

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT ZL.2018.00001

vom 25. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_ZL.2018.00001

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT ZL.2018.00001 du 25 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT ZL.2018.00001 del 25 maggio 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1968, bezog von der Stadt Zürich, Amt für Zusatzleistungen zur AHV/IV (Durchführungsstelle), Zusatzleistungen ohne Rentenleistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) mangels Erfüllung der Beitragszeiten (vgl. Urk. 2/10/100-101; Urk. 2/10/104 S. 1; Urk. 2/10/127 S. 1).

Am 16. November 2015 teilte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, der Durchführungsstelle mit, dass im Rahmen des Revisionsverfahrens festgestellt worden sei, dass bei der Versicherten kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr vorliege (Urk. 2/7/D = Urk. 2/10/128). In der Folge stellte die Durchführungsstelle mit Verfügung vom 20. November 2015 (Urk. 2/7/V20) die Zusatzleistungen per 31. Dezember 2015 ein. Die von der Versicherten am 25. November 2015 sowie am 3. März 2016 erhobenen Einsprachen (Urk. 2/7/102; Urk. 2/7/120 = Urk. 2/10/155; vgl. Urk. 2/7/127 = Urk. 2/10/162) wies die Durchführungsstelle mit Entscheidung vom 12. Mai 2016 (Urk. 2/7/V25 = Urk. 2/2) ab und stellte die Zusatzleistungen per 30. Juni 2016 ein. Das hiesige Gericht wies die dagegen erhobene Beschwerde vom 13. Juni 2016 (Urk. 2/1) mit Urteil vom 15. August 2017 (Prozess Nr. ZL.2016.00078; Urk. 2/12) ab.

Die dagegen erhobene Beschwerde vom 6. Oktober 2017 (Urk. 2/2/15/4-9) hiess das Bundesgericht mit Urteil 9C_710/2017 vom 13. Dezember 2017 (Urk. 2/16 = Urk. 1) in dem Sinne gut, als dass sie die Sache an das hiesige Gericht zur neuen Entscheidung zurückwies.

E. 1.1.1

Nach Art. 2 Abs. 1 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) gewähren der Bund und die Kantone denjenigen Personen, welche die Voraussetzungen nach Art. 4-6 ELG erfüllen, Ergänzungsleistungen zur Deckung ihres Existenzbedarfs. 1. 1.

E. 1.1.3

Nach den allgemeinen Voraussetzungen in Art. 4 Abs. 1 ELG haben Personen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz (Art. 13 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) Anspruch auf Ergänzungsleistungen, wenn sie nach dem Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) eine Altersrente, eine Witwen- / Witwerrente oder eine Waisenrente beziehen (lit. a, lit. a bis und lit. a ter) oder wenn sie nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) eine Invalidenrente, eine Hilflosenentschädigung oder ununterbrochen während mindestens sechs Monaten ein

Taggeld beziehen (lit. c). Des Weiteren haben auch jene Personen Anspruch auf Ergänzungsleistungen, welche Anspruch hätten auf eine Altersrente oder eine Invalidenrente, wenn sie die Mindestbeitragsdauer nach Art. 29 Abs. 1 AHVG (lit. b) beziehungsweise nach Art. 36 Abs. 1 IVG (lit. d) erfüllen würden (sog. nannte selbständige, rentenlose Ergänzungsleistungen; vgl. Jöhl/Usinger-Egger, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, Basel 2016, S. 1720 ff. Rz 24 f.).

E. 1.2.1

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

E. 1.2.2

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

E. 1.2.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3).

Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbeurteilung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil

des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.2.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 1.5

Die IV-Stelle legt im Auftrag der EL-Stellen die Höhe des Invaliditätsgrades von Personen fest, die eine Ergänzungsleistung gemäss Art. 4 Abs. 1 lit. d ELG beanspruchen. Zudem bestimmt die IV-Stelle, seit wann eine Invalidität in rentenbe gründenden Ausmass besteht. Das Ergebnis der Abklärungen teilt sie der EL-Stelle mit (Art. 57 Abs. 1 lit. f IVG; Art. 41 Abs. 1 lit. k der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]; Wegleitung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV [WEL], Rz 2230.04, Anhang 14; Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung

[KSVI], Anhang III).

Ist ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ausgewiesen, ermittelt die EL-Stelle den Ergänzungsleistungsanspruch und erlässt die entsprechende Verfügung. Wird dagegen Einsprache erhoben beziehungsweise der Einspracheentscheid angefochten und ist der Invaliditätsgrad oder –eintritt streitig, holt die EL-Stelle eine Stellungnahme der IV-Stelle ein. Ferner bestimmt die EL-Stelle den Revisions termin und gibt der IV-Stelle den Auftrag zur Revision (WEL Rz 2230.04, Anhang 14; KSVI Anhang III).

E. 2

Die jährliche Ergänzungsleistung entspricht dem Betrag, um den die anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen (Art. 9 Abs. 1 ELG).

Der Anspruch auf eine jährliche Ergänzungsleistung besteht grundsätzlich ab Beginn des Monats, in dem die Anmeldung eingereicht worden ist, sofern sämtliche gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind (Art. 12 Abs. 1 ELG). Der Anspruch erlischt am Ende des Monats, in dem eine der Voraussetzungen dahingefallen ist (Art. 12 Abs. 3 ELG).

Die jährliche Ergänzungsleistung ist unter anderem bei jeder Änderung der Rente der Alters-, Hinterlassenen- oder Invalidenversicherung zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben (Art. 25 Abs. 1 lit. b der Verordnung über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, ELV). Bei Änderung der Rente ist die jährliche Ergänzungsleistung auf den Zeitpunkt des Beginns des neuen Renten anspruch s oder des Monats, in dem der Renten anspruch

erlischt, neu zu verfügen (Art. 25 Abs. 2 lit. a ELV).

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin meldete sich am 11. Dezember 2001 unter Hinweis auf eine Epilepsie sowie eine psychische Krankheit bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 2/10/2). Die IV-Stelle klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte bei lic. phil. Y.____, Fachpsychologe, und Dr. med. Z.____, Facharzt

für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten ein, das am 19. Dezember 2002 erstattet wurde (Urk. 2/10/15). Die Gutachter diagnostizierten eine schwere somatisierte depressive Episode mit psychotischer Symptomatik (ICD-10 F32.32), differential diagnostisch eine schizoaffektive Störung (ICD-10 F25), und anamnestisch Hinweise auf dissoziative Anfälle (ICD-10 F44.5). Sie kamen zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in einer ausserhäuslichen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei, im Haushalt bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Zudem hielten die Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit ihrem psychischen Gesundheitsschaden in die Schweiz eingereist sei (S. 1).

Die IV-Stelle verneinte mit Verfügung vom 5. März 2003 (Urk. 2/10/17 = Urk. 2/10/19) einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mit der Begründung, dass der Eintritt der Invalidität bereits im Ausland erfolgt sei. Die dagegen erhobene Einsprache (Urk. 2/10/18) wies die IV-Stelle mit Einspracheentscheid vom 27. Oktober 2003 (Urk. 2/10/22) ab. Das hiesige Gericht hiess die dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 2/10/24/3-10) mit Urteil vom 21. April 2004 (Urk. 2/10/26 = Urk. 2/10/27, Prozess Nr. IV.2003.00459) in dem Sinne gut, als dass es die Sache an die IV-Stelle zur weiteren Abklärung zurückwies.

Nach erfolgten Abklärungen verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 26. Februar 2007 (Urk. 2/10/60) erneut einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mit derselben Begründung, wonach der Eintritt der Invalidität bereits im Ausland erfolgt sei. Die dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 2/10/62/3-9) wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 20. August 2007 (Urk. 2/10/65, Prozess Nr. IV.2007.00462) ab.

E. 2.2.1

Im Nachgang zu diesem Urteil ersuchte die Beschwerdegegnerin bei der IV-Stelle um Abklärung des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin (Urk. 2/10/68; vgl.

Urk. 2/10/67).

E. 2.2.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 4. Juni 2008 (Urk. 2/10/71/2-6) eine schwere depressive Episode mit psychotischen Zeichen, Kopfschmerzen sowie eine Epicondylitis humeri lateralis als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1). Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 3, Ziff. 6.2) und sei am 23. Mai 2008 in der B.____ wegen Dekompensation hospitalisiert worden (Ziff. 4.6).

E. 2.2.3

Ein Arzt der B.____ führte in seinem Bericht vom 16. Juli 2008 (Urk. 2/10/72) aus, dass die Beschwerdeführerin vom 23. Mai bis 19. Juni 2008 behandelt worden sei (Ziff. 3.1) und nannte eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und suizidalen Gedanken (ICD-10 F32.3) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (Kopfschmerzen und unspezifische muskuläre Schmerzen über den Körper verteilt, ICD-10 F45.4) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin sei in ihren psychischen Ressourcen eingeschränkt (Ziff. 5.1). Sie sei Hausfrau, eine Verbesserung des Zustandsbildes sei möglich (Ziff. 5.2).

E. 2.2.4

Dr. med. C.____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), kam in seiner Stellungnahme vom 8. September 2008 (Urk. 2/10/73/2-3) zum Schluss, dass gestützt auf das psychiatrische Gutachten vom 2002 (vgl. vorstehend E. 2.1), das schon damals psychopathologische Befunde für eine schwere Depression aufgewiesen habe davon ausgegangen werden könne, dass mit über wiegender Wahrscheinlichkeit bei beurteiltem besserungsfähigem Gesundheitszustand mindestens eine 50%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer Haushaltstätigkeit seit ihrer Einreise in die Schweiz im Jahr 2000 bestehe. Obwohl im aktuellen Bericht der B.____ (vgl. vorstehend E. 2.2.3) keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit zu finden seien, könne durch den im Vergleich zum 2001 (richtig: 2002)

festgestellten Befund, der keine wesentliche Verbesserung aufweise, davon ausgegangen werden, dass sich hinsichtlich der 50%igen Arbeitsfähigkeit im Haushalt auch aktuell keine Veränderungen ergeben hätten.

Folglich qualifizierte die IV-Stelle die Beschwerdeführerin als zu 100 % im Haushalt Tätige, wobei im Haushalt eine Einschränkung von 50 % bestehe (vgl.

Feststellungsblatt vom 20. Oktober 2008, Urk. 2/7/40/3-6 = Urk. 2/10/73).

E. 2.2.5

Am 23. Oktober 2008 teilte die IV-Stelle der Beschwerdegegnerin mit, dass ein Invaliditätsgrad von 50 % bestehe (Urk. 2/7/40/2 = Urk. 2/10/74).

In der Folge richtete die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin rückwirkend ab dem 25. Januar 2000 Zusatzleistungen aus (vgl. Urk. 2/10/100-101 ; Urk. 2/10/104 S. 1; Urk. 2/10/127 S. 1).

E. 2.2.6

Auf entsprechende Nachfrage hin (vgl. Urk. 2/10/83) teilte die IV-Stelle der Beschwerdegegnerin am 20. Juni 2011 mit, dass im Haushaltsbereich ein Invaliditätsgrad von 50 % festgestellt worden sei, und verwies dabei auf ihre Mitteilung vom 23. Oktober 2008 (vorstehend E. 2.2.5).

E. 2.3

Im Rahmen einer im Jahr 2012 durchgeführten Revision (vgl. Urk. 2/10/100-101) überprüfte die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin und teilte der Beschwerdegegnerin am 27. September 2012 mit, der Invaliditätsgrad betrage neu 51 % (Urk. 2/10/105). Dabei qualifizierte sie die Beschwerdeführerin gestützt auf den Haushaltsabklärungsbericht vom 25. September 2012 (vgl. Urk. 2/10/110) weiterhin als zu 100 % im Haushalt Tätige, wobei im Haushalt neu eine Einschränkung von 51 % vorlag. In medizinischer Hinsicht führte der RAD-Arzt Dr. C.____ in seiner Stellungnahme vom 27. April 2012 (Urk. 2/10/104/3) aus, dass aufgrund der Aktenlagen keine Stellungnahme zu einer allfälligen Veränderung des Gesundheitsschadens möglich sei (vgl. hierzu das Feststellungsblatt vom 27. September 2012, Urk. 2/10/104).

E. 2.4.1

Im Jahr 2014 leitete die IV-Stelle eine Revision ein, um den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu überprüfen (Urk. 2/10/113 ; vgl. Urk. 2/10/127 S. 2 oben).

E. 2.4.2

Dr. A.____ führte in seinem Bericht vom 14. März 2015 (Urk. 2/10/117) aus, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bezüglich der Psyche bei einer schweren depressiven Episode mit psychotischem Syndrom und akustischen Halluzinationen stationär und somatisch durch eine Diskushernie der Halswirbelkörper (HWK) 5/6 beidseits mit radikulärem Ausfall und Kopfschmerzen/Armschmerzen verschlechtert sei (Ziff. 1). Die Beschwerdeführerin sei nicht arbeitsfähig (Ziff. 2.1). Aufgrund der psychischen Erkrankung könne sie keine körperliche Arbeit aufnehmen (Ziff. 2.2).

E. 2.4.3

In seinem Schreiben vom 11. Mai 2015 (Urk. 2/10/121) legte Dr. A.____ dar, dass die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen nicht im Stande sei, eine Begutachtung über sich ergehen zu lassen. Die psychische Situation würde sich so verschlechtern, dass eine mehrmonatige psychiatrische stationäre Therapie notwendig sein würde. Die Beschwerden in beiden Armen seien durch eine Diskushernie der Halswirbelsäule bedingt. Die Arbeitsunfähigkeit sei jedoch aufgrund der psychischen Erkrankung bedingt.

E. 2.4.4

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, erstatteten das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene rheumatologisch-psychiatrische Gutachten am 3. September 2015 (Urk. 2/10/102/6/1-2; Urk. 2/10/126/3-20; vgl. Urk. 2/10/126/33-48). Die Gutachter nannten eine rezidivierende depressive Störung, leichte Episode (ICD-10 F33.0), als Diagnose mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem nannten sie einen Status nach dissoziativen Anfällen (ICD-10 F44.5) und eine mässige kulturelle Integration (ICD-10 Z60.3), ein chronisches, weitgehend generalisiertes Schmerzsyndrom, ein zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die Extremitäten, einen Nikotinkonsum, eine gestörte Gluconeogenese sowie ein anamnestisches Reizmagen-Syndrom als Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 2/10/126/3-20

S. 8 Ziff. III ; Urk. 2/10/126/33-48 S. 8 Ziff. A.4).

Die Gutachter legten dar, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, die seit ihrer Einreise in die Schweiz noch nie eine berufliche Tätigkeit ausgeübt habe, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht hinsichtlich einer angepassten Verweistätigkeit zu beurteilen sei. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne aus somatisch-rheumatologischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. In psychiatrischer Hinsicht sei die Beschwerdeführerin im Haushalt nie eingeschränkt gewesen. Es habe von 2000 bis Ende 2012 eine 50%ige Einschränkung in Bezug auf eine ausserhäusliche Tätigkeit bestanden. Seit Anfang 2013 betrage die Einschränkung 10-20 % (Urk. 2/10/126/1-2 S. 1).

E. 2.4.5

Dr. med. F.____, Facharzt für Anästhesiologie, RAD, kam in seiner Stellungnahme vom 21. September 2015 (Urk. 2/10/127/5) gestützt auf das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten vom 3. September 2015 (vorstehend E. 2.4.4) zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin anfangs 2013 verbessert habe. So sei die depressive Störung nur noch leicht gradig und habe sich trotz abgesetzter antidepressiver Medikation nicht weiter verschlechtert. Ferner seien die Ressourcen im Haushalt nicht

eingeschränkt und hauptsächlich seien krankheitsfremde Faktoren dafür verantwortlich, dass die Beschwerdeführerin nicht ausserhäuslich arbeite. Seit zirka 2000 betrage die Arbeitsunfähigkeit 50 % und seit anfangs 2013 10-20 (15) %.

E. 2.4.6

Dem RAD-Arzt Dr. F.____ folgend (vgl. vorstehend E. 2.4.5) ging die IV-Stelle davon aus, dass sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin verbessert habe, da neu eine leichte depressive Episode vorliege, welche behandelbar und nicht mehr invalidisierend sei. Aufgrund des neuen Sachverhaltes könne somit nicht mehr von einem invaliditätsrelevanten Gesundheitsschaden ausgegangen werden (vgl. Feststellungsblatt vom 16. November 2015, Urk. 2/ 10/127 S. 5 f.).

E. 2.4.7

Am 16. November 2015 teilte die IV-Stelle der Beschwerdegegnerin mit, dass aufgrund ihrer Abklärungen im Revisionsverfahren kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr vorliege und der Invaliditätsgrad somit 0 % betrage (Urk. 2/ 7/D = Urk. 2/ 10/128). In der Folge stellte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 20. November 2015 (Urk. 2/ 7/V20) die Zusatzleistungen per 31. Dezember 2015 ein.

E. 2.4.8

Die Beschwerdeführerin legte ihrer Einsprache vom 25. November 2015 (Urk. 2/7/ 102) gegen die Verfügung vom 20. November 2015 (Urk. 2/7/V20) einen neuropsychologischen Bericht des G.____ vom 21. Oktober 2014 (vgl. Urk. 2/7/102a = Urk. 2/10/129 = Urk. 2/10/135), wonach mittelschwere bis schwere Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der räumlichen Funktionen vorlägen, bei.

Dieser Bericht stellte die Beschwerdegegnerin der IV-Stelle am 8. Dezember 2015 zur Stellungnahme zu (Urk. 2/ 7/103 = Urk. 2/ 10/136). Nachdem dieser Bericht den Gutachtern Dr. E.____ und Dr. D.____

zur Stellungnahme zugestellt worden war (vgl. Urk. 2/ 10/144) , legten diese in ihrem Schreiben vom 4. Januar 2016 (Urk. 2/ 10/147) dar,

dass dem Bericht nichts entnommen werden könne, was eine relevante neuropsychologische Störung begründen könnte.

Dementsprechend sah der RAD-Arzt Dr. F.____ in seiner Stellungnahme vom 20. Januar 2016 (Urk. 7/151 /2-3) keinen Anlass, von der festgelegten medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Anfang 2013 von 10-20 (15) % abzuweichen (vgl. vorstehend E. 2.4.5).

Am 28. Januar 2016 teilte die IV-Stelle der Beschwerdegegnerin sodann mit, dass sie an ihren Abklärungen festhalte, weshalb es beim Invaliditätsgrad von 0 % bleibe (Urk. 7/119 = Urk. 10/152).

Die Beschwerdeführerin erhob am 3. März 2016 erneut, nun vertreten durch die Sozialen Dienste der Stadt Zürich, Einsprache (Urk. 2/7/120 = Urk. 2/10/155) gegen die Verfügung vom 20. November 2015 (Urk. 2/7/V20) . Diese wurde der IV-Stelle am 4. März 2016 zur Stellungnahme zugestellt (Urk. 2/ 7/121 = Urk. 2/ 10/154).

Am 19. April 2016 reichte die Beschwerdeführerin unter Beilage des Austrittsberichts der B.____ vom 31. März 2016 (vgl. Urk. 2/ 7/126 = Urk. 2/ 10/160 /1-6) eine Ergänzung ihrer

Einsprache ein (Urk. 2/ 7/127 = Urk. 2/ 10/162). Der Austrittsbericht der B.____, wonach die Beschwerdeführerin vom 1. bis 17. März 2016 hospitalisiert gewesen sei und an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, sowie an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leide, wurde dem RAD-Arzt Dr. F.____ zur Stellungnahme unterbreitet. Dieser kam am 28. April 2016 zum Schluss, dass ein ondulierender Verlauf einer depressiven Störung üblich sei und aus einer kurzen Episode keine dauerhafte Veränderung abgeleitet werden könne. Die rasche Beendigung des Klinikaufenthaltes lasse zudem auf einen nur geringen Leidensdruck schliessen. Die Bewältigung des Alltags schliesse eine schwere depressive Episode aus. Eine bereits vordiagnostizierte somatoforme Schmerzstörung habe gutachterlich nicht bestätigt werden können. Folglich sei eine dauerhafte Veränderung des Gesundheitszustandes und der medizinisch-theoretischer Arbeitsfähigkeit nicht ausgewiesen (Urk. 2/ 7/128/3-5 = Urk. 2/ 10/163 /2-3).

Am 29. April 2016 teilte die IV-Stelle der Beschwerdegegnerin mit, dass sie nach der Überprüfung des medizinischen Sachverhaltes an ihren Abklärungen festhalte, weshalb der Invaliditätsgrad unverändert 0 % betrage (Urk. 2/ 7/128 = Urk. 2/ 10/164). In der Folge wies die Beschwerdegegnerin die erhobenen Einsprachen mit Entscheid vom 12. Mai 2016 (Urk. 2/2) ab und stellte die Zusatzleistungen per 30. Juni 2016 ein.

E. 2.5

Das hiesige Gericht wies die gegen den Einspracheentscheid vom 12. Mai 2016 (Urk. 2/2) erhobene Beschwerde vom 13. Juni 2016 (Urk. 2/1) mit Urteil vom 15. August 2017 (Urk. 2/12, Prozess Nr. ZL.2016.00078) ab.

Die dagegen erhobene Beschwerde vom 6. Oktober 2017 (Urk. 2/2/15/4-9) hiess das Bundesgericht mit Urteil 9C_710/2017 vom 13. Dezember 2017 (Urk. 1) in dem Sinne gut, als dass die Sache an das hiesige Gericht zur neuen Entscheidung zurück gewiesen wurde.

3. 3.1

Im Nachgang zu diesem Urteil ist nachfolgend auf die von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren vorgebrachten Einwände gegen die Invaliditätsbemessung und deren Grundlagen einzugehen und anschliessend erneut über den umstrittenen Anspruch auf Zusatzleistungen zu entscheiden (vgl. Urk. 1

E. 3.4).

Die Beschwerdeführerin machte beschwerdeweise (Urk. 2/1) geltend, dass sie zur Zeit nicht arbeitsfähig sei und weiterhin Anspruch auf Zusatzleistungen habe. So könne auf das im Rahmen des IV-Revisionsverfahrens eingeholte rheumatologisch-psychiatrische Gutachten nicht abgestellt werden, da es weder vollständig noch schlüssig oder nachvollziehbar sei und erhebliche Fehler und Mängel enthalte (S. 3 ff. Ziff. II.B.1-2).

3.2

Strittig und zu prüfen ist demnach, ob seit der erstmaligen Zusprechung von Zusatzleistungen aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht ein Revisionsgrund eingetreten ist, der bei der Beschwerdeführerin zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad und infolgedessen auch zum Wegfall des Anspruchs auf rentenlose Zusatzleistungen geführt hat. Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der erstmaligen Zusprache von rentenlosen Zusatzleistungen, mithin der Mitteilung der IV-Stelle an die Beschwerdegegnerin vom 23. Oktober 2008, wonach ein Invaliditätsgrad

von 50 % bestehe (vorstehend E. 2.2.5) – da im Rahmen der Überprüfung des Invaliditätsgrades im Jahr 2012 durch die IV-Stelle keine Beurteilung einer allfälligen Veränderung des Gesundheitsschadens möglich war (vgl. vorstehend E. 2.3) – mit demjenigen, welchem dem hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. Mai 2016 (Urk. 2/2) zugrunde lag. 3.3

Vorab ist zu prüfen, ob für die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten vom 3. September 2015 (vorstehend E. 2.4.4) herangezogen werden kann.

Das KSVI (Stand 1. Januar 2015) enthält Bestimmungen in Bezug auf medizinische Begutachtungen (Rz 2074 ff.). Ist ein mono- oder bidisziplinäres Gutachten erforderlich, stellt die IV-Stelle der versicherten Person eine Mitteilung zu, welche die Art der Begutachtung und den Namen sowie den Facharztstitel der mit dem Gutachten beauftragten Person beziehungsweise Personen festhält (Rz 2083). Der Fragenkatalog ist der versicherten Person zusammen mit der Mitteilung zuzu stellen, in welcher die versicherte Person auf die Möglichkeit, Zusatzfragen in schriftlicher Form bei der IV-Stelle einzureichen, hinzuweisen ist (Rz 2083.1). Der versicherten Person wird für die Erhebung von Einwänden sowie für die Einreichung von Zusatzfragen eine Frist von 10 Tagen eingeräumt (Rz 2083.2). Wenn ein zulässiger Einwand formeller oder materielle Natur erhoben worden ist, muss eine Einigung gesucht werden (Rz 2084).

Die IV-Stelle teilte der Beschwerdeführerin am 7. Mai 2015 mit, dass zur Klärung der Leistungsansprüche eine bidisziplinäre medizinische Untersuchung notwendig sei. Dabei nannte sie die Namen der vorgesehenen Gutachter sowie deren Facharztstitel. Ferner wurde die Beschwerdeführerin darauf hingewiesen, sie könne bis zum 19. Mai 2015 bei der IV-Stelle triftige Einwendungen gegen einen oder mehrere Gutachter sowie Zusatzfragen einreichen (Urk. 2/10/120 = Urk. 2/10/122). Daraufhin reichte die Beschwerdeführerin der IV-Stelle das Schreiben von Dr. A.____ vom 11. Mai 2015 (vorstehend E. 2.4.3) ein, aus welchem hervorgeht, dass sie aus psychischen Gründen nicht im Stande sei, eine Begutachtung über sich ergehen zu lassen. Der RAD-Arzt Dr. F.____ kam in seiner Stellungnahme vom 20. Mai 2015 (Urk. 2/10/127/4) zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage aktuell nicht in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung sei und im Schreiben von Dr. A.____ Befunde fehlen würden, die eine Unzumutbarkeit einer Begutachtung plausibilisieren könnten. Deshalb sei an der geplanten Begutachtung festzuhalten. In der Folge teilte die IV-Stelle der Beschwerdeführerin am 21. Mai 2015 mit, dass an der geplanten Begutachtung festgehalten werde (Urk. 2/10/123).

Beim Einwand der Beschwerdeführerin handelte es sich nicht um einen zulässigen materiellen Einwand, war doch der Sachverhalt zum damaligen Zeitpunkt nicht genügend abgeklärt, weshalb sich die Einholung eines bidisziplinären Gutachtens als notwendig erwies (vgl. KSVI Rz 2083.3). Folglich hielt die IV-Stelle zu Recht an der Begutachtung fest, weshalb kein Einigungsversuch eingeleitet werden musste. Der diesbezügliche Einwand der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 2/1 S. 3 f. Ziff. B.1) erweist sich somit als unbegründet. 3.4

Sowohl der psychiatrische Gutachter Dr. D.____ als auch der rheumatologische Gutachter Dr. E.____ verfügen über den entsprechenden Facharztstitel

(vgl. Urk. 2/10/126/1-2 S. 1) und waren somit in ihren Fachgebieten zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin befähigt.

Das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten (vorstehend E. 2.4.4) erweist sich denn auch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin. Zudem wurde es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet. Damit erfüllt das Gutachten die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vorstehend E. 1.2.4), so dass für die Entscheidung darauf abzustellen ist. 3.5

Dr. E. ___ diagnostizierte in seinem Gutachten (Urk. 2/10/126/3-20) in somatischer Hinsicht ein chronisches, weitgehend generalisiertes Schmerzsyndrom, ein zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die Extremitäten, einen Nikotinkonsum, eine gestörte Gluconeogenese und ein anamnestisches Reizmagen-Syndrom ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 Ziff. III). Er legte dar, dass insgesamt von vordergründig nicht somatisch abstützbaren Beschwerden auszugehen sei. Dies bezüglich werde auf das psychosomatisch-psychiatrische Teilgutachten von Dr. D. ___ (vgl.

nachstehend E. 3.9) verwiesen (S. 10 unten Ziff. IV). Insgesamt seien die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität als diskrepant zu den objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden zu beurteilen (S. 13 unten Ziff. IV).

Dr. E. ___ legte sodann in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, die seit ihrer Einreise in die Schweiz nie einer beruflichen Tätigkeit nachgegangen sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht hinsichtlich einer angepassten Verweistätigkeit zu beurteilen sei (vgl.

vorstehend E. 2.4.4). Für eine angepasste Tätigkeit könne in keinem Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (vgl.

S. 13 unten ff. Ziff. IV), sofern es sich dabei um leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten in einem temperierten Raum (Raumluft) handle mit der Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Ungünstig auf eine erfolgreiche Eingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich krankheitsfremde Faktoren wie bisher fehlender Ausübung einer beruflichen Tätigkeit in der Schweiz, begrenzte Deutschsprachkenntnisse, fehlende Berufsausbildung, das Alter der Beschwerdeführerin, die ungünstige Arbeitsmarktsituation und möglicherweise die limitierte Motivation auswirken. Die Prognose sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht gut. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden (S. 16 f. Ziff. IV).

Schliesslich hielt Dr. E. ___ fest, dass abgestützt auf die klinischen Befunde keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit Oktober 2008 bestätigt werden könne (S. 18 Ziff. V). 3.6

In Bezug auf den Bericht von Dr. A. ___ vom März 2015 (vorstehend E. 2.4.2) und sein Schreiben vom Mai 2015 (vorstehend E. 2.4.3) ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche

Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Ausserdem legte Dr. A.____ nicht näher dar, inwieweit die Beschwerdeführerin aus somatischer Hinsicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein soll, führte er doch aus, die Arbeitsunfähigkeit sei vor allem psychisch bedingt. Der genannte Bericht und das genannte Schreiben von Dr. A.____ vermögen sodann nichts am Beweiswert des Gutachtens von Dr. E.____ zu ändern. 3.7

Dr. E.____ begründete das Verschwinden der epileptischen Anfälle in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise damit, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren keinen „Krampfanfall“ mehr beschrieben und seit Jahren keine antikonvulsiv wirkenden Medikamente mehr eingenommen habe (Urk. 2/10/126/3-20 S. 13 Mitte Ziff. IV). Die Beschwerdeführerin führte denn auch anlässlich der rheumatologischen Begutachtung aus, früher wegen Krampfanfällen vorübergehend Medikamente eingenommen zu haben. Die Einnahme derartiger Medikamente habe sie vor Jahren gestoppt und danach seien keine Krampfanfälle mehr aufgetreten (Urk. 2/10/126/3-20 S. 3 Ziff. I.A).

Die Ausführungen der Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltsabklärung vor Ort im September 2012 (vgl. vorstehend E. 2.3), wonach sie nach wie vor an Anfällen leide (Urk. 2/10/110 S. 1 unten Ziff. 1), stehen im Widerspruch zu ihren Angaben anlässlich der rheumatologischen Begutachtung. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die rheumatologische Begutachtung drei Jahre nach der Abklärung vor Ort stattgefunden hat (vgl. Urk. 2/10/126/3-20 S. 1 unten), weshalb es durchaus möglich ist, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Haushaltsabklärung noch an epileptischen Anfällen gelitten hat. Schliesslich ist dem Austrittsbericht der B.____ vom März 2016 (vorstehend E. 2.4.8) zu entnehmen, dass es im selben Monat zu einem paroxysmalen Ereignis gekommen sei, wobei es sich jedoch nicht um einen epileptischen Anfall, sondern um einen psychogenen Anfall gehandelt habe (Urk. 2/7/126 = Urk. 2/10/160 S. 4 oben). Diese Feststellung deckt sich somit mit der Einschätzung von Dr. E.____.

Die diesbezüglichen Einwände der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 2/1 S. 5 Ziff. II.B.2.2) erweisen sich somit als unbegründet. 3.8

Es kann festgehalten werden, dass in somatischer Hinsicht im Vergleich zum Oktober 2008 eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustandes vorliegt (vgl. vorstehend E. 3.5). 3.9

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Dr. D.____ in seinem Gutachten (Urk. 2/10/126/33-48) eine rezidivierende depressive Störung, leichte Episode (ICD-10 F33.0), mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowie einen Status nach dissoziativen Anfällen (ICD-10 F44.5) und eine mässige kulturelle Integration ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er

kam zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt nie eingeschränkt gewesen sei und attestierte ihr von 2000 bis Ende 2012 eine 50%ige Einschränkung in Bezug auf eine ausserhäusliche Tätigkeit, seit Anfang 2013 betrage die Einschränkung 10-20 % (vorstehend E. 2.4.4).

Dr. D.____ legte in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass anlässlich der Begutachtung die Symptomatik einer leichten depressiven Episode feststellbar sei. So sei die Beschwerdeführerin zwar bedrückt und etwas resigniert, sie klagt über Konzentrationsstörungen, welche aber nicht objektiviert werden könnten. Die sozialen

Kontakte beschränkten sich seit jeher auf die Familie. Die Symptome, welche auf eine mittelschwere depressive Episode schliessen würden, seien nicht vorhanden. Die Beschwerdeführerin habe zudem eine regelmässige Tagesgestaltung und sei fähig, alleine das Haus zu verlassen, um einzukaufen oder in die Physiotherapie zu gehen. Weiter habe sie 2014 eine Ferienreise in die Türkei unternommen, was mit einer bedeutenden depressiven Episode nicht möglich gewesen wäre. Zudem finde keine ambulante psychiatrische Behandlung mehr statt, vielmehr werde sie mit kurzen Gesprächen durch den Hausarzt behandelt. Dieses Vorgehen sei in Bezug auf die Verstimmungen nachvollziehbar, da die Beschwerdeführerin selber davon ausgehe, dass es ihr in Bezug auf die Verstimmungen besser gehe (S. 10 Ziff. B).

Ferner bestehe bei der Beschwerdeführerin eine Schmerzproblematik, sie klage vor allem über Schulterschmerzen, Meniskusschmerzen, Kopfschmerzen und Migräne. Anlässlich der Untersuchung habe nicht eindeutig eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden können. Die Beschwerdeführerin sei nämlich nicht besonders auf die Schmerzen fixiert, äussere keine hypochondrischen Befürchtungen, die Schmerzen seien in der Regel von der jeweiligen körperlichen Belastung abhängig und nicht von Lebensproblemen. Schliesslich gebe es ungünstige krankheitsfremde Faktoren wie eine geringgradige kulturelle Integration, das Fehlen einer ausserhäuslichen Berufspraxis, einen seit Jahren arbeitsunfähigen Ehemann und das subjektive Gefühl, seit Jahren invalid zu sein (S. 11 Ziff. B).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit legte Dr. D.____ dar, dass die Beschwerdeführerin nur in geringem Ausmass bei ausserhäuslichen Tätigkeiten eingeschränkt sei, wobei sie zeitweise zu wenig Antrieb verspüre und Rückzugstendenzen beständen. Eine ausserhäusliche Tätigkeit sei ihr zu 80-90 % zumutbar. Im Haushalt sei sie dagegen nicht eingeschränkt (S. 11 f. Ziff. C.2, Ziff. C.4). Es habe während Jahren eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden, da die Beschwerdeführerin mehrere depressive Episoden erlitten habe und hospitalisiert worden sei. Seit Anfang 2013 habe sich eine deutliche Besserung eingestellt, seither sei die depressive Episode nur noch leichtgradig. Es könne auch darauf hingewiesen werden, dass die Psychopharmaka abgesetzt worden seien und die Beschwerdeführerin trotzdem keinen Rückfall erlitten habe. Auch sei es zum Verschwinden der epileptischen beziehungsweise dissoziativen Anfälle gekommen (S. 12 Ziff. C.7).

Es ist nachfolgend aus rechtlicher Sicht zu beurteilen, ob aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, leichte Episode, eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist. 3.10

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG ,

BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben

eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE

141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines rentenbe gründenden 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 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislasternde versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2). 3.11

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist in Bezug auf den Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der leichten depressiven Episode bedrückt und etwas resigniert ist. Die beklagten Konzentrationsstörungen konnten nicht objektiviert werden (Urk. 2/10/126/33-48 S. 10 oben Ziff. B; vgl. vorstehend E. 3.9). Ausserdem liegen zwar ungünstige krankheitsfremde

Faktoren wie geringgradige kulturelle Integration, Fehlen einer ausserhäuslichen Berufspraxis, ein seit Jahren arbeits untätiger Ehemann und das subjektive Gefühl, seit Jahren invalid zu sein, vor, jedoch kommen diese Faktoren nicht als alleinige Ursache der psychischen Störung in Betracht (vgl. Urk. 2/10/126/33-48 S. 11 Mitte Ziff. B; vgl. vorstehend E. 3.9). Demnach bestehen bei der Beschwerdeführerin mässige psychische Beeinträchtigungen (Urk. 2/10/126/33-48 S. 11 Ziff. C.1, vgl. S. 12 Ziff. C.3). In Bezug auf den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz ist fest zuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin keine ambulante psychiatrische Behandlung mehr stattfindet, vielmehr wird sie mit kurzen Gesprächen durch ihren Hausarzt behandelt. Auch wurde die medikamentöse Behandlung aufgegeben, was nicht zu einer Verstärkung der psychischen Beschwerden geführt hat (Urk. 2/10/126/33-48 S. 9 unten f. Ziff. B; vgl. vorstehend E. 3.9). Dies deutet auf eine positive Prognose hin. In Bezug auf die Komorbidität ist schliesslich festzuhalten, dass zwar eine mässige kulturelle Integration ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (ICD-10 Z60.3), mithin eine Z Diagnose vorliegt, diese kann jedoch von vornherein keine Komorbidität darstellen (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1).

Zum Komplex Persönlichkeit ist festzuhalten, dass keine Persönlichkeitsstörung vorliegt (Urk. 2/10/126/33-48 S. 8 Ziff. A.3), weshalb die Beschwerdeführerin durchaus über persönliche Ressourcen verfügt.

Zum Komplex sozialer Kontext ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin über einen Tagesablauf verfügt und diversen Aktivitäten nachgeht. Am Morgen steht sie jeweils zwischen 5.00 Uhr und 6.00 Uhr auf, trinkt einen Kaffee und schaut TV. Im Haushalt hilft sie mit, kocht und putzt, allerdings erledigt ihre Tochter die körperlichen schweren Arbeiten. Zwei Mal pro Woche geht sie alleine in die Physiotherapie und in die Migros. Es bestehen rege Kontakte innerhalb der Familie, ein Sohn und eine Tochter leben in der Nähe. Mit ihren beiden Grosskindern hat sie ebenfalls engen Kontakt. Mit der Nachbarschaft unterhält sie sich weniger, da sie kaum Deutsch spricht. Im Jahr 2014 ist sie zusammen mit der Familie 10 Tage im Auto in die Türkei gereist (Urk. 2/10/126/33-48 S. 6 f. Ziff. A.1 ; vgl. vorstehend E. 3.9). Folglich verfügt die Beschwerdeführerin durch aus über gewisse soziale Ressourcen.

Zu prüfen ist weiter die Konsistenz. Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleich mässigen Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebens bereichen ist festzuhalten, dass diesbezüglich keine gleichmässigen Einschränkungen bestehen. Die Beschwerdeführerin hat seit ihrer Einreise in die Schweiz im Jahr 2000 nie eine berufliche Tätigkeit ausgeübt (vorstehend E. 2.4.4, E. 3.5) und gab anlässlich der psychiatrischen Begutachtung an, nicht daran zu denken, zu arbeiten (Urk. 2/10/126/33-48 S. 8 Ziff. A.3). Daneben zeigt die Beschwerdeführerin einige Aktivitäten im Tagesablauf und es lassen sich gute familiäre Kontakte erheben. Zudem war sie im Jahr 2014 in der Türkei in den Ferien (Urk. 2/10/126/33-48 S. 6 f. Ziff. A.1).

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungs anamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks ist schliesslich festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr psychiatrisch behandelt wird und keine antidepressiven Medikamente einnimmt, was zu keiner Verstärkung der psychischen Beschwerden geführt hat (Urk. 2/10/126/33-48 S. 9 unten f. Ziff. B; vgl. vorstehend E. 3.9). Zudem ist die Beschwerdeführerin nicht motiviert, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen (Urk. 2/10/126/33-48 S. 8 Ziff. A.3). Diese Indizien lassen auf keinen erheblichen

Leidensdruck schliessen. 3.12

Damit resultiert ein Gesamtbild, welches aus psychiatrischer Sicht nicht auf bedeutende funktionelle Beeinträchtigungen schliessen lässt. Die von Dr. D.____ in psychiatrischer Sicht attestierte 80-90%ige Arbeitsfähigkeit seit Anfang 2013 (vorstehend E. 3.9) überzeugt daher nicht vollkommen. Die Beschwerdeführerin verfügt über genügende Ressourcen, um einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die festgestellte fehlende Einschränkung im Haushalt (vorstehend E. 3.9). überzeugt hingegen.

Da die Arbeitsunfähigkeit ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes ist (Art. 6 ATSG), kommt der Arztperson bei der Folgenabschätzung der von ihr erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigung keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu, sondern sie nimmt hierzu Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab. Diese ist durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Weil die Arbeitsfähigkeit somit keine rein medizinische, sondern letztlich eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliere (SVR 2013 IV Nr. 9 S. 21, 8C_842/2011 E. 4.2.2). Im vorliegenden Fall ist insofern vom psychiatrischen Gutachten abzuweichen, als dass festgehalten werden kann, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. 3.13

Dr. D.____ legte dar, dass sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin anfangs 2013 deutlich verbessert hat. Er begründete dies in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise damit, dass anlässlich der psychiatrischen Begutachtung die Symptomatik einer leichten depressiven Episode feststellbar gewesen sei. Zudem habe die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung mitgeteilt, sich seit Anfang 2013 psychisch besser zu fühlen, zwar ein Rauschen in den Ohren zu hören, nicht aber Stimmen. Zudem sei es trotz der Aufgabelagerung der medikamentösen Behandlung nicht zu einer Verstärkung der psychischen Beschwerden gekommen und es finde keine ambulante psychiatrische Behandlung mehr statt (vorstehend E. 3.9). Die Beschwerdeführerin führte denn auch anlässlich der psychiatrischen Begutachtung aus, bis zirka 2004 nachts gelegentlich die Stimme ihres Bruders gehört zu haben. Seither habe sich diese Verbindung zurückgebildet, das Stimmenhören komme nicht mehr vor. Zudem bestätigte die Beschwerdeführerin die Angaben im Bericht des H.____ vom 20. August 2001 (vgl. Urk. 2/10/126/33-48 S. 2), wonach sie ein Rauschen im Kopf, nicht aber eindeutige Stimmen wahrgenommen habe, als auch die Angaben im Bericht des H.____ vom 5.

August 2004 (vgl. Urk. 2/10/126/33-48 S. 3), wonach sie damals nur noch selten die Stimme ihres verstorbenen Bruders gehört habe (Urk. 2/10/126/33-48 S. 4 f. Ziff. A.1).

Dr. D.____ hat sich somit anlässlich der Begutachtung mit dem Stimmenhören auseinandergesetzt und ging den Hinweisen nach. Die Angaben im Bericht von Dr. A.____ vom März 2015 (vorstehend E. 2.4.2), wonach die Beschwerdeführerin an wahnhaften Ideen und akustischen Halluzinationen leide (Urk. 2/10/117 Ziff. 1.3), stehen somit im Widerspruch zu den Feststellungen im psychiatrischen Gutachten. Auch anlässlich des stationären Aufenthaltes in der B.____ im März 2016 (vorstehend E. 2.4.8), berichtete die Beschwerdeführerin beim Eintritt von Ohrgeräuschen, nicht jedoch von Stimmen. Die Ärzte der B.____ führten jedoch aus, dass sich bei der Aufnahme der Beschwerdeführerin anamnestiche und fremdanamnestiche Hinweise auf halluzinatorisches Stimmenhören

gefunden hätten. Ausserdem hielten sie fest, dass die halluzinatorischen Stimmen unter entsprechender Medikation innerhalb von 24 Stunden verschwunden seien (Urk. 2/7/126 = Urk. 2/10/160 S. 1 unten f., S. S. 3 Mitte). Dies vermag somit nichts am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens zu ändern. Die dies bezüglichen Einwände der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 2/ 1 S. 5 f. Ziff. II.B.2.2) erweisen sich somit als unbegründet.

Zudem hielt Dr. D.____ anlässlich der Anamneseerhebung fest, der Beschwerde führerin gehe es nach eigenen Angaben seit 2011 psychisch besser (Urk. 2/10/126/33-48 S. 6 oben Ziff. A.1). Im Rahmen der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin hielt er sodann fest, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Untersuchung mitgeteilt habe, sie fühle sich seit Anfang 2013 psychisch besser (Urk. 2/10/126/33-48 S. 9 unten Ziff. B). Dr. D.____ und Dr. E.____ kamen sodann in interdisziplinärer Sicht zum Schluss, dass in psychiatrischer Hinsicht seit Anfang 2013 im erwerblichen Bereich nur noch eine Einschränkung von 10-20 % bestehe, mithin eine Verbesserung des Gesundheitszustandes vorliege (vorstehend E. 2.4.4). Bei der Angabe des Jahres 2011 handelt es sich daher höchstwahrscheinlich um einen Schreibfehler. Auch wenn tatsächlich bereits im Jahr 2011, und nicht erst anfangs 2013, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten sein sollte, ändert dies nichts an der Einschätzung durch Dr. D.____ und am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens, ist doch vorliegend der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des angefochtenen Entscheides massgebend (vgl. vorstehend E. 3.2). Der diesbezügliche Einwand der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 2/ 1 S. 5 f. Ziff. II.B.2.2) erweist sich somit ebenfalls als unbegründet. 3.14

In Bezug auf den neuropsychologischen Bericht des G.____ vom Oktober 2014 (vorstehend E. 2.4.8), den Bericht von Dr. A.____ vom März 2015 (vorstehend E. 2.4.2) und den Austrittsbericht der B.____ vom März 2016 (vorstehend E. 2.4.8) ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Hinsichtlich des Berichtes von Dr. A.____ ist zudem festzuhalten, dass dieser anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vorhanden war und dementsprechend in der Beweiswürdigung berücksichtigt wurde (vgl. Urk. 2/10/126/33 48 S. 4 Mitte, S. 15 Ziff. D). Ausserdem ist Dr. A.____ Allgemeinmediziner (vgl. vorstehend E. 2.2.2) ; somit verlässt er mit der Bewertung psychiatrischer Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sein Fachgebiet, weshalb sein Bericht nichts am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens zu ändern vermag.

Der Bericht des G.____ wurde Dr. E.____ und Dr. D.____ nach Erlass des rheumatologisch-psychiatrischen Gutachtens zur Stellungnahme zugestellt. Die Gutachter kamen sodann in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass dem Bericht nichts entnommen werden könne, was eine relevante neuro-psychologische Störung begründen könnte (vorstehend E. 2.4.8). Dieser Bericht vermag deshalb ebenfalls nichts am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens zu ändern. Ausserdem ist es entgegen

der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 2/1 S. 7 Ziff. II.B.3) nicht angezeigt, eine erneute neuropsychologische Beurteilung durchzuführen.

Der Austrittsbericht der B.____ vom März 2016 wurde schliesslich dem RAD-Arzt Dr. F.____ zur Stellungnahme unterbreitet. Dieser kam denn auch in überzeugender und nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass ein ondulierender Verlauf einer depressiven Störung üblich sei und aus einer kurzen Episode keine dauerhafte Veränderung abgeleitet werden könne. Die rasche Beendigung des Klinikaufenthaltes lasse zudem auf einen nur geringen Leidensdruck schliessen. Somit sei eine dauerhafte Veränderung des Gesundheitszustandes und der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit nicht ausgewiesen (vorstehend E. 2.4.8). Ausserdem machten die Ärzte der B.____ keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Dieser Bericht vermag folglich ebenfalls nicht zum Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens zu ändern. 3.15

Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht als dahingehend erstellt zu betrachten, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Anfang 2013 wesentlich verbessert hat und sie seither zu 100 % arbeitsfähig ist, auch im Haushalt besteht keine Einschränkung. Somit ist ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG (vgl. vorstehend E. 1.2.3) ausgewiesen.

Die Gutachter legten dar, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt nie eingeschränkt gewesen sei (vorstehend E. 2.4.4; vgl. vorstehend E. 3.9), mithin auch nicht zum Zeitpunkt der erstmaligen Zusprache von rentenlosen Zusatzleistungen. Dabei handelt es sich um eine andere Beurteilung des damaligen Gesundheitszustandes. Dies ist jedoch unbeachtlich, da vorliegend der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides relevant ist und, wie soeben erwähnt, ein Revisionsgrund ausgewiesen ist (vgl. vorstehend E. 3.2). Der diesbezügliche Einwand der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 2/1 S. 4 f. Ziff. II.B.2.1) erweist sich somit als unbegründet. 3.16

Es kann festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Auch im Haushaltsbereich besteht keine Einschränkung. Somit ist kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr ausgewiesen.

E. 4

Da es sich bei den durch Verweis in Art. 4 Abs. 1 lit. d ELG anwendbaren Anspruchsvoraussetzungen für IV-Renten materiell um Bestimmungen des ELG handelt, sind ausschliesslich die EL-Durchführungsstellen zur Prüfung der Leistungsgesuche zuständig. Dies schliesst eine amtshilfeweise Sachverhaltsabklärung für den IV-spezifischen Teil durch die IV-Stellen nicht aus (Jöhl/Usinger-Egger, a.a.O., S. 1722 f. Rz 26).

1.

E. 4.1

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode.

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, ge mischte Methode) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beein trächtigung bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbs tätigkeit der ver sicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in wel chem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne Gesundheits schaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis IVV ; BGE 133 V 504 E. 3.3 mit Hinweisen).

Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialver sicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 137 V 334 E. 3.2, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie all fällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_915/2012 vom 1 5. Mai 2013 mit Hinweisen auf BGE 133 V 504 E. 3.3).

Bei der Bestimmung der im konkreten Fall anwendbaren Invaliditätsbe messungsmethode und damit der Beantwortung der entscheidenden Statusfrage handelt es sich um eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensent scheidungen der versicherten Person berücksichtigen muss. Dies gilt auch für die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beein trächtigung erwerbstätig wäre. Diese inneren Tatsachen sind indessen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusser en Indizien erschlossen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_287/2013 vom 8. November 2013 E. 3.5

und 8C_511/2013 vom 3 0. Dezember 2013 E. 3.1 , je mit Hinweisen).

E. 4.2

Die IV-Stelle qualifizierte die Beschwerdeführerin im Oktober 2008 als zu 100 % im Haushalt Tätige (vorstehend E. 2.2.4). Anlässlich der im Jahr 2012 durch ge führten Revision führte die IV-Stelle eine Haushaltsabklärung vor Ort durch und qualifizierte die Beschwerdegegnerin weiterhin als zu 100 % im Haushalt Tätige mit der Begründung, dass die Beschwerdeführerin ihr Leben lang keiner ausser häuslichen Erwerbstätigkeit nachgegangen sei und ihr jüngster Sohn der zeit 11 Jahre alt sei (Urk. 2/10/110 S. 3 Ziff. 2.5; vgl. vorstehend E. 2.3). Im Rahmen der im Jahr 2014 durchgeführten Revision qualifizierte die Beschwerde gegnerin die Beschwerdeführerin wiederum – ohne nähere Begründung – als zu 100 % im Haushalt Tätige (vgl. Feststellungsblatt vom 16. No vember 2015, Urk. 2/10/127 S. 7 oben).

Die Beschwerdeführerin ist Mutter von drei Kindern (Jahrgänge 1984, 1987 und 2000). Ihr jüngster Sohn war zum Zeitpunkt des angefochtenen Einsprache ent scheidts im Mai 2016

bereits 15 Jahre alt (vgl. Urk. 2/10/126/33-48), weshalb fraglich ist, ob die Beschwerdeführerin weiterhin als zu 100 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren ist oder ob sie im Gesundheitsfall einer (Teil-)Erwerbs tätigkeit nachgehen würde.

Da weder im Erwerbsbereich noch im Haushaltsbereich eine Einschränkung aus ge wiesen ist (vorstehend E. 3.16), kann vorliegend offengelassen werden, ob die Beschwerdeführerin als zu 100 % im Haushalt Tätige, als Teilerwerbstätige (mit oder ohne Aufgabenbereich) oder als Vollerwerbstätige zu qualifizieren ist, da alle drei Qualifikationsvarianten zu keinem rentenbegründenden Invaliditätsgrad führen.

E. 5

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin die Zusatzleistungen gestützt auf die Feststellungen der IV-Stelle, wonach kein inval idisierender Gesundheitsschaden mehr vorliege und der Invaliditätsgrad somit 0 % betrage (vorstehend E. 2.4.7, E. 2.4.8), zu Recht per 30. Juni 2016 eingestellt hat.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Stadt Zürich, Amt für Zusatzleistungen zur AHV/IV - Bundesamt für Sozialversicherungen - Sicherheitsdirektion Kanton Zürich 4.

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 Bundesge setzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannPeter-Schwarzenberger

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