

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00032 vom 26. Oktober 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00032](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00032)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00032 du 26 octobre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00032 del 26 ottobre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

und 5). Am

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 Beur teil ung 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**

Ä ndert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zu sprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Ren tenanspruch 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 Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134

V

131

E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen ( BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen ). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisions rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

### **E. 1.3**

Nach lit . a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung

( IVG ; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; kurz: lit . a Abs. 1 SchlB

IVG

6. IV-Revision ) werden Renten, die bei pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3). Laufende Renten sind vom Anwendungsbereich von lit . a Abs. 1 SchlB zur 6. IV- Revision nur ausgenommen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden, das heisst auf einer nachweisbaren objektivierbaren Grundlage beruhen. Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E. 6.2, in Präzisierung u.a. von BGE 139 V 547 E. 10.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_738/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.2.1 mit Hinweis).

Da der Bestand laufender Renten wesentlich von medizinischen Aspekten abhängt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich – auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten – der Beurteilung durch die Verwaltung und deren regionalen ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.2).

### **E. 1.4**

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiterentwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden ( BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 142 V 342 ) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 49 E. 1.2, je wiedergegeben BGE 139 V 547 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare

Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 142 V 106 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 8C\_676/2017 vom 28. Februar 2018 E. 6.3).

Gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) sind neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). 2.

## 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass eine Überprüfung der Rente der Beschwerdeführerin gestützt auf lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (nachfolgend: Schlussbestimmung 6a) zulässig ist. In medizinischer Hinsicht stellte sie darauf ab, dass gemäss dem eingeholten Gutachten vom 26. April 2017 aktuell

eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %

besteht.

Der Beschwerdeführerin sei es daher möglich, eine Hilfsarbeitertätigkeit zu 70 % auszuüben (Urk. 2 S. 2 unten).

## 2.2

Ergänzend führte die Beschwerdegegnerin in der Vernehmlassung aus, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom zu r

Zusprache einer Rente geführt. Die Diagnose sei den pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage zu zurechnen (Urk.

## E. 3

1. Mai 2002 meldete sie sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/1). Mit Verfügung vom 13. Dezember 2002 (Urk. 8/14) sprach ihr die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, ab dem 1. Juli 2002 eine ganze Rente zu.

In der Folge eingeleitete Revisionen (Urk. 8/20, Urk. 8/29, Urk. 8/38) ergaben un verändert einen Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 8/27, Urk. 8/33, Urk. 8/43).

### E. 3.1

Zu prüfen ist zunächst, ob die 2002 zugesprochene Invalidenrente (Urk. 8/14) unter die Schlussbestimmung 6a fällt und die von der Beschwerdegegnerin durch geführte

Überprüfung des Anspruchs unter diesem Titel zu schützen ist.

### **E. 3.2**

Dr. C.\_\_\_\_, Oberarzt Rheumatologie, Stadtspital D.\_\_\_\_, führte im Bericht vom 1. November 2001 ( Urk. 8/7/5-7) aus, die Beschwerdeführerin habe seit zirka fünf Jahren gelegentlich Schmerzen im Kreuz, seit rund vier Monaten ohne eruierbaren Auslöser, anfänglich offenbar von einer lokalen Schwellung begleitet. Zudem bestünden Schmerzen im rechten Fuss mit zunehmender Ausstrahlung ins ganze rechte Bein, das Knie und in den Oberschenkelbereich, jeweils vermindert bei einem Positionswechsel. Die bisherigen Massnahmen mit diversen physikalischen Therapien und Medikamenten hätten keine Besserung gebracht (S. 2 oben).

Die Beschwerdeführerin leide seit vier Monaten unter einem lumbospondylogenen Syndrom beidseits sowie seit Kurzem unter Schmerzen an der Brust- und der Halswirbelsäule mit Ausstrahlung in die beiden oberen Extremitäten. Die Ursache der Schmerzen, die auf sämtliche Therapieversuche nicht angesprochen hätten, bleibe unklar. Sowohl die radiologischen als auch die neurologischen Abklärungen hätten keine Hinweise für eine diskogene Genese ergeben. Es sei anzunehmen, dass eine depressive Verstimmung, welche zurzeit einer psychiatrischen Behandlung bedürfe, eine wesentliche Rolle bei der Entstehung der Schmerzen spiele (S. 2 unten). Seit drei Monaten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 2 oben).

### **E. 3.3**

Die Beschwerdeführerin ist seit September 2001 bei Dr. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter Behandlung ( Urk. 8/4/6 lit. D.1). Dr. E.\_\_\_\_ nannte im Bericht vom 5. August 2002 ( Urk. 8/4/3-7) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, und eine somatoforme Schmerzstörung bei Erschlaffung von L4/5 und L5/S1 sowie einer beginnenden Arthrose der Iliosakralgelenke ( lit. A).

Dr. E.\_\_\_\_ gab zu den erhobenen Befunden an, die Konzentration, die Aufmerksamkeit und die Merkfähigkeit seien vermindert. Weiter bestehe eine gesenkte Grundstimmung. Die Beschwerdeführerin sei sodann dysphorisch, freud-, rat- und hoffnungslos, innerlich unruhig, sehr ängstlich, verzweifelt und negativistisch. Weiter bestünden Insuffizienz- und gestörte Selbstwertgefühle sowie ein Verlust an Interessen und ein sozialer Rückzug (S. 2 lit. D.5). Dr. E.\_\_\_\_ attestierte für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungsangestellte seit dem 2. Juli 2001 unbestimmt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ( lit. B).

### **E. 3.4**

Dr. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 3. September 2002 ( Urk. 8/7/1-4) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbalbetontes Panvertebral-Syndrom an den oberen und unteren Extremitäten beidseits, das zirka seit 1996 bestehe, und eine depressive Verstimmung ( lit. A). 4.

4.1

Obschon

die Hausärztin der Beschwerdeführerin im September 2002 ein Panvertebral-Syndrom diagnostiziert hat (E. 3.4), sind

die

Beschwerden zum Zeitpunkt der Rentenzusprache

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die psychiatrischen Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer depressiven Verstimmung zurückzuführen. Dr. C.\_\_\_\_

fand im Bericht vom 1. November 2001 keine organischen Ursachen für die geklagten Schmerzen (vorstehend E.

3.2).

Dabei handelt es sich gerade um eine der Voraussetzungen für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel 5, 10. Aufl. S. 233). Eine somatische Ursache kann aufgrund der Aktenlage zumindest

für den Zeitpunkt der Rentenzusprache ausgeschlossen werden. Dass die Beschwerden auch somatisch bedingt wären, lässt sich auch dem internen Feststellungsblatt der Beschwerdegegnerin vom 5. November 2002 (Urk. 8/10) nicht entnehmen.

Die behandelnde Hausärztin äusserte sich im Bericht vom 3. September 2002

ebenfalls nicht zur Ursache der geklagten Schmerzen. Die Diagnose eines Panvertebral-Syndroms erscheint zudem nur wenig aussagekräftig. Was die diagnostizierte depressive Störung betrifft, ist festzuhalten, dass Dr. E.\_\_\_\_ im Bericht vom 5. August 2002 einen schleichenden Beginn circa sechs Jahre früher, gleichzeitig mit dem Auftreten der somatoformen Schmerzstörung beschrieb (Urk. 8/4/5). Übereinstimmend damit hatte Dr. C.\_\_\_\_ mit Bericht vom 1. November 2001 ausgeführt, es sei anzunehmen, dass die depressive Verstimmung, welche einer psychiatrischen Behandlung bedürfe, eine wesentliche Rolle bei der Schmerzentscheidung spiele (Urk. 8/7/6). Gestützt auf diese fachärztlichen Angaben ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es sich bei der damals diagnostizierten depressiven Störung mittelgradigen Ausmasses lediglich um eine Begleiterscheinung der Schmerzstörung handelte und nicht um ein selbständiges, davon losgelöstes Leiden.

Nach dem Gesagten liegt - entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin - kein Mischsachverhalt vor. Vielmehr unterliegt die

aufgrund von nicht objektivierbaren Beschwerden zugesprochene Rente

der Revidierbarkeit gemäss der Schlussbestimmung 6a.

Die Beschwerdegegnerin hat die Überprüfung der Rente bereits im Juli 2013 eingeleitet (vgl. Urk. 8/45 S. 2 unten). Die dreijährige Frist zur Überprüfung einer Rente gemäss Schlussbestimmung 6a Abs. 1 wurde demzufolge

gewahrt. 4.2

Nach Schlussbestimmung 6a Abs. 4 findet Abs. 1 der Bestimmung keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen.

Die Beschwerdeführerin bezog mit Wirkung ab dem

1. Juli 2002 eine ganze Rente. Die aktuelle Überprüfung des Rentenanspruches ist im Juli 2013 eingeleitet worden. Zu diesem Zeitpunkt bezog die Beschwerdeführerin seit weniger als 15

Jahren eine Rente. Die Regelung der Schlussbestimmung 6a ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Beschwerdeführerin das 55. Altersjahr noch nicht zurückgelegt. Die Voraussetzungen von Schlussbestimmung 6a Abs. 4 sind vorliegend entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 4) nicht erfüllt. Eine Überprüfung der Rente gestützt auf Schlussbestimmung 6a Abs. 1 ist daher möglich.  
5. 5.1

Dr. E.\_\_\_\_ äusserte sich in einem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 22. November 2013 (Urk. 8/50) über den zeitlichen Verlauf der depressiven Episoden bei der Patientin. Er führte aus, der Begriff „rezidivierend“ möge irreführend sein. Die Patientin sei tatsächlich mit dieser Diagnose ihrer Hausärztin im Jahr 2001 in seine Sprechstunde gekommen. Seither habe er eine andauernde depressive Episode feststellen können. Lediglich die Intensität der Symptomatik schwanke zwischen mittelschwer und schwer.  
5. 2 .1

Die Gutachter des B.\_\_\_\_ erstatteten am 26. April 2017 (Urk. 8/168) ein polydisziplinäres Gutachten. Es ist von Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, und Dr. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, unterzeichnet (S. 65).

Die Gutachter führten zur Krankheitsanamnese aus, die Beschwerdeführerin habe bereits 1996 an Rückenschmerzen gelitten. Im Jahr 2000 sei es zu einer massiven Exazerbation gekommen, die eine Hospitalisation notwendig gemacht habe. Gemäss den Angaben der Explorandin habe sich dazumal erstmals ein diffuser Angstzustand bemerkbar gemacht, der sie seither begleite. Unabhängig davon leide sie seit Jahren an schwersten Schlafstörungen, die nur noch medikamentös behandelt werden könnten (S. 11 Ziff. 3.3).  
5. 2 .2

Zur rheumatologischen Untersuchung durch Dr. I.\_\_\_\_ wurde ausgeführt, es handle sich um ein Ganzkörper-Schmerzsyndrom, das von der Beschwerdeführerin als Schmerzen in allen Knochen mit wechselndem Schmerzcharakter beurteilt werde. Im Bereich der oberen Extremitäten und des Rumpfes/Rückens linksbetont sowie im Bereich der Beine, zum Teil auch von den Knien an abwärts bestünden Schmerzen mit einem Dauerschmerz und einer gewissen steh- und gehabhängigen und morgendlichen Akzentuierung sowie durch Wetterwechsel. Im Bereich der Knie träten die Beschwerden beim Treppengehen verstärkt auf mit Ausstrahlung bis in die Unterschenkel und einer allgemeinen Druckempfindlichkeit des Gewebes (S. 23 Ziff. 4.2.5). Die Schmerzen hätten weder durch Physiotherapie noch durch jährliche zehntägige Kuren im Kosovo, verschiedene Schmerzmittel oder alternative Massnahmen beeinflusst werden können. Ebenfalls störend seien seit acht Jahren zunehmende Kopfschmerzen im Bereich von Nacken-, Schläfen-, Stirn- und vorderer Vertex-Region mit bedingtem Ansprechen auf Algifor (S. 24 Mitte).

2001 habe sich ein lumbales Schmerzproblem entwickelt. Das sich mittlerweile im ganzen Körper manifestierende wechselnde Schmerzsyndrom links könne rheumatologisch nicht spezifisch zugeordnet werden. Relevante funktionelle Einschränkungen an der Wirbelsäule und an peripheren Gelenken fehlten bis auf ein Streckdefizit des linken Knies.

Veränderungen im Bereich der unteren Halswirbelsäule (HWS), der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) und auch der Kniegelenke seien nur bedingt mitverantwortlich für die diffuse Schmerzproblematik (S. 26 oben). Zwar sei auch ein cervicothorakal- und lumbal-betontes Panvertebralsyndrom mechanisch-degenerativer Ätiologie vorhanden. Dieses erkläre die Schmerzen jedoch höchstens partiell, nicht jedoch die Diffusität und das Ausmass der Schmerzen. Klinisch fehlten Hinweise für eine cervico- oder lumboradikuläre Ausstrahlung. Die angegebene Hyp- bis Anästhesie des Körpers sei im Rahmen des chronischen Schmerzsyndroms und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen. Im Bereich der Knie erklärten die Gonarthrosen einen Teil der angegebenen Beschwerden und auch ein Schweregefühl der Beine beim Treppensteigen mit Ausstrahlung in die Unterschenkel (S. 26 Mitte).

Weiter fänden sich keine Anhaltspunkte für ein entzündlich-rheumatisches Leiden als Ursache der Schmerzen. An den Schultern seien relevante funktionelle Einschränkungen nicht objektivierbar. An den Händen seien bei beidseitiger belastungsabhängiger Symptomatik an den Daumensattelgelenken radiologisch eine massive Rizarthrose links mit TTS-Arthrose vorhanden, rechtsseitig beginnend, welche die diesbezüglichen Beschwerden erklärten (S. 26 unten). Das Schmerzausmass mit einer angegebenen Schmerzstärke von 100 %, die erlebten massivsten Einschränkungen im Alltag, eine Verbesserung durch Liegen und Ruhe finden, eine ausgeprägte Druckempfindlichkeit des Gewebes und fehlendes Ansprechen auf diverse Therapieversuche spreche für eine psychosomatische Schmerzgenese (S. 27 oben).

Aufgrund der vorhandenen Befunde seien schwere körperliche Tätigkeiten mit repetitiven Belastungen und Zwangshaltungen von HWS und LWS, kniende und kauende Tätigkeiten, notwendiges repetitives Treppengehen und repetitive Belastungen der Hände, vor allem mit notwendigen Greifbewegungen, nicht mehr zumutbar. Leichte wechselbelastende Tätigkeiten seien zu 80 % zumutbar. Es sei daher eine Einschränkung von 20 % gegeben im Sinne eines verminderten Rendements aufgrund der ausgeprägten und chronischen Schmerzproblematik (S. 27 Mitte). 5.2.3

Zur psychiatrischen Untersuchung wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe regelmässig telefonischen Kontakt mit ihren Schwestern. Zu den Brüdern bestünde kein Kontakt (S. 30 oben).

Dr. G.\_\_\_\_

gab zu den erhobenen Befunden an, formal bestehe eine gewisse Einschränkung des Gedankenganges auf die Schmerzentwicklung und nicht weiter ausgeführte psychische Probleme. Die Schilderung der Beschwerden sei oft vage und ausflüchtend. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen der Angabe der Intensität der Beschwerden (Schmerzen, psychische Probleme, Stress) und dem gezeigten Beschwerdeverhalten. Nachdem der Beschwerdeführerin die Aktenkenntnisse des Referenten klar geworden seien, habe sie emotional weicher und detaillierter über ihr Leben berichtet (S. 33 Ziff. 4.3.3 unten). Sie befinde sich in einer leichtgradig dysphorischen – abweisenden – depressiven Verstimmung. Nachgewiesen werden könnten sodann ein leichtgradig verminderter Verlust der Interessen, eine leichtgradige Freudlosigkeit, ein leichtgradig vermindertes Selbstwertgefühl, leichtgradige Gefühle von Wertlosigkeit und ein leichtgradig pessimistisches Grübeln über Zukunftsperspektiven. Die Beschwerdeführerin habe sodann diffuse Ängste in Bezug auf die somatischen Befunde geäussert. Zudem sei eine leichtgradige

emotionale Instabilität nachweisbar (S. 34 oben).

Die Beschwerdeführerin habe gemäss eigenen Angaben bis zur Krankschreibung immer in der Reinigung gearbeitet. Arbeitslos sei sie nie gewesen. Nach den Akten lasse sich jedoch rekonstruieren, dass sie zirka 14 Arbeitsstellen innegehabt habe und sie viermal auch längerfristig arbeitslos gewesen sei (S. 35 oben).

Vor dem Hintergrund einer wenig konstanten beruflichen Entwicklung und einer gewissen emotionalen Labilität werde die Diagnose von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit emotional-instabilen Anteilen gestellt. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge erreichten nicht ein Ausmass, dass es der Beschwerdeführerin nicht möglich gewesen wäre, sich persönlich, schulisch, beruflich und sozial adäquat zu entwickeln und positionieren zu können. Sie verfüge über ein durchschnittliches Ressourcenpotential und sei in der Lage gewesen, sich in der Schweiz zu adaptieren und immer wieder neue Arbeitsstellen zu finden. Die Persönlichkeit sei mässig bis gut integriert (S. 35 unten).

Bei gut nachweisbaren psychosozialen Faktoren und emotionalen Konflikten werde vor dem Hintergrund des organisch nur zum Teil erklärbaren Schmerzsyndroms die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt. Anlässlich der psychiatrischen Exploration lasse sich ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz nicht nachweisen. Dementsprechend werde aktuell von einer leichtgradigen Intensität der Schmerzstörung ausgegangen (S. 41 unten). Dr. E. \_\_\_ habe in einem Bericht vom 22. November 2013 eine über den gesamten Verlauf zwischen mittelschwer und schwer schwankende Symptomatik beschrieben. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei erwähnenswert, dass stationäre psychiatrische Behandlungsoptionen offenbar nie hätten evaluiert werden müssen. Es sei eine eher lockere integrativ-psychiatrische Behandlung erfolgt. Die Verlaufsberichte von Dr. E. \_\_\_ seien eher kurzgehalten. Er dürfte sich auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestützt haben. Ab dem Datum des Gutachtens werde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradig, gestellt (S. 42 unten).

Die Gutachter führten bezüglich Inkonsistenzen aus, die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Exploration spontan angegeben, dass sie immer in der Reinigung tätig und nie arbeitslos gewesen sei. Konfrontiert mit den Angaben in den Akten habe sie angegeben, dass sie sich nicht erinnere, möglicherweise sei sie auch arbeitslos gewesen. Weiter habe sie angegeben, dass sie sich nur in Zürich aufhalte. Weiteres Nachfragen habe dann ergeben, dass sie über ein Regionalabonnement und ein Halbtax-Abonnement verfüge und regelmässig in den Kosovo verreise (S. 43 Mitte). Die Beschwerdeführerin habe anlässlich der aktuellen Exploration eine deutliche Somatisierung gezeigt, wobei sie ein somatisches Krankheitskonzept vertreten habe. Die spontane Schilderung der Beschwerden sei eher vage und ausflüchtend gewesen. Auf präzise, auch akten gestützte Nachfragen habe sie vorerst unwillig – abwehrend reagiert. Es habe eine gut erkennbare Diskrepanz zwischen den Angaben der Intensität der Beschwerden (Schmerzen, psychische Beschwerden) und dem gezeigten Beschwerdeverhalten bestanden (S. 43 unten).

Die Schmerzstörung sei gering und die depressive Störung leichtgradig ausgeprägt. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge seien ebenfalls gering ausgeprägt. Der soziale Kontext habe sich nach der Krankschreibung nicht verändert. Die Beschwerdeführerin sei sozial eingebunden (S. 44 unten).

Dr. E. \_\_\_ habe in einem Bericht vom 4. Juli 2013 ein monatliches Setting erwähnt. Demgegenüber habe die Beschwerdeführerin anlässlich der Exploration von Gesprächen im

Abstand von drei Wochen gesprochen. Die getroffenen psychiatrischen Massnahmen sollten zur weiteren Stabilisierung fortgesetzt werden. Ein gewisser behandlungsanamnestischer Leidensdruck könne nachgewiesen werden (S. 46 Ziff. 4.3.7 unten). Die Beschwerdeführerin habe sich anlässlich der aktuellen Exploration als nicht erwerbsfähig eingeschätzt (S. 47 Ziff. 4.3.8 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht werde sowohl für die bisherige sowie für eine adaptierte Tätigkeit bei einer geringgradig ausgeprägten Schmerzstörung und einer rezidivierenden, leichtgradigen depressiven Störung ab dem Datum des Gutachtens eine erwerbsbezogene Leistungsminderung von 20 % attestiert. Aus psychiatrischer Sicht könne im Aktenverlauf eine Veränderung gegenüber der Verfügung der Beschwerdegegnerin von 2002 nicht nachgewiesen werden (S. 48 oben). 5.2.4

Die Gutachter des B.\_\_\_\_ stellten polydisziplinär folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 49 Ziff. 7.1): - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional-instabilen Anteilen - anhaltende somatoforme Störung, gering ausgeprägt - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig - cervicothoracales und lumbal-betontes Schmerzsyndrom bei - degenerativen Veränderungen der unteren HWS und LWS und verstärkter cervicothorakaler

Kyphosierung - ausgeprägte Rizarthrose links, leichtgradig rechts, beidseits symptomatisch - mässiggradige mediale Gonarthrose und leichtgradige Femorpatellararthrose beidseits, linksbetont symptomatisch

Die Gutachter nannten sodann als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Adipositas, Lebersteatose und einen Status nach Hysterektomie (S. 49 Ziff. 7.2).

Zur Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung lasse sich anlässlich der aktuellen Exploration ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz nicht nachweisen. Entsprechend werde von einer leichtgradigen Intensität ausgegangen (S. 54 Mitte). 5.2.5

Da die Anforderungen in der Reinigung sehr unterschiedlich seien und aktuell kein Arbeitsplatzprofil vorgelegt werden könne, werde aus rheumatologischer Sicht zu adaptierten Tätigkeiten Stellung genommen. Es handle sich um leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten, ohne repetitive Belastungen und Zwangshaltungen von HWS und LWS, ohne repetitives Knien, Kauern oder Treppensteigen und ohne repetitive Belastungen der Hände. In einer solchen Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zumutbar. Im Vergleich zur einmaligen rheumatologischen Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_ am 1. November 2001 seien noch weitere Probleme am Bewegungsapparat dazugekommen. Diese bestünden unter anderem im Bereich der Knie im Sinne einer Gonarthrose sowie an den Händen mit links-betonter Rizarthrose. Das Ausmass der strukturell-bedingten Schmerzen sei vor dem Hintergrund der ausgeprägt diffusen Schmerzen im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung schwierig zu gewichten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung von 20 %. Aus rheumatologischer Sicht bestehe ebenfalls eine Einschränkung von 20 %. Da sich im Vergleich zu 2001 eine Zunahme der strukturellen Veränderungen am Bewegungsapparat eingestellt habe, werde eine leichte additive Komponente mit einer Erwerbsunfähigkeit von 30 % attestiert. Die Angaben würden ab dem Datum des Gutachtens gelten (S. 60 unten). 5.3

Dr. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionalärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), führte in einer Stellungnahme

vom 10. Mai 2017 (Urk. 8/178 S. 5 f.) aus, das Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 26. April 2017 erfülle die formalen Qualitätskriterien an ein Gutachten. Es sei nachvollziehbar und in seinen medizinischen Schlussfolgerungen plausibel (S. 5 unten). In der bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft und in einer angepassten Tätigkeit bestehe seit April 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Die somatischen Veränderungen hätten etwas zugenommen. Dies sei auch im weiteren Verlauf möglich (S. 6 Mitte).

## **E. 6**

.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie « funktioneller Schweregrad » (E. 4.3) - Komplex « Gesundheitsschädigung » (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex « Persönlichkeit » (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex « Sozialer Kontext » (E. 4.3.3) - Kategorie « Konsistenz » (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 6.1**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 6.3**

Das Gutachten des B.\_\_\_\_ wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und basiert auf allseitigen Untersuchungen. So wurde die Beschwerdeführerin internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch umfassend abgeklärt. Den geklagten Beschwerden wurde sodann angemessene Rechnung getragen.

Die rheumatologische Untersuchung ergab, dass die

festgestellten degenerative Veränderungen im Bereich der unteren HWS, der unteren LWS und auch der Kniegelenke für die

diffuse Schmerzproblematik nur bedingt verantwortlich sind (E. 5.2.2 hiervor). Die psychiatrische Abklärung ergab, dass für eine adaptierte Tätigkeit bei einer geringgradig ausgeprägten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer rezidivierenden leichtgradigen depressiven Störung sowie akzentuierten Persönlichkeitszügen mit emotional-instabilen Anteilen eine Leistungsminderung von 20 % besteht. Die Gutachter legten nachvollziehbar dar, dass aus polydisziplinärer Sicht in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % besteht. Die höhere

Arbeitsunfähigkeit von 30 % gegenüber der rein rheumatologischen und der rein psychiatrischen Beurteilung begründeten die Gutachter mit einer Zunahme der strukturellen Veränderungen am Bewegungsapparat (E. 5.2.5). Die Einschätzung der Gutachter erfolgte auf grund der eingeholten Akten, den fachärztlichen Untersuchungen und einer Konsensbesprechung der Gutachter. Das Gutachten vermag demzufolge auch

in der Beurteilung der medizinischen Situation und in den Schlussfolgerungen zu überzeugen. Es erfüllt daher die Kriterien an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (E. 6.2 hiervor). Vom Gutachten abweichende ärztliche Stellungnahmen, insbesondere was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit betrifft, liegen nicht vor.

#### **E. 6.4**

Nachfolgend sind die Standardindikatoren zu prüfen.

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» ist zu erwähnen, dass der psychiatrische Gutachter unter anderem eine leichtgradig depressive Verstimmung, einen leichtgradigen Verlust der Intelligenz, eine leichtgradige Freudlosigkeit, ein leichtgradig vermindertes Selbstwertgefühl und eine leichtgradige emotionale Instabilität beschrieben hat (vorstehend E. 5.2.3). Die diagnosesrelevanten psychiatrischen Befunde sind

demnach eher geringfügig ausgeprägt. Dies lässt sich auch

anhand der

psychiatrischen Diagnosen einer nur geringfügig ausgeprägten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer rezidivierenden leichtgradigen depressiven Störung erkennen (E. 5.2.4). Zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz» ist zu sagen, dass sich die Beschwerdeführerin mit einem Unterbruch seit dem Jahr 2001 bei Dr. E. \_\_\_ in ambulanter psychiatrischer Behandlung befindet. Der psychiatrische Gutachter wies darauf hin, dass eine stationäre psychiatrische Behandlung bislang als nicht erforderlich erachtet worden sei (E. 5.2.2). Dies lässt darauf schliessen, dass die therapeutischen Möglichkeiten bislang eher unzureichend ausgeschöpft worden sind. Dabei wäre wohl auch an einen Wechsel des behandelnden Psychiaters zu denken, nachdem sich die depressive Störung trotz einer langen Behandlungsdauer nur geringfügig verbessert hat.

Zum Indikator «Komorbiditäten» ist erschwerend zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin neben einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung an einer rezidivierenden leichtgradigen depressiven Störung und an akzentuierten Persönlichkeitszügen leidet, wobei fraglich ist, ob es sich bei der depressiven Störung nicht lediglich um eine Begleiterscheinung der Schmerzstörung handelt. Von somatischer Seite sind namentlich Gonarthrosen an den Knien und Arthrosen an den Händen zu erwähnen. Die Beschwerdeführerin ist dadurch in erhöhtem Masse in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt.

Der psychiatrische Gutachter

erwähnte zum Komplex «Persönlichkeit» ein durch schnittliches Ressourcenpotential der Beschwerdeführerin. Weiter sei es ihr

trotz akzentuierter Persönlichkeitszüge möglich gewesen, sich adäquat zu entwickeln, sich nach ihrer Einreise in der Schweiz zu integrieren und immer wieder neue Arbeitsstellen zu finden

(E. 5.2.3 hiervor). Über soziale Kontakte ist wenig bekannt, wobei die Beschwerdeführerin immerhin Kontakt zu ihren Schwestern pflegt. Dr. G.\_\_\_\_ erwähnte zudem,

dass sich der soziale Kontext nach der Erkrankung nicht verändert habe und sie sozial eingebunden sei (E. 5.2.3).

Zur Kategorie «Konsistenz» wurde ein gewisses Missverhältnis zwischen der geklagten Intensität der Schmerzen und dem gezeigten Beschwerdeverhalten angegeben. Der psychiatrische Gutachter erwähnte

zudem, dass die Beschwerdeführerin über ein Halbtax-Abonnement verfüge und sie gelegentlich in den Kosovo verreise. Ihre Angabe, wonach sie sich nur in Zürich aufhalte, ist daher zu relativieren. Ein ausgewiesener und erheblicher Leidensdruck ist sodann eher zu verneinen. Dafür spricht auch, dass die therapeutischen Sitzungen bei Dr. E.\_\_\_\_

lediglich mit einem Abstand von drei Wochen stattfinden (vorstehend E. 5.2.3). Bei einem erheblichen Leidensdruck wäre grundsätzlich mit einer Intensivierung der Therapie zu rechnen.

Mit der für eine behinderungsangepasste Tätigkeit polydisziplinär attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30 % (20 % aus psychiatrischer Sicht) wurde dem Umstand angemessen Rechnung getragen, dass

das Ausmass der Schmerzstörung und der depressiven Störung als leichtgradig beschrieben worden sind. Nach Prüfung der Standardindikatoren kann daher auf die im Gutachten des B.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von gesamthaft 30 % abgestellt werden.

## **E. 6.5**

Die Zusprache einer ganzen Invalidenrente im Dezember 2002 erfolgte aufgrund eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage im Sinne von Schlussbestimmung 6a.

Im Rahmen der aktuellen Überprüfung der Rente kann nach Prüfung der Standardindikatoren für eine behinderungsangepasste Tätigkeit von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70 % ausgegangen werden.

## **E. 7.1**

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

## **E. 7.2**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C\_887/2 015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

### **E. 7.3**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Bezug der Lohnstatistik erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl. 2014, N

55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

### **E. 7.4**

Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid fälschlicherweise

auf einen Einkommensvergleich verzichtet (Urk. 2 S. 3 Mitte). Die Beschwerdeführerin war zuletzt im Jahr 2000 in der Reinigung tätig (Urk. 8/9/1 Ziff. 1 und 5). Da diese Tätigkeit schon längere Zeit zurückliegt, können

für die Bestimmung des Valideneinkommens Tabellenlöhne herangezogen werden.

Weiter ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung weiterhin in der Reinigung oder in einer vergleichbaren Tätigkeit arbeiten würde. Zudem ist von einer vollzeitigen Erwerbstätigkeit auszugehen. Nach den LSE 2014 (Tabelle TA1 b) ist von einem durchschnittlichen Lohn (Totalwert) für Frauen von Fr. 5'180.-- im Jahr 2014 auszugehen. Bei einer Nominallohnentwicklung von 0.4 % im Jahr 2015 und 0.7 % im Jahr 2016 (Tabelle T1.10 Nominallohnentwicklung, 2011-2016) und einer wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2016 von 41.7 Stunden resultiert für das Jahr

2016 ein Einkommen von Fr. 65'516.-- ( Fr. 5'180.— x

### **E. 7.5**

Nach der medizinischen Beurteilung kann der Beschwerdeführerin eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 70 % zugemutet werden. Gemäss dem im Gutachten des B.\_\_\_\_ statuierten Belastungsprofil handelt es sich um leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten, ohne repetitive Belastungen sowie Zwangshaltungen von HWS und LWS, ohne repetitives Knien, Kauern oder Treppensteigen und ohne repetitive Belastungen der Hände (E. 5.2.2 hiervor). Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer weiteren Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns, da der Tabellenlohn gemäss der LSE-Tabelle TA1, Kompetenz niveau 1, bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_381/2017 vom 7. August 2017 E. 4.2.2). Auch sonst bestehen keine Anhaltspunkte dafür - und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht dargelegt -, dass sie

aus einem anderen Grund ihre gesundheitlich bedingte Restarbeitsfähigkeit auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Erfolg erwerblich verwerten könnte .

Jedoch muss die Frage, ob die Voraussetzungen für einen solchen Abzug

ins besondere insofern erfüllt sind, als die Beschwerdeführerin selbst bei leichten Arbeiten eingeschränkt ist, nicht abschliessend geklärt werden, wie die folgenden Ausführungen zeigen: Bei einem vorliegend jedenfalls maximal gerechtfertigten Abzug von 10 % ergäbe sich, ausgehend vom gleichen Tabellenlohn wie bei der Bestimmung des Valideneinkommens , ein Invalideneinkommen von rund Fr.

41'275.-- (Fr. 65'516.-- x 0.7 x 0.9). Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 65'516.-- resultierte eine Erwerbseinbusse von Fr. 24'241.--, was einem nicht rentenrelevanten Invaliditätsgrad von rund 37 % entspräche.

### **E. 7.6**

Die Zusprache einer ganzen Rente im Jahr 2002

basierte

auf einem Invaliditätsgrad von 100 % . Mit der aktuellen Überprüfung der Rente ergibt sich, dass bei einem Invaliditätsgrad von unter 40 %

ein Rentenanspruch für die Zukunft zu verneinen ist.

Nach

dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin die laufende Rente zu Recht aufgehoben . Die angefochtene Verfügung vom 22. November 2017 erweist sich demnach als rechtens. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 8. 8.1

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). Die Kosten sind auf Fr. 800.-- festzusetzen. Nach dem die Beschwerdeführerin einzig betreffend die Gewährung von Eingliederungsleistungen obsiegt hat, sind ihr die Kosten vollumfänglich aufzuerlegen. Infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind sie jedoch einstweilen auf die

Gerichtskosten zu nehmen. 8.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter ist für seine Aufwendungen mit Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst :

Der Prozess wird hinsichtlich des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf Eingliederungsmassnahmen als gegenstandslos geworden abgeschrieben. und erkennt: 1.

Im Übrigen wird die Beschwerde 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 die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dominique Chopard, Zürich, wird mit Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - 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 Der Gerichtsschreiber MosimannBrugger

## **E. 12**

: 40 x 41.7 x 1.004 x 1.007). Als Valideneinkommen sind daher Fr. 65'516.-- zu veranschlagen.

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