

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00890 vom 13. März 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-03-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00890

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00890 du 13 mars 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00890 del 13 marzo 2007

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). 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

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]).

E. 1.3

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

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art.

E. 1.5

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

E. 2

). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, sprach ihr mit Verfügungen vom 13. März

2007 (Urk. 7/44) bei einem Invaliditätsgrad von 100 % und einer Qualifikation als Vollerwerbstätige ab 1. Februar 2006 eine ganze Rente zu (S. 3).

Nach Intervention der Krankentaggeldversicherung Allianz wurde die Verfügung vom 13. März 2007 wiedererwägungsweise aufgehoben und der Versicherten mit Verfügung vom 19. März 2008 (Urk. 7/62) bereits ab dem 1. Juni 2005 eine ganze Rente zugesprochen (vgl. dazu auch Urk. 7/56-57).

Im Zuge von amtlichen Revisionen wurde der Anspruch auf eine ganze Rente mit Mitteilungen vom 13. Mai

2008 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Rentenaufhebung vom 13. September

2018 (Urk. 2) gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des Z.____

damit, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert habe und es ihr nun zumutbar sei eine Tätigkeit in einem Pensum von 80 % auszuüben, womit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 20 % resultiere (S. 1 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich in ihrer Beschwerde vom 12. Oktober 2018 (Urk. 1) hingegen auf den Standpunkt, das Z.____-Gutachten sei mangelhaft, unvollständig und widersprüchlich und sei deshalb nicht verwertbar (S. 8-11).

Zudem habe der psychiatrische Gutachter selber bestätigt, dass sich die ursprünglich schwere depressive Störung zwischenzeitlich chronifiziert habe, weshalb lediglich eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhaltes vorgenommen worden sei. Dies sei jedoch kein Revisionsgrund (S. 15-17). Weiter brachte die Beschwerdeführerin hinsichtlich des Einkommensvergleichs vor, selbst bei Berücksichtigung des Z.____-Gutachtens betrage der Invaliditätsgrad mindestens 62 %, weshalb weiterhin Anspruch mindestens auf eine Dreiviertelrente bestehe (S. 17-20). Im Übrigen sei der medizinische Sachverhalt mangelhaft abgeklärt worden (S. 20-23).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist unter anderem, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in einer sich auf die Invalidenrente auswirkenden Weise verbessert hat und falls ja, ob und in welchem Umfang sie immer noch Anspruch auf eine Invalidenrente

hat.

Vergleichszeitpunkt für die Prüfung einer möglichen Veränderung bildet die Verfügung vom 19. März 2008 (Urk. 7/62), mit welcher die Beschwerdeführerin der Beschwerdeführerin ab 1. Juni 2005 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente zugesprochen hatte. Die rentenbestätigenden Mitteilungen vom 13. Mai 2008 (Urk. 7/67) und 20. September 2011 (Urk. 7/75) beruhten lediglich auf knappen Formularberichten

der behandelnden Ärzte (Urk. 7/60, Urk. 7/64) beziehungsweise die Mitteilung vom 20. September 2011 auf medizinischen Berichten ohne umfassende Beurteilung sowie eingehende Aussagen über die Veränderung des Gesundheitszustandes oder Funktionseinschränkungen (vgl. Urk. 7/70 - 71, Urk. 7/73). Von einer materiellen Prüfung mit rechtkonformer Sachverhaltsabklärung und einer seitens der IV-Stelle erfolgten Beweiswürdigung kann nicht die Rede sein (vgl. BGE 133 V 108 und Urteil des Bundesgerichtes 8C_441/2012 E. 6.2 vom 25. Juli 2013). 3.

Die Verfügung vom 19. März 2008 (Urk. 7/62) beruhte gemäss versicherungsinternen Feststellungsblättern vom

E. 7

/ 101 -128) – im Rahmen dessen war auch die Stellungnahme der Ärzte des Z. ___ vom 10. Januar 2018 eingeholt worden (Urk. 7/115) - hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 13. September 2018 die bisher ausgerichtete Rente auf (Urk. 2). 2.

Die Versicherte erhob am

E. 12

. Oktober 2018 (Urk. 1) Beschwerde gegen die Verfügung vom

E. 13

. September 2018 und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten; eventualiter sei der Fall an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen und es sei unter Berücksichtigung der neuen Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 ein neutrales polydisziplinäres Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG anzuordnen (S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom

E. 14

. November 2018 (Urk. 6) Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am

E. 15

.

November 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 17

Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprenkung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenan spruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den

Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisions rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

E. 22

. Januar

und vom 16. November 2007 (Urk. 7 / 30, Urk. 7/52) für die vorliegend entscheidende Frage über den Gesundheitszustand

im für den Vergleich wesentlichen Zeitpunkt am 19. März 2008 auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. A.____ , Spezialärztin

für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 16. Mai 2006 (Urk. 7/15) . Dr. A.____ stellte die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2)

und hielt fest, bei einer möglicherweise familiären Belastung für Depressionen leide die Versicherte seit der Geburt des Kindes an einer anhaltenden, schweren dritten depressiven Episode. Die Symptomatik entspreche einer schweren, eigenständigen psychischen Störung von Krankheitswert, die natürlicherweise durch psychosoziale Belastungen mitausgelöst worden sei und deren Behandlung durch invaliditätsfremde Faktoren (Sprache, soziokultureller Hintergrund) erschwert werde. Aufgrund der depressiven Störung

im aktuellen Zustand sei eine Arbeitstätigkeit nicht zumutbar (S. 3 f.). Prognostisch seien schwer genaue Angaben zu machen. Im besten Fall erreiche die Beschwerdeführerin wieder eine Arbeitsfähigkeit zumindest im Haushalt und eventuell

auch ausserhäuslich. Im schlechtesten Fall sei die Erkrankung bereits

chronifiziert und irreversibel (S. 5) . 4. 4.1

Die rentenaufhebende Verfügung vom 13 . September 2018 (Urk. 2) beruhte im Wesentlichen auf nachstehenden medizinischen Unterlagen: 4.2

Dr. med. B.____ , bei welchem sich die Beschwerdeführerin seit 18 . Mai 2005 (vgl. Urk. 7/70/5-6 S. 1) in Behandlung befand , stellte in seinem Bericht vom 7 . Dezember

2016 (Urk. 7 / 8 3) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Unveränderte langdauernde Depression bei diversen Belastungen - Restless-legs -Syndrom - Generalisiertes Schmerzsyndrom - Lupus erythematodes - Schlafapnoe-Syndrom - Adipositas

Er führte aus, die depressiven Symptome und übrigen gesundheitlichen Probleme, die der Beschwerdegegnerin mitgeteilt worden seien, bestünden weiter (S. 1 Ziff. 1.3). Der Beschwerdeführerin seien in der freien Wirtschaft keine Tätigkeiten zumutbar (S. 2 Ziff. 2.1). 4.3

Dr. med. C.____ , Facharzt für Innere Medizin FMH, bei welchem sich die Beschwerdeführerin seit 1998 in Behandlung befindet, berichtete am 20. Dezember 2016 (Urk. 7/84 /5-6) , der Gesundheitszustand sei stationär und habe sich eher verschlechtert. Seines Erachtens sei keine Berufstätigkeit möglich. 4. 4

Dr. med. D.____ , Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, hielt in ihrem Bericht vom 3.

Januar 2017 (Urk. 7/85/1-4) fest, die letzte Untersuchung der Beschwerdeführerin sei im Juni 2016 erfolgt. Der aktuelle Zustand sei ihr nicht bekannt. Sie könne die Frage über die Zumutbarkeit der bisherigen oder einer angepassten Tätigkeit nicht beantworten (Ziff. 2.1). Die Prognose vom systemischen Lupus erythematoses sei abhängig mit dem Organbefall. Bisher bestünden muskulokutane Manifestationen und damit zeige sich eine gute Prognose. Das chronische cervicovertebrale Schmerzsyndrom habe aus rheumatologischer Sicht eine gute Prognose (Ziff. 3.3). 4. 5

Dr. med. E.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH , Dr. med. F.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. G.____ , Facharzt für Rheumatologie FMH, und Dr. med. H.____ , Facharzt für Neurologie FMH, vom Z.____ nannten in ihrem Gutachten vom 21. Juni 2017 (Urk. 7 / 100/2-27) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S.

E. 23

): - Verdacht auf systemischen Lupus erythematoses (ICD-10 M32) - anamnestisch Status nach wahrscheinlichem Schmetterlingserythem sowie diskoiden Hautveränderungen, erstmalig manifest 2002/2003 - anamnestisch Fotosensibilität - rezidivierende orale Ulzerationen - akutenmässig Nachweis von antinukleären Antikörpern - humeral erhöhte Entzündungswerte mit Blutsenkung von 30 mm in der 1. Stunde und CRP von 12 mg/l bei anamnestisch fehlenden Hinweisen für einen Infektfokus sowie Thrombozytose von 350'000 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)

Daneben nannten sie folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S.

E. 24

): - Chronisch-rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - Haltungsinsuffizienz mit Lendenwirbelsäule(LWS) -Hyperlordose, thorakaler Hyperkyphose, diskreter

thorakolumbal linkskonvexer Skoliose - deutliche muskuläre Dysbalancen mit Abschwächung der abdominalen und

rückenstabilisierenden Muskelgruppen - radiologisch keine Hinweise für relevante degenerative lumbale Veränderungen - Adipositas permagna, BMI 47 kg/m² (ICD-10 E66.0) - Substituierte Hypothyreose (ICD-10 E03.9) - Chronischer Nikotinabusus, circa 30 packyears (ICD-10 F17.1) - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47.3) - unter nächtlicher CPAP-Maskenbeatmung - bei Diagnose einer Adipositas permagna - Vitamin D 3-Mangel - Folsäuremangel - Anamnestisch Syndrom unruhiger Beine (ICD-10 G25.81) - Status nach Sectio caesarea Februar 2005, Status nach « diagnostischer Laparoskopischer und Adhäsioolyse »

Juli 2005, Status nach Cholezystektomie bei Cholezystolithiasis 2011

Die Gutachter führten aus, aus rheumatologischer Sicht beeinflusst der Verdacht auf einen systemischen Lupus erythematoses die Arbeitsfähigkeit. Unter Berücksichtigung aller klinischen Fakten besteht rheumatologisch-theoretisch eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für jegliche körperlich leichte bis mittel schwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeit, somit auch in der angestammten

Tätigkeit. Aus neurologischer und aus allgemeininternistischer Sicht könnten keine weiteren Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit gestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht besteht eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung. Die ursprünglich schwere depressive Episode habe sich zwischenzeitlich chronifiziert, jedoch sei das Ausmass des depressiven Zustandes heute als höchstens leichtgradig einzustufen. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit festgestellt werden. Die rheumatologischen und die psychiatrischen Einschränkungen könnten nicht addiert werden. Diese ergänzen sich, da die Beschwerdeführerin dieselben Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung nutzen könne. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf. Für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (S. 24 f. Ziff. 6.3).

Weiter hielten die Gutachter fest, aufgrund der anamnestischen Angaben und der aktuellen klinischen Befunde könne die jahrelange vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollzogen werden. Mangels objektivierbarer Befunde und valider Berichte lasse sich somit retrospektiv nicht zuordnen, seit wann nur noch eine leichte depressive Störung vorgelegen habe (S. 25 Ziff. 6.3). 4. 6

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bei welchem sich die Beschwerdeführerin auf Zuweisung des Hausarztes

seit 21. September 2017 in Behandlung befindet, nannte in seinem Bericht vom 26. Oktober 2017 (Urk. 7/109) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5): - Rezidivierende

(wiederholte) depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (ICD-10 F33.2) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, negativistischen, depressiven Anteilen (ICD-10 F61.0) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Adipositas

Dr. I.____

attestiert der Beschwerdeführerin eine 100% ige Arbeitsunfähigkeit (S. 5) und wies sie am 5. Januar 2018 (Urk. 7/116) der Klinik J.____

zur stationären Behandlung zu. 4. 7

Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin hielten Dr. E.____ und Dr. K.____

vom Z.____

am 10. Januar 2018 (Urk. 7/115)

nach Vorlage des Berichtes von Dr. I.____ vom 26. Oktober 2017 (E. 4.6) in einer eingehenden Stellungnahme an ihrer gutachterlichen Beurteilung fest. 4. 8

Lic . phil. L.____ , Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, MSc

M.____ , klinischer Psychologe, und med. pract . N.____ , Fachärztin für Neurologie, von der J.____ nannten in ihrem Austrittsbericht vom 21. März 2018 (Urk. 7/121/2-13) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 22. Januar bis 21. März 2018 in der J.____ , folgende psychiatrische Diagnosen (S. 1): - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) , Erstdiagnose im Jahr 2005 - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

(ICD-10 F45.41) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom

(ICD-10 F17.2)

Zudem nannten sie folgende somatische Diagnose n

(S. 1): - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, nCPAP - Substituierte Hypothyreose - Adipositas - Systemischer Lupus erythematodes - Xerostomie , orale Aphthen - chronische Polyarthralgien und Myalgien - humorale Aktivität, ANA 1:320, Differenzierung negativ, RF und Anti-CCP negativ - Sono -Abdomen Juli 2015: unauffällig. Thorax- Rx Juli 2015: unauffällig - Arterielle Hypertonie - Chronisches Panvertebralsyndrom - ausgeprägte myofasziale Komponente, Fehlhaltung und Haltungsinuffizienz - MRI Brustwirbelsäule, LWS und ISO August 2017: leicht aktivierte Osteochondrose Brustwirbelkörper 8/9 und Lendenwirbelkörper 2/3 - keine Neurokompression - Migräne

Die Fachpersonen der Klinik J.____ führten aus, die Beschwerdeführerin sei ohne Eigen- und Fremdgefährdung mit depressiver Restsymptomatik in Form von gedrückter Stimmung und Zukunftsängsten in die vorbestehenden Verhältnisse ausgetreten

und empfahlen die Weiterführung der antidepressiven Medikation bei regelmässigen Laborkontrollen (S. 3 f.). Zur Arbeitsfähigkeit äusserten sie sich nicht. 4. 9

Mit Bericht vom 22. Januar 2018 (richtig: 22. August 2018; Urk. 7/126) beim am 22. August 2018 zu letzter erfolgter Untersuchung hielt Dr. I.____ an seiner Einschätzung vom

E. 26

Oktober 2017 (E. 4. 6) fest und führte aus, der Zustand der Beschwerdeführerin habe sich nicht verbessert, obwohl eine stationäre Behandlung und eine Tagesklinikbehandlung stattgefunden hätten (S. 1).

Die Arbeitsunfähigkeit liege bei 100 % (S. 4). 5. 5.1

Das polydisziplinäre Gutachten der Fachärzte des Z.____ vom 21. Juni 2017 (E. 4.5) samt Stellungnahme vom 10. Januar 2018 (E. 4.7) ist hinsichtlich der zu beurteilenden Leiden der Beschwerdeführerin umfassend. Es beinhaltet internistische, neurologische, rheumatologische und psychiatrische Untersuchungen und beruht auf den erforderlichen allseitigen klinischen und bildgebenden Explorationen sowie notwendigen Laborerhebungen (Urk. 7/100/2-27 S. 8, S. 11, S. 17 f., S. 22, S. 32-34). Das Gutachten wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und auf Rückfragen hin ergänzt (S. 3-6, S. 8, S. 12 f., S. 20, S. 23, S. 25; E. 4.7), berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander (Urk. 7/100/2-27 S. 6, S. 8 f., S. 9, S. 11 f., S. 16, S.

18-20, S. 21-23).

Die Gutachter legten die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dar und ihre Schlussfolgerung ist, nach erfolgter Konsensbesprechung, nachvollziehbar begründet (S. 23-26). So zeigten sie schlüssig auf, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der gegenwärtig leichten Episode der depressiven Störung und aufgrund des Verdachts auf einen systemischen Lupus erythematosus in der Arbeitsfähigkeit zu je nicht additiven 20 % eingeschränkt ist und deshalb in der angestammten und in jeder anderen körperlich leichten bis mittel schweren, wechselbelastenden Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit besteht (E. 4.5). Dabei geht die körperliche Einschränkung auf die im Rahmen des Lupus bestehende latente Entzündungsaktivität ohne Organmanifestation zurück (Urk. S. 20 oben und unten). Die psychische Beeinträchtigung gründet in der leicht instabilen Affektivität (S. 14 oben). Nachvollziehbar besteht daher die 20%-Einschränkung zum Einlegen von Pausen und zur Erholung.

Wenn die Gutachter auch nicht den exakten Zeitpunkt der Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes aufgrund der wenigen diesbezüglich vorhandenen medizinischen Grundlagen festlegen konnten, zeigten sie doch überzeugend auf, dass eine schwere depressive Episode nicht mehr vorliegt und es somit im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache am 19. März 2008 (Urk. 7/62) zu einer Verbesserung gekommen ist. Dr. E. ___ legte anschaulich dar, dass zwar die Grundsymptome der depressiven Störung immer noch vorhanden sind, aber darüber hinaus keine weiteren Symptome gemäss ICD-10 in seiner klinischen Untersuchung erkennbar waren und das Ausmass höchstens als leicht einzustufen ist, da schwer depressive Merkmale mit psychomotorischer Gehemmtheit, affektiver oder gedanklicher Verarmung, zirkadianem Rhythmus oder Suizidimpulsen nicht vorhanden sind (Urk. 7/100/2-27 S. 11). 5.2 5.2.1

Hinsichtlich der somatischen Leiden vermag das Z. ___ -Gutachten durch die Berichte von Dr. B. ___ und Dr. C. ___ (E. 4.2-3 sowie Urk. 7/111) – soweit sich deren abweichende Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit überhaupt auf die somatischen Leiden beziehen, was sich aus ihren Berichten teilweise nicht eindeutig ergibt - nicht in Frage gestellt werden. Den Berichten fehlt es an einer eigentlichen Erhebung von Befunden und Beschreibung einer Symptomatik zur Diagnosestellung sowie einer begründeten Umschreibung, wie die gestellten Diagnosen die Leistungsfähigkeit überhaupt einschränken sollten. Die Z. ___ -Gutachter haben sich demgegenüber eingehend mit den von ihnen gestellten somatischen Diagnosen (Restless-legs-Syndrom, Schmerzsyndrom, Lupus erythematosus, Schlafapnoe-Syndrom, Adipositas) auseinandergesetzt (vgl. Urk. 7/100/2-27 S. 5, S. 8 f., S. 18 ff., S. 22 f.) und konnten darlegen, dass lediglich der Lupus erythematosus einen gewissen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. E. 5.1 vorstehend). Wichtige Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, nannten Dr. B. ___ und Dr. C. ___ keine.

Im Übrigen ist das Z. ___ -Gutachten vereinbar mit den weiteren somatischen Berichten. Dies gilt insbesondere für den Bericht von Dr. D. ___ . Wenn Dr. D. ___ auch zur Arbeitsfähigkeit keine Stellung nehmen wollte, stellte sie doch fest, dass hinsichtlich des systemischen Lupus erythematosus und des chronischen Schmerzsyndroms gute Prognosen bestünden (E. 4.4). 5.2.2

Die Beschwerdeführerin brachte in der Beschwerde vor, der neurologische Z. ___ -Gutachter Dr. H. ___ verfüge nicht über die nötige Berufsausübungsbeurteilung, weshalb

das neurologische Gutachten nicht verwertbar sei (Urk. 1 S. 8 Ziff. 15.14.2 und S. 14 Ziff. 21). Dem ist nicht so. Es bedarf einer Fachausbildung, welche auch im Ausland erworben sein kann (BGE 137 V 210 E. 3.3.2). Dr. H.____ verfügt über einen im Jahr 2007 in Deutschland erworbenen Weiterbildungstitel in Neurologie (vgl. Medizinalberufregister der Schweizerischen Eidgenossenschaft). 5.2.3

Die Beschwerdeführerin beanstandete weiter – ohne dies etwa durch den Verweis auf diesbezügliche medizinische Unterlagen zu untermauern - die allgemein internistische Einschätzung sei nicht glaubhaft, da sie trotz einer Adipositas permagna keine Einschränkungen festgestellt habe (Urk. 1 S. 9 Ziff. 5.14.3). Der internistische Z.____-Gutachter berücksichtigte die Adipositas. So erhob er einen auch auf Laborwerte gestützten unauffälligen Allgemeinzustand mit starkem Übergewicht, regelmässigem Puls, klinisch unauffälligen Herz und Lunge und mit normalen Darmgeräuschen mit zwar diffuser Druckdolenz im Unterbauch, aber einem ansonsten klinisch unauffälligen Abdomen. Organomegalien oder Resistenzen bei der Adipositas konnte er nicht konklusiv beurteilen. Aufgrund dieser Erhebungen stellte er klar, dass keine Einschränkungen für die angestammte und körperlich leichte Tätigkeiten bestehen. Für die Beurteilung des Bewegungsapparats verwies er zudem explizit auf das rheumatologische Teilgutachten (vgl. Urk. 7/100/2-27 S. 8). Der rheumatologische Z.____-Gutachter konnte zwar eine deutliche muskuläre Dysbalance mit klarer Haltungsinuffizienz, welche unter anderem durch die Adipositas begünstigt werde, feststellen, seine Untersuchung ergab aber nur eine diskrete Bewegungseinschränkung des Achsenskeletts (Urk. 7/100/2-27 S. 19 oben). Die Diagnose der Adipositas wurde damit berücksichtigt und nicht, wie die Beschwerdeführerin geltend machte, unter den Tisch gewischt (vgl. Urk. 1 S. 10 f. Ziff. 5.14.6). Wenn sie sich zwar in der Diagnose des rheumatologischen Gutachters nicht findet, ist sie doch in der interdisziplinären Diagnoseliste enthalten (vgl. E. 4.5). 5.3 5.3.1

Vorab ist hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens festzuhalten, dass die Berichte von Dr. B.____ und Dr. C.____ (vgl. E. 4.2-E. 4.3) in Bezug auf die im Vordergrund stehende psychische Problematik nicht herangezogen werden können, da sie keine Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind.

Im Unterschied zum Z.____-Gutachten diagnostizierte Dr. I.____ in seinem Bericht vom 26. Oktober 2017 (E. 4.6) aus psychiatrischer Sicht eine schwere depressive Episode, eine Agoraphobie mit Panikstörung, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung und eine chronische Schmerzstörung.

Das psychiatrische Z.____-Teilgutachten enthält eine klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urk. 7/100/2-27 S. 9-15) und entspricht somit den bundesgerichtlichen Voraussetzungen an ein psychiatrisches Gutachten (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2). Dr. E.____ lag der spätere Bericht von Dr. I.____ vom 26. Oktober 2017 bei der Begutachtung zwar nicht vor, er hielt jedoch nach dessen Vorlage in der Stellungnahme vom 10. Januar 2018 (E. 4.7) an seiner Beurteilung fest. Insoweit Widersprüche in der Befunderhebung und Diagnosestellung bestehen, ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist, was vorliegend der Fall ist. Abweichende Beurteilungen behandelnder Ärzte vermögen

grundsätzlich ein Gutachten nach Art. 44 ATSG nicht in Frage zu stellen. Ausser sie benennen wichtige Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_246/2018 vom 16. August 2018 E. 4.1). Dies ist vorliegend jedoch nicht der Fall.

Dr. E.____ setzte sich mit der Beurteilung von Dr. I.____ in der Stellungnahme vom 10. Januar 2018 auseinander und legte schlüssig dar, dass diese nicht dem in seiner Begutachtung erhobenen Befund entsprachen, weil die Diagnosen nicht mit der von der Beschwerdeführerin an den Tag gelegten Mobilität korrespondierten. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, in die Türkei zu reisen und Transportaufgaben ihrer Tochter zu übernehmen (vgl. Urk. 7/115 S. 2). Dr. E.____ wies mit Blick auf die Beobachtungen und geschilderten Symptome von Dr. I.____ darauf hin, dass die Beschwerdeführerin anfänglich in der Gutachtenssituation ebenfalls eine dementsprechende demonstrative Beschwerdeschilderung mit weinerlichem Auftreten wie bei der Exploration durch Dr. I.____ an den Tag gelegt hatte, sich jedoch im weiteren Verlauf der Untersuchung beruhigt und auf die theatralischen Effekte verzichtet hatte. Er konnte so höchstens noch eine leichtgradige depressive Störung diagnostizieren und ergänzte, dass diese anfänglich demonstrierte Affektlabilität wohl in der Untersuchung von Dr. I.____ prolongiert worden war. Dr. E.____ konnte denn auch aufzeigen, dass die sehr zurückhaltende Behandlungsstrategie des psychischen Leidens durch Dr. B.____ gegen das Vorliegen einer schweren Depression spreche. Die Konsultationen bei Dr. B.____ fanden jahrelang nur in Abständen von zwei bis drei Monaten statt, seine Behandlung erfolgte mittels relativ milden Antidepressivums und es fanden über Jahre weder eine stationäre Behandlung noch eine notfallmässige Krisenintervention statt. Demgegenüber nahm Dr. I.____ in seinem Bericht vom 26. Oktober 2017 keine Zuordnung der krankheitsspezifischen Kriterien zu den von ihm gestellten Diagnosen vor, noch zeigte er auf, inwiefern die von ihm diagnostizierten psychischen Erkrankungen sich auf die Leistungsfähigkeit auswirken. So genügt es nicht, dass der medizinisch-psychiatrische Sachverständige vom diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit, welchen Grades auch immer, schliesst; vielmehr hat er darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_808/2018 vom 2. Dezember 2019 E. 4.3). Insbesondere erklärte Dr. I.____ auch nicht, weshalb und aus welchen Gründen er in seiner Einschätzung von der Beurteilung durch die Z.____-Gutachter abweicht. Mit der gutachterlichen Einschätzung setzte er sich gar nicht auseinander. Gerade zu der von Dr. E.____ festgestellten theatralischen Affektlabilität nahm er keine Stellung – auch nicht in späteren Berichten (vgl. Urk. 7/126). Daneben ist – insbesondere mit Hinblick auf die von Dr. I.____ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit – auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

Die Beurteilungen von Dr. I.____ vermögen demnach die Einschätzung der Z.____-Gutachter nicht in Frage zu stellen. 5.3.2

Der auf freiwilligen Eintritt stattgefundene stationäre Aufenthalt Anfang 2018 in der J.____ diente in erster Linie der Stabilisation der psychischen Situation (E. 4.8). Die Beschwerdeführerin erhielt Hilfe bei der Bewältigung der schwierigen sozialen Situation mit ihrem drogenabhängigen Ehemann (Urk. 7/121/2-13 S. 4). Die Fachpersonen der J.____

äusserten sich weder zu entscheidenden funktionellen Einschränkungen, geschweige denn zur Frage der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Neue Aspekte benannten sie nicht. Entsprechend äusserte sich auch

Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) am 6. Juli 2018 (Urk. 7/128 S. 5).

Nach dem zweimonatigen stationären Aufenthalt in der J.____ hatte sich der Zustand der Beschwerdeführerin nach der Beurteilung von Dr. I.____ in seinem Bericht vom 22. August 2018 (E. 4.9) nicht verändert. Dr. I.____ beschrieb einen nahezu identischen Befund wie im vorgehenden Bericht vom 26. Oktober 2017 (E. 4.6). Von einer relevanten, andauernden Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ist demnach nicht auszugehen.

Da die Beurteilung durch Dr. I.____ vom 26. Oktober 2017 den Z.____-Gutachtern zur Stellungnahme vorgelegt worden war, und diese ihre Einschätzung nachvollziehbar nicht zu ändern vermocht hatte (vgl. dazu E. 5.3.1), ist aus psychischer Sicht immer noch vom Gesundheitszustand auszugehen wie er zum Zeitpunkt des Z.____-Gutachtens vorgelegen hatte und auf die Z.____-Beurteilung kann abgestellt werden (vgl. dazu auch die Schlussfolgerung mit dem gleichen Resultat von RAD-Arzt Dr. O.____ in seiner Stellungnahme vom 11. September 2018 [Urk. 7/128 S. 7] nach Vorlage des Berichts von Dr. I.____ vom 22. August 2018 [E. 4.8]). 5.3.3

In der Beschwerde kritisierte der Beschwerdeführer das psychiatrische Teilgutachten. Die Begutachtung mit Dolmetscher habe lediglich 65 Minuten gedauert, Fremdauskünfte seien keine eingeholt worden, auf psychodiagnostische Instrumente sei gänzlich verzichtet worden und es müsse bestritten werden, dass die Qualitätsleitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) eingehalten worden seien. Zudem sei es gefährlich, dass der psychiatrische Gutachter keine medizinischen Massnahmen empfehle, da selbst leichte Depressionen fachärztlich angegangen werden müssten (S. 9 f. Ziff. 5.14.4).

Dem ist zu entgegen, dass die Dauer einer Exploration irrelevant beziehungsweise im Ermessensspielraum des Gutachters liegt. Massgeblich ist einzig die inhaltliche Vollständigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C_44/2017 vom 9. Mai 2017 E. 4.3). Das psychiatrische Teilgutachten ist vollständig und entspricht den bundesgerichtlichen Voraussetzungen. Es enthält eine klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung. Der psychopathologische Befund wurde nach AMDP aufgenommen (vgl. vgl. E. 5.3.1).

Hinsichtlich der Fremdauskünfte ist zu bemerken, dass die vorliegenden medizinischen Unterlagen sehr wohl allesamt vorlagen, berücksichtigt und entsprechend gewürdigt wurden (vgl. Urk. 7/100/2-27 S. 3-6, S. 9, S. 12 f.). Der Beschwerdeführer hat denn auch nicht erklärt, welche Fremdauskünfte zu ergänzen gewesen wären. Zudem ist es nicht zwingend notwendig, dass überhaupt fremdanamnestische Angaben eingeholt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3).

Ein Gutachten verliert auch nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die SGPP Qualitätsrichtlinien anlehnt, solange es – wie vorliegend gegeben – den bundesgerichtlichen Voraussetzungen entspricht (Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 5.4). Inwiefern die SGPP Qualitätsrichtlinien vorliegend nicht erfüllt

sein sollten, ist zudem nicht ersicht lich. Zusätzliche medizinische Massnahmen empfahl der psychiatrische Gutachter keine, da er von einer lege artis Behandlung durch Dr. B.____ ausging (Urk. 7/100/2-27 S. 14 Ziff. 4.1.10.3). 5.3.4

Es ist zwar richtig, dass der neurologische Z.____ -Gutachter den Verdacht auf ein somatoformes Schmerzsyndrom feststellte und ein solche s in das psychiatrische Gebiet fallen würde (Urk. 1 S. 10 Ziff. 5.14.5). Ein solches war vom psychiat rischen Z.____ -Gutachter bei seiner vorgehenden Untersuchung vom 2 9. Mai 2017 jedoch nicht festgestellt worden (vgl. Urk. 7/100/2-27). Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers hat sehr wohl eine Konsensbesprechung stattgefunden (Urk. 1 S. 11 Ziff. 5.14.7). Gerade der Umstand, dass nach erfolgter Konsens besprechung unter Einbezug aller Gutachter auf die Aufnahme der somatoformen Schmerzstörung (auch nur als Verdachtsdiagnose) in die interdisziplinäre Diagnoseliste verzichtet

wurde, spricht dafür. Dem Beschwerdeführer wurde denn auch ein somatisch bedingtes chronisch-rezidivierendes lumbovertebrales Schmerz syndrom als Diagnose gestellt (vgl. E. 4.4). Hinsichtlich des Vorbringens bezüglich der Anwendung der Indikatorenprüfung ist zudem darauf hinzuweisen, dass dies Aufgabe des Rechtsanwenders ist. Der Rechtsanwender hat die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin prüfen, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). 5.4

Weder die eingereichten Berichte noch die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen demzufolge das Z.____ -Gutachten in Frage zu stellen und auf das voll beweiskräftige Z.____ -Gutachten ist abzustellen (vgl. E. 5.1-E 5.3).

Der medizinische Sachverhalt ist damit erstellt und die von der Beschwerdefüh rerin eventualiter beantragten weiteren medizinischen Abklärungen (Urk. 1 S. 2) erübrigen sich. Weitere entscheidungswesentliche Erkenntnisse sind davon nicht zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d).

In somatischer Hinsicht ist die Beschwerdeführerin aufgrund der im Rahmen des Verdachts eines Lupus bestehenden latenten Entzündungsaktivität ohne Organ manifestation zu 20 % in ihrer angestammten als auch angepassten Tätigkeit eingeschränkt (vgl. E. 4.5, E. 5.2.1, E. 5.4.2). 5.5

Die Z.____ -Gutachter attestierten in psychiatrischer Hinsicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vom 20 % aufgrund der gegenwärtig leichtgradigen depressiven Störung (E. 4.5). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten – wie vorliegend das Z.____ -Gutachten - nicht einfach ihren Beweiswert verlieren (BGE 141 V 281 E. 8). 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 Res sourcen, 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).

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» ist festzuhalten, dass aus klinisch psychiatrischer Sicht Zustände einer leichten depressiven Störung in der Form einer bedrückten Stimmungslage, einer Affektlabilität, einer erhöhten Ermüdbarkeit, etwas reduziertem Interesse sowie etwas reduzierter Freudfähigkeit bestehen. Dabei besteht zudem eine Symptomverdeutlichung (Urk. 7/100/2-27 S. 13 oben). Eine besondere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist damit nicht erstellt, jedoch liegt eine Chronifizierung vor. Hinsichtlich Behandlungserfolg respektive -resistenz ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin über Jahre hinweg – mindestens seit 2011 (vgl. Urk. 7/70/5-6 S. 2 zweiter Abschnitt) - eine niederfrequente, alle zwei bis drei Monate stattfindende Therapie bei Dr. B.____ besuchte und sich erst nach Vorliegen des Z.____ -Gutachtens in eine höherfrequente, einmal wöchentlich stattfindende psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung bei Dr. I.____ begab (vgl. Urk. 7/83, Urk. 7/126). Als Komorbidität zu berücksichtigen sind die bestehenden somatischen Beschwerden, denn diese beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit zweifellos negativ (vgl. E. 4.5, E. 5.1).

Die Beschwerdeführerin ist zwar mit einer hohen subjektiven Krankheitsüberzeugung ausgestattet und stellt dies dementsprechend dar, zum Komplex «Persönlichkeit» ergeben sich aber keine Auffälligkeiten. Der diesbezügliche Befund ist unauffällig. Es bestehen keine Bewusstseins-, Wahn- und Ichstörungen, der Gedankengang ist formal unauffällig, die kognitiven Funktionen, Konzentration und Aufmerksamkeit sind nicht beeinträchtigt (vgl. Urk. 7/100/2-27 S. 11, S. 13 unten). Damit ist kein strukturelles Defizit im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik erkennbar, welches im Rahmen der Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen würde.

Als Ressource, die zum Komplex «sozialer Kontext» zählt, ist insbesondere das grossfamiliäre Umfeld zu nennen. Die Beschwerdeführerin hat ein sehr enges und gutes Verhältnis zu ihrer Tochter. Ihre Schwiegermutter hält sich tagsüber bei ihr in der Wohnung auf und unterstützt sie. An den Wochenenden erhält die Beschwerdeführerin Besuch von ihrer Schwester mit deren Kindern sowie vom Bruder mit dessen Kindern. Sie darf das Auto des Schwagers für Arzttermine oder den Transport der Tochter ausleihen. Freundinnen und Kolleginnen hat sie keine. Zum Tod ihres Onkels reiste sie im Herbst 2016 vor der Z.____ -Untersuchung im Mai 2017 das letzte Mal ins Ausland. Zur Begutachtung beim Z.____ wurde sie von ihrem Neffen begleitet (vgl. Urk. 7/100/2-27 S. 10 f.). Daneben bestehen Belastungen aufgrund des seit Jahren bestehenden aktiven Drogen- und Alkoholmissbrauchs des Ehemannes, welche unter anderem auch Grund für den stationären Aufenthalt in der J.____ Anfang 2018 waren (vgl. Urk. 7/100/2-27 S. 10 Mitte, Urk. 7/121 S. 3 unten). Dabei ist insbesondere, was die durch den aktiven Drogen- und Alkoholkonsum des Ehemannes bedingten Probleme angeht, darauf hinzuweisen, dass das Beschwerdebild ebenfalls mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar die Symptomatik beeinflussen, als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Umstände auszuschneiden sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.3). Damit enthält der Lebenskontext der Beschwerdeführerin sowohl sich positiv als auch sich negativ auswirkende Faktoren.

Was die Kategorie „Konsistenz“ anbelangt ist zu bemerken, dass der Tagesablauf der Beschwerdeführerin unauffällig ist. Sie steht zwischen 7:00 und 8:00 Uhr auf, trinkt einen Kaffee und raucht danach eine Zigarette auf dem Balkon. Die Schwiegermutter besorgt ihr die Einkäufe und sie selbst bereitet dann das Mittagmahl zu und macht sich im Anschluss im Haushalt zu schaffen. Am Nach mittag schaut sie fern oder legt sich zum S chlafen hin. Die Tochter begleitet sie bei den Hausaufgaben, sobald diese nach Hause kommt. Abends schaut sie fern oder geht früh ins Bett. Gerne liest sie Romane und einmal monatlich eine türkische Tageszeitung. An den Wochenenden erhält sie Besuch von ihrer Ver wandtschaft. Für Arzttermine oder den Transport ihrer Tochter kann sie das Auto des Schwagers verwenden. Diese Umstände sprechen gegen eine bedeutende Einschränkung der Leistungsfähigkeit in sämtlichen Lebensbereichen (Urk. 7/100/2-27 S. 10 f.).

Bei gesamthafter Betrachtung insbesondere mit Blick auf das weitgehend erhal tene Aktivitätsniveau und den nur gering ausgeprägten behandlungsanmes tisch ausgewiesenen Leidensdruck ist die von den Z.____ -Gutachtern attestierte 20%ige, nicht additive Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. 5.6

Zusammenfassend leidet die Beschwerdeführerin im Gegensatz zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache im März 2008 nicht mehr an einer schweren Episode, sondern noch an einer leichten Episode einer depressiven Störung, sodass sie heute unter Beachtung der psychischen und somatischen Einschrän kungen sowohl in der angestammten, als auch einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist. Damit haben sich die gesundheitlichen Verhältnisse wesentlich verändert, sodass diese geeignet sind, den Invaliditätsgrad zu verän dern. Es liegt ein Revisionsgrund vor (vgl. E. 1.4). In der Folge sind die wirtschaft lichen Auswirkungen zu prüfen. 6.

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

Ist mit überwiegender Wahr scheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätig keit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik heraus gegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/ Reichmuth , Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auf lage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a).

Das letzte Arbeitsverhältnis bei der Y.____ AG wurde aufgelöst, nach dem die Beschwerdeführerin die ihr im Rahmen einer Reorganisation angebotene neue Stelle, die keine Vorgesetztenfunktion mehr beinhaltet hätte und bei geändertem Lohnsystem mit wahrscheinlich einer Lohneinbusse verbunden gewesen wäre, ausgeschlagen hatte (Urk. 7/8 S. 1, 7/22, 7/26/2 und 7/26/6 ff.). Dass die gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin für die Kündigung des bestehenden Vertrages verantwortlich waren, ist nicht ersichtlich (vgl. Urk. 7/8 S. 1, 7/22, 7/26/1-9) und wurde auch nicht geltend gemacht.

Damit kann als Ausgangspunkt für das Valideneinkommen – entgegen ihrer Ansicht (Urk. 1 S. 17 f.)

- nicht darauf abgestellt werden. Vor diesem Hintergrund hat die Ermittlung des Valideneinkommens anhand statistischer Durchschnittswerte zu erfolgen.

Die Beschwerdeführer in verfügt über keinen Berufsabschluss. Bei dieser Ausgangslage ist grundsätzlich sowohl das Valideneinkommen als auch das Invalideneinkommen aufgrund der gleichen statistischen Durchschnittswerte,

nämlich grundsätzlich aufgrund des Anforderungsniveaus 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art; vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Die Schweizerische Lohnstrukturerhebung [LSE] 2016, Tabelle TA1_tirage_skill_level) zu ermitteln.

Angesichts der langjährigen Berufserfahrung in der Produktion und des dabei erzielten Verdienstes (vgl. Urk. 7/5) ist vorliegend jedoch anzunehmen, die Versicherte hätte bei guter Gesundheit auch weiterhin eine qualifiziertere Tätigkeit in der Produktion ausgeübt. Für die Bemessung des Valideneinkommens ist dementsprechend vom Durchschnittseinkommen aller in der Produktion tätigen Frauen im Anforderungsniveau 2 von Fr. 5'105.-- (LSE 2016, TA1_tirage_skill_level) auszugehen. Hinweise dafür, dass die Versicherte gar komplexe praktische Tätigkeiten ausüben würde, - sie etwa über entsprechende betriebliche Fortbildungen verfügt - und sie gar das Anforderungsniveau 3 erreicht hätte, bestehen keine. Für das Jahr 2018 resultiert so unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung bis 2018 (BFS, Nominallohnindex Frauen 2011-2018, Tabelle T1.2.10, 2016 = 104.4, 2018 = 105.4) und nach Anpassung an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2018 von 41,7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftszweigen) ein Valideneinkommen von Fr. 64'475.25.

Beim Invalideneinkommen ist mindestens vom Durchschnittslohn aller Frauen im Anforderungsniveau 1 von Fr. 4363.-- (LSE 2016, TA1_tirage_skill_level) auszugehen, was nach Anpassung an die Lohnentwicklung und unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2018 zu einem Einkommen von Fr. 55'103.95 und bei 80%iger Arbeitsfähigkeit zu einem Einkommen von Fr. 44'083.15 führt.

Die Beschwerdeführer in brachte vor, ihr sei aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen, ihrem Alter, dem Umstand, dass sie lange eine Invalidenrente bezog und nur schlecht deutsch spreche, ein leidensbedingter Abzug zu gewähren (vgl. Urk. 1 S. 18 f.). Dazu ist anzumerken, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen dürfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_833/2017 vom 20. April 2018 E. 2.2). Die Einschränkungen fanden bereits Eingang in die Beurteilung der Z. ___ Gutachter und führten zur der veranschlagten eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 80 % (vgl. E. 5.1). Da Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden, wirkt sich der Faktor Alter nicht (zwingend) lohnsenkend aus (Urteil des Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016

E. 3.4.2). Gleiches gilt für die längere Abstinenz vom Arbeitsmarkt. Ebenfalls nicht abzugsrelevant sind die von ihr angeführten sprachlichen Schwierigkeiten, da Hilfsarbeitertätigkeiten keine guten Kenntnisse der deutschen Sprache erfordern (Urteil des

Bundesgerichts 9C_ 808 /2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.2). Ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn ist nicht angezeigt. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 64'475.25 und einem Invalideneinkommen von Fr. 44'083.15 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 32 % .

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Die Verfahrenskosten sind gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG auf Fr. 800.-- festzu setzen und a usgangsgemäss der Beschwerdeführer in aufzue rlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert

E. 30

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

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

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

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