E. 7

Ausgangsgemäss gehen die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- zulasten der unter liegenden Beschwerdeführerin (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas -
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 Bundes
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit
15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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