

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01264 vom 23. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01264

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01264 du 23 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01264 del 23 ottobre 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 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

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

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

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

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Geuch 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, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit

für sich alle in genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.4

Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate ange dauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE 119 V 98 E. 4a, Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3).

E. 1.5

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

E. 2

5. Oktober 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben

und es sei weiterhin eine ganze Rente zuzusprechen (S. 2 Ziff. 1 und 2), eventuell sei die Angelegenheit an die IV-Stelle zurückzuweisen und diese anzuweisen, die notwendigen Abklärungen vorzunehmen beziehungsweise zu veranlassen (S. 2 Ziff. 3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. Januar 2018 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 9. Februar 2018 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 12).

Mit Eingabe vom 17. Juli 2018 (Urk. 15) reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren medizinischen Bericht zu den Akten (Urk. 16). Mit Schreiben vom 23. August 2018 (Urk. 18) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Stellungnahme, was der Beschwerdeführerin am 27. August 2018 (Urk. 19) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) da von aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitseinschränkung in einem 80 % Pensum tätig wäre und die restlichen 20 % in den Aufgabenbereich entfallen würden. Im Aufgabenbereich bestehe eine Einschränkung von 14.4 % (S. 1). Auf grund der medizinischen Beurteilung sei der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit zu 50 % zumutbar. Gestützt darauf errechnete die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von insgesamt 24 % (S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass dem Gutachten zwar zu entnehmen sei, dass sich der Zustand des ursprünglich zur Rentenzusprache geführten Gesundheitsschadens gebessert habe. Gleichzeitig sei aber auch festgehalten worden, dass sich der Zustand des linken Knies, wo eine symptomatische Gonarthrose bestehe, verschlechtert habe (S. 3). Anlässlich des Arbeitsversuchs hätten sich bereits nach zwei Tagen starke Schmerzen eingestellt, so dass der Arbeitsversuch nach kurzer Zeit habe abgebrochen werden müssen. Im Zusammenhang mit dem Gutachten und auch dem Arbeitsversuch sei festzustellen, dass eine 50%ige Tätigkeit, wie dies als mögliche Annahme erwähnt worden sei, schlicht nicht möglich gewesen sei. Wie die Gutachter zudem auf die 50%ige Arbeitsfähigkeit kämen, sei ebenfalls nicht ganz nachvollziehbar (S. 4).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Einstellung der bisherigen ganzen Rente rech tens ist.

3. 3.1

Der erstmaligen Rentenzusprache mit Verfügungen vom 22. Juli und 13. August 2013 (Urk. 11/69 und Urk. 11/72) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden Be richte zugrunde.

Die Ärzte der Klinik B.____ berichteten am 27. Mai 2009 (Urk. 11/3/1-2) und nannt en folgende Diagnosen: - medial und femoropatellare Gonarthrose rechts - Status nach Valgisationsosteotomie, Arthroskopie, Teilmeniskektomie medial und Microfracturing Femur und Tibia links bei medialer Gonarth rose links am 20. April 2004 - Status nach arthroskopischer

Teilmeniskektomie medial rechts 1990 - degenerative lumbale Wirbelsäulenerkrankung - arterielle Hypertonie

Sie führten aus, dass die Beschwerdeführerin seit der Kniearthroskopie rechts 1990 praktisch beschwerdefrei gewesen sei. Im Dezember 2008 sei sie lumbal infiltriert worden und danach von einem Stuhl gefallen, seither habe sie zuneh mend Schmerzen im rechten Kniegelenk (S. 1). 3.3

Die Ärzte der Klinik B.____ berichteten am 17. November 2010 (Urk. 11/20/6-7) zuhanden der Beschwerdegegnerin und führten aus, es bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bei persistierend eingeschränkter Belastbarkeit. Es bestünden Restbeschwerden nach einer Knie- Total prothese rechts (S. 1). Vom 14. Oktober 2009 bis 3. Januar 2010 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, nach folgend eine 50%ige. Die Beschwerdeführerin habe Mühe mit schwerem Heben und stärkerer Belastung. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin noch zumutbar, einfach ohne schweres Heben. Aktuell sei eine angepasste Tätigkeit zirka 50 % ohne schweres Heben von mehr als 5 kg möglich.

Abhängig von der Diagnostik könne mit einer Wiederaufnahme beziehungsweise Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden (S. 2). 3.4

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____ berichteten am 27. April 2011 (Urk. 11/26) und nannten als Diagnose ein femoropatellärer Schmerzzustand nach Knie- Totalprothese rechts im Oktober 2009 bei Gonarthrose. Sie führten aus, das Gelenk sei bereits zweimalig punktiert worden mit unauffälligem Befund. Eine am 11. November 2010 durchgeführte Szintigrafie habe eine vermehrte Aktivität im Kapselbereich gezeigt. Es bestehe eine 90%ige Arbeitsunfähigkeit auf der 50 % Stelle bei Ikea (S. 1). Bei zweimalig unauffälliger Punktion sei für den beschriebenen femoropatellären Schmerz zunächst die fehlende Streckung durch eine Arthrofibrose zu sehen, was zu einer Überlastungsreaktion führe (S. 2). 3.5

Am 27. April 2012 berichteten die Ärzte der Rehaklinik C.____ über die am 21. und 22. März 2012 durchgeführte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) der Beschwerdeführerin (Urk. 11/44). Sie führten aus, das Hauptproblem der Beschwerdeführerin sei aktuell das rechte Kniegelenk. Anlässlich der durchgeführten Evaluation zeige sich nach wie vor ein Reizzustand mit einer objektivierbaren Überwärmung und Schwellung. Es bleibe zu hoffen, dass es sich dabei noch um einen postoperativen Status handle und nicht um eine andauernde Problematik, wie sie wahrscheinlich in ähnlicher klinischer Ausprägung zum Ausbau der ersten Prothese geführt habe. Verrichtungen des Alltags könne die Beschwerdeführerin momentan mehr oder weniger ohne Hilfe bewältigen. Zum jetzigen Zeitpunkt könne aus medizinischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Es sei davon auszugehen, dass sich eine Besserung der Situation nur langsam einstelle und es werde eine erneute Beurteilung in frühestens sechs Monaten empfohlen (S. 3 oben). Als arbeitsrelevante Probleme bestünden belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen im rechten Knie sowie belastungsabhängige Schmerzen nach Umstellungsosteotomie im linken Knie und eine postoperative Schwellneigung bei Belastung und Beugeeinschränkung. Es bestehe keine Symptomausweitung (S. 3 Mitte). Die Tätigkeit als Verkäuferin sei der Beschwerdeführerin aktuell nicht zumutbar. Die Anforderungen seien zu hoch, da es sich um eine mehrheitlich gehende und stehende Tätigkeit handle. Die Zumutbarkeit für eine andere berufliche Tätigkeit werde noch nicht festgelegt (S. 3 unten). Die funktionelle Leistungsfähigkeit liege aktuell deutlich unter den Belastungsanforderungen der bisherigen Arbeit. Es sei aber prognostisch davon auszugehen, dass eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu einem späteren Zeitpunkt theoretisch zumutbar sein sollte (S. 5 oben). 3.6

Die Ärzte der Klinik B.____ berichteten am 12. Oktober 2012 (Urk. 11/53/2) und führten aus, es bestehe der Verdacht auf eine tibiale Komponentenlockerung rechts bei Status nach Knie totalprothesen-Einbau rechts vom 12. Dezember 2011 nach Ausbau bei nicht bestätigtem low grade-Infekt. Die Computertomographie zeige einen deutlichen Lyse saum um die tibiale Komponente, so dass hier ein klares Korrelat für den unterschenkelbetonten Schmerz gesehen werde. Es sei zu befürchten, dass ein Wechsel der Tibiakomponente nicht zu umgehen sei. 3.7

Die Ärzte der Klinik B.____ berichteten am 8. November 2012 (Urk. 11/55) und führten aus, die Beschwerdeführerin komme zur Operationsbesprechung bei geplantem Tibiakomponentenwechsel. Die Knieprothesen-Revision werde bald möglichst durchgeführt. An dieser Stelle bestehe sicher eine fortwährende Arbeitsunfähigkeit von 100 %, ebenfalls postoperativ mit üblicher Rehabilitationsphase. 3.8

Die zuständige Abklärungsperson führte am 17. Januar 2013 bei der Beschwerde führerin zu Hause eine Haushaltabklärung an Ort und Stelle durch, qualifizierte sie als zu 80 % im Erwerbsbereich und zu 20 % im Haushalt tätig und ermittelte eine Einschränkung von 53.40 % im Haushalt (Urk. 11/59).

3.9

Dr.

D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 11. Dezember 2012 (Urk. 11/61/6) Stellung und führte aus, dass abgestellt auf die Gesamtunterlagen ab 14. Oktober 2009 von einem noch behandlungsbedürftigen relevanten Gesundheitsschaden mit folgender Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung in bisheriger und angepasster Tätigkeit auszugehen sei. Ab dem 14. Oktober 2009 habe in bisheriger und angepasster Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, ab dem 4. Januar 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit, ab dem 18. November 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit bis dato. Weitere medizinische Abklärungen und das Auferlegen schadenmindernder Massnahmen erschienen bis jetzt nicht erforderlich. 3.10

Am 12. April 2013 nahm RAD-Arzt Dr. D.____ erneut Stellung (Urk. 11/61/7) und beschrieb als optimales Belastungsprofil für die Restarbeitsfähigkeit in der Zeit vom 4. Januar 2010 bis 17. November 2011 wechselbelastende hauptsächlich sitzende Tätigkeiten mit Möglichkeiten zur Änderung der Kniestellung respektive Bewegungsübungen, Meidung von abschüssigen Wegstrecken, möglichst glatte barrierefreie Wege, kein Leiter- und Gerüststeigen, kein häufiges Treppensteigen, Meidung kniender, kauender, hockender Körperstellungen. Die Tätigkeit als Mitarbeiterin Verkauf erscheine unter diesem Profil nicht als optimal angepasst, so dass allfällige Einbussen des Pensums medizinisch nachvollziehbar seien.

4. 4.1

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung vom 25. Oktober 2017 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die nachfolgenden Berichte. 4.2

Die Ärzte des E.____ berichteten am 18. Dezember 2014 (Urk. 11/90/5-6) und führten aus, es bestehe immer noch eine gewisse Wetterfühligkeit. Prinzipiell sei die Beschwerdeführerin zufrieden mit dem Knie. Im Vordergrund stünden nun zunehmend belastungsabhängige Kniebeschwerden links bei fortgeschrittener Gonarthrose. Das aktuelle Röntgenbild zeige eine unverändert regelrechte Prothesenplatzierung ohne periprothetische Auffälligkeiten. Die Beschwerdeführerin zeige betreffend Knieprothesen-Wechsel rechts einen nun regelrechten Verlauf. Betreffend Gonarthrose links werde das Ausschöpfen der konservativen Therapiemassnahmen empfohlen. Bei komplexer Vorgeschichte rechts mit Anhaltspunkten für eine Hypersensibilität auf verschiedene Implantatmaterialien seien sie einer möglichen knieprothetischen Versorgung gegenüber zu rückhaltend eingestellt. 4.3

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____, Orthopädie, erstatteten ihr orthopädisches Gutachten am 29. November 2016 (Urk. 11/120 = Urk. 3/3) gestützt auf die Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 21. September 2016 sowie die Akten. Sie nannten folgende

Diagnosen (S. 21 Ziff. V): - schmerzhafte Knieprothese rechts mit rezidivierenden Gelenksergüssen mit/bei

- Status nach Knieprothesenrevision rechts mit Legion Tibiakomponentenwechsel, inklusive Koppungsgradwechsel von semi- constrained auf posterior

stabilized am 1. Februar 2013 bei Tibiakomponentenlockerung - Status nach zweimaligem Knieprothesenwechsel mit Knie-Totalprothesenausbau und Einbau eines Zementspacers mit Refobacin-Revisionszement am 18. November 2011 sowie Zementspacerausbau und Knie-Totalprothesenwiedereinbau rechts mit Smith and

Nephew Legion semi- constrained am 12. Dezember 2011 bei Sensibilisierung auf Nickel-sulfat und Natriumtetrachloropalladat und initialem, nicht bestätigtem Verdacht auf Low grade-Infekt - Status nach Kniepunktion rechts am 25. November 2010 sowie 21. Januar 2011, jeweils ohne Keimwachstum und normwertiger Zellzahl - Status nach Knie-Totalprothese rechts am 15. Oktober 2009 bei schmerzhafter medialer und femoropatellärer Gonarthrose rechts

- femoropatellär und medial betonte Gonarthrose links mit/bei - Status nach Entfernung Tomofixplatte proximale Tibia links am 19. August 2005 - Status nach Knie-Arthroskopie links, Meniskusresektion, Mikrofrakturierung Femur und Tibia sowie valgusierende Osteotomie 10° open-wedge medial mit Tomofixplatte und Allograft Spongiosa am 20. Dezember 2004

- intermittierende Lumbalgie

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin arbeite seit dem 12. September 2013 als Verkehrslostin bei der Gemeinde, wobei sie jeweils an einem Fussgängerstreifen stehe und den Verkehr halte, um den Schülern ein gefahrloses Überqueren der Strassen zu ermöglichen. Die Arbeit als Verkehrslostin werde jeweils nur an einem Tag in der Woche zu folgenden Zeiten ausgeübt: 07.55 - 09.10 Uhr, 11.55-12.15 Uhr, 13.00 - 13.25 Uhr. Die Arbeitszeit an einem solchen Tag betrage also insgesamt zwei Stunden. Dies ergebe unter Berücksichtigung der Schulferien eine durchschnittliche Arbeitszeit von zirka 6 Stunden 40 Minuten monatlich als Lotsin. Hauptsächlich arbeite die Beschwerdeführerin als Hausfrau, wobei sie den Haushalt mehr oder weniger und abgesehen von gewissen Hilfeleistungen ihres Ehemannes und der im Haushalt lebenden Tochter alleine zu erledigen vermöge. Zusätzlich verrichte die Beschwerdeführerin regelmässig Büroarbeiten im Betrieb ihres Ehemannes, welcher als selbständiger Schreiner arbeite. Ihre Tochter habe zwei Kinder und wohne mit einem ihrer Kinder im Elternhaus, wobei die Beschwerdeführerin einen Teil der Kinderbetreuung übernehme (S. 11 f.).

Die Beschwerdeführerin beschreibe vor allem rechtsseitige, ventrale Knieschmerzen, welche genauer leicht kranial der Patella lokalisiert würden. Dort komme es jeweils auch zum Auftreten einer Schwellung. Zudem spüre sie Schmerzen und eine Verhärtung in der rechten Wade. Die Symptomatik sei teilweise belastungsabhängig und werde durch Gehen auf hartem Boden sowie Bergabgehen provoziert. Gehen auf weichem Untergrund sowie geradeaus und bergauf stelle für sie kein Problem dar.

Insgesamt würden die Beschwerden episodisch auftreten und dann zirka

zwei bis drei Tage anhalten. In einer beschwerdearmen Phase betrage die Gehstrecke auf weichem Untergrund zirka eine Stunde, jedoch immer wie der mit dazwischenliegenden

Pausen. In einer schlechten Phase gehe sie kaum ausser Haus. Ein morgendlicher Anlaufschmerz werde nicht beschrieben, jedoch morgens jeweils ein seltsames Gefühl im Bereich des rechten Knies, welches sich dann wie Gummi anfühle.

Des Weiteren beschreibe die Beschwerdeführerin auch ventral situierte Knieschmerzen links, welche nach anteromedial und lateral ausstrahlen würden. Zum Zeitpunkt der heutigen Exploration würden die Knieschmerzen links sogar dominanter als rechts beschrieben, dies könne aber stark wechseln

(S. 14).

Die von der Beschwerdeführerin beklagten rechtsseitigen Knieschmerzen seien objektiv medizinisch nicht fassbar, indem sie in der klinischen Untersuchung nicht reproduzierbar seien und ein entsprechendes Korrelat in der vorhandenen Bildgebung fehle. Die Beschwerden seien aber insofern glaubhaft, als dass sie aus einem medizinisch durchaus vorstellbaren Symptomkomplex mit Schwellung, Überwärmung und Schmerz bestünden, welcher gemeinhin als entzündliches Zustandsbild interpretiert werde. Ebenso hätten aufgrund der geschilderten Beschwerden wiederholte Konsultationen stattgefunden. Da ein wiederholt auftretendes, jedoch nicht konstant vorhandenes, entzündliches Zustandsbild, welches zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht bestehe, in jenem Moment klinisch nicht objektivierbar sei, scheine klar. Auch eine unauffällige konventionell radiologische Bildgebung schliesse das Vorhandensein solcher entzündlicher Episoden sicherlich nicht aus. Ebenso müsse der geschilderte, belastungsabhängige Knie schmerz rechts

nicht zwingend ein klinisches und konventionell radiologisches Korrelat finden. Von klinischer Seite sei einzig eine leichte Instabilität in Midflexion medial auffallend.

Ob dieser diskrete Befund allerdings für die belastungsabhängigen Schmerzen verantwortlich gemacht werden könne, könne nicht sicher beurteilt werden (S. 23 f.). Somit könnten die rechtsseitigen Kniebeschwerden zum jetzigen Zeitpunkt letztlich nicht erklärt werden. Die bisher durchgeführten Abklärungen mit konventionell radiologischer Bildgebung und klinischer Untersuchung seien jedoch sicherlich nicht ausreichend, um abschliessend beurteilen zu können, ob das vorgetragene Beschwerdebild des rechten Kniegelenkes objektivierbar sei oder nicht. Des Weiteren sei in diesem Kontext auch die Tatsache zu erwähnen, dass unerklärte Schmerzen nach Implantation einer Knie-Totalendoprothese, also die schmerzhafteste Knieprothese, ein in der Knieorthopädie bekanntes und häufig diskutiertes Thema sei (S. 24).

Die linksseitigen Knieschmerzen dagegen seien nicht nur glaubhaft, sondern auch nachvollziehbar. Sie seien reproduzierbar in der klinischen Untersuchung und fänden ein objektivierbares Korrelat in der Bildgebung. So würden von der Beschwerdeführerin vor allem ventrale Knieschmerzen links beschrieben, was mit der vorhandenen, radiologisch nachgewiesenen, femoropatellären Arthrose gut vereinbar sei. Klinisch finde sich hier eine Krepitation, wenngleich auch diese als nicht schmerzhaft empfunden werde. Die Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt und der leicht schmerzhafteste Varusstress ergäben mit der im MRI sowie im konventionellen Röntgen ersichtlichen, medial betonten Gonarthrose ein in sich stimmiges und schlüssiges Bild. Die von der Beschwerdeführerin als kompensiert beschriebene, intermittierende Lumbalgie sei ebenso glaubhaft und nachvollziehbar. Sie finde ihr Korrelat in der klinischen Untersuchung im Sinne einer Druckdolenz paralumbal auf Höhe L3/4 sowie L5/S1 sowie einer leicht schmerzhaften Rechtsseitigkeit. Wichtig anzumerken sei, dass die Beschwerdeführerin angabe, durch

diese Beschwerden weder eingeschränkt, noch stark gestört zu sein (S. 24 f.) .

Anlass zur Diskussion gebe die deutliche Diskrepanz zwischen dem von der Beschwerdeführerin geschilderten Verlauf sowie deren angegebene Beschwerden betreffend des rechten Kniegelenkes und dem in den Konsultationsberichten des behandelnden Orthopäden

dargelegte n Zustand. In den Berichten werde zwar mehrmals eine gewisse Wetterfühligkeit im rechten Knie beschrieben, jedoch seien wiederholte Schwellungs-, Überwärmungs- und Schmerzzustände nirgends verzeichnet. Dagegen werde jeweils von einem regelrechten oder gar erfreulichen Verlauf berichtet. Auf diese Unstimmigkeit direkt angesprochen, sage die Beschwerdeführerin, sie habe wiederholt von ihren Problemen mit dem rechten Kniegelenk berichtet. Der behandelnde Orthopäde habe ihr jedoch lediglich gesagt, man könne nichts dagegen tun, ausser gegebenenfalls eine künstliche Knie scheibe einzusetzen. Ein anderes Mal habe er ihr gesagt, dass die Beschwerden nicht vom Knie herrühren könnten, da es sich um ein künstliches Gelenk handle. Letzten Endes habe sie sich aber mit der Situation des rechten Knies abgefunden, sodass sie sagen könne, sie sei insgesamt zufrieden. Ob die Diskrepanzen zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin und der Aktenlage ihre Begründung in diesem Umstand finden, müsse offen bleiben. Interessant wären zur Klärung in dieser Frage auch die entsprechenden Berichte der behandelnden Hausärztin. Betreffend des linken Kniegelenkes bestehe dagegen keine Unstimmigkeit zwischen der Aktenlage und den Angaben der Beschwerdeführerin. Sie seien im Wesentlichen deckungsgleich (S. 25 f.) .

Unter Berücksichtigung der vorliegenden Akten, der von der Beschwerdeführerin geschilderten Anamnese sowie der erhobenen klinischen und radiologischen Befunde sei eine Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit dem letzten Entscheid vom 11. Dezember 2012 eingetreten. Zu jenem Zeitpunkt, also im Dezember 2012, sei eine Lockerung der tibialen Komponente der rechtsseitigen Knieprothese vorgelegen, was den Eingriff vom 1. Februar 2013 im Sinne eines Wechsels der

Tibiakomponente nach sich gezogen habe. Das mutmasslich für die damaligen Beschwerden der Beschwerdeführerin verantwortliche Problem sei also durch diesen Eingriff behoben worden. Hinweise auf eine erneute Lockerung der

tibialen Komponente ergäben sich zum heutigen Zeitpunkt nicht. Neu aufgetreten seien jedoch nach dem Eingriff vom Februar 2013 die mehrfach beschriebenen, schmerzhaften Episoden mit Überwärmung und Schwellungszuständen. Gleichzeitig bestünden auch belastungsabhängige Knieschmerzen, vor allem ventral lokalisiert, deren erstmaliges Auftreten nicht genau datiert werden könne. Es bestehe also zusammenfassend eine schmerzhafte Knieprothese rechts, bis dato ungeklärter Ätiologie und somit eine andere Diagnose als zum Zeitpunkt des letzten Entscheides. Vor dem Wechsel der tibialen Komponente werde eine praktische Belastungsunfähigkeit beschrieben. Da die Beschwerden auf ein mechanisches Problem, nämlich die tibiale Komponentenlockerung zurückgeführt würden und diese erst mit dem Eingriff vom Februar 2013 behoben worden sei, sei davon auszugehen, dass diese praktische Belastungsunfähigkeit bis zum Operationsdatum ihren Fortbestand gehabt habe. Für den Zeitraum vom 11. Dezember 2

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.2

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Ob siegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert.

Der von Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle mit Eingabe vom 5. März 2018 (Urk. 14) geltend gemachte Aufwand von 10.02 Stunden und Fr. 66.15 Barauslagen erscheint der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses angemessen.

Bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Entschädigung somit auf Fr. 2'451.70 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

E. 6.3

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle, Winterthur, wird für ihren Aufwand mit Fr. 2'451.70 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

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

E. 8

ATSG) sind.

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. 012

bis am 1. Februar 2013 bestehe also ein unveränderter Gesundheitszustand (S. 31).

Im Zeitraum vom Eingriff bis aktuell

habe sich der Gesundheitszustand betreffend des rechten Kniegelenkes im Vergleich zum letzten Entscheid verbessert. Es bestehe sicherlich keine praktische Belastungsunfähigkeit mehr, so dass die Beschwerdeführerin, insbesondere ausserhalb der schmerzhaften Episoden, fähig sei, einen Haushalt zu führen, leichte Gartenarbeiten zu erledigen, spazieren zu gehen, Einkäufe mit Hilfe zu erledigen, selbständig ein Übungsprogramm im Fitness durchzuführen sowie die Arbeit als Lotsin wahrzunehmen. Als objektiver, im Sinne einer Verbesserung veränderter Befund lasse sich im orthopädischen Status ein hinkfreies Gangbild feststellen, was bei der Konsultation vom 19. September 2012 aktenanamnestisch nicht der Fall gewesen sei.

Weiter habe sich vor dem Wechsel der tibialen Komponente radiologisch ein deutlicher Lysesaum um dieselbe gezeigt, was in der aktuellen Bildgebung nicht mehr festzustellen sei (S. 32 oben).

Betreffend das linke Kniegelenk, wo eine symptomatische Gonarthrose bestehe, sei von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen. Der Zustand des linken Kniegelenkes zum Zeitpunkt des letzten Entscheides könne nicht genau bestimmt werden. Es müsse jedoch angenommen werden, dass sich das linke Knie zu jenem Zeitpunkt in einem besseren Zustand befunden habe (S. 32 unten).

Insgesamt könne trotz der Verschlechterung des linken Kniegelenkes dennoch ein aus orthopädischer Sicht verbesserter Gesundheitszustand attestiert werden. Dies aufgrund der Tatsache, dass das linke Kniegelenk die funktionellen Leistungen der Beschwerdeführerin nicht derart einschränke, als dass eine praktische Belastungsunfähigkeit bestehen würde. Mit dem aktuellen Zustand des Bewegungsapparates seien

die geschilderten Tätigkeiten also möglich, zum Zeitpunkt des letzten Entscheides müsse gemäss obiger Darlegung die praktische Belastungsunfähigkeit angenommen werden (S. 33 Mitte).

Aufgrund der im ambulanten Konsultationsbericht vom 19. September 2012 geschilderten praktischen Belastungsunfähigkeit sowie der radiologisch nachgewiesenen und somit objektivierten tibialen Komponentenlockerung

müsse von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl in bisheriger, als auch angepasster Tätigkeit ausgegangen werden. Dieser Zustand habe sich erst mit dem Eingriff vom 1. Februar 2013 geändert. Gemäss Erfahrung müsse nach einem derartigen Eingriff eine weiterhin bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % in bisheriger und angepasster Tätigkeit bis mindestens zwei Monate postoperativ angenommen werden (S. 33 f.).

Gemäss der

Aktenlage habe die Beschwerdeführerin ihre Tätigkeit als Lotsin am 12. September 2013 begonnen. Auch die Beschwerdeführerin beschreibe eine Verbesserung der Gesamtsituation mit der Aufnahme dieser Arbeitstätigkeit. Seit jenem Zeitpunkt habe sie sich gemäss der Beschwerdeführerin der Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert. Hinzugekommen sei zwar die Diagnose einer Gonarthrose links. Wie bereits vorgängig beschrieben, sei es durch die zunehmenden Kniebeschwerden links jedoch nicht zu einem speziellen Vermeidungsverhalten gekommen, sodass die von der Beschwerdeführerin durchgeführten Tätigkeiten sich dadurch nicht verändert hätten. Somit habe sich die Arbeitsfähigkeit seit dem Arbeitsbeginn als Lotsin bis zur vorliegenden Exploration nicht verändert. In der bisherigen Tätigkeit müsse eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert werden. Die bisherige Tätigkeit habe unter anderem die Fähigkeit zu längerem Gehen, dem Tragen von Lasten sowie dem Einnehmen kniender und kauender Positionen erfordert. Dies könne der Beschwerdeführerin aufgrund der genannten Diagnosen sowie der damit einhergehenden Einschränkungen nicht mehr zugemutet werden. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zu attestieren, ebenso ab dem Datum des 12. September 2013. Seit jenem Zeitpunkt bestehe bekanntermaassen eine Arbeitstätigkeit von zwei Stunden während einem Tag in der Woche in vornehmlich stehender Position, wengleich sich auch die zwei Stunden auf drei Einsätze verteilen würden, sodass also genügend Pausen vorhanden seien. Aus orthopädischer Sicht sei ein Grund, weshalb eine Arbeitstätigkeit nicht während fünf Tagen in der Woche durchgeführt werden könnte, nicht ersichtlich, sodass insgesamt die genannte 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit resultiere. Eine höher prozentige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wäre während schmerzärmeren Phasen zwar durchaus denkbar, jedoch müsse den schmerzhaften Episoden sicherlich Rechnung getragen werden. Die Tatsache, dass der Lotsendienst sowie die Büroarbeiten zugunsten des Ehemannes auch während den schmerzhaften Episoden ausgeführt würden, zeige, dass sich die Arbeitsfähigkeit dadurch jedoch nicht unter 50 % senke (S. 34 f.). 4.4

RAD-Arzt D. ___ nahm am 21. Dezember 2016 Stellung (Urk. 11/136/6-7) und führte aus, es sei auf das Gutachten und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie auf das angeführte Belastungsprofil ab dem 1. Februar 2013 abzustellen. 4.5

Die zuständige Abklärungsperson führte am 24. Februar 2017 bei der Beschwerdeführerin zu Hause erneut eine Haushaltabklärung an Ort und Stelle durch, qualifizierte sie als zu 80 % im Erwerbsbereich und zu 20 % im Haushalt tätig und ermittelte eine Einschränkung von 14.40 % im Haushalt (Urk. 11/122). 4.6

Dr. F. ___, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 1. Juni 2

E. 017

(Urk. 11/129) und nannte folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - Knie distorsion links 2004 bei Sturz mit - Arthroskopie - Meniskusresektion - valgusierende Osteotomie der Tibia - aktuell schwere mediale Gonarthrose mit rezidivierenden Schwellungen

- Knie distorsionen rechts 1992 und 2008 mit - Knie-Totalprothese rechts 2009 - Protheseninfekt 2011 - Wechsel - Lockerung der tibialen Komponente 2013 - erneuter Wechsel - aktuell belastungsabhängige Knieschmerzen

- rezidivierende Lumboischialgie

- Zervikobrachialgie links, Differentialdiagnose (DD) Halswirbelsäulen (HWS)-Problem - Karpaltunnelsyndrom, aktuell in Abklärung

Sie führte aus, dass sie die Beschwerdeführerin seit Februar 2016 behandle (S. 1 Ziff. 1.2). Seit der letzten Beurteilung bestünden permanent Schmerzen in den Knien sowie rezidivierende belastungsabhängige Schwellungen. Bezüglich der Knie sei keine Verbesserung zu erwarten. Vermutlich werde links in den nächsten Jahren auch eine Knie-Totalprothese nötig sein (S. 2 Ziff. 1.4). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Logistikerin und im Verkauf (S. 2 Ziff. 1.6). Die Beschwerdeführerin könne keine Lasten tragen und nicht länger sitzen und stehen in der gleichen Position (S. 2 Ziff. 1.7). Wechselbelastende Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin zwei bis drei Stunden pro Tag zumutbar. Rein sitzende, rein gehende oder vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten seien ihr nicht zumutbar. Es bestehe eine Gewichtslimite von 7-10 kg bis Hüfthöhe für Tragen und Heben. Diese Angaben gälten seit dem 19. Februar 2016 (S. 5). 4.7

Dr. G.____, Facharzt für Chirurgie, berichtete am 14. Juni 2017 (Urk. 11/130) und nannte folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - Gonarthrose Knie links medialbetont - Status nach Umstellungsosteotomie Knie links - Status nach Knie-Totalprothese rechts - Adipositas

Er führte aus, die Beschwerdeführerin klagt

über zunehmende Beschwerden in beiden Kniegelenken. Die Beschwerden seien durch die Arthrose bedingt. Es zeige sich am linken Kniegelenk ein geringer Gelenkerguss. Zudem bestünden deutliche Arthrosezeichen mit Krepitieren. Der Bandapparat sei stabil und die Meniskuszeichen negativ. Beim Zustand nach Knieprothese rechts mit multiplen Folgeeingriffen bestünden nach wie vor Beschwerden, mit welchen die Beschwerdeführerin aber aktuell umgehen könne. Linksseitig bestehe eine Gonarthrose, welche früher oder später ebenfalls durch eine Knieprothese versorgt werden müsse (S. 2 Ziff. 1.4). Durch ihn sei keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden. Hierzu müsste bei der Hausärztin nachgefragt werden. Aktuell arbeite die Beschwerdeführerin als Lotsin, was durchaus möglich sei und ihr zugemutet werden könne (S. 2 Ziff. 1.6). 4.8

Die Ärzte der H.____ berichteten am 22. (Urk. 11/146/1-2) sowie am 26. September 2017 (Urk. 11/146/3-4) und nannten folgende Diagnosen (vgl. jeweils S. 1): - ISG Blockade rechts - Myogelosen am Musculus

gluteus

medius rechts mit/bei - vermehrtem Fersenaufprall links und dabei mitwippen des Oberkörpers nach vorne und links - sonographiegesteuerte Infiltration mit Naropin ,

Depomedrol , Mepimeson am 22. September 2017

- fortgeschrittene mediale Gonarthrose und Femoropatellaarthrose links - vorderer Knieschmerz rechts

Sie führten aus, es seien zwei Physiotherapieverordnungen mitgegeben worden zur weiteren Analgesie und Einschleifen eines physiologischen Gangbildes (Urk. 11/146/1-2 S. 2). Die Beschwerdeführerin habe aufgrund der komplizierten Erfahrungen nach der Knieprothese am rechten Knie möglichst alle konservativen Therapiemassnahmen linksseitig ausschöpfen wollen vor einer all fälligen Implantation einer Knieprothese. Im Frühjahr 2017 sei eine Eigenblutbehandlung mit initial gutem Erfolg durchgeführt worden. Nach einem Arbeitsversuch habe eine erneute Exazerbation der Arthrosebeschwerden am linken Knie stattgefunden, zudem bestünden neu auch Rücken- und rechtsseitige Knie schmerzen (Urk. 11/146/3-4 S. 1). Aufgrund des im Frühjahr 2017 positiven Verlaufes auf Eigenbluttherapie sei aktuell nochmals einen Therapieversuch am linken Knie vorgenommen worden, was die Gehstrecke der Beschwerdeführerin von zirka 200 Meter auf aktuell 1.5 km habe verbessern können. Hinweise für eine Lockerung einzelner Prothesenkomponenten bestünden aktuell nicht (Urk. 11/146/3-4 S 2).

4.9

RAD-Arzt Dr. D.____ nahm am 23. Oktober 2017 Stellung (Urk. 11/149/2) und führte aus, bei den neu genannten Diagnosen einer ISG Blockade und von Myogelosen am Musculus gluteus

medius handle es sich erfahrungsgemäss um funktionelle medizinisch behandelbare Sachverhalte ohne dauerhaften Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die übrigen Diagnosen seien bereits versicherungsmedizinisch gewürdigt worden. 5. 5.1

Die Rentenzusprache im Jahr 2013 erfolgte gemäss Feststellungsblatt vom 28. Mai 2013 (Urk. 11/61) vorwiegend gestützt auf die Berichte der Klinik B.____ (vgl. vorstehend E. 3). Damals stand en vor allem belastungs- und bewegungsabhängige Kniebeschwerden rechts im Vordergrund, aufgrund welcher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten attestiert wurde.

Gestützt auf das orthopädische Gutachten der Universitätsklinik A.____ vom 29. November 2016 (vorstehend E. 4.3) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin insbesondere durch die Rückbildung der praktischen Belastungsunfähigkeit des rechten Knies nunmehr eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei und die Beschwerdeführerin ab September 2013 in einer mehrheitlich sitzenden Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei.

5.2

In diagnostischer Hinsicht hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht wesentlich verändert. So stimmen die somatischen Diagnosen in den Berichten der Klinik B.____

(vgl. vorstehend E. 3) mit denjenigen im Gutachten vom November 2016 (vgl. vorstehend E. 4 . 3) im Wesentlichen überein. Die Beschwerdeführerin leidet nach wie vor an belastungs- und bewegungsabhängige Kniebeschwerden, wobei neu auch eine symptomatische Gonarthrose links besteht.

Selbst wenn jedoch exakt dieselben Diagnosen gestellt werden wie bei der ursprünglichen Rentenzusprache , würde dies eine Rentenrevision nicht grundsätzlich ausschliessen , da

jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, Anlass zur Rentenrevision gibt (BGE 125 V 368 E. 2, BGE 105 V 29 mit weiteren Hinweisen).

Invalidenversicherungsrechtlich erheblich ist einzig, ob und in welchem Mass eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit - und zwar unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie - aus gewiesen ist (Urteil des Bundesgerichts I 815/05 vom 5. Februar 2007 E. 7.2.2 mit weiteren Hinweisen). Unabhängig von den gestellten Diagnosen ist somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahre 2013 verbessert hat.

5.3

Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht besteht insoweit, als im Dezember 2012 noch eine Lockerung der tibialen Komponente der rechtsseitigen Knieprothese vorgelegen hat

und die dies bezüglichen Beschwerden durch einen operativen Eingriff im Februar 2013 behoben worden sind. Zumal sich nach dem Wechsel der tibialen Komponente auch der vorher deutliche Lysesaum um dieselbe radiologisch nicht mehr feststellen lässt, gingen die Gutachter bezüglich des rechten Kniegelenks von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes aus. Zwar bestätigten die Gutachter, dass sich die im linken Kniegelenk gebildete symptomatische Gonarthrose einer Verschlechterung gleichkomme, insgesamt jedoch trotzdem ein aus orthopädischer Sicht verbesserter Gesundheitszustand attestiert werden könne. So schränke das linke Kniegelenk die funktionellen Leistungen der Beschwerdeführerin nicht derart ein, als dass eine praktische Belastungsunfähigkeit bestehen würde. Vielmehr seien der Beschwerdeführerin mit dem aktuellen Zustand des Bewegungsapparates sämtliche geschilderten Tätigkeiten möglich (Urk. 11/120 S. 31 ff.).

5.4

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das orthopädische Gutachten vom November 2016 (vorstehend E. 4.3)

auf den für die strittigen Belange umfassenden Untersuchungen beruht und die von der Beschwerdeführerin in geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt. Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. So machten die Gutachter darauf aufmerksam, dass es durch die zunehmenden Kniebeschwerden links nicht zu einem spezifischen Vermeidungsverhalten gekommen sei, so dass sich die von der Beschwerdeführerin durchgeführten Tätigkeiten dadurch nicht verändern würden (S. 34).

Sie zeigten zudem auf, dass eine mehr als 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit während schmerzärmeren Phasen zwar durchaus denkbar sei, den schmerzhaften Episoden jedoch sicherlich Rechnung getragen werden müsse (S. 35).

Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. So zeigten die Gutachter in nachvollziehbarer Weise auf, dass bei der Beschwerdeführerin aufgrund der erhobenen, objektiven somatischen Befunde als Einschränkung der Arbeitsfähigkeit stehende Positionen länger als 60 Minuten, das Tragen von Lasten über 10 kg sowie kniende und kauende Positionen zu gelten hätten (S. 35). Das Gutachten ist für die Beantwortung der Fragen umfassend und erfüllt damit die

praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 5.5

Auf die von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichte des E.____ vom Mai 2018 (Urk. 16) kann nicht abgestellt werden. So sind diesen aus medizinischer Sicht

keine neuen Erkenntnisse zu entnehmen und die Ärzte machen keine Angaben zu funktionellen Einschränkungen. Die darin enthaltenen Angaben vermögen die ausführliche und eingehend begründete Beurteilung durch die orthopädischen Gutachter nicht zu entkräften. Ausserdem ergingen die Berichte nach Verfügungserlass. Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b). 5.6

Zusammenfassend ist aufgrund des orthopädischen Gutachtens mit dem erforderlichen Beweisgrad der Überwiegen der Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der

Beschwerdeführerin ausgewiesen. So besteht im Vergleich zur Rentenzusprache im Jahr 2013 keine Belastungsunfähigkeit des rechten Knies mehr und der erhobene klinische orthopädische Befund steht einer Tätigkeit gemäss beschriebenen Zumutbarkeitsprofil nicht entgegen.

Somit ist gestützt auf das orthopädische Gutachten vom November 2016 davon auszugehen, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen und die Beschwerdeführerin nunmehr in einer adaptierten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig ist. 5.7

Die Invaliditätsbemessung im engeren Sinn wurde von der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt. Es bestehen weder Anhaltspunkte, die auf eine Fehlerhaftigkeit der Invaliditätsbemessung schliessen lassen würden, noch gibt sie aufgrund der Akten (Urk. 11/135, Urk. 11/136 S. 8) zu Beanstandungen Anlass, so dass sich weitere Ausführungen erübrigen. 5.8

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht eine revisionsrelevante Sachverhaltsänderung angenommen und beim neu bestimmten Invaliditätsgrad von 24% eine Renteneinstellung verfügt hat. Die Beschwerdegegnerin hat in Übereinstimmung mit Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV die Renten aufhebung auf den ersten Tag des zweiten der Zustellung der angefochtenen Verfügung vom 25. Oktober 2017 folgenden Monats verfügt.

Die angefochtene Verfügung vom 25. Oktober 2017 (Urk. 2) erweist sich deshalb als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

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