

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00964 vom 27. Dezember 2011**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-12-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00964](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00964)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00964 du 27 décembre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00964 del 27 dicembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 des

Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) . Anlass zur Renten revision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentli chen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebe nem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf gabenbereich 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 hin sichtlich 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 Hinwei sen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentli chen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisions rechtlichen Kontext unbeacht lich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtli cher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 1. 2

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege benenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, wel che Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1. 3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These ab stellt (ZAK

1986 S. 188 E. 2a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2. 2.1

Die Beschwerdeführerin ging in den angefochtenen Verfügungen gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom

8. November 2016 (Urk. 10/205), davon aus,

aus medizinischer Sicht sei mit Sicherheit seit der Begutachtung eine Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten, überwiegend wahrscheinlich bestehe die Verbesserung jedoch bereits seit Juli 2015. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit zu 80 % arbeiten würde, die restlichen 20 % verfielen in den Haushaltsbereich, dies ergebe sich aus der erneuten Abklärung vor Ort vom Februar 2018. Im Erwerbsebereich errechne sich anhand der LSE-Tabellen eine Einschränkung von 50 %, im Haushaltsbereich betrage sie 25 %. Es ergebe sich hieraus ein Gesamtinvaliditätsgrad von 45 % (Urk. 2, Urk. 3/3). 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte demgegenüber vor (Urk. 1), sämtliche Diagnosen, welche im Zeitpunkt der Rentenzusprache im Jahr 2011 festgestellt worden seien, seien gemäss Y.\_\_\_\_-Gutachten bestätigt worden. Es seien sogar diverse weitere Leiden hinzugekommen, wie eine massive Gewichtszunahme sowie Einbussen des Seh- und Hörvermögens und eine depressive Verstimmung, weshalb kaum von einer Verbesserung des Gesundheitszustands gesprochen werden könne. Die aufliegenden Arztberichte sowie das mangelhafte Y.\_\_\_\_-Gutachten wiesen keine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands aus (S. 9 unten f.). Sodann sei die Einschränkung im Haushaltsbereich von 26 % gegenüber der rechtskräftig festgestellten Einschränkung von 33,6 % im Jahr 2011 nicht nachvollziehbar und unbegründet, weshalb nicht auf den Abklärungsbericht vom 5. Februar 2018 abgestellt werden könne (S. 11 oben). Als allfälligen Zeitpunkt der Rentenherabsetzung sei jedenfalls nicht auf den arbiträr gewählten Zeitpunkt 1. Juli 2015 abzustellen, sondern maximal auf den Zeitpunkt der Begutachtung am 20.

September 2016, weshalb eine Herabsetzung frühestens per 1. Januar 2017 möglich wäre (S. 12 unten f.). 3.

## **E. 1.2**

Nach Eingang eines am 3. Oktober 2013 ausgefüllten Revisionsfragebogens (Urk.

## **E. 1.4**

und 1.6). Die kognitiven Einschränkungen würden aktuell eine leistungsrelevante Tätigkeit verunmöglich machen. Eine Re-Evaluation sei ab 2011 vorzunehmen ( Ziff. 1.7). Die Fortführung der Therapien multimodal würden die berufliche Reintegration verbessern ( Ziff. 1.8). Ab 2011 könne mit einer Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit von 20 bis 40 % gerechnet werden ( Ziff. 1.9).

### **E. 3**

). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, sprach ihr mit Verfügung vom 27. Dezember 2011 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % respektive 87 % eine ganze Rente ab November 2010 zu (Urk. 10/9

#### **E. 3.1**

Vergleichszeitpunkt ist die rechtskräftige Verfügung vom 27. Dezember 2011 (Urk. 10/98), da die formellen und materiellen Grundlagen im Jahr 2015 für eine Beurteilung der Rentenrevision nicht ausreichend waren (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2015.00770 vom 22. Februar 2016; Urk. 10/182). Der Verfügung vom Dezember 2011 lag im Wesentlichen folgender medizinischer Sachverhalt zu Grunde: 3. 2

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 5. März 2010 (Urk. 10/18/1-4) unter Beilage weiterer Berichte (Urk.

10/18/5-26) fest, die Beschwerdeführerin leide seit November 1999 an Diabetes mellitus (insulinpflichtig), seit November 2009 an einer koronaren 3 Gefässerkrankung, welche operiert worden sei, sowie an einem Wundinfekt und einer Hemiparese links (Urk. 10/18/1). Als kaufmännische Angestellte sei sie seit 11. November 2009 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Es bestehe eine Dyspnoe bei Anstrengung (die Beschwerdeführerin erreiche die Wohnung im vierten Stock nur mit zwei Pausen) und die bisherige Tätigkeit sei aufgrund der eingeschränkten Leistungsfähigkeit nicht zumutbar (Ziff. 1.7).

#### **E. 3.3**

mit Hinweisen). 5.4

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass die Beurteilung des

Y.\_\_\_\_ von 2016 (vgl. vorstehend E. 4.2) eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes darstellt.

Sämtliche im Zeitpunkt der Rentenzusprache festgestellten Diagnosen wurden im Y.\_\_\_\_-Gutachten bestätigt und bestehen auch heute noch. Neu diagnostizierten die Gutachter eine schwere diabetische Polyneuropathie sowie - wenn auch ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - eine Dysthymie.

Trotz unveränderter und neu hinzugekommener Diagnosen kamen die Gutachter aus polydisziplinärer Sicht aufgrund der aus gesprochenen Polymorbidität mit Einschränkungen fast aller Fachrichtungen zum Schluss, dass noch eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50

% bestehe (vgl. vorstehend E. 4.2). Dass sich der Gesundheitszustand

und das Beschwerdebild seit der Rentenzusprache verbessert hat, wird von den Gutachtern dagegen nicht beschrieben.

Von einer entscheidungserheblichen Differenz in den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen (vgl. vorstehend E. 5.3) kann vorliegend entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 3 /3

S. 3 ) nicht ausgegangen werden.

Weder in der Gesamtbeurteilung noch in den einzelnen Teilgutachten oder in der Ergänzung des Gutachters (vorstehend E. 4.2-4.3) wird ausgeführt, inwiefern eine effektive Veränderung im Sinne einer Verbesserung des Gesundheitszustandes stattgefunden haben soll.

In kardiologischer Hinsicht stellten die Gutachter in der

Echokardiographie eine leicht reduzierte LV-Pumpfunktion mit einer LVEF um 45 %

fest und wiesen dabei auf die ähnlich erhobenen Werte bei den Voruntersuchungen 2010 am C.\_\_\_\_ hin (vgl. Urk. 10/205 S. 32 oben und Mitte).

In neurologischer Hinsicht führte der Gutachter aus, dass die Einschränkungen durch die Halbseitenstörung schon seit 2009 bestehen würden, aber die diabetische Polyneuropathie sich im Laufe der Jahre zusätzlich mitentwickelt habe. Anforderungen an die gute Feinmotorik seien nicht zu erfüllen, weiter seien visuelle Anforderungen wegen der diabetischen Retinopathie ungeeignet (vgl. Urk. 10/205 S. 25 Ziff. 4.3.4-5). Hierzu ist festzuhalten, dass bereits Dr. D.\_\_\_\_ im April 2011

von einer reduzierten Feinmotorik berichtete (vgl. vorstehend E. 3.6). Weiter wird auch in orthopädischer Hinsicht von keinem veränderten/verbesserten Gesundheitszustand ausgegangen (vgl. Urk. 10/205 S. 21). Eine Veränderung oder Verbesserung wird sodann auch in allgemeininternistischer Hinsicht nicht beschrieben. Es bestehe bei morbidem Adipositas das Vollbild des metabolischen Syndroms und eine ausgeprägte kardiovaskuläre Risikokonstellation. Der Gutachter erwähnte diesbezüglich im Besonderen den schlecht eingestellten Diabetes mellitus mit einem HbA1c-Wert von 11%, was verschiedene Symptome wie Leistungseinbuße und Müdigkeit zwanglos erklären könne. Grundsätzlich sei Diabetes mellitus zwar behandelbar und dieser Wert reversibel (vgl. Urk. 10/205 S. 13 unten). Durch den schlecht eingestellten Diabetes seien jedoch die verschiedenen fortgeschrittenen Organschäden zu erklären (vgl. vorstehend E.

4.2). Unter der Annahme eines besser behandelten Diabetes mellitus bestehe eine 20%ige Leistungseinbuße (vgl.

Urk. 10/205 S. 13 oben). Dazu ist festzuhalten, dass ein erhöhter HbA1c Wert bereits in früheren Berichten erwähnt wurde (vgl. vorstehend E. 3.4 und 3.6)

und der hohe Wert auch in neueren Berichten trotz Interventionen offenbar nicht gesenkt werden konnte (vgl.

Urk.

3/7, Urk. 7/2, Urk. 10/237, Urk. 10/243).

5.5

Bei unveränderten Diagnosen nannten die Gutachter keine konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsfähigkeit, welche zur veränderten Einschätzung des Schweregrads des ausgesprochen poly morbiden Beschwerdebildes und

dessen Auswirkungen geführt haben. Vielmehr gingen sie davon aus, dass die von ihnen angenommene 50%ige Arbeitsfähigkeit arbiträr seit Juli 2015 bestehe und wahrscheinlich vorangehend schon länger vorgelegen habe, da die gänzlich aufgehobene Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich arbiträr etwa zwei Jahre nach dem primären Ereignis vom November 2009 anzunehmen gewesen sei (vgl. Urk. 10/205 S. 37, vgl. auch vorstehend E.

4.2). Damit liegt jedoch einzig eine revisionsrechtlich unbeachtliche andere Beurteilung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vor.

Die Gutachter begründeten die Differenz zur abweichende Einschätzung des Hausarztes in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 13. Dezember 2017 (vgl.

vorstehend E. 4.3) damit, dass dieser aus den vielen Fachrichtungen Einschränkungen vermutet habe, welche er wahrscheinlich mit den subjektiven Limitierungen vermischt habe, was als Behandler nachvollziehbar sei.

Sie seien der Ansicht, dass die vorliegenden Befunde zwar erhebliche Einschränkungen interdisziplinär begründen könnten, jedoch nicht eine praktisch ganz aufgehobene Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.3). Eine tatsächliche Änderung lässt sich daraus jedoch nicht ableiten. Soweit die Gutachter in der ergänzenden Stellungnahme weiter ausführen, dass bei einer optimalen Ergometrie je nach Belastungsfähigkeit das Profil aus kardiologischer Sicht auf leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten hätte ausgedehnt werden können und die vorliegende Konstellation mit Abbruch aus nicht kardiologischen Gründen bei der Ergometrie die Einschätzung ergeben habe, dass das belastbare Ausmass ausreichend gewesen sei für nur leichte Tätigkeiten, ist zu bemerken, dass bereits Dr. D. \_\_\_ im Jahr 2011 berichtete, dass das Hauptproblem eine schwere muskuläre Dekonditionierung gewesen sei (vgl. vorstehend E. 3.6). Weiter geht aus dem kardiologischen Teilgutachten hervor, dass die LVEF aktuell ähnlich wie bei den Voruntersuchungen 2010 am C. \_\_\_ um 50 % betrage (vgl. Urk. 10/205 S. 32 Ziff.

4.5.7).

Damit und auch mit den abschliessenden Ausführungen der Gutachter in der ergänzenden Stellungnahme, wonach es retrospektiv schwierig sei die Arbeitsfähigkeit nachzuzeichnen, insbesondere wenn die gutachterliche Einschätzung nicht mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Behandler übereinstimme (vgl. vorstehend E. 4.3),

lässt sich eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung nicht rechtsgenügend begründen.

Inbesondere ergibt sich eine solche auch nicht aus dem Hinweis der Gutachter, dass sie sich auf den ganz sicheren Zeitpunkt der Begutachtung vom August 2016 festgelegt hätten und ferner von einer sehr wahrscheinlichen Einschätzung ausgegangen seien, dass bereits im Juli 2015, als der Vorbescheid der IV erfolgt sei, die Situation vergleichbar gewesen sei, da es mindestens möglich bis wahrscheinlich erschienen habe, dass schon vorher die Arbeitsfähigkeit seit längerer Zeit in diesem Ausmass vorgelegen habe (vgl.

vorstehend E. 4.3).

Mangels einer überwiegend wahrscheinlichen wesentlichen Verbesserung in den tatsächlichen Verhältnissen

können die Schlussfolgerungen der Y. \_\_\_-Gutachter, dass bei im Wesentlichen gleich gebliebenen Diagnosen und gebliebener Befundlage, wobei im Rahmen des metabolischen

Syndroms neu eine schwere diabetische Polyneuropathie mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert wurde,

eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichte, gut adaptierte Tätigkeiten resultiere, keine Berücksichtigung finden . 5.6

Zusammenfassend ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in revisionsrechtlich relevanter Weise verbessert hat. Es liegt lediglich eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vor, weshalb die Aufhebung der bisher ausgerichteten Invalidenrente nach Art.

### **E. 3.4**

Im Austrittsbericht des Universitätsspitals C.\_\_\_\_, Klinik für Kardiologie, vom 24. Juni 2010 (Urk. 10/44/7 -10) über die Hospitalisation vom 17. bis 18.

Juni 2010 nannten die Ärzte folgende Diagnosen: - schwere koronare 3-Gefässerkrankung - Status nach inferiorem ST-Hebungsinfarkt am 11. November 2009 - Status nach dreifacher Aortokoronarer Bypass Operation (ACBP) am 16.

November 2009 : LIMA -> RIVA, RIMA -> RCX (retroaortal), A.

Radialis -> RCA bei chronisch verschlossener mittlerer RCA, subtotaler medioproximaler RIVA-Stenose und subtotaler DA 1 -Stenose, seriellen subtotalen PLA/RCX-Stenosen - postoperative Komplikationen: Status nach Ventilator-assoziiertes Pneumonie mit Klebsiella

Pneumoniae (maschinelle Beatmung 16. 17. November und 17.-30. November 2009, protrahiertes Weaning, Status nach

dilatativer Tracheotomie am 23. November 2009), Zwerchfellhochstand links (Diagnose n 2.-4. )

- Echo 26. April 2010:

normal grosser LV, EF 48%, Hypokinesie

septal und apikal, sowie inferior, leichte Mitralinsuffizienz - Myokardszintigraphie vom 3. Mai 2010 : keine Narbe lateral mit Rand- und Restischämie, LVEF in Ruhe 36%, Hypokinesie

septal, inferior und inferolateral - aktuell:

elektive Koronarangiographie am 17. Juni 2010 bei dokumentiertem Radialis-Bypass-Verschluss (Herzkatheter vom 4. Juni 2010) (frustranter

Rekanalisationsversuch der chronisch verschlossenen RCA, distale Dissektion der RCA bei sehr kleinem Gefäss, echokardiographischer Ausschluss eines Perikardergusses am 17. Juni 2010, Verdacht auf

hämodynamisch nicht-relevante LV-Fistel (vorbestehend) - CvRF : arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus Typ 2, Nikotinabusus (sistiert 2009) - Status nach

Sternuminfekt mit Nachweis von Gram-Stäbchen und SKN am 8. Dezember 2009 - Status nach wiederholten VAC-Verbandwechsel und -Revisionen

- Status nach bilateralen tiefen Venenthrombosen, Erstdiagnose

### E. 3.5

Die Ärzte des C.\_\_\_\_, Klinik für Kardiologie, bezifferten im Bericht vom 23. März 2011 (Eingangsdatum; Urk. 10/61/1-4) keine Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Für eine konkrete Aussage der aktuellen Einschränkung aus kardiologischer Sicht müsse ein Belastungstest durchgeführt werden. Eine EF von 50 % würde eine Bürotätigkeit erlauben (Ziff. 1.7). Aus kardiologischer Sicht sei eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von 100 % sofort möglich (Ziff. 1.9).

### E. 3.6

PD Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, Herzpraxis E.\_\_\_\_, nannte im Bericht vom 6. April 2011 (Urk.

10/72/6-8) folgende Diagnosen: - Dreifäß-KHK (2009 proximal subtotal, RCA verschlossen [auch im Juni 2010 nicht rekanalisierbar mit Dissektion

peri-interventionell, in der Szintigraphie Rand- und Rest-ischämie bei Narbe lateral], RCX 2x hochgradig, Koro

C.\_\_\_\_) - anteriorer Myokardinfarkt, inferiorer STEM I November

2009 - ischämische Kardiomyopathie, LVEF 46 % im

April 2011 bei Hypokinesie inferior, Akinesie Apex, Dyskinesie basal septal (idem zu 2010) - Vorhandensein eines aortokoronaren Bypasses: November 2009 C.\_\_\_\_

LIMA ad RIVA, RIMA ad RCX retro-aortal, A. radialis ad RCA (verschlossen Koro 2010) • Apoplex rechts-hemisphärisch peri-Op

November 2009 • tiefe Venenthrombose bilateral peri-Op

Dezember 2009 - ventrikuläre Extrasystolie 2010 im Holter-EKG C.\_\_\_\_ - insulinpflichtiger Diabetes mellitus IIa mit KHK, ED zirka 2001, Insulin seit 2003 - arterielle Hypertonie - Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Grad 2, BMI 37 im März 2011 - metabolisches Syndrom - schädlicher Gebrauch von Nikotin: kumulativ 20 PY, im

März 2011 10

Stück / Tag

Dazu führte er aus, im Alltag bestehe unverändert eine Dyspnoe NYHA II nach ein bis zwei Etagen Treppe steigen. Die Beschwerdeführerin könne etwa 15

Minuten laufen. Eine eigentliche Angina pectoris kenne die Beschwerdeführerin nicht. Auch beim Infarkt sei es einmalig zu thorakalen Beschwerden und vegetativer Symptomatik gekommen. Der Diabetes werde bei Dr. F.\_\_\_\_ verlaufskontrolliert, der letzte HbA1c Wert sei über 9 % gewesen. Die Beschwerdeführerin habe im letzten Jahr mehr als 24 kg Gewicht zugenommen, die Insulin-Dosis sei stets erhöht worden. Die Beschwerdeführerin habe insgesamt zu wenig Bewegung im Alltag. Eine Teilnahme in der Herzgruppe sei bislang nicht erfolgt, die Beschwerdeführerin habe aber bereits Kontakt aufgenommen. Als Residuum des Apoplexes bestehe eine reduzierte Feinmotorik in den Fingern, zudem klagt die Beschwerdeführerin über eine verminderte Stress-Toleranz. Aus diesem Grunde sowie bei Schulterschmerzen links sei ein Antrag bei der Invalidenversicherung erfolgt. Die Beschwerdeführerin sei gelernte Kaufmännische

Angestellte, könne jedoch nicht mehr im Büro arbeiten (S. 1 unten). Die Beschwerdeführerin habe sich vorgestellt zur Übernahme der ambulanten kardiologischen Betreuung bei schwerer koronarer Dreifesselkrankung. Als Folge bestehe eine ischämische Kardiomyopathie, die links ventrikuläre Ejektionsfraktion sei mittelgradig eingeschränkt bei komplexen Wandbewegungsstörungen nach stattgehabtem anteriorem Myokardinfarkt. Der Untersuchungsbefund echokardiographisch sei unverändert zu 2010, die Vorlast sei leicht erhöht, bei der körperlichen Untersuchung bestünden diskrete prätibiale Ödeme. Bei der Belastungsuntersuchung habe sich kein Anhalt für eine myokardiale Ischämie finden lassen, es bestehe eine deutliche chronotrope Inkompetenz unter 10 mg Concor. Hauptproblem sei eine schwere muskuläre Dekonditionierung. Die Beschwerdeführerin habe maximal 45 Watt bei wiederholten Belastungsversuchen erreicht (S. 2 unten). Ein regelmässiges Training sollte helfen, das Gewicht zu stabilisieren und den Diabetes besser in den Griff zu bekommen. Aufgrund der umfangreichen internistischen Erkrankungen sei die Beschwerdeführerin weiterhin und dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 oben).

Im Bericht vom 19. April 2011 (Urk. 10/72/1-4) führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als kaufmännische Angestellte bestehe seit November 2009 eine dauerhafte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Es bestehe eine verminderte Stress-Toleranz, eine reduzierte Feinmotorik und eine stark reduzierte Leistungsfähigkeit bei LVEF unter 50 % (Ziff. 1.7). Durch Training könne allenfalls eine Besserung erreicht werden, es sei jedoch nicht vorhersehbar, ob sich diese Massnahme auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (Ziff. 1.8). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht mehr gerechnet werden (Ziff. 1.9). Im Bericht vom 26. April 2011 (Urk. 10/72/5) führte Dr. D.\_\_\_\_ sodann aus, es bestehe seit dem perioperativ erlittenen rechtshemisphärischen Apoplex eine neurologische Hemisymptomatik.

### **E. 3.7**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztliche Dienst (RAD), hielt mit Stellungnahme vom 9. Mai 2011 (Urk. 10/82/6) fest, der postoperative Verlauf seit November 2009 sei komplikationsreich gewesen. So habe es einen perioperativen Hirninfarkt gegeben, wobei eine motorische Hemiparese links persistiere. Zudem bestünden eine Dranginkontinenz und muskuloskelettale Schulterschmerzen. Kardiologisch habe eine Verlaufs-Myokardszintigraphie eine Randischämie ergeben, wobei auch die Pumpfunktion eingeschränkt sei. Leider sei bei einem RCA-Bypass-Verschluss eine Rekanalisation erfolglos geblieben und eine dabei eingetretene distale Dissektion persistiere. Unter Berücksichtigung der Verlaufsberichte sei seit der operativen Myokardrevaskularisation am 16. November 2009 von einer gesamthaften 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. 4. 4.1

Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügungen vom 11. Oktober 2016 (Urk. 2, Urk. 3/3) lagen im Wesentlichen die folgenden Arztberichte vor: 4.2

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, lic. phil. K.\_\_\_\_, Psychologe/Neuropsychologe, Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt Kardiologie und Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Gastroenterologie, nannten im polydisziplinären Gutachten des Y.\_\_\_\_

vom

8. November 2016 ( Urk. 10/205) folgende

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 10/205 S. 34 ): - Zustand nach rechtshemisphärischem Insult perioperativ bei Bypass operation 2009 (ICD-10 I 63) - diskrete persistierende Halbseitenstörung links - generalisierte Atherosklerose

- chronische koronare 3-Gefäßkrankung, Status nach inferiorem STEMI

November 2009 (ICD-10 I 25.1 , I 25.2) - Status nach 3-fach

AKB 16. November 2009 mit LIMA

auf RIVA, RIMA auf RCX , Arteria

radialis auf ACD

- leicht eingeschränkte LV-Pumpfunktion, Akinesie, diaphragmal

Hypokinesie

anterior , postoperative Komplikationen, Sternuminfekt , bilaterale tiefe

Venenthrombosen, cerebro-vaskulärer Insult mit Hemisymp tomatik links November 2009 und Status nach Ventilator-assoziiertes Pneumonie mit Keilschiff

Pneumoniae

- Re- Koronographie 2010: Verschluss ACD -Bypass, Status nach frustriertem

Rekanalisationsversuch 17. Juni 2010 - metabolisches Syndrom - morbid Adipositas (BMI 38 kg/m<sup>2</sup>) (ICD-10 E66.0) - arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I 10) - Dyslipidämie , medikamentös behandelt (ICD-10 E78.2) - Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10

E11.7) , mit Insulin behandelt seit April 2005, schlecht eingestellt mit HbA1c von 11% (Referenz <

6.3%) , leichte Niereninsuffizienz , diabetische Polyneuropathie (ICD-10 G62.8) , diabetische Retinopathie beidseits - dokumentierte nicht-alkoholische Steatohepatitis mit zirrhotischem Umbau und portaler Hypertonie, Erstdiagnose September 2014 (Leberbiopsie 16. Oktober 2014) - PAVK Grad I beidseits (ICD-10 I 70.2) - Erstmanifestation Juni 2012 - Status nach PTCA der

Arteria

femoralis rechts, links 70%ige Arteria

superficialis -Stenose und kollateralisierter Verschluss Tibialis

posterior - kardiovaskuläre Risikofaktoren, fortgesetzter Nikotinkonsum (zirka 40-50 py ) (ICD-10 F17 . 1) , metabolisches Syndrom - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - radiologisch keine höhergradige Veränderung der Lendenwirbelsäule und Iliosakralgelenke ( Röntgen

6. November 2015 und MRI 5. April 2016) - keine höhergradige Bewegungseinschränkung der thorakolumbalen Wirbelsäule - subakromiales

Impingement Schulter beidseits (ICD-10 M75.4) - Status nach Steroidinfiltration der linken Schulter 2011 (Dr.

O.\_\_\_\_) - Status nach Steroidinfiltration des linken Akromioklavikulargelenkes am 25. Februar 2014 ( Dr. O.\_\_\_\_ ) radiologisch unauffälliger Befund links (Röntgen 20. September 2016)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter ( Urk. 10/205 S. 35 ): - Dysthymia

(ICD-10

F34.1) - chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - obstructives Schlafapnoesyndrom (ICD-10 G47.3) - bei Diagnose 2 - Erstdiagnose Januar 2014 - anamnestisch nasale Auto-CPAP nicht ertragen - offensichtlich subjektiv voll autofahrfähig - rezidivierende gastritische Beschwerden (ICD-10 K29.7) - wiederholte Einnahme von NSAID - Dauerbehandlung mit PPI

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, bei der Beschwerdeführerin liege eine ausgesprochene Polymorbidität vor .

Aus kardiologischer Sicht besteht bei ihr eine chronische koronare 3-Ast-Erkrankung mit Status nach inferiorem Infarkt im November 2009, konsekutiv Status nach 3-fach AKB ebenfalls im November 2009, mit dann multiplen Komplikationen postoperativ. Zum heutigen Zeitpunkt stellt sich die Beschwerdeführerin kardiologisch mit einer leicht reduzierten linksventrikulären Pumpfunktion dar . Der Belastungstest sei nicht verwertbar, vor allem auch wegen Angabe von limitierenden Schmerzen, so dass sie nicht ausbelastet werden könne . Formal sei von einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf nur leichte Tätigkeiten auszugehen .

Aus gastroenterologischer Sicht sei die Leberzirrhose festzustellen, welche derzeit klinisch kompensiert sei. Zugrundeliegend sei gemäss durchgeführter Leberbiopsie eine nichtalkoholische Steatohepatitis . Die Prurigo

der Extremitäten könne damit erklärt werden. Derzeit sei allein aufgrund der Leberzirrhose beziehungsweise der Folgen derselben keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren.

Aus neurologischer Sicht könne eine diskrete Halbseitenstörung links bei Zustand nach dem rechtshemisphärischen Insult nach der Bypassoperation 2009 festgestellt werden. Zudem besteht eine schwere diabetische Polyneuropathie. Es bestehen verschiedene qualitative Einschränkungen hinsichtlich selbst- oder

fremdgefährdenden Tätigkeiten , Arbeiten mit überwiegendem Stehen und Gehen und Arbeiten mit Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen . Besondere visuelle Anforderungen seien wegen der diabetischen Retinopathie ungeeignet . Anforderungen an die gute Feinmotorik seien wegen der Polyneuropathie nicht zu erfüllen. Für körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten sei neurologisch von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen.

Aus orthopädischer Sicht sei vor allem das subakromiale

Impingement der Schulter beidseits objektivierbar, ebenso das chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom. Darüberhinausgehend besteht auch ein multilokuläres , unspezifisches Schmerzsyndrom, welches nicht durch organische Befunde erklärbar sei . Auf grund der objektiven Befunde seien keine körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten

zumutbar. Möglich s eien körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10

kg, ohne Einsatz der linken oberen Extremität oberhalb Schulterniveaus .

Aus allgemeininternistischer Sicht besteh e bei morbider Adipositas das Vollbild des metabolischen Syndroms und eine ausgeprägte kardiovaskuläre Risikokon stellation. Besonders erwähnenswert sei der seit Jahren mit Insulin behandelte Diabetes mellitus. Die aktuellen Messungen zeig t en eine schlechte Einstellung mit einem HbA 1c -Wert von 11 % . Dadurch seien auch die verschiedenen, fortge schrittenen Organschäden zu erklären, wie die periphere Polyneuropathie, die Retinopathie und die Nephropathie. Die Arbeitsf ähigkeit sei aus allgemeininter n i stischer Sicht auf nur leichte Tätigkeiten mit einer Leistungseinbusse

reduziert, auch bei einem besser behandelten Diabetes mellitus, von mindestens 20 % .

Aus psychiatrischer Sicht la ss e sich auf affektiver Ebene eine Dysthymie feststel len. D iese depressive Störung erreiche nicht das Ausmass einer leichten depressi ven Episode, sei als Grundstimmung vorhanden und beeinfluss e per se die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich. Eine Komorbidität aus psychiatrischer Sicht lieg e nicht vor. Die ergänzend durchgeführte neuro psychologische Untersuchung habe keine gravierenden Befunde gezeigt. Es sei davon auszugeben, dass die geklagten Beschwerden wie Müdigkeit und verminderte Konzentration im Alltag durch die verschiedenen internistischen Befunde erklärbar s eien .

Zusammenfassend resultier e aus polydisziplinärer Sicht, dass sich die Arbeits f ähigkeit auf nur leichte, gut adaptierte Tätigkeiten reduzier e . Bei der ausge spro chenen Polymorbidität mit Einschränkungen fast aller Fachrichtungen erg ebe sich ein additiver Effekt. Es besteh e noch eine Arbeits- und Leistungs f ähigkeit von 50 % in derartigen Tätigkeiten, was auch auf die angestammte beziehungs weise auf eine adaptierte Tätigkeit im kaufmännischen Bereich zutreffen könnte. Das Pensum könnte über fünf bis sechs Stunden pro Tag umgesetzt werden, je nach Möglichkeit, Pausen bei der Arbeit einzuschalten oder auch stundenweise zu arbeiten. Körperlich schwere, mittelschwere und verschiedentlich nicht adap tierte Tätigkeiten s eien bleibend nicht mehr zumutbar ( Urk. 10/205/36-37).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vor liegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten k ö nn e die aktuelle Arbeitsfähigkeit arbiträr ab Juli 2015 angenommen werden . Wahr scheinlich ha be diese Arbeitsfähigkeit vorangehend schon länger so vorgelegen, da die gänzlich aufgehobene Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich arbiträr etwa zwei Jahre nach dem primären Ereignis vom November 2009 anzunehmen gewe sen sei.

L etztlich sei dies mit Sicherheit ab August 2016 nachweisbar ( Urk. 10/205 S. 37 ) . 4.3

Mit ergänzender Stellungnahme vom 1 3. Dezember 2017 ( Urk. 10/248) führten die Gutachter des Y. \_\_\_ nach Rückfragen der Beschwerdegegnerin aus, d ie poly disziplinäre Einschätzung habe eine Abweichung vom Hausarzt mit seiner Ein schätzung einer 20-40%igen Arbeitsfähigkeit in leichten, adaptierten Tätigkeiten im Gegensatz zur gutachterlichen Einsch ätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ergeben . Die Einschätzung des Hausarztes stimme mit der subjektiven Ein schätzung der Beschwerdeführerin überein. Die vorliegenden Befunde könn t en zwar erhebliche Einschränkungen interdisziplinär begründen, jedoch nicht eine praktisch ganz aufgehobene Arbeitsf ä higkeit, wie im

Gutachten ausführlich dar gelegt worden sei. Der Hausarzt habe Einschränkungen wahrscheinlich mit den subjektiven Limitierungen vermischt, was als Behandler nachvollziehbar sei (S.

1). Die objektivierbaren Befunde aus kardiologischer Sicht hätten eine leicht eingeschränkte linksventrikuläre Funktion ergeben. Bei einer optimalen Ergometrie hätte je nach Belastungsfähigkeit das Profil aus kardiologischer Sicht auf leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten ausgedehnt werden können. Die vorliegende Konstellation mit Abbruch aus nicht kardiologischen Gründen bei der Ergometrie habe die Einschätzung ergeben, dass das belastbare Ausmass für nur leichte Tätigkeiten ausreichend gewesen sei, was mit den übrigen kardiologischen Befunden, insbesondere auch der Auswurf fraktion, übereinstimme (S. 1 unten f.). Sie hätten versucht, die retrospektive Arbeitsfähigkeit nachzuzeichnen. Dies sei in Situationen schwierig, wenn die gutachterliche Einschätzung nicht mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Behandlern übereinstimme. Dementsprechend sei es auch nur schwierig möglich, retrospektiv klare Einschätzungen vorzunehmen, da je weiter der Zeitpunkt rückwirkend gewählt werde, desto grösser werde der Unsicherheitsfaktor. Aus diesem Grund hätten sie sich auf den ganz sicheren Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung vom August 2016 festgelegt und seien ferner von einer sehr wahrscheinlichen Einschätzung ausgegangen, dass bereits im Juli 2015, als die Zäsur mit dem Vorbescheid der Beschwerdeführerin erfolgt sei, die Situation vergleichbar gewesen sei, da es mindestens möglich bis wahrscheinlich erschienen habe, dass schon vorher die Arbeitsfähigkeit seit längerer Zeit in diesem Ausmass vorgelegen habe. Wie erwähnt, könne dies mangels klarer Daten im Zeitbereich vorher nicht sicher zugeordnet werden (S. 2). 4.4

Am 2. Februar 2018 erfolgte eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt (vgl. Abklärungsbericht vom 5. Februar 2018, Urk. 10/250). Die Beschwerdeführerin habe erzählt, es gehe ihr gesundheitlich eher schlechter, sie leide seit circa einem Jahr unter einer Neuropathie in beiden Händen, Füssen und Beinen. Verschiedene Untersuchungen seien durchgeführt worden und auch Therapien würden nicht helfen. Bei guter Gesundheit würde sie sicher bis zu 100

% arbeiten. Bevor sie krank geworden sei, sei sie 80 % erwerbstätig gewesen und das Geld habe ausgereicht. In einem Pensum von 100 % sei sie nie tätig gewesen. Den Hund der Tochter könne sie nicht mehr beaufsichtigen, für den müsse sie selber jemanden suchen. Sie würde mindestens im Rahmen von 80 % arbeiten (Urk. 10/250/2, Urk. 10/250/4).

Die Abklärungsperson hielt fest, es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin die Erwerbstätigkeit bei guter Gesundheit nicht auf 100 % erhöht hätte und dies auch heute nicht tun würde. Bei der letzten Abklärung vor Ort, welche 2011 stattgefunden habe, habe die Beschwerdeführerin angegeben, bei guter Gesundheit in einer Erwerbstätigkeit von 80 % tätig sein zu wollen. Die Tochter sei damals bereits 18 Jahre alt gewesen. Schon damals hätte die Beschwerdeführerin das Pensum auf 100 % erhöhen können, wenn dies notwendig gewesen wäre. Dies scheine nicht der Fall gewesen zu sein. Sie wohne auch heute noch immer in derselben Wohnung und habe weniger Ausgaben, da sie alleine lebe (Urk. 10/250/4). Die Abklärungsperson erkannte schliesslich eine Einschränkung bei der Ernährung, der Wohnungspflege, dem Einkauf und weiteren Besorgungen, der Wäsche- und Kleiderpflege sowie bei Verschiedenem von insgesamt 26 % (Urk. 10/250/5-7). 4.5

Die Ärzte des Kantonsspitals P.\_\_\_\_ hielten im Austrittsbericht vom 3. September 2018 (Urk. 3/7) fest, es liege aktuell ein formaler NSTEMI , Typ 2 a.e . im Rahmen der Kreislaufinstabilität bei Dehydratation, CK Peak bei 609 U/I vor. Die Beschwerden seien am ehesten im Rahmen einer viralen Gastroenteritis zu beurteilen. Klinisch sei die Beschwerdeführerin unauffällig, insbesondere auch die Untersuchung des Abdomens. Laboranalytisch habe eine deutliche Leukozytose und Neutrophilie bei jedoch normwertigem CRP vorgelegen. Auf eine weitere Diagnostik des Abdomens werde verzichtet. Initial habe sich die Beschwerdeführerin kreislaufinstabil mit hypotonen Blutdruckwerten und tachykarder Herzfrequenz präsentiert. Dies werde, bei Normalisierung der Blutdruckwerte nach Rehydrierung , im Rahmen der Dehydratation interpretiert. Die leichte Erhöhung des Troponins werde im Rahmen der initialen Kreislaufinstabilität interpretiert. Es werde keine erneute Therapie mit Brilique , welche die Beschwerdeführerin eben erst beendet habe, gestartet. Die Antihypertensiva würden aufgrund der hypotonen

Blutdruckwerte pausiert. Eine bei Eintritt geringgradige

Hyperkalzämie

habe sich nach einem Tag unter Volumentherapie bereits wieder normalisiert . Die Beschwerdeführerin habe nach eintägiger Überwachung und Beschwerdefreiheit wieder nach Hause entlassen werden können (S. 2) . 4.6

Med. pract . Q.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 19. November 2018 (Urk. 7/2) fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit April 2015 deutlich verschlechtert. Aktuell sei nicht einmal eine Arbeitsfähigkeit von drei Stunden pro Tag für leichtere Arbeiten im Sitzen oder Stehen möglich. Sie habe sich bei Vorliegen von Soziophobie zunehmend zu Hause isoliert. Die Depression habe zugenommen, sie habe Todesängste beziehungsweise eine Angststörung, welche neu ihren Alltag bestimme (Polymorbidität). Der Diabetes Mellitus Typ II (insulinpflichtig) sei ausser Kontrolle (HbA1c 11.3%), trotz eingeschalteten Endokrinologen. Es sei bereits zu Maculablutungen gekommen, welche den Visus und somit die Arbeitsfähigkeit ebenfalls beeinflussten. Es bestehe eine kardial zunehmende Dekompensation (wiederholte Atemnotepisoden, subakutes Koronares Syndrom/NSTEMI 8. August 2017) bei zunehmender Schmerzproblematik (Beinschmerzen, Rückenschmerzen). Sie stehe unter einer Opiat-Therapie. Eine medikamentöse Einstellung gestalte sich wegen der psychiatrischen Diagnose erschwert. Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (diabetische Markoangiopathie ) mache ihr zu schaffen (Status nach erfolgloser PTCA). Gemäss seiner medizinischen Einschätzung sei die Beschwerdeführerin zurzeit zu 100 % arbeitsunfähig. Eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei zu erwarten und wahrscheinlich. Die Morbidität habe deutlich zugenommen (Urk.

7/2). 5. 5.1

Voraussetzung für eine Rentenrevision ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes und damit eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen (vgl. vorstehend E. 1. 1 ). 5.2

Die am 27. Dezember 2011 (Urk. 10 / 98 ) verfügte ursprüngliche Rentenzusprache erfolgte aufgrund eines polymorbiden Beschwerdebildes bei Vorliegen einer schweren koronaren 3-Gefässerkrankung, einer Hemisymptomatik links sowie eines metabolischen

Syndroms (vgl. vorstehend E. 3.2-6). Aufgrund der Polymorbidität mit umfangreichen internistischen Erkrankungen wurde der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. vorstehend E. 3.6-7).

Die Gutachter des Y. \_\_\_ stellten im Jahr 2016 im Wesentlichen die gleichen Diagnosen und stellten ebenfalls eine ausgesprochene Polymorbidität fest (vgl.

vorstehend E. 4.2). 5.3

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (vgl.

Urteil des Bundesgerichts 8C\_29/2014 vom 25. Juni 2014 E. 3.2 mit Hinweisen).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt haben.

Ein Sachverständiger kann die betreffende Entwicklung regelmässig nicht aus eigener Wahrnehmung beschreiben (ausser er sei schon als Vorgutachter tätig gewesen). Daher ist es erforderlich, dass er sich, soweit verfügbar, mit den Fakten fundiert auseinandersetzt, wie sie sich aus den für den früheren Entscheid massgebenden medizinischen Vorakten ergeben. Dem Gutachten, welches die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, fehlt die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die Schlussfolgerungen, welche auf der Grundlage der vom Sachverständigen selber erhobenen Befundtatsachen gezogen worden sind, an sich einleuchten und vom Rechtsanwender prüfend nachvollzogen werden können. Diesem Beweiswertkriterium kommt

hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen in Revisionsfällen - mit Blick auf deren vergleichende Natur - eine besondere Bedeutung zu. Die spezifischen Anforderungen müssen sich im Rahmen der Fragestellung zuhanden des Gutachters niederschlagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_29/2014 vom 25. Juni 2014 E.

#### **E. 8**

).

#### **E. 10**

/174). Die dagegen beim Sozialversicherungsgericht erhobene Beschwerde (Urk. 10/177/3) wurde mit Urteil IV.2015.00770 vom 22. Februar 2016 gutgeheissen und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen (Urk. 10/182).

Im Rahmen der weiteren Abklärungen der medizinischen und erwerblichen Situation holte die IV-Stelle unter anderem beim Begutachtungsinstitut Y.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 8. November 2016 erstattet wurde (Urk. 10/205). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren

(Urk. 10/210;

Urk. 10/213, Urk. 10/216, Urk. 10/225, Urk. 10/228) sowie Abklärungen vor Ort (Urk. 10/250) sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügungen vom 11. Oktober 2018 eine ganze Rente für den Monat September 2015 zu und setzte die bisher ausgerichtete Rente ab 1. Oktober 2015 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 45 % auf eine Viertelsrente herab (Urk. 10/263-264, Urk. 10/259 [Verfügungsteil 2] = Urk. 2, Urk. 3/3). 2.

Die Versicherte erhob am 2. November 2018 Beschwerde gegen die Verfügungen vom 11. Oktober 2018 (Urk. 2, Urk. 3/3) und beantragte, diese seien aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, der Beschwerdeführerin rückwirkend seit dem 1. Oktober 2015 sowie weiterhin eine ganze Rente auszurichten, eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung des Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, subeventuell sei der Beschwerdeführerin die ganze Rente erst per 1. Januar 2017 auf eine Viertelsrente herab zusetzen (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 20. November 2018 (Urk. 6) reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen zu den Akten (Urk. 7/1-2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 10. Dezember 2018 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 22. Januar 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 15**

Dezember 2009

- unter OAK, aktuell entgleister INR-Wert (4.4 am 26. April 2010)

- Hemisymptomatik links November 2009 - PEG- Sondeneinlage

1. Dezember 2009 bis ca. Mitte Februar 2010 - metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ 2 (HbA1c 9.3 % am 17. Juni 2010) - arterielle Hypertonie - Dyslipidämie

- Adipositas

31,8

kg/m<sup>2</sup> Bei der Untersuchung habe der chronisch verschlossene RCA nicht rekanalisiert werden können. Bei der Intervention sei es zur Dissektion der distalen RCA gekommen (S. 2 oben). Nach dem Herzinfarkt und komplikationsreicher ACBP-OP sei die Beschwerdeführerin zur stationären und nachträglich ambulanten Rehabilitation überwiesen worden. Es bestehe unverändert eine Dyspnoe, die nach steigen von acht Treppenstufen oder 500 m Geradeauslaufen auftrete. Die Beschwerdeführerin berichte über eine starke Leistungsminderung mit vermehrter Müdigkeit und Kraftlosigkeit, mit sogar einzelnen Episoden von Stürzen bei Kraftlosigkeit. Zudem sei vor zwei Monaten eine einmalige Synkope in der Badewanne mit orthostatischem Schwindel aufgetreten, jedoch bestehe aktuell nach Medikation tenanpassung kein Schwindel mehr. Ende März sei die Beschwerdeführerin gestürzt (Kraftlosigkeit) mit Kopfbläsion, welche aktuell abgeheilt sei. Zudem bestehe seit der ACBP-OP eine Druckdolenz der Brustnarbe und ein Taubheitsgefühl an den Brüsten sowie kalte Füße und ziehende Schmerzen in den Zehen beidseits (S. 3 oben).

#### **E. 17**

ATSG aus scheidet.

Dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach der Begutachtung durch das Y.\_\_\_\_ in revisions rechtlich relevanter Weise verbessert hat, ergibt sich auch aus den nach der Begutachtung im Jahr 2016 eingegangenen Berichten nicht (vgl. Urk. 3/7, Urk. 7/2, Urk. 10/224, Urk. 10/237, Urk. 10/243).

Sodann ergibt auch der Vergleich der beiden Abklärungsberichte der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt vom 30. August 2011 (Urk.

10/80) mit dem vom 5. Februar 2018 (Urk. 10/250)

bei gleich gebliebenem Gesundheitszustand und gleich gebliebener Qualifikation trotz von der Abklärungsperson

tiefer ermittelten Einschränkung im Haushalt keine wesentliche und tatsächliche Änderung in den einzelnen Haushaltsbereichen. Weshalb die Einschränkung in der Haushaltsführung, der Ernährung, der Wohnungspflege und im Bereich „Verschiedenes“ trotz Auszug der schon damals erwachsenen Tochter geringer sein soll als im Vorbericht, ist nicht ersichtlich und lässt sich auch aus den jeweiligen Ausführungen zu den Teilbereichen nicht entnehmen, weshalb sich auch daraus keine revisionsrechtlich relevante Veränderung ergibt. 5.7

Von einer zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen und rechtskräftigen Rentenzusprache (Art. 53 Abs. 2 ATSG) kann ferner ebenfalls nicht ausgegangen werden. Dies wird im Übrigen auch nicht geltend gemacht. Auch wenn möglich erweise im Licht der heutigen, strengeren Rechtsprechung ein ähnlich gelagerter Fall aktuell anders entschieden würde, ergeben sich aus den Akten keine Hinweise darauf, dass die Diagnosestellung oder die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit offensichtlich unrichtig gewesen wären. 5.8

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin (rückwirkend) weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten. 6. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 9 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Partei kosten.

Mit Honorarnote vom 21. Dezember 2018 ( Urk. 12 ) machte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Aufwand von total 8 Stunden und 55 Minuten sowie Barauslagen von Fr. 23.30 geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses ( § 34 Abs. 3 GSVGer ) als angemessen, weshalb die Prozessentschädigung unter Berücksichtigung des massgebenden Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwert steuer) auf insgesamt Fr. 2'138.10 (inkl. Barauslagen und MWSt ) festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügungen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. Oktober 2018 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 9 00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'138.10 (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Grossen - 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 Der Gerichtsschreiber Mosimann P. Sager

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