

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00831 vom 1. Dezember 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-12-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00831

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00831 du 1 décembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00831 del 1 dicembre 2014

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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

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

E. 1.3

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiter hindauern wird.

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Leistungsanpassung in der Regel erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der Änderung

vorzunehmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.3; vgl. ZAK 1984 S. 134; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_32/2015 vom 10. September 2015 E. 4.1 und I 583/05 vom 15. März 2006 E. 2.3.2, je mit Hinweisen). 1. 4 1. 4 .1

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

Nach der bis 31. Dezember 2017 gültigen Gerichts- und Verwaltungspraxis zur Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode (grundlegend BGE 125 V 146; vgl. Art. 27 und 27 bis IVV in der seit dem 1. Januar 2018 geltenden Fassung und Übergangsbestimmung zur Änderung der IVV vom 1. Dezember 2017, in Kraft seit 1. Januar 2018) wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (vgl. Art. 27 IVV) ermittelt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei im Erwerbsbereich praxisgemäss berücksichtigt wird, was die versicherte Person im Gesundheitsfall aus ihrer Teilerwerbstätigkeit erzielen würde. Die Gesamtinvalidität ergibt sich aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten (BGE 131 V 51 E. 5.5.1, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2b und 5c). 1. 4 .2

Gemäss dem in Art. 27 bis Abs. 2–4 IVV per 1. Januar 2018 eingeführten neuen Berechnungsmodell für die Festlegung des Invaliditätsgrads von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG) werden der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich – weiterhin – summiert (Art. 27 bis Abs. 2 IVV). Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (Art. 27 bis Abs. 3 lit. a IVV) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die versicherte Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird (Art. 27 bis Abs. 3 lit. b IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Absatz 3 lit. b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Art. 27 bis Abs. 4 IVV).

E. 1.4

. 3

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die galten, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 130 V 445

E. 1.2.1, 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

E. 1.5

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

Den RAD-Berichten, die zu den sogenannten versicherungsinternen Beurteilungen gehören, kann Beweiswert beige messen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet so wie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 1.6

Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. auch Rz. 3084 ff. des Kreisschreibens des BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehrung zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_201/2011 vom 5. September 2011 E. 2, in: SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86). Einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind – analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis) – verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2 [in BGE 129 V 67 nicht veröffentlichte Erwägung]; Urteil des Bundesgerichts I 733/03 vom 6. April 2004 E. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 61 E. 6.2 und 128 V 93 E. 4 betreffend Abklärungsberichte im Zusammenhang mit der Hauspflege und Hilflosigkeit). Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 26. September 2018 Beschwerde und beantragte, es sei ihr in Abänderung der angefochtenen Verfügung vom 28. August 2018 « auch ab Mai 2017 eine Invalidenrente und ab dem 1. Januar 2018 eine eine

Viertelsrente übersteigende Rente auszurichten » . In prozessualer Hinsicht er suchte die Beschwerdeführerin um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 31. Oktober 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin am 6. November 2018 zur Kenntnis gebracht wurde; zeitgleich wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 8). Die Beschwerdeführerin hielt am 28. Februar 2019 replicando an ihren Anträgen fest (Urk. 11). Mit Nachtrag vom 4. März 2019 gab sie weitere Unterlagen zu den Akten (Urk. 13, Urk. 14/1-3). In ihrer Duplik vom 12. März 2019 hielt die Beschwerdegegnerin daran fest, es sei die Beschwerde abzuweisen (Urk. 16), was der Beschwerdeführerin am 14. März 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin, die Beschwerdeführerin sei seit Juni 2015 in ihrer Arbeitsfähigkeit dauerhaft eingeschränkt. Nach Ablauf des Wartejahres sei sie weiterhin zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Sodann hätten die Abklärungen ergeben, dass die Beschwerdeführerin im Haushaltsbereich zu 44 % eingeschränkt sei. Bei einer je hälftigen Aufteilung der Tätigkeiten Erwerb und Haushalt resultiere aufgrund der gemischten Methode ein Gesamtinvaliditätsgrad von 72 % . Im Januar 2017 sei eine wesentliche Besserung eingetreten; seither sei die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 5 % ergebe sich bei gleichbleibender Qualifikation und Einschränkung im Haushaltsbereich ein rentenausschliessender Gesamtinvaliditätsgrad von 23 % . Damit

bestehende befristet vom 1. Juni 2016 bis 30. April 2017

ein Anspruch auf eine ganze Rente. Ab dem 1. Januar 2018 habe die Beschwerdeführerin bei einem nach Massgabe der zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzesänderung neu berechneten Gesamtinvaliditätsgrad von 47 % sodann Anspruch auf eine Viertelsrente (Urk. 2).

E. 2.2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein, die im Januar 2017 eingetretene Verbesserung sei lediglich vorübergehend gewesen; nach der versicherungsinternen Untersuchung vom April 2017 habe sich ihr Zustand wie derum verschlechtert. Insbesondere sei im Mai 2017 ein bösartiger Hautkrebs diagnostiziert worden und habe das Karpaltunnelsyndrom beidseits ein invalidisierendes Ausmass erreicht; die linke Hand sei im Juni 2017 operiert worden. Zudem habe sich im Juni 2017 der hochgradige Verdacht auf eine Prothesenlockerung im linken Knie ergeben. Bei all dem bestehe ein durchgehender oder zumindest ab Januar 2018 ein Anspruch auf eine Viertelsrente übersteigender Renteanspruch. Bei der Invaliditätsbemessung

sei ein 25%iger Malus-Abzug vorzunehmen (Urk. 1). Replicando stellte sich die Beschwerdeführerin schliesslich auf den Standpunkt, es sei im Gesundheitsfall von einer zumindest 60%igen ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit auszugehen (Urk. 11). 3.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin die ab 1. Juni 2016 zuge sprochene ganze Invalidenrente zu Recht per 30. April 2017 eingestellt hat, mit hin, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführer in bis zu diesem Zeitpunkt – nach Massgabe der damals gültigen Berechnungsmethode (vgl. E. 1.3.1) - in r enten ausschliessender Weise verbessert hat. Strittig und zu prüfen ist so dann, ob die Beschwerdeführerin gestützt auf die am 1. Januar 2018 in Kraft getretene Gesetzesänderung (E. 1.4.2) einen die zugesprochene Viertelsrente über steig enden Rentenanspruch hat. 4. 4.1

Im orthopädis chen Untersuchungsbericht vom 21. April 2017 hielt RAD-Arzt Dr. Z.____ folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/51/7): - Chronische, belastungsabhängig verstärkte Schmerzen und persistierende geringe Funktionseinschränkung des linken Kniegelenkes bei - Zustand nach

Knie-TEP-Wechsel links am 09. Juni 2016 bei aseptischer Lockerung der tibialen Prothesenkomponente - Zustand nach primärer Knie- TEP - Implantation am 08. Oktober 2013 und zweizeitigem Ret ropatellarflächenersatz am 14. März 2014 - Zustand nach Knie-Arthroskopie links (Januar 2013) mit medialer

Teil meniskektomie bei medialer Gonarthrose und Osteonekrose

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er zudem folgende Diagnosen fest (Urk. 7/51/7): - beginnende Gonarthr ose rechts bei Genu

varum und Zustand nach medi aler

Teilmeniskektomie (Kniegelenksarthroskopie rechts 1995) - anamnestisch und klinisch Verdacht auf Carpaltunnelsyndrom beidseits, links stärker als rechts

Die Beschwerdeführerin habe berichtet, andauernde und

im Tagesverlauf progrediente Schmerzen im linken Knie zu haben. Jeden Morgen gehe sie mit ihrem Hund eine Stunde spazieren, danach habe sie ein Spannungsgefühl im Kniegelenk und das Treppenabsteigen sei «nicht mehr so gut». Schwellungen habe sie indes nicht. Treppenabsteigen sei prinzipiell schwieriger als Treppenaufsteigen. Nach längerem Gehen komme es zudem zu einem Hitzegefühl im linken Kniegelenk. Auf ebener Strecke könne sie maximal eine Stunde gehen. Sitzen könne sie auch maximal eine Stunde, alsdann werde das linke Bein «nervös» und müsse sie sich hinlegen. Seit etwa zwei Jahren habe sie auch Probleme im rechten Kniegelenk. Dort sei auch eine Arthrose festgestellt worden. Diesbezüglich seien noch keine Therapien angedacht/geplant.

Zudem spüre sie oft ein «Einschlafen» resp. Schmerzen in den Händen, links deutlich mehr als rechts. Diesbezüglich sei sie noch nicht untersucht worden. Im Rahmen ihrer letzten Anstellung bei Y.____ habe sie vornehmlich an der Kasse gearbeitet, gelegentlich aber auch Regale aufgefüllt. Weil sie mit ihrem Knie ständig Probleme gehabt habe, habe sie die Stelle indes von sich aus gekündigt. Seither habe sie sich nicht um eine neue Stelle bemüht, zumal sie nicht wisse, was sie eigentlich noch machen könnte und auch alters halber nicht glaube, eine neue Stelle finden zu können (Urk. 7/51/1 ff.).

In objektiver Hinsicht hielt Dr. Z.____ fest, die adipöse Beschwerdeführerin habe sich rasch aus der tiefen Sitzgelegenheit in der Wartezone erhoben und sei mit einem mittelschrittigen, im Vergleich zur Norm vielleicht etwas verlangsamten, aber hinkfreien Gangbild in den Untersuchungsraum gefolgt. Die relativ lange und steile Treppe im Untersuchungsgebäude habe sie

zwar ver langsam t und mit sicherndem Festhalten links am Geländer, jedoch überwiegend im Wechselschritt bewältigt . Während der ca. 45 Minuten dauernden orthopädischen Anamnese habe die Beschwerdeführerin ruhig auf dem Stuhl gesessen , ohne verbale oder mimische Schmerzáusserungen. Das Auskleiden der unteren Extremitäten sei nach Aufforderung flüssig im Sitzen erfolgt , ohne Schmerzáusserungen. Auch das spätere Ankleiden der Hose und der Schuhe sei flüssig im Sitzen gelungen .

Beim Untersuch der Handgelenke habe sich eine leichte Druckdolen z über dem Karpaltunnel links mit Ausstrahlung in die Z eige- und Mittelfinger ergeben. Es seien indes s ämtliche Griffvarianten uneingeschränkt möglich. Betreffend die un teren Extremitäten notierte Dr. Z.____

ein geringes Streckdefizit des rechten Knie gelenk s . Der Fersenstand sei links nur eingeschränkt möglich und schmer zhaft.

Ein t iefen Hocksitz

sei

nicht möglich; die maximale Kniebeugung betrage schmerzbedingt lediglich etwa 100°. Sodann bestünden im Kniegelenk links i m Seitenvergleich eine deutliche « Verplumpung » der

Gele nkkontur durch Kapsel schwellung sowie

eine eingeschr änkte Patellaverschieblichkeit und starke Druck schmerz en über dem an teromedialen Kapselkompartiment, insbesondere am me dialen Tibiaplateau , sowie im Bereich der

Tuberositas

tibiae mit l eichte r ödemat öse r Schwellung des gesamten Unterschenkels. Druckschmerz en bestünden auch an der gesamten Tibiavorderkante bis fast zum Sprunggelenk, ausserdem ein Klopfschmerz des Tibiakopfes . Demgegenüber sei b ei der segmentalen Untersu chung der groben Kraft in den Kennmuskeln der unteren Extremität keine Re duktion aufgefallen . Gestützt auf das vorhandene Bildmaterial bestünden

kein e r lei Hinweis e auf eine Lockerung der Prothesenkomponenten, heterotope Ossifi kationen oder andere knöcherne Pathologien speziell der Tibia (Urk. 7/151/4 ff.) .

Dr. Z.____ kam zum Schluss, d ie subjektiven Beschwerden seien trotz radiologisch unauffälligem Befund mit anatomisch korrektem Sitz der Endoprothese , ohne Lo ckerungszeichen und klinisch fehlenden Hinweisen auf eine Entzündungskompo nente , insgesamt glaubhaft ; in der Literatur sei ein solches, doch relativ

unbefriedigendes Ergebnis bei einem statistisch gesehen kleinen Anteil der operierten Fälle bekannt . Von einer wesentlichen Besserung der Beschwerdesymptomatik sei in die sem Fall nicht mehr auszugeben. Vielmehr sei überwiegend wahrscheinlich von einer bleibenden Beeinträchtigung der

funktionellen Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit auszugeben . In ihrer bisherigen bzw. zuletzt ausgeübten Tätig keit als

Verkäuferin/KassiererIn in einem

Y.____ -Lebensmittelmarkt sei die Be schwerdeführerin seit Juni 2016 (TEP-Wechsel-Operation) definitiv nicht mehr arbeitsfähig; diese Tätigkeit sei einerseits verbunden mit längerem Sitzen mit rechtwinklig gebeugtem Kniegelenk (Kasse), andererseits mit häufigem, tiefem Bücken oder sogar auch Knien beim Einräumen der Regale. In einer optimal an g epassten Tätigkeit mit körperlich sehr leichter Arbeit , wechselbelastend, mit der Möglichkeit, die Körperposition zwischen Sitzen, Stehen und Gehen von Zeit punkt und Dauer her selbst zu wählen , ohne Knien, Hocken und Kauern und ohne Notwendigkeit des häufigen Bückens, Treppensteigens oder Gehens auf unebe nem Boden

sei die Beschwerdeführer in

medizin isch - theoretisch zu etwa 50% ar beitsfähig, das heisse mit einer halbtägigen Präsenz und zwischenzeitlich mehre ren Pausen von insgesamt etwa einer Stunde (Urk. 7/51/7 f.) . Letzteres gelte spä testens ab dem Untersuchungsdatum (2 0. April 2017), jedoch überwiegend wahr scheinlich retrospektive seit dem 1 0. Januar 2017 (Datum des Verlaufsbericht s von Dr. A.____ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Trauma tologie, Urk. 7/49/3; Urk. 7/64/7). 4.2

Im beschwerdeweise eingereichten Bericht vom 1 1. Mai 2017 hielt Dr. B.____ , Fachärztin FMH für Neurologie , ein mittelschweres bis schweres Karpaltunnelsyndrom links und ein leicht- bis mittelschweres Karpaltunnelsyn drom rechts fest. Seit ca. einem Jahr bestünden zunehmende Einschlafgefühle, Kribbeln und Schmerzen in beiden Händen, links mehr als rechts. Dadurch wache die Beschwerdeführerin 3-4 Mal nachts auf. Zudem nehme das Feingefühl fort schreitend ab; das Vibrationsempfinden an den Händen malleolär betrage beid seits 4/ 8. Es hätten sich anlässlich der elektroneurographischen Unter suchung Zeichen einer schweren senso motorischen ,

demyelinisierenden Schädigung des Nervus

medianus im Bereich des Karpaltunnels links und eine leichte bis mittel schwere Schädigung rechts ergeben. Beim schwerwiegenden Befund und auf grund des subjektiv starken Leidens sei zur Entlastung eine Oper ation links indi ziert;

die Operation erfolgte am 1 4. Juni 2017

(vgl. OP-Bericht von Dr. C.____ , Facharzt FMH für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chi rurgie sowie Facharzt FMH für Chirurgie)

und

der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos (Urk. 3/ 3/ 2 -8). 4.3

Bei persistierenden Schmerzen, vor allem im Unterschenkel links, wurde im Juni 2017 eine Skelettszintigraphie des linken Knies durchgeführt. Diese ergab den «hochgradige n Verdacht» auf eine beginnende Lockerung der Tibiakomponente der Knie- TEP links, möglicherweise auch der Femurkomponente (Bericht des Kan tonsspitals D.____

vom 9. Juni 2017, Urk. 7/57). 4.4

Mit Bericht vom 2. März 2018 dokumentierte Dr. A.____ progrediente Schmerzen – sowohl bei Ruhe als auch bei Belastung. Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, längere Zeit zu sitzen, zu stehen oder zu gehen. Lastenheben sei eben falls nicht möglich. Es bestehe e ine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/75). 4.5

Anlässlich der klinischen Verlaufskontrolle vom 13. August 2018 habe die Beschwerdeführerin erneut anhaltende Ruhe- und Belastungsschmerzen beklagt. Sitzen könne sie maximal eine halbe Stunde. Die Gehstrecke sei limitiert und auch das Treppensteigen sei mühsam. Zur Analgesie nehme sie aktuell Dafalgan. Das nichtsteroidale Antirheumatikum (NSAR) habe sie aufgrund der gastrointestinalen Nebenwirkungen zwischenzeitlich abgesetzt. Klinisch zeigten sich ein links entlastendes Gangbild und verschiedentlich diffuse

Druckdolenz. Der Bewegungsumfang für Extension und Flexion betrage 0/5/120° mit Endphasenschmerz. Die Option eines Prothesenwechsels habe man bei fraglichem Erfolgsaussichten hinsichtlich einer Beschwerderegredienz

zugunsten eines weiteren konservativen Therapieversuchs mit ACP-Infiltrationen verworfen. Die Beschwerdeführerin sei noch immer zu 100% arbeitsunfähig (Bericht von Dr. A. ___ vom 14. August 2018, Urk. 7/91 = Urk. 3/5). 5.5.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 21. August 2018 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht auf den fachärztlich-orthopädischen Bericht von Dr. Z. ___ vom 21. April 2017, welcher den in der Rechtsprechung des Bundesgerichts entwickelten Anforderungen (vgl. E. 1.5) in allen Teilen genügend als beweiskräftig anzusehen und auf welche daher unbestrittenermaßen

(vgl. Urk. 1) abzustellen ist.

5.2

Die Beschwerdeführerin machte allerdings geltend, es sei im Nachgang der Untersuchung durch Dr. Z. ___ eine Verschlechterung eingetreten. Soweit sie letzteres mit dem im Mai 2017 diagnostizierten Hautkrebs respektive der im Juni 2017 erfolgten Handoperation links begründete (Urk. 1 S. 5 f.), kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden. Insbesondere ist den beschwerdeweise eingereichten Berichten

zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 14. Juni 2017 an der linken Hand operiert wurde; der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos und es bestanden bereits eine Woche postoperativ

keine Funktionsbeeinträchtigungen mehr. Zudem stellte sich offenbar auch an der rechten Hand eine spontane Besserung ein (Urk. 3/3/2-8). Vor diesem Hintergrund sowie mit Blick auf die zuvor vornehmlich nachts aufgetretenen Taubheitsgefühle bei ansonsten uneingeschränkter Beweglichkeit und Schmerzfreiheit (vgl. Urk. 3/3/1-2, Urk. 7/51/5) ist nicht einzusehen, inwiefern aufgrund des beidseitigen Karpaltunnelsyndroms

eine wesentliche, anhaltende Verschlechterung anzunehmen wäre. Alsdann trifft es mit Bezug auf die Knieproblematik zwar zu, dass im Juni 2017 ein hochgradiger Verdacht auf eine Prothesenlockerung diagnostiziert wurde. Allerdings konnte in diesem Kontext

sowohl ein periprothetischer Infekt als auch

eine

allergische Reaktion auf das Prothesematerial (vgl. diesbezüglich die nuklearmedizinischen Abklärungen am D. ___, Bericht vom 28. März 2018, Urk. 7/84 [entspricht inhaltlich dem beschwerdeweise eingereichten Bericht vom 26. März 2018, Urk. 14/2], sowie die Abklärungen in der Dermatologischen Klinik des Universitätsspitals E. ___, Bericht vom 1

5. Juni 2018, Urk. 7/86) ausgeschlossen werden und wurde von einer Prothesenrevision abgesehen

(E. 4.5 , vgl. auch Urk. 14/1) . Zudem sind den Berichten von Dr. A.____

keine neuen und insbesondere kaum objektive Befunde zu entnehmen. Vielmehr dokumentierte er vornehmlich die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin , namentlich progrediente Schmerzen . Selbst bei der Annahme, die Beschwerdeführerin

könne nun mehr schmerzbedingt maximal eine halbe Stunde sitzen (Urk. 7/91/1 , statt einer Stunde gemäss früheren Angaben gegenüber Dr. Z.____ , Urk. 7/51/1) ergäbe sich daraus keine über das seitens Dr. Z.____ definierte Belastbarkeitsprofil hinausgehende Einschränkung. Dasselbe gilt für die

im Bericht vom 14. August 2018 ausserdem dokumentierten Limitierungen der Gehfähigkeit und beim Treppensteigen (Urk. 7/91/1) , hat doch Dr. Z.____ lediglich Tätigkeiten mit in zeitlicher Hinsicht frei wählbaren Körperpositionen, ohne Knien, Hocken und Kauern und ohne Notwendigkeit des häufigen Bückens, Treppensteigens oder Gehens auf unebenem Boden als zumutbar taxiert (Urk. 7/518). Mit anderen Worten bleibe es der Beschwerdeführerin in unbenommen, ihre Körper- und Arbeitsposition nach Massgabe der akuten Beschwerden in frei wählbaren Abständen zu ändern /anzupassen . Bei alledem ist jedenfalls nicht von einer invaliden versicherungsrechtlich relevanten

Verschlechterung auszugehen. Daran vermöge freilich auch die von Dr. A.____

– unbegründet - wiederholt postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nichts zu ändern (vgl. E. 4.4 f.) . Kommt hinzu, dass das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat , dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

Endlich erging das Knie-MRI rechts am 25. September 2018 (vgl. Urk. 14/3) und somit nach Erlass der angefochtenen Verfügung. Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids demgegenüber in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b). Dasselbe gilt für die Stellungnahme von Dr. A.____ datierend vom 28. Februar 2019 (Urk. 14/1). Ganz abgesehen davon, dass sich daraus keine neuen, wesentlichen Erkenntnisse ergeben . 5.3

Zusammenfassend ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit Juni 2016 in ihrer bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war und ihr im Sinne einer wesentlichen Besserung jedenfalls seit Januar 2017

eine – näher umschriebene - Verweistätigkeit zu 50 % zuzumuten ist . 6. 6 .1

Damit bleiben die erwerblichen Auswirkungen der festgestellten Einschränkungen zu prüfen, wobei sich vorab die Frage stellt, in welchem Ausmass

die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre. Diesbezüglich postulierte die Beschwerdeführerin eine

60%ige ausserhäusliche Erwerbstätigkeit

im Gesundheitsfall (Urk. 11), wohingegen die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Abklärungsbericht vom 16. Mai 2017 (Urk. 7/54) den Anteil der Erwerbstätigkeit auf 50% und den Anteil der Haushaltstätigkeit auf 50% festgesetzt hat (Urk. 2). 6.2

Der Abklärungsbericht ist von einer qualifizierten Person in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse verfasst worden sowie begründet, plausibel und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen, womit er den an ihn gestellten Anforderungen entspricht (vgl. E. 1.6).

Im Zusammenhang mit der strittigen Frage ist dem Bericht zu entnehmen, die Beschwerdeführerin habe von 2001 – 2009 zu 50-60% in einer Bäckerei und ab 2011 im 50% -Pensum

bei Y.____

gearbeitet. Sodann habe die Beschwerdeführerin mitgeteilt, sie hätte bei guter Gesundheit bis zum Pensionsalter im ursprünglichen Pensum von 50

% weitergearbeitet (Urk. 7/54/3). Andernorts gab sie zudem an, es sei ihr bei Y.____ wichtig gewesen, lediglich nachmittags zu arbeiten; dadurch hätte sie morgens jeweils Zeit gehabt für Hund und Haushalt (Urk. 7/54/2). Die Abklärungsperson kam zum - mit Blick auf das entgegen den Angaben der Beschwerdeführerin bei Y.____ tatsächlich geleistete Pensum von durchschnittlich weniger als 50

% (vgl. die Buchungen in den Monatsjournalen, Urk. 7/3 3/10 ff.)

wohlwollenden -

Schluss, es könne den Angaben der

Beschwerdeführerin, wonach

sie bei guter Gesundheit einer 50%igen ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachginge, gefolgt werden (Urk. 7/54/3). Daraus ergibt sich

indes kein Anlass zur gerichtlichen Korrektur. Insbesondere greift

das Gericht in das Ermessen der Abklärungsperson nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse (beispielsweise infolge von Widersprüchlichkeiten) vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 128 V 94 E. 4). Dies gilt nicht nur für die – vorliegend unbestritten gebliebenen

- Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt, sondern analog auch für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Soweit die Beschwerdeführerin in ihrer Replik erstmals eine 60%ige ausserhäusliche Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall postuliert (Urk. 11), ist zudem auf die Beweismaxime hinzuweisen, wonach die sogenannten spontanen «Aussagen der ersten Stunde» in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder

unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2.a mit Hinweis).

Mithin ist gestützt auf die beweiskräftige Haushaltsabklärung vom 16. Mai 2017 davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auch bei guter Gesundheit in keinem höheren Pensum als 50 % einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachginge (Urk. 7/54/8). 7.7.1

Da die Beschwerdeführerin als teilerwerbstätige Person mit einem ausserhäuslichen Erwerbspensum von 50 % zu qualifizieren ist, kommt die gemischte Methode bei der Invaliditätsbemessung zur Anwendung. Die Invalidität bestimmt sich demnach dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Haushaltsbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird (E. 1.4), wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 396 E).

3.3). 7.2.

Nach Ablauf der einjährigen Wartezeit per 1. Juni 2016

(vgl. E. 1.2) bestand im erwerblichen Bereich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, was bei einer hypothetischen Erwerbstätigkeit von 50 % einen Teilinvaliditätsgrad von 50 % ergibt. Weiter hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Haushaltsabklärung für den Haushaltsbereich einen Teilinvaliditätsgrad von 21.78 % (0.5×43.55 %) ermittelt (Urk. 7/64/8). Daraus resultierte ein Gesamtinvaliditätsgrad von (gerundet) 72 %, womit ab dem 1. Juni 2016 (Art. 29 Abs. 3 IVG) Anspruch auf eine ganze Rente

(E. 1.2) bestand. 7.3

Strittig und zu prüfen bleibt sodann die Rentenaufhebung per 30. April 2017. 7.3.1

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1).

Die Rechtsprechung, wonach es bei der wiedererwägungs- oder revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr oder mehr als fünfzehn Jahre dauerndem Rentenbezug grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen gilt, findet auch dann Anwendung, wenn zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und/oder Abstufung befunden wird (BGE

145 V 209 E. 5.4). Denn die rückwirkende Zusprache einer in der Höhe abgestuften und/oder zeitlich befristeten Invalidenrente richtet sich grundsätzlich nach denselben Regeln wie die Revision eines bestehenden Rentenanspruchs nach Art. 17 Abs. 1 ATSG. Auch in dieser Konstellation sind Versicherte betroffen, die zufolge invalidisierender Beeinträchtigung ihrer Gesundheit (d.h. invaliditätsbedingt) über einen mehr oder weniger langen Zeitraum überhaupt nicht mehr oder nur noch beschränkt eingegliedert waren (E. 5.3). Welches dabei der für die Ermittlung des Eckwerts des 55. Altersjahres massgebliche Zeitpunkt sein soll - der Zeitpunkt der Verfügung selbst, derjenige der darin verfügten Rentenabstufung bzw. -aufhebung (vgl. BGE 141 V 5) oder jener des Feststehens der entsprechenden medizinischen Zumutbarkeit (BGE 138 V 457) -, hat das Bundesgericht bisher offen gelassen

(vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_759/2018 vom 13. Juni 2019 E. 9.2.2 ; 9C_574/2019 vom 16. Oktober 2019 E. 3.2) . 7.3.2

Die 1959 geborene Beschwerdeführerin hat unabhängig davon, welcher Zeitpunkt massgebend ist, die Schwelle des 55. Altersjahres überschritten. Anhaltspunkte

dafür, dass sie sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters ohne Hilfestellungen wie der in das Erwerbsleben integrieren könnte, liegen nicht vor. Die angestammte Tätigkeit als Verkäuferin kann sie nicht mehr ausüben. Gegenüber Dr. Z.____ gab sie an, sie habe sich nach der Kündigung bei Y.____ nicht um eine neue Stelle bemüht, weil sie nicht wisse, was sie eigentlich noch machen könnte und auch nicht glaube, dass sie in ihrem Alter noch eine neue Stelle finden würde (Urk. 7/51/3). Aufgrund dieser Angaben kann die subjektive Eingliederungsfähigkeit nicht von vornherein verneint werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_797/2018 vom 10. September 2019 E. 5.1; 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.2 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin wird daher zunächst Eingliederungsmassnahmen zu prüfen und durchzuführen haben, bevor sie über die revisionsweise Aufhebung der Rente entscheidet. 7.4

Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen und es ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin einstweilen weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

.2

Ausgangsgemäss steht der Beschwerdeführerin eine volle Prozessentschädigung zu. Rechtsanwältin Stephanie Schwarz machte mit Honorarnote vom 9. Juli 2019 (Urk. 18) einen Aufwand von 12.5 Stunden geltend. Dieser Aufwand erscheint angesichts dessen, dass das vorliegende Verfahren von der Untersuchungsmassnahme geprägt ist und darüber hinaus keine schwierigen Rechtsfragen zu klären waren, übersetzt. Vorliegend können eine Stunde Aufwand für Instruktion, drei Stunden für Aktenstudium sowie drei weitere Stunden für das Abfassen der Beschwerde schriftlich und schliesslich eine Stunde für das Abfassen der Replik als gerechtfertigt betrachtet werden. Eine Stunde kann zudem für das Studium des Gerichtsentscheides anerkannt werden. Die Aufwendungen für die verschiedentlich geführten Telefonate, das Abfassen diverser Briefe und Emails sowie schliesslich für die

Durchsicht der Gerichtskorrespondenz

sind nicht zu berücksichtigen (vgl. Urk. 18). Bei dem geüblichen Ansatz von Fr. 220.-- pro Stunde ergibt dies zuzüglich einer Auslagenpauschale und der Mehrwertsteuer von 7.7% eine Entschädigung von Fr. 2'200.--.

Diese ist

ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 28. August 2018 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Juni 2016 Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

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