

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00799 vom 18. Oktober 2011**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00799](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00799)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00799 du 18 octobre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00799 del 18 ottobre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

).

Hinsichtlich des Antrags Ziff.

### **E. 1.3**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung ( IVG ) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines aner kannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.4**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex

«Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

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

### **E. 1.5**

). Es beruht auf sehr sorgfältigen, umfassenden Untersuchungen (Urk. 7/184/43-50, Urk. 7/184/57-65, Urk. 7/184/80-86 und Urk. 7/184/100-108) und wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie in Auseinandersetzung mit der medizinischen Aktenlage (Urk. 7/184/15 ff., Urk. 7/184/53-57, Urk. 7/184/74-79 und Urk. 7/184/98 f.) abgegeben. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar (Urk. 7/184/22-42, Urk. 7/184/50-52, Urk. 7/184/66-73, Urk. 7/184/86-97, Urk. 7/184/108-119).

### **E. 2**

Eventualiter sei der Einspracheentscheid aufzuheben und es seien zusätzliche Abklärungen zu treffen und alsdann die gesetzliche Leistung zu sprechen.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin setzte die bisherige ganze Invalidenrente der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 17. Juli 2018 (Urk. 2) auf eine Dreiviertelsrente herab. Begründet wurde dies damit, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der am 13. August 2013 mit Wirkung ab 1. Juli 2012 verfügten Rentenerhöhung verbessert habe. Es könne nun gesamthaft von einer 40%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin Wertschriften wie auch in behinderungsangepassten Tätigkeiten ausgegangen werden. Es bestehe aktuell noch ein Invaliditätsgrad von 60% und damit Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerdeschrift vom 14. September 2018 (Urk. 1) geltend, der behandelnde Rheumatologe Dr. med. C. \_\_\_ habe in seinem Bericht vom 30. November 2017 darauf hingewiesen, dass im B. \_\_\_ - Gutachten vom 15. November 2016 und im Vorbescheid zu Unrecht die häufig auftretenden migräne-artigen Abdominalschmerzen bei der Beurteilung der funktionellen Arbeitsunfähigkeit ausser Acht gelassen worden seien, obwohl diese in gleicher Weise wie Migräneattacken eine völlige Arbeitsunfähigkeit bewirken würden (Urk. 1 S. 3 und S. 8).

Die Gutachter hätten zudem das Bestehen einer Hyperlaxizität fälschlicherweise verneint. Aufgrund derselben seien vor chirurgischen Eingriffen mögliche konservative Behandlungsalternativen auszuschöpfen; chirurgische Eingriffe hätten häufig nicht den gewünschten Erfolg. Ob das Hypermobilitätssyndrom ein Untertypus der Ehler-Danlos-Erkrankung sei, wie unter Fachärzten diskutiert werde, spiele für die Fallbeurteilung bei einer funktionalen Betrachtungsweise keine Rolle. Sowohl beim einen als auch beim anderen Syndrom seien chronische und starke Schmerzen als typische Folgen bekannt. Die Hyperlaxizität begünstige die Beschwerden rheumatologisch und damit auch die

andauernden Therapiemisserfolge und erkläre zudem die hohe Schmerzlast. Die Furcht der Beschwerdeführerin vor weiteren Verschlechterungen und Beschwerden sei daher begründet. Sie übe den Umgang mit Schmerz- und Tonusregulierungen mit unterschiedlichen Methoden. Ihre Bereitschaft zu Therapien und Körpertraining finde jedoch dort ihre Grenze, wo die Gefahr bestehe, weitere Beschwerden durch körperliche und psychische Überforderung zu provozieren (Urk. 1 S. 3 und S. 7-10). Weiter wurde bemängelt, die psychiatrische Beurteilung im B.\_\_\_\_-Gutachten sei nicht nachvollziehbar. Es sei zwar davon ausgegangen worden, es liege ein chronifizierter, verbitterter, perspektivloser und dysthymischer Zustand vor. Angesichts dieses chronifizierten Geschehens sei es jedoch lebensfremd, anzunehmen, ohne nachhaltige Besserung der Gesundheit mit Verhaltenstherapie würde sich etwas ändern, sodass die Beschwerdeführerin plötzlich über die nötigen Ressourcen, Selbststeuerungs- und Selbstbehauptungskräfte und die Stärke verfügen würde, um trotz der vielen Beschwerden wieder ein 40%iges Arbeitspensum leisten zu können. Die trotz grösster Bemühungen und Anstrengungen gescheiterte Rückkehr an den alten Arbeitsplatz habe die Beschwerdeführerin als entwürdigend erlebt (Urk. 1 S. 6 f.). Der begutachtende Psychiater habe sodann festgehalten, es gebe Hinweise auf eine mittelgradige Verminderung der Stabilität des Selbstwertes, der die Leistungsfähigkeit unmittelbar verringere, mit einer einmaligen Untersuchung seien jedoch nur gewisse Teilaspekte objektivierbar. Eine Störung der Persönlichkeit durch problematische, prämorbidale Muster oder besondere Vulnerabilitäten könne so nicht diagnostiziert werden (Urk. 1 S. 10 f.). Nicht schlüssig sei sodann, dass im B.\_\_\_\_-Gutachten nicht wie bereits im Gutachten aus dem Jahr 2011 die aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit zur rheumatologisch attestierten 60%igen Arbeitsunfähigkeit kumuliert worden sei. Vor dem Hintergrund der jede Arbeitsfähigkeit ausschliessenden Migräneattacken von durchschnittlich zwei Tagen pro Woche und einer rheumatologisch auf maximal vier Stunden täglich beschränkten Arbeitsfähigkeit bei einer generell um 20 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit wegen rascherer Ermüdbarkeit und schnellerer Erschöpfbarkeit bei Schmerzen mit erhöhtem Pausenbedarf sei eine kumulative Betrachtung notwendig. Es sei daher von einer mindestens 70-80%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 1 S. 6). Des Weiteren sei es zu einer weiteren Verschlechterung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes nach der Begutachtung gekommen, welcher nicht berücksichtigt worden sei. Gemäss Dr. C.\_\_\_\_ seien starke Hüftschmerzen hinzu getreten, welche seit März 2017 bestünden und deren organische Ursache eine Hüftdysplasie mit häufiger Subluxation sei. Ausserdem sei es im Dezember 2017 zum Auftreten neuer Belastungsfaktoren gekommen, und im Jahr 2018 sei eine strukturelle Störung bei noch unbekannter, prämorbidaler Persönlichkeitsstruktur festgestellt worden. Es müssten weitere Abklärungen vorgenommen und insbesondere ein Bericht der behandelnden Psychiaterin eingeholt werden (Urk. 1 S. 3 f. und Urk. 10). Angesichts der genannten Mängel im B.\_\_\_\_-Gutachten sowie des unvollständig abgeklärten Sachverhalts habe die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz sowie den Grundsatz der freien Beweiswürdigung verletzt (Urk. 1 S. 4 f.). Ohne zusätzliche Abklärungen dürfe gestützt auf das B.\_\_\_\_-Gutachten keine Rentenkürzung verfügt werden (Urk. 1 S. 8).

### **E. 2.3**

Strittig ist die Herabsetzung der bisher ausgerichteten ganzen Rente auf eine Dreiviertelrente, weshalb zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der am 13. August 2013 verfügten Rentenerhöhung in anspruchrelevantem Ausmass verbessert, beziehungsweise sich die für die Inva

liditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit verändert hat (vgl. E.

### **E. 3**

Subeventualiter sei die Sache zurück- und die IV-Stelle anzuweisen, zusätzliche Abklärungen zu treffen und alsdann die gesetzliche Leistung zu sprechen.

#### **E. 3.1**

Mit Verfügung vom 18. Oktober 2011 wurde der Beschwerdeführerin gestützt auf das Z.\_\_\_\_ - Gutachten vom 25. Mai 2011 eine halbe Rente zu gesprochen (Urk. 7/76). Im Z.\_\_\_\_ - Gutachten wurden folgende Diagnosen festgestellt (Urk. 7/64/20): - Chronisches zervikozephal und zervikovertebrales, teilweise zervikodysgenes Schmerzsyndrom rechts mit zervikogen getriggertem Kopfschmerz im Sinne einer «

migraine cervicale» (ICD- 10: M53) - Lumbovertebrales und intermittierend lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit möglicher intermittierender radikulärer Reiz- und eventuell auch Ausfallsymptomatik L5 (ICD- 10:

M54.5) - Schulterschmerz rechts bei myofaszialem Schmerzbild zervikogenen Ursprungs (siehe oben) und Schulterkontusion rechts bei Auffahrkollision 4.1.2009, leichtes Aussenrotationsdefizit, erhaltene Rotatorenmanschette, Dysfunktion im skapulothorakalen Gleitlager mit Myotendinosen M. rhomboideus und subscapularis rechts - Erschöpfungs- und Ermüdungssyndrom bei chronisch somatisch bedingten Schmerzen (ICD- 10 F48.0)

Die Gutachter gingen von einer Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit von 50 % aus (Urk. 7/64/51). Diese Arbeitsfähigkeit gelte auch für eine angepasste Tätigkeit (Urk. 7/64/51).

#### **E. 3.2**

Der Erhöhung der Invalidenrente der Beschwerdeführerin von einer halben auf eine ganze Rente mit Verfügung vom 13. August 2013 (Urk. 7/118) lag der Bericht der behandelnden Psychiaterin med. prakt. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. April 2013 (Urk. 7/105/1) zugrunde, worin eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.2), chronische somatisch bedingte Schmerzen verschiedener bekannter Ursachen sowie eine Migräne diagnostiziert wurden. Die Psychiaterin attestierte der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Sachbearbeiterin im Backoffice eines Bankinstitutes als auch in angepasster Tätigkeit von 100 % (Urk.

7/105/1).

#### **E. 3.3**

Die IV-Stelle stützte sich bei ihrer Entscheidung, die ganze auf eine Dreiviertelrente

herabzusetzen, auf das B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 15. November 2016 (Urk. 7/184). Die Gutachter hielten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/184 S. 21): 1. Postdiskektomiesyndrom (ICD-10: M96) mit intermittierend auftretendem radikulärem Reiz- und sensiblem Ausfallsyndrom L5 auf der linken Seite (ICD-10: M51.1), mit inadäquater Symptombausbreitung - Status nach Laminektomie L5 des Wirbelbogens, Reposition und Auf richtespondylodese (PLIF) L5/S1 mit transpedikulärer

Verschraubung am 17. November 2009 - Fehllhaltung, Fehlform: Skoliose Brustwirbelsäule (BWS) und Becken tiefstand links 2. Persistierender Kopfschmerz, ausge löst durch ein Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsionstrauma mit Kopfschmerzen sowohl vom Spannungskopf schmerztyp als auch vom Migränetyp (ICD-10: G44.3) 3. Dysthymie (ICD-10: F34.1) - Differenzialdiagnose: Depressive Störung, aktuel l leichtgradige Episode (ICD-10: F32.0 1 )

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aus gesamtmedizinischer Sicht sei sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % auszugehen (Urk. 7/184/37 f.). Auf Rückfrage der IV-Stelle hin präzisierten die Gutachter, dass bei der F ormulierung einer mindestens 50 %igen Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Konsenserstellung zu wenig klar zum Ausdruck gekommen sei, dass die rheumatologische Diagnose bei der Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit führend gewesen sei. Es sei daher insoweit zu konkretisieren, dass eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege. Die Gründe für diese Einschätzung seien im rheumatologischen Teilgutachten darge legt (Urk. 7/199/5).

Die Gutachter führten aus, dass die Beschwerdeführerin in der aktuellen rheuma to logischen Untersuchung eine Fuss - und Zehenheberparese zeige. Zudem wür den sich typische my ofasziale Befunde in der Nacken- Schultermuskulatur und der Ru m pfmuskulatur zeigen. Hinweise für floride Synovitiden gäbe es an sämt lichen Gelenken nicht. Das rechte Schultergelenk sei auffällig für eine habituelle Luxation. Ansonsten lägen keine weiteren Hinweise einer Bindegewebsschwäche vor . Gemäss Aktenlage imponiere bei der Beschwerdeführerin eine isthm ische Spon d ylolisthese . Es sei neben der Spondylodese auch ein Posterior

Lumbar Interbody Fusion eingebaut worden , der verhindern sollte, dass sich die Wirbel nach wie vor schmerzhaft gegeneinander verschieben. Bei der Beschwerdeführe rin läge als Grund für die operative Sanierung eine persistierende, kaum mehr durch konservative Massnahmen beeinflussbare Schmerzsituation vor. Hinweise, dass es zu postoperativen Spätkomplikationen gekommen sein könnte, hätten bildgebend, neurologisch/elektrophysiologisch nicht nachgewiesen werden kön nen. Zusammenfassend sei das Vorliegen eines Postdiskektomiesyndroms am wahrscheinlichsten. Dieses sei geprä g t durch therapieresistente, manchmal dif fuse und brennende Kreuzschmerzen. Diese würden durch Narbenbildung und Irritation des Nervengewebes nach erfolgter Operation durch narbige Verklebun gen zwischen dem Duralsack, der Wurzeltasche und dem umgebenden Knochen entstehen. Die Fussheberparese könne als Pseudoparese interpretiert werden, da ein neuroelektrophysiologischer Nachweis einer echten Parese nicht vorliege . Kli nische Hinweise für eine muskuläre Überlastung nach Rückenoperation würden sich in der aktuellen rheumatologischen Untersuchung in der Rumpf- und Gesässmuskulatur und sogar in der Oberschenkelmuskulatur des Biceps femoris , mit aktiven Triggerp unkten und reffered Pain zeigen (Urk. 7/184/22-25).

Sowohl aus rheumatologischer als auch aus neurologischer Sicht bestehe zum aktuellen Zeitpunkt wahrscheinlich ein intermittierend auftretendes lumboradi kuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom L5 auf der linken Seite, wobei es wahrscheinlich zu einer inadäquaten Symptomausbreitung der Sensibilitätsstö rung im Rahmen des chronifizierten Schmerzgeschehens gekommen sei. Es handle sich somit insgesamt um ein sehr komplexes Zusammenspiel von einer wahrscheinlich initial durch eine Radikulopat h ie getriggerte n Schmerzsympto matik, die sich dann im Verlauf chronifiziert und zentralisiert habe, wobei

die periphere, im eigentlichen Sinne Radikulopathie-bedingte Schmerzkomponente aktuell – und wahrscheinlich seit dem Jahre 2011 zunehmend – im Hintergrund stehe (Urk. 7/184/25-27) .

Aus neurologischer Sicht würden die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Kopfschmerzen die IHS-Kriterien eines per s istierenden Kopfschmerzes ausgelöst durch ein HWS-Distorsionstrauma erfüllen . Entscheidend für die Einschätzung der durch die Kopfschmerzen bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien letztlich die von der Beschwerdeführerin berichteten Symptome und deren Ausprägung. So werde von ihr berichtet, dass aktuell an zwei bis drei Tagen pro Woche Migränekopfschmerzen bestehen würden. Darüber hinaus bestehe noch ein im Verlauf des Tages zunehmender Spannungstyp-Ko pfschmerz (Urk. 7/184/27-29) .

Aus psychiatrischer Sicht habe sich mit den anhaltenden Schmerzen eine depres sive Verstimmung entwickelt, die aufgrund zusätzlicher Belastungen wie dem Verlust der Arbeitsstelle und im Zusammenhang mit der Trennung von ihrem langjährigen Freund exazerbiert sei. Es habe bei der Beschwerdeführerin jedoch kaum eine anhaltende schwere Depression bestanden. Zum Zeitpunkt der aktuel len psychiatrischen Exploration seien keine affektiven Symptome von erhebli chem Ausmasse auszumachen. Eher habe sich ein verbitterter, perspektivloser und dysthymer Zustand bei der Besch werdeführerin eingestellt (Urk. 7/184/32).

#### **E. 3.4**

Im von der Beschwerdeführerin aufgelegten Überweisungsbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2016 (Urk. 7/185) an PD Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Neurochirurgie an der Klinik E.\_\_\_\_ , hielt jener fest , die Beschwerdeführerin sei über viele Jahre interdisziplinär betreut worden (psychiatrisch, neurologisch, Schmerzsprechstunde F.\_\_\_\_ ). Über lange Zeit sei versucht worden, wenigstens eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Die s sei knapp gelungen mit der Unterstüt zung einer Case-Managerin der IV und weiteren Bemühungen. Das Problem seien plötzlich lumbal einschliessende Schmerzen gewesen, bei denen die Beschwerde führerin dann 2-3 Tage jeweils gar nicht habe arbeiten können. Damals habe sich die Beschwerdeführerin mit regelmässiger Physiotherapie und MTT bemüht, zur Verbesserung der Gesamtsituation beizutragen. Als dann jedoch eine schwerere depressive Phase aufgetreten und die Beschwerdeführerin durch ihre betreuende Psychiaterin stationär in eine Klinik eingewiesen worden sei, sei die Motivation der Beschwerdeführerin zum Wiedereinstieg in das Arbeitsleben vollständig zusammengebrochen. In den folgenden Jahren seien teils generalisierte diffuse muskuloskelettale Schmerzen aufgetreten, und die Beschwerdeführerin habe ihn ( Dr. C.\_\_\_\_ ) mehrere Male konsultie rt mit der Vermutung, sie könne an einer rheumatoiden Arthritis leiden, einer Erkrankung, welche bei ihrer Grossmutter angeblich diagnostiziert worden sei. Er (Dr. C.\_\_\_\_ ) habe die Beschwerdeführerin mehrmalig untersucht und keine Hinweise für eine entzündliche rheumatologi sche Erkrankung finden können, welche ihre diffusen intermittierenden Handge lenks- und Fingerschmerzen hätten erklären können. Das mögliche Ausmass der Leistungsfähigkeit dieser noch jungen Patientin sei wegen der Überlagerung durch psychische Störungen und einer in den letzten Jahren auch aufgetretenen Tendenz zur Somatisierungsstörung nicht einfach zu beurteilen. Auf seine Emp fehlung sei eine interdisziplinäre Begutachtung durch die IV Ende 2015 durchge führt worden. Er (Dr. C.\_\_\_\_ ) sehe die Beschwerdeführerin nur noch selten. Ein en Wiedereinstieg ins Berufsleben habe er mit der noch jungen Patientin mehrmals

thematisiert. Die Motivation scheine leider nicht mehr da zu sein. Er sei der Meinung, dass ein Wiedereinstieg mit einem 30-40%igen Pensum und allenfalls einer Steigerung im Verlauf in Zusammenarbeit mit der IV-Stelle versucht werden sollte.

### **E. 3.5**

Im undatierten (bei der Beschwerdegegnerin am 10. März 2017 eingegangenen [vgl. Urk. 7/0, Aktenverzeichnis]) Bericht von Dr. D.\_\_\_\_, wurde festgehalten, seit November 2016 bestünden bei der Beschwerdeführerin akute Verspannungen im lumbalen Bereich. Gemäss MRI LWS bestünden keine Hinweise auf eine Segmentpathologie in den benachbarten Segmenten. Es werde gebeten, die Arbeitsfähigkeit in einer speziellen Einrichtung mit ausführlichen Untersuchungen beurteilen zu lassen. Die Konsultationen an der Klinik E.\_\_\_\_ seien nicht zu diesem Zweck durchgeführt worden (Urk. 7/188; vgl. auch Urk. 7/190).

### **E. 3.6**

Unter Hinweis auf den vorgenannten Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ beziehungsweise das MRI, welches keinen Nachweis einer epifusionellen Bandscheiben- und Segment-Degeneration bei Spondylodese und Fusion L5/S1, einer Spinalkanalstenose oder einer Neurokompression ergebe, bat die IV-Stelle die Gutachter der B.\_\_\_\_ um Ergänzung des Gutachtens. Gemäss rheumatologischem Teilgutachten sei eine persistierende L5-Reizung und eine echte Parese der linken unteren Extremität unwahrscheinlich. Gleichwohl komme im neurologischen Teilgutachten zum Ausdruck, dass zum aktuellen Zeitpunkt wahrscheinlich ein intermittierend auftretendes lumboradikuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom L5 auf der linken Seite bestehe (Urk. 7/192). Die Gutachter erklärten in ihrer Stellungnahme vom 15. November 2016, dass zwischen dem rheumatologischen und dem neurologischen Teilgutachten kein Widerspruch bestehe. Aus neurologischer Sicht könne bei radikulärer Vorschädigung, welche mittels EMG bei der Beschwerdeführerin am 12. Juni 2008 nachgewiesen worden sei, auch bei Zustand nach erfolgreicher Dekompression und ohne Nachweis einer Engstelle im LWS-MRT ein radikuläres Schmerz- und Ausfallsyndrom persistieren. Die Situation werde dann komplizierter, wenn die Schmerzsymptomatik chronifiziert und zentralisiert sei, wie im Falle der Beschwerdeführerin (Urk. 7/199/3 f.).

### **E. 3.7**

Dr. C.\_\_\_\_

wandte sich mit seinem als «Einwand gegen den Vorbescheid zur Reduktion der Invalidenrente vom 3.11.2017» betitelten Schreiben

vom 30. November 2017 an die IV-Stelle und wies darauf hin, im interdisziplinären Gutachten der B.\_\_\_\_

werde nicht auf die häufig auftretenden abdominalen Schmerzen der Beschwerdeführerin eingegangen. Bei diesen teils plötzlich auftretenden starken, krampfartigen Bauchschmerzen sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, weiter zu arbeiten.

Seit dem Gutachten seien auch neue Beschwerden aufgetaucht. Es handle sich um einschliessende Schmerzen gluteal und inguinal. Es scheine, als ob neu eine Hüftdysplasie für diese Schmerzen mit verantwortlich sein könnte (Urk. 7/212/1).

### **E. 4**

in der Beschwerdeschrift (vgl. Sachverhalt Ziff. 2.1) ist darauf hinzuweisen, dass in der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2018 einzig der Anspruch auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung beurteilt wurde. Die Auferlegung von Schadensminderungspflichten wurde nicht angeordnet (vgl. Dispositiv der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2018, Urk. 2). Soweit die Beschwerdeführerin in ihrem Antrag auf eine Ergänzung der Therapieauflagen Bezug nimmt, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. 3.

#### **E. 4.1.1**

Das

umfangreiche polydisziplinäre Gutachten

der B.\_\_\_\_

vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E).

#### **E. 4.1.2**

Im Vergleich zum Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 25. Mai 2011 (Urk. 7/64), gestützt auf welches die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 18. Oktober 2011 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu gesprochen hatte (Urk. 7/76), ergibt sich in somatischer Hinsicht aus nachvollziehbaren Gründen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands. Die Z.\_\_\_\_ -Gutachter gingen im Jahre 2011 aus rheumatologischer Sicht von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus, wobei die Beurteilung in dieser Fachdisziplin führend war und – entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 6) – keine additive Bewertung der von den übrigen Fachgutachtern geäusserten Arbeitsunfähigkeiten erfolgte, zumal diese als überlappend betrachtet wurden (Urk. 7/64/24 f.). Auch gemäss dem B.\_\_\_\_ -Gutachten blieb die rheumatologische Beurteilung bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit führend. Die

verschlechterte Schmerz situation der Beschwerdeführerin wurde angemessen berücksichtigt, und es wurde von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 60 % aus gegangen (Urk. 7/184/67-73 und Urk. 7/199/5).

Dies erachtete die Beschwerdeführerin als

nachvollziehbar (Urk. 1 S. 5 f.). Dennoch

erhob sie den

Vorwurf, die Gutachter hätten die abdominalen Schmerzen der Beschwerdeführerin nicht berücksichtigt (Urk. 7/212/1 und Urk. 1 S. 3 und 8). Dieser Vorwurf erweist sich indessen als unberechtigt:

Zum einen handelt es sich bei den abdominalen Beschwerden nicht um neu hinzugetretene Beschwerden. Bereits im – den Gutachtern bekannten – Z.\_\_\_\_ - Gutachten vom 25. Mai 2011 war

von chronisch rezidivierenden abdominalen Beschwerden mit zyklusabhängigen Bauchschmerzen/Blähungen

berichtet worden. Diesem wurde aus internistischer Sicht nebst der Reizblasensymptomatik jedoch kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf oder in einer

Verweistätigkeit mit dem gleichen Arbeitsprofil zugeschrieben (Urk. 7/64/11 f.). Zum anderen berichtete die Beschwerdeführerin anlässlich der internistischen und rheumatologischen Untersuchung vom 30. Mai 2016 bei der B.\_\_\_\_

zwar über Schmerzen im unteren Rücken mit Ausstrahlung ins linke Bein (Urk. 7/184/43 f. und Urk. 7/184/57), über Schmerzen im Bereich des oberen Rückens, der Schulter- und Nackenregion, über Kopfschmerzen sowie über rheumatische Beschwerden an den Händen (Urk. 7/184/44 und Urk. 7/184/57 f.), nicht aber über abdominale Schmerzen. Anlässlich der neurologischen Untersuchung vom 3. Juni 2016 berichtete sie zunächst ebenfalls nicht über abdominale Schmerzen (Urk. 7/184/80 f.). Erst im Rahmen der neurologischen Anamnese zu ihren subjektiven Vorstellungen äusserte die Beschwerdeführerin, der Grund für ihre Arbeitsunfähigkeit seien die Müdigkeit, Bauchschmerzen, die jeden Tag nach dem Essen aufträten und für circa zwei Stunden anhaltend seien, sowie die Kopf- und Rückenschmerzen (Urk. 7/184/84). Angesichts dieser Ausgangslage lässt sich nicht nachvollziehen, inwiefern die bereits im Jahr 2011 bekannten abdominalen Beschwerden, welche anlässlich der

Anamneseerhebung

zu den Beschwerden durch den Internisten/Rheumatologen und den Neurologen der B.\_\_\_\_ nicht einmal erwähnt wurden, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

hätten begründen sollen. Auch bestand und besteht kein Anlass zu weiteren Abklärungen. Mit dem Vorbringen, im B.\_\_\_\_ -Gutachten sei unzutreffend festgehalten worden, eine krankhafte Hyperlaxizität sei nicht feststellbar (Urk. 1 S. 8), vermag die Beschwerdeführerin sodann ebenfalls nicht durchzudringen. Der begutachtende Rheumatologe

verneinte das Vorliegen einer Hyperlaxizität keineswegs – er betrachtete diese vielmehr als einen der begünstigenden Faktoren für die Chronifizierung der rheumatisch nachvollziehbaren myofaszialen Beschwerden (Urk. 7/184/69). Er gelangte aber zum Schluss, es bestünden keine klinischen und aktenanamnestischen Hinweise für eine krankhafte Bindegewebsschwäche wie beispielsweise bei einem

Ehler-Danlos - oder Marfan -Syndrom (Urk. 7/184/69 f.). Die Vorbringen der Beschwerdeführerin unter Verweis auf Wikipedia (Urk. 1 S. 8 f.)

vermögen diese Einschätzung nicht zu erschüttern.

#### **E. 4.1.3**

In psychiatrischer Hinsicht wurde von einer Verbesserung des Gesundheitszustands seit der am 13. August 2013 verfügten Erhöhung der Invalidenrente auf eine ganze Rente (Urk. 7/118) ausgegangen, was ebenfalls nachvollziehbar erscheint. Damals lag gemäss Bericht der behandelnden Psychiaterin med. pract. A.\_\_\_\_ vom 6. April 2013 (Urk. 7/105/1) eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 : F32.2) vor. Die da zumal attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit stand im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatzverlust (Urk. 7/184/100 und Urk. 7/184/102 f. ; vgl. auch Urk. 7/99 ). Ob die Erhöhung der Invalidenrente angesichts dieses im Vordergrund stehenden psychosozialen Faktors

gerechtfertigt

war, kann dahingestellt bleiben. Zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung vom 30. Mai 2016 lag jedenfalls kein schwer depressiver Zustand mehr vor, was nachweislich eine Verbesserung darstellt.

Aufgrund des

sorgfältig erhobenen psychiatrischen Befunds

(Urk. 7/184/108-113) vermag die Diagnose einer Dysthymie (differentialdiagnostisch allenfalls einer depressiven Störung, aktuell leichtgradige Episode) zu überzeugen. Da die Gutachter zum Schluss gelangten, der psychische Gesundheitszustand entspreche in etwa demjenigen im Zeitpunkt der Begutachtung bei der Z.\_\_\_\_, erscheint auch die

von ihnen attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 %

nachvollziehbar, wovon auch die Beschwerdeführerin ausging

(Urk. 1 S. 5). Die gutachterliche Einschätzung hält überdies der Standardindikatoren-Pflichtung stand:

Zum Komplex der Gesundheitsschädigung wurden im Gutachten substantiierte Feststellungen getroffen, dies insbesondere zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (Urk. 7/184/114 f.) und zu den Komorbiditäten (Urk. 7/184/115). Dazu zu zählen sind auch die Darlegungen hinsichtlich Funktionsstörungen, die sich aus den diagnostizierten Leiden ergeben. Sodann wurden Persönlichkeitsfaktoren beleuchtet und es wurde dargelegt, die Persönlichkeitsaspekte zur zwischen menschlichen Beziehungsgestaltung seien bei der Beschwerdeführerin nicht (oder nur leicht und somit hinnehmbar) beeinträchtigt (Urk. 7/184/116 f.). Die entsprechenden Feststellungen erweisen sich angesichts der Schilderungen der Beschwerdeführerin, welche auf das Vorliegen einiger Ressourcen schließen lassen, nachvollziehbar: So gab die Beschwerdeführerin an, sich zu Hause sehr wohl zu fühlen. Sie sitzt gerne auf dem Balkon, schaue im Fernsehen Dokumentationen, höre Hörbücher oder Musik oder mache physiotherapeutische Übungen, gelegentlich auch autogenes Training. Sie habe eine gute Nachbarin, die sie gelegentlich zum Kaffee einlade, und sie pflege einen guten Kontakt zu den Familienangehörigen (Urk. 7/184/100 f.).

Kommt hinzu, dass die psychiatrische Therapie

im Juni oder Juli 2014 sistiert wurde (Urk. 7/184/104).

#### **E. 4.1.4**

Das Argument der Beschwerdeführerin, die kumulative Betrachtung von 2011 (womit auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 25. Mai 2011 verwiesen wird) müsse aufgrund einer vergleichbaren psychischen Einschränkung auch 2016 zu einer kumulativen und nicht inkludierenden Berücksichtigung der Arbeitsunfähigkeiten (aus rheumatologischer Sicht von 60 % und aus psychiatrischer Sicht von 20 %) führen, weshalb von einer mindestens 70-80%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (Urk. 1 S. 6), geht fehl. Wie bereits erwähnt (E. 4.1.2) erfolgte im Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 25. Mai 2011 keine kumulative Berücksichtigung der in den einzelnen Fachdisziplinen attestierten Arbeitsunfähigkeiten. Es ist auch nicht ersichtlich, weshalb die B.\_\_\_\_-Gutachter eine Kumulation der in den unterschiedlichen Fachdisziplinen attestierten Arbeitsunfähigkeiten hätten vornehmen sollen. Die rheumatologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwies sich als führend (E. 4.1.2) und die weiteren Arbeitsunfähigkeiten gingen in dieser auf:

Bei der neurologischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stand wie bei der rheumatologischen Beurteilung die Schmerzproblematik im Vordergrund (Urk. 7/184/37 und Urk. 7/184/94 f.). Aus psychiatrischer Sicht wurde der Beschwerdeführerin aufgrund der aktuell gesehenen Persönlichkeitsstruktur mit eingeschränktem Selbstwert eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert zwecks Verkürzung der Arbeitszeit und der Möglichkeit, regelmässige verlängerte Pausen einzuhalten, damit sich die Beschwerdeführerin zwischen den Arbeitsphasen erholen und die Pausen zur Wahrnehmung von Übungen gegen die Verspannungen und zur Lockerung des Körpers nutzen könne (Urk. 7/184/37). Inwiefern diese Möglichkeit bei einem Arbeitspensum von 40 % , verteilt auf fünf Tage, behindert würde, ist nicht erkennbar. Daran ändert auch die von Dr. C.\_\_\_\_

vorgetragene (Urk. 7/212) – und im Beschwerdeverfahren übernommene (Urk. 1 S.

#### **E. 4.2.1**

Die Beschwerdeführerin brachte sodann vor, seit der Begutachtung sei es zu einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen.

#### **E. 4.2.2**

Sie machte insbesondere geltend (Urk. 1 S. 3), gemäss dem Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 30. November 2017 bestünden seit März 2017 starke Hüftschmerzen mit inzwischen von der Klinik E.\_\_\_\_ bestätigter, organischer Ursache (Hüftdysplasie mit häufiger Subluxation, Urk. 3/2).

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses

zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen). Der Auffassung, als organische Ursache für die nach der Begutachtung von der Beschwerdeführerin geklagten einschliessenden glutealen und inguinalen Schmerzen (Urk. 7/212/1) sei eine Hüftdysplasie mit häufiger Subluxation bestätigt worden (Urk. 1 S. 3), kann nicht gefolgt werden. Dr. C.\_\_\_\_ äusserte in seinem «Einwand» vom 30. November 2017 den Verdacht, es scheine, als ob neu eine Hüftdysplasie für die glutealen und inguinalen Schmerzen mitverantwortlich sein könnte. Eine orthopädische Beurteilung diesbezüglich sei noch ausstehend (Urk. 7/212/1).

Im anlässlich des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 10. August 2018 wurde zwar als Diagnose eine «Hüftdysplasie links»

genannt. Doch kann diese Diagnose aufgrund des Berichts noch nicht als gesichert betrachtet werden. In der Beurteilung hielten die behandelnden Ärzte fest, die klinischen und radiologischen Befunde seien besprochen worden. Zur genaueren Diagnostik der

Situation in der linken Hüfte werde ein Arthro -MRI empfohlen. Im Anschluss an die Bildgebung werde sich die Beschwerdeführerin zur Befundbesprechung vorstellen. Über den weiteren Verlauf werde berichtet (Urk. 3/2). Ein Verlaufsbericht wurde im Beschwerdeverfahren jedoch nicht nach gereicht. Selbst wenn davon auszugehen wäre, die Diagnose einer Hüftdysplasie links sei gesichert, stelle dies noch keinen Nachweis einer Verschlechterung des Gesundheitszustands dar. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin soll bereits im Jahr 2008 die Diagnose einer Hüftdysplasie gestellt worden sein (Urk. 3/2). Es stellt sich daher die Frage, ob diese eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Die angefochtene Verfügung datiert vom 17. Juli 2018. Dieser Zeitpunkt bildet wie bereits erwähnt die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. etwa BGE 129 V 256 E. 1, 129 V 169 E. 1.2, je mit Hinweisen) . Der Bericht der Klinik E.\_\_\_\_

wurde am 10. August 2018 (aufgrund der gleichentags erfolgten Konsultation der Beschwerdeführerin ) und damit erst rund einen Monat nach Erlass der angefochtenen Verfügung ausgestellt, womit dieser grundsätzlich nicht zu beachten ist. Es ist jedoch zusätzlich zu erwähnen, dass nach dem Auftreten der geltend gemachten glutealen/inguinalen Schmerzen im Mai 2017 mehr als ein Jahr verstrich, bis sich die Beschwerdeführerin am 10. August 2018 in der Klinik E.\_\_\_\_

vorstellte, was nicht von einem grossen Leidensdruck zeugt. Die Ärzte der Klinik E.\_\_\_\_ konnten überdies ein flüssiges und hinkfreies Gang bild feststellen.

Ansichts dieser Umstände erscheint im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt , dass die ab Mai 2017 bestehenden glutealen/inguinalen Beschwerden

die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 40 % zusätzlich eingeschränkt haben könnten . Auch besteht kein Anlass zur Vornahme weiterer Abklärungen.

#### **E. 4.2.3**

Die Beschwerdeführerin brachte sodann vor, es sei zu einer Verschlechterung der psychischen Verfassung gekommen (Urk. 1 S. 3) , was sich dem Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 30. November 2017 und dem sich in den Vorakten befindenden Bericht der integrierten Psychiatrie G.\_\_\_\_ , wo die initiale psychiatrische Therapie vor dem Wechsel zu Dr. med. H.\_\_\_\_

durchgeführt worden sei, entnehmen lässt (Urk. 1 S. 10). Dem «Einwand» von Dr. C.\_\_\_\_ vom 30. November 2017 (Urk. 7/212/1) lassen sich keine Hinweise auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands entnehmen. In den Akten findet sich zwar ein Bericht der integrierten Psychiatrie G.\_\_\_\_ . Dieser datiert jedoch vom 8. September 2015 und betrifft die Behandlung der Beschwerdeführerin vom 17. Februar bis 25. Juni 2015 (Urk. 7/220/4-6). Die Daten des Berichts wurden handschriftlich verändert (vgl. auch den Hinweis in der Beschwerdeschrift , wonach die Daten handschriftlich korrigiert worden seien [Urk. 1 S. 10]) und können kaum von den Ausstellern des Berichts stammen. Zum einen wird im Bericht inhaltlich auf keine Entwicklungen nach dem Jahr 2015 Bezug genommen. Zum anderen ist der Bericht , versehen mit einem Eingangsstempel vom 12. Januar 2018 (höchstwahrscheinlich der Anwaltskanzlei Reich Bortoluzzi

Cahenzli ; vgl. auch den Eingangsstempel auf Urk. 2) bei der Beschwerdegegnerin am 10. Juli 2018 eingegangen (vgl. Urk. 7/0, Aktenverzeichnis), was von vornherein ausschliesst, dass der Bericht vom 8. September 2018 (korrigiertes Datum) stammen und

Bezug auf eine Behandlung mit Beginn im November 2018 nehmen kann. Im – im Beschwerdeverfahren eingereichte n – Bericht der Klinik I.\_\_\_\_ vom 25. Juli 2018 (Urk. 3/3) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei Anfang Dezember 2017 von ihrem Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_

zur psychiatrischen Behandlung zugewiesen worden. Dessen «Einwand» vom 30. November 2017 (Urk. 7/212/1) lassen sich wie bereits erwähnt keine Hinweise auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands entnehmen. Die Zuweisung an die Klinik I.\_\_\_\_ dürfte daher vorwiegend damit im Zusammenhang stehen, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Einschreiben vom 3. November 2017 auferlegte, sich unter anderem einer fachpsychiatrischen Behandlung mit regelmässiger Verhaltenstherapie zu unterziehen (Urk. 7/ 200). Der Bericht der Klinik I.\_\_\_\_ vom 25. Juli 2018 (Urk. 3/3) dokumentiert keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands seit der Begutachtung im Jahr 2016 ; es fehlt überhaupt an einer Auseinandersetzung mit der gutachterlichen Beurteilung.

Die behandelnde Ärztin ging von einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen aus, wodurch die Arbeitsfähigkeit in Kombination mit den somatischen Störungen deutlich beeinträchtigt sei. Den Grad der Arbeitsfähigkeit quantifizierte sie jedoch nicht. Dafür berichtete sie von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes im Vergleich zum Dezember 2017 (Therapiebeginn). Auch ergibt sich aus dem Bericht sowie aus Urk. 7/220/7-9, dass die Beschwerdeführerin im Juli 2018 seit bereits zwei Jahren wieder in einer festen Partnerschaft ist, was ebenfalls nicht auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands seit der Begutachtung (Mai/Juni 2016) hindeutet. Mangels Anhaltspunkten für eine Verschlechterung der psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin nach der Begutachtung bei der B.\_\_\_\_

ergibt sich damit keine Veranlassung, bei der behandelnden Ärztin der Klinik I.\_\_\_\_, Dr. H.\_\_\_\_, einen weiteren Bericht einzuholen, zumal sich die Beschwerdeführerin in ihrer Begründung, weshalb ein solcher Bericht einzuholen sei, auf den Bericht der G.\_\_\_\_ vom 8. September 2015 bezieht, welcher gemäss obenstehenden Erwägungen als nicht aussagekräftig zu gelten hat.

#### **E. 4.3**

Zusammenfassend ist auf das beweiskräftige polydisziplinäre Gutachten der B.\_\_\_\_

vom 15. November 2016 abzustellen. Es wurde nichts vorgebracht, was die gutachterliche Beurteilung umzustossen vermocht hätte. Es bestand und besteht sodann kein Anlass für weitere Abklärungen. In diesem Sinne hat die Beschwerdegegnerin weder den Untersuchungsgrundsatz noch den Grundsatz der freien Beweiswürdigung verletzt. Es ist mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit sowie in jeder anderen angepassten Tätigkeit zu 40 % arbeitsfähig ist. 5. 5.1

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 aus geglichener

Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 5. 2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 und 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2). 5.3

Gemäss Arbeitgeberfragebogen der Y.\_\_\_\_ AG vom 22. Oktober 2009 hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2009 ohne Gesundheitsschaden einen Jahreslohn von Fr. 78'260.-- (Fr. 5'900.-- x 13 plus Fr. 130.-- Essensentschädigung pro Monat) erzielt (Urk. 7/15/3). Angepasst an die branchenspezifische Nominallohnentwicklung bei Frauen bis ins Jahr 2010 ergäbe sich ein Jahreseinkommen von Fr. 79'139.-- (Fr. 78'260.-- : 106.8 x 108; vgl. die Tabelle T1.2.05 [Nominallohn index, Frauen, 2006-2010] J, K von 106.8 [2009] auf 108.0 [2010] bei einem Index Basis 2005=100) und bis ins Jahr 2018 ein Jahreseinkommen von Fr. 86'895.-- (Fr. 79'139.--

: 100 x 109.8; vgl. die Tabelle T1.2.10 [Nominallohn index, Frauen, 2011-2018] K 64-66 von 100 [2010] auf 109.8 [2018] bei einem Index Basis 2010=100). Dieses Einkommen

entspricht dem Valideneinkommen .

Im Zusammenhang mit der Festsetzung des Invalideneinkommens ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin langjährig als Sachbearbeiterin im Bankbereich tätig war und es ihr deswegen zuzumuten ist, wieder ihrer angestammten Tätigkeit nachzugehen. Die angestammte Tätigkeit entspricht ihrem Belastungsprofil, gemäss welchem nur noch wechselbelastende Arbeiten

möglich sind, wobei die Gelegenheit bestehen muss, sich bei ausgeprägten Schmerzen kurz hin zu legen und vermehrt Pausen zu machen

(Urk. 7/184/38) . Zur Bemessung des Invalideneinkommens sind die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2016) heranzuziehen . Relevant ist

das standardisierte monatliche Einkommen für im Finanzwesen tätige Angestellte

( LSE 2016, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Ziffer 64/66) im Kompetenzniveau 2 von Fr. 6'643.--. Dieses monatliche Einkommen ist unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2018 von 41.6 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008],

in Stunden pro Woche, 2004-2019, K 64/66) sowie der branchenspezifischen Nominallohnentwicklung bei Frauen bis ins Jahr 2018 (Indexstand 107.5

[2016] auf 109.8 [2018]; vgl. Tabelle T1.2.10 [Nominallohnindex Frauen, 2011-2019, K 64-66])

auf ein Jahreseinkommen hochzurechnen . Dieses beträgt Fr. 33'871.-- bei einem 40 %-Pensum (Fr. 6'643.--  $\times 12 : 40 \times 41.6 : 107.5 \times 109.8 \times 0.4$ ) . 5.4

Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung des selben Gesichtspunktes führen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_833/2017 vom 20. April 2018 E. 2.2). Die gesundheitlichen Einschränkungen fanden bereits Eingang in die Beurteilung der B.\_\_\_\_ - Gutachter und führten zum veranschlagten Belastungsprofil und der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit von 40 % in der angestammten Tätigkeit. Ferner ist grundsätzlich ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wenn ein Versicherter seine Arbeitsfähigkeit nicht vollschichtig umsetzen kann und dies statistisch gesehen vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit. Dies muss stets mit Blick auf den konkreten Beschäftigungsgrad (40

%) und die zum relevanten Zeitpunkt aktuellen Werte beurteilt werden. In der für das Jahr 2016 aktualisierten Tabelle des Bundesamtes für Statistik (T18, monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, berufliche Stellung und Geschlecht) beläuft sich die Differenz des standardisierten Monatslohns bei den Werten für Frauen im untersten Kader (4) auf gerundet 5 % Lohnminderung bei Teilzeit im Umfang von 40

% (Fr. 6'050.-- [Teilzeitpensum 25-49 %] und Fr. 6'352.-- [Pensum 90 % und mehr]) . Damit ergibt sich eine überproportionale Lohninbusse, sodass ein leidensbedingter Abzug im Umfang von 5

% angezeigt ist (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1). Das Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 32'177.-- (Fr. 33'871.--  $\times 0.95$ ). 5.5

Die aus dem Einkommensvergleich resultierende Erwerbseinkünfte betragen demnach Fr. 54'718.--

(Valideneinkommen von Fr. 86'895.-- abzüglich Invalideneinkommen von Fr. 32'177.--), was einem Invaliditätsgrad von rund 63

% entspricht. 5.6

Die Herabsetzung der bisher ausgerichteten ganzen Rente auf eine

Dreiviertelsrente erweist sich somit als rechtmässig. 6.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unbegründet. Sie ist abzuweisen, soweit auf sie einzutreten ist. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Sandra Cahenzli Reich - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung 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 dem 5. 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 Vogelkuoni

## E. 7

) – Kritik, eine 40%ige Arbeitsfähigkeit sei unrealistisch, nicht. Dr. C. \_\_\_

selbst brachte noch in seinem Bericht vom 2. Dezember 2016 zum Ausdruck, es sei nicht einfach, das mögliche Ausmass der Leistungsfähigkeit bei dieser noch jungen Patientin wegen der Überlagerung durch psychische Störungen und einer in den letzten Jahren auch aufgetretenen Tendenz zur Somatisierungsstörung zu beurteilen. Als Beispiel für unklare Schmerzen nannte Dr. C. \_\_\_ «teils generalisierte diffuse muskuloskeletale Schmerzen», derentwegen ihn die Beschwerdeführerin mehrere Male konsultiert habe mit der Vermutung, sie könnte an einer rheumatoiden Arthritis leiden. Dr. C. \_\_\_ habe die Beschwerdeführerin mehrmals untersucht und keine Hinweise für eine entzündliche

rheumatologische Erkrankung finden können.

Er selbst gelangte gemäss Bericht vom 2. Dezember 2016 – und damit in etwa zeitgleich zum B.\_\_\_\_-Gutachten – zur Auffassung, dass ein Wiedereinstieg mit einem 30-40%igen Pensum und allenfalls einer Steigerung im Verlauf in Zusammenarbeit mit der IV-Stelle versucht werden sollte. Das Scheitern eines Wiedereinstiegs ins Berufsleben

schrieb er einer fehlenden Motivation der Beschwerdeführerin zu (E. 3.4). Nach dem Gesagten besteht keine Veranlassung, von der im Gutachten aus gesamtmedizinischer Sicht attestierten 40%igen Arbeitsfähigkeit abzuweichen.

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