

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00172 vom 10. Juni 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00172](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00172)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00172 du 10 juin 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00172 del 10 giugno 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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.

### **E. 1.3**

Unabhängig von einem materiellen Revisionsgrund kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Überprüfung gebildet haben, zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn – was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft (BGE 119 V 475 E. 1c mit Hinweisen) – ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2, 138 V 147 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_819/2017 vom 13. Februar 2017 E. 2.2). Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhaltes (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_121/2017 vom 5. Juli 2018 E. 8.2).

Die Wiedererwägung nach Art. 53 Abs.

### **E. 2**

ATSG setzt voraus, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, folglich nur dieser einzige Schluss denkbar ist. In diesem Sinne qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung, wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln

beziehungsweise ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde (BGE 141 V 405 E. 5.2, 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweis). Gleiches gilt bei einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, insbesondere wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (vgl. Art. 43 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2017 vom 2.

August 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Soweit ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (BGE 141 V 405 E. 5.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_76 2/6/ 2016 vom 3. April 2017 E. 1.1.2 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung kann das Gericht eine zunächst auf Art. 17 ATSG gestützte Rentenaufhebung oder -herabsetzung gegebenenfalls mit der (substituierten) Begründung schützen, dass die ursprüngliche (bzw. die letzte auf einer umfassenden materiellen Prüfung beruhende, vgl. BGE 140 V 514, 133 V 108) Rentenverfügung oder Mitteilung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung sei (BGE 144 I 103 E. 2.2, 140 V 85 E. 4.2, 125 V 368 E. 2, je mit Hinweisen; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, R n 77 zu Art. 30–31).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 9. November 2017 (Urk. 2/ 2) im Wesentlichen, vorliegend sei im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen und somit ein Revisionsgrund gegeben. Da die Beschwerdeführerin gestützt auf das Gutachten der Z. \_\_\_ in der angestammten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei, werde auf einen Einkommensvergleich verzichtet. Die Erwerbseinbusse von 20 % entspreche dem IV Grad. Zum heutigen Zeitpunkt bestehe daher kein Anspruch mehr auf eine Rente der Invalidenversicherung (S. 3).

Die Beschwerdegegnerin führte weiter aus, die damalige RAD-Stellungnahme habe in keiner Weise den rechtsprechungsgemässen Kriterien entsprochen, um als beweistaugliche Grundlage für eine rechtmässige Beurteilung der Invalidität zu dienen. Zur Beurteilung hätte daher nicht ohne Weiteres auf die RAD Stellungnahme abgestellt werden dürfen. Dies stelle eine willkürliche Beweiswürdigung dar. Die damalige Rentenzusprache sei daher zweifellos unrichtig gewesen, weshalb vorliegend auch ein Wiedererwägungsgrund gegeben sei (S. 4).

### **E. 2.2**

Dagegen wendet die Beschwerdeführerin (Urk. 2/ 1) ein, dass hinsichtlich des aktuellen Gesundheitszustandes nicht auf das Gutachten der Z. \_\_\_ abgestellt werden könne. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sei somit nicht ausgewiesen. Dass die Rentenzusprache unter anderem aus psychischen Gründen erfolgt sei, sei ebenfalls nicht erstellt, weshalb selbst eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes keinen Revisionsgrund darstellen würde. Weiter habe das hiesige Gericht bereits in seinem Urteil vom 29. Juni 2015 fest gestellt, dass vorliegend nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden könne, dass die ursprüngliche Rentenzusprache zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG gewesen sei. Die Beschwerdegegnerin könne sich deshalb auch nicht

auf einen Wiedererwägungsgrund berufen (S. 13 f.).

### **E. 2.3**

Mit Rückweisungsentscheid vom 18. Februar 2020 (Urk. 1) hielt das Bundesgericht fest, dass der kantonale Entscheid vom 29. Juni 2015 (Prozess-Nr. IV.2013.0879; Urk. 2/6/ 189) im strittigen Punkt der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzusprache vom 6. Januar 2011 nicht in materielle Rechtskraft erwachsen sei (vgl. Urk. 1 E. 4.2) und wies das hiesige Gericht

an zu prüfen, ob die am 6. November 2011 verfügte Zusprache einer halben Invalidenrente ab 1. September 2008 zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG war (E. 5.1) und allenfalls den Eingliederungsbedarf neu zu prüfen (E.

5.2.2).

### **E. 3**

2

Dr. Y.\_\_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 20. September 2009 (Urk. 2/6/ 51) folgende Diagnosen (S. 14): Neurasthenie (ICD-10 F48.0) sowie (als weitere Diagnosen): -

anamnestisch depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4) -

Konsum von Tabak und Cannabinoiden (Z72.0 und Z72.2) -

akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1)

Aufgrund der aktuellen Untersuchungsergebnisse, der Akten und der Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Neurasthenie, bestehend seit der Kindheit, ausgegangen werden, die bis 2005/2006 die soziale, berufliche, persönliche und partnerschaftliche Integration der Beschwerdeführerin objektiv nicht wesentlich beeinträchtigt habe (S. 17). Im Fall der Beschwerdeführerin lägen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine besonderen Hinweise vor, die auf schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung (beispielsweise durch fehlende krankheitsbedingte Ressourcen) deuteten (S. 18 f.). Bei der Beschwerdeführerin bestünden invalide tätsfremde Gesichtspunkte (Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz sowie psychosoziale Aspekte) mit einer allfälligen therapeutischen Relevanz; diese Aspekte gingen jedoch nicht in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ein. Eine Neurasthenie begründe (auch unter Berücksichtigung der Rechtsprechung) aus versicherungsmedizinischer Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Die Willensanstrengung zur Überwindung der Defizite sei der Beschwerdeführerin zumutbar (S. 19).

### **E. 3.3**

Die Physiotherapeutin B.\_\_\_\_, der Ergotherapeut C.\_\_\_\_, die Psychologin lic.

phil. D.\_\_\_\_, Assistenzarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ und der Leitende Arzt Prof.

Dr. med. F.\_\_\_\_ von der Rheumaklinik und dem Institut für Physikalische Medizin des Universitätsspitals G.\_\_\_\_ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 25. März 2010 (Urk. 2/6/ 69) ein chronisches zervikothorakales Schmerzsyndrom mit/bei Kyphosierung C3-6, Osteochondrosen C4/5 und C5/6 und muskulärer Insuffizienz der Brustwirbelsäule sowie

einen Status nach Arthroskopie der rechten Schulter bei Tendinopathia calcarea (ohne residuelle Beschwerden) und eine Depression. Die Beschwerdeführerin habe im Rahmen des Ambulanten In terdisziplinären Schmerz- Programms (AISP) an physiotherapeutisch, psychologisch, ergotherapeutisch und ärztlich geleiteten Gruppen- und Einzeltherapien teilgenommen mit dem Ziel der Steigerung der Schmerz- und Belastungstoleranz. Aus psychiatrischer Sicht seien Hinweise auf eine Angststörung und eine Depression zu erkennen. Die Resultate der funktionellen Testbatterie zeigten trotz der schon anfänglich guten Werte eine zusätzliche Steigerung. Leicht angestiegen sei die Schmerzintensität, was durch die Mehrbelastung des Programms auf körperlicher und psychischer Ebene erklärt werden könne. Auch die Schlafqualität habe abgenommen. Die Auswertungen am Ende des Programms hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin weniger depressiv sei; auch die Ängste hätten abgenommen. Aus physiotherapeutischer Sicht sei keine Einzeltherapie notwendig. Aus psychologischer Sicht wäre eine Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung sinnvoll, um eine Stabilität in der psychischen Befindlichkeit bei zu behalten.

#### **E. 4**

Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom RAD der Beschwerdeführerin führte am 14. Juli 2010

aus, dass ein chronischer physischer und psychischer Gesundheitsschaden von Krankheitswert (somatisch: Schulter-Nackenbeschwerden mit Schmerzentwicklung nach dem Unfall vom Mai

2005; psychisch: ICD-10 F45.41 [chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren]) aktuell die volle Ausschöpfung der funktionellen Leistungsfähigkeit für beruflich zu verwertende Tätigkeiten verhindere. Im Mittelpunkt der verhaltensbeschränkenden Beschwerden stehe eine therapeutisch bis lang schwer zu beeinflussende Schmerzentwicklung mit negativer Auswirkung auf den geregelten Tagesablauf und das subjektive Befinden und Erleben. Die Beschwerdeführerin erlebe sich krankheitsbedingt verändert und bis in die Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Verrichtungen hinein eingeschränkt. Sie zeige sich motiviert, ihren Zustand zu verändern und die Schmerzentwicklung positiv zu beeinflussen. Eine störungsspezifische Behandlung finde lege artis ambulant durch Hausarzt und Psychiater statt mit erfolgreicher Unterstützung einer schmerztherapeutisch orientierten Physiotherapie. Aus vernehmungsmethodischer Sicht könne vor dem Hintergrund des festgestellten Gesundheitsschadens eine beruflich zu verwertende Restarbeitsfähigkeit in angemessener und angepasster Tätigkeit von 50 % postuliert werden unter den Bedingungen einer angemessenen therapeutischen und beruflichen Eingliederungshilfe (Urk. 2/6/

#### **E. 4.1**

Vornehmlich gestützt auf die Stellungnahme des RAD vom 14. Juli 2010 gelangte die Beschwerdeführerin zum Schluss, dass vom 1. November 2005 bis 31. Dezember 2006 eine 100%ige, vom 1. Januar 2007 bis 8. Dezember 2007 eine 25%ige, vom 9. Dezember 2007 bis 16. Mai 2008 wiederum eine 100%ige und schliesslich ab 17. Mai 2008 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist (vgl. Urk. 2/6/ 76/3 ). Diese Auffassung findet in den medizinischen Akten keine Stütze. Namentlich lässt in somatischer Hinsicht lediglich der Operationsbericht vom 17. November 2005 (Urk. 2/6/ 28/104-105 ), wonach sich die Beschwerdeführerin am 11. November 2005 im Stadtspital

I.\_\_\_\_ einer Schulter - arthroskopie rechts, einer Bursoskopie mit partieller Bursektomie und einem Débridement der Kalkherde unterzog, zumindest eine vorübergehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit erkennen . Dementgegen erschliesst sich weder aus den aufliegenden ärztlichen Zeugnissen (vgl. Urk. 2/6/ 10/5 ff., Urk. 2/6/ 23, Urk. 2/6/ 28/58, Urk. 2/6/ 28/64, Urk. 2/6/ 28/72 ff., Urk. 2/6/ 28/85 ff., Urk. 2/6/ 28/97, Urk. 2/6/ 28/102 ) noch den übrigen Arztberichten der Unfallversicherung

(vgl. Urk. 2/6/ 28/ 20-21, Urk. 2/6/ 28/35, Urk. 2/6/ 28/61, Urk. 2/6/ 28/78 f., Urk. 2/6/ 28/94)

in angels nachvollziehbarer Befundnennung sowie Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und der daraus abgeleiteten funktionellen Einschränkungen

eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit . So verneinte denn auch der Unfallversicherer mit Verfügung vom 8. Januar 2008 ( Urk. 2/6/28/3-4) den Anspruch auf weitere Leistungen mit der Begründung, die noch geklagten Beschwerden seien mit Blick auf die neurologischen Untersuchungsergebnisse organisch als Folge des Unfalls vom 13. Mai 2005 nicht erklärbar, es seien psychische Gründe verantwortlich.

Hierbei

diagnostizierte insbesondere Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im Bericht vom 21. März 2007 (Urk. 2/6/ 15) zwar mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Reaktion, chronische Schulterbeschwerden, ein HWS-Schleudertrauma, Nackenschmerzen und eine Persönlichkeit mit histrionischen Zügen, erhob indes keine die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit von November 2005 bis Januar 20

#### **E. 4.2**

Bezüglich der Befundlage grundsätzlich übereinstimmend bestätigte

Dr. med. K.\_\_\_\_ , Spezialarzt FMH für physikalische Medizin speziell Rheumaerkrankungen, im Bericht vom 11. März 2008 (Urk. 2/6/ 26 /7-8 ) bei bekannter Rückenproblematik keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wobei bei freier Wirbelsäulenbeweglichkeit mittels konventioneller Therapie eine massive Besserung der Beschwerden erreicht wurde. Auch aus neurologischer Sicht erhob Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_ , Neurologie FMH, keine die Leistungsfähigkeit einschränkende Befunde und stellte in seinem Bericht vom 18. Juli 2007 (Urk. 2/6/ 28/11 ff.) bei subjektiv angegebenen Schmerzen im Nacken links überhaupt keine Schonhaltung fest. Alle Bewegungen waren unumschränkt möglich ,

die HWS-Beweglichkeit beinahe voll ständig mit etwa 70° Rotation und Retroflexion über 50° mit Endphasenschmerzen. Es bestand eine minimale Druckschmerzhaftigkeit der Nackenmuskulatur und es erfolgte keine Abwehrreaktion. Prof. Dr. L.\_\_\_\_ gelangte zur Beurteilung, dass zweifelsohne die psychische Problematik im Vordergrund stand (S. 2). Schliesslich gelangte auch RAD Arzt Dr. A.\_\_\_\_

in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2008 (E. 3.1) zur Ansicht, dass sowohl aus neurologischer als auch aus rheumatologischer Sicht kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vorliege. Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht der Ärzte der Rheumaklinik und dem Institut für Physikalische Medizin des Universitätsspitals G.\_\_\_\_

vom 25. März 2010 (E. 3.3 ) , welche in somatischer Hinsicht ebenfalls nur geringgradige funktionelle Einschränkungen feststellten, wobei sich die Diskrepanz zwischen den

objektiven Testergebnissen und der subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin nur teilweise erklären liess (S. 1). Zudem zeigten auch die Resultate der funktionellen Testbatterien trotz schon anfänglich guter Werte eine zusätzliche Steigerung (S. 2). Die Experten empfanden denn auch aus physiotherapeutischer Sicht eine Einzeltherapie als nicht notwendig (S. 3).

Alsdann ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass in Bezug auf Schmerzen naturgemäss Beweisschwierigkeiten bestehen und die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit allein nicht genügen, sondern die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein müssen (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). Wie hiervor festgehalten, traf dies vorliegend gerade nicht zu. Demnach bleibt auch unklar, inwiefern die von der Beschwerdeführerin geschilderten Kopf- und Nackenschmerzen, welche keinem organischen Korrelat zugeordnet werden können, eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu begründen vermöchten beziehungsweise ist eine diesbezüglich ärztlich attestierte Leistungseinschränkung nicht ersichtlich.

#### **E. 4.3**

Vor diesem Hintergrund ist erstellt, dass zumindest ab Mai 2008 die psychische Symptomatik klar im Vordergrund stand. Jedoch attestierte Dr. med. M.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, bereits in seiner Expertise vom 17. Mai 2008 (Urk. 2/6/ 29/6-1 6) bei diagnostizierter depressiver Episode, gegenwärtig leicht (ICD-10 F32.0; S. 8) keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit und hielt

eine Präsenzzeit von acht Stunden täglich für möglich (S. 9, S. 11). Namentlich zeigten sich die erhobenen Befunde, abgesehen von einer gewissen Weitschweifigkeit der Erzählungen und des Denkens, unauffällig (S. 8) und eine vorübergehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründete der Experte unter anderem auch mit einer beruflichen Dekonditionierung (S. 10). Darüber hinaus wies er ebenso auf den Verlust der Arbeitsstelle als Auslöser der psychischen Probleme hin, was als psychosozialer Faktor einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden

zu begründen vermag, soweit sich die Problematik darin erschöpft (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2; S. 9 f.), wie auf die Diskrepanz zwischen der selbst empfundenen Arbeitsunfähigkeit und dem erfolgreichen Absolvieren eines Feng Shui Kurses (S. 9). In diesem Sinne und mit vorzitiertem Gutachten im Einklang stehend stellte auch Dr. Y.\_\_\_\_ im Gutachten vom 20. September 2009 (E. 3.2; Urk. 2/6/ 51) keine die Leistungsfähigkeit beeinträchtigende Diagnose und wies ebenfalls auf psychosoziale Aspekte (insbesondere Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt; S. 19) hin. Darüber hinaus erkannte er noch verstärkt Verdeutlichungstendenzen (S. 1

#### **E. 4.4**

Nach dem Gesagten entbehren die von der Beschwerdegegnerin jeweils angenommenen Grade der Arbeitsunfähigkeit einer nachvollziehbaren medizinischen Grundlage. Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung vom 6. Januar 2011 demnach zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts

8C\_947/2010 vom 1. April 2011 E. 2.2.1 mit weiteren Hinweisen) . Deren Berechtigung ist, da es sich um eine periodische Dauerleistung handelt, von erheblicher Bedeutung (E. 1.3) .

#### **E. 4.5**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Verfügung vom 6. Januar 2011 zufolge zweifelsohne Unrichtigkeit aufzuheben ist. Nachfolgend

ist daher recht sprechungsgemäss in freier Beurteilung

die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs der Beschwerdeführer in pro futuro unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung

zu prüfen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_868/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 2.2 mit Hinweisen). Für die Verhältnisse im Zeitpunkt der Rentenaufhebung am 9. November 2017 ergibt sich Folgendes: 5.

#### **5.1**

Im Rahmen eines für die Deutsche Rentenversicherung erstellten Gutachtens vom 30. August 2012 (Urk. 2/6/ 139/9-17) diagnostizierte Dr. med. O.\_\_\_\_, Arzt für Orthopädie, Chirotherapie und Sportmedizin, ein chronisches HWS Syndrom bei Hypermobilität im Rahmen einer chronischen Schmerzkrankheit, eine leichte Skoliose und eine Calcaneodynie beidseits. Die geschilderten Nacken- Schulterschmerzen seien im Wesentlichen glaubhaft und recht komplexer Natur. Zum chronischen Schmerzgeschehen hinzu komme sicher die begleitende psychische Veränderung im Sinne einer zu vermutenden chronischen Schmerzkrankheit. Aus orthopädischer Sicht sei die allgemeine Hypermobilität mit lokaler röntgenologisch nachweisbarer pathologischer Beweglichkeit der Segmente C2-3 und C4-5 zu erwähnen. Die anamnestische Angabe der Schmerzen bei gleichförmiger Haltung und die daraus sich ergebende Notwendigkeit des Positionswechsels passe als Schmerzerklärung in diese Betrachtung. Die beidseitige Calcaneodynie stelle auch bei längerem Gehen nur eine geringe Behinderung dar. Es entstehe nicht der Eindruck einer alkoholischen Persönlichkeitsveränderung. Auch Zeichen einer sensiblen Polyneuropathie der Unterschenkel seien nicht feststellbar. Die bisherige halbtägige Arbeit erscheine vorläufig durchaus sinnvoll, auch weil sie keine wesentliche körperliche Belastung darstelle. Einschränkungen bestünden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wegen der Intoleranz von gleichförmigen Haltungen und Bewegungen. Von schwerem Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sei abzuraten (S. 8 f.). 5.2

Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, der die Beschwerdeführerin ebenfalls im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung begutachtet hatte, führte in seiner Expertise vom Dezember 2012 (Urk. 2/6/ 139/1-7) aus, dass neurologisch ein WRS C5-8 links vorliege, das im Zusammenhang mit den geschilderten orthopädischen Beschwerden (Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich) durchaus nachvollziehbar sei. Es lägen allgemeine toxische Zeichen für Alkohol- und Cannabiskonsum vor sowie eine sensible toxische Polyneuropathie der Beine, die ebenfalls durch den Alkohol hervorgerufen werde. Wesentliche psychische Störungen seien bei der Exploration und Diagnostik nicht zutage getreten. Die geäußerten Beschwerden stünden durchaus im Zusammenhang mit der Missbrauchssymptomatik sowie mit dem orthopädischen Schmerzsyndrom, das nicht von psychiatrischer Seite zu beurteilen sei (S. 6). 5.3

Dr. N.\_\_\_\_ , welche die Beschwerdeführerin ab dem 9. Dezember 2007 behandelte, äusserte sich in ihrem Bericht vom 11. April 2013 (Urk. 2/6/ 129) dahingehend, dass zwar eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.2) bestehe, dass diese aber keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Es bestehe auch keine andere psychische Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die 50%ige Arbeitsunfähigkeit begründete sie mit der Schmerzsymptomatik. 5.4

Med. pract . Q.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Neurologie, vom RAD äusserte sich am 22. Juli 2013 dahingehend, dass der Bericht von Dr. P.\_\_\_\_ äusserst kritisch zu hinterfragen sei, insbesondere was die Polyneuropathie angehe. Die entsprechend

zu erwartenden Befunde (Missempfindungen in den Beinen oder Muskelschwäche , typischerweise an der Fusshebermuskulatur ) seien nicht erhoben worden. Es würden als Hinweise auf eine Polyneuropathie lediglich ein reduziertes Vibrationsempfinden und reduzierte Reflexe an den Beinen bei Alkoholkonsum angeführt. Diese Befunde wären zwar passend, stimmten aber nicht mit dem Untersuchungsbefund von Dr. O.\_\_\_\_ überein. Dieser habe ein normales Vibrationsempfinden und normale Reflexe angegeben. Im Übrigen ergäbe sich aus einer Polyneuropathie (sollte sie denn nachträglich doch noch leg artis zu diagnostizieren sein) ohnehin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 2/6/ 144/2-3). 5.5

Der stellvertretende Oberarzt Dr. med. R.\_\_\_\_ und Chefärztin Dr. med. S.\_\_\_\_ von der Klinik T.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 24. Juli 2014 (Urk. 2/6/ 172/5-8 ) folgende Hauptdiagnosen (S. 1): -

Chronisches zervikothorakales Schmerzsyndrom -  
schmerzhafte Facettengelenke C2/3 und C3/4 links -  
belastungsverstärkter Dauerschmerz -

DD myofasziale Komponente -

Tarsaltunnelsyndrom mit Reizung des Musculus abductor  
digiti  
quinti

bds . links > rechts -

geplante operative Behandlung -

Femoropatellarsyndrom rechts > links bei -

Vd . a. mildes Torsional Malalignment -

St. n. einmaliger Viscosupplementation 24.03.2014 mit 100%igem Ansprechen über 2 Wochen -

Multiple Arthralgien -

aktuell betont Schulter bds .; Knie bds . rechts > links -

St. n. Tendinitis calcarea rechts; operative Versorgung

Objektivierbar bestehe ein linksseitig betonter facettogener Schmerz. Im aktuellen Röntgenbild zeigten sich multisegmentale degenerative Veränderungen der Hals

wirbelsäule. Die Schultern seien im Wesentlichen unauffällig (S. 3). 5.6

Im Bericht des Muskulo -Skeletal Zentrums der Klinik T.\_\_\_\_ vom 21. August

2014 (Urk. 2/6/ 172/9 ) wurde ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom (Stadium II nach Gerbeshagen ) mit/bei segmentaler Kyphose C4/5 bei multi segmentaler Osteochondrose diagnostiziert. 5.7

Dr. R.\_\_\_\_ führte am 25. August 2014 aus, dass die durchgeführte MRI-Untersuchung mehrsegmentale degenerative Veränderungen dokumentiere. Diese Veränderungen der Halswirbelsäule und die segmentale Kyphosierung seien möglicherweise als beschwerdeauslösend zu werten. Die weitere Behandlung bezüglich

dieser Beschwerden werde durch die Wirbelsäulen Chirurgie fortgeführt (Urk. 2/6/ 172/10-11 ). 5.8

Ihre rentenaufhebende Verfügung vom 9. November 2017 erliess die Beschwerdegegnerin insbesondere gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2016 (Urk. 2/6/ 225). Darin nannten die verantwortlich zeichnenden Ärzte Dr. med .

U.\_\_\_\_ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Dr. med. V.\_\_\_\_ , Eidgenössischer Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. W.\_\_\_\_ , Fachärztin Allgemeine Innere Medizin FMH, sowie Dr. med. AA.\_\_\_\_ , Facharzt Neurologie, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 59): - Chronische Cervikocephalgien bei Status nach dreimaliger Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsion - Muskuläre Dysbalance Nacken-/Schultergürtel - Fersenschmerzen und Metatarsalgie beidseits bei - Fussfehlstatik, Knick-Senk-Spreizfuss beidseits - Status nach erfolgloser Tarsaltunnel -OP links (18. November 2014) - Klinisch leichtgradige Bandinstabilität oberes Sprunggelenk links - Rezidivierende subacromiale Schmerzen rechts bei AC-Gelenksarthrose - Status nach Schulterarthroskopie bei Tendinosis calcarea 2005

Als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Gutachter (S. 59 f.): - Chronische Kopfschmerzen - Migräne mit Aura - Akzentuierte emotional instabile, dependente und histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - Schädlicher Alkoholkonsum (ICD-10 F10.25) - Psychogene Überlagerung der somatischen Beschwerden (ICD-10 F54) - Status nach Cannabiskonsum (ICD-10 F12.220) - Status nach depressiven Episoden schwankenden Ausmasses, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4) - Nasenatmungsbehinderung linksseitig mit/bei - Status nach Septumturboplastik August 2008, Universitätsspital G.\_\_\_\_ - Struma multinodosa und ektope Nebenschilddrüsengewebe links - Abklärung und sonographische Kontrolle (Mai 2015), Hals-Nasen-Ohren Klinik, Universitätsspital G.\_\_\_\_ - Aktuell: euthyreote Stoffwechselsituation

Betreffend die erhobenen Befunde notierte der psychiatrische Gutachter, bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine 57-jährige, gepflegte Explorandin in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Sie sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Sie sei freundlich und kooperativ. Sie sei redselig, das formale Denken sei etwas umständlich, jedoch insgesamt gut nachvollziehbar. Die mnestischen und kognitiven Funktionen wiesen keine groben Auffälligkeiten auf. Insbesondere keine Störung des Gedächtnisses, des Konzentrationsvermögens oder der Aufmerksamkeit. Auf die gestellten Fragen könne sie ohne Zögern und geordnet eingehen. Inhaltliche Denkstörungen wie Wahnstörungen,

Sinnestäuschungen/Halluzinationen oder Ich-Störungen seien nicht eruierbar. Sie sei stimmungsmässig aufgestellt, sei auch gut modulationsfähig. Sie wirke offen, der affektive Rapport lasse sich gut aufnehmen. Es bestehe eine lebhaft Mimik und Gestik. Der Antrieb sei etwas angehoben. Psychomotorisch sei sie unauffällig. Es bestünden keine Hinweise auf Suizidalität (S. 38 f.).

Es könne derzeit keine psychiatrische Diagnose mit einer anhaltenden Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Früher, im Zusammenhang mit Lebenskrisen, habe sie depressive Phasen gehabt, die auch akutenkundig seien und zu einer vorübergehenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung geführt hätten (S. 41). Eine Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin habe es aus psychiatrischer Sicht seit der letzten Revision nicht gegeben. Es lägen keine psychiatrischen Diagnosen vor, die mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einhergehen würden (S. 43).

In allgemein-internistischer Hinsicht führte die beurteilende Expertin aus, es fänden sich keine Erkrankungen von Relevanz und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 47). Zu den früheren internistischen Einschätzungen hielt sie fest, aus den vorliegenden Unterlagen seien keine Stellungnahmen bezüglich der Arbeitsunfähigkeit aus rein allgemein-internistischer Sicht ersichtlich (S. 48).

Aus neurologischer Sicht wies der Experte darauf hin, dass sich keine Handicaps ergäben. An neurologischen Leiden liege im Wesentlichen nur die Kopfschmerzsymptomatik vor. Diese wirke sich bei geringer Ausprägung und ohne Notwendigkeit zu einer medikamentösen Therapie nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Ressourcen seien bei der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht vorhanden. Sie habe keine motorischen Funktionsdefizite oder Sinnesbehinderungen und zeige eine normale neurokognitive Leistungsfähigkeit. Sie lebe zwar allein, habe aber ein gutes soziales Netzwerk, insbesondere Rückhalt durch die Familie, mit der sie eng verbunden sei (S. 57).

Auf dem orthopädischen Fachgebiet bestünden zusammenfassend nur leichtgradige myofasciale Symptome im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule sowie fussfehlstatische Beschwerden bei Knick-Senk-Spreizfuss beidseits und beginnendem Hallux valgus linksbetont. Die beklagte Beschwerdesymptomatik habe nur teilweise objektiviert werden können. Radiologisch nachweisbare Pathologien, die eine Beschwerdeursache erklären könnten, fänden sich nicht. Die belastungsabhängigen Fussbeschwerden würden als Folge der Fussfehlstatik und der muskulären Dysbalance angesehen. Differentialdiagnostisch könnte ein venöses Problem bestehen. Dies aber eher leichtgradig bei möglichen venösen Abflussstörungen. Als Indikator dafür würden die anamnestiche Angabe der Beschwerdeführerin gesehen, die eine Besserung beim Hochlagern der Beine angegeben habe (S. 63).

Zum Verlauf hielten sie fest, der Grad der Arbeitsunfähigkeit habe sich verändert. Der Gesundheitszustand mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei aufgrund der klinischen Untersuchungen und der vorhandenen Aktenlage anders beurteilt worden (S. 66). 6. 6.1 Die Gutachter der Z.\_\_\_\_

stellten in ihrer Expertise vom 18. Juli 2016 (E. 5.8) lediglich in orthopädischer Hinsicht die Leistungsfähigkeit beschlagende Diagnosen und gelangten zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht in adaptierter und in der vorangegangenen Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist. Hiergegen wendet die Beschwerdeführerin vornehmlich ein, dass auf das Gutachten der Z.\_\_\_\_ zumindest insofern nicht abgestellt werden kann, als dass mit dem Gutachten eine Rentenaufhebung begründet werden soll. Auf jeden Fall

müsse zu Gunsten der Beschwerdeführerin wenn schon davon ausgegangen werden, dass nur der gleiche Sachverhalt anders als noch zum Zeitpunkt der Rentenzusprache beurteilt wurde ( Urk. 2/1 S. 9 f.). Wie es sich damit im Einzelnen verhält, kann vorliegend indes offen bleiben. Namentlich lassen die gutachterlich erhobenen Befunde nicht auf eine 20 % übersteigende Einschränkung der Leistungsfähigkeit schliessen. Der Beschwerdeführerin ist insofern zuzustimmen, dass die Befunde im Wesentlichen den im Zeitpunkt der Rentenzusprache vorgelegenen entsprechen. So lagen bereits bei der erstmaligen

Rentenzusprache eine Kyphosierung C3-6 sowie Osteochondrosen C4/5 (E. 3.1.3) vor und auch bei der Rentenaufhebung wurden mehrsegmentale degenerative Veränderungen im Sinne einer Kyphosierung im Halswirbelsäulenbereich festgestellt (E. 5.7). Zwar muss basierend auf den medizinischen Akten neu auf eine Fussproblematik mit entsprechendem Schmerzgeschehen geschlossen werden (Tarsaltunnelsyndrom mit anschliessender Operation, Fussfehlstatik, Knick-Senk-Spreizfuss beidseits; vgl. E. 5.5 und E. 5.8). Jedoch lassen die diesbezüglichen Befunde nicht auf signifikante Pathologien schliessen (Urk. 2/6/225 S. 35 f.), vermögen sie denn auch die vorgetragene Beschwerdesymptomatik nur teilweise zu objektivieren (E. 5.8 hiervor). Die damalige Rentenzusprache erfolgte vorweg aus psychischen Gründen respektive aufgrund der Schmerzproblematik, welche nicht nachweisbar war. Die bereits damals bestehenden objektivierbaren somatischen Beschwerden bildeten keine Grundlage für die Rentenzusprache. Dies tun sie auch pro futuro nicht. 6.2

Die Beschwerdeführerin bemängelte eine Widersprüchlichkeit des Gutachtens in Bezug auf das Vorliegen eines Revisionsgrundes (Urk. 2/1 S. 10). Die zusammenfassende Feststellung der Gutachter, der Grad der Arbeitsunfähigkeit habe sich verändert und der Gesundheitszustand mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der klinischen Untersuchungen und vorhandenen Aktenlage anders beurteilt worden (Urk. 2/6/225/66), ist indes offenkundig so zu verstehen, dass sich der Gesundheitszustand nicht verändert hat. Dass sich die Arbeitsunfähigkeit verändert hat, bezieht sich einzig auf die numerische Schätzung, nicht auf eine faktische Veränderung. Eine Rentenrevision ist bei dieser Ausgangslage nicht möglich, vorliegend steht aber eine Wiedererwägung im Raum, weshalb die fehlende Veränderung irrelevant ist. 6.3 Ansonsten bestritt die Beschwerdeführerin die Beweiswertigkeit des Gutachtens nicht substantiiert. Dieses entspricht denn auch den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist diese umfassend, gibt sie doch Auskunft über die vorliegenden Pathologien und die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Die Resultate beruhen auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigen detailliert die geklagten Beschwerden. Das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und nimmt Bezug darauf. Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen der Experten sind begründet (BGE 134 V 231 E. 5.1). So überzeugt, dass angesichts der diskreten Befunde und der remittierten Depression nur eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % besteht, welche sich mit einem erhöhten Pausenbedarf aufgrund der Schmerzchronifizierung begründet. Sodann ist nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin wegen der (untherapierten) Fussfehlstatik, Instabilität des linken OSG sowie Status nach erfolgloser Tarsaltunnel-Operation am linken Fuss auf eine Tätigkeit angewiesen ist, welche nicht überwiegend im Stehen und Gehen zu verrichten ist (Urk. 2/6/225/64). 6.4

Die Beschwerdeführerin war zuletzt in einem 40 bis 50%igen Pensum als All rounderin für die AB.\_\_\_\_ tätig. Dieses Arbeitsverhältnis wurde 2015 aus wirtschaftlichen Gründen aufgelöst (Urk. 2/6/ 225 S. 52 und S. 64). Da die somatisch bedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit zudem in jeglicher Tätigkeit attestiert wurde, sind sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen anhand der identischen Tabellenwerte zu bestimmen (zum «Prozentvergleich» vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a). Der Invaliditätsgrad entspricht damit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit und beträgt maximal

20 %, womit in jedem Fall ein rentenbegründender Invaliditätsgrad zu verneinen ist. 7.

### **E. 07**

sowie die 25%ige Arbeitsunfähigkeit von Januar 2007 bis auf weiteres (S. 1) erklärenden Befunde beziehungsweise unterliess eine nachvollziehbare Darstellung der daraus resultierenden Funktionseinschränkungen und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Vielmehr hielt er unter den angegebenen Beschwerden fest, die Beschwerden in der Schulter hätten sich soweit gebessert, dass sich die Beschwerdeführerin dadurch kaum noch eingeschränkt fühle. Die Kopf- und Nackenschmerzen waren jedoch weiter hin sehr unangenehm (S. 2). Dr. J.\_\_\_\_ resümierte, dass es vor dem Hintergrund der beschwerdeführerischen

Persönlichkeit durch die somatischen Probleme (Schleudertrauma, Schulterbeschwerden) zu einer psychischen Dekompensation und Schmerzverarbeitungsstörung gekommen sei (S. 2).

### **E. 7**

6/12). 4.

### **E. 7.1**

Bei diesem Ergebnis bleiben allfällige Eingliederungsmassnahmen zu prüfen. Denn nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts besteht ein besonderer Schutzbedarf der Versicherten nach langjährigem Leistungsbezug (mehr als 15 Jahre) oder bei fortgeschrittenem Alter (zurückgelegte 55 Jahre). Dem wird insofern Rechnung getragen, als diesfalls die Frage der zumutbaren Selbsteingliederung bei der Revisions- oder wiedererwägungsweisen Rentenaufhebung besonders zu prüfen ist (Urteile des Bundesgerichts 8C\_680/2017 vom 7. Mai 2018 E. 4.1.3.2 und 9C\_920/2013 vom 20. Mai 2014 E. 4.4 mit Hinweisen).

Die Annahme der grundsätzlichen Selbsteingliederungsfähigkeit hat das Bundesgericht im Urteil 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 dahingehend eingeschränkt, dass die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben, nur zulässig ist, wenn die Verwaltung zuvor die Notwendigkeit von Eingliederungsmassnahmen geprüft hat (E. 3.3). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diese Personen auf Grund ihres fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selbständig wieder einzugliedern. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien bedeutet jedoch nicht, dass die Betroffenen einen Besitzstandsanspruch geltend machen können. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zugestanden, dass die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist

(vgl. erwähntes Urteil 9C\_228/2010 E. 3.5).

## **E. 7.2**

Wie bereits im Entscheid vom 13. August 2019 (Prozess-Nr. IV.2017.1353; Urk. 2/10) erwogen, war die 1959 geborene Beschwerdeführerin im mass geben den Zeitpunkt des Erlasses der rentenaufhebenden Verfügung am 9. November 2017 (Urk. 2/2) mehr als 55 Jahre alt und fällt damit grundsätzlich unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezügerkreis (BGE 141 V 5 E. 4).

Dass die Beschwerdegegnerin den bundesgerichtlich geforderten Voraussetzungen zur Aufhebung von Renten von über 55-Jährigen Genüge tat, brachte sie auch im bundegerichtlichen Verfahren nicht vor. Dahingegen stellte sie sich unter Verweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C\_394/2017 vom 8. August 2017 (dort E. 4.3) auf den Standpunkt, es bestehe eine nicht invaliditätsbedingte arbeitsmarktliche Desintegration, weshalb vor der Rentenaufhebung kein Anspruch auf Abklärung beziehungsweise Durchführung von Eingliederungsmassnahmen gegeben sei (Urk. 2/12). Hierbei übersieht die Beschwerdegegnerin, dass eine nichtinvaliditätsbedingte arbeitsmarktliche Desintegration, aus welcher kein Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen abgeleitet werden kann, nur vorliegt, wenn einer versicherten Person die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit seit Jahren zumutbar war und die berufliche Selbstintegration seither allein aus IV-fremden Gründen unterblieben ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_661/2014 vom 17. September 2015 E. 3.3 mit Hinweisen). Dies ist bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall. Sie bemühte sich um Arbeit und war zuletzt bis Mitte 2015 zumindest teilerwerbstätig. Von einer langjährig unterbliebenen zumutbaren Verwertung der Restarbeitsfähigkeit kann demnach nicht gesprochen werden. Die vorliegende Zeitspanne von knapp zweieinhalb Jahren reicht angesichts der Umstände – Alter von bereits 58 Jahren und subjektives Schmerzerleben – nicht aus. Vor der Rentenaufhebung sind damit Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, wozu die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. 8.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend sind die Kosten des Verfahrens auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und beim vorliegenden Ausgang des Prozesses den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen. Die Beschwerdegegnerin ist sodann zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine um die Hälfte gekürzte Prozessentschädigung von Fr. 1'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 9. November 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie - vor der grundsätzlich rechtmässigen Rentenaufhebung - berufliche Eingliederungsmassnahmen durchführe und anschliessend über die Aufhebung des Rentenanspruchs neu verfüge. 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 gekürzte Prozessentschädigung von Fr. 1'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf -  
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 Gräub-Frischknecht

## **E. 9**

), was sich wiederum mit der vorstehend dargelegten somatischen Problematik und den organisch nicht hinreichend erklärbaren Leiden in Einklang bringen lässt.

Dementgegen fällt auf, dass die behandelnde Psychiaterin Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie,

in den Berichten vom 4. Februar (Urk. 2/6/ 29/19 f.) und 2. April 2008 (Urk. 2/6/ 29/17 f.) zwar eine voll ständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, sich diesbezüglich jedoch ausschliesslich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin berief. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit erweist sich denn auch ob der fehlenden Nennung der die Leistungsfähigkeit konkret beeinträchtigenden Einschränkungen als nicht nachvollziehbar und eine Diskussion der psychosozialen Faktoren samt deren Einfluss fand – gerade hinsichtlich der festgehaltenen lange dauernden Arbeitslosigkeit, welche der Beschwerdeführerin zusetzt (vgl.

Urk. 2/6/ 29/19) – nicht statt. Nichts anderes lässt sich aus dem Bericht vom 26. November 2008 (Urk. 2/6/ 37) ableiten. Weder setzte sich Dr. N.\_\_\_\_ mit dem Gutachten des Dr. M.\_\_\_\_

vom 17. Mai 2008 auseinander, noch lassen die erhobenen Befunde (bewusstseinsklar, orientiert, Gedächtnis intakt, Aufmerksamkeit bisweilen reduziert, manchmal ohne Befund, Denken bisweilen sprunghaft, unkonzentriert, weitschweifig, manchmal gut, Intelligenz gut, Grundstimmung verschieden je nach Zustand, affektiver Rapport manchmal gut, manchmal äusserst schwierig herstellbar, ab und zu so distanziert, dass schlechter Rapport, keine Wahnvorstellungen, Suizidgedanken indirekt öfters geäussert, keine konkreten Vorstellungen dazu; S. 2) eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit in der Höhe von 50 % (S. 1) nachvollziehbar erscheinen. Angesichts der geschilderten gutachterlichen Grundlage bleibt schliesslich auch unverständlich, wie Dr. H.\_\_\_\_ (E. 3.4) zum Schluss einer 50%igen

Arbeitsunfähigkeit ab Januar 2008 gelangen konnte. Eine begründete kritische Auseinandersetzung mit den Expertenmeinungen erfolgte ebenso wenig, wie eine Diskussion des verdeutlichenden Verhaltens. Er begründete die attestierte Arbeitsunfähigkeit einzig mit der Schmerzproblematik, was bereits zur Zeit der Rentenzusprache nicht ausreichte und nicht im Einklang mit der Rechtsprechung stand.

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