

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00710 vom 3. Dezember 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00710

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00710 du 3 décembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00710 del 3 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1

0. Februar 2005

sprach sie der Versicherten rückwirkend ab

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts , ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Fol gen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbs unfähig keit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einer seits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nach weis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweis losigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.3

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.4

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). 1. 5

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. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision 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 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 revisionsrechtlichen 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). 1. 6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die

Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtene n Verfügung vom 6. September 2019 , der Beschwerdeführerin sei ihre angestammte Tätigkeit als Sachbearbeiterin gemäss dem interdisziplinären B.____ -Gutachten nach wie vor unzumutbar. Gemäss Gutachten könne sie jedoch ab dem Begutachtungszeit punkt eine leidensangepasste Tätigkeit mit einem Pensum von 75 % ausüben (Urk. 2 S. 1). Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei keine dauerhafte Ver schlechterung durch die Spondylodese der Lendenwirbelsäule gegeben (Urk. 2 S. 2 f.). Es sei von einer somatisch begründeten, vorübergehenden Arbeits un fähigkeit vom 14. Mai 2017 bis 5. Februar 2018 auszugehen. Danach bestehe – wie zuvor – eine 70-80%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten . Die Beschwerdeführerin könne zwar als voll erwerbstätig qualifiziert werden, jedoch bleibe es bei der 80%igen Anstellung ohne Aufgabenbereich . Weil die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit seit dem Jahr 2002 nicht mehr aus geübt habe, werde betreffend das Valideneinkommen auf die Tabellenwerte des Bundesamtes für Statistik abgestellt (Urk. 2 S. 3). Nach durchgeführtem Ein kom mensvergleich ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 38.4 %, weshalb für die Zukunft kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2 S. 4). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, b ei ihr lägen zahlreiche, in Wechselwirkung stehende Erkrankungen vor, die sich auf ihre Arbeitsfähigkeit in einem weitaus höheren Mass auswirken würden, als von der Beschwerdegegnerin angenommen. Dem B.____ -Gutachten könne nicht ge folgt werden, da es sich mit den anderslautenden medizinischen Berichten nicht genügend auseinandersetze, aber auch deshalb, weil seit 2016 eine Verschlech terung der Situation eingetreten sei . So habe eine depressive Entwick lung statt gefunden (Urk. 1 S. 20 f.) . Die Beschwerdegegnerin habe den U nter suchungs grundsatz verletzt (Urk. 1 S. 21). Eine gesamthafte Betrachtung ihres Lebens laufes lege ausserdem nahe, dass sie bei guter Gesundheit zu 100 % (wenn nicht mehr) arbeitstätig wäre. Dies sei auch der Fall gewesen, bevor sie wegen ihren Beschwerden ihr Pensum habe reduzieren müssen (Urk. 1 S. 21 f.). Beim Validen einkommen sei das Einkommen bei Rentenzusprache

heranzuziehen und nicht ein fiktive r Tabellenlohn (Urk. 1 S. 23). Bei korrekter Ermittlung des Validenein kommens ergebe sich auch bei der bestrittenen Annahme einer 75%igen Arbeits fähigkeit weiterhin ein Anspruch auf eine halbe Rente. Auch wenn man von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit ausgehe, könne ihr eine wirt schaftliche Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht zugemutet werden (Urk. 1 S. 24 f.). 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort zog die Beschwerdegegnerin ergänzend in Erwägung, b etreffend die psychische Situation würden sich im Gutachten Hinweise auf viele Freizeitaktivitäten ergeben. Dies deute auf zahlreiche Ressourcen hin und die klare Strukturierung des Alltags stehe im Widerspruch zu den Einschränkungen im erwerblichen Bereich . Sie, d ie IV-Stelle , berücksichtige bei Anwendung der LSE 2016, T17, bei keiner Person das Alter. Es werde auf den Durchschnittswert abgestellt (Urk. 9 S. 3). Beim Invalideneinkommen sei auf den Totallohn für sonstige Bürofachkräfte

und verwandte Berufe abzustützen (LSE 2016, TA17). Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 24 %. Da die Beschwerdeführerin zu 80 % erwerbstätig gewesen sei, fielen die restlichen 20 % in den Haushaltsbereich. Dort bestehe keine Einschränkung. Der Invaliditätsgrad liege unter 40 %, weshalb für die Zukunft kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 9 S. 4). 2.4

Replicando hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest und machte geltend, die Darstellung betreffend die angeblichen Freizeitaktivitäten treffe nicht mehr zu und diese würden ebenfalls keine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes belegen (Urk. 14 S. 3 f.). Es sei weiterhin vom ursprünglichen Validen einkommen auszugehen (Urk. 14 S. 7). 2.5

Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4).

Massgeblicher zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung bildet nach dem Gesagten die Verfügung vom 10. Februar 2005, mit welcher der Beschwerdeführerin eine halbe Rente zugesprochen wurde (Urk. 10/26). Die n Mitteilungen vom 4. Juli 2007 und 23. November 2010 lagen zwar ebenfalls umfassende Sachverhaltsabklärungen zugrunde. So holte die Beschwerdegegnerin Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte sowie jeweils eine Stellungnahme des RAD ein (Urk. 10/60/2 f., Urk. 10/67/2 f.). Allerdings übernahm die Beschwerdegegnerin jeweils den Einkommensvergleich aus dem Jahr 2004, ohne diesen – insbesondere mit Blick auf die angewandte gemischte Methode (Urk. 10/60/3, Urk. 10/68/3) – näher zu überprüfen, weshalb diese Mitteilungen nicht als Vergleichsbasis heranzuziehen sind. 3.

3.1

Der rentenzusprechenden Verfügung vom 10. Februar 2005 lag im Wesentlichen das Gutachten des A.____ vom 2. November 2004 in den Disziplinen Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie zugrunde. Damals nannten die Gutachter nach folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/21/18): - Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F48.0) mit mannigfachen Somatisierungstendenzen - Zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom

- Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung bei Status nach wahrscheinlichem Morbus Scheuermann thorakolumbal - Fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1 sowie beginnende Spondylarthrosen L4/S1 - Ausgeprägte muskuläre Dysbalance vom Schulter- und auch Beckengürteltyp bei allgemeiner muskulärer Dekonditionierung - Zunehmende Schmerzverarbeitungsstörung bei Chronifizierung mit unspezifischer Körperhalbseitendysästhesie rechts - Generalisierte muskuläre Dekonditionierung - Im Rahmen eines chronischen unspezifischen multilokulären Schmerzsyndroms (ICD-10 F52.8) - Diabetes mellitus Typ 2

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie ein metabo lisches Syndrom, eine substituierte Hypothyreose sowie den Status nach akuter Sarkoidose, Stadium II (Morbus Beck), fest (Urk. 10/21/18 f.).

Dazu führten sie aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine äusserst mannigfache subjektive Beschwerdesituation, wie dies in der Regel nur bei einer psychosomatischen Grundproblematik angetroffen werde. Es bestehe ein Mischbild, indem tatsächlich

verschiedene somatische Diagnosen festzustellen seien. Diese würden jedoch all die vielen subjektiven Probleme, vor allem hinsichtlich des Ausmasses der subjektiven Einschränkungen, nicht erklären.

Bezüglich der Beschwerden am Bewegungsapparat könne aus rheumatologischer Sicht einerseits ein chronisches, unspezifisches, multilokuläres Schmerzsyndrom festgestellt werden mit einer gewissen Fokussierung auf ein zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom. Es bestünde eine ausgeprägte muskuläre Dysbalance und fortgeschrittene degenerative Veränderungen L5/S1. Es seien jedoch keine radikulären Symptome vorhanden und die Beweglichkeit sei an sprechend. Aus rheumatologischer Sicht gebe es auch keine sicheren Hinweise auf eine chronisch-entzündliche Grunderkrankung, die am Beschwerdebild wesentlich beteiligt sei. Der Beschwerdeführerin sei mit Blick auf den Bewegungsapparat eine rein sitzende Tätigkeit ganztags zumutbar, dies mit einer Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund der Pausen, die über die reine Wechselbelastung hinausgingen. Eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin jedoch ohne Einschränkungen zumutbar (Urk. 10/21/19 f.).

Im Vordergrund stehe die psychiatrische Problematik. Bei der Beschwerdeführerin könne ein ausgeprägtes Erschöpfungssyndrom festgestellt werden, welches sich Ende der 90er-Jahre ausgebildet habe. Die Erschöpfungssymptomatik habe einen hohen Krankheitswert erreicht und die Beschwerdeführerin könne sich aus eigener Kraft nicht daraus befreien. Es bestehe in der ursprünglichen, verantwortungsvollen Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei sie in einer wenig verantwortungsvollen, nicht zu komplexen Tätigkeit ohne Hektik zu 50 % arbeitsfähig. Eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit könne ab dem 4. Februar 2002 angenommen werden. Ab jenem Zeitpunkt gelte auch die maximal 50%ige Zumutbarkeit für sehr leichte Arbeiten (Urk. 10/21/20).

In der Konsensbesprechung präsentiere sich eine Explorandin mit einem evidenten Erschöpfungssyndrom, die ausgeprägte Abwehrmechanismen (auf unbewusster Ebene) entwickelt habe und mit einer zunehmenden, mannigfaltigen Somatisierung darauf reagiere bzw. dies abwehre. Aufgrund der objektivierbaren Befunde bestehe eindeutig eine überwiegende Einschränkung aus psychiatrischer Sicht. Die bisherige verantwortungsvolle komplexe Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Eine psychiatrisch adaptierte, nicht komplexe und verantwortungsvolle Tätigkeit ohne Hektik könne ihr halbtags zugemutet werden; darin sei die Leistungseinschränkung bereits einbezogen (Urk. 10/21/20).

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin verfügungsweise als zu 80 % im Erwerb und zu 20 % im Haushalt tätig. Bei der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 %

in einer Verweistätigkeit ermittelte sie eine Einschränkung im Erwerbsbereich von 66 % . Gewichtet mit der Einschränkung im Haushaltsbereich von 0 % resultierte ein Invaliditätsgrad von 53 % (Urk.

10/27). 3.2

Im Rahmen der vorliegenden Rentenrevision erstattete das B.____ am 6. Oktober 2016 sein Gutachten in den Fachbereichen Psychiatrie, Orthopädie/Traumatologie, Neurologie und

Innere Medizin . Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) auf. Demgegenüber seien folgende Diagnosen ohne leistungseinschränkende Wirkung (Urk. 10/88/16) : - Wiederkehrende Schmerzen der HWS (Halswirbelsäule) mit geringer Bewegungseinschränkung, ohne Wurzelreizsyndrom, ohne neurologische Auffälligkeiten, ohne wesentliche Beeinträchtigung der Wirbelsäulenmuskulatur, bei nachgewiesenen degenerativen Veränderungen - Wiederkehrende Schmerzen der LWS (Lendenwirbelsäule), ohne neurologische Auswirkungen, ohne Bewegungseinschränkung, ohne Wurzelreizsyndrom, bei nachgewiesenen degenerativen Veränderungen, insbesondere des unteren Wirbelsäulenabschnittes L4/S1 - Schmerzen des rechten Schultergelenkes bei der endgradigen Bewegungsauslenkung im Sinne eines geringen sog. Impingementsyndroms - Unklarer Schwindel-Taumelschwindel, begleitende Kopfschmerzen, Tinnitus, Kribbelparästhesien (rechtes Gesicht), Differentialdiagnose (DD) vestibuläre Migräne, funktionell - Diabetes Typ 2, suboptimal eingestellt - Hypertonie, medikamentös ordentlich eingestellt - Adipositas (Body-Mass-Index [BMI] 34 kg/m²) - Hypothyreose, gut substituiert - Verdacht auf Colon irritabile - Tietze-Syndrom, manifest - Status nach Sarkoidose II 1983

In psychiatrischer Hinsicht führten die Gutachter im Rahmen der versicherungsmmedizinischen Gesamtbeurteilung aus, die Beschwerdeführerin beklage eine vermehrte Erschöpfbarkeit, die bereits seit 2002 bestehe. Im Jahr 2004 sei sie vom A. ___ begutachtet worden. Damals sei ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F48.0) diagnostiziert worden. Die damalige Diagnose sei auch aus heutiger Sicht noch gut nachvollziehbar. Zum Zeitpunkt der A. ___ -Begutachtung habe sich noch eine sehr ausgeprägte Erschöpfung gezeigt. Im damals erhobenen psychiatrischen Befund werde ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin hinsichtlich Konzentration, Auffassung und Gedächtnis objektiv nicht gestört gewesen sei. Sie habe allerdings müde gewirkt, teilweise habe sie lange und etwas schleppend gesprochen. Der Affekt sei etwas bedrückt gewesen, doch im Verhalten sei sie vordergründig sehr müde gewesen. Ein derartiges Bild habe sich im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Begutachtung bei Weitem nicht ergeben. Die Beschwerdeführerin habe in keiner Weise müde oder verhangen gewirkt. In Psychomotorik und Gesprächsaktivität sei sie eher lebhaft gewesen. Anamnestisch habe sie aber auch über eine vermehrte Erschöpfbarkeit berichtet, die nicht durchgängig sei. Es seien Tage geschildert worden, die offensichtlich völlig unauffällig seien, an anderen Tagen sei sie sehr müde und erschöpft und verbringe viel Zeit im Bett. Insgesamt werde eingeschätzt, dass durchaus noch eine neurasthenische Symptomatik vorliege, im Sinne einer vermehrten Erschöpfbarkeit nach geistigen und körperlichen Anstrengungen, aber nicht mehr im Ausprägungsgrad wie noch zum Zeitpunkt der A. ___ -Begutachtung. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung habe die Beschwerdeführerin auch relativ umfangreiche körperliche Beschwerden beklagt, diese seien jedoch nicht ausreichend organmedizinisch erklärbar. Aus psychiatrischer Sicht werde daher eingeschätzt, dass zum einen vermutlich eine relativ ausgeprägte Verdeutlichungstendenz vorliege, zum anderen finde sich bei der Neurasthenie gemäss ICD-10 in der Regel eine ganze Reihe von unangenehmen körperlichen Empfindungen. Die von der Beschwerdeführerin beschriebenen körperlichen Beschwerden dürften damit ein wesentlicher Teil der Neurasthenie sein. Es bestünden Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie Durchhaltefähigkeit. Die bis 2002 ausgeübte berufliche Tätigkeit in der Organisationsentwicklung sei aufgrund der ausgeprägten Neigung zur Selbstüberforderung und der beeinträchtigten Fähigkeit, Aufgaben zu strukturieren nicht mehr geeignet. Hier

betrage die Arbeitsfähigkeit 0 %. In einer leidensadaptierten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit deutlich höher und liege bei 70-80 % (Urk. 10/88/17).

Aus orthopädischer Sicht würden wiederkehrende Schmerzen der HWS, LWS und des rechten Schultergelenks vorliegen. Bei der klinischen Untersuchung seien sämtliche Gelenke mit Ausnahme des rechten Schultergelenks altersentsprechend frei beweglich gewesen. Die in den vergangenen Untersuchungen dokumentierten positiven Tenderpoints seien anlässlich der aktuellen Untersuchung nicht repro duzierbar gewesen (Urk. 10/88/17). Insgesamt hätten die von der Beschwerde führerin geschilderten Beschwerden auf dem orthopädisch-traumatologischen Fachgebiet nicht objektiviert werden können (Urk. 10/88/18). Aus orthopädischer Sicht könne die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als qualifizierte Sachbearbeiterin ohne Einschränkungen verrichten (Urk. 10/88/18).

Gemäss der neurologischen Gutachterin habe hinsichtlich der durch die Beschwerdeführerin geschilderten umfangreichen Beschwerden nie ein eindeutiges neurologisches Korrelat gefunden werden können. Vielmehr sei immer wieder der Verdacht auf funktionelle Beschwerden geäussert worden. Aus jetziger Sicht liessen sich die komplexe Symptomatik mit rechtsseitigen Gesichtsschmerzen, diffusen Kopfschmerzen und einer unklaren Schwindel- und Schwanke-symptomatik, die eher als Vibrieren empfunden werde, sowie die Zuckungen der rechten Körperseite nicht eindeutig einem neurologischen Korrelat zuordnen. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit quantitativ nicht eingeschränkt, eine neurologisch bedingte Arbeitsunfähigkeit ergebe sich nur beim Auftreten einer akuten Migränesymptomatik (Urk. 10/88/18).

Gemäss internistischem Teilgutachten ergebe sich durch die deutliche Adipositas eine verminderte Belastbarkeit für schwere körperliche Tätigkeiten. Weitere Einschränkungen ergäben sich nicht.

Zusammenfassend ergebe sich aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 0 % in der bisherigen Tätigkeit und von 70-80 % in einer adaptierten Tätigkeit gemäss psychiatrischem und orthopädischem Belastungsprofil. Als geeignet erachteten die Sachverständigen eine gut strukturierte, überwiegend sachbezogene Tätigkeit, ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit. Da die Versicherte aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur zur Selbstüberforderung neigt, sollte die Tätigkeit gut strukturiert und hinsichtlich der Arbeitsmenge klar begrenzt sein. In körperlicher Hinsicht seien nur noch körperlich leichte Tätigkeiten zumutbar. Die Arbeiten sollten wechselweise im Stehen, Gehen und vorzugsweise im Sitzen stattfinden mit der Möglichkeit der eigengewählten Positionswechsel. Nicht geeignet seien Tätigkeiten mit Wechselschicht, mit häufigem Bücken und Knien, mit Zwangshaltungen und Gerüst- oder Leitertätigkeiten (Urk. 10/88/18).

Während die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit der Begutachtung im A.____ durchgängig aufgehoben sei, sei der retrospektive Verlauf in Bezug auf eine leidensadaptierte Tätigkeit nur schwer einzuschätzen. Letztlich könne mit ausreichender Sicherheit nur festgestellt werden, dass ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung eine Arbeitsfähigkeit von 70-80 % vorliege (Urk. 18/88/19). Seit der A.____-Begutachtung sei eine Besserung eingetreten, wobei der genaue Zeitpunkt aufgrund der Aktenlage nicht feststellbar sei (Urk. 18/88/25). Betreffend die Veränderungen wurde auf die Epikrise im psychiatrischen Teilgutachten verwiesen (Urk. 18/88/26), welche vollumfänglich Eingang

in die Konsensbeurteilung gefunden hat (vgl. Urk. 18/88/33 f.). 4 . 4 .1

Die Beschwerdegegnerin stellte in ihrer rentenaufhebenden Verfügung vom 6. September 2019 auf das B.____ -Gutachten vom 6. Oktober 2016 ab , gemäss welchem sich

die psychische Situation seit der A.____ -Begutachtung verbessert habe

(Urk. 10/88/17). Die Gutachter

sahen die Arbeitsfähigkeit in einer leidens an gepassten Tätigkeit neu bei insgesamt 70-80 % (Urk. 10/88/17 f.). 4 .2

Soweit die Beschwerdeführerin gegen das psychiatrische Gutachten vorbringt, die Befunde der Gutachten aus den Jahren 2004 und 2016 seien dieselben (Urk. 1 S. 10) , kann ihr nicht gefolgt werden. Der begutachtende Psychiater setzte sich einlässlich mit dem zeitlichen Verlauf in psychischer Hinsicht auseinander . Gestützt auf seine überzeugende Begründung steht fest, dass die zum Zeitpunkt der A.____ -Begutachtung im Jahr 2004 festgehaltene, ausgeprägte Erschöpfung so wie die Müdigkeit und die teilweise schleppende Sprache anlässlich der B.____ -Begutachtung nicht mehr vorhanden waren . Dies korreliert mit der Befundaufnahme, anlässlich derer die Beschwerdeführerin in keiner Weise müde oder verhangen , sondern in Psychomotorik und Gesprächsaktivität eher lebhaft wirkte

(Urk. 10/88/34).

Daran ändert auch der Bericht des seit 2005 behandelnden Dr. med.

D.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. April 2017 nichts. Dieser erklärte, die gutachterliche Wiedergabe der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin, wonach es gute und schlechte Tage gebe, sei wahrheitsfern und bagatellisierend (Urk. 10/99/4) . Die Beschwerdeführerin führte dies bezüglich allerdings anlässlich der Begutachtung selbst aus, etwa drei Tage in der Woche seien gut und vier schlecht. An den guten Tagen sei es ihr beispielsweise möglich, Sport zu treiben, zu lesen und sich mit Freunden zu treffen (Urk. 10/88/29).

Im Übrigen begründete der Gutachter, dass die von Dr. D.____ schon im Bericht vom 19. September 2010 gestellte Diagnose der hyperaktiv-hypomanischen bipolaren affektiven Störung (Urk. 10/66/6) nicht nachvollziehbar ist , da weder bei der eigenen Untersuchung noch im Rahmen der A.____ -Begutachtung Hinweise auf durchgemachte hypomanische oder gar manische Episoden vorhanden waren ; überdies wäre laut dem begutachtenden Psychiater bei Vorliegen einer solchen Störung die Etablierung einer medikamentösen Rezidivprophylaxe durch den behandelnden Psychiater zu erwarten gewesen (Urk. 10/88/37) , welchem Vorhalt Dr. D.____ nicht widersprach (Urk. 10/99).

Die erhobene Verdeutlichungstendenz korreliert insbesondere mit der neurologischen und orthopädischen Feststellung, wonach die Beschwerden nicht objektivierbar waren (Urk. 10/8/48, Urk. 10/88/56) . Damit im Einklang steht, dass der Rentenanspruch allein auf psychischen Leiden gründete und nie von einem eindeutigen neurologischen Korrelat für die angegebenen Beschwerden die Rede war.

Vor diesem Hintergrund leuchtet die Schlussfolgerung der B.____ -Gutachter ein , dass aus neurologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten besteht (Urk. 10/88/56 f.).

In dem MRI aus dem Jahr 2015 wurde zwar eine Zunahme der kleinfleckigen Gliose des supratentoriellen Marklagers und eine beginnende partielle empty sella fest gestellt und darauf hingewiesen, dass dieser Befund mit einer intrakraniellen Hypertension vereinbar sei (Urk. 10/74/16). Allerdings konnten in den nach folgenden neurologischen Abklärungen nie fokale Defizite gefunden werden (Urk. 10/88/56). Die Schwindel-Beschwerden wurden denn auch anlässlich der interdisziplinären Sprechstunde des E.____

vom 3. Dezember 2015 mit den Nackenverspannungen in Verbindung gebracht und es wurde auf eine zervikogen-getriggerte

Migräne hingewiesen (Urk. 10/74/23). Auch im ambulanten Kurzbericht des F.____ vom 3. Oktober 2015 wurden die Kopfschmerzen am ehesten einer Migräne ohne Kopfschmerzen zugeordnet (Urk. 10/74/19).

Gestützt auf die Ausführungen der Neurologin des B.____ ist damit davon auszugehen, dass am ehesten eine zervikogen-getriggerte Migräne vorliegt (Urk. 10/88/56). Was die geltend gemachten Zuckungen des Gesichts und den Gesichtsschmerz angeht (Urk. 1 S. 15), so hielten die Behandler der Sprechstunde für Schwindel diese unter «unklarer Genese» fest (Urk. 10/74/22). Ausserdem ist nicht ersichtlich, respektive macht die Beschwerdeführerin nicht geltend, inwiefern die Gesichtszuckungen sie in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen sollten.

Schliesslich vermag die Beschwerdeführerin auch mit ihren Einwendungen gegen das orthopädische Gutachten nicht durchzudringen. Sie hält zwar zutreffend fest (Urk. 1 S. 17), dass bereits das A.____-Gutachten den fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen im Sinne eines zervikal- und lumbalbetonten Panvertebralsyndroms Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zumass, dies indes lediglich für eine rein sitzende Tätigkeit und nur im Umfang von 20 %

(Urk. 10/21/18). Allerdings hielten die Gutachter damals schon fest, dass der Beschwerdeführerin eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Einschränkungen möglich sei (Urk. 10/21/19 f.).

Dies entspricht auch weitgehend dem anlässlich der B.____-Begutachtung definierten Belastungsprofil aus orthopädischer Sicht (Urk. 10/88/48).

Im Weiteren vermochten auch die Sachverständigen des A.____ weder eine radikuläre Symptomatik, noch eine chronisch-entzündliche Grunderkrankung oder eine massgebliche Bewegungseinschränkung auszumachen und sie fanden für das Ausmass der subjektiven Probleme keine Erklärung. Sie wiesen vielmehr auf eine psychosomatische Grundproblematik und ein unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom hin und stellten die psychiatrische Problematik in den Vordergrund (vorstehend E. 3.1). Dies stimmt mit der Einschätzung der Experten des B.____ überein, wonach aus somatischer Sicht die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit nicht eingeschränkt ist.

Die orthopädische Feststellung, wonach die Beschwerden zum Begutachtungszeitpunkt nicht hätten objektiviert werden können, deckt sich

damit, dass die Beschwerdeführerin sich im Untersuchungszimmer nahezu ohne Einschränkungen bewegte (Urk. 10/88/47 f.). 4.3

Nach dem Gesagten erfüllt das B.____ -Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten, weshalb darauf abzustellen ist. Der psychiatrische B.____ -Gutachter setzte sich sodann mit den Standardindikatoren auseinander (vgl. Urk. 10/88/ 35-36). Seine Beurteilung ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen . Soweit die Beschwerdegegnerin von der festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen gedenkt (Urk. 9 S. 3) , käme dies wohl einer nicht mehr zulässigen juristischen Parallelüberprüfung gleich (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.3 und 143 V 418 E. 6) , was hier indes nicht abschliessend zu prüfen ist .

Zusammengefasst ist erstellt, dass sich die psychische Situation der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung im Juli/August 2016 im Vergleich zum Zeitpunkt der A.____ -Begutachtung im Jahr 2004 verbessert hat . Damit liegt ein Revisionsgrund vor und der Rentenanspruch ist in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. E. 1.5). Gestützt auf das beweiskräftige B.____ -Gutachten ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit Juli/August 2016

in einer leidens angepassten Tätigkeit wieder zu 70-80 % respektive zu 75 % (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_730/2012 vom

4. Juni 2013 E. 4.2) arbeitsfähig war.

Gründe , die gegen eine Verwertbarkeit dieses Restarbeitsfähigkeit sprechen, sind nicht ersichtlich .

5 . 5 . 1

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision ist die Methode der Invaliditätsbemessung (Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im

Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4). 5 .2

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin bei der Renten zusprache - wie gesagt - als zu 80 % erwerbstätig und zu 20 % im Haushalt tätig . Anlässlich der Rentenaufhebung blieb die Beschwerdegegnerin bei dieser Qualifikation (Urk. 2 S. 2, Urk.

E. 4

. Februar 2003 bei einem mittels gemischter Bemessungsmethode ermittelte n Invaliditätsgrad von 53 % eine halbe Rente zu (Urk. 10/ 27 , Urk. 10/32).

E. 7

). Daraufhin tätigte die IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen, zu welchen die Versicherte am 11. April 2018 Stellung nahm (Urk. 10/1 32). Am 11. Juli 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, es seien aufgrund ihres Gesundheits zu standes keine Eingliederungsmassnahmen möglich (Urk. 10/154).

Nachdem die IV-Stelle abermals Bericht e zu den Akten genommen hatte , holte sie eine abschliessende Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD)

vom 2. März 2019 ein und teilte der Versicherten am 1. Juli 2019 wiederum mit, es seien keine Eingliederungsmassnahmen möglich (Urk. 10/224/10 , Urk. 10/211). Nach Eingang weitere r Berichte verfügte die IV-Stelle schliesslich a m 6. September 2019 im angekündigten Sinne und stellte die Rente bei einem Invaliditätsgrad von 3 8.4 % auf Ende des der Zustellung folgenden Monat s ein (Urk. 10/225 = Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 9. Oktober 2019 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr weiterhin die gesetzlichen Leistungen, insbesondere min des tens eine halbe Rente, zu gewähren (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Dezember 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Mit Replik vom 10. März 2020 er neuerte

die Beschwerde führerin ihr Rechtsbegehren (Urk. 14). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 6. April 2020 auf das Einreichen einer Duplik, was der Beschwerdeführerin am 8. April 2020 mitgeteilt wurde (Urk. 17, Urk. 18).

Mit Verfügung vom 15. Oktober 2020 wurde die Pensionskasse Stadt Zürich zum vorliegenden Verfahren beil ge laden (Urk. 19). Diese verzichtete am 27. Oktober 2020 auf eine Stellung nahme (Urk. 22) . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

) anzupassen (Zeitpunkt der Anpassung des Rentenanspruchs , vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_486/2019 vom 18. September 2019 E. 7.4) . Da raus ergibt sich ein massgebliches Validen einkommen von gerundet Fr.

E. 12

7'548.-- (Fr. 106'143.75.-- / 2296 x

2759, vgl. Entwicklung der Nominal lö hne, Bundes amt für Statistik, T 39, Frauen) . 6 .2

Beim Invalideneinkommen stellte die Beschwerdegegnerin auf die Tabellenlöhne der LSE 2016, T17, Ziffer 44 (sonstige Bürofachkräfte und verwandte Berufe, Frauen Total) ab (Urk. 2 S. 3, Urk. 9 S. 4), was von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet wurde und zulässig ist, wenn dies – wie im vorliegenden Fall – eine genauere Festsetzung des Invalideneinkommens erlaubt und der versicherten Per son der öffentliche Sektor auch offensteht (Urteil des Bundesgerichts 8C_212/2018 vom 13. Juni 2018 E. 4.4.1 mit weiteren Hinweisen), was bei der Beschwerdeführerin der Fall ist.

Allerdings ist nicht einzusehen, weshalb die Beschwerdegegnerin das Total und nicht die Kategorie Lebensalter über 50 her angezogen hat, wo ein Lohn von Fr. 5'856.-- (statt Fr. 5'671.--) ausgewiesen ist. Diese Frage kann offen bleiben, da die Annahme eines höheren Lohnes am Er gebnis nichts ändern würde.

Angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T03.02, Total Ziff. 1-96) und die Nominallohnentwicklung, resultiert für das Jahr 2019 ein Invalideneinkommen von gerundet Fr. 72'254.-- (Fr. 5'671.--

/ 40 x 41.7 x 12 / 2709 x 2759) respektive Fr. 54'190.50 in einem zumutbaren 75 %-Pensum. Ausgehend von Fr. 5'856.-- würde ein Invalideneinkommen von Fr. 55'958.-- (Fr. 5'856.

/ 40 x 41.7 x 12 / 2709 x 2759 x 75 %) resultieren. Gründe für einen Abzug vom Tabellenlohn sind vorliegend nicht ersichtlich. 6 .3

Es resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 73'357.50 (Fr. 127'548.-- ./ Fr. 54'190.50) beziehungsweise von Fr. 71'590.-- (Fr. 127'548.-- ./ Fr.

55'958.) und damit ein Invaliditätsgrad von 57.5 % respektive von 56.1 %. Da die Beschwerdeführerin Teilerwerbstätige in einem Pensum von 80 % ohne Auf gabenbereich ist, ist der ermittelte Invaliditätsgrad proportional um den Fak tor des Pensums zu gewichten (vgl. BGE 142 V 290 E. 7.3). Daraus ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 46 % (57.5 % x 0.8) beziehungsweise 45 % (56.1 % x 0.8).

Aufgrund des Gesagten hat die Beschwerdeführerin auch ab dem Zeitpunkt der Begutachtung im Juli/August 2016 und unter der Annahme einer 75%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit Anspruch auf eine Vier tel s r ente . 7 .

7 .1

Zu prüfen ist schliesslich, ob das B.____-Gutachten auch im zeitlichen Verlauf beziehungsweise im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 6. September 2019 noch beweiskräftig ist. Die Beschwerdegegnerin macht diesbezüglich geltend, es seien neue, wesentliche Einschränkungen eingetreten (Urk. 1 S. 21). Nach der Begutachtung im Juli/August 2016 sind insbesondere die nac h folgenden Berichte aktenkundig. 7 .2

Dem Austrittsbericht der I.____ vom 9. Dezember 2016 lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin dort vom 15. November bis 9. Dezember 2016 hospitalisiert war. Die Behandler stellten unter anderem die Diagnose eines akuten lumboradikulären

Reizsyndroms S1 links (MRI LWS vom 27. Dezember 2012: mässig bis schwere Osteochondrose L5/S1 mit Endplattenveränderung, Diskusprotrusion L5/S1, leichte bis mässige Facettengelenksarthrose L4/5). Dazu ergänzten sie, die Beschwerdeführerin sei ihnen aufgrund des akuten lumboradikulären Reizsyndroms notfallmässig zugewiesen worden (Urk. 10/99/7). Unter etablierter Therapie habe eine Schmerzregredienz von 60 % erzielt werden können (Urk. 10/99/10).

In der Folge hielten die Behandler der I.____ mit Bericht vom 7. März 2017 unverändert eine linksbetonte L5- und S1-Radikulopathie sowie eine ältere L5-Radikulopathie rechts und eine Lumbalgie bei massiver Segmentdegeneration L5/S1 mit bilateraler Foramenstenose fest. Im MRI-Bericht vom 3. März 2017 werde zudem auf einen totalen Kollaps der Bandscheibe mit Foramenstenosen beidseits hingewiesen (Urk. 10/102/1). Bei ausgeschöpfter konservativer Therapie sei die Operation im Sinne einer Dekompression der Nervenwurzel L5 beidseits, S1 links und einer Spondylodese L5/S1 indiziert (Urk. 10/102/2). In einem weiteren MRI-Bericht vom 26. April 2017 zeigten sich sodann eine Spondylarthrose C2/C3 links mit foraminaler Enge und möglicher Kompression der Wurzel C3 links sowie eine Spondylarthrose C4/C5 rechtsbetont mit möglicher Affektion der Wurzel C5 rechts (Urk. 10/102/6).

Gemäss Austrittsbericht der I.____ vom 26. Mai 2017 wurde bei der Beschwerdeführerin am 15. Mai 2017 eine Spondylodese durchgeführt. Nach einer postoperativen Hämatomausräumung am 20. Mai 2017 habe die Beschwerdeführerin über eine deutliche Besserung der präoperativen Symptomatik berichtet (Urk. 10/105/1). 7.3

Vom 25. Mai bis 14. Juni 2017 befand sich die Beschwerdeführerin in der C.____. Dem Austrittsbericht vom 22. Juni 2017 lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am Austrittstag über eine starke Schmerzzunahme im Bereich der untersten Brustwirbelsäule (BWS) dorsal mit Ausstrahlung nach ventral und sternal beidseits nebst den bekannten Schmerzen im linken Bein lateral mit Schwäche und Steingefühl unter dem linken Fussballen klagte. Die aktuelle Symptomatik sei als entzündliche Schmerzkomponente des myofaszialen Schmerzmusters zu sehen. Die Beschwerdeführerin sei in stabilem Zustand nach Hause entlassen worden (Urk. 10/109/2). Sie sei bis mindestens 27. Juni 2017 zu 100 % arbeitsunfähig, danach gemäss Beurteilung des Operateurs (Urk. 10/109/3). 7.4

Gemäss Bericht der I.____ vom 12. Februar 2018 zeigt es sich in der durchgeführten Bildgebung keine wesentliche Affektion der Nervenwurzel S1. Das Segment sei praktisch durchbaut und es bestehe keine abgrenzbare Neuromkompression. In der neurophysiologischen Untersuchung bestehe keine floride

Radikulopathie. Die Beschwerdeführerin sei aktuell in Behandlung bei ihrem Schmerztherapeuten. Eine Arbeitsunfähigkeit werde bis zum nächsten Termin (Ende Februar 2018) attestiert. Eine Verlaufskontrolle sei nicht unmittelbar vereinbart worden. Die Beschwerdeführerin werde zur Jahreskontrolle aufgeboten (Urk. 10/126/2). Im MRI-Bericht vom 5. Februar 2018 zeigten sich ausgeprägte narbige Veränderungen im Neuroforamen L5/S1 links bei Status nach Neurolyse, eine erneute Nervenwurzelaffektion könne nicht ausgeschlossen werden. Neu finde sich eine leichtgradige Rezessusstenose L4/L5 links mit Diskuskontakt zur Nervenwurzel L5 sowie eine bilaterale Spondylarthrose L4/L5 (Urk. 10/131/7).

Laut Bericht der I.____

vom 5. Januar 2018 wurde vom 14. Mai 2017 bis 5. Februar 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Urk. 10/120/7). 7 . 5

In ihrer Stellungnahme vom 24. Februar 2018 erklärte RAD-Ärztin Dr. med.

J.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, es seien keine grundlegend neuen Diagnosen vorhanden. Die Operation sei aufgrund der bekannten degenerativen Veränderungen der unteren LWS indiziert worden. Alle bisher vorliegenden objektiven Befunde würden für eine erfolgreiche Operation ohne sensomotorische Defizite sprechen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei eine dauerhafte Verschlechterung durch die Operation nicht wahrscheinlich (Urk. 10/224/6).

Daraufhin legte die Beschwerdeführerin den Bericht der I.____ vom 12. Februar 2018 dem RAD-Arzt Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vor. Am 25. April 2018 hielt er mit Verweis auf die frühere Stellungnahme von Dr. J.____ fest, gemäss Rücksprache mit dem

I.____ sei der Beschwerdeführerin dort eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 28. Februar 2018 attestiert worden. Somit könne wohl eine vorübergehende so matisch begründete Arbeitsunfähigkeit vom 14. Mai 2017 bis zum 5. Februar 2018 anerkannt werden. Danach sei aber wieder – wie zuvor – eine 70-80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gegeben (Urk. 10/224/8). 7 . 6

Mit Bericht der Neuro-Urologie der I.____ vom 10. November 2018 führten die Behandler aus, aus neuro-urologischer Sicht bestünden eine neurogene Harnblasen- und Darmfunktionsstörung sowie chronische Beckenschmerzen, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben könnten (Urk. 10/185/7). Die Arbeitsfähigkeit könne durch eine weitere Beschwerdeverbesserung durch die neuromodulative Therapie positiv beeinflusst werden (Urk. 10/185/8). 7 . 7

Am 12. Dezember 2018 berichteten wiederum die Behandler der I.____. Dabei nannten sie als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Status nach mikrochirurgischer Dekompressions- Laminotomie und Facettektomie links L5/S1 und Neurolyse L5 und S1 links, einer Spondylodese L5/S1, einer interkorporellen Fusion von links, sowie einer Hämatomausräumung am 20. Mai 2017. Ferner hätten der Diabetes mellitus sowie die arterielle Hypertonie und der Status nach Löffgren-Syndrom, Erstdiagnose 1983, eine leistungsmindernde Wirkung. Der Gesundheitszustand sei stationär (Urk. 10/183/4). In der aktuellen Bildgebung zeige sich kein klares bildmorphologisches Korrelat für die Klinik. Entsprechend seien seit dem 5. Februar 2018 keine weiteren Kontrollen durch die Wirbelsäulenchirurgie durchgeführt worden (Urk. 10/183/5). 7 . 8

Am 2. März 2019 führte RAD-Ärztin Dr. J.____ unter Hinweis auf die Berichte der I.____ vom 12. Dezember 2018 sowie den Austrittsbericht der L.____ vom 12. Oktober 2018 aus, seitens der Sarkoidose könne keine dauerhafte Verschlechterung nachgewiesen werden. Insgesamt seien keine wesentlichen Veränderungen ausgewiesen und es sei an den vorangegangenen Stellungnahmen festzuhalten (Urk. 10/224/10). 7 . 9

Dem MRI-Bericht vom 17. April 2019 lassen sich eine unveränderte Spondylodese L5/S1 mit narbigen Veränderungen im linken Neuroforamen und eine konstante leichte Einengung des rechten Neuroforamens entnehmen. Es bestehe eine weitgehend unveränderte postoperative Veränderung posterior an grenzend an die Spondylodese. Diese sei bildmorphologisch nicht infektsuspekt. Im epifusionellen Segment L4/L5 zeige sich eine

zunehmende Degeneration mit pro gradient schwerer Facettendegeneration und progredientem Baastrup -Zeichen. Ferner seien lediglich eine minimale zentrale Spinalkanalstenose und leichte Foramenstenose L4/L5 beidseits zu erkennen. Die Veränderungen im rechten Iliosakralgelenk seien passend zu den leichten mechanisch-degenerativen Veränderungen ohne Hinweise auf eine Sakroilitis (Urk. 10/203/3). 7 . 10

Die Beschwerdeführerin befand sich schliesslich vom 12. Juni bis 21. August 2019 zur stationären Behandlung in der M.____. Mit Bericht vom 11. Juli 2019 nannten die Behandler eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) sowie weitere somatische Diagnosen als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/216/4). Die Beschwerde führerin sei in Bezug auf alle Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig , solange sie in der Klinik bleibe (Urk. 10/216/2). S ie habe sich wach, allseits orientiert, in Auf fassung, Konzentration und Merkfähigkeit leichtgradig eingeschränkt präsentiert. Formal sei sie eingeeengt auf ihre Situation und es bestünden keine inhaltlichen Denkstörungen, Wahnhalte oder Ich-Störungen. Im Affekt sei sie mittelgradig deprimiert, zudem habe sie eine Störung der Vitalgefühle, der Antrieb sei redu ziert. Schliesslich leide sie unter einer ausgeprägten Durchschlafstörung (Urk. 10/216/3).

Mit Austrittsbericht vom 21. August 2019 hielten die Behandler zusätzlich zur mittelgradigen depressiven Episode eine anamnestic bestehende Neurasthenie (ICD-10 F48.0) fest (Urk. 10/228/1). Dazu führten sie aus, die Beschwerdeführerin verlasse die Klinik in partiell remittiertem Zustand, der aber weiterhin als leicht bis mittelgradig depressiv zu bezeichnen sei. Hierzu trage auch die weitere Belas tung durch die körperlichen Probleme bei , samt der damit zusammen hängenden weiteren Abklärungs- und Behandlungstermine. Sollte sich nach Ent fallen der körperlichen Belastungen keine nachhaltige Besserung der psychischen Situation einstellen, solle trotz der schon sehr umfanglichen somatischen Medikation die Verordnung eines Antidepressivums erwogen werden (Urk. 10/228/5). Am 26. August 2019 wurde der Beschwerdeführerin nochmals eine Arbeitsunfähig keit bis zum 6. September 2019 attestiert (Urk. 10/221). 8 .

8 .1

Der orthopädische Gutachter ging betreffend die Rückenproblematik im Juli 2016 von wiederkehrenden Schmerzen im Bereich der HWS, LWS und des rechten Schultergelenks aus. Dabei wies er auf degenerative Veränderungen der HWS so wi e der LWS im Bereich L4/S1 , ohne Wurzelreizsyndrom, hin (Urk. 10/88/47) , wobei gemäss

A.____ -Gutachten aus dem Jahr 2004 ausserdem eine fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1 bestehe

(Urk. 10/88/6). Insgesamt kam er zum Ergebnis, dass die vorgebrachten Beschwerden orthopädisch- traumatologisch nicht hätten objektiviert werden können und die Beschwerdeführerin unter Einhaltung des beschriebenen Belastungsprofils voll leistungsfähig sei (Urk. 10/88/47 f.).

Bereits im Dezember 2016 wurde in der I.____ ein lumbo radikuläres Reizsyndrom fest gestellt , welches vom 1 5. November bis 9. Dezember 2016 stationär behandelt wurde (Urk. 10/99/7) und im weiteren Ver lauf seit der B.____ - Begutachtung wurden verschiedene degenerative Veränderungen ,

wie Spondylarthrosen und schwere Facettengelenksarthrosen L4/L5, objektiviert (Urk. 10/102/6, Urk. 10/203/3). Am 15. Mai 2017 wurde so dann eine Spondylodese mit anschliessender Rehabilitation bis Mitte Juni 2017 durchgeführt (Urk. 10/105/1, Urk. 10/109). Diese brachte jedoch keine nachhaltige Besserung der Beschwerden (Urk. 10/126/1).

Die Beschwerdeführerin bringt insofern berechtigterweise vor (Urk. 1 S. 16 ff.), dass seit der Begutachtung im Juli/August 2016 in somatischer Hinsicht neue, objektivierbare medizinische Befunde zum bisherigen Beschwerdebild hinzu getreten sind.

Allerdings ergeben sich keine Hinweise darauf, dass sich diese wesentlich

auf ihre Leistungsfähigkeit in einer behinderungsangepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, ohne Wechselschicht und unter Vermeidung von häufigem Bücken, Knien und Zwangshaltungen, Gerüst- und Leitertätigkeiten (Urk. 10/88/48) auswirken würden. Insbesondere ist den zeitnahen ärztlichen Unterlagen (Urk. 10/1021-6) nicht zu entnehmen, dass - ausser während der Zeit der Hospitalisation - eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hätte. Die Zeit des stationären Aufenthalts vom 15. November bis 9. Dezember 2016 bleibt revisionsrechtlich unbeachtlich, da keine mehr als dreimonatige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit und somit keine Verschlechterung im Sinne von Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) belegt ist.

Dem Bericht der I.____

vom Dezember 2018 ist im Weiteren zu entnehmen, dass in der Bildgebung kein klares bildmorphologisches Korrelat für die Klinik gefunden werden konnte, weshalb in der Folge keine weiteren Kontrollen durch die Wirbelsäulenchirurgie durchgeführt wurden (Urk. 10/183/5). Zudem wurde gemäss Telefonauskunft ab dem 5. respektive 28. Februar 2018 keine weitere Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert (Urk. 10/224/8), was mit dem Bericht vom 5. Januar 2018 korreliert (10/120/7).

Die vor Eintritt der Wurzelreizung im November 2016 weitgehend

subjektive Beschwerdesymptomatik berücksichtigte der orthopädische Gutachter bereits bei der Definition seines Belastungsprofils (Urk. 10/88/48). Der RAD -Arzt

sah aber immerhin eine vorübergehende, somatisch begründete volle Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit in der Zeit nach der Operation vom 14. Mai 2017 bis zum 5. Februar 2018 (Urk. 10/224/8). Dies anerkannte auch die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung und brachte in ihrer Beschwerdeantwort nichts Gegenteiliges vor (Urk. 2 S. 3, Urk. 9 S. 1 ff.).

Diese Einschätzung erweist sich als nachvollziehbar, zumal die Beschwerdeführerin sich nach der Spondylodese vom 14. Mai bis 22. Juni 2017 in der Rehabilitation befand und ihr die Behandler eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 5. Februar 2018 in der angestammten Tätigkeit attestierten (Urk. 10/120/7). Da seit dem 5. Februar 2018 keine Kontrollen in der Wirbelsäulenchirurgie des I.____

mehr durchgeführt wurden (Urk. 10/183/5), kann gemäss der Beurteilung des RAD -Arztes

(Urk. 10/224/8) spätestens seit dem 6. Februar 2018

wieder von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen werden.

Betreffend die Sarkoidose

ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach dem sechstägigen Spitalaufenthalt im Oktober 2018 in deutlich gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden konnte (Urk. 10/173/2). Die behandelnde Rheumatologin attestierte im Juni 2019 keine Arbeitsunfähigkeit und führte aus, es bestünden seitens der Sarkoidose

keine Hautveränderungen mehr und die Gelenke seien gut (Urk. 10/220/2). Angesichts dieser Sachlage ist eine gesundheitliche Verschlechterung seit Juli/August 2016 aufgrund der Sarkoidose nicht überwiegend wahrscheinlich.

Mit Bezug auf die neuro-urologischen Beschwerden ist schliesslich festzuhalten, dass die Behandler der I.____ eine Verbesserung der neuro-urologischen Situation statuierten und lediglich vermutungsweise äusserten, dass die neurogene Harnblasen- und Darmfunktionsstörung eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben könnte (Urk. 10/185/7). Auch sie attestierten der Beschwerdeführerin jedoch keine weitergehende Arbeitsunfähigkeit oder empfahlen zusätzliche, über eine TENS-Therapie hinausgehende medizinische Sofortmassnahmen (Urk. 10/185/8). Damit ist auch hinsichtlich der neuro-urologischen Symptomatik keine Verschlechterung seit der B.____-Begutachtung ausgewiesen. 8.2

In psychischer Hinsicht ist aktenkundig, dass sich die Beschwerdeführerin vom 12. Juni bis 21. August 2019 zur stationären Behandlung in der M.____ befand. Dort wurde eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) diagnostiziert (Urk. 10/216/4) und der Beschwerdeführerin

eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten vom 12. Juni bis 6. September 2019 attestiert (Urk. 10/216/2, Urk. 10/221). Wie es sich damit verhält, kann vorliegend allerding offenbleiben. Denn eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit wäre erst zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hätte (Art. 88a Abs. 2 IVV). Da die M.____ soweit ersichtlich keine über den 6. September 2019 hinausgehende Arbeitsunfähigkeit attestierte, ist die Drei-monatsgrenze im vorliegenden Fall knapp nicht erreicht. Weitere Ausführungen hierzu erübrigen sich daher. 9.

Aus den genannten Gründen ist für die Zeit ab

Juli/August 2016

von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und einem Invaliditätsgrad von 46 % beziehungsweise 45%

auszugehen. Für die Zeit vom 14. Mai 2017 bis 5. Februar 2018 ist von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit und dementsprechend von einem Invaliditätsgrad von 100 % auszugehen. Per 6. Februar 2018 bestand wiederum eine 75%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit und dementsprechend wiederum ein Invaliditätsgrad von 46 % beziehungsweise 45%.

Eine Verbesserung oder Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 1 und 2

IVV). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG). In Anwendung dieser Bestimmungen ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in Anbetracht der vom 14. Mai 2017 bis 5. Februar 2018 dauernden Erwerbsunfähigkeit vom 1. August 2017 bis 31. Mai 2018 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Damit ist auch Art. 88 bis

Abs. 1 lit. b IVV erfüllt, wonach die Erhöhung der Rente bei einer Revision von Amtes wegen frühestens von dem für diese vorgesehenen Monat an wirksam sein kann, da die Beschwerdegegnerin die Revision Ende 2015/Anfang 2016 eingeleitet hatte (Urk. 10/70 - 71). Einer rückwirkenden Rentenerhöhung steht daher nichts entgegen.

Gemäss Art. 88 bis

Abs. 2 lit. a IVV erfolgt demgegenüber die Herabsetzung einer Rente

sodann frühestens am ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats. Trotz der bereits im Juli/August 2016 eingetretenen gesundheitlichen Verbesserung fällt eine rückwirkende Rentenherabsetzung von vorn herein ausser Acht, wenn - wie hier - keine Meldepflichtverletzung im Sinne von Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV im Raum steht. Da die angefochtene Verfügung der Beschwerdeführerin am 10. September 2019 zugestellt wurde (Urk. 2 S. 1), ist die mit Verfügung vom 10. Februar 2005 zugesprochene halbe Rente per 1. November 2019 auf eine Viertelsrente herabzusetzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts B 25/2006 vom 28. November 2006 E. 4.3.4 f.).

Zusammengefasst hat die Beschwerdeführerin somit bis zum 31. Juli 2017 weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Rente. Vom 1. August 2017 bis 31. Mai 2018 hat sie Anspruch auf eine ganze Rente, hernach vom 1. Juni 2018 bis 31. Oktober 2019 wieder auf eine halbe Rente und ab 1. November 2019 besteht schliesslich noch ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 10.

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten.

Die am 22. Januar 1960 geborene Beschwerdeführerin war sowohl im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (6. September 2019, Urk. 2) als auch im Zeitpunkt, für welchen gutachterlich feststand, dass ihr die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit (erstmals) wieder zumutbar war (Oktober 2016, Urk. 10/88), über 55 Jahre alt. Daher fällt sie

grundsätzlich unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Personenkreis. Die Eingliederungsberatung der Beschwerdegegnerin schloss das Eingliederungsdossier am 9. Juli 2018 auf Grund der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin wieder (Urk. 10/155/1). Die entsprechende Mitteilung der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/154) blieb unwidersprochen, so dass nicht überwiegend wahrscheinlich erscheint, dass seitens der Beschwerdeführerin ein subjektiver Eingliederungswille vorlag. Die Beschwerdeführerin beantragte denn auch beschwerdeweise keine neuen Eingliederungsmassnahmen (Urk. 1 S. 2, Urk. 14).

Zudem fällt ins Gewicht, dass der Beschwerdeführerin in einer Verweistätigkeit stets eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar war. Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

invaliditätsfremden Gründen zuzuschreiben, dass sie im Jahr 2002 gänzlich aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist (Urk. 10/88/31). Im Jahr 2014 nahm sie sodann eine Coaching-Ausbildung auf und plante den Aufbau einer selbständigen Erwerbstätigkeit in diesem Bereich (Urk. 10/88/31). Dies zeugt trotz der langj ä hrigen Absenz vom Arbeitsmarkt von einer massgeblichen Agilität und Gewandtheit, weshalb der Schluss zulässig ist, die Beschwerdeführerin könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren

(Urteil des Bundesgerichts 8C_826/2018 vom 14. August 2019 E. 3.2.2.). 1 1 . 1 1 . 1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und

den Parteien entsprechend dem teilweisen Obsiegen je zur Hälfte (Fr. 500.--) aufzuerlegen. 1 1 . 2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer)

und sind vorliegend unter Berücksichtigung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- auf Fr. 2'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Obwohl dem Begehren der Beschwerdeführerin nur teilweise entsprochen wurde, hat ihr «Überklagen» den Prozessaufwand nicht wesentlich beeinflusst. Von einer Kürzung der Prozessentschädigung ist daher

abzusehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung

der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 6. September 2019

insofern abgeändert als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin bis zum 31. Juli 2017 Anspruch auf eine halbe Rente hat. Vom 1. August 2017 bis 31. Mai 2018 hat sie Anspruch auf eine ganze Rente, hernach vom 1. Juni 2018 bis 31. Oktober 2019 auf eine halbe Rente und ab 1. November 2019 hat sie Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer, unter Beilage einer Kopie von Urk. 22 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter

Beilage eine r Kopie von Urk. 22 - Pensionskasse Stadt Zürich - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Reiber

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